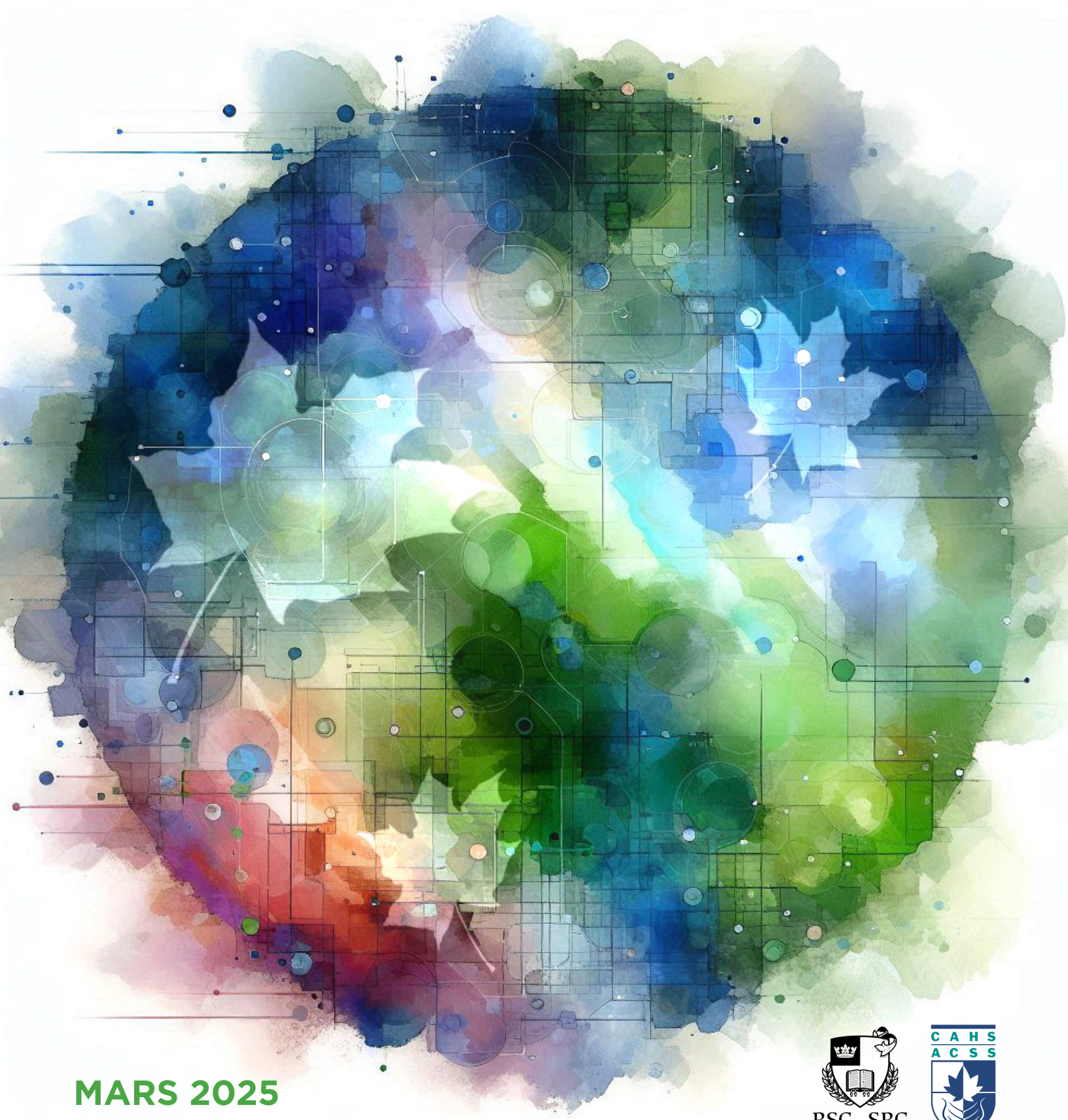


PROTÉGER NOTRE AVENIR À TOUS :

Renouveler le rôle du Canada en matière de santé mondiale



MARS 2025



Protéger notre avenir à tous : renouveler le rôle du Canada en matière de santé mondiale

Rapport du Groupe d'experts sur le rôle du Canada en matière de santé mondiale de
l'Académie canadienne des sciences de la santé et de la Société royale du Canada

Mars 2025

Chef de projet

William Ghali

Groupe d'experts

Tim Evans (Co-Président)
Kelley Lee (Co-Présidente)
Chantal Blouin
Nadine Caron
Jocalyn Clark
Robert Greenhill
Joanne Liu
Francis Omaswa
Jane Philpott
K. Srinath Reddy

Secrétariat

Prativa Baral
Gatien de Broucker
Daniel Eisenkraft Klein
Leah Shipton

Pairs examinateurs

Robert Armstrong
Margo Greenwood
Lynn McIntyre
Peter Singer

Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage

Evans, T., Lee, K., Blouin, C., Caron, N., Clark, J., Greenhill, R., Liu, J., Omaswa, F., Philpott, J., Reddy, K.
Protéger notre avenir à tous : renouveler le rôle du Canada en matière de santé mondiale. Société royale
du Canada et l'Académie canadienne des sciences de la santé. 2025

***Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas
nécessairement les opinions de la Société royale du Canada ou l'Académie canadienne des sciences
de la santé.***

PRÉFACE

L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) et la Société royale du Canada (SRC) sont ravies de publier conjointement le présent rapport, intitulé « Protéger notre avenir à tous : renouveler le rôle du Canada en matière de santé mondiale ». Le travail de préparation de ce rapport a été commandé par les deux organisations en juin 2023, au moment où le Canada et le monde entier sortaient de la pandémie de COVID-19. L'objectif primordial de ce travail était d'identifier les possibilités pour le Canada de renforcer son leadership dans le domaine de la promotion de la santé mondiale, tout en tentant de répondre à certaines questions clés.

Quel a été l'impact de la pandémie sur l'engagement du Canada relatif à la santé mondiale? Quelles sont les prochaines mesures qui devraient être prises au sortir de la pandémie pour que le Canada puisse rester fidèle à ses valeurs annoncées d'équité, de droits de la personne et de citoyenneté mondiale? Quelles leçons pouvons-nous tirer de l'histoire de l'engagement du Canada en matière de santé mondiale et de la pandémie de COVID pour guider les futures stratégies du Canada et ses possibilités de leadership dans ce domaine?

Pour répondre à ces questions, nos deux organisations ont chargé William Ghali (Université de Calgary) de réunir un groupe d'experts pour ce travail et de mettre sur pied le processus d'examen par des pairs requis. Deux chefs de file canadiens dans le domaine de la santé mondiale, Kelley Lee (Université Simon Fraser) et Tim Evans (Université Concordia), ont été nommés coprésidents du groupe d'experts. Ils ont ensuite collaboré avec le responsable de la formation du groupe d'experts, l'ACSS et la SRC pour inviter et nommer un groupe d'experts qui aurait une expertise approfondie et variée au regard du travail et des questions décrits ci-dessus. Ce groupe d'experts a été soutenu par un secrétariat de projet composé de futurs chefs de file de la santé mondiale, un groupe de Canadiens talentueux et dynamiques poursuivant des études supérieures liées à la santé mondiale.

Nous sommes redevables au groupe d'experts et aux membres du secrétariat, qui ont tous donné de leur temps et partagé leur expertise au fil d'une série de réunions menées sur une période de plus de 15 mois. Le résultat de leur travail et de leurs efforts est un rapport convaincant qui mise sur une combinaison de données historiques et contemporaines pour répondre de manière exhaustive aux questions énoncées plus haut.

Ce rapport est le plus récent produit issu de la collaboration fructueuse entre l'ACSS et la SRC. Ce partenariat continue de fournir des connaissances inestimables sur les questions de santé et les grands défis stratégiques de notre époque dans ce domaine. Enfin, nous tenons à remercier à nouveau toutes les personnes qui ont participé à ce rapport pour les services qu'elles ont rendus au Canada et, en fait, au monde entier.

Alain-G. Gagnon, Président, Société royale du Canada

Trevor Young, Président, Académie canadienne des sciences de la santé

William Ghali, Vice-recteur à la recherche, Université de Calgary

SOMMAIRE

À l'approche du deuxième quart du 21^e siècle, le terrain de la santé mondiale est en train de se transformer substantiellement et de plusieurs façons. La pandémie de COVID-19, l'accélération de la crise climatique, l'instabilité géopolitique croissante, le déplacement de populations, les inégalités alarmantes de richesse et de revenu et l'augmentation de l'instabilité géopolitique et économique, entre autres préoccupations majeures, se conjuguent actuellement pour créer ce que d'aucuns ont décrit comme une « polycrise ». Ensemble, ces crises démontrent les liens évidents qui existent entre la santé et le bien-être mondiaux et nationaux et l'importance accrue qui devrait être accordée à la mise en place d'une coopération internationale efficace.

C'est dans ce contexte que la Société royale du Canada (SRC) et l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) ont réuni un groupe d'experts pour fournir des éclairages et des conseils stratégiques sur le rôle que pourrait jouer le Canada au regard de la santé mondiale au cours des deux prochaines décennies. Nous n'avons pas abordé cette tâche comme un dépouillement exhaustif de la littérature, comme on le ferait pour un examen systématique des données probantes produites sur l'efficacité d'une intervention clairement définie, ni comme une étude fondée sur des faits ou des vérités immuables. Bien que nous ayons eu recours à la littérature et aux données existantes sur la question, nous nous sommes également appuyés sur une myriade de consultations externes, sur l'expertise et l'expérience collectives et diverses des membres du groupe d'experts, ainsi que sur les valeurs qu'ils ont explicitement énoncées. Ces éléments ont été réunis pour saisir cette occasion stratégique de réfléchir au rôle que le Canada a joué, joue actuellement et devrait jouer dans le futur dans le domaine de la santé mondiale. Les conclusions de cette démarche ont abouti aux recommandations que nous avons le mandat de formuler quant au renouvellement du rôle que doit jouer le Canada en matière de santé mondiale dans un monde en évolution rapide et confronté à des défis interdépendants.

Nous sommes partis du principe que le Canada est un élément essentiel de ce monde en mutation et qu'il doit donc continuer à participer activement aux efforts de coopération mondiale menés **pour améliorer la santé et le bien-être, aussi bien au pays qu'à l'étranger**. Aux fins du présent rapport, le groupe définit la santé mondiale comme un domaine interdisciplinaire d'étude, de politiques publiques et de pratiques qui englobe la santé et le bien-être des êtres humains et des autres formes de vie à l'échelle planétaire. L'amélioration de la santé mondiale, elle, dépend de trois éléments : a) la nécessité de protéger et de promouvoir, d'une génération à l'autre, toutes les formes de vie et tous les écosystèmes terrestres (planétaires) qui les soutiennent; b) la nécessité de s'attaquer aux différences injustes, évitables ou remédiables qui existent entre certains groupes de personnes, que ces groupes soient définis socialement, économiquement, démographiquement, géographiquement ou par d'autres dimensions de l'inégalité (équité); et c) la nécessité de passer de systèmes de pensée et de pratique cloisonnés à un système de pensée et de pratique holistique (intégration). Surtout, notre définition de la santé mondiale met en relief le lien étroit qui unit les sphères mondiale et nationale.

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Pendant plus d'un siècle, le Canada s'est distingué par sa contribution positive à la coopération mondiale en santé. Depuis la découverte révolutionnaire de l'insuline en 1922, les Canadiens ont contribué à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations du monde entier grâce à toute une série de contributions notables.

L'analyse du groupe d'experts a révélé qu'au cours des deux dernières décennies, un leadership et un financement soutenus et de haut niveau, se manifestant dans le cadre d'efforts tels que l'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE) et la décennie d'actions liées à la Politique d'aide internationale féministe (PAIF), ont conduit à des améliorations impressionnantes dans le monde entier dans les domaines de la santé reproductive, maternelle et infantile, de la nutrition et de la lutte contre les maladies infectieuses. D'importants défis restent cependant à relever dans plusieurs domaines de la santé, du bien-être et du parcours de vie des populations dans le monde, ainsi qu'en ce qui concerne la capacité et la résilience des systèmes de santé nationaux, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le groupe est d'avis que le Canada et ses partenaires mondiaux doivent accorder une attention plus concertée aux politiques, à la recherche et aux investissements qui seront nécessaires pour améliorer la santé et l'équité sanitaires dans

les années à venir. Une attention particulière doit être accordée aux défis sanitaires tels que les maladies non transmissibles, y compris les troubles de santé mentale, et aux déterminants sociaux et commerciaux de la santé, qui ont été relativement négligés par les investissements canadiens dans la santé mondiale, malgré les importants efforts de recherche et d'innovation déployés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Grands Défis Canada.

Le groupe d'experts a également examiné les implications de la pandémie de COVID-19, qui a mis à l'épreuve la capacité nationale du Canada de répondre à une urgence majeure de santé publique et, en même temps, de participer à la réponse mondiale destinée à contrôler la propagation mondiale de ce nouveau coronavirus. Cette expérience a révélé, entre autres à travers l'enjeu de l'accès équitable aux vaccins contre la COVID-19, à quel point la santé nationale et la santé mondiale sont indissociables. L'importance de la cohérence des politiques pour le renforcement de la position du Canada sur la scène internationale et les défis liés à la promotion d'actions communes dans un monde de plus en plus divisé ont également été clairement démontrés.

En s'appuyant sur une analyse des vingt dernières années, y compris de la pandémie de COVID-19, en reconnaissant l'histoire de la colonisation et de l'édification de notre pays de même que les processus de réconciliation avec les peuples autochtones qui se déroulent actuellement, et en tenant compte de l'évolution profonde de l'engagement envers le multilatéralisme, qui aura certainement un impact sur le paysage mondial des deux prochaines décennies, le groupe d'experts est parvenu à sept conclusions clés. Les quatre premières conclusions décrivent « **le quoi** », à savoir les domaines qui requièrent une attention prioritaire et où le leadership du Canada pourrait apporter une contribution substantielle. Il est important de noter que chaque domaine d'intervention incarne l'interconnexion des actions nationales et mondiales, c'est-à-dire de reconnaître que la santé au Canada ne peut être assurée, protégée ou promue sans contribution à la coopération mondiale. Les trois autres conclusions décrivent « **le comment** », soit les mesures que peut prendre le Canada pour aider à faire progresser efficacement ces questions prioritaires, notamment grâce à une stratégie claire, à des investissements ciblés dans les systèmes de recherche et d'innovation et au renforcement des capacités pour soutenir le leadership canadien.

LE QUOI – QUATRE DOMAINES PRIORITAIRES

1. **Bâtir des systèmes de santé universels équitables, centrés sur les femmes et les soins primaires**

À l'heure où les pays s'efforcent d'atteindre les Objectifs de développement durable en matière de santé, une convergence croissante des politiques s'établit actuellement autour de la couverture santé universelle (CSU) et des campagnes de soins de santé primaires (SSP). La dynamique de la CSU et des SSP pourrait être renforcée par le leadership du Canada et ses investissements à haut rendement dans la santé et la nutrition des femmes et des enfants, reconnaissant que les systèmes de santé doivent être unifiés pour toutes les étapes de la vie et pour toutes les causes de maladies (infectieuses, chroniques ou liées à des blessures). De plus, l'engagement du Canada à améliorer la santé et les droits des femmes et des filles dans le monde et à s'attaquer aux autres facteurs sociaux de la santé en tant que considérations prioritaires pour l'élaboration des politiques et des programmes de CSU et de SSP devrait continuer à être renforcé. Le lien entre la CSU et les SSP représente une occasion pour le Canada d'harmoniser l'aide au développement qu'il apporte à l'ensemble des initiatives en matière de santé mondiale (GAVI, l'Alliance du vaccin [GAVI], le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria [FMSTM], le Mécanisme de financement mondial [MFM], Nutrition International [NI]) ainsi que d'établir des liens plus explicites avec les défis nationaux auxquels il est confronté au regard de la CSU et des SSP. À cet égard, le groupe d'experts estime que Santé Canada et Affaires mondiales Canada pourraient, en collaboration avec d'autres partenaires, établir une « **stratégie accélérée de renforcement de la CSU et des SSP** » qui catalyserait les systèmes apprenants nécessaires pour assurer une CSU et les SSP, en mettant l'accent sur les trois facteurs que sont la santé des femmes, le personnel de santé et le financement innovant.

Comme moteur principal de cette stratégie, le Canada pourrait se servir de l'avancée nationale percutante que serait l'instauration d'une couverture universelle de la contraception pour catalyser un effort international parallèle de renforcement des SSP offerts aux femmes partout dans le monde. Que ce soit dans le cadre de la

présidence canadienne du G7 ou d'une coalition mondiale des pays du Nord et du Sud, l'objectif serait d'offrir une gamme complète de moyens de contraception modernes à au moins 100 millions de femmes additionnelles, réduisant ainsi de plus de la moitié les besoins non satisfaits dans ce domaine chez les femmes et les adolescentes d'ici à 2032.

2. Soutenir une approche « Une seule sécurité sanitaire » en mettant l'accent sur la durabilité et l'équité

La réalité des liens étroits qui unissent le Canada au reste du monde, les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 et l'évolution rapide des polycrises sont autant d'éléments qui amènent le groupe à conclure qu'il est urgent d'adopter une nouvelle approche de la sécurité sanitaire qui intègre à la fois la durabilité et l'équité comme principes fondamentaux. Pour y parvenir, le groupe a relevé trois démarches qui devraient être entreprises.

Premièrement, il est impératif d'instaurer une approche **Une seule sécurité sanitaire** plus holistique qui : a) accorderait une importance centrale à la sécurité humaine, animale et environnementale; b) s'appuierait sur des solutions de prévention primaire et des mesures d'atténuation; et c) serait assujettie à une reddition de comptes fondée sur des indicateurs de durabilité et d'équité. Deuxièmement, et c'est un élément central de ce cadre, il serait important de **trouver un meilleur équilibre entre les pratiques d'évaluation et d'atténuation des risques** qui s'attaquent en amont aux facteurs de risque, comme les pratiques de gestion du bétail ou les mesures d'atténuation des changements climatiques qui permettent de réduire la possibilité que des agents pathogènes s'attaquent à l'humain, et les mesures de préparation et d'intervention en aval, comme l'augmentation des investissements nationaux dans la biofabrication et d'autres contre-mesures médicales. Troisièmement, le groupe reconnaît qu'il est impératif **de catalyser et de consolider** les capacités de base nécessaires à l'application de l'approche *Une seule sécurité sanitaire*, y compris en soutenant la formation d'une main-d'œuvre permanente prête à répondre aux urgences sanitaires, qui constitueraient un élément de l'ensemble des mesures humanitaires et de secours mises en œuvre lors des catastrophes. Il faudrait aussi pour cela investir, depuis le niveau local jusqu'au niveau mondial, dans les acteurs étatiques et non étatiques essentiels qui assurent le maintien des fonctions clés des sociétés pendant les situations d'urgence.

Des occasions s'offrent au Canada actuellement de promouvoir une nouvelle approche de la sécurité sanitaire axée sur l'équité et la durabilité, en s'appuyant sur la sagesse des peuples autochtones du Canada, qui donne la priorité à la protection et à la promotion intergénérationnelles de la santé et du bien-être, en reconnaissant nos vulnérabilités à court terme et croissantes par rapport au changement climatique, et en déployant des efforts constants pour réduire les inégalités sociales et sanitaires. Un cadre fondé sur l'approche *Une seule sécurité sanitaire*, par exemple, pourrait guider la mise en œuvre des engagements pris par le Canada à la 28^e Conférence des parties (COP) concernant le changement climatique et la santé, de même que les efforts entrepris pour prévenir les nouvelles menaces de pandémie et s'y préparer, y compris l'Accord sur les pandémies de l'OMS qui est en cours de négociation.

3. Renouveler le leadership canadien en matière de promotion et de protection de la santé en mettant l'accent sur le bien-être

S'inspirant des réussites remarquables du passé, le groupe d'experts conclut que le Canada devrait renouveler son leadership relatif à la promotion et à la protection de la santé en soutenant le mouvement en faveur du bien-être. La participation active du Canada à l'Alliance pour une économie du bien-être, qui cherche à mettre en place « une économie au service des personnes et de la planète », offre un point de départ stratégique à toute une série de programmes de santé dont l'importance ne fait que s'accroître. Il s'agit notamment de mettre en œuvre de nouvelles mesures visant à atténuer les dommages et à amplifier les avantages découlant des **déterminants commerciaux de la santé (DCS)**, définis comme étant « les systèmes, les pratiques et les voies par lesquelles les acteurs commerciaux influencent la santé et l'équité ». En s'inspirant de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, cela pourrait prendre la forme d'un soutien international à la diffusion des

politiques et à l'acquisition de connaissances sur la gouvernance et la réglementation efficaces des industries nocives pour la santé.

Reconnaissant les défis majeurs engendrés par la consommation de substances et la toxicomanie, notamment que 300 millions de personnes consomment des substances illicites dans le monde, le Canada devrait prendre la tête d'un **nouveau groupe de travail mondial sur la crise des drogues toxiques**. Ce groupe de travail, qui se concentrerait principalement sur les opioïdes (y compris le fentanyl), aurait comme mission de cerner les possibilités de s'attaquer à l'ensemble complexe des facteurs mondiaux et nationaux à l'origine de la présente crise.

4. S'attaquer d'urgence à la crise du personnel de santé

Le groupe est d'avis que le personnel de santé constitue la ressource la plus importante pour permettre aux pays de répondre aux besoins en rapide progression et aux défis émergents, qu'il s'agisse de l'accès universel aux soins, de l'établissement de l'approche *Une seule sécurité sanitaire* ou de la promotion et de la protection de la santé et du bien-être. Pourtant, le personnel de santé reste malheureusement négligé comme domaine principal de considération pour l'élaboration des politiques et la recherche. Tous les pays sont confrontés à des crises chroniques et aiguës qui ont des conséquences graves pour la santé et le bien-être de leurs populations. Les manifestations de cette crise sont multiples : graves pénuries de personnel de santé dans les régions où les besoins sont les plus criants, insuffisances systémiques sur le plan des salaires, de la sécurité et du soutien offerts aux femmes, lesquelles constituent la majorité du personnel de santé et de soins, et migrations internes et internationales des travailleurs de la santé, qui exacerbent les inégalités sociales et sanitaires, pour ne nommer que celles-là.

La crise aiguë et chronique du personnel de santé au Canada partage ces symptômes avec une dépendance croissante à l'égard des professionnels de santé formés à l'étranger, qui représentent aujourd'hui près de 15 % du personnel de santé du pays. Cette dépendance englobe une politique favorisant explicitement l'immigration des travailleurs de la santé, alimentée par un financement fédéral et une procédure d'immigration accélérée qui sont à risque d'enfreindre le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Les données produites pour le groupe d'experts indiquent que le Canada bénéficie d'une subvention *de facto* à la formation de plus d'un milliard de dollars canadiens par an du fait qu'il n'a pas à payer pour la formation de ces travailleurs. Cela représente plus de la moitié de ce que le Canada consacre chaque année à l'aide au développement dans le domaine de la santé.

Le groupe estime par conséquent que le Canada devrait être le premier pays à faire du personnel de santé une priorité phare pour ouvrir une nouvelle ère de capacités mondiales en santé, qui serait caractérisée par l'innovation intrépide, l'apprentissage en commun, la solidarité et le multilatéralisme collaboratif. La réunion du Groupe des Sept (G7), organisée par le Canada en 2025, offre une occasion d'annoncer un « **Programme d'urgence canadien pour l'innovation en matière de personnel de la santé (PUCIPS)** », dont l'objectif serait de parvenir à une situation de braconnage net zéro d'ici à 2035. Cette initiative intersectorielle et intergouvernementale pourrait catalyser une décennie d'innovation dans la formation, le recrutement et la rétention des travailleurs de la santé, en partenariat avec les établissements des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Le PUCIPS ferait du Canada un chef de file de la création de solutions qui permettent de constituer un personnel de santé en conciliant les réalités nationales et internationales du marché du travail, solutions dont tous les pays ont désespérément besoin pour atteindre et maintenir leurs objectifs sanitaires.

LE COMMENT – TROIS DOMAINES D'INTERVENTION STRATÉGIQUES

1. Établir une stratégie sanitaire mondiale claire

Les polycrises actuelles font peser de lourdes menaces sur le personnel de santé, la couverture santé universelle, l'approche *Une seule sécurité sanitaire*, et la promotion de la santé et du bien-être dans toutes les sociétés. Tous les pays, y compris le Canada, ont besoin d'une stratégie globale claire pour composer avec ce contexte complexe en rapide évolution. La pandémie de COVID-19 nous a rappelé de manière frappante que la

santé au Canada est inextricablement liée à des événements et à des facteurs qui peuvent prendre naissance bien au-delà de nos frontières nationales. Il est donc essentiel de soutenir ensemble la santé nationale et la santé mondiale, non pas en pensant qu'investir dans l'une se fait au détriment de l'autre, mais en les considérant comme des objectifs politiques interconnectés. Compte tenu du grand nombre d'acteurs impliqués, des domaines prioritaires concurrents et des diverses initiatives qui façonnent l'environnement politique de la santé mondiale, le Canada doit faire preuve d'une plus grande cohérence dans les priorités, principes et activités globales qu'il souhaite appuyer. Une stratégie globale aiderait donc le Canada à se positionner dans ces différents domaines et à définir les contributions distinctes qu'il pourrait apporter à la santé mondiale.

Nous appuyons donc les appels lancés par d'autres universitaires canadiens en faveur de l'établissement d'une **stratégie explicite et cohérente, assortie d'une vision, de priorités, d'un cadre de gouvernance, de ressources et de moyens de suivi**. Une stratégie canadienne en matière de santé mondiale inclurait des éléments justificatifs convaincants auxquels les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones du Canada pourraient adhérer de manière non partisane. La stratégie guiderait ensuite la mise en place d'investissements ciblés dans les domaines prioritaires que sont le personnel de santé, la couverture santé universelle, l'approche *Une seule sécurité sanitaire*, ainsi que la protection et la promotion de la santé.

2. Renforcer les systèmes de recherche et d'innovation pour soutenir la santé mondiale

Une stratégie complémentaire axée sur les systèmes de recherche et d'innovation est nécessaire. Au-delà de l'importance transformatrice de la science et de la technologie pour l'amélioration de la santé, cette stratégie reconnaîtrait que le Canada doit être plus explicite quant à la manière dont il s'engage dans le paysage de plus en plus mondial des sciences de la vie et de l'innovation numérique pour améliorer la santé. Les considérations stratégiques devraient inclure la recherche de ressources pour appuyer les priorités essentielles comme le personnel de santé ou l'approche *Une seule santé*, la correction des déséquilibres de capacités de recherche que connaissent les PRFI et les communautés autochtones, et la préservation de la confiance du public.

Ces considérations devraient être intégrées à une stratégie canadienne qui reconnaîtrait l'interdépendance de la santé nationale et mondiale, accordant une attention particulière aux programmes de recherche qui se rapportent à la couverture santé universelle et aux soins de santé primaires, à l'approche *Une seule sécurité sanitaire*, et à la promotion de la santé et du bien-être. Une telle stratégie devrait être coordonnée avec divers partenaires des secteurs public, privé et universitaire afin de prendre des décisions éclairées concernant les investissements ciblés requis. **Cette stratégie pourrait s'appeler « SRIRAU » : Systèmes de recherche et d'innovation responsables et adaptatifs même lors d'urgences**, et s'inspirerait d'exemples mis en œuvre dans d'autres pays et régions, comme la stratégie Horizon Europe.

3. Renforcer la capacité de leadership en matière de santé mondiale

La capacité du Canada à jouer un rôle de premier plan dans le domaine de la santé mondiale, et donc à faire progresser les priorités stratégiques établies, exige des personnes possédant les connaissances techniques et l'expertise voulues, des compétences en matière de leadership, de négociation et de collaboration, ainsi qu'une expérience de travail dans des contextes de santé mondiale et avec divers groupes d'intérêt. Le groupe d'experts estime que la capacité du Canada à s'engager efficacement en tant que leader de la santé mondiale devrait être renforcée de trois manières.

Premièrement, le Canada devrait **nommer un ambassadeur de la santé mondiale**. La personne titulaire de cette fonction importante assurerait la direction et la coordination d'une mise en œuvre efficace de la stratégie canadienne sur la santé mondiale, la collaboration interministérielle et intergouvernementale requise, et l'atteinte des objectifs du Canada pour la santé mondiale en travaillant avec les parties prenantes nationales et mondiales.

Deuxièmement, il faudrait créer un **Pôle canadien de la santé mondiale (PCSM)**, présidé par l'ambassadeur de la santé mondiale, pour maximiser l'utilisation des ressources disponibles. En offrant un mécanisme permettant de réunir un vaste champ d'expertise, le PCSM pourrait mobiliser en temps opportun des synthèses de données et d'autres contributions pour éclairer au besoin l'élaboration des politiques et la prise de décisions.

L'expérience du Pôle de santé mondiale en Allemagne et du Comité consultatif scientifique sur la santé mondiale au Canada pourrait contribuer à définir les mécanismes institutionnels qui encadreraient un tel organe.

Troisièmement, le groupe d'experts estime qu'il serait nécessaire de former de manière plus systématique les futurs leaders canadiens de la santé mondiale grâce à la mise en place d'un **Programme de diplomatie et d'innovation en santé mondiale**. Ce programme aurait pour mandat explicite de renforcer l'expertise et le leadership canadiens sur la scène de la santé mondiale. Éclairé par les programmes similaires déployés en Thaïlande et en Europe, il développerait un contingent de personnel hautement qualifié capable de faire progresser la stratégie du Canada sur la santé mondiale.

QUOI

CMU équitable : femmes et soins primaires

Catalyser les systèmes d'apprentissage pour la CMU et les SSP en mettant l'accent sur le triumvirat de la santé des femmes (comprenant l'accès universel aux moyens de contraception), du personnel de santé et du financement innovant.

Une seule sécurité sanitaire : durabilité et équité

Mettre en œuvre une nouvelle approche *Une seule sécurité sanitaire* qui donnerait la priorité à la durabilité, à l'équité et à la prévention, en équilibrant la gestion en amont et en aval des risques pour les êtres humains, les animaux et l'environnement, grâce à une équipe d'intervention permanente.

Protection et promotion de la santé : bien-être

Renouveler le leadership du Canada sur la promotion de la santé en soutenant le mouvement en faveur du bien-être, en s'attaquant aux déterminants commerciaux de la santé et en dirigeant un nouveau groupe de travail mondial sur la crise des drogues toxiques.

7 RECOMMANDATIONS CLÉS



Crise du personnel de santé

Faire du personnel de santé un catalyseur plutôt qu'une contrainte grâce à un Programme d'urgence canadien pour l'innovation en matière de personnel de la santé (PUCIPS), avec l'objectif de parvenir à une situation de braconnage net zéro d'ici à 2035.

COMMENT

Établir une stratégie sanitaire mondiale claire

Élaborer et mettre en œuvre une stratégie cohérente en matière de santé mondiale qui harmonise les objectifs nationaux et mondiaux, fixe des priorités claires et guide les investissements dans le personnel de santé et le « quoi ».

Systèmes de recherche et d'innovation

Adopter une nouvelle stratégie de mise en place de *Systèmes de recherche et d'innovation responsables et adaptatifs même au regard des urgences* afin d'exploiter pleinement les sciences de la vie et l'innovation numérique, d'harmoniser les priorités en matière de santé mondiale et de renforcer les partenariats intersectoriels.

Capacité de leadership

Renforcer le leadership du Canada en matière de santé mondiale en nommant un ambassadeur de la santé mondiale, en créant un Pôle canadien de la santé mondiale et en élaborant un Programme de diplomatie et d'innovation en santé mondiale.

DÉCLARATION DE RECONNAISSANCE TERRITORIALE

Le responsable de la formation du groupe d'experts et les membres du groupe d'experts et du secrétariat basés au Canada, qui ont rédigé ce rapport et y ont contribué, reconnaissent respectueusement que les terres sur lesquelles nous travaillons sont les terres ancestrales des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Plus précisément, ce travail a été mené aux endroits suivants :

À Montréal, au Québec, une ville située sur le territoire traditionnel des Kanien'kehà:ka. Cet endroit a longtemps servi de lieu de rencontre et d'échange entre de nombreuses Premières Nations, notamment les Kanien'kehà:ka de la Confédération Haudenosaunee, les Hurons-Wendats, les Abénaquis et les Anichinabés.

À Vancouver, en Colombie-Britannique, une ville située sur les territoires non cédés et traditionnels des Salish du littoral, en particulier les xʷməθkʷəy̓əm (Musqueam), Skwxwú7mesh Úxwumixw (Squamish), səliwətaʔ (Tsleil-Waututh), qíćǎy (Katzie), kwikwəłəm (Kwkwetlem), Qayqayt, Kwantlen, Semiahmoo et Tsawwassen.

À Calgary, en Alberta, une ville située sur les territoires traditionnels des peuples du Traité 7. Ces peuples comprennent la Confédération des Pieds-Noirs : la Nation Siksika, la Nation Kainai, la Nation Piikani, la Nation îethka Nakoda, qui englobe les Nations Chiniki, Bearspaw, Goodstoney et Tsuut'ina. Nous reconnaissons que ce territoire abrite le gouvernement métis Otipemisiwak de la Nation métisse située dans les districts 5 et 6 de l'Alberta.

À Kingston, en Ontario, une ville située sur le territoire ancestral traditionnel des Anichinabés, des Haudenosaunee et des Hurons-Wendats.

REMERCIEMENTS

Le groupe d'experts souhaite remercier Russel MacDonald (Société royale du Canada) et Gladys We (Bridge Research Consortium) pour l'aide administrative qu'ils ont apportée à la production de ce rapport.

