

The Urgent Call for Reform in Surgical Policy Making in Canada

THIS ISSUE OF *HEALTHCARE POLICY* IS FOCUSED ON SURGERY POLICY IN CANADA. Surgery policy is significantly undervalued from a health systems perspective as it affects millions of Canadians. A focused issue on surgery policy is one effort to draw policy makers and researchers to advances in this important area and identify additional topics where policy attention and additional research are needed to improve health and well-being.

Surgery policy is broader than measuring how many operating rooms there are, the number of surgeons accepting patients or whether robot-assisted surgery is available. Surgery policies intersect a wide range of healthcare topics including settings of care, provider types, spending priorities, technical innovation, care quality and health outcomes. Surgery policies are synonymous with health system policies.

Surgery policy has been dominated by the collective wringing of hands regarding access to care over the past two decades. From where I sit, wait times are largely avoidable – amenable to policy interventions by governments, health systems, hospitals and surgeons. However, since the constellation of surgery policy actors has not meaningfully acted to improve access to surgery across Canada, wait times remain an important indicator of health system performance – and of inaction.

The forces that affect surgery are complex. Advances in technical excellence, technique and surgical innovation are important to the process and outcomes of surgery, as are operating room culture, surgeons' autonomy and training. These aspects of surgery need to continue to evolve with effective leadership, research and funding.

I break with convention and offer that the biggest gains for surgery are now to be realized through strengthening health systems' policies that affect surgery. Transformation and modernization of the policies affecting all aspects of surgical treatment are needed.

The demographic profile of Canada is greying. There will be more seniors in 10 years than there are now. This fact drives the imperative for improving health systems' surgery

policies. Governments, health systems, hospitals and surgeon leaders need to act now to strengthen health systems' policies that affect surgery.

Transforming and Modernizing Health Systems' Surgery Policy Making

I propose six areas for surgery policy transformation and modernization. These six areas complement traditional areas of surgical research and are aimed to redesign health systems' surgery policies while advancing health systems' objectives of improving equity across surgery.

- *Access to surgery:* There are interventions to address barriers to accessing specialty care and surgery. These interventions are available to policy makers, health systems, hospitals and surgeons to shorten delays in care, but have not yet been seen as policy priorities. The time is overdue for implementing solutions to improve access to specialty care and surgery.
- *Funding models:* In most provinces, hospitals are remunerated by the ministries of health or regions through a global budget, effectively a lump sum. Surgeons are remunerated based on the volume and type of surgeries they perform. The conflict in funding policies creates tensions between these policy actors. Innovative policies are needed to tie hospitals' incentives with surgeons' services, communities' needs for surgical care and communities' ability to support surgical patients' recoveries in their homes.
- *Contracting:* In some provinces, ministries of health contract with private for-profit surgical centres to provide select surgical services at no cost to the patient. New policies are needed that align contracted surgical services with communities' demand for surgery and local capacity constraints. Governments' ministries of health should design and enact policies to determine which surgeries should be provided by public hospitals.
- *Appropriateness of surgery:* Surgery is unavoidable for some conditions, but regional variations in surgical utilization have not gone away – they have just lain dormant since the COVID-19 pandemic and governments have not revisited the contentious issue. Policy action is needed by governments' ministries of health to provide leadership regarding regional variations in utilization, health and outcomes. Policy action is likewise needed from all actors – governments, ministries of health, regulators and hospitals, to reduce low-value surgeries and duplicated imaging or tests that do not benefit patients.
- *Outcomes measurement:* Outputs from surgery have been measured using backward-looking and silo-ed indicators by the Canadian Institute for Health Information, provinces and territories. It is not enough to report surgical volumes, readmission rates or emergency department visit rates. Surgical outcome measurement policies need to be modernized by ministries of health

and hospitals. Modernization policies include mandates and infrastructure for prospectively collected outcome measures across episodes of surgical care. The science of patient-reported outcomes has significantly advanced and policies are needed to implement standardized patient-reported outcome measures in surgery that measure patients' perceptions of their symptom burden and functional status.

