

Long-Stay Patients and the Curious Case of Disappearing Hospital Beds in Canada and Australia

Canadian Hospital Capacity

Imagine that a decade ago, hospital administrators, governments and policy makers fretted about hospitals being filled with patients that did not need to be there. There were so many patients unnecessarily occupying beds in Canadian hospitals that the situation became a political issue.

Now close your eyes and imagine how much healthcare has changed over the past decade. Add to that thought how much the health needs of the population have changed – in particular among people living longer lives with multiple chronic conditions. Now, open your eyes and see that the problem of significant numbers of patients unnecessarily occupying beds in provinces' hospitals is still happening.

Should the general public care if hospitals' beds are filled with patients who do not need to be there?

The general public should care because hospital beds filled with patients who do not need to be there cause repercussions throughout the health system.

Emergency departments are unable to decamp severely ill patients to in-patient beds and create an impression that there is a scarcity of life-or-limb care available in hospitals. For example, Ontario reports that acute patients wait in the emergency department for more than 17 hours on average for a hospital bed (Ontario Health 2026), contributing to overcrowding in emergency departments and unavoidable so-called hallway medicine (Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine 2019b). Hospitals are dangerous places; prolonged stays expose patients to hospital-based harms and to the risk of physical decompensation. Also, the pace of elective surgeries is slowed if there are no acute care beds available for recovery after major surgery.

The Size of the Problem

The general public should care about ineffectively used hospital beds because the problem is not a rounding error – it is a big deal.

According to the Canadian Institute for Health Information, there are 54,000 acute care beds across Canada (CIHI 2026). The latest data report that more than 18% of Ontario's hospital beds are filled by patients medically able to be discharged from their hospital. The province of New Brunswick is even worse off using its scarce hospital resources, reporting that more than 20% of its hospital beds are filled with alternative level of care patients; Alberta and British Columbia are only slightly better, with approximately 15% each (CIHI 2025).

Being generous and assuming that there are medical and social reasons for keeping a small number of patients in acute care beds they do not benefit from, 12% represents 6,400 hospital beds.

This is a bright and flashing-red indicator that Canadian healthcare systems have misallocated resources. In most instances, in community-based settings, the built environment, social care and home-based services are not available or cannot safely accommodate medically complex patients.

Being in a hospital bed and not needing the intensity of acute care is not the affected patients' fault. In an ironic development, current health systems' ire is focused on patients who occupy these beds; multiple provinces have legislation and regulations that permit charging patients for each day of stay who could be safely discharged (Interior Health 2025; Province of Alberta 2026; Province of Ontario 2022).

The Politics of the Problem

Politicians should be highly motivated to solve the problem of over-occupied hospitals. Doing so would give them more financial degrees of freedom to solve other intractable problems in Canadian healthcare, such as rapidly increasing drug costs and long-term care capacity.

Provincial and territorial political parties have lost the plot; the idiom "*Plus ça change, plus c'est la même chose*" is particularly apt for describing governments' efforts. Governments are not laser-focused on using hospital beds for patients who most need them, despite efforts to highlight possible solutions (Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine 2019a, 2019b).

The lack of political will by provincial and federal governments to solve the problem of hospitals occupied by patients who do not need to be there means there are no political solutions on the horizon to overcrowding in emergency departments, hallway medicine practices, slowed pace of elective surgeries and unnecessary risk of harm to affected patients.

Canada is not the only country to have its hospital beds occupied by patients who do not need to be there.

Australia and Long-Stay Patients

In Australia, the issue of hospital beds filled with patients who do not need to be there is a policy priority. Referred to as "bed block patients" or "delayed discharge patients," the negative impact on patients and the need for public investment in community-based services for

medically complex patients are highlighted by media (Anderson 2026; Dalzell et al. 2026; May 2025).

The “size” of the problem in Australia is smaller than Canada is experiencing. Though there is some debate regarding the number of affected beds and patients, there are estimates of 3,200 beds blocked last year across Australia and up to 8% of beds (Anderson 2026; May 2025), about one-half of Canada’s statistics.

Australians have been unused to the sequelae of bed blocking. In Canada, emergency department overcrowding and queuing ambulances are commonplace – so much so that the situation rarely makes the news unless avoidable adverse events occur (Snowdon 2026).

The presence of these patients in hospital beds has been consistently observed in Australia since the early 1990s, and the prevalence is increasing. Bed blocking intensified markedly since the COVID-19 pandemic; state governments report thousands of patients occupying hospital beds despite being medically fit for discharge, while aged-care providers, clinicians and consumer groups routinely describe hospitals as inappropriate settings for older people with dementia, frailty or complex health and social support needs.