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

Accélérateur ACT	Dispositif pour accélérer l'accès aux outils contre la COVID-19
ACDI	Agence canadienne de développement international
ACSM	Association canadienne pour la santé mondiale
ACSS	Académie canadienne des sciences de la santé
ADI	Agence de développement internationale
ADO	Aide au développement officielle
AMC	Affaires mondiales Canada
AMS	Assemblée mondiale de la santé
APA	accès et partage des avantages
ASPC	Agence de santé publique du Canada
BRIC	Brésil, Russie, Inde, Chine
CAD	Comité d'aide au développement
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte antitabac
CCRC	Comité de coordination de la recherche au Canada
CCSSM	Comité consultatif scientifique sur la santé mondiale
CEPI	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies
CIC	Conseil international du Canada
CMM	charge mondiale de morbidité
CNRC	Conseil national de recherches Canada
CNUED	Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement
COVAX	Accès mondial aux vaccins contre la COVID-19
COVID-19	maladie à coronavirus 2019
CRDI	Centre de recherches pour le développement international
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
CRSNG	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
CSU	couverture santé universelle
DCS	déterminants commerciaux de la santé
EPI	équipement de protection individuelle
FEM	Forum économique mondial
FGHI	Avenir des initiatives mondiales pour la santé
FID-S	Fonds d'innovation pour le développement – santé
FMI	Fonds monétaire international
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FNFR	Fonds Nouvelles frontières en recherche
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
G7	Groupe des Sept
GACD	Global Alliance on Chronic Diseases
GAVI	Global Alliance on Vaccines and Immunization
GDC	Grands défis Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISM	initiative en santé mondiale
MFM	Mécanisme de financement mondial
MNT	maladie non transmissible
MSF	Médecins Sans Frontières
MTS	maladie transmise sexuellement
NI	Nutrition International
NIH	National Institutes of Health (États-Unis)

NSF	National Science Foundation (États-Unis)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
ODM	Objectif de développement du millénaire
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	organisation de la société civile
PAHO	Pan American Health Organization
PRFI	pays à revenu faible et intermédiaire
RNES	recherches nationales essentielles en santé
RSI	Règlement sanitaire international
SMNE	santé des mères, des nouveau-nés et des enfants
SRC	Société royale du Canada
SSP	soins de santé primaires
TSFE	travailleurs de la santé formés à l'étranger
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH/SIDA	virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

LISTE DES ENCADRÉS, DES TABLEAUX ET DES FIGURES

- Encadré 1 : Nos valeurs et principes fondamentaux
- Encadré 2 : Une initiative en santé canadienne qui a pris une ampleur mondiale
- Encadré 3 : Les pratiques autochtones comme modèles pour l'approche *Une seule sécurité sanitaire*
- Encadré 4 : Équité et durabilité dans la propagation de la grippe aviaire hautement pathogène H5N1
- Encadré 5 : Action canadienne pour venir à bout de la crise mondiale des opioïdes
- Encadré 6 : Le problème mondial du vieillissement de la population
- Encadré 7 : La « subvention » *de facto* accordée au système de santé canadien du fait que le Canada ne finance pas la formation des travailleurs de la santé recrutés à l'étranger
- Encadré 8 : Partenariats en matière de mobilité des compétences pour le développement mondial des compétences
- Encadré 9 : Grands Défis Canada : Tirer parti des rôles de leadership assumés dans les initiatives multilatérales pour accélérer l'augmentation de l'investissement dans l'innovation
- Figure 1 : Débours totaux des décaissements d'APD liés à l'égalité des genres (US\$)
- Figure 2 : Aide au développement officielle du Canada consacrée à la santé, 1997 à 2023
- Figure 3 : Flux canadiens totaux de financement de la santé dans le monde, 1990 à 2023
- Figure 4 : Taux de mortalité dans le monde et nombre de décès par âge, 1990 à 2022
- Figure 5 : Taux de fécondité total, au niveau mondial et par super-région relative à la charge mondiale de morbidité, 1950 à 2100
- Figure 6 : Aide au développement officielle en pourcentage du revenu national brut pour le Canada et l'ensemble des pays du CAD (1960 à 2020)
- Figure 7 : Financement par les IRSC de la recherche en santé mondiale par objectif principal, 2000 à 2015
- Figure 8 : Doses de vaccins payées par le Canada de décembre 2020 à mai 2022
- Tableau 1 : Résumé des stratégies en santé mondiale disponibles pour un certain nombre de pays

TABLE DES MATIÈRES

1.0 Introduction	14
2.0 Le travail du groupe d'experts conjoint de la SRC et de l'ACSS	14
3.0 Définition de la santé mondiale et valeurs et principes associés	16
3.1 Définir la santé mondiale.....	16
4.0 La contribution de Canada à la santé mondiale	18
4.1 L'émergence de la « santé mondiale »	19
4.2 Le Canada au cours de la période des ODM et du début de la période des ODD	19
4.3 Contributions à la recherche et à l'innovation en matière de santé mondiale	27
4.4. Enseignements tirés de l'analyse rétrospective sur vingt ans	29
5.0 Enseignements tirés du rôle joué par le Canada en matière de santé mondiale lors de la pandémie de COVID-19	30
5.1 Réponse nationale	30
5.2 Réponse mondiale.....	31
6.0 Principales conclusions et recommandations	34
Conclusion	51
Annexe A : Notices biographiques des membres du comité d'experts et du secrétariat	53
Annexe B : Activités de préparation du rapport du groupe d'experts	57
Annexe C : Comparaison des stratégies de santé mondiale de certains pays	58
Annexe D : Résumé de rapports, d'articles et de déclarations antérieurs sur le rôle du Canada en matière de santé mondiale	62

1.0 INTRODUCTION

La COVID-19 est une crise mondiale déterminante, qui perturbe et transforme le monde et qui a des conséquences profondes pour les gouvernements, les institutions, les villes, les communautés, les familles et les individus... Se remettre de la pandémie de COVID-19 dépasse largement le fait de contenir et de contrôler la maladie; nous devons avoir le courage de nous engager à remettre en question le statu quo, d'envisager ce que prospérer signifie pour notre population et la planète, et d'aller au-delà de la reconstruction en mieux et préparer l'avenir qui est souhaité et nécessaire.

Aragón de León et al., 2021¹

À l'approche du deuxième quart du 21^e siècle, le terrain de la santé mondiale est en train de se transformer de manière fondamentale. Le risque accru d'événements tels que la pandémie de COVID-19, l'exacerbation de la crise climatique, l'instabilité géopolitique et économique croissante, les inégalités alarmantes de richesse et de revenu, entre autres défis d'envergure, s'additionnent pour engendrer ce que d'aucuns ont décrit comme une « polycrise ». « Cette combinaison de risques mondiaux interconnectés, dont les effets se conjuguent de telle sorte que l'impact global dépasse la somme de chaque partie² », transcende les frontières nationales, raccordant inextricablement le national et le mondial. Cela inclut les facteurs qui influent sur la santé et le bien-être de chaque pays.

Alors même qu'une action collective et collaborative est essentielle pour contrer ces menaces, la capacité des sociétés à travailler ensemble se trouve limitée par une polarisation sociale accrue et une perte de confiance dans les institutions publiques, les grandes entreprises et l'expertise scientifique. Cela comprend notamment un déclin de l'appui accordé aux institutions qui sous-tendent la gouvernance mondiale de la santé assurée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'organisme spécialisé en santé des Nations Unies. Bref, à une époque où l'humanité doit coopérer davantage pour faire face à des crises et des menaces graves simultanées, les processus et les actions qui offriraient des possibilités d'avancer collectivement ne semblent pas près de se dessiner.

2.0 LE TRAVAIL DU GROUPE D'EXPERTS CONJOINT DE LA SRC ET DE L'ACSS

Dans ce contexte, et alors que la pandémie de COVID-19 s'atténuait, le présent groupe d'experts a été réuni en avril 2023 par la Société royale du Canada (SRC) et l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS). Il était composé d'un coprésident, d'une coprésidente et de huit membres, qui avaient été choisis pour le vaste champ d'expertise et d'expérience disciplinaires qu'ils pouvaient fournir au regard de l'appareil gouvernemental, du milieu universitaire, de la pratique des soins de santé et de la santé publique, de l'édition scientifique et de la société civile. Le groupe réunissait une grande richesse de vécu et d'expérience professionnelle liée à un large éventail de contextes canadiens et mondiaux, couvrant tout depuis le niveau communautaire local jusqu'aux institutions de santé mondiales. Tous les membres du groupe ont travaillé à titre individuel et sans rémunération. Le groupe a bénéficié du soutien d'un petit secrétariat à temps partiel composé de quatre doctorants canadiens de trois universités (voir l'annexe A pour consulter leurs notices biographiques).

Le groupe a été chargé de fournir des éclairages stratégiques sur le rôle distinctif du Canada dans le domaine de la santé mondiale et d'identifier les possibilités de renforcer son leadership dans ce domaine. Le présent rapport s'adresse principalement au gouvernement fédéral canadien et aux organismes concernés, notamment Affaires mondiales Canada et Santé Canada, y compris l'Agence de santé publique du Canada. Toutefois, conformément à notre conclusion selon laquelle la santé mondiale représente une entreprise pangouvernementale, comme l'a illustré la pandémie de COVID-19,

d'autres ministères et portefeuilles fédéraux, notamment ceux de la Sécurité publique, de l'Innovation, des Sciences et de la Technologie, de l'Agriculture, de l'Environnement et des Changements climatiques, des Transports et des Finances, sont aussi hautement concernés. De plus, compte tenu de la nature décentralisée du système de santé canadien et de l'impact national de la santé mondiale, les niveaux de gouvernement provinciaux et territoriaux et les administrations locales représentent également des publics cibles essentiels. Le groupe conclut également à la nécessité d'une approche pansociétale, à laquelle participeraient divers acteurs extérieurs au gouvernement, notamment le milieu universitaire, les organisations de la société civile, les groupes communautaires et le secteur privé.

Le groupe a tenté de répondre par son travail à trois questions fondamentales :

- Comment pouvons-nous caractériser le rôle joué par le Canada dans le domaine de la santé mondiale depuis la fin du 20^e siècle?
- Quelles leçons pouvons-nous tirer de la pandémie de COVID-19?
- Comment le Canada pourrait-il renforcer stratégiquement sa participation aux décisions qui toucheront la santé mondiale au cours des 20 prochaines années?

Pour mener à bien cette tâche, avec les ressources disponibles, ce projet n'a pas été entrepris comme une étude étayée par un dépouillement exhaustif de la littérature existante et par la collecte et l'analyse de données. Notre approche méthodologique a plutôt été orientée par la nature de la tâche confiée au groupe, à savoir de fournir des avis spécialisés, appuyés par des données probantes, en même temps que de reconnaître l'existence de différents points de vue et cadres normatifs. Bien que nous ayons procédé à un examen critique de certaines publications clés et que nous ayons recueilli les données primaires et secondaires disponibles pour étayer notre analyse, nous avons prioritairement axé notre méthodologie sur un processus de rencontres, de discussion, de consultation et de dialogue qui a duré plus d'un an. Nos conclusions et recommandations sont le fruit de ce processus itératif et raisonné.

Nos délibérations se sont amorcées par des réunions virtuelles du groupe d'experts qui se sont tenues entre avril 2023 et juin 2024. Ces réunions se sont d'abord concentrées sur les deux premières questions : le rôle du Canada en matière de santé mondiale depuis la fin du 20^e siècle et les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19. Elles ont ensuite été suivies d'une évaluation plus prospective de la manière dont le Canada devrait se positionner par rapport aux défis et aux possibilités prioritaires qui se présenteront dans le domaine de la santé mondiale dans les décennies à venir. Ces réunions ont été soutenues par l'important travail du secrétariat, qui a examiné les écrits scientifiques, politiques et autres pertinents, et a rassemblé des données pour éclairer nos délibérations. Au cours de ces discussions, le groupe a convenu de l'importance de donner explicitement sa définition de la santé mondiale, ainsi que les valeurs et les principes qui sous-tendent les positions du groupe (voir ci-dessous).

Cette analyse initiale des délibérations du groupe d'experts a ensuite été utilisée comme base aux échanges que nous avons eus avec un large éventail de personnes et d'organisations préoccupées par la santé mondiale, au Canada et à l'étranger, de 2023 à juin 2024. Les informations recueillies ont été utilisées pour soutenir un processus itératif qui a grandement façonné les conclusions et les recommandations du présent rapport. Le groupe a reconnu l'importance d'examiner une large gamme de sources de données et d'interroger diverses parties prenantes afin d'éclairer ses délibérations. Compte tenu des ressources disponibles, les contributions à ce rapport ont été les suivantes :

A. Littérature grise et examinée par des pairs

- études et rapports produits antérieurement sur le rôle du Canada au regard de la santé mondiale^{3,4,5,6};
- déclarations de principe et rapports relatifs au rôle du Canada dans le domaine de la santé mondiale;
- éditoriaux, commentaires et évaluations ayant trait à des conclusions spécifiques.

B. Analyses originales

- évaluation de la subvention à l'éducation que le Canada reçoit *de facto* par le biais du recrutement de professionnels de la santé formés à l'étranger (voir l'encadré 3);
- encadrés illustrant des activités spécifiques canadiennes touchant au domaine de la santé mondiale;
- examen des stratégies d'autres pays en matière de santé mondiale.

C. Consultations (voir l'annexe B)

- entrevues semi-structurées par le secrétariat des membres du groupe d'experts;
- entrevues semi-structurées par le secrétariat de 18 experts clés identifiés par les membres du groupe utilisant la technique de la boule de neige;
- groupe de discussion composé d'étudiants et de chercheurs en début de carrière dans le domaine de la santé mondiale basés au Canada (limité à 32 participants);
- séances d'échanges ouverts tenues avec des membres de la SRC (en personne) et de l'ACSS (virtuellement);
- des présentations et discussions tenues avec des groupes tels que CanWaCH, le Comité consultatif scientifique sur la santé mondiale (CCSSM), Affaires mondiales Canada, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), la mission canadienne et l'Organisation mondiale de la santé à Genève, et le conseil scientifique des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

D. Examen par des pairs

Un examen par des pairs du projet de rapport a été réalisé en septembre 2024 par des experts choisis par la SRC et l'ACSS. Le groupe d'experts remercie les examinateurs pour leurs commentaires et leurs avis, qui ont été utilisés pour réviser et parachever ce rapport.

Ces délibérations approfondies, ces sources diverses, ces échanges élargis et ce processus d'examen par des pairs ont abouti à sept principales conclusions assorties de recommandations. Celles-ci ont pour but d'encourager la réflexion, d'éclairer le débat et de motiver l'action en vue de renouveler le rôle joué par le Canada dans le domaine de la santé mondiale en cette période de turbulence. Bien que l'on puisse s'attendre à ce qu'une analyse de ce type soit plus large et plus approfondie, les sept principales recommandations sont destinées à orienter la recherche, la politique et la pratique. Elles nécessiteront toutes davantage de discussions et de réflexion avant de pouvoir être mises en œuvre.

3.0 DÉFINITION DE LA SANTÉ MONDIALE ET VALEURS ET PRINCIPES ASSOCIÉS

Compte tenu de l'évolution rapide du monde et de l'évolution du discours sur ce qui constitue la santé mondiale, le groupe a défini son mandat et son cadre comme suit :

3.1 Définir la santé mondiale

La définition adoptée par le groupe d'experts pour décrire la santé mondiale est éclairée par les perspectives planétaire, intégrative et fondée sur l'équité. La *perspective planétaire* reconnaît « l'importance fondamentale et existentielle de l'interconnexion de toutes les formes de vie – les autres humains, les non-humains et la terre⁸ ». Elle s'appuie notamment sur des façons d'être, de savoir et de

faire autochtones qui, bien qu'elles englobent des systèmes de connaissances divers et complexes, partagent une vision du monde selon laquelle la réalité est « un système de vie ouvert, infiniment complexe, interconnecté, auto-organisé, dynamique et autorenewable⁹ ». L'humanité, quant à elle, « fait partie de ce système et est l'espèce gardienne désignée de cette réalité, et a comme rôle de soutenir la création en prenant soin de tout ce qui existe sur terre, dans le ciel et entre les deux... toutes les entités, y compris nous-mêmes, interagissent dans le cadre de relations réciproques et chaque interaction a donc un impact sur l'ensemble du système ». Il est important de noter que cette responsabilité de garde, ou d'intendance (*custodial*), est léguée de générations en générations, ce qui conduit à donner la priorité à des actions à long terme, tournées vers l'avenir et durables¹⁰. À l'ère de l'Anthropocène, cependant, on constate une incapacité généralisée à reconnaître cette responsabilité d'intendance, alors même que l'on admet de plus en plus que les conséquences de ce manquement sont désastreuses pour la santé de la planète. Dans cette perspective, le groupe définit donc la santé mondiale comme étant dépendante de la protection et de la promotion intergénérationnelles de toute vie, et des écosystèmes de la planète qui soutiennent la vie.

Deuxièmement, le groupe définit la santé mondiale suivant une *perspective intégrative*. Des occasions sans précédent s'offrent à nous d'user d'une véritable interdisciplinarité, qui mobilise des données probantes et des connaissances allant du niveau cellulaire au niveau sociétal et qui englobe les domaines biomédical, clinique, de l'ingénierie, des sciences appliquées et sociales, et des sciences humaines¹¹. Notre action concertée doit aller au-delà des silos institutionnels pour s'inscrire dans des approches globales qui couvrent l'ensemble du gouvernement, de la société et de la planète. Une action collective qui engage l'État, le marché et la société civile à travers de multiples juridictions, depuis le niveau local jusqu'au niveau mondial, est essentielle pour faire progresser la santé mondiale. Enfin, l'atténuation intégrée des menaces qui pèsent sur la santé mondiale permet de réaliser des économies d'échelle et de générer des avantages partagés qui se justifient d'un point de vue économique. Par conséquent, la définition de la santé mondiale donnée par le groupe d'experts est utile pour réfléchir aux systèmes complexes et aux dispositions institutionnelles novatrices qui intègrent plus étroitement la recherche, la politique et la pratique.

Troisièmement, la définition de la santé mondiale du groupe d'experts s'appuie sur une *perspective fondée sur l'équité*. Bien que bon nombre des facteurs et des conséquences qui touchent à la santé humaine aient une portée mondiale, les conditions sanitaires et pathologiques ne sont pas réparties uniformément au sein des sociétés et entre elles. Plusieurs pays sont parvenus à réduire sensiblement les inégalités sanitaires à l'échelle de la population¹², et des progrès notables ont été enregistrés dans plusieurs domaines d'après certains indicateurs importants (p. ex. la réduction de près de moitié en dix ans de l'écart entre riches et pauvres en ce qui concerne la couverture des services de santé pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹³). Toutefois, des disparités considérables s'observent encore. Nombre d'entre elles découlent de facteurs structurels et systémiques qui existent au sein des sociétés et entre les pays et qui désavantagent injustement certains groupes de population en raison de leur sexe/genre, de leur race/ethnie, de leur âge, de leur statut socioéconomique, de leur situation géographique, de leur emploi, de leur éducation et d'autres facteurs. Par conséquent, même si la pandémie de COVID-19 a démontré que la santé de personne n'est protégée si celle de tout le monde ne l'est pas, les inégalités restent un défi de taille à relever si nous souhaitons renforcer la santé mondiale.

Compte tenu de ce qui précède, le groupe définit la santé mondiale comme étant le bien-être physique, mental, social et écologique interconnecté des individus, des communautés et des populations du monde entier. La santé mondiale concerne les relations complexes qui régissent la santé humaine, la santé animale et la santé planétaire, ainsi que la nécessité de combattre les

inégalités et les disparités qui résultent de l'intersection de facteurs économiques, environnementaux et sociaux.

Au cours de ses délibérations, le groupe d'experts a identifié un ensemble de valeurs et de principes fondamentaux partagés par ses membres. Ces valeurs et principes ont bien entendu façonné l'analyse et les conclusions présentées dans ce rapport (encadré 1).

Encadré 1 : Nos valeurs et principes fondamentaux

Le respect et la préservation de la **diversité** des êtres vivants, des écosystèmes et de l'humanité sont essentiels au progrès de la santé et du bien-être dans le monde.

La **durabilité**, selon laquelle la satisfaction des besoins actuels ne doit pas nuire à la capacité des générations futures à satisfaire leurs propres besoins et doit de préférence la favoriser, devrait être une priorité dans le domaine de la santé mondiale. Cette approche est conforme aux façons d'être, de savoir et de faire autochtones, qui mettent l'accent sur l'intendance intergénérationnelle et l'interconnexion de toutes les formes de vie.

La santé mondiale progresse grâce à la **solidarité**, dans laquelle il existe une unité d'action et un soutien mutuel fondés sur des intérêts communs. La solidarité est fondamentale pour parvenir à une action collective et à des solutions communes pour résoudre les problèmes dans le domaine de la santé mondiale.

De **solides partenariats** fondés sur une alliance inclusive et une relation authentique sont essentiels pour soutenir la santé et le bien-être au pays comme à l'étranger. La cocréation de connaissances, par exemple, par le biais de partenariats, est conforme aux façons d'être, de savoir et de faire des Autochtones, qui mettent l'accent sur le respect mutuel, la réciprocité et l'humilité.

Le renforcement de la **bonne gouvernance**, y compris de la transparence et la reddition de comptes, est essentiel pour accroître la confiance du public dans la science, les institutions publiques, les entreprises privées et les autres groupes qui cherchent à faire progresser la santé mondiale.

Les **gouvernements nationaux** sont souverains et donc responsables de la santé de leurs populations, mais sont appuyés et soutenus par les structures sanitaires mondiales.

La santé est un **droit humain** fondamental qui doit être défendu et protégé, notamment en faisant valoir l'importance prioritaire des droits des femmes et des enfants, tels qu'ils sont enchâssés dans les traités mondiaux.

La santé mondiale ne peut être améliorée sans **équité**. Chaque personne devrait avoir une chance juste et équitable d'atteindre un état de santé et de bien-être optimal, indépendamment de sa race, de son appartenance ethnique, de son autochtonité, de son sexe, de son identité de genre, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses capacités, de son statut socioéconomique, de sa situation géographique, de sa langue préférée ou d'autres facteurs.

4.0 LA CONTRIBUTION DU CANADA À LA SANTÉ MONDIALE

Pendant plus d'un siècle, le Canada s'est distingué par sa contribution positive à la coopération internationale en matière de santé. Depuis la découverte révolutionnaire de l'insuline par une équipe de scientifiques de l'Université de Toronto en 1922¹⁴, les Canadiens ont aidé à faire progresser la santé et le bien-être des populations du monde entier grâce à un éventail de contributions distinctives¹⁵.

4.1 L'émergence de la « santé mondiale »

L'évaluation de ce groupe d'experts se concentre sur l'histoire plus récente des contributions du Canada à la « santé mondiale ». L'expression elle-même a marqué un changement important dans la pensée et les pratiques à la fin des années 1990, se distinguant de la médecine tropicale et ensuite de la « santé internationale », qui se concentraient à l'origine sur la propagation potentielle des épidémies à partir des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI)¹⁶, puis sur l'aide au développement de ces pays. La progression de la pandémie de VIH/SIDA (virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise) et la reconnaissance de l'interconnexion de plus en plus profonde des déterminants de la santé et des résultats sanitaires dans les populations du monde entier ont conduit à l'utilisation croissante de l'expression « santé mondiale ». De nouvelles tendances liées à la santé et aux maladies ont été observés au sein de populations pas nécessairement définies sur la base de la citoyenneté (par exemple, l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles (MNT). Cela a poussé les observateurs à vouloir identifier les principaux moteurs de ces tendances en émergence, dont plusieurs se situent au-delà du secteur de la santé et dépassent, voire ignorent les frontières nationales. Il s'agit notamment de l'accélération de la mondialisation de l'économie, de l'aggravation du changement climatique, de la mise en péril des espèces, des progrès technologiques rapides et des mouvements de population à grande échelle. En même temps, de profondes inégalités sanitaires persistent au sein des sociétés¹⁷ et entre elles, un indice qui témoigne du défi commun qui se pose à tous les pays lorsque vient le temps de promouvoir la santé et le bien-être à l'échelle nationale.

La transition vers l'objectif de la santé mondiale s'est accélérée avec l'arrivée du nouveau millénaire et l'établissement des Objectifs de développement du millénaire (ODM) en 2000, trois des huit objectifs convenus étant directement axés sur la santé – la mortalité infantile, la mortalité maternelle et les maladies infectieuses (VIH/sida, tuberculose et paludisme) – et plusieurs autres objectifs ayant un lien connexe avec la santé. Le nouvel accent mis sur l'atteinte de résultats à l'intérieur de certains délais, associé à des préoccupations croissantes quant à l'adéquation de l'OMS au 21^e siècle¹⁸, a conduit à une prolifération d'initiatives mondiales nouvelles et ambitieuses, à une échelle de financement jusqu'alors inimaginable, sous la bannière de la santé mondiale. Ceux-ci incluent la GAVI, l'Alliance pour les vaccins, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) ainsi que le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) du gouvernement américain. Ensemble, ces initiatives ont marqué une augmentation « de l'ordre des millions à celui des milliards » du financement mondial. Dans ce contexte en mutation, où le paysage institutionnel pouvant répondre aux défis sanitaires mondiaux se trouve de plus en plus surpeuplé et complexe, le groupe d'experts a examiné les contributions du Canada.

4.2 Le Canada au cours de la période des ODM et du début de la période des ODD

Contributions au développement d'initiatives de promotion de la santé mondiale (2000 à 2006)

Le Canada a amorcé le nouveau millénaire au lendemain d'une réduction de 33 % de son aide au développement officielle (de 0,45 % à moins de 0,30 % du produit intérieur brut)¹⁹. Il est important de noter que certaines occasions d'assurer un certain leadership ont été manquées par le Canada, comme le Somme du Groupe des huit (G^{*}) tenu à Kananaskis, en Alberta où, malgré la chute de l'espérance de vie en Afrique subsaharienne due au VIH/SIDA, la santé a été à peine mentionnée dans le Plan d'action africain approuvé concernant le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Le G8 est également resté remarquablement silencieux sur la Déclaration de Doha sur l'Accord des ADPIC et la santé publique, adoptée par l'Organisation mondiale du commerce (OMC) en 2001 pour traiter de la question urgente de l'accès aux médicaments essentiels. Les dirigeants du G8 n'ont pas non plus fait germer la graine plantée lors du précédent sommet du G8 à Gênes, en 2001, en vue de la création du FMSTP (financé par la suite par d'autres canaux).

Néanmoins, le Canada s'est mobilisé pour contribuer à un contexte de santé mondiale en mutation rapide. En 2002, lors de la Conférence internationale des Nations Unies sur le financement du développement, le premier ministre Jean Chrétien s'est engagé à doubler l'ADO canadienne avant 2011 (une augmentation de 8 % par an), en faisant de la santé l'une de ses principales priorités de dépenses²⁰. Cela coïncidait avec des engagements de plusieurs millions de dollars sur plusieurs années pris en soutien à la GAVI, à la Garantie de marchés avancée

pour le vaccin antipneumococcique et au FMSTP, en plus du leadership pris dans la création du partenariat Halte à la tuberculose et dans la mise en place du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux. En 2003, les ministres canadiens du Commerce international et de l'Industrie ont annoncé le dépôt d'un projet de loi permettant aux fabricants canadiens de médicaments génériques de produire des versions génériques d'antirétroviraux pour l'exportation vers les PRFM²¹. En 2004, le Canada était perçu comme « un leader mondial dans la lutte contre le sida dans les pays en développement ». En grande partie grâce au lobbying efficace et opportun de Stephen Lewis, l'envoyé spécial du secrétaire général des Nations Unies pour le VIH/sida, le premier ministre Paul Martin a annoncé un engagement de 100 millions de dollars canadiens pour soutenir l'appel de l'OMS à accélérer l'accès au traitement du VIH, une initiative surnommée « 3 millions d'ici 2005 » (pour traiter 3 millions de personnes d'ici 2005)²². De 2005 à 2008, l'ancienne ministre canadienne de la Santé et du Bien-être social, Monique Bégin, a siégé comme commissaire à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Le Canada est devenu à la fois l'un des principaux commanditaires des travaux de cette commission et a appuyé les recommandations de son rapport historique de 2008²³.

Le Canada concentre son leadership et ses investissements en matière de santé mondiale (2006-2015)

À partir de 2006, on pourrait soutenir que les contributions du Canada à la santé mondiale sous le nouveau gouvernement conservateur du Premier ministre Stephen Harper sont devenues plus distinctes et visibles. L'engagement pris par le précédent gouvernement de doubler l'ADO avant 2011 a été respecté. De plus, le processus de déliement de l'aide alimentaire du Canada, qui est passé de 90 % en 2005 à 100 % en 2008, a été mené à terme, ce qui a eu d'importants effets bénéfiques sur la santé et la nutrition, à une époque où les prix des denrées alimentaires atteignaient des sommets²⁴.

En même temps, les contributions du Canada ont été orientées par ce que Brown appelle une « instrumentalisation accrue de la politique étrangère », et ce, de quatre façons : a) une aide influencée par des considérations de sécurité plutôt que de lutte contre la pauvreté; b) un alignement accru des bénéficiaires et des canaux de l'aide sur les objectifs de la politique étrangère; c) la commercialisation de l'ADO; et d) une cohérence politique accrue et des changements institutionnels, notamment la fusion de l'ACDI avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI)²⁵.

Compte tenu de ces efforts, lorsque le Canada a accueilli le Sommet du G8 en 2010, le contraste fut saisissant avec le sommet qu'il avait organisé en 2002²⁶, alors que la santé mondiale a figuré en tête des discussions avec le lancement de l'Initiative de Muskoka pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE). Aux engagements existants de 1,75 milliard de dollars canadiens sur cinq ans, le gouvernement a ajouté 1,1 milliard de dollars canadiens (2,85 milliards de dollars canadiens au total) pour l'Initiative SMNE 1.0. Le Canada a ensuite accueilli en 2014 le sommet intitulé *Sauver chaque femme, chaque enfant : un objectif à notre portée*, où il s'est engagé à verser 650 millions de dollars canadiens supplémentaires par an pour le programme SMNE 2.0. Cet engagement décennal (2010-2020) envers le programme SMNE, se chiffant à 6,5 milliards de dollars canadiens²⁷, a coïncidé avec le fait que le Canada est devenu l'un des principaux investisseurs dans le Mécanisme de financement mondial (MFM) à l'appui de l'initiative Chaque femme, chaque enfant. Les engagements initiaux de plusieurs millions de dollars dans le MFM ont été annoncés par le premier ministre Harper et la première ministre norvégienne Erna Solberg lors de l'Assemblée générale de l'ONU de septembre 2014²⁸. Le MFM a ensuite été officiellement lancé en tant que nouveau fonds d'un milliard de dollars lors du sommet sur le financement du développement qui s'est tenu à Addis-Abeba en 2015, avec pour stratégie explicite d'utiliser l'aide au développement pour mobiliser des investissements nationaux en faveur de la couverture santé universelle²⁹. Parallèlement à la cause de la SMNE, le Canada a fait preuve d'un leadership notable relativement aux maladies infectieuses et à la nutrition, accueillant en 2016 la cinquième Conférence de reconstitution des ressources du FMSTP³⁰, où il s'est engagé à verser 650 millions de dollars canadiens pour la période 2014-2016. Le Canada a aussi continué à apporter une contribution essentielle à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, s'engageant à verser 250 millions de dollars canadiens supplémentaires au cours la période 2013-2018^{31,32}.

En matière de nutrition, le Canada s'est appuyé sur les travaux pionniers menées dans le cadre de l'Initiative pour les micronutriments du CRDI au milieu des années 1990³³, pour catalyser le mouvement pour le

renforcement de la nutrition (SUN, pour Scaling Up Nutrition) en 2010³⁴. Le mouvement SUN a servi de partenariat-cadre pour réunir, coordonner et soutenir les efforts de diverses agences des Nations Unies, de gouvernements et d'autres partenaires pour mettre fin à la malnutrition³⁵. Pour amplifier encore davantage ce travail, le Canada a fourni un financement substantiel et durable à Nutrition International (voir l'encadré 2).

Encadré 2 : Une initiative en santé canadienne qui a pris une ampleur mondiale

Nutrition International (NI) est une initiative canadienne basée à Ottawa qui opère dans plus de 60 pays, principalement en Asie et en Afrique. Elle joue un rôle de premier plan dans l'amélioration de l'état nutritionnel, de la santé et du bien-être de personnes vivant dans des conditions vulnérables dans le monde entier, notamment les femmes, les adolescentes et les enfants.

Fondée en 1992 sous le nom de Micronutrient Initiative (Initiative pour les micronutriments) dans le but d'éliminer les carences en vitamines et en minéraux, l'initiative a été renommée en 2017 Nutrition International afin de refléter l'élargissement de son champ d'action, de sa portée et de son impact. Avec le soutien du gouvernement canadien, d'autres gouvernements et de donateurs philanthropiques, NI travaille aux côtés de gouvernements et d'autres partenaires multilatéraux tels que la Banque africaine de développement, le Programme alimentaire mondial, la Banque mondiale, l'OMS et l'UNICEF pour faire progresser les politiques et les programmes fondés sur des données probantes, lesquels ont aidé plus d'un milliard de personnes grâce à des interventions nutritionnelles qui ont eu les résultats suivants :

- 23 millions de cas d'anémie évités
- 12,5 millions de cas de retard de croissance évités
- 3 millions de cas de déficience mentale évités
- 1 million de naissances protégées contre les anomalies du tube neural
- 30 milliards de dollars de retombées économiques futures

L'intensification de la supplémentation en vitamine A est un autre exemple du rôle moteur joué par NI. Entre 1997 et 2014, grâce à un financement canadien, plus de huit milliards de doses de vitamine A ont été fournies et on estime qu'elles ont permis de sauver sept millions de vies d'enfants.

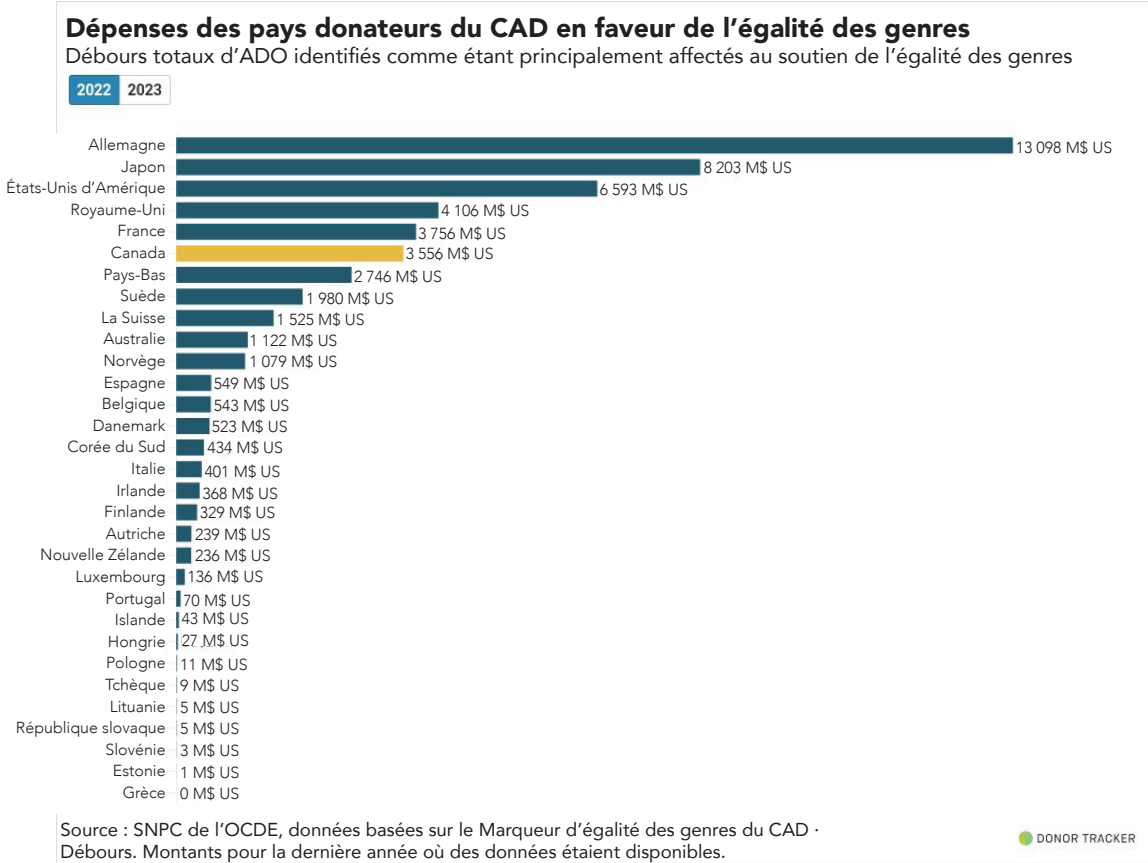
Il est important de noter que la portée du leadership du Canada assuré grâce à son soutien à Nutrition International s'est étendue au-delà du secteur de la santé. En intégrant l'aide à la nutrition à d'autres services essentiels, l'association étroite avec d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, le développement et les mesures sociales a permis d'étendre l'impact canadien.

Sources : Micronutrient Initiative. *Canada's Investment in Micronutrient Initiative will Sustain Life-saving Nutrition Programs around the World*, communiqué de presse, Ottawa, 30 novembre 2014. <https://web.archive.org/web/20141218234730/http://www.micronutrient.org/English/view.asp?x=656&id=128#>; Nutrition International. *About Us*. Ottawa, 2024. <https://www.nutritionintl.org/about-us/>; Nutrition International. *Partners*. <https://www.nutritionintl.org/about-us/partners/>

Dans l'ensemble, le Canada a considérablement augmenté ses dépenses en appui à la santé mondiale au cours de cette période, en se concentrant sur des domaines, des pays et des organisations qui correspondaient avec les objectifs de sa politique étrangère³⁶. L'adoption des objectifs de développement durable (ODD) en 2015 a toutefois poussé de principaux donateurs, dont le Canada, à augmenter les niveaux globaux d'aide publique au développement (APD) pour financer ces nouveaux objectifs. Comme l'a fait valoir Helen Clark, administratrice

du Programme des Nations Unies pour le développement, « [l]es pays en développement voudront que les pays développés renouvellent leur engagement à [dépenser] 0,7 % [de leur PIB] et qu'ils se fixent un échéancier de réalisation³⁷ ». En 2014, l'ADO du Canada s'est avérée nettement insuffisante, s'élevant seulement à 0,24 % de son PIB. Le gouvernement Harper s'est défendu en indiquant que la nature générale des 17 ODD ne devait pas empêcher de continuer à mettre l'accent sur la SMNE. Un porte-parole du ministère a également suggéré une initiative visant à accroître le financement par le secteur privé de certains aspects des ODD, une proposition qui a suscité des inquiétudes de la part de la communauté du développement au Canada concernant « les plus marginalisés et les plus vulnérables³⁸ ».