- *Technology adoption:* The pace of new technologies in healthcare is dizzying. To safeguard against reckless or ineffective technology spending, governments and their ministries of health should act as quarterbacks and implement technology policies that will yield the largest value to their health systems and their patients. The opportunity costs of spending "green dollars" on ineffective technologies are too high. Ministries of health policies should ensure that patients' data can be securely integrated between handheld device applications, surgeons' clinics, hospitals and privately paid or non-insured healthcare physical and mental healthcare providers, akin to a futuristic health information exchange.

Much work is needed to design and implement policies to improve surgical care systems in Canada. Why now? The pending avalanche of breakthrough therapies advancing through approvals will create a gaping hole in provincial healthcare budgets. Federal, provincial and territorial governments, medical associations, regulatory agencies, unions, hospitals and surgical leadership all need to make surgery a policy priority to minimize the risk to surgical programs.

This issue's content is based on *Healthcare Policy's* open call for surgery policy manuscripts in 2025. The submitted manuscripts were not hand-picked nor were topics pre-selected. All content progressed through the journal's editorial and peer review processes for rigor and policy relevance. The result is this issue's four Discussion and Debate papers, their rejoinders and three original surgical policy research papers.

I hope this issue stimulates discussion, debate and surgery policy activity or research in Canada. This journal looks forward to receiving surgery policy manuscripts in the future.

In This Issue

This issue's first Discussion and Debate article focuses on funding policy for elective surgery. Pinney and Sumner (2026) propose the development and implementation of bundled payment for episodes of high-volume surgery. Highlighting tensions between global budgets and fee-for-service funding policies, the editorial identifies opportunities for strong surgical leadership, outcome measures and clinical leadership in funding policy modernization.

A rejoinder on the topic of bundled payments is written by Zhang and Quinn (2026). The authors highlight important barriers to implementation of bundled payments for surgical episodes, including patients' lack of choice between providers, fragmented information systems between surgeons' clinics and hospitals, lack of technical expertise across ministries

of health, hospitals and funders. The rejoinder concludes that bundled payment for surgery may have the best opportunity for success with high-volume surgeries and thoughtful bundle definitions.

A second Discussion and Debate article points to operating room underutilization as a key aspect of improving access to surgical care. Eskander and Bardell (2026) propose measuring collectable time as a key indicator of the intensity of operating room use. The authors offer a number of policy steps to advance the collection and reporting of collectable time, including involvement of hospitals' administrators, the college(s) and ministries of health. The article concludes that these measures can be the foundation for efficiency improvement and best practices.

In response, a rejoinder notes that wait times for surgery are a complex multi-factor problem – of which optimizing operating room utilization is an important part. Urbach's (2026) rejoinder is complementary and discusses whether comprehensive reforms to fragmented surgical delivery systems and funding policies are needed to access specialist care. The author proposes a number of policy options, including team-based models of care and centralized referrals for improving access to surgeons.

Houston and Porter's (2026) Discussion and Debate article uses two clinical vignettes to demonstrate instances where safety protocols inhibit access to surgery. In the context of minimally invasive procedures and conscious sedation, patients are required to be accompanied home and cared for by a support person. This is not possible or practical for all. As the evidence base for post-procedure discharge instructions is thin, the article calls for shared decision-making policies that reflect patients' living situation and context, requiring policy changes by providers, institutions and regulatory bodies.

A rejoinder by Shah (2026) assesses the complexities in surgical treatment and post-discharge care described by Houston and Porter (2026). The author concurs that patient safety protocols can restrict access to surgical care and negatively affect equity of access. The author proposes a number of policy actions, including routine assessment of safety policies, policy accountability or ownership and weighing of access-related harms.

Policies associated with gynecological surgery are discussed in this issue's fourth Discussion and Debate article. Quinn and Brennand (2026) posit that gynecological surgery is affected by structural gender biases including remuneration, scheduling and gaps in innovation. The article proposes a number of policy actions available to redress the inequities affecting gynecological surgery and articulates the need for prioritizing this specialty's services.

Flexman and Lorello (2026) provide a rejoinder to Quinn and Brennand's article (2026) regarding biases associated with gynecological surgery. Flexman and Lorello (2026) concur that this speciality is negatively affected by biases that affect gynecological surgeons and their patients. The rejoinder offers that significant policy reforms are needed and span intersection areas of resource allocation, remuneration and transparency.