Australia has not ignored the problem. Discharge-support and intermediate-care programs have emerged over the past two decades. The most significant national initiative is the Transition Care Program (TCP), designed to provide short-term restorative care following hospital discharge. Programs such as TCP are highly valued and play an important role at the interface between hospital and aged care; however, the success of these national and state-based programs appears to be limited in light of the increasing number of long-stay patients being reported publicly by Australian jurisdictions.

Policy solutions for bed blocking are more complex in Australia than Canada. In Australia, states fund acute care, but the federal government is responsible for funding aged care programs in states. States posit that federal underfunding of aged care programs, especially for medically complex patients, leave states’ public hospitals on the proverbial “hook” for medically complex patients unable to secure aged care out of the hospital (Minister for Health 2026). In contrast, Canadian provinces cannot make this specific claim, as provinces are solely responsible for acute care, step-down care and long-term care.

After 30 years, hospitals’ beds filled with patients that do not need to be there is less a crisis, but likely a symptom of the structures and processes of Australia’s and Canada’s healthcare systems. Put simply, bed blocks are not simply a question of the capacity of the individual parts of healthcare systems, but of the lack of capability to address the health and social needs of persons along their care pathway and of appropriate funding mechanisms to support that pathway to its appropriate destination.

Complex Problem and No Easy Solutions

Do not be like Canada. The most important lesson for Australia to learn from Canada’s misuse of hospital beds is that the problem will worsen if not addressed. Without action, Australia’s public hospitals will continue to add bed block patients, inducing greater

crowding in emergency departments, lengthening stacking of ambulances and missed opportunities to reduce aged care's reliance on acute care.

Both Canada and Australia need new policies to tackle the problem. One approach available to federal, state and provincial governments is the application of funding policies that create increased incentives for age-at-home programs, reduce reliance on acute care and reward prevention or investments in the capacity and capability of aged and community care. Examples of multi-sector and care pathway-based funding policies include bundled payments or population-based funding; both approaches are more complex than global budgets used in Canada or case-based payments in Australia.

The status quo will make the problem of bed blocking worse in each country due to aging populations. Only when governments take new approaches and adopt new policy tools will the complex problem ease pressures across health systems.

In This Issue

This issue of *Healthcare Policy* begins with a Discussion and Debate article focused on the issue of transparency regarding pharmaceutical and medical device companies' donations to physicians and patient groups. This topic is relevant since Lexchin (2026a) cites evidence that industry payments to physicians and patient groups have been associated with favourable outcomes. Given the potential impact, this article concludes that higher levels of transparency are needed and would be consistent with other high-income countries.

A rejoinder to the above Discussion and Debate article points out that transparency of payments is necessary but not sufficient. Citing decades-long trends and research, Batt (2026) highlights that governments encourage patient advocacy groups to form partnerships with pharmaceutical companies. The rejoinder also notes that All-Party Parliamentary Groups may also be susceptible to suasion and that mandatory disclosure from all documented categories of influential actors in the system who might receive industry funds, including All-Party Parliamentary Groups, be required.

A second Discussion and Debate focuses on rural health system vulnerabilities during climate-driven emergencies, such as occurred during the 2025 La Ronge wildfire evacuation in Saskatchewan, a period of rapid disruption of the health system. Aiming to improve rural health system climate-driven emergency readiness in the future, the key recommendations offered by Karnitsky et al. (2026) include strengthening communication infrastructure, enhancing awareness of emergency response roles and structures, clearer emergency prescribing and dispensing protocols to support continuity of care during future events and strengthening supports for the emotional complexity of serving simultaneously as responders and evacuees.

A rejoinder is offered by Schenk (2026), whose text reinforces the frictions that occur between organizations during health system emergencies. This rejoinder offers that Saskatchewan's 2025 La Ronge wildfire should be a source of system learning and serve as a basis for design principles for health system emergency planning expected under climate stress.

In a Data Matters manuscript, McKay et al. (2026) highlight that no province or territory uses administrative data to measure or report continuity of care experienced by homecare clients. This manuscript proposes that measures of continuity among homecare clients should reflect team-based care models of care and describe four measures of team-based care.

This issue's second Data Matters paper (Lexchin 2026b) discusses whether Health Canada should use reports from other countries to approve new drugs for Canadians. Using data measuring the time between submission of new drug applications to the US's Food and Drug Administration (FDA) and Health Canada, the time gap between approval of new drugs by the FDA and Health Canada, and the proportion of FDA-approved new drugs that are also approved by Health Canada, the manuscript argues that Health Canada should pause its consultation regarding the use of reports from foreign regulators as the basis for approving drugs in Canada and presents convincing evidence otherwise.