Figure 1 : Total des décaissements d'APD liés à l'égalité des genres (US\$)



Source: https://donortracker.org/donor_profiles/canada/gender

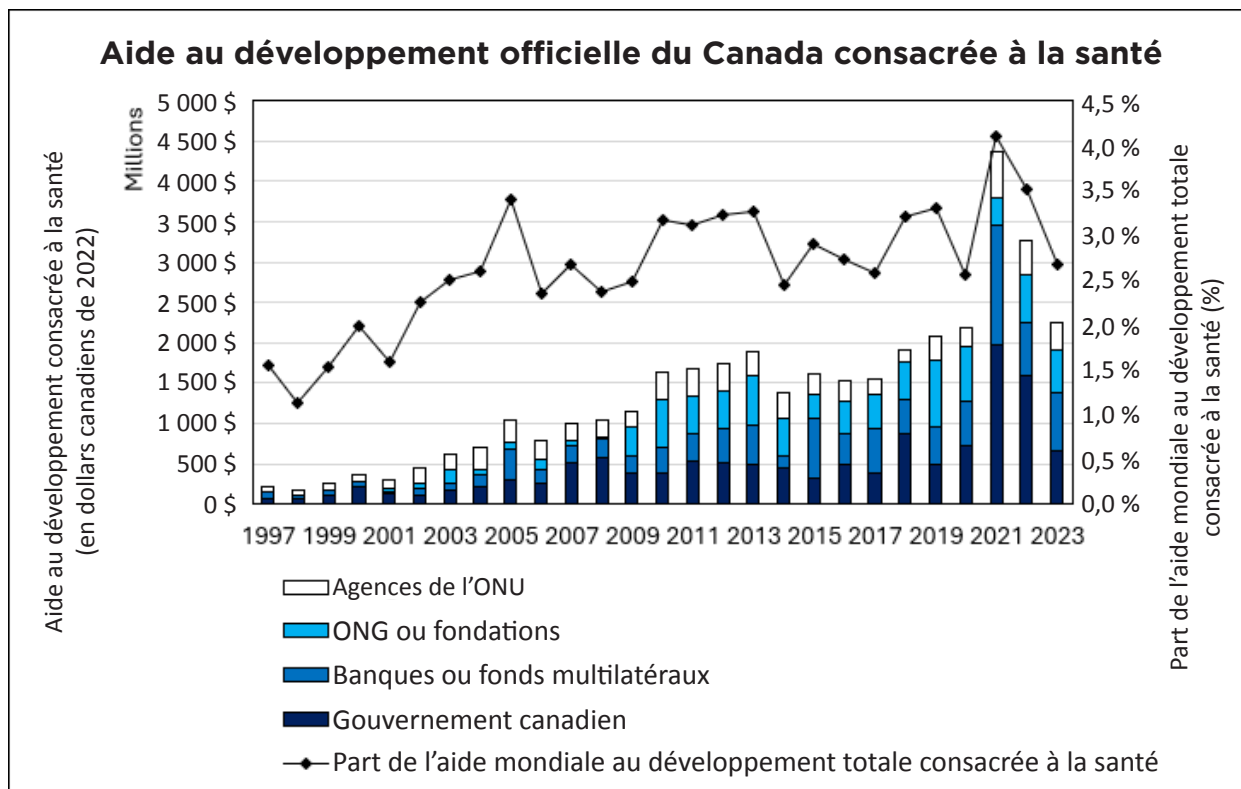
Le Canada demeure parmi les principaux bailleurs de fonds des droits des femmes et de l'équité entre les sexes dans le domaine de la santé mondiale

L'engagement du Canada à soutenir la SMNE a été maintenu et même renforcé, malgré le changement de gouvernement en 2015. Sous la direction du premier ministre Justin Trudeau, le gouvernement libéral a adopté en 2017 une Politique d'aide internationale féministe (PAIF) qui a recentré l'aide du Canada sur la réduction de la pauvreté et, en particulier, sur le renforcement de l'égalité des sexes et du pouvoir des femmes et des filles. La santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) sont ainsi devenus une composante essentielle de l'objectif du Canada de jouer « un rôle de premier plan au chapitre de l'aide internationale progressiste tout en favorisant la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030³⁹ ». L'augmentation des engagements financiers a suivi, le Canada devenant le chef de file du soutien à l'égalité des sexes en 2021 (voir la figure 1). Lors de la conférence « Les femmes donnent la vie » de 2019, le Canada a notamment annoncé un financement supplémentaire de 1,4 milliard de dollars canadiens par an pour soutenir la santé des femmes et des filles à l'échelle mondiale au cours de la prochaine décennie.

Le Canada soutient financièrement la santé mondiale à travers divers canaux

L'ADO du Canada à la santé mondiale a plus que doublé entre le début des années 2000 et 2023, pour atteindre plus d'un milliard de dollars par an. En 2022, le Canada était l'un des principaux bailleurs de fonds de la santé mondiale parmi les pays de l'OCDE (sixième rang sur trente pays) en termes absolus. Le pays était le plus important donateur en matière de santé mondiale, en proportion de l'ADO totale (30 %) en 2021, et le troisième (18 %) en 2023⁴⁰. Cette croissance de l'ADO à la santé a été répartie non seulement entre les diverses initiatives multilatérales liées à la santé mondiale, mais aussi entre les ONG, les organismes des Nations Unies et les mécanismes bilatéraux canadiens (voir la figure 2).

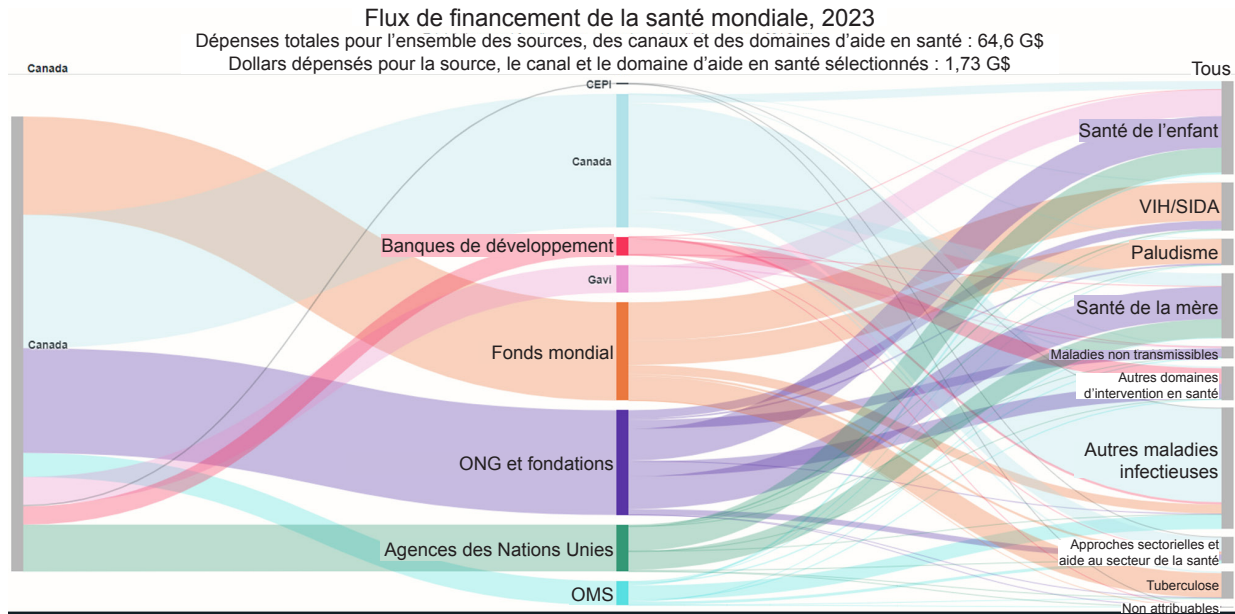
Figure 2 : Aide au développement officielle du Canada consacrée à la santé, 1997-2023



Source : Tous les chiffres sont ajustés en dollars canadiens constants de 2022. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>⁴¹

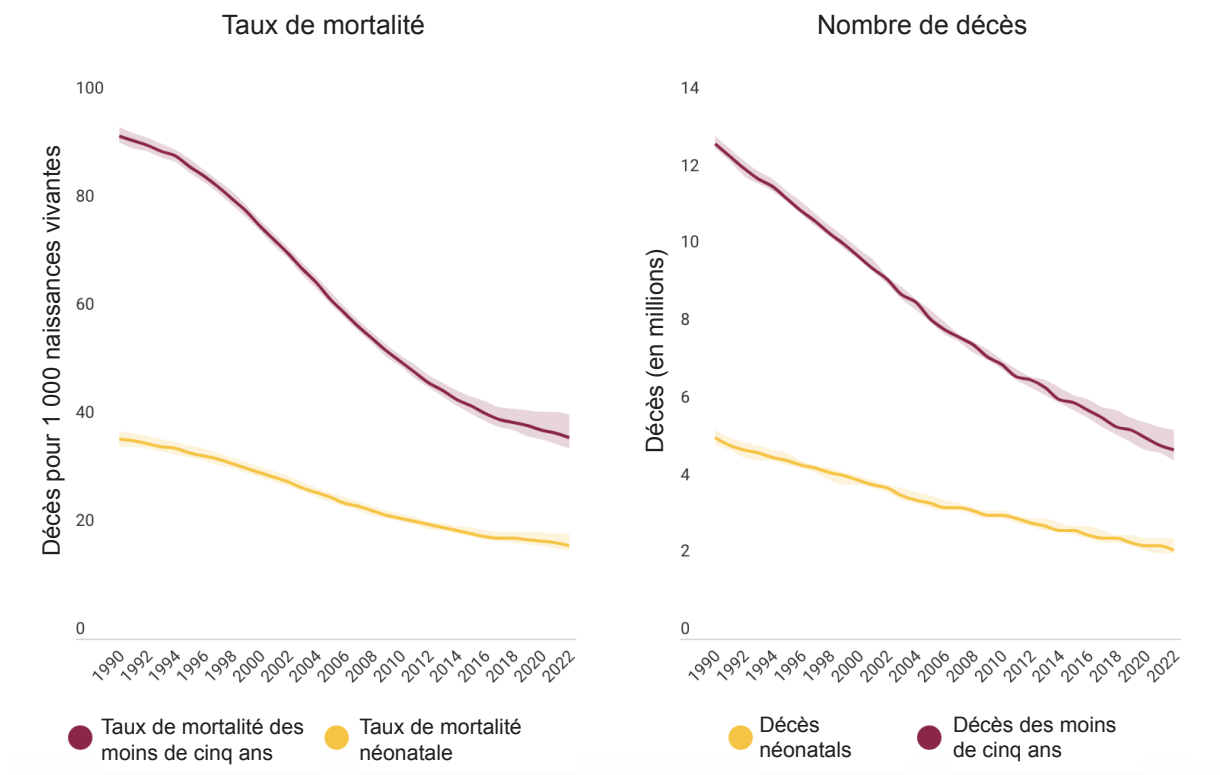
La figure 3 montre le financement de la santé mondiale accordé par le Canada de 1990 à 2023, par domaine d'intervention. Le Canada a consacré environ un quart de son financement à des initiatives de santé mondiale (ISM) telles que la GAVI, le FMSTP, le MFM et Nutrition International. Un autre quart a été consacré au soutien d'organisations des Nations Unies telles que l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Les ONG basées au Canada, qui œuvrent dans les domaines de la SMNE et des SDRS, ont également reçu un quart de ce financement au cours de cette période. Enfin, le Canada a directement acheminé, de manière bilatérale, approximativement un quart du financement de l'ADO en matière de santé mondiale aux pays considérés comme prioritaires.

Figure 3 : Flux canadiens totaux de financement de la santé dans le monde, 1990-2023



Source : Canada, Flows of global health financing, 2023 (in 2022 USD). Institute for Health Metrics and Evaluation. *Financing global health visualization*. Seattle, WA: IMHE, University of Washington; <http://vizhub.healthdata.org/fgh/> (accessed September 30, 2024)

Figure 4 : Taux de mortalité dans le monde et nombre de décès par âge, 1990 à 2022



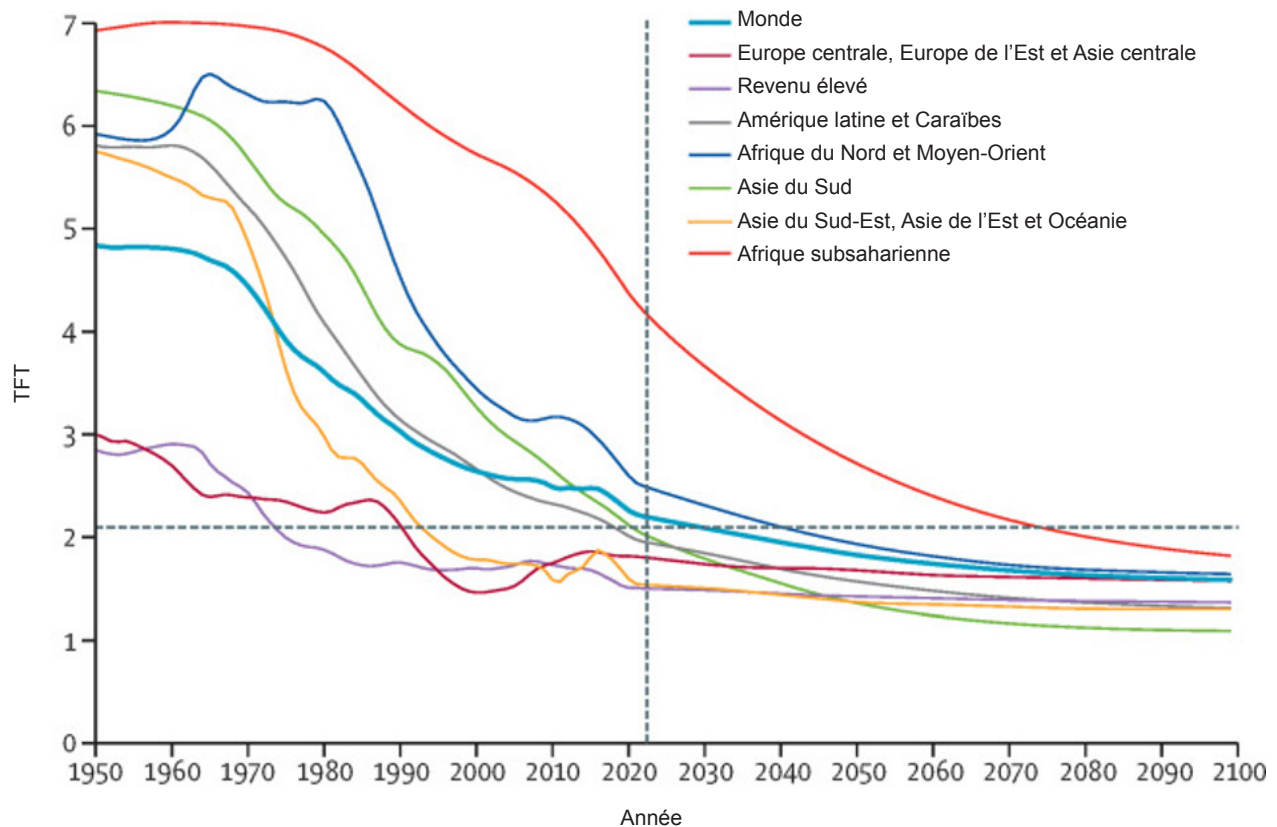
Note : Tous les chiffres sont basés sur des nombres non arrondis. La ligne continue représente l'estimation médiane et la zone ombrée représente la limite d'incertitude de 90 % autour de la valeur médiane.

Source : United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2023. Levels and Trends in Child Mortality. United Nations. 12 March 2024. <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>

Les investissements du Canada dans la santé mondiale ont un impact

Le soutien durable apporté par le Canada aux Initiatives en santé mondiale (GHI, pour Global Health Initiatives) au cours de cette période s'inscrit dans un mouvement plus large visant à accélérer l'obtention de résultats par rapport aux ODM et aux ODD. Dans le cadre du programme de soutien à la SMNE, des données prometteuses ont signalé un déclin durable de la mortalité infantile et maternelle (figures 4 et 5). De multiples facteurs ont contribué à ces progrès, mais ces derniers ont été surtout associés à un meilleur accès à la vaccination, à la contraception, à la prévention et au traitement du paludisme, à l'amélioration de la nutrition et au renforcement des droits des femmes et des enfants. Malgré ces progrès, il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne les enfants « zéro dose⁴² », les besoins non satisfaits en matière de contraception⁴³, les accouchements non assistés⁴⁴, et le maintien ou l'élargissement des services aux populations dans des situations d'urgence telles que les pandémies, les conflits, les déplacements forcés ou le changement climatique.

Figure 5 : Taux de fécondité total, au niveau mondial et par super-région relative à la charge mondiale de morbidité, 1950 à 2100



Note : La ligne horizontale pointillée représente le taux de fécondité total de remplacement (2-1), et la ligne verticale pointillée indique l'année 2022 (la première année de prévision).

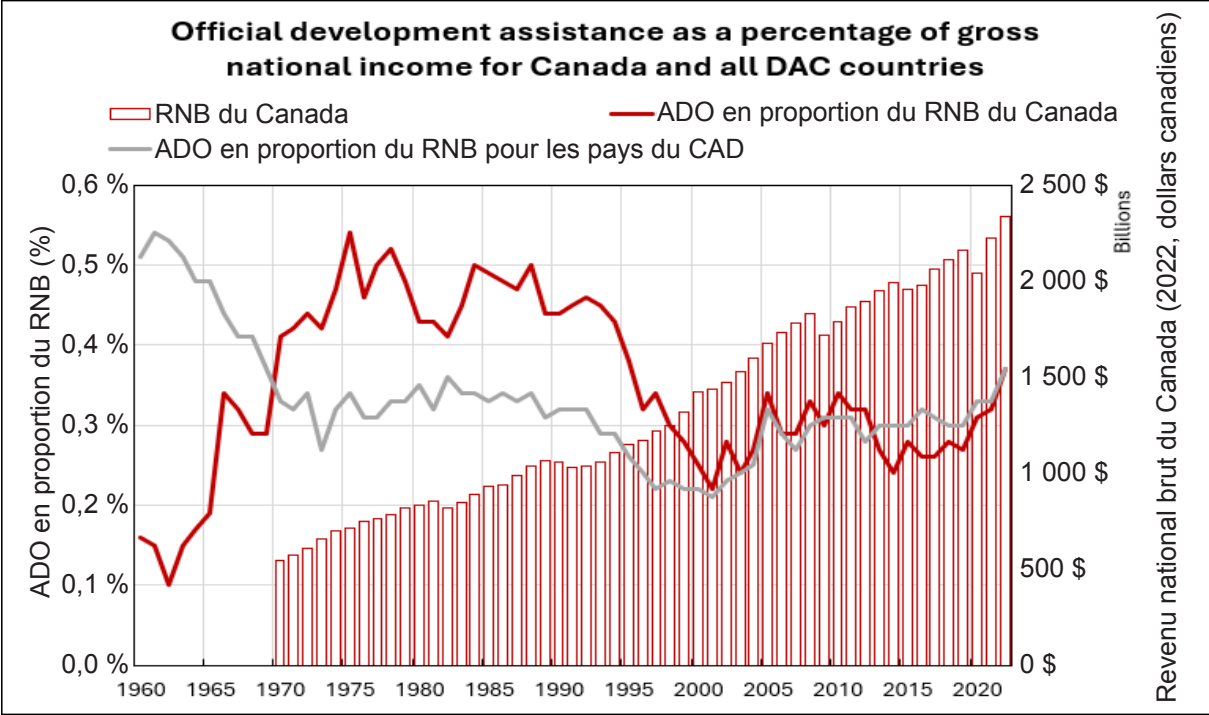
Source : Bhattacharjee, NV et al. GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* 2024; 403(10440): 2057–2099. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00550-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00550-6/fulltext)

Pour que l'impact soit durable, il faut relever les défis persistants liés au développement des systèmes de santé

À ce programme inachevé se rattachaient des questions plus fondamentales concernant l'efficacité de l'ADO (en particulier par le biais des ISM) en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé des pays bénéficiaires. En effet, le secteur de la santé a été l'une des priorités de nombreux forums politiques de l'OCDE sur l'amélioration de l'efficacité du développement⁴⁵. Plusieurs évaluations de l'impact des ISM sur les systèmes de santé nationaux ont été réalisées, mettant en évidence des progrès dans certains domaines (p. ex. les systèmes de tests en laboratoire), mais aussi des angles morts et des goulets d'étranglement dans des

domaines comme les chaînes d’approvisionnement, le personnel de santé et le financement national^{46,47,48}. Pour ce qui est des systèmes de santé, le leadership du Canada a été particulièrement important à au moins deux occasions. La première est le leadership assuré par le premier ministre Harper au sein de la Commission sur l’information et la responsabilité (2011-2012), qui a reconnu l’importance des systèmes nationaux d’information pour mesurer de manière fiable les résultats ainsi que des cadres mondiaux pour garantir que les partenaires du développement respectent leurs engagements⁴⁹. Plus récemment, le Canada a joué un rôle de premier plan dans la mise en œuvre du programme de Lusaka, qui vise à regrouper les partenaires de développement autour d’un programme commun de renforcement des systèmes de santé nationaux bénéficiaires en vue de soutenir l’instauration de la CSU⁵⁰. Malgré cette reconnaissance croissante, les preuves de progrès ont été trop peu nombreuses. De plus, tous les pays (et pas seulement les PRFI) semblent se débattre actuellement avec les complexités des systèmes de santé, qui souvent transcendent les frontières nationales, par exemple en ce qui concerne le personnel de santé. La production de connaissances et de savoir-faire pour relever ces défis communs liés aux systèmes, qui incluent des interdépendances importantes entre les pays, est désormais au cœur de l’ordre du jour de la santé mondiale. Ces défis sont abordés plus en détail dans nos conclusions et recommandations plus loin (en particulier les conclusions 1 et 2).

Figure 6 : Aide au développement officielle en pourcentage du revenu national brut pour le Canada et l’ensemble des pays du CAD (1960 à 2020)



Source : Generated by <https://public.flourish.studio/story/2150513/> using OECD data on ODA (2023). <https://www.oecd.org/en/topics/finance-for-sustainable-development.html>

Le Canada continue de sous-investir dans l’ADO

Bien que garantir l’efficacité de l’ADO en matière de santé reste essentiel, des questions plus fondamentales sur l’ADO ne parviennent pas à recueillir l’attention qu’elles mériteraient. Malgré les engagements financiers impressionnants du Canada en soutien à la SMNE et aux SDSR, l’ADO totale est demeurée à environ 0,2-0,4 % du RNB entre 2000 et 2020, ce qui correspond à peu près à la moyenne de l’OCDE (0,39 %) (voir figure 6)⁵¹. Cette situation fait suite à deux décennies (1970-2000) au cours desquelles le Canada se situait au-dessus de la moyenne de l’OCDE. Les niveaux actuels restent également en deçà de l’objectif de 0,7 % du PIB/RNB⁵² fixé par la Commission du développement international de 1969 dirigée par le premier ministre Lester Pearson (connue sous le nom de Commission Pearson), qui envisageait « le développement pour tous d’ici à l’an 2000⁵³ ». Adopté

par la résolution 2626 des Nations Unies en 1970 comme norme minimale pour « tous les pays économiquement avancés... d'ici le milieu de la décennie⁵⁴ » et encouragé par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE, cet objectif n'a été atteint par pratiquement aucun des pays donateurs, y compris le Canada.

Cet échec persistant pendant plusieurs décennies, alors que d'autres pays se sont beaucoup rapprochés de l'objectif de 0,7 % et l'ont même atteint dans plusieurs cas, remet en question le sérieux du Canada quant à ses engagements internationaux en matière de développement et de santé. Plus fondamentalement, il est peut-être temps de repenser et de redéfinir les cadres de financement multilatéraux du 20^e siècle afin qu'ils soient mieux adaptés aux réalités du 21^e siècle. Bien que cela ne relève pas du mandat de ce groupe d'experts, notre redéfinition de la santé mondiale ainsi que les conclusions et les recommandations du présent rapport appuieraient un tel recadrage afin de mobiliser des dépenses suffisantes et durables pour servir les intérêts partagés par tous les pays au regard de la protection et de la promotion de la santé humaine, animale et environnementale à l'échelle planétaire.

4.3 Contributions à la recherche et à l'innovation en matière de santé mondiale

Les engagements d'ADO du Canada dans le domaine de la santé se sont étendus au financement de la recherche⁵⁵. Historiquement, le Canada a soutenu un modèle de financement différent, le CRDI adoptant les recommandations formulées dans le rapport de 1990 de la Commission de la recherche en santé pour le développement (COHRED), qui préconisait la réalisation de « recherches nationales essentielles en santé⁵⁶ ». Le CRDI a ensuite soutenu des recherches novatrices sur la lutte antitabac^{57,58,59}, les micronutriments⁶⁰, les moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide⁶¹ et la planification fondée sur des données probantes pour les priorités sanitaires au niveau des districts^{62,63}, des recherches qui ont été menées en grande partie par des scientifiques locaux et qui ont largement contribué à l'élaboration de politiques de santé et des priorités de financement au niveau mondial. De plus, le CRDI a été l'un des premiers champions des approches multisectorielles du développement, qui sont devenues un « véhicule privilégié » pour la mise en œuvre de l'Agenda 21 de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED), connue sous le nom de « Sommet de la Terre ».

Une nouvelle approche pour l'investissement dans la recherche en santé

Cette réflexion plus large s'est manifestée dans la réforme audacieuse du Conseil de la recherche médicale pour créer les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en 2000. Les IRSC ont innové en créant un ensemble unique d'instituts, ayant notamment comme sujets la santé des femmes et des hommes, la santé des peuples autochtones, la recherche sur les services et les politiques de santé, et la santé publique et des populations⁶⁴. Cette réforme a accru la légitimité et la priorité accordées à des domaines de recherche en santé auparavant mal desservis. En outre, les IRSC ont soutenu des partenariats avec d'autres organismes de financement tels que la Global Alliance on Chronic Diseases (GACD). Il convient de souligner que la GACD va au-delà du modèle traditionnel de l'ADO, en soutenant la recherche sur « le fardeau croissant des MNT dans les PRFI et dans les groupes mal desservis de pays à revenu élevé (PRE) qui connaissent des disparités en matière de santé, comme les populations autochtones⁶⁵ ».

Divers efforts pour renforcer la recherche en santé mondiale

En 2001, une Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM) a été créée pour aligner les intérêts de quatre agences fédérales canadiennes (CRDI, IRSC, ACIDI/AMC, Santé Canada), définir un programme de recherche en santé mondiale, favoriser la cohérence des politiques et faciliter l'échange d'informations au service de la santé mondiale. De 2005 à 2013, à la suite de la déclaration de l'énoncé de principe du Canada visant à augmenter l'ADO, notamment en santé, considérée comme une priorité essentielle, l'IRSM a mis en place le programme phare de partenariat Teasdale-Corti de recherche en santé mondiale (nommé en l'honneur de Lucille Teasdale et Piero Corti, qui ont consacré leur vie à la prestation de soins de santé en Ouganda), qui a été doté d'un budget de 25 millions de dollars canadiens. Ce programme devait être une « source d'investissement à long terme appuyant les chercheurs et les utilisateurs de la recherche dans la conception, la mise à l'essai et l'application d'approches innovatrices pour renforcer la capacité des établissements de santé, surtout dans les PRFI⁶⁶ ».

Un deuxième programme de l'IRSM, intitulé Innovation pour la santé des mères et des enfants en Afrique, a été financé de 2014 à 2022. Étroitement aligné sur la priorité du Canada en matière de SMNE, ce programme de 36 millions de dollars canadiens a financé « des recherches afin de rendre les systèmes de santé plus équitables et améliorer ainsi la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants en Afrique subsaharienne⁶⁷ ». Entre 2000 et 2016, le financement du Canada pour la recherche sur le développement de la santé (à l'exclusion de Grands Défis Canada) est passé d'environ 2,5 millions de dollars canadiens à plus de 30 millions de dollars canadiens par an⁶⁸.

Un nouveau financement pour soutenir l'innovation dans la recherche sur le développement sanitaire

En 2008, le gouvernement canadien s'est engagé à verser 225 millions de dollars canadiens sur cinq ans pour créer Grands Défis Canada (GDC), une organisation à but non lucratif cofondée par Peter Singer, Joseph Rotman et Abdallah Daar. S'inspirant du modèle Grand Challenges in Global Health de la Fondation Gates, les objectifs déclarés de GDC étaient les suivants : a) cerner et classer par ordre de priorité les grands problèmes de santé auxquels sont confrontés les pays en développement; b) mobiliser les communautés scientifiques du Canada et du reste du monde, y compris des pays en développement, pour relever ces défis sanitaires par le biais d'une sélection et d'un financement concurrentiels des projets; et c) faciliter à un coût abordable la mise en œuvre et la commercialisation dans les pays en développement des solutions qui en résultent. Alors qu'un examen de GDC en 2015 a révélé que l'organisme progressait dans l'atteinte de ces objectifs⁶⁹, les dirigeants actuels de GDC soulignent la nécessité de se concentrer sur la mise à l'échelle des innovations qui dont la valeur ajoutée a été démontrée⁷⁰.

Figure 7 : Financement par les IRSC de la recherche en santé mondiale par objectif principal, 2000 à 2015

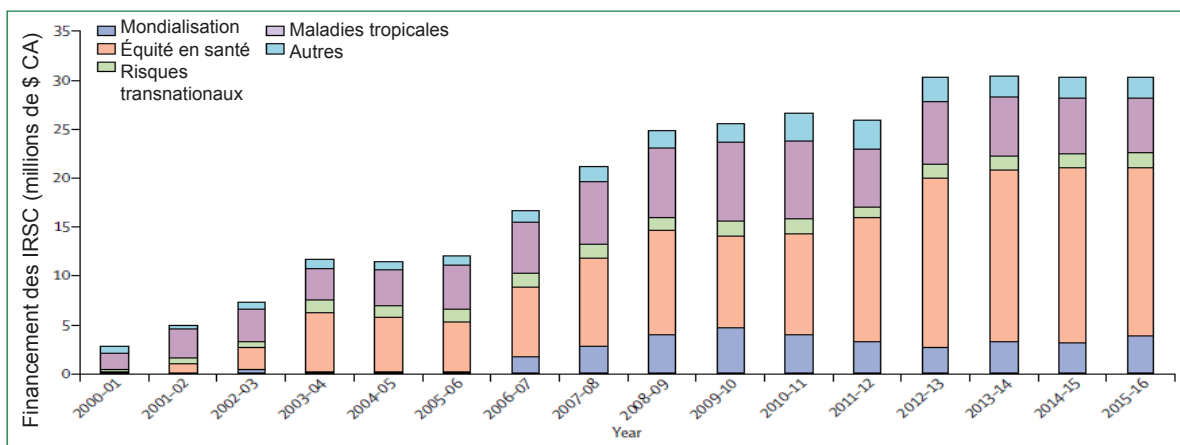


Figure 2: Canadian Institutes of Health Research (CIHR) funding of global health research by primary focus, 2000-15
Data provided by the CIHR on June 6, 2017.

Source : Nixon S, Lee K, Bhutta Z, Blanchard J, Haddad S, Hoffman S, Reading J, Tugwell P. Canada's role in global health: Supporting equity and global citizenship as a middle power. *Lancet* 2018; 391(10131): 1736-1748. Data provided by CIHR on 6 June 2017.

Une définition élargie de la recherche sur la santé mondiale proposée par les IRSC

Bien que le Canada ait apporté d'importantes contributions au financement de la recherche sur le développement sanitaire, la définition de la recherche en santé mondiale a commencé à être remise en question par les IRSC, sous l'impulsion de Steven Hoffman, alors directeur scientifique de l'Institut canadien de la santé publique et des populations. Cette remise en question a été motivée par la prise de conscience de l'étroitesse de la définition en vigueur au sein des IRSC, axée sur le développement sanitaire (c'est-à-dire la santé internationale). En 2019, dans le but d'élargir le champ d'application et soutenir un financement accru de la recherche en santé mondiale, sans toutefois minimiser l'importance de la recherche sur le développement sanitaire, les IRSC ont clarifié leur définition, étendant le champ d'application de la recherche pour inclure la

mondialisation, l'équité en santé, les affections négligées et les risques transnationaux⁷¹. Cette définition a été appuyée par un courriel cosigné par le président des IRSC, Michael Strong, et M. Hoffman, indiquant que la recherche en santé mondiale ainsi définie est considérée comme un « élément essentiel du mandat législatif des IRSC », à savoir « contribuer au développement sanitaire de la population au Canada et dans le monde⁷² ». Des partenariats stratégiques des IRSC avec, comme la GACD (Global Alliance on Chronic Diseases) et l'Initiative Trajectoires de vie en santé, ont été fournis comme exemples du soutien des IRSC à la recherche en santé mondiale⁷³. En 2022, un cadre d'action des IRSC pour la recherche en santé mondiale a été publié, définissant la raison d'être et les paramètres de la recherche en santé mondiale. Ce cadre a établi une attente selon laquelle la recherche en santé mondiale doit potentiellement être pertinente au regard des mandats des 13 instituts des IRSC. Comme il est indiqué à la section 6.6 ci-dessous, le groupe d'experts estime qu'un virage supplémentaire dans la façon dont la recherche en santé mondiale est définie et mise en œuvre par l'ensemble des IRSC et par les autres organismes canadiens de financement de la recherche sera nécessaire au cours des deux prochaines décennies.

4.4. Enseignements tirés de l'analyse rétrospective sur vingt ans

Si les sections ci-dessus ont attiré l'attention sur l'évolution du rôle du Canada dans l'amélioration de la santé mondiale au cours des vingt dernières années, un certain nombre d'enseignements pourraient contribuer à éclairer le rôle futur du Canada.

Le premier enseignement est qu'un leadership politique de haut niveau est essentiel, mais doit aussi être de nature non partisane. L'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, soutenue par le premier ministre Harper et associée à la réunion du G8 organisée par le Canada en 2010, a positionné le Canada comme un chef de file mondial incontestable. Cette initiative a ensuite été poursuivie malgré le nouveau gouvernement en 2015 par le biais de la Politique d'aide internationale féministe et au moyen d'engagements financiers s'étalant sur une dizaine d'années. Ce leadership commun aux partis dirigeants a permis au Canada d'établir et de maintenir son statut de chef de file.

Le deuxième enseignement tiré est que la SMNE/SDSR, en tant que domaine prioritaire pour le Canada au regard de la santé mondiale, a été promue par le biais de diverses initiatives (MFM, GAVI, NI et le FMSTP) et de divers types de voies institutionnelles (multilatérales, bilatérales et ONG). Des résultats tangibles ont été atteints, mais seulement en travaillant en partenariat. Bien qu'il soit important de rester prudent et d'éviter d'attribuer trop de mérite à ces efforts, les éléments qui témoignent de avantages tangibles et de l'impact concret que peut avoir la coopération sur de multiples fronts avec d'autres pays et organisations sont essentiels à communiquer au public canadien, à un moment où certains pays se tournent vers l'isolement.

Le troisième enseignement est que les contraintes observées dans les systèmes de santé des différents pays, sur le plan du financement national ou du personnel de santé, par exemple, ont résisté aux diverses approches fragmentées. De plus, si ces problèmes systémiques ne sont pas résolus, les progrès durement acquis sont susceptibles d'être freinés, voire érodés. Compte tenu des préoccupations croissantes concernant l'appropriation et la direction nationales des systèmes de santé, ainsi que l'interdépendance accrue des systèmes de santé des différents pays dans des domaines clés liés au personnel de santé et à l'accès aux produits vitaux, il conviendrait de mettre l'accent de manière plus explicite et plus concertée sur le renforcement des systèmes de santé.

En lien avec le troisième enseignement et particulièrement manifeste dans les conséquences de la pandémie, est la prise de conscience qu'il est moins que certain que de nouveaux progrès relatifs à la santé et à la nutrition des femmes et des enfants se réaliseront. Le Canada doit s'attaquer en même temps aux problèmes nationaux et mondiaux qui émergent rapidement aujourd'hui en lien avec, par exemple, les MNT, les urgences sanitaires, les changements climatiques et d'autres crises. Bien que des organismes de recherche canadiens – en particulier les IRSC, le CRDI et le GDC – aient été les premiers à déployer des efforts ciblés sur ces fronts, le groupe est d'avis que le Canada doit maintenant adapter ses systèmes de connaissances, ses stratégies, ses politiques et ses actions prioritaires pour faire face à la nouvelle ère de la polycrise.

5.0 ENSEIGNEMENTS TIRÉS DU RÔLE JOUÉ PAR LE CANADA EN MATIÈRE DE SANTÉ MONDIALE LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

La COVID-19 est une pandémie mondiale transmise par un virus qui ne connaît pas de frontières. Aucun pays ne pourra se remettre sur pied tant que nous n'aurons pas vaincu la pandémie à travers le monde. C'est pourquoi nous devons travailler ensemble, et le Canada participe à cette lutte. Les chercheurs canadiens et internationaux travaillent fort pour mettre au point des diagnostics, des traitements et des vaccins qui contribueront à sauver des vies, à protéger la santé et la sécurité des gens partout dans le monde et à jeter les bases d'une reprise économique mondiale durable.