This issue of *Healthcare Policy* includes a research manuscript discussing whether First Nations with modern treaties or self-government have the authority to establish private and for-profit hospitals on their lands. Applying methods of documentation analysis, Crump and Hegazy (2026) question whether the *Canada Health Act* (CHA)'s (1985) provisions extend to healthcare delivered to patients on First Nations lands and whether there are First Nations-approved private health services models that are not subject to CHA restrictions. The authors conclude that there are important ambiguities regarding whether First Nations are possible sovereign healthcare providers with legal authority and jurisdictional basis to determine how care is delivered.

A second research article measures whether immigrants wait longer for elective general surgeries in British Columbia (Guo et al. 2026). Using population-based hospital and physician billing data linked with immigration data, wait times were calculated. The study found that immigrants waited longer for surgery than non-immigrants and visible minorities tended to wait the longest. The study concludes by proposing equity-focused interventions to address this difference in wait times.

The third research article assesses primary care physicians' awareness of Ontario Health's wait time information system (WTIS). Using an online survey sample design, the authors evaluated WTIS use among primary care physicians (Varkul et al. 2026). The authors reported that more than 90 per cent of respondents were unaware of the WTIS. The study concludes that increasing awareness of the WTIS is necessary and that surgeon-level wait time information is necessary.

In Memorandum

We would like to acknowledge the significant contributions of J.-P. Eskander to the scholarly community. His recent passing is a loss for his family and all of Canada. We also acknowledge the efforts of Tony Eskander in this issue of *Healthcare Policy*.

JASON M. SUTHERLAND, PHD
Editor-in-Chief
Director, Centre for Health Services and Policy Research
University of British Columbia
Vancouver, BC

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

References

- Canada Health Act* (R.S.C., 1985, c. C-6). Government of Canada. Retrieved March 27, 2026. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/>>.
- Crump, T. and M. Hegazy. 2026. Expanding Surgical Access in Canada Through Self-Governing First Nations. *Healthcare Policy* 21(3): 74–85. doi:10.12927/hcpol.2026.27832.

The Urgent Call for Reform in Surgical Policy Making in Canada

- Eskander, J.-P. and T. Bardell. 2026. Unlocking Surgical Capacity Through Collectable Time: A Multi-Level Policy Framework for Canadian Health Systems. *Healthcare Policy* 21(3): 36–42. doi:10.12927/hcpol.2026.27772.
- Flexman, A.M. and G.R. Lorello. 2026. Commentary: Gender Equity Is Essential for Optimal Surgical Prioritization: A Response to Quinn and Brennand. *Healthcare Policy* 21(3): 70–73. doi:10.12927/hcpol.2026.27833.
- Guo, M.Y., C. Li, A.A. Karimuddin and J.M. Sutherland. 2026. A Population-Based Comparison of Wait-Times for Common Elective General Surgery Procedures Between Immigrants and Non-Immigrants in British Columbia. *Healthcare Policy* 21(3): 86–99. doi:10.12927/hcpol.2026.27800.
- Houston, S. and A. Porter. 2026. When Safety Promotion Impairs Access to Care: Lessons From Endoscopy Across Canada. *Healthcare Policy* 21(3): 47–54. doi:10.12927/hcpol.2026.27836.
- Pinney, S. and G. Sumner. 2026. Improving Surgical Outcomes While Lowering Costs: The Case for a Bundled Payment Model for Surgical Episodes of Care. *Healthcare Policy* 21(3): 19–29. doi:10.12927/hcpol.2026.27839.
- Quinn, A.E. and E.A. Brennand. 2026. Efficiency Through Equity: Prioritizing Gynecologic Surgery to Improve Health System Performance. *Healthcare Policy* 21(3): 60–69. doi:10.12927/hcpol.2026.27834.
- Shah, H.A. 2026. Commentary: Simple Policy, Entrenched System: Lessons From Post-Sedation Accompaniment. *Healthcare Policy* 21(3): 55–59. doi:10.12927/hcpol.2026.27835.
- Urbach, D.R. 2026. Commentary: Improving Access to Surgical Care in Canadian Health Systems: Technology or Culture? *Healthcare Policy* 21(3): 43–46. doi:10.12927/hcpol.2026.27837.
- Varkul, O.J.S., N. Ivers, J.L. Takata, V. Giannakeas and D.R. Urbach. 2026. Use of Publicly Reported Surgical Wait Time Information by Community Family Physicians in Toronto, Canada. *Healthcare Policy* 21(3): 100–108. doi:10.12927/hcpol.2026.27801.
- Zhang, T. and A.E. Quinn. 2026. Commentary: Cost Savings Are Possible, But Success Is Not Guaranteed: Challenges of Bundled Payment in Canada. *Healthcare Policy* 21(3): 30–35. doi:10.12927/hcpol.2026.27838.