This issue's first research manuscript examines the role of community involvement in healthcare planning. Set in British Columbia, this study by Kornelsen et al. (2026) uses survey methods to measure whether there is a gap between rural community voices and their inclusion in health planning. The findings highlighted an erosion of trust between rural communities and BC's healthcare system. The manuscript recommends that the ministry of health and regional health authorities improve community involvement and engagement in healthcare planning, particularly in rural and remote areas, as a means to rebuild trust.

This issue also features a research manuscript studying the reporting and accountability between the Canadian federal government and the provincial/territorial governments regarding the bilateral agreements that provided targeted federal funding for mental health and addiction services (Loerzel et al. 2026). Focusing on concepts of financial accountability and performance accountability, the study uses data from each province's health ministry to construct a "report card." The results found that financial accountability is being fulfilled in terms of accessibility and availability of financial information, though performance accountability is only partially being fulfilled as some provinces were not able to report all outcome indicators in every fiscal year.

MICHAEL PERVAN
Chief Executive Officer

*Independent Health and Aged Care Pricing Authority
Sydney, Australia*

JASON M. SUTHERLAND, PhD
Editor-in-Chief

*Director, Centre for Health Services and Policy Research
University of British Columbia
Vancouver, BC*

Correspondence may be directed to Jason M. Sutherland by e-mail at jason.sutherland@ubc.ca.

References

Anderson, E. 2026, June 9. Bed Block Patients Deteriorate During Long Waits for Aged Care Beds. *ABC News*. Retrieved July 2, 2026. <<https://www.abc.net.au/news/2026-06-09/bed-block-hospital-patients-wait-for-aged-care/106748902>>.

Long-Stay Patients and the Curious Case of Disappearing Hospital Beds in Canada and Australia

- Batt, S. 2026. Commentary: Healthcare Partnerships, Medical Scandals and Canada's Lack of Transparency in Pharmaceutical Donations. *Healthcare Policy* 21(4): 28–35. doi:10.12927/hcpol.2026.27848.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2025. Patient Days in Alternate Level of Care (Percentage). Retrieved June 12, 2026. <<https://www.cihi.ca/en/indicators/patient-days-in-alternate-level-of-care-percentage>>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2026. Hospital Beds 2024-2025. Retrieved June 12, 2026. <[hospital-beds-2024-2025-data-tables-en.xlsx](#)>.
- Dalzell, S., P. Cockburn and R. Hobbins. 2026, May 11. Aged Care Patients Stranded in Hospitals Prompt Calls for Government Action. *ABC News*. Retrieved July 2, 2026. <<https://www.abc.net.au/news/2026-05-11/aged-care-patients-stranded-in-hospitals-australia/106651544>>.
- Interior Health. 2025. AP0200 – Client Rates for Alternate Level of Care Patients Awaiting Long-Term Care Access. Retrieved June 12, 2026. <<https://www.interiorhealth.ca/sites/default/files/PDFS/ap0200-client-rates-for-long-stay-patients-awaiting-placement.pdf>>.
- Karnitsky, M., J.D.C. Irvine, D. Irvine and V. McKinney. 2026. Wildfire Evacuation Lessons From La Ronge, a Northern Saskatchewan Site: Physician Debriefings. *Healthcare Policy* 21(4): 36–43. doi:10.12927/hcpol.2026/27817.
- Kornelsen, J., P. Adams and K. Wills. 2026. Advancing Community Engagement in Healthcare in Rural British Columbia: A Gap Analysis to Improve Community Involvement in Healthcare Planning. *Healthcare Policy* 21(4): 64–81. doi:10.12927/hcpol.2026.27900.
- Lexchin, J. 2026a. Lack of Transparency in Pharmaceutical Industry Payments to Canadian Physicians and Patient Groups. *Healthcare Policy* 21(4): 19–27. doi:10.12927/hcpol.2026.27773.
- Lexchin, J. 2026b. Should Health Canada Use Reports From Foreign Regulators to Approve New Drugs? *Healthcare Policy* 21(4): 57–63. doi:10.12927/hcpol.2026.27900.
- Loerzel, W., L. Lowe and H. Mou. 2026. Reporting and Accountability: An Assessment of the 2017 Bilateral Agreements in Canada. *Healthcare Policy* 22(1): 82–94. doi:10.12927/hcpol.2026.27898.
- May, N. 2025, October 3. 'Stranded' Aged Care or Disability Patients Occupy up to One in 10 Hospital Beds in Australia, Report Finds. *The Guardian*. Retrieved July 3, 2026. <<https://www.theguardian.com/australia-news/2025/oct/03/aged-care-disability-patients-hospital-beds-australia-report#:~:text=The%20report%2C%20by%20Prof%20Stephen,be%20discharged%20because%20alternative%20supported>>.
- McKay, S.M., T.A. Van Belle, D. Fry, K.A. Nichol, T. Heer, W. Lomas et al. 2026. Who's Coming Through the Door? Quantifying Care Continuity of Personal Support Services in Home Care. *Healthcare Policy* 21(4): 48–56. doi:10.12927/hcpol.2026.27901.
- Minister for Health. 2026, June 9. State Government Plan to Address Commonwealth Government Bed Block. NSW Government. Retrieved July 3, 2026. <<https://www.nsw.gov.au/ministerial-releases/state-government-plan-to-address-commonwealth-government-bed-block#:~:text=%E2%80%9CThe%20NSW%20Government%20is%20effectively,to%20devise%20its%20own%20plan>>.
- Ontario Health. 2026, April. Time Spent in Emergency Departments. Retrieved June 12, 2026. <<https://ontariohealth.ca/system/reporting/performance/time-spent-in-emergency-departments>>.
- Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine. 2019a, June. A Healthy Ontario: Building a Sustainable Health Care System. Retrieved June 12, 2026. <<https://files.ontario.ca/moh-healthy-ontario-building-sustainable-health-care-en-2019-06-25.pdf>>.
- Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine. 2019b, January. Hallway Health Care: A System Under Strain. Retrieved June 12, 2026. <<https://files.ontario.ca/moh-hallway-health-care-system-under-strain-en-2019-06-24.pdf>>.
- Province of Alberta. 2026. Continuing Care – Resident Accommodation Charges. Retrieved June 12, 2026. <<https://www.alberta.ca/continuing-care-accommodation-charges>>.
- Province of Ontario. 2022. *More Beds, Better Care Act*, 2022, S.O. 2022, c. 16 - Bill 7.
- Schenk, E. 2026. Commentary: Beyond Preparedness: What Rural Wildfire Evacuations Reveal About Health System Interfaces. *Healthcare Policy* 21(4): 44–47. doi:10.12927/hcpol.2026.27895.
- Snowdon, W. 2026. Alberta Orders Fatality Inquiry Into Death of Man at Edmonton Emergency Room. *CBC News*. Retrieved July 3, 2026. <<https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-health-update-9.7046694>>.