Le premier ministre Justin Trudeau, 4 mai 2020⁷⁴

La pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve la capacité nationale du Canada à répondre à une urgence majeure de santé publique et, en même temps, à s'engager activement dans un plan d'intervention mondial pour contrôler la propagation mondiale d'un nouveau coronavirus. L'une des principales leçons qui peuvent en être tirées est que l'efficacité à chacune de ces échelles – locale et mondiale – était nécessaire et que le niveau de l'une renforçait celle de l'autre. Les lacunes dans la gouvernance mondiale de la pandémie ont eu une incidence sur la capacité des pays à ralentir l'introduction et la transmission du virus, à se procurer en temps utile les fournitures essentielles telles que les vaccins, les traitements et les équipements de protection individuelle (EPI), et à maintenir l'appui de l'opinion publique aux mesures de santé publique. Les faiblesses des réponses nationales à la pandémie ont, à leur tour, entraîné des taux d'infection et de mortalité plus élevés, en particulier dans les communautés vulnérables. Ces conditions ont permis l'émergence et la propagation mondiale de variantes préoccupantes et, en fin de compte, le prolongement et l'aggravation de la pandémie. Conscient de cette interdépendance, le groupe d'experts a réfléchi à la réponse nationale et mondiale apportée par le Canada pendant la pandémie.

5.1 Réponse nationale

À la suite de l'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) de 2003, le gouvernement canadien a créé l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et lui a confié le mandat ambitieux de renforcer les fonctions de santé publique du Canada, y compris, mais sans s'y limiter, la préparation et la réponse aux pandémies futures⁷⁵. La pandémie de grippe H1N1 en 2009 a donc constitué le premier défi de ce type pour l'agence mais, dans la pratique, la pandémie de COVID-19 a été son premier grand test de résistance.

Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), un système innovant de surveillance des maladies et d'alerte précoce mis en place par le Canada à la fin des années 1990, a constitué l'un des principaux piliers du plan de lutte contre les pandémies de l'ASPC. Malgré son intégration au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS pour faciliter l'identification des épidémies présentant un potentiel pandémique, le RMISP n'était pas, selon certains, en état de fonctionner au cours de la décennie qui a précédé la pandémie de COVID-19. Ses difficultés relevaient de problèmes dont était globalement affligée l'ASPC, soit le sous-financement, un mandat à portée très large et une culture organisationnelle qui se dégradait. Un des problèmes les plus préoccupants de l'organisation avait été son incapacité à trouver le juste équilibre entre une gestion administrative efficace et l'intégration d'une expertise et de l'expérience scientifiques et techniques si essentielle^{76,77}. Ces problèmes ont été signalés dans un rapport interne commandé par la direction de l'ASPC en 2018⁷⁸, et confirmés dans le rapport de la vérificatrice générale sur la préparation en cas de pandémie, la surveillance et les mesures de contrôle aux frontières en vigueur au Canada (2021) pendant la pandémie de COVID-19 :

Le Réseau mondial d'information en santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada n'avait pas diffusé d'alerte précoce lorsque le virus avait été signalé pour la première fois... Même si l'Agence a réalisé des évaluations rapides des risques, ces évaluations ne portaient pas sur le risque de pandémie ni sur son incidence possible, alors que cela aurait aidé les décideurs à prendre les

mesures de santé publique nécessaires pour maîtriser la propagation du virus⁷⁹.

Une évaluation complète de la réponse nationale du Canada à la COVID-19 dépasse les capacités et le mandat de ce groupe. En outre, il n'y a pas eu d'enquête nationale publique au Canada à la suite de la pandémie pour en tirer des leçons, comme ce fut le cas après le SRAS (2003) et contrairement à d'autres pays^{80,81,82}. Toutefois, en s'appuyant sur des études comparatives, le groupe d'experts a tiré des enseignements qui pourraient servir de base à la préparation et aux réponses futures :

1. Une comparaison des pays du Groupe des 10 montre que le Canada « a obtenu de meilleurs résultats que la plupart d'entre eux quant au pourcentage de la population qui a reçu deux doses de vaccin contre le SRAS-CoV-2 et quant aux données mesurant l'effet direct de la pandémie : nombre de personnes infectées, nombre de personnes décédées de la COVID-19 et nombre total de décès excédentaires⁸³ ». Une analyse comparative de la surmortalité survenue au cours des quatre années de la pandémie place également le Canada dans le quintile supérieur à cet égard⁸⁴. Quels sont les facteurs sous-jacents qui expliquent les performances relativement solides du Canada pour ces indicateurs?
2. Le Canada a été, parmi les pays de l'OCDE, celui qui a connu le plus grand nombre de décès chez les résidents des établissements de soins de longue durée. Que pourrait apprendre le Canada des autres pays où les résidents des établissements de soins de longue durée s'en sont mieux sortis?
3. Dans l'ensemble, les Canadiens ont exceptionnellement bien respecté les contre-mesures de santé publique, notamment le port du masque, la distanciation physique, le confinement et la fermeture des lieux de travail et des écoles. Toutefois, les différences au fil du temps dans les pratiques et la rigueur des mesures de chaque province et territoire ont semé la confusion dans l'esprit du public et entraîné une perte de confiance au sein de certaines populations⁸⁵. Quels enseignements relatifs à l'élaboration des politiques publiques et à la communication des mesures d'intervention pourraient être appliqués lors de futures pandémies afin d'éviter la polarisation sociale, de maintenir la confiance du public et de soutenir la réponse de la santé publique⁸⁶?
4. Le déploiement des vaccins contre la COVID-19 au Canada a été rapide et a permis d'atteindre une couverture très élevée de la population, en commençant par les groupes les plus à risque, tels que les personnes âgées et les Autochtones. Même si la couverture vaccinale a globalement largement dépassé le seuil de 90 % en juin 2022, celle des Premières Nations et des populations noires a à peine dépassé un taux de 80 %⁸⁷. Y a-t-il des leçons à tirer de cette expérience qui pourraient aider à fournir un accès plus équitable aux vaccins ou à d'autres médicaments essentiels à l'avenir?
5. Les systèmes de données et de surveillance du Canada ont eu du mal à fournir un suivi et des rapports nationaux en temps réel pendant la pandémie, notamment en ce qui concerne la morbidité et la mortalité, les infections aiguës, l'immunité et un large éventail de facteurs sociaux et comportementaux influençant le risque. Comment pourrait-on générer et analyser des données nationales pour éclairer la prise de décision dans un système de santé publique canadien très décentralisé? Quels investissements et mesures incitatives seraient utiles pour faire en sorte que les systèmes provinciaux/territoriaux et fédéral puissent fournir plus efficacement des informations sanitaires intégrées en temps réel?

5.2 Réponse mondiale

Solide partenaire en matière de coopération multilatérale

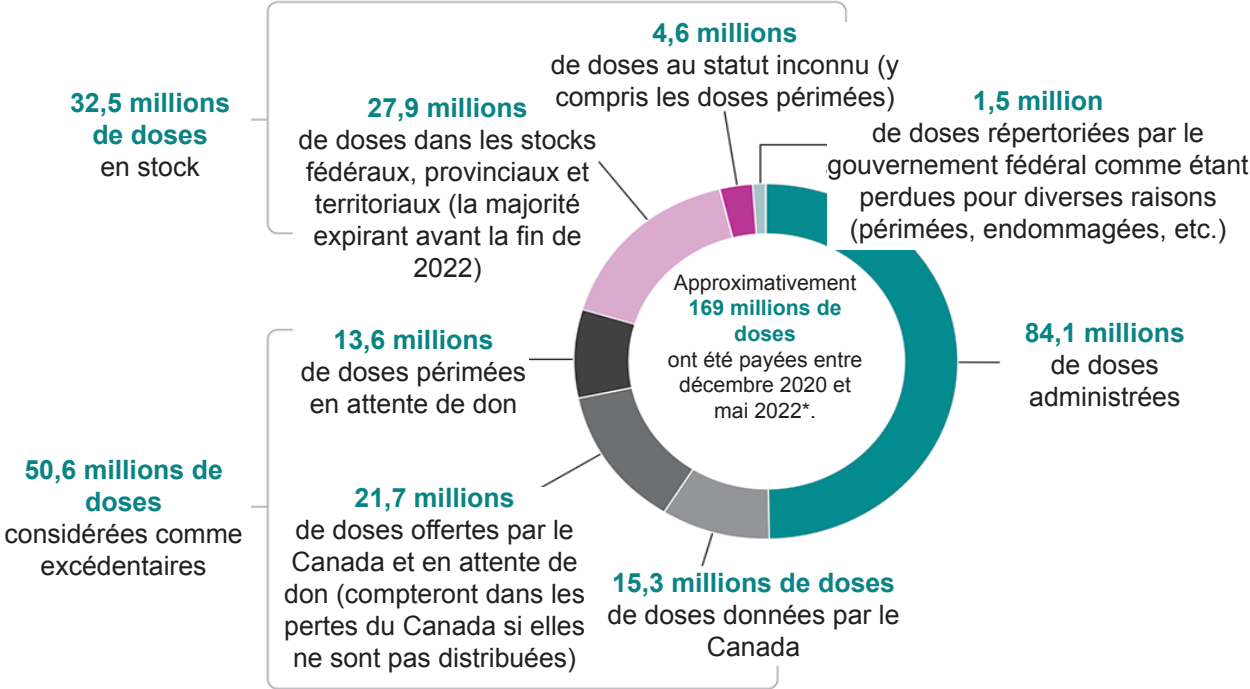
Les évaluations du rôle joué par le Canada dans le domaine de la santé mondiale pendant la pandémie ont abouti à des avis mitigés. Dès le début de la pandémie, le gouvernement fédéral canadien s'est montré un fervent partisan de la coopération multilatérale. Theresa Tam, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, a participé au Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (à titre de conseillère) lorsque le comité a délibéré sur la déclaration de la COVID-19 comme urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020⁸⁸. Pendant la majeure partie de la pandémie, et en particulier au cours des premiers mois de 2020, le Canada a travaillé en étroite collaboration avec l'OMS et s'est conformé à ses directives techniques sur la pandémie. Au cours de la pandémie, la directrice scientifique de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires des IRSC, Charu Kaushic, a présidé la Collaboration mondiale de recherche pour la préparation aux

maladies infectieuses (GloPID-R), formée en 2020 pour réunir des bailleurs de fonds du monde entier pour qu'ils investissent dans la recherche sur le COVID-19⁸⁹.

Un des principaux bailleurs de fonds de la réponse mondiale à la COVID-19

Le Canada a été l'un des principaux bailleurs de fonds du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils contre la COVID-19 (Accélérateur ACT), une collaboration mondiale entre « gouvernements, scientifiques, entreprises, organismes de la société civile, philanthropes et organisations de santé mondiale » visant à accélérer le développement, la production et l'accès équitable aux vaccins, produits thérapeutiques et diagnostics pour la COVID-19⁹⁰. Le Canada a été le deuxième plus grand contributeur à l'Accélérateur ACT, accordant au total 2,1 milliards de dollars canadiens répartis entre ses quatre piliers : vaccins (1,272 G\$ CA); produits thérapeutiques (0,29 G\$ CA); diagnostics (0,265 G\$ CA) et connecteur des systèmes de santé et de la réponse (0,310 G\$ CA). Dans le cas du pilier des vaccins, le Canada a été le principal donateur, accordant une contribution de 840 millions de dollars canadiens pour le mécanisme d'accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 (COVAX) à l'appui de l'achat de vaccins et du mécanisme de partage des doses. De plus, le Canada a fourni 1,4 milliard de dollars canadiens supplémentaires par l'intermédiaire d'organismes multilatéraux tels que le FMI et l'UNICEF⁹¹ pour soutenir la réponse et le rétablissement de certains pays, en mettant l'accent sur les besoins des populations les plus pauvres et marginalisées, ainsi que des femmes et des filles, conformément à la Politique d'aide internationale féministe du Canada⁹².

Figure 8 : Doses de vaccins payées par le Canada de décembre 2020 à mai 2022



* Does not include those doses Canada has committed to purchase for delivery up to and including the 2023–24 fiscal year

Source : Bureau du vérificateur général du Canada. Rapport 9. Pandémie de COVID-19. 2022. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_202212_09_f_44175.html

Le Canada n'est pas à la hauteur sur la question de l'équité vaccinale

Malgré les contributions relativement généreuses du Canada à la réponse mondiale, le gouvernement a essuyé de nombreuses critiques concernant l'équité de l'accès aux vaccins à l'échelle mondiale⁹³. Les critiques se sont concentrées sur le recours aux contrats d'achat anticipé (CAA) pour acheter une (sur)abondance de vaccins importés pour l'usage national (169 millions de doses)⁹⁴, tout en échouant à se montrer plus proactif pour assurer un accès équitable au niveau mondial⁹⁵. Cette critique reposait sur au moins quatre constats : a) le Canada a

été le seul pays du G7 à puiser des vaccins dans le mécanisme COVAX, même lorsque son approvisionnement national n'était pas compromis; b) le Canada n'a pas soutenu une dérogation au titre de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), qui aurait permis à d'autres producteurs d'accroître la fabrication de vaccins⁹⁶; c) le Canada n'a pas soutenu le Groupement d'accès aux technologies contre la COVID-19 pour la mise en place d'un guichet unique pour le partage équitable à l'échelle mondiale des connaissances scientifiques, des données et de la propriété intellectuelle⁹⁷; et d) le Canada a tardé à libérer ses vaccins excédentaires pour une utilisation urgente par d'autres pays, administrant près de 96 millions de doses sur son territoire tout en ayant livré moins de 29 millions de doses à l'étranger à la fin de 2022. Comme le décrivent Houston et al., « le gouvernement du Canada a l'habitude de soutenir financièrement les programmes et initiatives de santé mondiale, mais son bilan pour le partage des biens rares est moins impressionnant⁹⁸. »

Les critiques vives à l'endroit du « nationalisme vaccinal » du Canada ont à leur tour nuï à la crédibilité et au statut du pays dans le domaine de la santé mondiale et, de manière plus générale, de la politique étrangère. En guise de réponse, le gouvernement canadien a créé l'Initiative mondiale (IMEVCan) en juin 2022, « une initiative phare de 317 millions de dollars visant à soutenir la distribution de vaccins contre la COVID-19, à renforcer les systèmes de santé et à accroître les capacités régionales de fabrication de vaccins⁹⁹ ». Cependant, les entrevues menées par le groupe d'experts indiquent qu'IMEVCan n'a pas réussi à modifier les perceptions des dommages causés par le nationalisme vaccinal du Canada qui s'est opéré pendant la pandémie.

Des pays africains sanctionnés pour avoir transmis des informations relatives à la santé publique

Un autre sujet de préoccupation soulevé relativement à la pandémie de COVID-19 a été la réponse du Canada aux efforts déployés par les scientifiques sud-africains pour alerter le monde de l'émergence du variant préoccupant Omicron en novembre 2021. Plutôt que d'apprécier cet échange rapide et ouvert d'informations cruciales, un principe fondamental qui sous-tend le RSI (2005), le Canada s'est joint à d'autres pays pour punir dans les faits les pays touchés d'après la déclaration en imposant des restrictions de voyage ciblées. En l'absence de données scientifiques probantes suffisantes pour justifier le recours réactif à des restrictions ciblées pour atténuer l'introduction d'un variant préoccupant circulant déjà à l'échelle mondiale et considérant les décisions antérieures de ne pas appliquer de telles mesures à l'encontre du Royaume-Uni lors de l'apparition du variant préoccupant Alpha en novembre 2020, les politiques du Canada ont été interprétées à l'échelle mondiale comme étant discriminatoires et racistes^{100,101,102}.

« Panique et négligence » et séparation des réponses nationales et mondiales

Au lendemain de la pandémie, le Canada (et le monde) semble déjà être retombé dans son mode précédent de « panique et de négligence ». Tout d'abord, on n'a pas suffisamment investi pour tirer les leçons de la réponse apportée. Qu'a appris le Canada des 3,5 milliards de dollars investis dans la réponse mondiale? L'évaluation de l'Accélérateur ACT en 2022¹⁰³ sera-t-elle suffisante pour aider le Canada à mieux orienter ses ressources lors de futures pandémies? Dans quelle mesure les efforts pour soutenir les pays par l'intermédiaire du FMI, par exemple, ont-ils contribué à maintenir l'accès aux services essentiels pour les mères et les enfants et à soutenir la PAIF du Canada? La réponse nationale du Canada à la COVID-19 bénéficierait d'un examen indépendant et non complaisant, qui constituerait un complément essentiel à l'évaluation de nos investissements mondiaux.

Deuxièmement, les négociations en cours autour de l'accord de l'OMS sur la pandémie achoppent sur des questions clés telles que le partage des bénéfices, le transfert technologique et la propriété intellectuelle. Si l'accord est réduit à de vagues principes, quelles voies politiques et d'investissement prioritaires le Canada devrait-il suivre et avec quels partenaires devrait-il s'engager? Le Fonds de lutte contre les pandémies en est un bon exemple. Bien que les ministres des finances du G20 – dont celui du Canada – aient convenu en 2021 que la prévention de la prochaine pandémie nécessiterait un investissement de 40 à 50 milliards de dollars canadiens sur cinq ans, le montant dérisoire de 1,3 milliard de dollars canadiens versé au Fonds de lutte contre les pandémies lancé en septembre 2022 (bien qu'il reflète un climat budgétaire certainement tendu¹⁰⁴) est difficile à prendre au sérieux. De plus, on ne sait pas exactement ce que l'engagement du Canada de verser 50 millions de dollars canadiens dans ce fonds est susceptible de rapporter, ni comment cet investissement sera lié à d'autres

efforts mondiaux et nationaux visant à renforcer la préparation et la réponse aux pandémies, tels que la nouvelle agence fédérale qui a été annoncée, intitulée Préparation aux crises sanitaires Canada¹⁰⁵.

Comblant ce fossé entre la santé nationale et la santé mondiale semble être l'un des principaux enseignements que le Canada devrait tirer de la pandémie. Par exemple, bien qu'il puisse y avoir plusieurs raisons pour lesquelles le Canada a donné la priorité à l'accès aux vaccins au niveau national plutôt qu'au niveau mondial, notamment les incertitudes quant à l'efficacité des différents vaccins, la concurrence pour des fournitures en nombre insuffisant et la partisanerie politique, le fossé entre les « belles paroles » et les actions concrètes a causé des dommages considérables à la réputation du pays au regard de la santé mondiale. De plus, la notion des vases communicants des besoins nationaux et des besoins mondiaux en matière de santé est erronée. Le fait de laisser de larges segments de la population mondiale sans accès aux vaccins n'a fait qu'entretenir les conditions permettant au SRAS-CoV-2 de se propager et de continuer à évoluer. Bref, les problèmes d'équité vaccinale qui ont été manifestes pendant la pandémie ont démontré que la santé des Canadiens est indissociable de la santé des populations du monde entier. En contraste, le Canada s'est associé à la GAVI pour faire don de 200 000 doses de vaccins contre la variole à la République démocratique du Congo, dans un contexte d'approvisionnement insuffisants pour lutter contre les éclosions^{106,107}, ce qui met en relief la nécessité de mettre en place des structures mondiales plus efficaces qui empêcheront que les décisions relatives à un accès équitable aux vaccins et à d'autres outils soient prises par les États-nations dans les situations d'urgence.

6.0 PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En s'appuyant sur les contributions importantes du Canada à la santé mondiale; en reconnaissant l'histoire de la colonisation et de l'édification de notre pays, de même que son processus en cours de réconciliation avec les peuples autochtones; et en tenant compte des profondes mutations que subira le paysage mondial au cours des deux prochaines décennies, notre groupe d'experts est parvenu à sept principales conclusions. Les quatre premières décrivent « **le quoi** », à savoir les domaines qui requièrent une attention prioritaire et où le leadership du Canada pourrait apporter une contribution substantielle. Il est important de noter que chaque domaine d'intervention reflète l'étroite interconnexion qui existe entre la santé nationale et la santé mondiale, et de reconnaître que la santé au Canada ne peut être assurée, protégée ou promue sans tenir compte du paysage mondial. Les trois autres décrivent « **le comment** », soit les mesures que pourrait prendre le Canada pour aider à faire progresser efficacement ces questions prioritaires, notamment grâce à l'adoption d'une stratégie claire de soutien à la santé mondiale, à un investissement dans la recherche et l'innovation, ainsi qu'au renforcement de la capacité du Canada à participer de manière tangible à des partenariats et des collaborations à l'appui de la santé mondiale.

Conclusion principale 1 : Bâtir des systèmes de santé universels équitables, centrés sur les femmes et les soins primaires

Un des principes fondamentaux du système de santé canadien est l'assurance maladie universelle pour les soins médicaux nécessaires. Comme le prévoit la *Loi canadienne sur la santé* (1984), le système de santé doit être universel, administré par l'État, avoir une couverture médicale universelle, être transférable d'une province à l'autre et être accessible. Ces principes sont étroitement alignés sur l'engagement pris par les gouvernements dans le monde, dans le cadre de l'Objectif de développement durable n° 3, d'accélérer les progrès vers la couverture santé universelle (CSU). Dans le prolongement des ODM, définis de manière plus étroite, les cibles des ODD pour l'accès universel à la santé peuvent mettre en évidence des signes de progrès très encourageants, tels que la baisse du nombre annuel de décès d'enfants sous la barre des 5 millions¹⁰⁸ (figure 4) et le taux de fécondité mondiale (figure 5) atteignant un niveau historiquement bas, grâce à un meilleur accès à l'éducation et aux contraceptifs¹⁰⁹. Le tableau plus large de la CSU est moins encourageant, compte tenu des signes de ralentissement ou d'inversion des progrès¹¹⁰, y compris au Canada¹¹¹ où notre système a été récemment qualifié de « système de santé universel le moins universel¹¹² ».

L'ambition de la CSU a suscité un regain d'intérêt pour les soins de santé primaires (SSP)^{113,114,115} et pour leur

prestation par le biais de politiques d'achat optimal¹¹⁶, de financement¹¹⁷, de systèmes d'information numériques et de travailleurs de première ligne comme les agents de santé communautaires¹¹⁸, les infirmières et les sages-femmes^{119,120}. Cette convergence des politiques pourrait être renforcée par le leadership du Canada et ses investissements soutenus dans la santé et la nutrition des femmes et des enfants, sachant que ce groupe focalise l'action des systèmes de santé pour toutes les causes de maladie, qu'elles soient infectieuses, chroniques ou liées à des blessures, et tout au long de la vie, du berceau jusqu'à la tombe. En outre, l'engagement pris par le Canada en vertu de sa PAIF contribue à faire en sorte que les droits des femmes et les autres facteurs sociaux de la santé soient des considérations centrales, et non secondaires, des politiques et programmes de CSU et de SSP.

Les coups de clairon politiques sonnés autour de la CSU et des SSP représentent une occasion importante d'aligner l'aide au développement sanitaire du Canada sur diverses initiatives en santé mondiale (GAVI, FMSTP, MFM, NI). Au-delà des objectifs assortis de délais liés aux ODD, il est de plus en plus nécessaire de clarifier que le financement mondial permet aux pays bénéficiaires de mobiliser les ressources nationales nécessaires pour améliorer la performance de leurs systèmes de santé en leur donnant les moyens de le faire. C'est aussi l'occasion de reconnaître que le système de santé universel du Canada est également confronté à des défis similaires. Qu'il s'agisse de la crise du personnel de santé, de l'accès équitable aux soins primaires dans divers contextes, en particulier pour les nouveaux arrivants au Canada, ou de l'adéquation et de la viabilité de l'architecture de financement, les voies à suivre sur toutes ces questions ont une pertinence et des interdépendances mondiales/locales qui ne doivent pas être négligées. Le groupe d'experts estime que Santé Canada et Affaires mondiales Canada, en collaboration avec d'autres partenaires, pourraient mettre en place une « stratégie accélérée de CSU et de SSP » qui catalyserait les systèmes apprenants liés relativement à la CSU et aux SSP^{121,122}, en mettant l'accent sur le triumvirat que constituent la santé des femmes, le personnel de santé et les moyens novateurs de renforcer et de pérenniser la capacité nationale de financement.

Pour que cette stratégie se concrétise, le groupe estime qu'il serait important d'identifier des objectifs assortis de délais pour l'accès universel (p. ex. les vaccins contre le papillomavirus ou les suppléments de vitamine A) et le renforcement des systèmes (p. ex. le soutien des prestataires de soins de première ligne), dont le Canada se ferait le champion. Cette approche sentinelle pourrait s'appuyer sur notre récente percée nationale que représente la couverture contraceptive universelle¹²³ et catalyser le financement de la couverture contraceptive universelle en tant que partie intégrante des soins primaires offerts aux femmes partout dans le monde. Cette démarche confirmerait le leadership reconnu et durable du Canada et pourrait s'inscrire dans le cadre de l'agenda du G7 et/ou d'une coalition mondiale de pays du Nord et du Sud aux vues similaires. L'objectif serait de fournir à au moins 100 millions de femmes supplémentaires un accès fondé sur les droits à une gamme complète de contraceptifs modernes d'ici 2032, réduisant ainsi de plus de moitié les besoins non satisfaits¹²⁴ dans ce domaine d'ici la prochaine présidence canadienne du G7.

Conclusion principale 2 : Soutenir une approche « Une seule sécurité sanitaire » en mettant l'accent sur la durabilité et l'équité

Vu l'interconnexion exceptionnelle du Canada avec le reste du monde, sur les plans de la mobilité de la population, des liens sociaux et culturels, du commerce et de l'investissement, ainsi que de l'infrastructure scientifique et technologique¹²⁵, la coopération mondiale revêt une importance capitale pour la sécurité sanitaire du pays. Toutefois, les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 et la polycrise que nous vivons soulignent la nécessité d'entreprendre une réflexion critique sur ce que nous entendons par sécurité sanitaire et sur les moyens qui nous permettraient le mieux de la faire progresser¹²⁶. Le danger est que nous continuions à gérer les menaces une à une, de manière réactive et à court terme, retombant chaque fois en mode « panique et négligence¹²⁷ ». Le fait que la pandémie ait été vécue de manière différentielle et disproportionnée à l'échelle nationale et internationale doit également être pris en compte dans notre planification future^{128,129}. Il serait donc important, dans le cadre du renouvellement du rôle du Canada au regard de la santé mondiale, d'améliorer ses mesures de prévention, de préparation, de réponse et de rétablissement face aux futures urgences sanitaires.

Par conséquent, le groupe conclut que le Canada gagnerait à promouvoir une nouvelle approche de la sécurité sanitaire qui intégrerait à la fois la durabilité et l'équité en tant que principes fondamentaux. Pour ce faire, le

groupe identifie trois principales occasions à saisir : a) promouvoir l'approche *Une seule sécurité sanitaire* en tant que nouveau cadre stratégique; b) renforcer la prévention primaire pour mieux équilibrer la gestion des risques; et c) catalyser notre capacité à faire face à un éventail plus diversifié de menaces nationales et internationales à la sécurité sanitaire.

Promouvoir l'approche *Une seule sécurité sanitaire*

Autrefois, les parents pouvaient reconforter leurs enfants en leur disant : « Tout va bien se passer; nous faisons de notre mieux et ce n'est pas la fin du monde ». Mais on ne peut plus nous dire cela. Notre planète se dégrade de plus en plus pour tous les enfants à venir. Pourtant, nous n'entendons les adultes parler que d'intérêts locaux et de priorités nationales.

Severn Suzuki, 12 ans, Sommet de la Terre, Rio de Janeiro, 1992¹³⁰

Le Canada a été l'un des premiers pays à s'être engagé sur des questions cruciales liées aux changements environnementaux mondiaux, notamment dans le cadre de l'historique Protocole de Montréal de 1987 relatif aux substances qui appauvrissent la couche d'ozone¹³¹, de la Conférence mondiale de 1988 sur l'impact de l'évolution de l'atmosphère sur la sécurité mondiale (Changing Atmosphere : Implications for Global Security on Global Warming¹³²), de la Conférence des Nations Unies de 1992 sur l'environnement et le développement (intitulée le Sommet de la Terre¹³³) et de la Convention de Stockholm de 2001 sur les polluants organiques persistants¹³⁴. Depuis qu'il a accueilli la réunion inaugurale de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale en 2001, où se sont rassemblés neuf pays et l'Union européenne « après les attaques terroristes du 11 septembre 2001 pour échanger des informations et coordonner les pratiques du secteur de la santé afin de faire face aux nouvelles menaces et aux nouveaux risques pour la santé mondiale¹³⁵ », le Canada a également joué un rôle actif sur divers fronts pour renforcer la sécurité sanitaire dans le cadre de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale.

Il est désormais impératif de passer d'un programme de sécurité sanitaire formulé en termes essentiellement militaires et biomédicaux, qui a tendance à mettre l'accent sur les intérêts nationaux et certaines menaces sanitaires¹³⁶, à une approche *Une seule sécurité sanitaire* plus holistique, axée sur l'interconnexion entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale^{137,138}. Pour mettre en œuvre une telle approche et en consonance avec le processus de la Commission de vérité et réconciliation, le Canada devrait réorienter son approche de la sécurité sanitaire en s'inspirant de l'importance que les peuples autochtones accordent à l'équité intergénérationnelle (principe des sept générations) et à la coexistence durable avec la Terre et tous les êtres vivants (voir l'encadré 3¹³⁹). L'approche est résumée dans cette phrase largement citée : « Nous n'héritons pas de la terre de nos ancêtres; nous l'empruntons à nos enfants. »

Plusieurs occasions importantes et opportunes s'offrent à nous de mettre en application l'approche *Une seule sécurité sanitaire* : les négociations en cours sur l'Accord sur les pandémies de l'OMS¹⁴⁰, le suivi des suites données aux directives de la Conférence des parties (COP) 28 axées sur le changement climatique et la santé, et l'Accord quadripartite sur l'approche *Une seule santé*, qui couvre notamment les mesures de prévention et de préparation face aux menaces zoonotiques émergentes telles que le virus H5N1 (voir l'encadré 4). Dans chacun de ces forums, le Canada devrait se faire le champion de l'inclusion d'objectifs de durabilité et d'équité étayés par des indicateurs fondamentaux^{141,142}. Le groupe d'experts recommande que le Canada saisisse les occasions qui se présentent à la suite de la pandémie de COVID-19 et pendant la présente polycrise pour promouvoir une approche *Une seule sécurité sanitaire* en collaboration avec des partenaires des secteurs public et privé.

Gestion des risques depuis la prévention primaire jusqu'au rétablissement des fonctions fondamentales des sociétés

Les activités de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale et les révisions du Règlement sanitaire international convenues en mai 2024 sont biaisées en faveur des menaces « en aval ». De même, le projet d'accord sur les pandémies de l'OMS ne fait « référence qu'à la prévention secondaire des pandémies après le "saut d'espèce", qui se concentre sur les mesures prises après qu'un agent pathogène a été transmis des animaux aux humains, ce que l'on appelle souvent la préparation et la réponse¹⁴³ ».

Le groupe d'experts reconnaît qu'il est essentiel de renforcer les capacités mondiales de préparation et de

réponse avant la prochaine pandémie. Au Canada, comme il est décrit à la section 5.1 du présent rapport, la COVID-19 a révélé des vulnérabilités majeures dans la planification de la lutte contre les pandémies qui sont liées, par exemple, à l'absence de systèmes normalisés de données sur la santé, à la fabrication nationale de vaccins, de produits thérapeutiques et d'équipements de protection individuelle (EPI), et à la gestion efficace des risques dans les établissements de soins de longue durée. Par exemple, les investissements du Fonds de recherche biomédicale du Canada et du Fonds d'infrastructure de recherche en sciences biologiques dans 19 projets dans le cadre de la Stratégie en matière de biofabrication et de sciences de la vie du Canada visent à renforcer la préparation « aux pandémies futures en augmentant la capacité nationale de production de vaccins et de produits thérapeutiques qui sauvent des vies au moyen d'investissements et de partenariats mettant à contribution les secteurs public, privé, sans but lucratif et de l'enseignement postsecondaire¹⁴⁴ ». La création en 2024 de Préparation aux crises sanitaires Canada (PCSC), au sein du ministère de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique, vise de la même manière à renforcer les capacités nationales en matière de contre-mesures médicales¹⁴⁵. Toutefois, nous estimons que le fait de se concentrer essentiellement sur l'aval biaise la gestion des risques, et donc les dépenses et les priorités opérationnelles, en faveur d'un éventail plus restreint d'agents pathogènes et de certains types de capacités de base pour les détecter et y répondre¹⁴⁶.

Le groupe conclut qu'une approche *Une seule sécurité sanitaire* engloberait une évaluation et une atténuation plus complètes et plus équilibrées des risques qui couvriraient les phases de prévention, de préparation, de réponse et de rétablissement. Cette approche permettrait de remédier au manque d'attention portée aux déterminants en amont (distaux), qui accroît de toute façon la probabilité de survenue d'une pandémie. Il faut pour cela mettre davantage l'accent sur la prévention primaire et l'atténuation des risques pour la santé humaine, animale et environnementale, ainsi que sur les changements stratégiques nécessaires pour renforcer les capacités de rétablissement et d'adaptation¹⁴⁷. Le *Quadripartite's One Health High-Level Expert Panel* (Groupe d'experts quadripartite de haut niveau sur l'approche *Une seule santé*)¹⁴⁸, par exemple, a identifié des occasions d'investir en amont pour atténuer la propagation des agents pathogènes, notamment l'amélioration de la gestion du bétail, la réglementation du commerce et de la consommation des animaux sauvages et les efforts d'adaptation au changement climatique et de soutien à la biodiversité. L'intégration du cadre STEEP (social, technologique, économique, environnemental et politique) par le Conseil mondial de suivi de la préparation aux pandémies (GPMB) permet également d'identifier une gamme plus complète de menaces nécessitant une atténuation des risques dans le cadre de la planification des pandémies¹⁴⁹. Il existe également des possibilités inexploitées de recourir aux données de masse et aux nouvelles technologies liées à la science des données (p. ex. l'IA) pour soutenir la surveillance, la modélisation et la gestion (3M : *monitoring, modelling and managing*) en temps réel des déterminants en amont et de l'évaluation des risques¹⁵⁰.

Catalyser et consolider les capacités de base

L'un des défis inhérents à l'actuel programme de sécurité sanitaire mondiale est que les menaces sont multifactorielles, se renforcent mutuellement, sont transfrontalières et s'accroissent plus rapidement que nous ne pouvons générer des solutions efficaces pour les gérer. La mobilisation pour gérer ces risques exige de toute urgence des capacités qui sont actuellement insuffisantes. Le groupe d'experts recommande que le Canada catalyse les capacités de mise en œuvre de l'approche *Une seule sécurité sanitaire* selon au moins deux axes.

Tout d'abord, considérant la première conclusion, nous estimons que nous devons renforcer les effectifs essentiels à cette approche. Le Canada a historiquement été en bonne place pour ce qui est de la contribution aux efforts humanitaires déployés dans le monde entier par l'intermédiaire de ses forces armées¹⁵¹ et de ses ONG. Toutefois, nous devons déterminer si notre capacité de pointe actuelle est suffisante et convient pour gérer la polycrise que nous vivons. La capacité actuelle à répondre aux urgences de santé publique est particulièrement limitée. Réserver des ressources limitées à des événements rares, mais potentiellement catastrophiques est toujours difficile. Pour élargir l'utilité de la capacité permanente, cette main-d'œuvre pourrait être constituée dans le cadre d'une mission plus large d'assistance humanitaire et de secours en cas de catastrophe, qui serait utilisée sur le territoire national et à l'étranger. Outre les pandémies, ce personnel canadien pourrait être déployé lors de phénomènes météorologiques violents, d'incendies de forêt, de tremblements de terre, de déplacements massifs de populations et d'autres événements catastrophiques, dont la fréquence ne devrait qu'augmenter. Le Canada doit donc disposer en « temps de paix » d'une main-d'œuvre de

réserve bien formée, qui pourrait être déployée en cas d'urgence de santé publique.

Mettre en place des capacités *Une seule santé sanitaire* de base exigerait non seulement de rétablir l'offre anémique de programmes de formation sur les crises couvrant les étapes de la prévention, de la préparation, de la réponse et du rétablissement, mais aussi d'intégrer les rôles d'organisations importantes, comme Médecins sans frontières (MSF), la Croix-Rouge canadienne et les Forces armées canadiennes, des groupes qui mobilisent et gèrent déjà des « réserves » pour les situations d'urgence et les catastrophes, tant sur le territoire national qu'à l'étranger. Outre le secteur de la santé, cette main-d'œuvre devrait couvrir les services et fournitures essentiels au fonctionnement de la société. Le Canada doit donc aussi investir dans une telle capacité de main-d'œuvre nationale essentielle et la gérer. À cette fin, le groupe d'experts est favorable à une augmentation des investissements requis pour donner suite au rapport de Santé publique Canada, *Appuyer une main-d'œuvre humanitaire pour répondre à la COVID-19 et à d'autres urgences de grande envergure*¹⁵². Le groupe d'experts recommande aussi une réflexion prospective de la manière dont les établissements de formation, comme les universités, pourraient participer au renforcement et au maintien des possibilités de formation liées à ce domaine relativement négligé¹⁵³.