Appel d'urgence pour une réforme dans l'élaboration des politiques en matière de chirurgie au Canada

LE PRÉSENT NUMÉRO DE *POLITIQUE DE SANTÉ* PORTE SUR LES POLITIQUES EN matière de chirurgie au Canada. Ces politiques sont considérablement sous-évaluées du point de vue des systèmes de santé, car elles touchent des millions de Canadiens. Étant axé sur les politiques en matière de chirurgie, ce numéro constitue un effort pour inciter les décideurs et les chercheurs à progresser dans ce domaine important et à identifier d'autres sujets qui nécessitent une attention politique et des recherches supplémentaires afin d'améliorer la santé et le bien-être.

Les politiques en matière de chirurgie vont plus loin que la mesure du nombre de salles d'opération et de chirurgiens qui acceptent des patients ou encore, de la disponibilité des chirurgies assistées par robot. Ces politiques recourent un large éventail de sujets liés au services de santé, notamment le contexte des soins, le type de prestataires, les priorités de dépenses, l'innovation technique, la qualité des soins et les résultats en matière de santé. Les politiques en matière de chirurgie sont synonymes des politiques du système de santé.

Ces vingt dernières années, les politiques en matière de chirurgie ont été accaparées par l'inquiétude collective concernant l'accès aux soins. De mon point de vue, les temps d'attente sont en grande partie évitables – et dépendent des interventions politiques des gouvernements, des systèmes de santé, des hôpitaux et des chirurgiens. Cependant, puisque la constellation d'acteurs entourant ces politiques n'a pas posé des gestes significatifs pour améliorer l'accès à la chirurgie au Canada, les temps d'attente demeurent un indicateur important du rendement du système de santé – et de l'inaction.

Les forces qui affectent la chirurgie sont complexes. Les avancées en matière d'excellence technique, d'innovation et de techniques chirurgicales influent grandement sur les processus et les résultats, tout comme le font la culture dans les salles d'opération, l'autonomie des chirurgiens et leur formation. Ces aspects doivent continuer à évoluer grâce à un leadership, une recherche et un financement efficaces.

Je romps avec les conventions et propose que les plus grands gains en matière de chirurgie soient maintenant réalisables grâce au renforcement des politiques du système de santé qui affectent la chirurgie. Il est nécessaire de transformer et de moderniser les politiques qui touchent à tous les aspects des traitements chirurgicaux.

Le profil démographique du Canada est de plus en plus grisonnant. Il y aura plus de personnes âgées dans 10 ans qu'il n'y en a maintenant. Ce fait motive le besoin d'améliorer les politiques en matière de chirurgie dans les systèmes de santé. Les gouvernements, les systèmes de santé, les hôpitaux et les chirurgiens doivent agir maintenant pour renforcer les politiques qui touchent à la chirurgie.

Transformer et moderniser l'élaboration des politiques en matière de chirurgie dans les systèmes de santé

Je propose six secteurs pour la transformation et la modernisation des politiques en matière de chirurgie. Ces six secteurs complètent les secteurs traditionnels de la recherche dans le domaine et visent à repenser les politiques en matière de chirurgie dans les systèmes de santé, tout en faisant progresser les objectifs visant à améliorer l'équité en chirurgie.