Patients hospitalisés de longue durée et l'étrange phénomène de la disparition des lits d'hôpitaux au Canada et en Australie

Capacité hospitalière au Canada

Imaginez qu'il y a 10 ans, les administrateurs d'hôpitaux, les gouvernements et les décideurs politiques s'inquiétaient de voir les hôpitaux saturés de patients qui n'avaient pas besoin de s'y trouver. Le nombre de patients qui occupaient inutilement des lits dans les hôpitaux canadiens était tel que la situation est devenue un enjeu politique.

Fermez les yeux et imaginez à quel point le système de santé a évolué au cours des 10 dernières années. Ajoutez à cela l'évolution des besoins de la population en matière de santé, en particulier chez les personnes qui vivent plus longtemps et souffrent de plusieurs maladies chroniques. Maintenant, ouvrez les yeux et voyez à quel point persiste le problème du grand nombre de patients qui occupent inutilement des lits dans les hôpitaux des provinces.

La population devrait-elle s'inquiéter de l'occupation inutile des lits d'hôpitaux?

En effet, la population devrait s'en préoccuper, car cela a des répercussions sur l'ensemble du système de santé.

Les services d'urgence n'arrivent pas à transférer les patients gravement malades vers les services d'hospitalisation et donnent l'impression d'une pénurie des soins vitaux dans les hôpitaux. Par exemple, en Ontario, les patients attendent en moyenne plus de 17 heures aux urgences avant d'obtenir un lit d'hôpital (Santé Ontario 2026), ce qui contribue à l'encombrement des services d'urgence et au recours inévitable à la médecine de couloir (Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir 2019b). Les hôpitaux sont des endroits dangereux; un séjour prolongé expose les patients à des risques liés à l'hospitalisation et à une décompensation physique. De plus, le rythme des chirurgies non urgentes est ralenti faute de lits en soins de courte durée disponibles pour la convalescence après une intervention chirurgicale importante.

L'ampleur du problème

La population devrait se préoccuper de l'utilisation inefficace des lits d'hôpitaux, car ce problème ne relève pas d'une simple erreur d'arrondi : c'est une question d'ordre primordial.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), on dénombre 54 000 lits en soins de courte durée au Canada (ICIS 2026). Les données les plus récentes indiquent que plus de 18 % des lits d'hôpitaux en Ontario sont occupés par des patients dont l'état médical permettrait une sortie de l'établissement. La situation est encore plus critique au Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à l'utilisation de ressources hospitalières limitées : plus de 20 % des lits y sont occupés par des patients qui nécessitent un autre niveau de soins. L'Alberta et la Colombie-Britannique affichent des résultats à peine meilleurs, avec un taux d'environ 15 % chacune (ICIS 2025).