Encadré 3 : Les pratiques autochtones comme modèles pour l'approche *Une seule sécurité sanitaire*

Les recherches du professeur Malek Batal visent à comprendre les rapports entre l'environnement, les systèmes alimentaires et la santé des animaux et des humains. Les efforts fructueux de la Nation Syilx Okanagan, en Colombie-Britannique, pour revitaliser la population de saumons, pierre angulaire de l'identité culturelle et spirituelle de la communauté, constituent un exemple de pratiques autochtones d'intendance dont l'approche *Une seule sécurité sanitaire* pourrait s'inspirer. Grâce à des initiatives de restauration, comprenant des mesures telles que le démantèlement des barrages sur les cours d'eau, la surveillance de la qualité de l'eau et l'ensemencement des cours d'eau pendant une dizaine d'années, les stocks de saumon ont pu être reconstitués. Cela a permis de soutenir les régimes alimentaires locaux, de réaffirmer les liens culturels et les pratiques cérémonielles, et de revitaliser les activités de pêche commerciale. Des avantages plus larges ont également été observés en ce qui a trait à la faune, ce qui met en relief l'interconnexion entre la gestion de l'environnement, le bien-être des animaux et la santé et le bien-être des communautés^{154,155}.

En Équateur, les agricultrices autochtones associent de la même manière pratiques agricoles et pratiques écologiques pour diversifier les cultures et appliquer des techniques d'agriculture biologique qui préservent la santé des sols et protègent la biodiversité. Les recherches du professeur Batal ont montré qu'en réduisant au minimum l'utilisation des produits agrochimiques et en adoptant des pratiques agricoles durables, ces femmes jouent un rôle essentiel dans l'atténuation de la dégradation de l'environnement et dans la préservation de la santé environnementale, animale et humaine. Par exemple, les ménages qui adoptent des pratiques agroécologiques bénéficient d'une plus grande diversité alimentaire et consomment davantage d'aliments riches en nutriments que ceux qui utilisent des méthodes agricoles conventionnelles. Les avantages socioéconomiques comprennent l'autonomisation des petits exploitants agricoles, le renforcement de la souveraineté alimentaire locale et une plus grande équité sociale et sanitaire au sein des communautés rurales^{156,157}.

Deuxièmement, la promotion de l'approche *Une seule sécurité sanitaire* ne devrait pas être uniquement de l'autorité ou de la responsabilité des gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux. La gestion de ces

risques exige une pluralité d'acteurs étatiques et non étatiques qui couvrent l'ensemble des secteurs de la santé humaine, animale et environnementale¹⁵⁸. Il est très important de noter que les collectivités et les dirigeants locaux constituent une composante essentielle de la préparation aux futures pandémies et des secteurs économiques clés sont indispensables à la réussite de l'approche. En conséquence, le Canada doit créer des mécanismes permettant d'engager différents acteurs dans une action collective. Cela inclurait une série d'initiatives politiques concertées et un financement permettant de renverser la tendance de longue date de sous-investissement dans l'ASPC et les autres institutions concernées par l'approche *Une seule sécurité sanitaire*.

Encadré 4 : Équité et durabilité dans la propagation de la grippe aviaire hautement pathogène (H5N1)

Le virus hautement pathogène de la grippe aviaire A (H5N1) a été initialement découvert chez des oiseaux aquatiques domestiques dans le sud de la Chine en 1996. Des infections humaines par le virus H5N1 sont survenues sporadiquement à la suite d'une exposition directe ou indirecte à des animaux infectés. Au niveau mondial, de janvier 2003 à mars 2024, 888 cas d'infection humaine ont été signalés dans 23 pays, lesquels ont entraîné 463 décès (taux de létalité des cas de 52 %)¹⁵⁹. Aucune transmission interhumaine soutenue n'a eu lieu à ce jour.

Les inquiétudes concernant cette éventualité se sont accrues depuis 2020, date à laquelle le virus a été associé à des épidémies importantes et mortelles au sein de populations d'oiseaux sauvages et d'élevage sur plusieurs continents. Parallèlement à cette expansion géographique, des infections ont été signalées chez plus de 40 espèces de mammifères. Ces rapports font état d'importantes épidémies dans des élevages d'animaux à fourrure, où la transmission entre mammifères ne pouvait être exclue, et dans des élevages laitiers aux États-Unis¹⁶⁰.

Les inquiétudes croissantes concernant la possibilité que le virus H5N1 provoque une pandémie de grippe humaine ont suscité une attention urgente relative aux mesures telles qu'une surveillance accrue, la production de vaccins et la constitution de stocks d'antiviraux. De plus, une approche planétaire de la planification en vue d'une pandémie de H5N1 exigerait un plus grand souci pour l'équité et la durabilité. Un accès équitable aux vaccins et aux antiviraux, fondé sur les besoins plutôt que sur la richesse, donnerait la priorité aux travailleurs agricoles, aux travailleurs de la santé de première ligne et aux autres populations plus exposées. Les conditions de travail et de vie qui augmentent le risque d'infection ou empêchent l'accès aux soins de santé, par exemple pour les travailleurs agricoles migrants, devraient être traitées de toute urgence.

La durabilité exige une attention urgente aux risques de propagation et de transmission créés par l'élevage commercial à grande échelle. Il conviendrait d'élaborer une stratégie à moyen terme visant à améliorer la réglementation afin de contrôler ces conditions, ainsi qu'une stratégie à plus long terme de réduction de la consommation de viande..

Conclusion principale 3 : Renouveler le leadership du Canada en matière de promotion et de protection de la santé en mettant l'accent sur le bien-être

À l'occasion du demi-siècle d'existence de l'historique rapport Lalonde¹⁶¹, le groupe reconnaît les contributions apportées par le Canada à la promotion de la santé dans le monde grâce à son soutien actif à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), à la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (2003) et à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008). Cependant, le Canada et les pays du monde entier sont aujourd'hui confrontés à un nouveau défi aux multiples facettes, à savoir la forte augmentation mondiale des maladies non transmissibles (MNT), qui causent annuellement aujourd'hui 74 % de l'ensemble des décès dans le monde¹⁶². Les principaux facteurs à l'origine de ces maladies sont le tabagisme et l'alcoolisme,

les régimes alimentaires malsains et le manque d'activité physique¹⁶³. Conscient du fardeau croissant que représentent les MNT dans le contexte de la mondialisation¹⁶⁴ et du combat mené par les systèmes de santé et les sociétés en général pour répondre à ces besoins, le groupe d'experts estime que le Canada pourrait s'appuyer sur son solide héritage pour jouer un rôle de premier plan dans la promotion et la protection de la santé.

La promotion et la protection de la santé dans le contexte de la mondialisation : les déterminants commerciaux de la santé

Le Canada pourrait prendre l'initiative d'une nouvelle action visant à atténuer les effets néfastes de ce que l'on appelle désormais les déterminants commerciaux de la santé (DCS)¹⁶⁵. Les DCS sont définis comme étant « les systèmes, les pratiques et les voies par lesquelles les acteurs commerciaux influencent la santé et l'équité¹⁶⁶ ». Les DCS sont devenus des facteurs clés de la santé et du bien-être, tant au niveau national qu'à l'étranger. En effet, les sociétés transnationales (STN) d'envergure mondiale sont aujourd'hui les principaux producteurs des biens et services de l'économie mondiale. Si certains produits, comme les produits du tabac, sont intrinsèquement nocifs pour la santé, d'autres peuvent avoir des effets favorables ou néfastes sur la santé. Par exemple, la mondialisation de la production et de la consommation alimentaires a modifié ce que les gens mangent et boivent et en quelle quantité ils le font.

Comme le secteur commercial à but lucratif restera un élément essentiel de toutes les sociétés, des mesures de contrôle efficaces visant à s'assurer que les marchés servent effectivement les personnes et la planète devront être mises en place pour protéger et promouvoir la santé humaine. Le Canada pourrait soutenir une intervention relative aux DCS en se faisant le champion des efforts régionaux et multilatéraux de mise en commun des innovations destinées à améliorer les politiques publiques et à renforcer les cadres réglementaires. La diffusion et l'apprentissage transfrontaliers des politiques sont essentiels compte tenu de l'interconnexion des moteurs mondiaux et des impacts nationaux des DCS. Par exemple, le Canada pourrait fournir des fonds pour soutenir la mise en œuvre des recommandations du *Global Report on the Commercial Determinants of Health* de l'OMS (Rapport mondial sur les déterminants commerciaux de la santé). Ces efforts devraient être étayés par une législation fédérale et provinciale/territoriale plus stricte afin d'obliger les industries à rendre compte des effets néfastes qu'elles peuvent avoir sur la santé et le bien-être. Par exemple, dans le contexte de la polarisation accrue du discours public, une nouvelle loi sur les conflits d'intérêts et le financement des groupes de réflexion, des établissements de recherche et des groupes de défense des intérêts renforcerait la transparence ainsi que la confiance du public. De nouvelles mesures semblables à l'engagement du Canada envers la CCLAT [article 5.3] seraient nécessaires à tous les niveaux de gouvernement pour protéger la recherche, les politiques et les pratiques dans le domaine de la de santé contre l'influence indue des intérêts commerciaux. De même, la Convention-cadre sur les systèmes alimentaires proposée par la Commission Lancet sur l'obésité « fournirait la structure juridique mondiale nécessaire et des orientations permettant aux pays de travailler activement à l'amélioration de leurs systèmes alimentaires afin que ces derniers deviennent des moteurs de l'amélioration de la santé, de la durabilité environnementale, du renforcement de l'équité et d'une prospérité pérenne¹⁶⁷. »

Crise mondiale des drogues toxiques

Le Canada pourrait utiliser son considérable pouvoir de mobilisation pour piloter un nouveau groupe de travail mondial sur la consommation des substances, qui se concentrerait sur la crise des drogues toxiques (voir l'encadré 5). En 1974, le rapport Lalonde nous mettait en garde contre « une augmentation importante de l'alcoolisme et de la toxicomanie¹⁶⁸ ». Au 21^e siècle, l'ampleur et la complexité de la consommation des substances ont connu une croissance exponentielle. Dans le monde, plus de 296 millions de personnes ont consommé des drogues illicites en 2021, ce qui représente une augmentation de 23 % par rapport à 2011. Le nombre de personnes [39,5 millions] souffrant de troubles liés à la consommation de drogues a augmenté de 45 % en dix ans. Au Canada, le nombre de décès et d'autres préjudices liés aux opioïdes a considérablement augmenté depuis 2016. Entre 2022 et 2023, les décès liés aux opioïdes ont augmenté de 8 % et les hospitalisations de 13 %¹⁶⁹. Ces crises résultent d'un ensemble interconnecté de facteurs mondiaux et nationaux, et une coopération entre pays et secteurs serait essentielle pour les combattre efficacement.

Encadré 5 : Action canadienne pour venir à bout de la crise mondiale des opioïdes

Si les opioïdes sont couramment utilisés pour le traitement de la douleur, leur utilisation sans supervision médicale peut entraîner une dépendance et d'autres problèmes de santé. Entre 2016 et 2024, plus de 47 000 décès liés aux opioïdes ont été signalés au Canada, soit plus que pour toutes les autres causes majeures de décès accidentels réunies¹⁷⁰. Les Autochtones continuent d'être touchés de manière disproportionnée par cette crise¹⁷¹. En 2019, approximativement 600 000 décès attribuables à la consommation de drogues sont survenus dans le monde, dont 80 % en raison de la consommation d'opioïdes¹⁷².

Cette crise mondiale des opioïdes a été engendrée, en grande partie, par les déterminants commerciaux de la santé. Bien qu'elle soit actuellement alimentée par l'offre illicite de drogues dangereuses¹⁷³, la commercialisation et la promotion agressives des opioïdes sur ordonnance auprès des prestataires de soins de santé par les entreprises pharmaceutiques au milieu des années 1990 ont créé le problème¹⁷⁴. Les fabricants d'opioïdes ont minimisé les risques et le potentiel de dépendance de leurs produits, ont fait des déclarations commerciales trompeuses, ont manipulé les données scientifiques, ont financé des associations professionnelles et de défense des droits favorables aux opioïdes et ont fait pression sur les décideurs politiques¹⁷⁵. De plus, les organismes de réglementation n'ont pas réagi suffisamment rapidement, négligeant de contrôler les ordonnances, d'appliquer des lignes directrices strictes en matière de prescription et d'interdire le marketing trompeur¹⁷⁶. Les efforts visant à restreindre l'accès aux opioïdes sur ordonnance ont propulsé un marché mondial d'approvisionnement illicite en substances potentiellement dangereuses et toxiques¹⁷⁷. Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC], des volumes records d'approvisionnement en substances illicites sont rendus possibles par des réseaux mondiaux de trafiquants agiles. Cette économie mondiale de la drogue exacerbe à son tour d'autres activités criminelles telles que le blanchiment d'argent, l'exploitation forestière et minière illégale et l'occupation illégale des terres, y compris celles des peuples autochtones¹⁷⁸. Il s'agit là d'un enjeu international qui ne peut être résolu séparément par chaque pays.

Pour endiguer la crise des opioïdes, le Canada doit coopérer avec d'autres pays pour lancer une nouvelle initiative mondiale qui aurait comme objectifs : 1) l'amélioration des mesures de transparence et de reddition de comptes encadrant les groupes de promotion des opioïdes; 2) l'amélioration de la surveillance post-commercialisation des médicaments présentant un risque de consommation; 3) une surveillance plus stricte du marketing pharmaceutique, y compris le parrainage par l'industrie d'événements et de conférences de formation des professionnels de la santé; et 4) la mise en œuvre de mesures (modélées sur la Physician Payments Sunshine Act) obligeant tous les professionnels de la santé à divulguer tout financement provenant d'entreprises pharmaceutiques ou d'appareils médicaux.

Soutenir la promotion et la protection de la santé en prônant une approche axée sur le bien-être

En 2021, le ministère des Finances du Canada a présenté une stratégie canadienne sur la qualité de vie¹⁷⁹, qui s'inscrivait dans le mouvement mondial en faveur des économies fondées sur le bien-être prôné par des pays, des entreprises privées et des organisations de la société civile¹⁸⁰. En réaction aux lacunes que présentent les indicateurs de mesure économiques traditionnels de la richesse et du bien-être de la société, tels que la croissance du PIB, la stratégie vise à valoriser les aspects non économiques de la qualité de vie, comme l'environnement, et les indicateurs individuels du bien-être, comme le « bonheur », dont l'économiste canadien John Helliwell a été le pionnier¹⁸¹. Cette approche va dans le sens du *World Wellbeing Movement* (Mouvement mondial pour le bien-être), une coalition de leaders mondiaux issus du milieu des affaires, de la société civile et du monde universitaire qui se sont réunis pour contribuer à mettre le bien-être au centre du processus

décisionnel des entreprises et des politiques publiques¹⁸². Ce mouvement a donné naissance à un large éventail d'initiatives, dont l'Alliance pour une économie du bien-être, qui plaide pour une économie conçue pour servir les personnes et la planète, et non l'inverse. Plutôt que de considérer la croissance économique comme une fin en soi et de la rechercher à tout prix, une économie du bien-être place nos besoins humains et planétaires au centre de ses activités, en veillant à ce que ces besoins soient tous également satisfaits, par défaut¹⁸³.

Le groupe d'experts estime qu'au 21^e siècle, une grande variété de besoins liés à la promotion et à la protection de la santé pourraient être mieux cernés en utilisant le concept du bien-être.

Encadré 6 : Le problème mondial du vieillissement de la population

L'augmentation des cas de multimorbidité et d'invalidité avec le vieillissement de la population représente un problème important pour les systèmes de santé du monde entier. Pourtant, la plupart des pays ne disposent pas de sources d'information adéquates pour évaluer l'efficacité, l'efficacité et l'utilité des soins de santé offerts aux personnes âgées.

Le professeur John Hirdes, de l'université de Waterloo, codirige le réseau interRAI, qui regroupe plus de 140 cliniciens, chercheurs et experts politiques de plus de 40 pays. Les divers systèmes interRAI soutiennent la planification des soins centrés sur la personne et la mesure des résultats au niveau du patient, afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des populations vulnérables, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Le Canada cumule près de 30 ans d'expérience dans la mise en œuvre de systèmes interRAI dans les soins à domicile, les maisons de soins de longue durée, les établissements de santé mentale et les établissements de soins de convalescence. À ce jour, plus de 23 millions d'évaluations interRAI ont été réalisées, ce qui a permis d'éclairer la prise de décisions en commun et l'allocation des ressources dans la plupart des provinces. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publie des données interRAI, y compris des indicateurs de la qualité des soins de longue durée, ce qui souligne l'impact du système interRAI sur la reddition de comptes effectuée dans le système de santé. Fait notable, les données interRAI ont éclairé des efforts qui ont permis de réduire le recours à la contention physique dans les établissements de soins, qui est passé de plus de 40 % dans le cadre des soins en établissement au début des années 1990 à une moyenne nationale inférieure à 5 % aujourd'hui. Ce partenariat entre le réseau interRAI et l'ICIS est considéré au niveau international comme un prototype exemplaire d'une mise à l'échelle d'une recherche rigoureuse en santé destinée à susciter des changements au niveau national.

Le professeur Hirdes et d'autres collègues du réseau interRAI ont également adapté les systèmes interRAI pour les utiliser dans d'autres pays, reconnaissant le défi généralisé que représente le vieillissement des populations. Par exemple, le projet Pan-African Utilisation of Lay Assessment Systems (PAULAS), mis en œuvre dans 13 pays d'Afrique, a démontré qu'il était possible d'obtenir des données d'évaluation gériatrique de haute qualité pouvant être utilisées pour améliorer les soins cliniques, ce qui s'est traduit en l'occurrence par de meilleurs résultats de santé pour les Africains âgés. Le projet PAULAS renforcera également les capacités futures de recherche appliquée sur la santé et le vieillissement en Afrique grâce à la création d'un réseau de recherche dirigé par des Africains dans le cadre de la plus large collaboration interRAI.

Un exemple prometteur est le leadership du Canada au regard des soins du cerveau, qui favorise une prise en charge globale des soins neurologiques, mentaux et sociaux tout au long de la vie en mettant l'accent sur la prévention primaire et la prestation de services hors établissements, selon le contexte¹⁸⁴. De même, les conclusions récentes de la Commission permanente du *Lancet* sur la démence mettent en évidence 14 risques

qui pourraient être gérés tout au long de la vie afin de réduire les cas de démence de près de 50 %¹⁸⁵. Dans un contexte mondial d'évolution démographique rapide, la promotion de la santé cérébrale, la prévention de la démence et la réorientation des systèmes pour promouvoir le vieillissement en santé et le bien-être (voir l'encadré 6) aux niveaux national et international figurent parmi les possibilités que nous avons de revitaliser le programme de prévention sanitaire dans le cadre plus large de l'économie du bien-être.

Conclusion principale 4 : S'attaquer de toute urgence à la crise du personnel de santé

Tout au long de ses consultations et délibérations, le groupe d'experts est constamment revenu sur l'importance du personnel de santé pour saisir les occasions et surmonter les défis, que ce soit en ce qui concerne les services de première ligne offerts aux femmes et aux enfants, l'accès aux services de santé mentale, la réponse rapide aux pandémies, la prise en charge des déterminants commerciaux de la santé ou le transfert des innovations du laboratoire au chevet du patient. Malgré les preuves qui se sont multipliées au cours des 20 dernières années de l'importance primordiale du personnel de santé pour l'atteinte des objectifs de santé¹⁸⁶, qu'il s'agisse des ODM^{187,188,189}, de la transformation du système de santé dans un monde interdépendant¹⁹⁰, des ODD¹⁹¹, ou de l'agenda des SMNE/SDSR¹⁹², les actions concertées et innovantes qui répondent aux besoins nationaux et internationaux restent trop peu nombreuses. En cette période post-pandémie, le Canada et de nombreux autres pays à revenu élevé se trouvent aux prises avec des crises aiguës et chroniques de personnel caractérisées par des pénuries criantes, un épuisement professionnel élevé menant à des retraites anticipées et une dépendance croissante à l'égard du recrutement de travailleurs de la santé dans les PRFI.

Les problèmes croissants associés à la quantité et à la répartition des travailleurs de la santé constituent un symptôme des facteurs démographiques^{193,194} comme le déclin généralisé de la fécondité et le vieillissement de la population, combinés à l'augmentation de la demande et des besoins en soins de santé et à l'incapacité des établissements nationaux de formation du personnel de santé à y répondre. Ces pressions croissantes sur la main-d'œuvre reflètent et expriment les inégalités qui existent depuis longtemps entre les hommes et les femmes et, plus généralement, le manque relatif de valeur accordée au travail des femmes. Approximativement 70 % du travail dans le secteur de la santé et des soins de santé est effectué par des femmes, dont beaucoup occupent des postes non officiels ou sous-payés, sont exposées à des conditions de travail dangereuses et/ou sont entravées dans leur progression de carrière^{195,196,197,198}. Si la crise a des dimensions multiples et complexes, elle reflète surtout l'incapacité des systèmes de santé à investir dans le personnel d'une manière qui réponde aux besoins croissants et changeants de soutien, de protection et de promotion de la santé. Malgré les preuves de plus en plus nombreuses de l'importance du personnel de santé en tant que principal moteur des progrès de la santé mondiale, le personnel de santé n'est toujours pas considéré comme une priorité pour les investissements nationaux ou l'aide au développement¹⁹⁹.

La crise généralisée du personnel de santé se manifeste dans de nombreux pays, dont le Canada, et se caractérise par d'importants flux transfrontaliers de travailleurs de la santé. Plus d'un quart des travailleurs de la santé au Canada sont des immigrants, dont 36 % des médecins, 23 % des infirmières et 37 % des pharmaciens²⁰⁰. Alors que des millions de Canadiens n'ont pas accès aux soins de santé primaires, des milliers de professionnels de la santé formés à l'étranger et résidant au Canada ne sont pas en mesure d'obtenir les titres de compétences qui pourraient les aider à combler ces lacunes. Cette dépendance du Canada à l'égard des travailleurs de la santé issus de l'immigration ou formés à l'étranger semble s'être accrue au cours de la dernière décennie²⁰¹, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays du monde²⁰².

À la suite de la pandémie de COVID-19, le gouvernement du Canada a adopté des politiques d'immigration des travailleurs de la santé²⁰³ censées contribuer à l'établissement d'un personnel de santé durable dans le cadre du plan fédéral/provincial/territorial de 200 milliards de dollars canadiens sur dix ans intitulé « Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens ». Ces politiques agissent au niveau des gouvernements provinciaux et territoriaux²⁰⁴ et, entre autres, accordent une attention tardive à l'importance d'inscrire rapidement les résidents qui ont suivi une formation de personnel de la santé à l'étranger pour qu'ils puissent travailler dans le secteur de la santé. Toutefois, ces politiques s'appuient largement sur le recrutement de travailleurs de la santé d'autres pays, ce qui fait craindre que le Canada s'appuie sur le débauchage de travailleurs de la santé^{205,206}, ce qui serait par conséquent contraire à son engagement à appliquer le Code de

pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé²⁰⁷. En outre, comme le pays n'investit pas dans les coûts de formation des professionnels de la santé recrutés à l'étranger, le système de santé canadien bénéficie chaque année d'une subvention *de facto* à la formation de plus d'un milliard de dollars canadiens, qui représente plus de la moitié de ce que le Canada consacre chaque année à l'aide au développement dans le domaine de la santé (voir l'encadré 7).

Encadré 7 : La « subvention » *de facto* accordée au système de santé canadien du fait que le Canada ne finance pas la formation des travailleurs de la santé recrutés à l'étranger

En 2022, on estime à 78 569 le nombre de travailleurs de la santé formés à l'étranger (TSFE) qui sont employés au Canada (autorisés et en exercice). Cela représente approximativement 14,5 % du personnel de santé canadien, bien que cette proportion varie selon les professions, allant de 35 % et 31 % pour les pharmaciens et les médecins respectivement, à 10 % et 6 % pour les infirmières et les physiothérapeutes respectivement. Si ces TSFE avaient été formés au Canada, le système de santé canadien aurait payé un peu moins de 22 milliards de dollars (21,943 G\$) pour leur formation, en se basant sur les coûts moyens de formation par groupe professionnel. En supposant que la durée moyenne de carrière des TSFE soit de 20 ans, la valeur actuelle nette, sur une base annuelle, des coûts de formation évités au système canadien s'élève à plus de 1,1 milliard de dollars par an.

Les coûts sont en dollars canadiens de 2023

Types de professionnel ^(a)	Nombre de TSFE et % du personnel de santé canadien (2022)	Coûts de formation des TSFE au Canada (milliers) ^(b)	Coût de formation total évité (millions)	Coût de formation total évité par année (millions)
Total	78 569 (15 %)		21 943 \$	1 156 \$
Médecins	24 967 (27 %)		12 242 \$	611 \$
Médecins généralistes	14 303 (31 %)	405 \$	5 791 \$	289 \$
Spécialistes	10 664 (23 %)	605 \$	6 451 \$	322 \$
Infirmières réglementées ^(c)	33 425 (10 %)		5 739 \$	286 \$
Infirmières praticiennes	366 (5 %)	231 \$	84 \$	4 \$
Infirmières autorisées	33 059 (10 %)	171 \$	5 655 \$	283 \$
Ergothérapeutes	1 239 (6 %)	225 \$	279 \$	14 \$
Physiothérapeutes	6 469 (23 %)	193 \$	1 252 \$	63 \$
Pharmaciens	12 469 (35 %)	195 \$	2 431 \$	122 \$

Notes :

(a) Le nombre de TSFE inclut les citoyens canadiens qui ont fait leurs études à l'étranger (données de l'ICIS et de l'OCDE).

(b) Le coût par TSFE au Canada est basé sur le coût total estimé de la formation plus les frais associés à la délivrance des titres.

(c) Les infirmières réglementées excluent les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées en raison de problèmes de qualité des données. On estime à 9 716 le nombre d'infirmières auxiliaires diplômées à l'étranger qui travaillaient au Canada en 2022 (ICIS).

Sources :

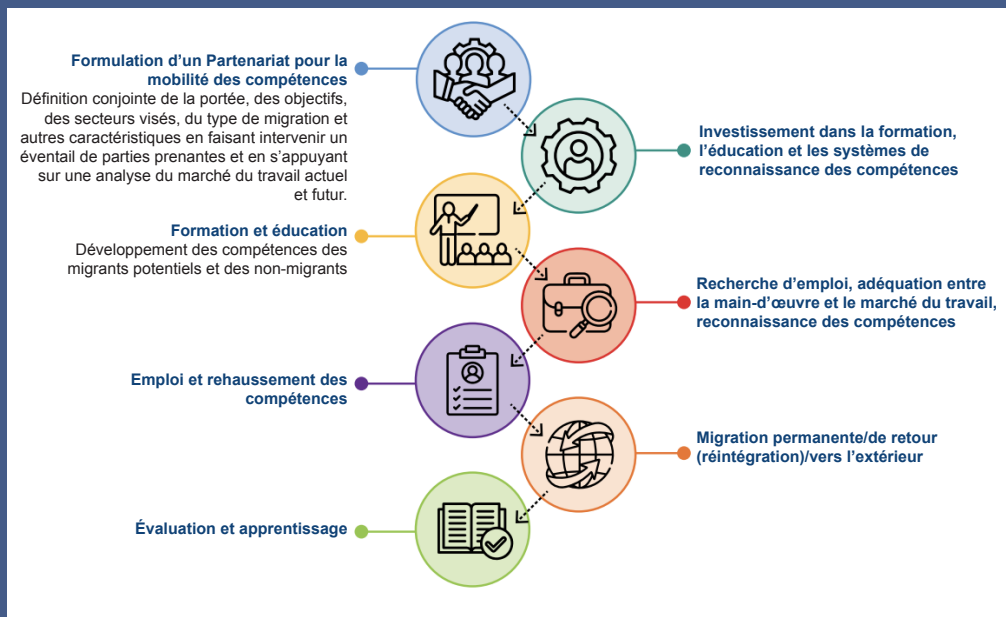
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022). Infobase Santé. <https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2022/professionnels-de-la-sante-formes-a-letranger>;
- Santé Canada. (Janvier 2008). Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé. https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H29-1-2009F.pdf
- Service national d'évaluation infirmière. (2024). Frais. <https://www.nnas.ca/fr/frais/>
- Organismes canadiens de réglementation de l'ergothérapie. (2024). <https://acotro-acore.org/seas/>
- Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. (2024). <https://alliancept.org/internationally-trained/credentialing-overview/>
- Portail pour pharmaciens Canada. (2024). <https://www.pharmacistsgatewaycanada.ca/>

L'ampleur de la crise du personnel de santé et sa généralisation à tous les pays, ses importantes dimensions sexospécifiques et les préoccupations concernant le débauchage des travailleurs des PRFI font de cette question un tremplin opportun et urgent sur lequel le Canada doit bondir pour accroître son rôle en santé mondiale au cours des vingt prochaines années. Le groupe d'experts estime que le moment est propice, compte tenu des efforts philanthropiques novateurs tels que l'Africa Higher Education Health Collaborative (AHEHC) de la Fondation Mastercard, qui vise à renforcer les systèmes de formation en santé en Afrique grâce à des partenariats avec les universités, à un accès accru à une formation de qualité et à des programmes de formation en santé améliorés,²⁰⁸ ainsi que la stratégie Young Africa Works, qui vise à permettre à 30 millions de jeunes en Afrique de trouver un emploi digne et satisfaisant d'ici 2030,²⁰⁹ et dont une grande part est directement liée au secteur de la santé.

Plus précisément, le groupe d'experts propose qu'un programme d'urgence, qui pourrait s'intituler « Programme d'urgence canadien pour l'innovation en matière de personnel de la santé (PUCIPS) », soit immédiatement mis sur pied pour résoudre la crise de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Le programme ferait appel à divers secteurs (santé, éducation, emploi, immigration, affaires étrangères), à des acteurs clés de la main-d'œuvre en santé (établissements de formation, employeurs, recruteurs) et à divers paliers de gouvernement (F/P/T). Le PUCIPS aurait une orientation nationale-mondiale explicite et aurait pour cibles un taux de débauchage net zéro et un taux de gains nets zéro en personnel²¹⁰ d'ici 2035, inaugurant une décennie d'innovation dans la formation, le recrutement et la rétention des travailleurs de la santé. Le PUCIPS viserait à mobiliser de nouveaux fonds à un niveau correspondant à la subvention annuelle de facto que le Canada reçoit grâce au recrutement de travailleurs de la santé formés à l'étranger, c'est-à-dire 1 milliard de dollars par an (moins de 0,3 % des dépenses annuelles nationales en santé). Les appels à propositions encourageraient les établissements partenaires canadiens et étrangers à élaborer des programmes intrépides et « gagnants-gagnants » pour relever les défis cruciaux de personnel de santé liés à la formation, au déploiement ou à la rétention des travailleurs dans des régions géographiques, des professions ou des communautés clés, en s'appuyant sur les valeurs fondamentales de l'égalité entre les hommes et les femmes et de la solidarité. Des forums annuels permettraient d'évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de « débauchage net zéro » et de « gains nets zéro en personnel », de favoriser l'apprentissage en commun chez les personnes chargées de la mise en œuvre, de s'aligner sur les efforts multilatéraux comme les Skills Mobility Partnerships de l'Institute of Migration (voir l'encadré 8) et d'identifier les domaines émergents qui nécessiteraient une attention plus soutenue. En tant qu'initiative phare, le PUCIPS devrait aspirer à devenir un pilier déterminant du leadership du Canada en matière de santé mondiale et de diplomatie, surtout s'il est annoncé au moment du Sommet du G7 organisé par le Canada en 2025.

Encadré 8 : Partenariats pour la mobilité des compétences pour le développement mondial des compétences²¹¹

En 2018, dans le cadre du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à mettre en place des partenariats mondiaux pour le développement des compétences afin de promouvoir des migrations durables. L'objectif 18 du Pacte appelle précisément les pays à investir dans le développement des compétences, à reconnaître les qualifications et les compétences, et à former des partenariats qui renforcent les capacités de formation des autorités nationales et des autres parties prenantes concernées. Dans la foulée, l'Organisation internationale pour les migrations a introduit en 2019 des cadres de Partenariats pour la mobilité des compétences (PMC) afin de permettre aux pays d'origine et de destination de partager les avantages des mouvements migratoires, qui contribuent à la croissance économique et au développement, grâce à une approche structurée et collaborative de la mobilité des compétences. Les PMC varient sur les plans de la forme, des modalités et de l'orientation sectorielle et sont adaptés en fonction des différents types de mobilité et du niveau d'implication des parties prenantes, mais ils ont tendance à inclure les composantes essentielles mises en évidence par la figure ci-dessous.



Source : Organisation internationale pour les migrations. Partenariats pour la mobilité des compétences : recommandations et orientations pour les décideurs politiques et les praticiens. OIM, Genève, 2023.

Conclusion principale 5 : Établir une stratégie sanitaire mondiale claire pour le Canada

Le contexte de la polycrise actuelle fait peser, dans toutes les sociétés, de lourdes menaces sur la couverture santé universelle, l'approche Une seule sécurité sanitaire, la promotion de la santé et le bien-être, et met en relief la nécessité de disposer d'une main-d'œuvre adaptée aux besoins en santé. Tous les pays, y compris le Canada, devraient donc avoir une stratégie de santé qui tienne compte de l'interconnexion des défis sanitaires nationaux et mondiaux. Il est important de noter que la pandémie de COVID-19 a démontré que la santé au Canada est inextricablement liée à des événements et à des facteurs qui se situent au-delà de nos frontières nationales. Les conséquences de la pandémie donnent à penser que cette leçon cruciale, qui sous-tendrait un appel à un engagement actif en matière de santé mondiale, n'a pas été retenue. Le Canada risque même de se détourner de cet engagement au profit de ce qui est perçu comme des priorités nationales. Cependant, la principale conclusion de ce rapport est que le soutien, la promotion et la protection de la santé au Canada ne

peuvent être réalisés efficacement sans un engagement actif sur la scène de la santé mondiale. Les progrès en matière de santé mondiale ne se font pas au détriment de la santé nationale; ces deux objectifs politiques sont interconnectés. Nous appuyons donc les appels récents en faveur d’une stratégie cohérente « dotée d’une vision, de priorités et d’une gouvernance claires, de ressources réservées à cette fin et de moyens de suivi et d’évaluation continus²¹² ». Une stratégie canadienne claire de santé mondiale est nécessaire pour définir cette logique, pour le gouvernement et au-delà, de manière non partisane, et pour cibler les investissements vers des domaines prioritaires tels que le personnel de santé, l’égalité des sexes, la couverture santé universelle, la sécurité sanitaire, ainsi que la protection et la promotion de la santé. Le groupe d’experts note que les conclusions principales 1 à 4 décrites plus haut représentent des enjeux et des axes importants dont il conviendrait de tenir compte lors de l’élaboration d’une stratégie canadienne de santé mondiale.

Plusieurs pays ont déjà reconnu l’importance d’établir une stratégie globale de santé mondiale au cours des dernières décennies, plusieurs d’entre eux ayant adopté de nouvelles stratégies depuis la pandémie de COVID-19. Le Canada et l’Italie sont aujourd’hui les seuls pays du Groupe des Sept (G7) à ne pas disposer d’une telle stratégie. Sur la base de notre examen comparatif des stratégies existantes en santé mondiale (voir le tableau 1 ci-dessous et l’annexe 1) et des consultations menées par le groupe d’experts, nous suggérons que les éléments suivants sont nécessaires à une stratégie canadienne efficace de soutien à la santé mondiale

- Une définition claire et consensuelle de la santé mondiale;
- Un énoncé des valeurs, des principes et de la logique qui devraient sous-tendre l’engagement du Canada en matière de santé mondiale;
- Des analyses de l’environnement actuelles et régulièrement mises à jour des défis prioritaires en matière de santé mondiale auxquels le Canada devrait s’attaquer;
- Une connaissance des points forts et des contributions potentiellement distinctes du Canada concernant la santé mondiale;
- Un cadre stratégique doté d’objectifs prioritaires, de cibles, de jalons et d’échéances;
- Un plan institutionnel pangouvernemental et pansociétal pour la mise en œuvre de la stratégie;
- Des indicateurs de mesure et des processus permettant de suivre et d’évaluer au fil du temps les progrès réalisés dans l’atteinte des objectifs;
- Des plans pour un engagement, une collaboration et des partenariats tangibles avec les principales parties prenantes, les populations prioritaires et le public, y compris les peuples autochtones.