- *Accès à la chirurgie* : Il existe des interventions pour éliminer les obstacles à l'accès aux soins spécialisés et à la chirurgie. Ces interventions sont à la disposition des décideurs politiques, des systèmes de santé, des hôpitaux et des chirurgiens pour raccourcir les délais, mais elles n'ont pas encore été considérées comme des priorités politiques. Il est grand temps de mettre en œuvre des solutions pour améliorer l'accès aux soins spécialisés et à la chirurgie.
- *Modèles de financement* : Dans la plupart des provinces, les hôpitaux sont rémunérés par les ministères de la santé ou des régions au moyen d'un budget global, en fait une somme forfaitaire. Les chirurgiens sont rémunérés en fonction du volume et du type de chirurgie qu'ils effectuent. Le conflit dans les politiques de financement crée des tensions entre ces acteurs politiques. Des politiques innovantes sont nécessaires pour lier les mesures incitatives des hôpitaux aux services des chirurgiens, aux besoins des communautés en matière de soins chirurgicaux et à leur capacité à soutenir le rétablissement à domicile des personnes opérées.
- *Contrats* : Dans certaines provinces, les ministères de la santé concluent des contrats avec des centres chirurgicaux privés à but lucratif pour fournir certains services chirurgicaux sans frais au patient. De nouvelles politiques sont nécessaires pour aligner les services chirurgicaux sous contrat sur la demande des communautés en matière de chirurgie et en fonction des contraintes locales en matière de capacité. Les ministères de la santé devraient concevoir et mettre en œuvre des politiques pour déterminer quelles chirurgies doivent être effectuées par les hôpitaux publics.

- *Caractère approprié de la chirurgie* : La chirurgie est inévitable pour certains problèmes de santé, mais les variations régionales dans l'utilisation de la chirurgie n'ont pas disparu – elles sont simplement demeurées latentes depuis la pandémie de COVID-19 et les gouvernements n'ont pas réexaminé la question controversée. Une action politique est nécessaire de la part des ministères de la santé afin d'assurer un leadership en ce qui concerne les variations régionales en matière d'utilisation, de santé et de résultats. Une action politique est également nécessaire de la part de tous les acteurs – gouvernements, ministères de la santé, organismes de réglementation et hôpitaux – afin de réduire les chirurgies non nécessaires ainsi que la duplication d'imagerie ou de tests qui ne servent pas les patients.
- *Mesure des résultats* : L'Institut canadien d'information sur la santé, les provinces et les territoires mesurent les résultats chirurgicaux à l'aide d'indicateurs révolus et cloisonnés. Il ne suffit pas de signaler le volume des chirurgies, les taux de réadmissions ou les taux de visites à l'urgence. Les politiques de mesure des résultats chirurgicaux doivent être modernisées par les ministères de la santé et les hôpitaux. Cette modernisation doit prévoir des mandats et une infrastructure pour la mesure de résultats recueillis de manière prospective dans les épisodes de soins chirurgicaux. La science des résultats rapportés par les patients a considérablement progressé et des politiques seront nécessaires pour mettre en œuvre des mesures standardisées des résultats rapportés par les patients lors des interventions chirurgicales, afin de mesurer la perception qu'ont les patients de leur charge symptomatique et de leur état fonctionnel.
- *Adoption des technologies* : Le rythme des nouvelles technologies dans les soins de santé est étourdissant. Pour se prémunir contre des dépenses technologiques inconsidérées ou inefficaces, les gouvernements et leurs ministères de la santé devraient assurer le leadership et mettre en œuvre les politiques qui apporteront le plus de valeur pour les systèmes de santé et pour les patients. Les coûts d'opportunité de la dépense de « billets verts » sur des technologies inefficaces sont trop élevés. Les politiques des ministères de la santé devraient garantir que les données des patients puissent être intégrées en toute sécurité dans les applications mobiles, les cliniques de chirurgies, les hôpitaux, ainsi que chez les prestataires de soins de santé physique et mentale rémunérés par le secteur privé ou non assurés, ce qui s'apparente à un échange d'informations plutôt futuriste.

Il faudra redoubler d'efforts pour concevoir et mettre en œuvre des politiques visant à améliorer les systèmes de soins chirurgicaux au Canada. Pourquoi maintenant? L'avalanche imminente de thérapies révolutionnaires qui seront approuvées créera un trou béant dans les budgets provinciaux des soins de santé. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les associations médicales, les organismes de réglementation, les syndicats et les

gestionnaires des hôpitaux doivent tous faire de la chirurgie une priorité stratégique afin de minimiser les risques pour les programmes chirurgicaux.