Même en faisant preuve d'indulgence et en supposant qu'il existe des raisons médicales et sociales pour justifier le maintien d'un petit nombre de patients dans des lits en soins de courte durée dont ils ne tirent aucun bénéfice, un taux de 12 % représente tout de même 6 400 lits.

Il s'agit d'un signal d'alarme manifeste indiquant une mauvaise répartition des ressources au sein des systèmes de santé canadiens. Le plus souvent, dans les milieux communautaires, les infrastructures, les services de soutien social et les services à domicile sont soit inexistants, soit incapables d'accueillir en toute sécurité des patients dont l'état de santé est complexe.

Le fait d'occuper un lit d'hôpital sans avoir besoin de soins intensifs ou de soins de courte durée ne peut être imputé aux patients eux-mêmes. Par un curieux paradoxe, les systèmes de santé concentrent actuellement leur mécontentement sur ces patients; plusieurs provinces ont adopté des lois et des règlements qui autorisent la facturation de frais journaliers aux patients dont l'état permettrait pourtant une sortie en toute sécurité (Interior Health 2025; Province de l'Alberta 2026; Province de l'Ontario 2022).

La dimension politique du problème

Les politiciens devraient pourtant être bien motivés à résoudre le problème de la surpopulation hospitalière. En effet, cela leur donnerait une plus grande marge de manœuvre financière pour s'attaquer à d'autres problèmes complexes, comme la hausse rapide du coût des médicaments ou la capacité des soins de longue durée.

Les partis politiques provinciaux et territoriaux ont perdu le cap; l'expression « plus ça change, plus c'est la même chose » décrit particulièrement bien les efforts consentis par les gouvernements. Ces derniers ne se penchent pas sur l'affectation des lits d'hôpitaux aux patients qui en ont le plus besoin, et ce, malgré les efforts déployés pour mettre en lumière des solutions possibles (Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir 2019a, 2019b).

Le manque de volonté politique de la part des gouvernements provinciaux et fédéral pour résoudre le problème de la surpopulation hospitalière laisse entrevoir qu'aucune solution politique n'est en vue pour remédier à l'encombrement des services d'urgence, à la médecine de couloir, au ralentissement des chirurgies non urgentes et aux risques inutiles pour les patients concernés.

Le Canada n'est pas le seul pays où les lits d'hôpitaux sont occupés par des patients qui n'ont pas besoin d'y être.

L'Australie et les patients en séjour prolongé

En Australie, la question des lits d'hôpitaux occupés par des patients qui n'ont pas besoin d'y séjourner constitue une priorité politique. Souvent désignés par les termes « patients qui bloquent des lits » ou « patients en attente de sortie », ces cas font l'objet d'une attention médiatique qui souligne les répercussions négatives pour les patients ainsi que la nécessité d'investissements publics dans des services de proximité destinés aux patients qui présentent des problèmes de santé complexes (Anderson 2026; Dalzell et al. 2026; May 2025).

L'ampleur du problème en Australie est moindre que ce qu'on observe au Canada. Bien que le nombre exact de lits et de patients concernés fasse l'objet de débats, les estimations font état de 3 200 lits bloqués l'année dernière à l'échelle du pays, soit près de 8 % du parc de lits (Anderson 2026; May 2025); ces chiffres représentent environ la moitié de ceux enregistrés au Canada.

Les Australiens ne sont pas habitués aux conséquences du blocage des lits. Au Canada, la saturation des services d'urgence et les files d'attente d'ambulances sont monnaie courante, à tel point que la situation fait rarement la une de l'actualité, sauf en cas d'événements indésirables évitables (Snowdon 2026).

La présence de ces patients dans les lits d'hôpitaux s'observe de façon constante en Australie depuis le début des années 1990, et leur nombre va augmentant. Le phénomène de l'encombrement des lits s'est nettement intensifié depuis la pandémie de COVID-19; les gouvernements des États signalent que des milliers de patients occupent des lits d'hôpitaux alors qu'ils sont médicalement aptes à sortir, tandis que les prestataires de soins aux personnes âgées, les cliniciens et les associations d'usagers décrivent régulièrement l'hôpital comme un cadre inadapté pour les personnes âgées atteintes de démence ou de fragilité, ou qui présentent des besoins complexes en matière de santé et de soutien social.

L'Australie n'a pas ignoré le problème. Au cours des 20 dernières années, des programmes de soutien à la sortie d'hôpital et de soins intermédiaires ont vu le jour. L'initiative nationale la plus marquante est le programme de soins de transition (Transition Care Program, ou TCP), conçu pour dispenser des soins de réadaptation à court terme après la sortie de l'hôpital. Si des programmes comme le TCP sont très appréciés et jouent un rôle clé à l'interface entre les soins hospitaliers et les soins aux personnes âgées, le succès de ces initiatives nationales ou étatiques semble limité au regard du nombre croissant de patients en séjour prolongé signalé publiquement par les autorités australiennes.