Tableau 1 : Résumés des stratégies en santé mondiale disponibles pour un certain nombre de pays

<p>Stratégie explicite en santé mondiale</p>	<p>Les stratégies de soutien à la santé mondiale varient considérablement dans leur portée et leur détail, allant de cadres plus larges mettant l’accent sur l’équité en santé et la couverture santé universelle (Suède et France), à des stratégies plus ciblées sur la sécurité sanitaire et la préparation aux pandémies, comme celles de (UE et Japon). Notre analyse des stratégies révèle un intérêt croissant pour ce domaine, même si de nombreuses stratégies restent assez générales ou ne comportent pas des mécanismes clairs de mise en œuvre, de reddition de comptes ou d’évaluation. En outre, de nombreuses stratégies n’indiquent pas explicitement comment elles ont été élaborées.</p>
<p>Calendrier</p>	<p>Plusieurs pays ont créé ou révisé leurs stratégies relatives à la santé mondiale au cours de l’ère « post-COVID », établissant des périodes de mise en œuvre telles que 2022-2030 pour l’Union européenne, 2023-2027 pour la France, 2022-2030 pour le Japon, 2021 à 2027 pour la Thaïlande, et 2023-2030 pour les Pays-Bas.</p>
<p>Définitions de la santé mondiale</p>	<p>La plupart des stratégies ne comportaient pas de définition explicite de la santé mondiale. En revanche, la raison d’être d’une stratégie en matière de santé mondiale, ainsi que les divers principes la sous-tendant et les domaines d’intervention étaient énumérés.</p>

Justification	Les justifications varient d'un pays à l'autre et mettent en avant les diverses raisons d'être d'une stratégie, notamment : relever des défis sanitaires en constante évolution; renforcer les partenariats; contribuer aux objectifs sanitaires mondiaux; renforcer la sécurité nationale et mondiale; améliorer les résultats de santé publique; et fournir un leadership et une expertise diplomatique et de développement dans le domaine de la santé internationale.
Gouvernance	Les stratégies semblent généralement être administrées par plusieurs ministères et départements (p. ex., la stratégie française est coordonnée par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, alors que l'approche japonaise est gérée par le Secrétariat du Cabinet, le ministère des Affaires étrangères, le ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être, le ministère des Finances et d'autres ministères et agences concernés).
Principes clés	Les principes communs à tous les pays mettent l'accent sur les composantes de l'équité et de la dignité humaine. Par exemple, la Suède a parmi ses grands principes de ne laisser personne de côté, tandis que l'Allemagne donne la priorité aux principes de la démocratie, du partenariat, de la dignité humaine, de la diversité et du respect des droits humains.
Priorités	Les diverses stratégies partagent des priorités communes telles que la promotion de la couverture médicale universelle, la lutte contre les pandémies et la réduction des inégalités sanitaires. Toutefois, elles diffèrent dans leur orientation, certains pays comme les États-Unis se concentrant sur la protection et la promotion de la santé nationale par le biais d'une action et d'un leadership au niveau mondial. D'autres, comme la Suède et la France, prônent une approche plus exhaustive qui intègre la santé, la durabilité environnementale et la justice sociale.

Note : Les pays/régions évalués comprennent l'Union européenne, la France, l'Allemagne, le Japon, la Thaïlande, les Pays-Bas, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. Les pays que nous avons examinés ont été sélectionnés sur la base de la possibilité de trouver des documents explicites faisant référence à la stratégie sur la santé mondiale du pays. Nous reconnaissons que de nombreux pays peuvent avoir des stratégies opérationnelles en matière de santé mondiale, même si elles ne sont pas définies et précisées dans un document. Bien que nous n'ayons pas procédé à un examen systématique des stratégies existantes, nous n'avons pas été en mesure de trouver de documents explicites faisant référence à de telles stratégies dans les PRFI. Nous avons également cherché à identifier des stratégies pour les pays BRIC, mais sans succès. Bien que des analyses aient été effectuées sur l'augmentation de l'aide au développement pour la santé dans le cadre d'une politique étrangère plus large, notamment pour la Chine, nous n'avons pas pu identifier de politique ou de stratégie explicite guidant ces efforts^{213,214}. Voir l'annexe D pour les évaluations des stratégies par pays.

Conclusion principale 6 : Renforcer les systèmes de recherche et d'innovation

En s'appuyant sur des recommandations antérieures²¹⁵ et des efforts récents des IRSC²¹⁶, le groupe d'experts estime qu'il serait utile d'élaborer une stratégie axée sur les systèmes de recherche et d'innovation, qui compléterait étroitement et éclairerait la stratégie sur la santé mondiale du Canada. La nécessité d'une telle stratégie ne reflète pas seulement l'importance capitale de la recherche et de l'innovation pour relever les défis de la santé mondiale, mais reconnaît également les possibilités et les défis importants qui mériteraient une considération stratégique, dont trois sont relevés ici.

Le premier concerne les possibilités illimitées et rapidement émergentes de recherche et d'innovation qui permettraient d'améliorer la santé au moyen de la science et des technologies émergentes qui transcendent les disciplines, les secteurs et les frontières nationales. Ces possibilités, en particulier dans les domaines des sciences de la vie et de la santé numérique, sont de plus en plus exploitées par le biais de partenariats transnationaux ou de mécanismes d'entreprises qui offrent d'importants gains d'échelle, de portée, de rapidité et d'autres gains d'efficacité, en temps normal comme de situations d'urgence. À l'instar d'un cortège d'autres recommandations visant à renforcer la science et l'innovation canadiennes^{217,218,219,220,221}, nous estimons que

le Canada doit être plus clair sur la façon dont il entend s'engager efficacement dans ce paysage mondial en évolution rapide : « Il ne s'agit pas de rivaliser, mais plutôt de devenir essentiel²²². »

Deuxièmement, l'essor des nouvelles technologies, notamment celles liées à la santé numérique et à l'intelligence artificielle, exigerait que l'on s'entende plus clairement sur les principes et les critères de mesure de leur utilité et qu'une rigueur réglementaire soit employée pour écarter les divers biais et garantir un comportement éthique^{223,224}. Ces systèmes doivent être mis en place et/ou renforcés afin de tirer parti des gains d'efficacité interjuridictions qui peuvent s'offrir. Ils devraient également être complétés par des systèmes de production et d'approvisionnement conçus pour répondre aux besoins mondiaux sur la base des mécanismes du marché, comme le prélèvement de marges plus faibles lorsque les volumes sont plus élevés, ainsi que par des mesures d'urgence réglementaires visant à éviter le plus possible la menace des inégalités mondiales quant à l'accès aux produits vitaux, comme on l'a vu dans le contexte des vaccins contre la COVID-19. La mobilisation des patients et du public tout au long de la mise en œuvre du système de recherche et d'innovation, complétée par la recherche et la réglementation pour remédier aux hésitations, à la désinformation et à la méfiance, sont des ingrédients essentiels à la gouvernance des systèmes de recherche partout dans le monde, mais ces éléments ne sont pas souvent au rendez-vous^{225,226,227,228}.

Une troisième considération stratégique concerne les distorsions structurelles des systèmes de recherche qui limitent la portée, l'échelle, la rapidité, la pertinence et la qualité de la recherche²²⁹. Les priorités de la recherche et leur financement peuvent ne pas correspondre aux besoins actuels ou futurs. La crise du personnel de santé à laquelle le Canada et le monde sont confrontés, par exemple, reflète un très important sous-investissement dans la recherche et l'innovation au regard de cette dimension essentielle des systèmes de santé²³⁰. De même, la pénurie de données sur la santé animale témoigne d'un manque criant de données probantes qui freine les percées dans le domaine de l'approche *Une seule santé*. Sans investissements conséquents dans la recherche, il n'est pas non plus possible de procéder à des évaluations concrètes de l'ampleur, des tendances ou de l'efficacité des interventions sur les déterminants commerciaux de la santé. Les responsables des politiques de recherche doivent veiller à ce que ces domaines et d'autres secteurs de recherche émergents essentiels bénéficient d'une affectation budgétaire suffisante.

Un autre axe de cette distorsion concerne les pays – en particulier les PRFI – ou les communautés, par exemple les Autochtones, qui manquent de capacités de recherche, ce qui a pour effet d'exclure dans les faits la réalisation de projets de recherche, en particulier dans les situations d'urgence. Compte tenu du leadership historique du Canada sur le plan de la recherche nationale essentielle en santé (RNES)²³¹, le groupe d'experts estime qu'il serait opportun d'examiner les progrès réalisés dans le renforcement de la RNES, en mettant l'accent sur les questions transversales des systèmes de recherche telles que le financement, l'infrastructure, l'infostructure et la main-d'œuvre. Cet examen pourrait fournir des indications sur ce qui pourrait être fait pour renforcer plus efficacement et plus équitablement les systèmes de recherche et d'innovation en santé aux niveaux national et infranational, en particulier en ce qui concerne les communautés en quête d'équité.

En intégrant les trois observations ci-dessus (ainsi que d'autres enjeux), une telle stratégie pourrait s'intituler « ARRISE » : Accountable and Responsive Research and Innovation Systems including in Emergencies (Systèmes de recherche et d'innovation responsables et adaptatifs même lors d'urgences). À l'instar de la stratégie sur la santé mondiale, la stratégie ARRISE devrait tenir compte de la convergence et de l'interdépendance croissantes à l'échelle mondiale des moteurs de la santé, en accordant une attention particulière à la spécificité relative des agendas de recherche liés à la couverture santé universelle, à l'approche *Une seule sécurité sanitaire* ainsi qu'à la promotion et à la protection de la santé et du bien-être. Elle devrait s'inspirer de certains exemples d'autres pays ou régions, tels que la stratégie Horizons Europe²³², qui associe des objectifs d'excellence scientifique et technologique, des objectifs sociétaux, tels que les ODD et la sécurité, et des aspirations économiques comme une plus grande compétitivité.

Lors de l'élaboration d'une telle stratégie, il serait essentiel de consulter la grande diversité d'acteurs et de partenaires au sein du gouvernement²³³, des universités, du secteur privé/de l'industrie et de la société civile et d'identifier les rôles qu'ils peuvent jouer relativement à l'éventail des enjeux que la stratégie vise à aborder. En ce qui concerne la recherche pour la prévention des pandémies et la réponse à celles-ci, par exemple, ARRISE devrait harmoniser les réformes nationales de la recherche au Canada^{234,235,236} sur les stratégies de

recherche transnationales issues du G7 et du G20, telles que la Mission des 100 jours²³⁷, le Règlement sanitaire international de l'OMS²³⁸ et des initiatives telles que la CEPI²³⁹. L'objectif de cette harmonisation devrait être de parvenir à une plus grande cohérence stratégique et d'éclairer la nature et le niveau des investissements des principaux acteurs institutionnels, qu'ils soient d'envergure nationale ou mondiale. Sur un autre front, comme celui de la mise en œuvre de la couverture santé universelle et de l'ODD 3, ARRISE pourrait forger, en s'appuyant sur les expériences des Grappes d'innovation mondiale²⁴⁰ et de Grands Défis Canada²⁴¹, une coalition Grands Défis autour des systèmes de santé apprenants, qui viserait à stimuler, à commander et à mettre à l'échelle des innovations en soins primaires afin d'accélérer la couverture universelle équitable des services au Canada et dans d'autres pays.

Encadré 9 : Grands Défis Canada : Tirer parti des rôles de leadership assumés dans les initiatives multilatérales pour accélérer l'augmentation de l'investissement dans l'innovation

Le financement stratégique par le Canada d'initiatives en santé mondiale, combiné aux investissements novateurs de GDC, constituerait une occasion unique d'accroître la portée et l'impact des contributions du Canada à la santé mondiale, comme le montrent les deux exemples ci-dessous.

En tant qu'investisseur pionnier dans le Mécanisme de financement mondial (MFM) en 2015, le Canada a versé 477 millions de dollars US à compter d'octobre 2023 pour soutenir sa mission de faire progresser la santé des mères, des enfants et des adolescents. Ces ressources procurent des subventions catalytiques pour appuyer le développement, la mise en œuvre et le suivi des dossiers d'investissement en santé dirigés par le gouvernement et soutenus par les crédits de l'ADI de la Banque mondiale. Parallèlement, le gouvernement du Canada a apporté un soutien similaire à GDC depuis sa création en 2010, lui permettant de financer plus de 1 400 innovations dans plus de 100 pays, principalement axées sur la santé reproductive, maternelle, infantile et des adolescents. Grâce à ce partenariat entre un pipeline d'innovations tel que celui produit par GDC, et une initiative multilatérale comme le MFM, les innovations ont pu passer à une échelle de un million à 100 millions de personnes, faisant ainsi progresser l'atteinte des ODD. Ces innovations devraient permettre de sauver jusqu'à 1,78 million de vies et d'améliorer jusqu'à 64 millions de vies d'ici à 2030.

Par ailleurs, GDC a associé son portefeuille d'innovations liées à l'oxygène médical, qui ont une importance cruciale pour le traitement de l'hypoxémie pédiatrique dans les PRFI, aux efforts de l'OMS pour améliorer l'accès à l'oxygénothérapie pendant la pandémie de COVID-19. Par exemple, le système d'administration d'oxygène à énergie solaire SPO2, mis au point par le Dr Michael Hawkes, spécialiste canadien des maladies infectieuses pédiatriques, a joué un rôle essentiel dans la résolution des problèmes d'approvisionnement en oxygène en Somalie. Le SPO2 a permis un approvisionnement fiable en oxygène pour traiter la COVID-19, l'asphyxie à la naissance, la pneumonie, l'asthme et les traumatismes liés aux conflits armés. En août 2023, cinq systèmes SPO2 supplémentaires ont été déployés en Somalie, au bénéfice de plus de 1 000 patients. Cette réussite a incité la Somalie à adopter plus largement l'oxygénothérapie solaire, contribuant ainsi à ce que son système de santé soit moins gourmand en carbone.

Conclusion principale 7 : Renforcer le leadership canadien dans le domaine de la santé mondiale

La capacité du Canada à faire preuve de leadership dans le domaine de la santé mondiale, et donc à faire progresser les priorités et les objectifs stratégiques associés, exige un bon niveau de connaissances techniques et d'expertise sur le sujet, des compétences de leadership, de négociation et de collaboration, ainsi qu'une expérience de travail dans des contextes de santé mondiale et auprès de divers groupes d'intérêt.

Il est important que les futurs praticiens s'éloignent d'un modèle condescendant de la santé mondiale essentiellement axé sur les pays en développement. Pour relever les défis à venir, il faudra mettre en application une nouvelle compréhension de l'interconnexion planétaire des problèmes et de l'éventail des solutions locales, nationales et supranationales nécessaires pour les résoudre de manière efficace et équitable.

Le groupe d'experts estime que la capacité du Canada à s'engager efficacement dans le domaine de la santé mondiale devrait être renforcée de trois manières. Premièrement, la désignation d'un **ambassadeur de la santé mondiale** serait requise pour fournir un point focal de haut niveau pour le leadership canadien en santé mondiale. La personne titulaire de cette fonction aurait un rang équivalent à celui de sous-ministre au sein du gouvernement et aurait la responsabilité globale de faire progresser la stratégie canadienne en santé mondiale. Son rôle serait d'ordre interministériel et transjuridictionnel (F/P/T). L'ambassadeur collaborerait également avec les secteurs public et privé (organisations de la société civile, entreprises, universités) pour assurer la cohérence des activités du Canada dans le domaine de la santé mondiale. Ses responsabilités consisteraient notamment à communiquer aux Canadiens les raisons de l'engagement actif du Canada dans le domaine de la santé mondiale, à suivre les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs et la mise en œuvre des priorités convenues, à soutenir la participation du Canada aux réunions du G7 et du G20 et à d'autres réunions intergouvernementales, à établir des partenariats fructueux à l'échelle mondiale et à plaider en faveur d'initiatives en santé mondiale menées par le Canada.

Deuxièmement, nous recommandons la création d'un **Pôle canadien de la santé mondiale (PCSM)**, qui serait présidé par l'ambassadeur de la santé mondiale proposé. Le PCSM pourrait fournir un soutien technique et autre au gouvernement fédéral grâce à un contingent très diversifié d'experts issus du monde universitaire, de la société civile, du secteur privé, des fondations et d'autres organismes comme la SRC et l'ACSS. Selon les besoins, des groupes de travail pourraient être constitués pour fournir en temps utile des synthèses de données probantes²⁴² et d'autres contributions sur des sujets prioritaires afin d'éclairer les décisions liées aux stratégies et aux politiques. Le PCSM pourrait également jouer un rôle important en permettant à divers publics canadiens de mieux comprendre l'interconnexion entre le local et le mondial, en examinant les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de santé mondiale et en aidant à définir les priorités futures. Lors de l'établissement d'un tel pôle, il serait important de s'inspirer de l'expérience du Global Health Hub²⁴³ récemment créé en Allemagne et de l'expérience acquise au Canada avec le Comité consultatif scientifique sur la santé mondiale²⁴⁴, la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM) et l'Association canadienne pour la santé mondiale (ACSM)²⁴⁵.

Troisièmement, le groupe d'experts reconnaît la nécessité de former la prochaine génération de leaders dans le domaine de la santé mondiale grâce à un **Programme de diplomatie et d'innovation en santé mondiale** qui fournirait un solide réservoir de personnes talentueuses capables de travailler, de négocier et d'innover en faveur de la santé mondiale dans le contexte des réalités complexes du 21^e siècle. La conception d'un tel programme pourrait s'inspirer de la longue expérience de la Thaïlande avec son Programme de politique de santé internationale²⁴⁶, ou des efforts plus récents de l'Allemagne²⁴⁷, de la Suède²⁴⁸ et de la Suisse²⁴⁹ dans le domaine. Le programme devrait viser à remédier à la sous-représentation des femmes dans le leadership en santé mondiale, telle que décrite dans le rapport *Global Health 50/50*²⁵⁰, et s'inspirer des efforts intrépides de *WomenLift Health*²⁵¹. L'opérationnalisation du programme bénéficierait du leadership de plusieurs ministères fédéraux – Affaires étrangères, Santé, ISDE – et d'incitations aux établissements de formation au Canada à mettre en place des programmes de formation en ce sens.

CONCLUSION

La tâche que s'est donnée le groupe d'experts a été de réfléchir à l'engagement centenaire du Canada en faveur de la coopération internationale en santé et à ses contributions à la santé mondiale depuis la fin des années 1990. Au cours des vingt-cinq dernières années, le Canada a évolué au sein d'un paysage de plus en plus complexe, les déterminants de la santé et les résultats étant de plus en plus influencés par des forces et des facteurs qui dépassent les frontières nationales. La pandémie de COVID-19 a servi de leçon importante, révélant l'interdépendance de la santé nationale et mondiale, et l'importance cruciale de l'équité comme principe

fondamental sous-tendant la protection et la promotion de la santé des populations.

D'après son analyse, le groupe d'experts conclut que l'implication active du Canada dans le domaine de la coopération mondiale en santé doit demeurer un impératif. Toutefois, dans le contexte de la polycrise actuelle, ses efforts doivent s'appuyer sur une stratégie soigneusement pensée. Le groupe d'experts formule sept conclusions et recommandations associées pour renouveler le rôle du Canada : bâtir des systèmes de santé universels équitables centrés sur les femmes et les soins primaires, faire progresser l'approche *Une seule sécurité sanitaire* en mettant l'accent sur la durabilité et l'équité, renouveler le leadership canadien en matière de promotion et de protection de la santé mondiale, en mettant l'accent sur le bien-être, s'attaquer d'urgence à la crise du personnel de santé, établir une stratégie canadienne claire en matière de santé mondiale, renforcer les systèmes de recherche et d'innovation et consolider la capacité de leadership en santé mondiale. Ces recommandations servent les besoins du Canada en tant que pays diversifié et connecté sur le monde; continuent de bâtir les forces et de promouvoir les valeurs fondamentales du Canada; et fournissent une base solide pour assurer le leadership dont le monde a tant besoin en cette période d'incertitude.

ANNEXES

ANNEXE A : NOTICES BIOGRAPHIQUES DES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS ET DU SÉCRÉTARIAT

CO-PRÉSIDENT ET CO-PRÉSIDENTE

Tim Evans

Le Dr Tim Evans est le vice-président à la recherche, à l'innovation et à l'impact à L'Université Concordia depuis janvier 2025. Antérieurement (2019-2024), il a été directeur et doyen associé de l'École de santé des populations et de santé mondiale (ÉSPSM) de la Faculté de médecine et vice-principal associé (politique mondiale et innovation) de l'Université McGill et directeur principal du groupe de travail sur l'immunité à la COVID-19 d'avril 2020 à mars 2023. Au cours de sa carrière, il a notamment occupé les postes de directeur principal de la santé, de la nutrition et de la population au sein du Groupe de la Banque mondiale (2013-2019), de doyen de l'École de santé publique James P. Grant à l'Université BRAC (2010-2013), de directeur général adjoint à l'Organisation mondiale de la santé (2003-2010) et de directeur du thème de l'équité en santé à la Fondation Rockefeller (1997-2003). Plus tôt dans sa carrière, le Dr Evans a été médecin traitant en médecine interne au Brigham and Women's Hospital de Boston et professeur adjoint en économie de la santé internationale à la Harvard School of Public Health. Il est titulaire d'un baccalauréat en sciences sociales de l'Université d'Ottawa, d'un doctorat en médecine de l'Université McMaster et d'un doctorat en économie agricole de l'Université d'Oxford. Il est fellow des National Academies of Medicine.

Kelley Lee

Kelley Lee est professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada de niveau 1 en gouvernance mondiale de la santé à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Simon Fraser. Ses recherches portent sur la mondialisation et sur l'action collective visant à atténuer les risques pour la santé des populations. Elle est codirectrice du Bridge Research Consortium créé pour soutenir le Centre canadien d'immuno-ingénierie et de biofabrication; chercheuse principale pour le projet Pandemics & Borders sur l'utilisation des restrictions de voyages pendant les urgences de santé publique; et commissaire à la commission NUS-Lancet PRIME (Pandemic Readiness, Implementation, Monitoring and Evaluation). Elle est également professeure associée à la School of Psychology and Public Health de l'Université LaTrobe et chercheuse au Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique. Auparavant, elle a été professeure de politique sanitaire mondiale à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, où elle a cofondé le Centre collaborateur de l'OMS sur les changements mondiaux et la santé, et dirigé le projet d'archivage de Guildford visant à garantir l'accès public à des millions de documents internes de l'industrie du tabac. Elle est l'auteure de 15 ouvrages, dont l'Oxford Handbook on Global Health Politics (OUP, 2020). Elle est titulaire d'un baccalauréat en littérature anglaise et en relations internationales de l'Université de la Colombie-Britannique, d'une maîtrise en administration publique de l'Université de Victoria, ainsi que d'une maîtrise ès arts et d'un doctorat en économie politique internationale de l'Université du Sussex. Mme Lee est membre par distinction de la Faculté de santé publique du Royaume-Uni et membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé et de la Société royale du Canada.

MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

Chantal Blouin

Chantal Blouin est conseillère scientifique principale à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ses travaux portent sur les politiques publiques de promotion de la santé et sur la prévention des maladies chroniques. Elle est également professeure agrégée au Département de science politique et associée de recherche à l'École supérieure d'études internationales de l'Université Laval. Depuis les années 2000, elle mène des recherches sur la gouvernance mondiale de la santé, en particulier sur l'impact des traités commerciaux sur la capacité des autorités sanitaires à adopter des politiques publiques favorables à la santé. Elle est membre de la liste des Femmes canadiennes dans le leadership en santé mondiale depuis 2018 et a été membre de la Lancet-Université d'Oslo Commission on Global Governance for Health. La plus récente publication de

Mme Blouin examine l'impact des traités commerciaux sur l'adoption des politiques en matière d'alcool au Canada.

Nadine Caron

La Dre Nadine Caron est membre de la Première Nation de Sagamok Anishnawbek. Elle est professeure au Programme médical du Nord et au Département de chirurgie de l'Université de Colombie-Britannique (UBC), directrice et fondatrice du Centre d'excellence en santé autochtone de l'UBC, titulaire de la chaire sur le cancer et le bien-être de la Régie de la santé des Premières Nations à l'UBC et conseillère spéciale sur la santé autochtone à la Faculté de santé et de médecine de l'UBC. Elle combine sa passion pour la santé autochtone, les services de santé ruraux, l'équité dans l'accès aux services de santé ainsi que la recherche qui soutient sa formation clinique et en santé publique. Elle a fait ses études de médecine et sa résidence en chirurgie à l'UBC, son stage en chirurgie endocrinienne à l'Université de Californie, à San Francisco, et une M.S.P. à l'Université Harvard. La Dre Caron a été intronisée au Temple de la renommée médicale canadienne en 2024.

Jocalyn Clark

Jocalyn Clark est une scientifique canadienne primée spécialisée dans la santé publique et rédactrice en chef de revues professionnelles. En 20 ans de carrière, son leadership rédactionnel a contribué à la mondialisation et à la diversification de grandes revues médicales, remodelant la littérature scientifique pour qu'elle soit plus inclusive du contenu sur la santé mondiale, des femmes et des experts des pays à revenu faible ou intermédiaire. Elle a été nommée rédactrice internationale du BMJ en 2022. Auparavant, elle a été rédactrice en chef de The Lancet (2016-2022), d'icddr, b à Dhaka, au Bangladesh et PLOS Medicine. Elle est conseillère auprès de Global Health 50/50 et WomenLift Health, cofondatrice de Femmes canadiennes en santé mondiale et de WGH Canada, et a été boursière résidente du Bellagio Center de la Rockefeller Fondation, à la Brocher Foundation et au Salzburg Global Seminar. Mme Clark est titulaire d'un doctorat de l'Université de Toronto, où elle est professeure adjointe de médecine. Elle est également professeure agrégée honoraire à l'Institute for Global Health de l'University College London, membre élue du Royal College of Physicians of Edinburgh et membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé.

Robert Greenhill

Robert Greenhill est président exécutif de Global Canada, une ONG dont l'objectif est de renforcer l'impact positif du Canada dans le monde, et chercheur principal au Centre pour l'innovation dans la gouvernance internationale (CIGI). Il a été sous-ministre fédéral et président de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), président du groupe international de Bombardier inc., directeur général et chef des affaires du Forum économique mondial, chercheur principal non résident de Brookings et professeur de pratique à l'Université McGill. Il est titulaire d'un baccalauréat de l'Université d'Alberta, d'une maîtrise en administration des affaires de l'INSEAD en France et d'une maîtrise de la London School of Economics and Political Science.

Joanne Liu

La Dre Joanne Liu est médecin urgentiste pédiatrique en exercice et professeure de médecine clinique à l'École de santé des populations et de santé mondiale de l'Université McGill, où elle se concentre sur les polycrises et les urgences sanitaires. Avant de se joindre à l'Université McGill, elle a été présidente internationale de Médecins sans frontières de 2013 à 2019. La Dre Liu a été membre du Groupe indépendant sur la préparation et la réponse aux pandémies créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour fournir aux pays et aux institutions mondiales une voie de réponse efficace aux futures menaces sanitaires fondée sur des données probantes. Elle est présidente du conseil d'administration du Centre pour le dialogue humanitaire. La Dre Liu fait également partie des comités consultatifs internationaux de deux commissions du Lancet : la NUS-Lancet Pandemic Readiness, Implementation, Monitoring and Evaluation (PRIME) Commission et la Health, Conflict and Displacement CHH-Lancet Commission.

Francis Omaswa

Le Dr Francis Omaswa est fondateur et directeur exécutif du Centre africain pour la santé mondiale et la transformation sociale en Ouganda. Il a été conseiller spécial du directeur général de l'OMS et directeur exécutif fondateur de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS) de 2005 à 2008. Avant de se joindre à l'AMPS, il a été directeur général des services de santé au ministère ougandais de la Santé, où il était chargé de coordonner et de mettre en œuvre des réformes majeures dans le secteur de la santé, notamment en matière

d'assurance qualité et de décentralisation. Parmi ses nombreuses réalisations et les rôles de premier plan qu'il a joués au sein de la communauté de la santé mondiale, il a été président fondateur, puis vice-président, du Partenariat Halte à la tuberculose d'envergure mondiale; l'un des architectes du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; président du comité du portefeuille et de l'approvisionnement du conseil d'administration du Fonds mondial; membre du comité directeur du Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé; et participant à la rédaction de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Le Dr Omaswa est diplômé de l'école de médecine de Makerere, à Kampala, en Ouganda, membre du Royal College of Surgeons of Edinburgh, président fondateur du College of Surgeons of East, Central and Southern Africa, associé principal à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health et membre à l'étranger de la National Academy of Medicine des États-Unis.

Jane Philpott

La Dre Jane Philpott est doyenne de la Faculté des sciences de la santé, directrice de l'École de médecine de l'Université Queen's et présidente-directrice générale de la Southeastern Ontario Academic Medical Organization à Kingston, en Ontario. Elle est médecin et professeure de médecine familiale et a déjà été députée. De 2015 à 2019, elle a été ministre de la Santé du Canada, ministre des Services autochtones, présidente du Conseil du Trésor et ministre du Gouvernement numérique. Avant de se lancer en politique, la Dre Philpott a passé la première décennie de sa carrière médicale au Niger, en Afrique de l'Ouest, puis a travaillé comme médecin de famille à l'hôpital Markham Stouffville pendant 17 ans, dont six ans à titre de chef de la médecine familiale. La Dre Philpott a récemment publié son premier livre intitulé *Health for All : A doctor's prescription for a healthier Canada* (Signal, 2024).

K. Srinath Reddy

Le Dr K. Srinath Reddy, cardiologue et épidémiologiste de formation, est fondateur et ancien président de la Public Health Foundation of India (PHFI) (2006-2022). Il est actuellement professeur honoraire de la PHFI. Sous sa direction, la PHFI a établi cinq instituts indiens de santé publique afin de faire progresser l'éducation et la recherche multidisciplinaires en vue d'une application multisectorielle. Il était auparavant chef du service de cardiologie de l'All Institute of Medical Sciences, à New Delhi. Le professeur Reddy a été le premier professeur invité Bernard Lown en santé cardiovasculaire mondiale à l'Université Harvard (2009-2013) et est actuellement professeur associé aux universités de Harvard, Emory, de Sydney et de Pennsylvanie. Il est le premier Indien à avoir été élu membre international de la National Academy of Medicine des États-Unis. Il a présidé la Fédération mondiale du cœur (2013-2014) et est coprésident du groupe thématique sur la santé du Réseau des solutions pour le développement durable des Nations Unies. Il a présidé le Groupe d'experts de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle constitué par la Commission de planification de l'Inde (2010-11). Il est membre du Groupe d'experts mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition. Il a fait partie de plusieurs groupes d'experts de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Inde et d'agences scientifiques internationales. Il est conseiller en santé de rang ministériel auprès des gouvernements des États d'Odisha et d'Andhra Pradesh. Le Dr Reddy est l'auteur de 581 publications scientifiques parues dans des revues indiennes et internationales à comité de lecture. Il est l'auteur de deux ouvrages, *Make Health in India - Reaching a Billion Plus* (Orient Swan, 2019) et *Pulse to Planet : Long Lifeline of Human Health* (2023). Il a reçu entre autres le Prix du directeur général de l'OMS et la médaille Luther Terry de l'American Cancer Association pour ses contributions exceptionnelles à la lutte mondiale contre le tabagisme, la médaille de la Reine Elizabeth pour la promotion de la santé et la prestigieuse distinction civile Padma Bhushan décernée par le président de l'Inde.

SECRETARIAT

Prativa Baral

Prativa Baral a obtenu son doctorat à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health en 2024, où elle était boursière de la Fondation Pierre Elliott Trudeau et titulaire d'une bourse doctorale pour étudiants étrangers des Instituts de recherche en santé du Canada. Elle est actuellement épidémiologiste et associée de faculté à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Elle a précédemment travaillé avec OpenAI, les Nations Unies, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Banque mondiale et le Conseil mondial de suivi de la préparation aux pandémies et plus encore, œuvrant à l'intersection des politiques publiques et de la promotion de la

santé mondiale, tout en menant des recherches sur les risques liés aux urgences sanitaires, les systèmes d'alerte précoce et de surveillance, et la résilience des systèmes de santé, en particulier pendant les crises. Elle est cofondatrice de Let Science Connect, une société de conseil en communication scientifique. Elle est également ancienne étudiante de l'Université Columbia et de l'Université McGill.

Gatien de Broucker

Gatien de Broucker est économiste de la santé et doctorant à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Ses recherches portent sur les facteurs qui permettent aux personnes d'accéder aux soins de santé, en particulier l'accès psychosocial et financier aux soins de santé. Il évalue la charge économique des maladies, en mettant en évidence les expériences des patients et des soignants et en identifiant les lacunes de la protection contre les risques financiers. Il est diplômé de l'Université d'Ottawa (2014) et de l'Université Johns Hopkins (2015).

Daniel Eisenkraft Klein

Daniel Eisenkraft Klein a obtenu son doctorat à l'Université de Toronto en 2024, où il était titulaire d'une bourse de doctorat du Conseil de recherches en sciences humaines. Il est actuellement postdoctorant au sein du Programme sur la réglementation, les produits thérapeutiques et le droit de la Harvard Medical School et du Brigham and Women's Hospital. Son programme de travail porte principalement sur l'économie politique et la réglementation des médicaments, et en particulier sur le rôle des groupes d'intérêts dans les politiques sur les opioïdes et les psychédéliques. M. Eisenkraft Klein a précédemment occupé le poste d'analyste politique à Santé Canada. Il est titulaire d'une maîtrise ès sciences de l'Université de Toronto et d'un baccalauréat ès arts de l'Université McGill.

Leah Shipton

Leah Shipton est doctorante à l'Université de la Colombie-Britannique. Elle est titulaire d'une maîtrise en santé publique de l'Université de Toronto et d'un baccalauréat en sciences de la santé de l'Université de Calgary. Elle étudie la gouvernance mondiale de la santé et la politique environnementale mondiale, et ses travaux comprennent un ouvrage publié en collaboration avec Peter Dauvergne, *Global Environmental Politics in a Turbulent Era*, et plusieurs publications dans des revues sur les thèmes des réseaux de défense transnationaux, de la diffusion des normes, de la responsabilité sociale des entreprises et du renforcement des effectifs dans le secteur de la santé. Son programme de recherche actuel inclut son projet de thèse sur les partenariats public-privé dans le domaine de la santé mondiale, qui comprend une étude de cas sur le partenariat qui a régi la réponse mondiale à la COVID-19, ainsi qu'un projet de collaboration à l'échelle du Canada examinant les politiques provinciales relatives aux tests et la réglementation de l'espace public dans le contexte de la COVID-19. Elle met à profit dans ses recherches et son enseignement sa formation et son expérience professionnelle en matière de gouvernance mondiale et de santé publique, de politique environnementale et d'études sur le handicap.

ANNEXE B : ACTIVITÉS DE PRÉPARATION DU RAPPORT DU GROUPE D'EXPERTS

Organisation/événement	Lieu	Date
<i>Entrevues semi-structurées avec les membres du groupe d'experts</i>	<i>Virtuel</i>	<i>Juin à octobre 2023</i>
<i>Entretiens semi-structurés avec 18 experts en santé mondiale</i>	<i>Virtuel</i>	<i>Juin 2023 à janvier 2024</i>
<i>Rencontre avec le conseil d'administration de CanSFE</i>	<i>Virtuel</i>	<i>12 septembre 2023</i>
<i>Événement Canada as a Consequential Country de Global Canada</i>	<i>Montréal, Québec</i>	<i>30 octobre 2023</i>
<i>Réunion mixte du comité consultatif international et du conseil de direction des programmes de santé mondiale de l'Université McGill</i>	<i>Montréal, Québec</i>	<i>8 novembre 2023</i>
<i>Séance de discussion ouverte avec des membres de la Société royale du Canada</i>	<i>Waterloo, Ontario</i>	<i>18 novembre 2023</i>
<i>Comité consultatif scientifique sur la santé mondiale (CCSSM)</i>	<i>Ottawa, Ontario</i>	<i>21 novembre 2023</i>
<i>Groupe de discussion réunissant des étudiants et des chercheurs en début de carrière dans le domaine de la santé mondiale (limité à 32 participants)</i>	<i>Virtuel</i>	<i>6 décembre 2023</i>
<i>Bureau des affaires internationales du portefeuille de la santé, Agence de la santé publique du Canada</i>	<i>Virtuel</i>	<i>2 février 2024</i>
<i>Agence de la santé publique du Canada</i>	<i>Ottawa, Ontario</i>	<i>29 février 2024</i>
<i>Mission canadienne et Organisation mondiale de la santé</i>	<i>Genève, Suisse</i>	<i>7 mars 2024</i>
<i>Séance de discussion ouverte avec l'Académie des sciences de la santé</i>	<i>Virtuel</i>	<i>19 mars 2024</i>
<i>Affaires mondiales Canada</i>	<i>Ottawa, Ontario/virtuel</i>	<i>10 mai 2024</i>
<i>Conseil scientifique des Instituts de recherche en santé du Canada</i>	<i>Virtuel</i>	<i>20 juin 2024</i>

ANNEXE C : COMPARAISON DES STRATÉGIES DE SANTÉ MONDIALE DE CERTAINS PAYS

Pays	Années	Responsables gouvernementaux	Raison d'être	Principes	Priorités
Union européenne ²⁵²	2022-2030	Direction générale de la santé et de la sûreté alimentaire	Mettre en place une nouvelle politique de l'UE en matière de santé, cohérente, efficace et ciblée... qui tienne compte de l'évolution rapide de la situation	<ul style="list-style-type: none"> • Une seule santé • La santé dans toutes les politiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la santé et le bien-être • Faire progresser la couverture sanitaire universelle • La lutte contre les menaces à la santé, y compris les pandémies
France ²⁵³	2023-2027	Coordonnée par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, le ministère de la Santé et de la Prévention, et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche	Relever les défis de la santé mondiale en mobilisant l'ensemble des acteurs français et internationaux et en s'appuyant sur des partenariats multilatéraux et bilatéraux de long terme	<ul style="list-style-type: none"> • Santé pour tous • Une seule santé • Droits humains • Égalité de genre • Approche reposant sur les résultats et les méthodes scientifiques • Co-construction, appropriation et pérennité • Cohérence et complémentarité 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à atteindre les Objectifs de développement durable, en particulier l'ODD 3 • Réduire les inégalités de santé, en travaillant sur toutes les composantes sociales et environnementales • Renforcer l'approche Une seule santé pour mieux prévenir les prochaines urgences sanitaires de portée mondiale • Prendre en compte les conséquences du changement climatique sur la santé et l'empreinte des systèmes de santé sur l'environnement • Promouvoir les valeurs françaises, l'expertise, la recherche, les innovations et les partenariats
Allemagne ²⁵⁴		Ministère fédéral de la Santé	Veiller à ce que l'engagement de l'Allemagne dans le domaine de la santé mondiale soit efficace et durable afin d'apporter une contribution importante à la santé de toutes les personnes dans le monde d'ici 2030	<ul style="list-style-type: none"> • Démocratie • Partenariat • Dignité humaine • État de droit • Stabilité • Liberté • Diversité • Solidarité • Respect des droits humains 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la santé, prévenir les maladies et élaborer des réponses adéquates • Approches holistiques de l'environnement, du changement climatique et de la santé publique • Renforcer les systèmes de santé • Protéger la santé – contrer les menaces sanitaires transfrontalières • Faire progresser la recherche et l'innovation pour la santé mondiale
Japon ²⁵⁵	2022-2030	Promue par le secrétariat du Cabinet, le ministère des Affaires étrangères, le ministère de la Santé et de la Protection sociale, le ministère des Finances et d'autres ministères, agences et organisations concernés	Aider à stabiliser la société mondiale dans son ensemble et contribuer à améliorer la sécurité du pays et de sa population	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'architecture sanitaire mondiale • Approche intersectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à l'élaboration d'une architecture sanitaire mondiale résiliente pour soutenir la sécurité sanitaire internationale et renforcer la prévention, la préparation et la réponse aux crises de santé publique; • Accélérer les efforts pour parvenir à une couverture médicale universelle (CMU) plus résiliente, plus équitable et plus durable.

<i>Pays-Bas</i> ²⁵⁶	2023-2030	Coordonnée conjointement par le ministère des Affaires étrangères et le ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport	Contribuer de manière coordonnée et ciblée à l'amélioration de la santé publique dans le monde, et donc aussi aux Pays-Bas	<ul style="list-style-type: none"> • Une seule santé • La santé dans toutes les politiques • Cohérence des politiques pour le développement • Ne pas causer de tort • Approche liée au contexte et axée sur la demande 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'architecture sanitaire mondiale et les systèmes de santé nationaux • Améliorer la préparation internationale aux pandémies et réduire au minimum les menaces sanitaires transfrontalières • Prendre en compte l'impact du changement climatique sur la santé publique et vice-versa
<i>Suède</i> ²⁵⁷	2018-2030	Dirigé conjointement par le ministère de la Santé et des Affaires sociales et le ministère des Affaires étrangères; participation à la mise en œuvre de l'Agence de santé publique et du Conseil national suédois de la santé et du bien-être	Fournir un portrait clair de l'action globale de la Suède en matière de santé mondiale dans le contexte de l'Agenda 2030 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> • Universalité • ODD intégrés et indivisibles • Équité sanitaire • Ne laisser personne de côté 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer dans la société les conditions d'une bonne santé équitable • Bâtir des systèmes de santé efficaces, durables et résilients • Meilleure préparation et meilleure capacité à détecter et à gérer les éclosions et autres menaces internationales à la santé
<i>Suisse</i> ²⁵⁸	2019-2024	Dirigée conjointement par le département fédéral des Affaires étrangères, le département fédéral de l'Intérieur (Office fédéral de la santé publique)	Faire en sorte que les questions de santé mondiale soient traitées de manière cohérente et efficace par le biais d'une coopération intersectorielle entre les acteurs concernés et la formulation de positions communes	<ul style="list-style-type: none"> • Droits humains • Équité sanitaire • Solidarité • Maintenir des liens et promouvoir un dialogue • Approche globale • Consultation et cohérence 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité sanitaire et crises humanitaires • Accès aux médicaments • Systèmes de santé durables et numérisation • Déterminants de la santé • Gouvernance du système de santé mondial • Politique sur la dépendance
<i>Thaïlande</i> ²⁵⁹	2021-2027	Ministère de la Santé publique, en collaboration avec les agences concernées	Veiller à ce que la Thaïlande soit en situation de sécurité sanitaire, à l'abri des menaces à la santé publique et qu'elle progresse régulièrement sur la voie du développement socioéconomique et durable en jouant un rôle constructif dans la coopération sur la santé mondiale	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité sanitaire • Leadership en santé mondiale • Équilibre et cohérence entre les politiques de santé publique et les intérêts commerciaux et d'investissement • Système de santé résilient et équitable • Personnel de santé fort et en bonne santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la sécurité sanitaire • Promouvoir le rôle de leader, l'image et les responsabilités de la Thaïlande à l'égard de la santé mondiale • Renforcer la cohérence entre les politiques de santé et de santé publique aux niveaux national et international • Rendre les systèmes de santé plus résilients et équitables • Améliorer les capacités, les compétences, la moralité, l'éthique et la qualité de vie du personnel et de l'organisation

<p>Royaume-Uni²⁶⁰</p>	<p>2023-2025</p>	<p>Dirigée conjointement par le ministère de la Santé et de l'Aide sociale et le ministère des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement, en plus du ministère de l'Environnement, de l'Alimentation et des Affaires rurales pour l'approche Une seule santé, et des ministères des Affaires et du Commerce, et de la Science, de l'Innovation et de la Technologie.</p>	<p>Améliorer les résultats de santé mondiale... [et] contribuer à la propre capacité du Royaume-Uni à faire face aux menaces sanitaires et renforcer le secteur des sciences de la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la sécurité sanitaire mondiale en améliorant la préparation et la réponse aux futures épidémies, pandémies, infections résistantes aux médicaments et au changement climatique • Réformer l'architecture sanitaire mondiale, notamment en renforçant l'OMS, en favorisant une gouvernance et une collaboration plus cohérentes dans l'ensemble du système international (y compris en ce qui concerne les initiatives de santé mondiale, les organismes de financement et la collaboration quadripartite sur l'approche Une seule santé) • Renforcer les systèmes de santé nationaux et s'attaquer aux principaux facteurs de risque de mauvaise santé, en s'efforçant de mettre fin aux décès évitables de mères, de bébés et d'enfants dans les pays les plus pauvres du monde et en permettant aux femmes et aux jeunes filles d'exercer leurs droits • Faire progresser le leadership du Royaume-Uni en sciences et en technologie, en renforçant la base de recherche en santé mondiale du Royaume-Uni et des pays partenaires, tout en soutenant le commerce et l'investissement
----------------------------------	------------------	---	--	---

États-Unis ²⁶¹	2015–2019	Département de la Santé et des Services humains	<p>Protéger et promouvoir la santé et le bien-être des Américains par une action mondiale; fournir un leadership international et une expertise technique dans les domaines de la science, des politiques, des programmes et de la pratique afin d'améliorer la santé et le bien-être dans le monde; travailler de concert avec les partenaires interagences afin de faire progresser les intérêts des États-Unis en matière de diplomatie internationale, de développement et de sécurité par une action mondiale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir et traiter les maladies infectieuses et autres menaces à la santé • Renforcer les capacités mondiales de détection et de signalement des événements sanitaires • Se préparer et répondre aux situations d'urgence de santé publique • Accroître la sûreté et l'intégrité des chaînes mondiales de fabrication et d'approvisionnement • Renforcer les normes internationales grâce à une concertation multilatérale et bilatérale • Faire face à l'évolution des tendances mondiales en matière de décès, de maladies et de déficiences liés au vieillissement de la population • Catalyser la recherche à l'échelle mondiale pour améliorer la santé et le bien-être • Renforcer les systèmes mondiaux de santé et de services sociaux en identifiant et en échangeant les meilleures pratiques • Soutenir l'intégration des efforts mondiaux en matière de santé et de développement afin d'améliorer le bien-être et d'élever le niveau de vie • Faire progresser la diplomatie relative à la santé
---------------------------	-----------	---	--	---

ANNEXE D : RÉSUMÉ DE RAPPORTS, D'ARTICLES ET DE DÉCLARATIONS ANTÉRIEURS SUR LE RÔLE DU CANADA EN MATIÈRE DE SANTÉ MONDIALE

Titre	Auteurs	Date	Résumé
Comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale	Singer P, et al.	2015	<p>L'analyse du comité d'experts a débouché sur trois principaux constats :</p> <p>L'augmentation de la portée et de la complexité des problèmes en santé mondiale va se poursuivre; on observe une augmentation des inégalités en santé mondiale dans le contexte de l'instabilité financière et économique qui continue d'affecter la communauté internationale et qui limite de façon importante les ressources disponibles pour les investissements actuels et à venir dans le domaine de la santé mondiale; il y a des possibilités très intéressantes de nouer des partenariats internationaux entre le Canada et les PRFM afin d'encourager un échange bilatéral de connaissances et de savoir-faire entre le Nord et le Sud, dans tous les secteurs, dans le cadre d'une relation de mise à contribution pertinente et réciproque.</p> <p>Trois principes pour le rôle du Canada en santé mondiale :</p> <p>1. Équité – Il faut s'attaquer explicitement aux inégalités en matière d'accès aux soins de santé et dans les résultats obtenus pour la santé. 2. Efficacité – Dans un monde où les problèmes sont sans limites et les ressources limitées, il est indispensable que les investissements en ressources aient le plus grand impact possible. 3. Engagement – Les problèmes qu'on retrouve couramment dans bon nombre de contextes nationaux offrent des possibilités de mettre en place des relations d'échange d'informations et de réciprocité et d'élaborer des solutions communes.</p> <p>Forces relevées :</p> <p>1. Importance de la valeur accordée à l'accès universel aux soins de santé 2. Possibilité pour des personnes de démontrer des qualités de chef de file en santé mondiale 3. Efficacité des normes réglementaires 4. Solidité de la politique étrangère et sanitaire 5. Programmes qui ont fait leurs preuves en sécurité sanitaire mondiale 6. Innovation dans les vaccins, de la découverte à la distribution 7. Chefs de file reconnus en innovation et en recherche sur la santé 8. Système éducatif de calibre international 9. Chefs de file mondiaux en recherche sur la santé des Autochtones 10. Chefs de file mondiaux sur les déterminants sociaux de la recherche sur la santé 11. Dynamisme du secteur philanthropique 12. Force de l'engagement en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants</p> <p>Obstacles relevés :</p> <p>Le comité d'experts a également relevé sept obstacles limitant l'impact des investissements du Canada dans la santé mondiale : 1. Il n'y a pas de vision unificatrice de la santé mondiale au Canada. 2. Il y a souvent peu de coordination entre les acteurs canadiens en santé mondiale. 3. Les cheminements de carrière en santé mondiale dans les établissements d'enseignement supérieur sont souvent imprécis. 4. Les décisions de politique économique et sociale sont souvent prises sans tenir suffisamment compte de leur impact potentiel sur la santé. 5. On applique souvent très peu ce que l'on sait sur les déterminants sociaux de la santé dans les politiques et les mesures adoptées. 6. Il y a de sérieuses contraintes de ressources au sein du gouvernement, dans le secteur privé et dans la société civile. 7. Les pistes pour susciter l'intérêt des gens envers la santé mondiale sont limitées.</p> <p>Le comité d'experts a énoncé cinq rôles que le Canada pourrait jouer dans le cadre d'une stratégie multisectorielle en santé mondiale (sans ordre particulier) :</p> <p>1) La recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire; 2) la santé des populations et la santé publique; 3) les soins de santé primaires axés sur les communautés; 4) les partenariats judicieux en éducation et en recherche sur la santé; l'innovation en santé mondiale</p>

Canada's role in global health: Supporting equity and global citizenship as a middle power.	Nixon S, Lee K, Bhutta Z, Blanchard J, Haddad S, Hoffman S, Reading J, Tugwell P.	2018	Argument global : L'histoire de la construction nationale du Canada, combinée à son statut de puissance moyenne en affaires internationales, s'est traduite par une approche sanitaire mondiale axée sur l'équité et la citoyenneté mondiale. Le Canada a souvent aspiré à devenir une force socialement progressiste à l'étranger, en utilisant la création d'alliances et l'action collective pour exercer une influence au-delà de ce que l'on attend d'un pays disposant de ressources financières et militaires modérées. À l'inverse, lorsque le Canada s'est principalement appuyé sur son intérêt économique pour définir son rôle mondial, la perception du leadership du pays en santé mondiale a diminué. [...] Le gouvernement fédéral libéral de l'actuel premier ministre Justin Trudeau a signalé un retour à des valeurs progressistes, fondées sur l'appréciation de la diversité, de l'égalité et de la responsabilité du Canada en tant que bon citoyen du monde. Cependant, la mauvaise coordination des efforts, le financement limité et l'héritage durable de la colonisation des peuples autochtones par le Canada affaiblissent la capacité des Canadiens à apporter des contributions importantes à l'amélioration de l'équité sanitaire dans le monde. Dans un contexte de montée du nationalisme et d'incertitude relative aux engagements multilatéraux de certaines grandes puissances mondiales, le gouvernement fédéral canadien a clairement la possibilité de transformer ses engagements sur l'équité et la citoyenneté mondiale en un leadership international plus fort. Ce leadership nécessitera la traduction de messages ambitieux sur l'équité et l'inclusion sanitaires en actions concrètes, tant au niveau national qu'international.
Towards a Global Health Strategy for Canada, Discussion Paper	Aslanyan G, Di Ruggiero E, Kickbusch I, Kuruvila D, Michaelides O, Robertson N.	2021	Ce document de discussion a été élaboré pour éclairer une stratégie canadienne en santé mondiale cohérente. Il s'appuie sur une analyse de la littérature universitaire et grise, ainsi que sur des entrevues menées auprès de 11 leaders canadiens de la santé mondiale de différents établissements et lieux géographiques en 2021. Le consensus était que le Canada n'était pas à la hauteur de son potentiel dans le domaine de la santé mondiale, qu'une vision claire de la santé mondiale était nécessaire et qu'un processus délibéré vers une stratégie de santé mondiale pourrait aider à faire avancer le programme de santé mondiale du Canada. Les priorités suivantes ont été proposées pour une stratégie canadienne sur la santé mondiale : un engagement en faveur d'un rétablissement et d'une reconfiguration des systèmes résilients et durables après la COVID-19; la justice et l'équité entre les sexes en matière de santé mondiale; la mise à profit de la recherche pour accélérer la réalisation de l'équité sanitaire mondiale; une approche holistique de la santé; et un engagement en faveur de la décolonisation de la recherche, de la politique et de la pratique en matière de santé mondiale.
Santé mondiale 3.0 : Cadre d'action pour la recherche en santé mondiale des IRSC 2021-2026	CIHR	2021	L'élaboration de ce cadre s'est appuyée sur un vaste processus de consultation mené conjointement par les IRSC et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI), et avec le soutien de la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM). L'objectif de ces consultations était de mieux comprendre les défis, les possibilités et les points forts du Canada en matière de recherche en santé mondiale, afin de mettre à jour en conséquence nos priorités stratégiques. Pendant la période de consultation d'un an, nous nous sommes entretenus avec nos principaux partenaires du gouvernement du Canada, de nombreuses ONG canadiennes travaillant dans le domaine de la santé mondiale et des chercheurs en santé mondiale de tout le pays. Au total, nous avons recueilli les idées de plus de 400 chercheurs et intervenants, ce qui représente selon nous le processus de consultation le plus exhaustif jamais entrepris par un gouvernement national pour définir ses priorités de recherche en santé mondiale. Trois objectifs : développer la capacité de recherche canadienne afin de produire un grand IMPACT, favoriser l'HARMONISATION et renforcer la CAPACITÉ en santé mondiale, axés sur trois domaines clés : 1) prévention des maladies non transmissibles; 2) sexe, genre et santé; and 3) urgences sanitaires.

Wanted in 2021: A coherent global health strategy for Canada	Di Ruggeiro E, Aslanyan G.	2021	<p>Argument global : Trop souvent, les démarches de politique étrangère du Canada dans le domaine de la santé se sont concentrées sur la promotion de la sécurité mondiale – réduire les menaces de sécurité liées aux pandémies ou au changement climatique qui se propagent au-delà des frontières – ou par le biais d’une politique de développement axée sur l’aide à l’élimination des principales maladies infectieuses telles que le VIH, la résistance aux antimicrobiens, le paludisme et la tuberculose. La santé des mères, des nouveau-nés et des enfants a également été un élément phare des priorités de développement du Canada. Mais nous avons négligé, à nos risques et périls, de nous attaquer aux inégalités systémiques à l’origine de ces menaces sanitaires mondiales.</p> <p>Trois objectifs principaux : L’égalité entre les hommes et les femmes, l’établissement d’un lien entre les politiques nationales et mondiales et la démonstration d’un leadership mondial.</p>
Harnessing Canada’s Potential for Global Health Leadership: Leveraging Strengths and Confronting Demons. In The Palgrave Handbook of Canada in International Affairs	Weldon I, Hoffman S	2021	<p>Points forts :</p> <p>Un participant fidèle aux activités multilatérales, un important bailleur de fonds pour les initiatives de santé mondiale, un défenseur d’un ordre international fondé sur des règles et un promoteur actif des droits humains, de l’équité en santé et de la citoyenneté mondiale.</p> <p>Défis :</p> <p>Le Canada a récemment réorienté le financement de ses initiatives de soutien à la santé mondiale au détriment de ses partenariats multilatéraux, des actions récentes ont violé le droit international, les conclusions de la Commission de vérité et réconciliation révèlent que les peuples autochtones du Canada sont toujours confrontés à de nombreuses disparités sanitaires dans leur pays, et certaines entreprises canadiennes continuent d’opérer dans des marchés étrangers dont les pratiques en matière de droits humains sont discutables.</p>
Canada, Partner in Global Health	WHO	2022	<p>Le Canada est le cinquième État membre donateur de l’OMS (le huitième au total) pour la période biennale 2020-2021, compte tenu de sa contribution totale équivalant à 212 millions de dollars américains. Au cours des dix dernières années, le Canada a versé plus de 900 millions de dollars canadiens à l’OMS pour soutenir les priorités sanitaires mondiales, notamment l’éradication de la poliomyélite et la réponse à la COVID-19.</p> <p>Dans le cadre de sa politique d’aide internationale féministe, le Canada est résolu à promouvoir l’égalité des genres et l’autonomisation des femmes et des filles, dans toute leur diversité, en s’associant à l’OMS pour faire avancer ces objectifs. Cela inclut l’adoption d’approches fondées sur l’équité pour renforcer les systèmes de santé et les soins de santé primaires, et de combler les lacunes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Le Canada défend fermement ces questions au sein des organes directeurs de l’OMS.</p> <p>Le Canada a versé une contribution de 100 millions de dollars canadiens à l’OMS pour soutenir le connecteur des systèmes de santé et réponse et plus de 30 millions de dollars canadiens à l’OMS pour aider 10 pays cibles à fournir des services de santé essentiels et à renforcer les soins de santé primaires dans le contexte de la réponse à la COVID-19 et au rétablissement postpandémie. Le Canada a également versé 15 millions de dollars canadiens pour soutenir le plan stratégique de préparation et d’intervention de l’OMS pour la COVID-19, en mettant l’accent sur la région de l’Afrique. Le Canada est l’un des premiers contributeurs au Fonds de contingence pour les urgences (CFE), qu’il soutient régulièrement (à raison de 9 millions de dollars canadiens depuis 2015).</p> <p>Le Canada compte plus de 30 centres collaborateurs actifs de l’OMS, qui apportent leur expertise sur un large éventail de sujets. Le gouvernement du Canada est l’hôte de centres collaborateurs sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles (MNT), la biosécurité, la santé de l’environnement et la normalisation et l’évaluation des produits biologiques.</p>

RÉFÉRENCES

1. Aragon de Leon E, Shriwise A, Tomson G, et al. « Beyond building back better: imagining a future for global and planetary health », *Lancet Planetary Health* 2021; 5: e827-39. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00262-X](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00262-X)
2. World Economic Forum. *Global Risks Report 2023*. Genève, 2023. https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_2023.pdf
3. Singer P. et al. *Canadians making a difference: the expert panel on Canada's strategic role in global health*. Académie canadienne des sciences de la santé, Ottawa, 2011. https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/CofCA_globalHealthReport_E_WEB_FINAL1.pdf
4. Nixon S, Lee K, Bhutta Z, Blanchard J, Haddad S, Hoffman S, Reading J et Tugwell P. « Canada's role in global health: Supporting equity and global citizenship as a middle power », *Lancet* 2018; 391(10131) : 1736-1748. <https://www.thelancet.com/series/canada>
5. Aslanyan G, Di Ruggiero E, Kickbusch I, Kuruvilac D, Michaelides O, Robertson N et Wodnika B. *Call for a Global Health Strategy for Canada*, Center for Global Health, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, mai 2023. <https://www.dlsph.utoronto.ca/wp-content/uploads/2023/07/Towards-a-Global-Health-Strategy-May-2023.pdf>
6. Canada COVID Series. *BMJ* 2023. <https://www.bmj.com/canada-covid-series>
7. En juin 2020, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Affaires mondiales Canada (AMC), le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et le Bureau des affaires internationales (BAI) pour le portefeuille de la Santé ont établi un comité mixte, le Comité consultatif scientifique sur la santé mondiale (CCSSM).
8. Wiebers D, Feigin V et Winkler A. « All Life Protection and Our Collective Future », *Neuroepidemiology* 2022; 16 mai. DOI : 10.1159/000525021
9. Buergelt PT, Mahypilama LE et Paton D. « The Value of Sophisticated Indigenous Ways of Being-Knowing-Doing Towards Transforming Human Resource Development in Ways that Contribute to Organizations Thriving and Addressing Our Existential Crises », *Human Resource Development Review* 2022; 21(4), 391-409. <https://doi.org/10.1177/15344843221134351>
10. Clarkson L, Morrisette V et Regallet G. *Our Responsibility to The Seventh Generation, Indigenous Peoples and Sustainable Development*. International Institute for Sustainable Development, Winnipeg, 1992. https://www.iisd.org/system/files/publications/seventh_gen.pdf
11. Reddy S. *From Pulse to Planet*. New Delhi : Harper Collins, 2023.
12. Bambra C. « Levelling up: Global examples of reducing health inequalities », *Scandinavian Journal of Public Health* 2022; 50(7): 908-913. <http://doi:10.1177/14034948211022428>
13. OMS. *WHO releases the largest global collection of health inequality data*, Communiqué de presse, 20 avril 2023. <https://www.who.int/news/item/20-04-2023-who-releases-the-largest-global-collection-of-health-inequality-data>
14. *The Discovery and Early Development of Insulin*. Repositories, University of Toronto. <https://collections.library.utoronto.ca/repository/insulin>
15. Nixon S, Lee K, Bhutta Z, Blanchard J, Haddad S, Hoffman S, Reading J et Tugwell P. « Canada's role in global health: Supporting equity and global citizenship as a middle power », *Lancet* 2018; 391(10131) : 1736-1748.
16. Brown T, Cueto M et Fee E. « The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health », *American Journal of Public Health* 2006; 96(1): 62-72. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.050831>
17. Evans TG, Whitehead M, Diderichson F, Bhuiya A, Wirth M. éd. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford : Oxford University Press, 2001. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.001.0001>
18. Lee K. « Globalisation - a new agenda for health? » dans McKee M., Garner P. et Stott R. éd. *International Cooperation in Health*. Oxford : Oxford University Press, 2001, chapitre 2.
19. Swardson A. « Canada unveils deficit-cutting budget », *Washington Post*, 28 février 1995. <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1995/02/28/canada-unveils-deficit-cutting-budget/9a5058ea-b7da-40a7-be16-29673128d145/>
20. Agence canadienne de développement international (2005). *Canada's international policy statement: a role of pride and influence in the world*. Gatineau, Canada : Agence canadienne de développement international.
21. Alcorn K. « Canada to use compulsory licensing to produce HIV drugs for developing world ». *Aidsmap*, 29 septembre 2003. <https://www.aidsmap.com/news/sep-2003/canada-use-compulsory-licensing-produce-hiv-drugs-developing-world>
22. Bernard EJ. « Canada doubles WHO's 3x5 funds with 41m pledge », *Aidsmap*. 11 mai 2004. <https://www.aidsmap.com/news/may-2004/canada-doubles-whos-3x5-funds-ps41m-pledge>
23. OMS. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Genève, 2008. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
24. Cardwell R et Ghazalian P. « The effects of untying international food assistance: the case of Canada », *Amer. J. Agr. Econ.* 2020; 00 (00): 1-23. <https://ryancardwell.wordpress.com/wp-content/uploads/2023/03/offprint.pdf>
25. Brown S. « The instrumentalization of foreign aid under the Harper government », *Studies in Political Economy* 2016; 97(1): 18-36. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07078552.2016.1174461>
26. Orbinski J. « The G8 fails global health », *CMAJ* 2002; 167(5): 481-482.
27. Gouvernement du Canada. *Rapport sommaire : Évaluation de l'Initiative sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, 2010-2011 à 2017-2018 - Rapport sommaire*, 2020. <https://www.international.gc.ca/gac-amc/publications/evaluation/2019/mnch-smne-summary-sommaire.aspx?lang=fra>

28. World Bank. *Development Partners Support the Creation of Global Financing Facility to Advance Women's and Children's Health*, communiqué de presse, Washington, 25 septembre 2014. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/09/25/development-partners-support-creation-global-financing-facility-women-children-health>
29. GFF Investors Group. *The Global Financing Facility: Country powered investments in Support of Every Woman, Every Child*, Washington, septembre 2016. https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/gff_report2016/img/GFF_REPORT.pdf
30. Singer P. « Replenishment of the Global Fund: global solidarity needed », *Lancet* 2016; 388(10050): 1139-1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31601-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31601-4)
31. DFAIT. *Rapport au Parlement sur l'Aide au développement officielle du gouvernement du Canada, 2013-2014*, Ottawa : Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement, 2014. https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/maecd-dfatd/FR2-14-2014-fra.pdf
32. Asselstine R. *Canada Remains Global Leader in Polio Eradication*, Rotary Foundation of Canada, Abu Dhabi, 25 avril 2013. <https://trfcanda.org/stories/canada-remains-global-leader-in-polio-eradication>
33. CRDI. *Historical timeline: Sustained commitment, lasting impact*, Ottawa, s.d. <http://idrc-crdi.ca>
34. Scaling Up Nutrition. *Canada : Leader in the Effort to Scale Up Nutrition*, Communiqué de presse, 2 octobre 2012. <https://scalingupnutrition.org/news/canada-leader-effort-scale-nutrition>
35. Département des Affaires économiques et sociales de l'ONU. *Scaling Up Nutrition Movement (SUN)*. New York, 2019. <https://sdgs.un.org/un-system-sdg-implementation/scaling-nutrition-movement-sun-34616>
36. Institute of Health Metrics and Evaluation. *Financing Global Health*. Seattle : University of Washington, 2024. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>
37. Mackreal K. « UN to ask Canada to significantly increase foreign aid spending », *Globe and Mail*, mai 2015. <https://www.theglobeandmail.com/news/politics/un-to-ask-canada-to-significantly-increase-foreign-aid-spending/article24634498/>
38. Patterson B. *Harper Government and UN Discuss Private Sector Funding of the SDGs*. Canadian Council, Analyse, Ottawa, 27 mai 2015. <https://canadians.org/analysis/harper-government-and-un-discuss-private-sector-funding-sdgs/>
39. Affaires mondiales Canada. *La politique d'aide internationale féministe du Canada*, Ottawa, 9 juin 2017. https://www.canada.ca/fr/affaires-mondiales/nouvelles/2017/06/le_canada_et_sa_nouvellepolitiquedaideinternationalefeministe.html
40. https://donortracker.org/donor_profiles/canada/globalhealth
41. IHME, 2024 <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
42. GAVI. *Reaching Zero-dose children and missed*. Genève : Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation, 11 juillet 2024. <https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025/equity-goal/zero-dose-children-missed-communities> (dernier accès le 1er octobre 2024)
43. Coulson J, Sharma V et Wen H. « Understanding the global dynamics of continuing unmet need for family planning and unintended pregnancy », *China Population Development Studies*, 2023; 7(1) : 1-14. <http://doi:10.1007/s42379-023-00130-7>
44. OMS. *Maternal Mortality*. Fact Sheets, Genève, 26 avril 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (dernier accès le 28 mai 2024)
45. OCDE. *Development Co-Operation*, Paris, s.d. <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf>
46. Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder A, Pielmier N, Mills A et Evans T. « Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals », *Lancet* 2004; 364(9437) : 900-906. [http://DOI:10.1016/S0140-6736\(04\)16987-0](http://DOI:10.1016/S0140-6736(04)16987-0)
47. OMS. « Maximizing Positive Synergies Group. An assessment of the interactions between Global Health Initiatives and country health systems », *Lancet* 2009; 373 : 2137-2169. [http://doi:10.1016/S0140-6736\(09\)60919-3](http://doi:10.1016/S0140-6736(09)60919-3)
48. Witter S, Palmer N, James R et al. *Reimagining the Future of Global Health Initiatives*, Future of Global Health Initiatives, 2023. https://d2nhv1us8wflpq.cloudfront.net/prod/uploads/2023/09/FGHI_final_report_designed.pdf
49. *Déclaration du Premier ministre du Canada sur la mise sur pied par les Nations Unies de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant*. <https://www.canada.ca/fr/nouvelles/archive/2010/12/declaration-premier-ministre-canada-mise-pied-nations-unies-commission-information-responsabilisation-sante-femme-enfant.html>
50. Future of Global Health Initiatives, *The Lusaka Agenda: Conclusions of the Future of Global Health Initiatives Process*, 2023 <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>
51. OCDE. *Development Co-operation Report 2023: Debating the Aid System*. Paris, février 2023. https://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2023_f6edc3c2-en
52. En 1969, la Commission a utilisé le produit national brut (PNB) comme indicateur clé de la production économique d'un pays. En 1993, le PNB a été remplacé dans le calcul des objectifs d'APD par le revenu national brut (RNB), qui mesure le revenu total reçu par le pays de ses résidents et de ses entreprises, qu'ils soient situés dans le pays ou à l'étranger.
53. Commission on International Development, *Partners in Development*, Report of the World Bank Commission on International Development, Pall Mall Press, 1969. ISBN-10. 0269026177
54. Assemblée Générale de l'ONU, Résolution 2626 (XXV), Stratégie internationale du développement pour la deuxième Décennie des Nations Unies pour le développement (A/8124and Add.1), New York, 24 octobre 1970. <https://documents.un.org/doc/resolution/gen/nr0/348/91/pdf/nr034891.pdf?token=u0gLDXinxD7FmR4eAH&fe=true#page=5>

55. CRDI. *Chronologie : Un engagement soutenu, un impact durable*, Ottawa, 2024. <https://idrc-crdi.ca/fr/propos-du-crdi/chronologie-un-engagement-soutenu-un-impact-durable>
56. Commission on Health Research for Development. *Health Research: Essential Link to Equity in Development*, Oxford : Oxford University Press, 1990. https://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf
57. CRDI. *Recherche en action : La lutte antitabac*, Ottawa, 2010 <https://idrc-crdi.ca/fr/recherche-en-action/la-lutte-antitabac>
58. CRDI. *At what cost? the economic impact of tobacco use on national health systems, societies and individuals; a summary of methods and findings*, Ottawa, 2003. <http://hdl.handle.net/10625/31249>
59. CRDI. *La guerre du tabac : L'expérience canadienne*, Ottawa, 1996. <https://idrc-crdi.ca/fr/livres/la-guerre-du-tabac-lexperience-canadienne>
60. Nutrition International. *Celebrating 30 years of impact*, Ottawa, 2024. <https://www.nutritionintl.org/30/>
61. CRDI. *Un mur contre la malaria : Du nouveau dans la prévention des décès dus au paludisme*, Ottawa, 1996. <https://idrc-crdi.ca/fr/livres/un-mur-contre-la-malaria-du-nouveau-dans-la-prevention-des-deces-dus-au-paludisme>
62. CRDI. *The Tanzania Essential Health Interventions Project : a joint initiative of Tanzania's Ministry of Health and IDRC.*, Ottawa, s.d. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/server/api/core/bitstreams/568ddf59-d7fe-475c-b46f-2e302d1ed9f0/content#:~:text=TEHIP%2C%20by%20integrating%20research%20and,or%20programs%20imposed%20from%20above>
63. CRDI. *Chronologie : Un engagement soutenu, un impact durable*, Ottawa, 2024. <https://idrc-crdi.ca/fr/propos-du-crdi/chronologie-un-engagement-soutenu-un-impact-durable>
64. IRSC. *Rapport annuel 2000-2001*, Ottawa, 2001. <https://publications.gc.ca/Collection/MR1-2001F.pdf>
65. Global Alliance for Chronic Diseases. A global alliance of Health Research Funders. <https://www.gacd.org/>
66. IRSC. *Santé mondiale, Des Canadiens en santé dans un monde en santé*, Ottawa, 2008. https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/irsc-cihr/MR21-91-2008F.pdf
67. CRDI. *Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique : renforcement de la capacité de recherche*. <https://idrc-crdi.ca/fr/projet/innovation-pour-la-sante-des-meres-et-des-enfants-dafrique-renforcement-de-la-capacite-de>
68. Nixon S, Lee K, Bhutta Z, Blanchard J, Haddad S, Hoffman S, Reading J et Tugwell P. « Canada's role in global health: Supporting equity and global citizenship as a middle power », *Lancet*, 2018; 391(10131) : 1736-1748.
69. Development Innovation Fund – Health Summative Evaluation Report, Prof. Orvill Adams, Luize Guimaraes, Dr. Frank Atherton et Sam Franzen, octobre 2015.
70. Silver K, Eleso A. « It's time to increase Canada's global health spending on ready-to-scale innovations », *Policy Options*, 27 octobre 2022. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/october-2022/foreign-investment-health-innovation/>
71. IRSC. *Recherche en santé mondiale : Aperçu*, Ottawa, février 2022. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/31563.html>
72. Strong M et Hoffman S. « Admissibilité de la recherche en santé mondiale aux IRSC », *Bulletin par courriel*, Institut de la santé publique et des populations des IRSC, 26 septembre 2019.
73. The Healthy Life Trajectories Initiative Canada. Study following Canadian families for up to 8 years to examine long-term child health. <https://www.helticanada.com/>
74. Trudeau J. Le Canada et des partenaires internationaux lancent la Réponse mondiale au coronavirus, 4 mai 2020. <https://www.pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/05/04/canada-et-des-partenaires-internationaux-lancent-la-reponse>
75. Naylor D, et al. *Learning from SARS: Renouveau de la santé publique au Canada*. rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, Ottawa, octobre 2003. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/lecons-crise-sras-renouveau-sante-publique-canada.html>
76. Robertson G. « We are not prepared: The flaws inside Public Health that hurt Canada's readiness for COVID-19 », *Global and Mail*, 26 décembre 2020. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-we-are-not-prepared-the-flaws-inside-public-health-that-hurt-canadas/>
77. Lee K et Piper J. « Reviving the role of the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) in global epidemic intelligence », dans West L, Juneau T et Amarasingam A, réd., *Stress Tested, The COVID-19 Pandemic and Canadian National Security*, Calgary : University of Calgary Press, 2021.
78. Kendall P et Massé R. *Preparing PHAC for the Future*. Internal Report prepared for Public Health Agency of Canada, Ottawa, 8 octobre 2019.
79. Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport 8 – Préparation en cas de pandémie, surveillance et mesures de contrôle aux frontières*, Ottawa, 2021. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_202103_03_f_43785.html
80. Royaume-Uni. *What is the UK COVID-19 Inquiry?* Londres, 2024. <https://covid19.public-inquiry.uk/>
81. Australian Government. *Commonwealth Government COVID-19 Response Inquiry*, Canberra : Department of the Prime Minister and Cabinet, 2024. <https://www.pmc.gov.au/domestic-policy/commonwealth-government-covid-19-response-inquiry#:~:text=The%20purpose%20of%20the%20inquiry,to%20the%20COVID%2D19%20pandemic>
82. Nouvelle-Zélande. *Royal Commission of Inquiry into COVID-19 Lessons Learned*, Auckland, 2024. <https://haveyoursay.covid19lessons.royalcommission.nz/>
83. Razak F, Shin S, Naylor D et Slutsky A. « Canada's response to the initial 2 years of the COVID-19 pandemic: a comparison with peer