Les solutions d'ordre politique au problème de l'encombrement des lits sont plus complexes en Australie qu'au Canada. En Australie, les États financent les soins de courte durée, tandis que le gouvernement fédéral est responsable du financement des programmes de soins aux personnes âgées dans ces mêmes États. Ces derniers soutiennent que le sous-financement

fédéral des programmes de soins aux personnes âgées – en particulier pour les patients qui présentent des pathologies complexes – laisse les hôpitaux publics avec la charge de patients dont l'état de santé est complexe mais qui ne parviennent pas à obtenir une prise en charge adaptée en dehors de l'hôpital (Minister for Health 2026). À l'inverse, les provinces canadiennes ne peuvent invoquer cet argument, puisqu'elles sont seules responsables des soins de courte durée, des soins de transition et des soins de longue durée.

Après 30 ans, l'occupation de lits d'hôpitaux par des patients qui n'ont pas besoin d'y être ne relève plus tant de la crise que d'un symptôme inhérent aux structures et aux processus des systèmes de santé australien et canadien. En somme, l'encombrement des lits ne dépend pas uniquement de la capacité des différents maillons du système de santé, mais plutôt de l'incapacité à répondre aux besoins sanitaires et sociaux des personnes tout au long de leur parcours de soins, ainsi que de l'absence de mécanismes de financement adéquats pour soutenir ce parcours jusqu'à son aboutissement.

Un problème complexe sans solution facile

Ne faites pas comme le Canada. La leçon la plus importante que l'Australie doit tirer de la mauvaise gestion des lits d'hôpitaux au Canada est que le problème s'aggraverait s'il n'est pas traité. En l'absence de mesures, les hôpitaux publics australiens continueront de voir s'accumuler les « blocages de lits », ce qui entraînera un encombrement accru des services d'urgence, une attente prolongée des ambulances et des occasions manquées de réduire la dépendance du secteur des soins aux personnes âgées envers les soins de courte durée.

Le Canada et l'Australie ont besoin de nouvelles politiques pour s'attaquer à ce problème. Une approche possible pour les gouvernements fédéraux, étatiques et provinciaux consiste à mettre en œuvre des politiques de financement qui encouragent davantage les programmes de maintien à domicile, réduisent le recours aux soins de courte durée et récompensent la prévention ou les investissements dans les capacités et les ressources des soins aux personnes âgées et des soins communautaires. Parmi les exemples de politiques de financement multisectorielles fondées sur les parcours de soins, citons le paiement groupé et le financement par capitation; ces deux approches sont plus complexes que les budgets globaux employés au Canada ou que les paiements à l'acte pratiqués en Australie.

Le maintien du statu quo aggraverait le problème de l'encombrement des lits dans les deux pays en raison du vieillissement de la population. Ce n'est que lorsque les gouvernements adopteront de nouvelles stratégies et de nouveaux outils politiques que ce problème complexe pourra être résolu, allégeant ainsi la pression sur les systèmes de santé.

Dans le présent numéro

Le premier article de la section « Discussions et débats » du présent numéro porte sur la transparence des paiements versés par les entreprises pharmaceutiques et les fabricants de dispositifs médicaux aux médecins et aux groupes de patients. Ce sujet est d'autant

plus pertinent que Lexchin (2026a) cite des données qui indiquent que les paiements de l'industrie à ces acteurs sont associés à des résultats favorables. Compte tenu des répercussions potentielles, l'article conclut qu'une transparence accrue est nécessaire et s'inscrirait dans la lignée des pratiques observées dans d'autres pays à revenu élevé.

Une réplique à l'article susmentionné souligne que la transparence des paiements est nécessaire, mais qu'elle ne suffit pas en soi. En s'appuyant sur des tendances et des recherches qui s'étalent sur plusieurs décennies, Batt (2026) met en évidence le fait que les gouvernements encouragent les groupes de défense des droits des patients à nouer des partenariats avec des entreprises pharmaceutiques. L'auteur note également que les groupes parlementaires multipartites peuvent eux aussi être sensibles aux tentatives d'influence et qu'il faudrait rendre obligatoire la divulgation des renseignements pour toutes les catégories d'acteurs influents susceptibles de recevoir des fonds de l'industrie, y compris ces groupes parlementaires.