- countries », *CMAJ* 2022; 194(25) : E870-E877. <https://www.cmaj.ca/content/194/25/e870>
84. Bishai D. Final score of who handled COVID-19 best, 20 avril 2024. <https://d1can.blogspot.com/2024/04/final-score-on-who-handled-covid-19-best.html>
85. Herati H, Burns K, Nascimento M, et al. « Canadians' trust in government in a time of crisis: Does it matter? », *PLoS ONE* 2023; 18(9): e0290664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290664>
86. Ling J. *Far and Widening: The Rise of Polarization in Canada*, Public Policy Forum, août 2023. <https://ppforum.ca/publications/polarization-democracy-Canada>
87. Gouvernement du Canada. Couverture vaccinale contre la COVID-19 selon l'origine ethnique : Ce que nous dit l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Juin 2021 à février 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation-vaccins/couvertures-vaccinales/couverture-vaccinale-contre-covid-19-origine-ethnique-ce-que-nous-dit-enquete-sante-collectivites-canadiennes.html>
88. OMS. *COVID-19 IHR Emergency Committee*, s.d. <https://www.who.int/groups/covid-19-ih-er-emergency-committee>
89. GLOPID-R. *Area of Action: COVID-19*, Londres, 2024. <https://www.glopid-r.org/our-work/covid-19/>
90. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/about>
91. UNICEF. UNICEF welcomes Canada's contribution of US\$188 million to support COVID-19 response and health systems strengthening, *Media Release*, 13 janvier 2023. <https://www.unicef.org/press-releases/unicef-welcomes-canadas-contribution-us188-million-support-covid-19-response-and>
92. Canada. L'aide au développement du Canada en réponse à la COVID 19, 22 mars 2024. https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/response_covid-19_reponse.aspx?lang=fra
93. Houston et al. « Canada's role in COVID-19 global vaccine equity failures », *BMJ* 2023; 382:e075149 <https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-075149>
94. Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport 9. Pandémie de COVID-19*. 2022. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_202212_09_f_44175.html
95. Lee K. « Canada's pandemic response and future preparedness », *BMJ* 2023; 382 : 1622. <https://www.bmj.com/content/382/bmj.p1622.long>
96. Brisbois B, Plamondon K, Walugembe D, et al. « Pandemics, intellectual property and 'our economy': A worldview analysis of Canada's role in compromising global access to COVID-19 vaccines », *Global Public Health* 2024; 19(1) : 2335360. <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2335360>
97. Lexchin J. Canada and the pharmaceutical industry in the time of COVID-19. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services* 2023; 53(4): 508-517. <https://doi.org/10.1177/27551938231195434>
98. Houston A, Liu J, Habibi R, Murthy S, Pai M. Canada's role in covid-19 global vaccine equity failures. *BMJ* 2023; 382: e075149. <https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-075149>
99. Gouvernement du Canada. COVID-19 : Initiative mondiale pour l'équité vaccinale du Canada, 22 mars 2024. https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/equite_vaccinale_covid-19_vaccine_equity.aspx?lang=fra
100. Baig F. « Are Canada's new COVID travel rules grounded in racism? *National Observer* », 8 décembre 2021. <https://www.nationalobserver.com/2021/12/08/news/canadas-covid-travel-rules-racism>
101. Mugenyi B. « Canada's Africa-only travel ban reveals the racism shaping Canada's international policy », *NB Media Co-op*, 20 décembre 2021. <https://nbmediacoop.org/2021/12/20/canadas-africa-only-travel-ban-reveals-the-racism-shaping-canadas-international-policy/>
102. Bianchini E. « 'Absurd, nonsensical, dangerous': Canada blasted for Omicron COVID-19 variant travel ban against African countries », *Yahoo News*, 7 décembre 2021. <https://ca.news.yahoo.com/covid19-omicron-variant-travel-rules-africa-reaction-174321394.html>
103. Open Consultants. *External Evaluation of the Access To COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A)*, Berlin, 10 octobre 2022. [https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-\(act-a\)](https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-(act-a))
104. Glassman A, Madan Keller J et Smitham E. « The Future of Global Health Spending Amidst Multiple Crises », *Center for Global Development*, janvier 2023. <https://www.cgdev.org/publication/future-global-health-spending-amidst-multiple-crises>
105. Innovation, Sciences et Développement économique Canada. « Le gouvernement fédéral lance Préparation aux crises sanitaires Canada pour aider le pays à affronter les urgences sanitaires futures », *Communiqué de presse*, 24 septembre 2024. <https://www.canada.ca/fr/innovation-sciences-developpement-economique/nouvelles/2024/09/le-gouvernement-federal-lance-preparation-aux-crisis-sanitaires-canada-pour-aider-le-pays-a-affronter-les-urgences-sanitaires-futures.html>
106. Affaires mondiales Canada. « Le Canada annonce des vaccins pour soutenir la réponse à l'épidémie de mpox en Afrique », *Communiqué de presse*, 13 septembre 2024. <https://www.canada.ca/fr/affaires-mondiales/nouvelles/2024/09/le-canada-annonce-des-vaccins-pour-soutenir-la-reponse-a-lepidemie-de-mpox-en-afrique.html>
107. GAVI. Government of Canada and Gavi deliver 200,000 doses of donated mpox vaccine to DRC. *Communiqué de presse*, 11 février 2025. <https://www.gavi.org/news/media-room/government-canada-and-gavi-deliver-200000-doses-donated-mpox-vaccine-drc>
108. UNICEF. *Levels and Trends in Child Mortality Report 2023*, New York, 2023. <https://reliefweb.int/report/world/levels->

trends-child-mortality-report-2023?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw-5y1BhC-ARIsAAM_oKkRZ_4zrvefsoaTHD3ZEyqe0MrRz_DoJ2s6mCNCc0Hh1S7vNF_gNncaArr1EALw_wcB

109. GBD 2021 « Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 », *Lancet* 2024; 403(10440): 2057-2099.
110. Indicateur 3.15.1 – Proportion des personnes ayant des besoins de santé non satisfaits – Indicateurs canadiens pour les objectifs de développement durable
- 111.
112. Citation d'André Picard, conférencier Dalton Camp de 2023, tirée de *Healthcare's Next Evolution: Rethinking Social Factors in Financing*
113. OMS. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*, Genève, 2008. <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
114. Rasanathan K et Evans TG. « Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19 », *Bulletin of the World Health Organization*, 2020; 98: 801-808.
115. Binagwaho A, et Adhanom Ghebreyesus T. « Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage », *BMJ*. 2019; 365:12391. <http://doi:10.1136/bmj.l2391>
116. Kasper T, Yamey G, Dwyer S, et al. « Rethinking how development assistance for health can catalyse progress on primary health care », *Lancet*. 2023;402(10418): 2253-2264. [http://doi:10.1016/S0140-6736\(23\)01813-5](http://doi:10.1016/S0140-6736(23)01813-5)
117. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Global Health*, 2022. <https://www.thelancet.com/commissions/financing-primary-health-care>
118. Hodgins S, Kok M, Musoke D et al. Community health workers at the dawn of a new era: 1. Introduction: tensions confronting large-scale CHW programmes. *Health Research and Policy Systems* 2021;19(Suppl. 3) : 109. <http://doi:10.1186/s12961-021-00752-8>
119. Crisp NL. « Nursing Now – why nurses and midwives will be even more important and influential in the future », *International Nursing Review*, 2018; 65(2) : 145-147.
120. Tomblin-Murphy G, Sampalli T et al. *Investir dans la main-d'œuvre en soins infirmiers au Canada après la pandémie : appel à l'action*, Société royale du Canada, Ottawa, 2022. https://rsc-src.ca/sites/default/files/Nursing%20PB_FR_2.pdf
121. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. <https://jointlearningnetwork.org/>
122. Africa Frontline First. A partnership from Community Health Impact, Financing Alliance for Health, and Last Mile Health to Increase Financing for Community Health to Save and Improve Lives in Africa. <https://www.africafirst.org/>
123. Ministère des Finances du Canada. « Le gouvernement annonce la prochaine étape de l'accès universel aux contraceptifs gratuits », *Communiqué de presse*, 30 mars 2024. <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/nouvelles/2024/03/le-gouvernement-annonce-la-prochaine-etape-de-lacces-universel-aux-contraceptifs-gratuits.html>
124. IHME. The Lancet: 160 Million Women Worldwide Have Unmet Contraception Needs: New Study Reveals Large Differences in Types of Contraceptives Used Across Regions and Age Groups, *Communiqué de presse*. 21 juillet 2022. <https://www.healthdata.org/news-events/newsroom/news-releases/lancet-160-million-women-worldwide-have-unmet-contraception>
125. KOF Globalization Index ranks Canada as 18th (83.62) among 190 countries (average 61.63) in 2023. Voir ETH Zurich. *KOF Globalization Index*, KOF Swiss Economic Institute, Zurich, 2024. <https://kof.ethz.ch/en/forecasts-and-indicators/indicators/kof-globalisation-index.html>
126. Global Preparedness Monitoring Board. *The changing face of pandemic risk: 2024 report*, Genève, 14 octobre 2024. <https://www.gpmb.org/reports/m/item/the-changing-face-of-pandemic-risk-2024-report>
127. Ezoë S, Hashimoto J et al. Health outcomes of the G7 Hiroshima Summit: breaking the cycle of panic and neglect and achieving UHC. *Lancet* 2023. 401(10394): p2091-2093
128. Bamba C, Lynch J et Smith K. *The Unequal Pandemic: COVID-19 and Health Inequalities*, Bristol : Policy Press, 2021.
129. Tiwana H, Smith J, Kirby M et Purewal S. « Equity Lens on Canada's COVID-19 Response : Review of the Literature », *International Journal of Health Policy and Management*, 2024; 13(1): 1-9. https://www.ijhpm.com/article_4586.html
130. Strong M. Closing statement to the Rio Summit, Rio de Janeiro, 14 juin 1992. https://www.mauricestrong.net/index.php?option=com_content&view=article&id=166&Itemid=87
131. Rae I. « Saving the ozone layer: why the Montreal Protocol worked », *The Conversation*, 9 septembre 2012. <https://theconversation.com/saving-the-ozone-layer-why-the-montreal-protocol-worked-9249>
132. Usher P. « World Conference on the Changing Atmosphere: Implications for Global Security, The Conference Statement », *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*, 1989; 31(1): 25-27. <https://doi.org/10.1080/00139157.1989.9929931>
133. The Rio Earth Summit: Summary of the United Nations Conference on Environment and Development (BP-317E), novembre 1992. <https://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp317-e.htm>
134. Environnement et Changement climatique Canada. Polluants organiques persistants : Convention de Stockholm, Ottawa, 2020. <https://www.canada.ca/fr/environnement-changement-climatique/organisation/affaires-internationales/partenariats-organisations/polluants-organiques-persistants-convention-stockholm.html>
135. Global Health Security Initiative, *About*, 2023. <https://ghsi.ca/#:~:text=Launched%20in%202001%2C%20the%20Global,as%20well%20as%20pandemic%20influenza>

136. McCoy D, Roberts S, Daoudi S, et al. « Global health security and the health-security nexus: principles, politics and praxis », *BMJ Global Health*, 2023; 8: e013067. <http://doi:10.1136/bmjgh-2023-013067>
137. PNUD. *2022 Special Report on Human Security*, New York, 2022. <https://hdr.undp.org/content/2022-special-report-human-security>
138. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. « Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health », *Lancet*, 2015; 386(10007): 1973-2028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)
139. Tu'itahi S, Watson H, Egan R et al. « Waiora: the importance of Indigenous worldviews and spirituality to inspire and inform Planetary Health Promotion in the Anthropocene », *Global Health Promotion*, 2021; 28(4):73-82. <http://doi:10.1177/17579759211062261>
140. Éditorial : « The Pandemic Treaty: shameful and unjust », *Lancet*, 2024; 403(10429): 781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00410-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00410-0)
141. Legido-Quigley H, Clark H, Sania Nishtar S, Horton R, et al. « Reimagining health security and preventing future pandemics: the NUS-Lancet Pandemic Readiness, Implementation, Monitoring, and Evaluation Commission », *Lancet*, 2023; 12 mai. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00960-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00960-1/fulltext)
142. Agence de santé publique du Canada. *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020*, Ottawa, octobre 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>
143. The Lancet-PPATS Commission on Prevention of Viral Spillover, Mettenleiter T et Winkler A. « Draft of WHO Pandemic Agreement plays down primary prevention », *Lancet*, 2024; 403(10426): 525-526. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00066-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00066-7/fulltext)
144. Fonds de recherche biomédicale du Canada et Fonds d'infrastructure de recherche en sciences biologiques, Ottawa, 2 juillet 2024. <https://www.sshrc-crsh.gc.ca/funding-financement/cbrf-frbc/index-fra.aspx>
145. Innovation, Sciences et Développement économique Canada. *Préparation aux crises sanitaires Canada*, Ottawa, 25 septembre 2024. <https://ised-isde.canada.ca/site/biofabrication/fr/preparation-aux-crisis-sanitaires-canada>
146. Feldbaum H, Lee K et Michaud J. « Global health and foreign policy », *Epidemiologic Reviews*, 2010; 32(1): 82-92. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxq006>
147. L'adoption d'une approche *Une seule sécurité sanitaire* est également appuyée par le *Rapport du groupe d'experts pour l'examen de l'approche fédérale en matière d'avis scientifiques et de coordination de la recherche sur la pandémie : Il est temps d'agir*, Ottawa, octobre 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/examen-approche-federale-conseils-scientifiques-coordination-recherche-pandemie/temps-d-agir.html>
148. Markotter W, Mettenleiter T, Adisasmito W, et al. *Prevention of Zoonotic Spillover, From Relying on Response to Reducing the Risk at Source*, Genève : One Health High-Level Expert Panel. White Paper, 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/prevention-of-zoonotic-spillover>
149. Global Preparedness Monitoring Board. *GPMB Monitoring Framework for Preparedness*. Genève, mai 2023. <https://www.gpmb.org/monitoring-framework>
150. Alamo T, Reina D, Millán Gata P, Preciado VM et Giordano G. « Data-driven methods for present and future pandemics: Monitoring, modelling and managing », *Annual Reviews in Control*, 2021; 52 : 448-464. <http://doi:10.1016/j.arcontrol.2021.05.003>
151. Leuprecht C et Kasurak P. The Canadian armed forces and humanitarian assistance and disaster relief: Defining a role. Centre for International Governance Innovation, 24 août 2020. <https://www.cigionline.org/articles/canadian-armed-forces-and-humanitarian-assistance-and-disaster-relief-defining-role/>
152. Sécurité publique Canada. *Appuyer une main-d'œuvre humanitaire pour répondre à la COVID-19 et à d'autres urgences de grande envergure*, Ottawa, 12 juillet 2024. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/mrgnc-mngmnt/rspndng-mrgnc-vnts/hwf-tc-fr.aspx>
153. Voir également la Conclusion 4, plus bas, qui relève la nécessité d'une initiative explicite relative au personnel de santé pilotée par le Canada.
154. Blanchet R, Willows N et Johnson S., Okanagan Nation Salmon Reintroduction Initiatives et Batal M (2022). « Enhancing cultural food security among the Syilx Okanagan adults with the reintroduction of Okanagan sockeye salmon », *Appl Physiol Nutr Metabolism*, 2022; 47(2): 124-133. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34807751/>
155. Blanchet R, Batal M, Johnson-Down L, Johnson S, Okanagan Nation Reintroduction Initiatives et Willows N (2021). « An Indigenous food sovereignty initiative is positively associated with well-being and cultural connectedness in a survey of Syilx Okanagan adults in British Columbia, Canada », *BMC Public Health*, 2021; 21, 1405. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11229-2>
156. Deaconu A, Berti PR, Cole DC, Mercille G et Batal M. « Market Foods Own Production and Social Economy: how food acquisition sources influence nutrient intake among Ecuadorian farmers and the role of agroecology in supporting healthy diets », *Sustainability*, 2021; 13, 4410. <https://doi.org/10.3390/su13084410>
157. Deaconu A, Berti PR, Cole DC, Mercille G et Batal M. « Agroecology and nutritional health: A comparison of agroecological farmers and their neighbours in the Ecuadorian highlands », *Food Policy*, 2021; 102034. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2021.102034>
158. Ostrom, E. « Beyond Markets and States: Polycentric Governance of Complex Economic Systems. *The American Economic Review* », 2010; 100(3), 641-672. <http://www.jstor.org/stable/27871226>

159. OMS. Avian Influenza Weekly Update, Genève, 12 avril 2024. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/pro---documents/emergency/surveillance/avian-influenza/ai_20240412.pdf
160. Éditorial. « What is the pandemic potential of avian influenza A(H5N1)? », *Lancet Infectious Diseases*, 2024; 24(5): 437. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00238-X)
161. Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, un document de travail*. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1974. https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H31-1374F.pdf
162. OMS. Noncommunicable diseases. *Fact Sheet*, Genève, 16 septembre 2023. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Noncommunicable%20diseases%20\(NCDs\)%20kill%2041,%20%20and%20middle%20income%20countries.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Noncommunicable%20diseases%20(NCDs)%20kill%2041,%20%20and%20middle%20income%20countries.)
163. OMS. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, Genève, 14 novembre 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
164. Lee K, Buse K, Fustukian S, réd. *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge : Cambridge University Press, 2002.
165. Maani N, Petticrew M, Galea S.réd. *The Commercial Determinants of Health*, Oxford : Oxford University Press, 2023.
166. Gilmore A, et al. « Defining and conceptualising the commercial determinants of health », *Lancet*, 2023; 401(10383): 1194-1213. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00013-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00013-2/abstract)
167. Swinburn B, Kraak V, Allender S, et al. « The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report », *Lancet*, 2019; 19; 393 : 791-846. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
168. Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, un document de travail*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être, Ottawa, 1974. https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H31-1374F.pdf
169. *Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa : Agence de santé publique du Canada, mars 2024. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
170. Santé Canada. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa, 13 septembre 2024. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html> (Dernier accès, 4 octobre 2024)
171. First Nations Health Authority. *First Nations and the Toxic Drug Poisoning Crisis in BC, January-December 2023*. FNHA Harm Reduction, 2024. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Poisoning-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2023.pdf>
172. OMS. Opioid Overdose, *Fact Sheet*, Genève, 29 août 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
173. Infobase Santé. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada, Canada.ca*, Ottawa, mars 2023. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
174. Lisa B et Jessica H. « Evidence synthesis - The opioid crisis in Canada: A national perspective », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada : Research, Policy and Practice*, 2018; 38(6): 224-233.
175. Keefe P. *Empire of Pain: The Secret History of the Sackler Dynasty*, Bond Street Books, 2021.
176. Fischer B, Pang M et Tyndall M. « The opioid death crisis in Canada: Crucial lessons for public health », *Lancet Public Health*, 2019; 4(2) : e81-e82. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30232-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30232-9)
177. « Opioid crisis: Addiction, overprescription, and insufficient primary prevention », *The Lancet Regional Health - Americas*, 23. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100557>
178. ONUDC. UNODC World Drug Report 2023 warns of converging crises as illicit drug markets continue to expand, *Communiqué de presse*, 26 juin 2023. <https://www.unodc.org/unodc/press/releases/2023/June/unodc-world-drug-report-2023-warns-of-converging-crises-as-illicit-drug-markets-continue-to-expand.html>
179. Ministère des Finances du Canada. *Mesurer ce qui importe : Vers une stratégie sur la qualité de vie pour le Canada*, Ottawa, 2021. <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/services/publications/mesurer-ce-qui-importe-vers-strategie-qualite-vie-canada.html>
180. Chrysopoulou A. « The Vision of a Well-Being Economy », *Stanford Social Innovation Review*, 16 décembre 2020. https://ssir.org/articles/entry/the_vision_of_a_well_being_economy
181. Helliwell JF, Layard R, Sachs JD et al. *World Happiness Report 2022*. 2022, New York : Sustainable Development Solutions Network powered by the Gallup World Poll data. https://www.wellbeingintlstudiesrepository.org/hw_happiness/2/
182. World Wellbeing Movement. <https://worldwellbeingmovement.org/>
183. Wellbeing Economy Alliance. What is a Wellbeing Economy? s.d., <https://weall.org/what-is-wellbeing-economy> (Dernier accès, août 2024)
184. G7 Italie, The Pulia Summit. *Change the Mindset*, pages 62-63, 2024. <https://edition.pagesuite-professional.co.uk/html5/reader/production/default.aspx?pubname=&pubid=cff88389-941c-40a9-bf3d-76699425a314>
185. Livingston G, Huntley J, Liu KY et al. « Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission », *Lancet*, 2024; 404(10452) : 572-638. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01296-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01296-0/abstract)
186. Liu J et Eggleston K. « The Association between Health Workforce and Health Outcomes: A Cross-Country Econometric Study ». *Social Indicators Research*, 2022; 163(2) : 609-632. <https://doi.org/10.1007/s11205-022-02910-z>
187. Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, Adams O, Dussault G, Elzinga G, Nordstrom A, Habte D, Jacobs M, Solimano G,

- Sewankambo N, Wibulpolprasert S, Evans TG et Chen L. « Responding to the global human resources crisis », *Lancet*, 2004; 363(9419) : 1469-72.
188. Chen L, Evans TG, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, Habte D, Hanvoravongchai P, Jacobs M, Kurowski C, Michael S, Pablos-Mendez A, Sewankambo N, Solimano G, Stilwell B, de Waal A, Wibulpolprasert S. « Human resources for health: overcoming the crisis », *Lancet*, 2004; 364(9449) : 1984-90.
189. Evans TG, rédacteur en chef. *Working Together for Health: The World Health Report 2006*. Organisation mondiale de la santé, Genève 2006.
190. Frenk, J, et al. « Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world », *Lancet*, 2010; 376 : 1923-1958.
191. OMS. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Genève, 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
192. Negero MG, Sibbritt D et Dawson A. « How can human resources for health interventions contribute to sexual, reproductive, maternal, and newborn healthcare quality across the continuum in low- and lower-middle-income countries? A systematic review », *Human Resources for Health*, 2021; 19(1) : 54. <http://doi:10.1186/s12960-021-00601-3>
193. GBD 2021 « Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950-2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 », *Lancet*, 2024; 403(10440) : P2057-2099. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00550-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00550-6/fulltext)
194. Szabo S, Nove A, Matthews Z, Bajracharya A, Dhillon I, Singh DR, Saares A et Campbell J. « Health workforce demography: a framework to improve understanding of the health workforce and support achievement of the Sustainable Development Goals ». *Human Resources for Health*, 2020; 18(1) : 7. <http://doi:10.1186/s12960-020-0445-6>
195. UN High Level Commission on Health Employment and Economic Growth. *Working for health and growth: Investing in the health workforce*, OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511308>
196. OMS et OIT. *The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19*, Genève, 2022.
197. OMS. *Fair Share for Health and Care: Gender and the undervaluation of Health and Care Work*, 68th Commission on the Status of Women, Genève, 2024.
198. Mclsaac M et Knaul FM. « How economic implications of gender gaps in employment affect global health equity », *Bulletin of the World Health Organization*, 2024; 102(2) : 87-87A.
199. Micah A, Solorio J, Stutzma H, et al. « Development Assistance for human resources for health, 1990-2020 », *Human Resources for Health*, 2022, 20 : Article 51. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00744-x>
200. Canada. *L'immigration, ça compte pour les soins de santé*, Ottawa, 13 décembre 2022. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/campagnes/immigration-ca-compte/assurer-croissance-canada/sante.html>
201. ICIS. *État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2022*, Ottawa, 2024. <https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2022>
202. OCDE. *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Paris : OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>
203. Gouvernement du Canada. *Le Canada annonce un nouveau volet d'immigration pour les travailleurs de la santé*, Nouvelle-Écosse, 28 juin 2023. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2023/06/le-canada-annonce-un-nouveau-volet-dimmigration-pour-les-travailleurs-de-la-sante.html>
204. World Education Services. *Summary of Recent Provincial Initiatives Supporting Internationally Educated Health Professionals*, New York, 2023. https://www.wes.org/wp-content/uploads/2023/07/Provincial-IEHP-Initiatives_ESDC-Comp_July-2023.pdf
205. Bortolussi-Courval E, Stake-Doucet N et Umaigba B. « Incentivizing an exodus: The implications of recruiting nurses from low-middle income countries to high-income countries », *PLoS Global Public Health*, 2023; 3(9) : e0002355. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002355>
206. Pauls K. « 'Stop the bleeding,' Philippines health official says about international recruiting of nurses », *CBC News*, 3 mars 2023. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/philippines-health-international-nurses-1.6764854>
207. OMS. *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, Genève, 20 mai 2010. <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>
208. Mastercard Foundation. *Introducing the Mastercard Foundation's Africa Higher Education Health Collaborative (AHEHC)*. <https://mastercardfdn.org/all/scholars/introducing-the-mastercard-foundations-africa-higher-education-health-collaborative-ahhec/>
209. Mastercard Foundation. *The Young Africa Works Strategy*. <https://mastercardfdn.org/our-strategy/young-africa-works/>
210. The Panel recommends definitions be agreed on two terms. For Net Zero Poaching, the Panel proposes that all IEHWs meet the WHO Ethical Recruitment guideline. For Net Workforce Gains, the Panel recommends the development or rapid equivalency targets and reciprocal workforce exchanges that would strengthen health workforce training recruitment and retention.
211. International Organization for Migration. *Skills mobility partnerships: Recommendations and guidance for policymakers and practitioners*. IOM, Geneva, 2023. <https://publications.iom.int/books/skills-mobility-partnerships-recommendations-and-guidance-policymakers-and-practitioners>
212. de Ruggiero E, Aslanyan G, Michaelides O. A coherent global health strategy would help Canada lead in the world. *Policy Options*, 23

- November 2023. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/november-2023/global-health-strategy/>
213. Fan VY, Grépin KA, Shen GC, Chen L. Tracking the flow of health aid from BRICS countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92: 457–458.
214. Guo B, Fan V, Strange A, Grépin KA. Understanding China's shifting priorities and priority-setting processes in development assistance for health. *Health Policy and Planning* 2024; 39(S1): i65–i78. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad095>
215. Académie canadienne des sciences de la santé. *Des Canadiens qui font une différence : Le comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale*, 13 novembre 2011. https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/CofCA_globalHealthReport_F_WEB_FINAL1.pdf
216. IRSC. *Santé mondiale 3.0, 2021–2026, Cadre d'action pour la recherche en santé mondiale des IRSC*, Ottawa : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52503.html>
217. Santé Canada. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada : Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé*, juillet 2015. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf>
218. Innovation, Sciences et Développement économique Canada. *L'examen du soutien fédéral aux sciences : Investir dans l'avenir du Canada – Consolider les bases de la recherche au pays*, 10 avril 2017. https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/isde-ised/Iu4-223-2017-fra.pdf
219. Innovation, Sciences et Développement économique Canada. *Rapport du comité consultatif sur le système fédéral de soutien à la recherche*, 2023. <https://ised-isde.canada.ca/site/panel-federal-research-support/sites/default/files/attachments/2023/Comite-consultatif-recherche-2023.pdf>
220. Naylor D et Toope SJ. « Opinion : Untangling the great policy mess of Canada's innovation problem », *Globe and Mail*, 27 octobre 2023. <https://www.theglobeandmail.com/business/commentary/article-canada-innovation-research-funding-economy/>
221. Bernstein A et Stein J. « Opinion : Canada's science and tech ecosystem will define our success in the next century », *Globe and Mail*, 15 mai 2023. <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canadas-science-and-tech-ecosystem-will-define-our-success-in-the-next/>
222. Waddell C. *The Next One – Preparing Canada for another Health Emergency*. Public Policy Forum. September 2023. <https://ppforum.ca/publications/canadians-health-security/>
223. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Toward Equitable Innovation in Health and Medicine: A Framework*, 2023. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/27184/toward-equitable-innovation-in-health-and-medicine-a-framework>
224. Forum économique mondial. *Patient-First Health with Generative AI: Reshaping the Care Experience*, 12 janvier 2024. <https://www.weforum.org/publications/patient-first-health-with-generative-ai/>
225. Santé Canada. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada : Rapport final du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé*, Ottawa, juillet 2015. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-final-groupe-consultatif-innovation-soins-sante.html>
226. ScienceUpFirst – Together Against Misinformation. A national initiative of CASC. <https://www.scienceupfirst.com/>
227. Hotez P. *The Deadly Rise of Anti-science – a Scientist's Warning*, Johns Hopkins University Press, 2025.
228. Bernstein A et Stein J. « Opinion : Canada's science and tech ecosystem will define our success in the next century », *Globe and Mail*, 15 mai 2023. <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canadas-science-and-tech-ecosystem-will-define-our-success-in-the-next/>
229. Wong E, Motala A, Ross R et al. « Methods for Identifying Health Research Gaps, Needs, and Priorities: a Scoping Review », *Journal of General Internal Medicine*, 2022; 37(1): 198–205. <http://doi:0.1007/s11606-021-07064-1>
230. Cela va dans le sens de la conclusion 4, qui souligne l'importance d'une plus grande innovation dans la gestion de la formation, du recrutement, du déploiement et de la rétention des travailleurs de la santé.
231. Evans, JR. « Essential National Health Research – A Key to Equity in Development », *New England Journal of Medicine*, 1990; 323(13) : 913–915. <http://DOI:10.1056/NEJM199009273231311>
232. International Energy Agency. *Horizon Europe Strategic Plan (2021 – 2024)*, Bruxelles, 2021. <https://www.iea.org/policies/15683-horizon-europe-strategic-plan-2021-2024>
233. IRSC, CNSRG, CRSH, ASPC, CRDI, Grands Défis Canada, ISDE, Bureau de la conseillère scientifique en chef, Fondation canadienne pour l'innovation.
234. Gouvernement du Canada. *Stratégie en matière de biofabrication et de sciences de la vie du Canada*, 28 juillet 2021. <https://ised-isde.canada.ca/site/biofabrication/fr/strategie-matiere-biofabrication-sciences-vie-canada>
235. Waddell C. *The Next One – Preparing Canada for another Health Emergency*. Public Policy Forum. September 2023. <https://ppforum.ca/publications/canadians-health-security/>
236. Rapport du groupe d'experts pour l'examen de l'approche fédérale en matière d'avis scientifiques et de coordination de la recherche sur la pandémie : *Il est temps d'agir*, octobre 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/examen-approche-federale-conseils-scientifiques-coordination-recherche-pandemie/temps-d-agir.html>
237. Conseillers scientifiques en chef du G7. *100 Days Mission First Implementation Report*. 2 December 2021. https://assets.publishing.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/100000/100-Days-Mission-First-Implementation-Report.pdf

- service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1038969/100_Days_Mission_-_First_Implementation_Report__1_.pdf
238. *World Health Assembly agreement reached on wide-ranging, decisive package of amendments to improve the International Health Regulations*, World Health Organization, 1er juin 2024. <https://www.who.int/news/item/01-06-2024-world-health-assembly-agreement-reached-on-wide-ranging-decisive-package-of-amendments-to-improve-the-international-health-regulations-and-sets-date-for-finalizing-negotiations-on-a-proposed-pandemic-agreement>
239. Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. *Global partnership to accelerate the development of biologic countermeasures against epidemic and pandemic threats*. <https://cepi.net/>
240. Grappes d'innovation mondiales. Innovation, Sciences et Développement économique Canada. <https://ised-isde.canada.ca/site/grappes-dinnovation-mondiales/fr>
241. Grands Défis Canada. Ensemble nous avons un impact. Ottawa. <https://www.grandchallenges.ca/fr-ca/>
242. Mansilla C et Lavis J. « Using an overview of systematic reviews to identify topics for health systems living reviews », *Cochrane Colloquium Abstracts*, 2020. <https://abstracts.cochrane.org/2020-abstracts/using-overview-systematic-reviews-identify-topics-health-systems-living-reviews>
243. German Global Health Hub. *Advancing Global Health Together*, Berlin, s.d. <https://www.globalhealthhub.de/en/about-us/idea>
244. *Comité consultatif scientifique sur la santé mondiale – Aperçu*. Canada, s.d. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52535.html>
245. Association canadienne pour la santé mondiale. <https://cagh-acsm.org/fr/about/qui-nous-sommes>
246. The International Health Policy Program. Global Health Division of the Ministry of Public Health, Thaïlande. <https://ihpptaigov.net/who-we-are/about>
247. Allemagne. Strengthening Germany's global health policy. <https://www.giz.de/en/worldwide/119239.html>
248. *Announcing Global Health Diplomacy*. Stockholm School of Economics, octobre 2023. <https://www.hhs.se/en/about-us/news/crh/2023/global-health-diplomacy/>
249. *Global Health: Advocacy and Diplomacy in Action*. Geneva Summer Schools – Université de Genève. <https://www.unige.ch/genevasummerschools/programme/courses/global-health-advocacy-and-diplomacy-action>
250. Global health 50/50. *Workplaces: Worse for Women*, Cambridge, 2023. <https://globalhealth5050.org/2023-Report/>
251. WomenLift Health. *Reimagining and Transforming Leadership in Global Health*. <https://www.womenlifthealth.org/>
252. Passerelle mondiale. *Stratégie de l'UE en matière de santé mondiale : une meilleure santé pour tous dans un monde en mutation* Luxembourg, 2022. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-10/international_ghs-report-2022_en.pdf
253. France. *Stratégie française en santé mondiale (2023-2027)*, Paris, Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, 2023. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_francaise_en_sante_mondiale.pdf
254. Allemagne. *Stratégie de santé mondiale du gouvernement fédéral allemand*. Octobre 2020. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Global_Health_Strategy.pdf
255. Japon. *Stratégie de santé mondiale du Japon*. Mai 2022. https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/en/pdf/final_GHS.pdf
256. Pays-Bas. *Stratégie néerlandaise de santé mondiale (2023-2030)*. 21 octobre 2022. <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-foreign-affairs/documents/publications/2022/10/21/dutch-global-health-strategy-2023-2030>
257. Suède. *Le travail de la Suède sur la santé mondiale – mise en œuvre de l'agenda 2030*. Stockholm, 2018. https://www.government.se/4acda4/globalassets/government/dokument/utrikesdepartementet/sv_arbete_m_global_halsa_english_final.pdf
258. Suisse. *Politique extérieure suisse en matière de santé (2019-2024)* Berne, 2019. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/int/gesundheitsaussenpolitik.pdf.download.pdf/GAP_FR%20prolong%C3%A9%202028.pdf
259. Thaïlande. *Plan d'action de la Thaïlande en matière de santé mondiale 2021-2027*, juillet 2021. <https://tpd.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/GHplan-ENG.pdf>
260. R.-U. *Document d'orientation, Cadre sur la santé mondiale : construire ensemble un monde plus sain*. Londres : HMSO, mai 2023 <https://www.gov.uk/government/publications/global-health-framework-working-together-towards-a-healthier-world/global-health-framework-working-together-towards-a-healthier-world-may-2023#summary>
261. États-Unis. *Global Strategy of the Department of Health and Human Services*, Washington, 2016. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/hhs-global-strategy.pdf>