Un second article de la section « Discussions et débats » porte sur la vulnérabilité des systèmes de santé en milieu rural face aux urgences climatiques, telles qu'observé lors de l'évacuation liée aux feux de forêt de La Ronge, en Saskatchewan, en 2025 – une période marquée par une perturbation rapide du système de santé. Afin d'améliorer la préparation des systèmes de santé aux urgences climatiques, Karnitsky et al. (2026) formulent certaines recommandations clés : renforcer les infrastructures de communication, mieux faire connaître les rôles et les structures d'intervention d'urgence, établir des protocoles plus clairs de prescription et de délivrance de médicaments en situation d'urgence pour garantir la continuité des soins, et renforcer le soutien face à la complexité émotionnelle inhérente au fait d'être simultanément intervenant et personne évacuée.

Schenk (2026) propose une réplique, qui souligne les frictions qui surviennent entre les organisations lors des crises du système de santé. Selon l'auteur, l'incendie de La Ronge en Saskatchewan devrait servir de leçon et éclairer les principes de conception pour la planification des mesures d'urgence du système de santé en contexte de stress climatique.

Dans un article de la section « Questions de données », McKay et al. (2026) soulignent qu'aucune province ni aucun territoire n'utilise de données administratives pour mesurer ou rendre compte de la continuité des soins offerts dans le cadre des services de soins à domicile. Cet article propose que les mesures de continuité des soins pour ces clients devraient refléter les modèles de soins en équipe, puis décrit quatre indicateurs de ce type de soins.

Le deuxième article de la section « Questions de données » (Lexchin 2026b) examine si Santé Canada devrait utiliser les rapports d'autres pays pour approuver de nouveaux médicaments pour les Canadiens. S'appuyant sur des données qui mesurent le délai entre la soumission des demandes d'approbation de nouveaux médicaments auprès de la Food and Drug Administration (FDA) et de Santé Canada, le délai entre l'approbation des nouveaux médicaments par la FDA et par Santé Canada et la proportion de nouveaux médicaments approuvés par la FDA qui le sont également par Santé Canada, l'article soutient que Santé Canada devrait suspendre ses consultations concernant l'utilisation des rapports des

organismes de réglementation étrangers comme base pour l'approbation des médicaments au Canada. À cet effet, l'article présente des preuves convaincantes du contraire.

Le premier article de recherche de ce numéro examine le rôle de la participation communautaire dans la planification des soins de santé. Menée en Colombie-Britannique, cette étude de Kornelsen et al. (2026) utilise des méthodes d'enquête pour déterminer s'il existe un écart entre la prise en compte de la voix des communautés rurales et son inclusion dans la planification des soins de santé. Les résultats mettent en évidence une érosion de la confiance entre les communautés rurales et le système de santé de la Colombie-Britannique. Afin de rétablir la confiance, l'article recommande au ministère de la Santé et aux régies régionales de la santé d'améliorer la participation et l'engagement communautaires dans la planification des soins de santé, particulièrement dans les régions rurales et éloignées.

Ce numéro présente également un article de recherche qui porte sur la reddition de comptes concernant les accords bilatéraux entre le gouvernement fédéral canadien et les gouvernements provinciaux et territoriaux qui prévoient un financement fédéral ciblé pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (Loerzel et al. 2026). Axée sur les concepts de la présentation de rapports financiers et la communication de rapports en matière de rendement, l'étude emploie les données des ministères de la Santé de chaque province pour établir un tableau de suivi. Les résultats indiquent que la reddition de comptes financière est respectée en ce qui concerne l'accessibilité et la disponibilité des renseignements financiers, tandis que la reddition de comptes en matière de rendement n'est que partiellement respectée, certaines provinces n'ayant pas été en mesure de communiquer tous les indicateurs de résultats pour chaque exercice financier.

MICHAEL PERVAN

Directeur général

*Independent Health and Aged Care Pricing Authority
Sydney, Australie*

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef,

*Directeur, Centre de recherche sur les services
et les politiques de santé
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver, C.-B.*

La correspondance peut être adressée à Jason M. Sutherland par courriel à jason.sutherland@ubc.ca.

Références

Anderson, E. 9 juin 2026. Bed Block Patients Deteriorate During Long Waits for Aged Care Beds. *ABC News*. Consulté le 2 juillet 2026. <<https://www.abc.net.au/news/2026-06-09/bed-block-hospital-patients-wait-for-aged-care/106748902>>.

Batt, S. 2026. Commentaire : Partenariats dans le secteur de la santé, scandales médicaux et manque de transparence du Canada concernant les dons pharmaceutiques. *Politiques de Santé* 21(4): 28–35. doi:10.12927/hcpol.2026.27848.

Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir. Juin 2019a. Pour un Ontario en santé : Création d'un système de soins de santé durable. Consulté le 12 juin 2026. <<https://files.ontario.ca/moh-pour-un-ontario-en-sante-2019-06-25.pdf>>.

- Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir. Janvier 2019b. Soins de santé de couloir : un système sous tension. Consulté le 12 juin 2026. <<https://www.ontario.ca/fr/document/soins-de-sante-de-couloir-un-systeme-sous-tension>>.
- Dalzell, S., P. Cockburn et R. Hobbins. 11 mai 2026. Aged Care Patients Stranded in Hospitals Prompt Calls for Government Action. *ABC News*. Consulté le 2 juillet 2026. <<https://www.abc.net.au/news/2026-05-11/aged-care-patients-stranded-in-hospitals-australia/106651544>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2025. Jours-patients en niveau de soins alternatif (pourcentage). Consulté le 12 juin 2026. <<https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/jours-patients-en-niveau-de-soins-alternatif-pourcentage>>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2026. Lits d'hôpital, 2024-2025. Consulté le 12 juin 2026. <[hospital-beds-2024-2025-data-tables-fr.xlsx](https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/lits-d-hopital-2024-2025)>.
- Interior Health. 2025. AP0200 – Client Rates for Alternate Level of Care Patients Awaiting Long-Term Care Access. Consulté le 12 juin 2026. <<https://www.interiorhealth.ca/sites/default/files/PDFS/ap0200-client-rates-for-long-stay-patients-awaiting-placement.pdf>>.
- Karnitsky, M., J.D.C. Irvine, D. Irvine et V. McKinney. 2026. Enseignements tirés de l'évacuation liée aux feux de forêt de La Ronge, dans le nord de la Saskatchewan : débrefage des médecins. *Politiques de Santé* 21(4): 36–43. doi:10.12927/hcpol.2026/27817.
- Kornelsen, J., P. Adams et K. Wills. 2026. Promouvoir l'engagement communautaire dans le secteur de la santé en Colombie-Britannique rurale : une analyse de l'écart pour améliorer la participation communautaire à la planification des soins de santé. *Politiques de Santé* 21(4): 64–81. doi:10.12927/hcpol.2026.27900.
- Lexchin, J. 2026a. Manque de transparence concernant les paiements versés par l'industrie pharmaceutique aux médecins et aux groupes de patients au Canada. *Politiques de Santé* 21(4): 19–27. doi:10.12927/hcpol.2026.27773.
- Lexchin, J. 2026b. Santé Canada doit-il utiliser les rapports d'organismes de réglementation étrangers pour approuver de nouveaux médicaments? *Politiques de Santé* 21(4): 57–63. doi:10.12927/hcpol.2026.27900.
- Loerzel, W., L. Lowe et H. Mou. 2026. Rapports et reddition de comptes : évaluation des accords bilatéraux de 2017 au Canada. *Politiques de Santé* 22(1): 82–94. doi:10.12927/hcpol.2026.27898.
- May, N. 3 octobre 2025. 'Stranded' Aged Care or Disability Patients Occupy up to One in 10 Hospital Beds in Australia, Report Finds. *The Guardian*. Consulté le 3 juillet 2026. <<https://www.theguardian.com/australia-news/2025/oct/03/aged-care-disability-patients-hospital-beds-australia-report#:~:text=The%20report%2C%20by%20Prof%20Stephen,be%20discharged%20because%20alternative%20supported>>.
- McKay, S.M., T.A. Van Belle, D. Fry, K.A. Nichol, T. Heer, W. Lomas et al. 2026. Qui est là? Quantifier la continuité des services de soutien à la personne dans le cadre des soins à domicile. *Politiques de Santé* 21(4): 48–56. doi:10.12927/hcpol.2026.27901.
- Minister for Health. 9 juin 2026. State Government Plan to Address Commonwealth Government Bed Block. NSW Government. Consulté le 3 juillet 2026. <<https://www.nsw.gov.au/ministerial-releases/state-government-plan-to-address-commonwealth-government-bed-block#:~:text=%E2%80%9CThe%20NSW%20Government%20is%20effectively,to%20devise%20its%20own%20plan>>.
- Province de l'Alberta. 2026. Continuing Care – Resident Accommodation Charges. Consulté le 12 juin 2026. <<https://www.alberta.ca/continuing-care-accommodation-charges>>.
- Province de l'Ontario. 2022. *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*, L.O. 2022, chap. 16 – Projet de loi 7.
- Santé Ontario. Avril 2026. Temps passé aux urgences. Consulté le 12 juin 2026. <<https://santeontario.ca/systeme/rapports/rendement/temps-passe-aux-urgences>>.
- Schenk, E. 2026. Commentaire : Au-delà de la préparation : ce que les évacuations liées aux feux de forêt en milieu rural révèlent sur les interfaces du système de santé. *Politiques de Santé* 21(4): 44–47. doi:10.12927/hcpol.2026.27895.
- Snowdon, W. 2026. Alberta Orders Fatality Inquiry Into Death of Man at Edmonton Emergency Room. *CBC News*. Consulté le 3 juillet 2026. <<https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-health-update-9.7046694>>.