Le contenu de ce numéro découle de l'appel lancé en 2025 par *Politiques de Santé* pour obtenir des articles sur les politiques en matière de chirurgie. Les manuscrits soumis n'ont pas été triés sur le volet et les sujets n'étaient pas présélectionnés. Tout le contenu a été soumis au processus éditorial de la revue et à l'examen des pairs afin d'en garantir la rigueur et la pertinence. Il en résulte quatre articles dans la section Discussions et débats, leurs répliques respectives ainsi que trois articles de recherche sur les politiques en matière de chirurgie.

J'espère que ce numéro stimulera la discussion, les débats ainsi que l'action et la recherche en matière de chirurgie au Canada. Nous espérons recevoir dorénavant d'autres manuscrits sur les politiques en matière de chirurgie.

Dans le présent numéro

Le premier article de la section Discussions et débats du présent numéro porte sur la politique de financement pour les interventions chirurgicales non urgentes. Pinney et Sumner (2026) proposent le développement et la mise en œuvre d'un paiement groupé pour les épisodes intenses de chirurgies. Soulignant les tensions entre les budgets globaux et les politiques de financement par la rémunération à l'acte, l'article identifie des occasions pour un leadership chirurgical fort, pour la mesure des résultats et pour un leadership clinique dans la modernisation des politiques de financement.

Zhang et Quinn (2026) proposent une réplique sur le sujet des paiements groupés. Les auteurs y soulignent d'importants obstacles à la mise en œuvre du paiement groupé pour les épisodes de soins chirurgicaux, notamment le manque de choix par les patients quant aux prestataires, la fragmentation des systèmes d'information entre les cliniques de chirurgie et les hôpitaux, ainsi que le manque d'expertise technique parmi les ministères de la santé, les hôpitaux et les bailleurs de fonds. La réplique conclut que le paiement groupé pour les chirurgies aurait les meilleures chances de fonctionner avec de hauts volumes de chirurgies et une définition bien réfléchie des offres groupées.

Le deuxième article de la section Discussions et débats souligne la sous-utilisation des salles d'opération comme un des aspects clés pour l'amélioration de l'accès aux soins chirurgicaux. Eskander et Bardell (2026) proposent de mesurer le temps non utilisé comme indicateur clé de l'intensité de l'utilisation des salles d'opération. Les auteurs proposent un certain nombre de mesures politiques pour faire progresser la collecte et la déclaration du temps non utilisé, notamment avec l'implication des administrateurs des hôpitaux, des collègues et des ministères de la santé. L'article conclut que ces mesures peuvent constituer la base d'une amélioration de l'efficacité et des pratiques exemplaires.

En réponse, une réplique à cet article indique que les temps d'attente pour une chirurgie sont un problème complexe qui comporte plusieurs facteurs, dont l'optimisation de l'utilisation des salles d'opération occupe une part importante. La réplique d'Urbach (2026)

est complémentaire et examine dans quelle mesure des réformes globales dans les systèmes fragmentés de soins chirurgicaux et dans les politiques de financement sont nécessaires pour un meilleur accès aux soins spécialisés. L'auteur propose un certain nombre de choix politiques, notamment des modèles d'équipes de soins et un aiguillage centralisé pour améliorer l'accès aux chirurgiens.

L'article de Houston et Porter (2026), dans la section Discussions et débats emploie deux vignettes cliniques pour démontrer des cas où les protocoles de sécurité freinent l'accès à la chirurgie. Dans le cadre des procédures minimalement invasives et de la sédation consciente, les patients doivent être accompagnés à domicile et pris en charge par une personne de soutien. Cela n'est pas possible ou pratique dans tous les cas. Comme les données de base concernant les consignes de départ postopératoire sont peu abondantes, l'article préconise d'élaborer des politiques pour une prise de décision partagée, lesquelles tiendraient compte de la situation et du contexte de vie des patients; ce qui demanderait des changements de politiques chez les prestataires, dans les institutions et dans les organismes de réglementation.

Une réplique de Shah (2026) évalue la complexité du traitement chirurgical et des soins après le congé d'hôpital décrits par Houston et Porter (2026). L'auteur convient que les protocoles de sécurité des patients peuvent restreindre l'accès aux soins chirurgicaux et affecter négativement l'équité d'accès. L'auteur propose un certain nombre d'actions politiques, notamment une évaluation de routine des politiques de sécurité, la responsabilité quant aux politiques et la mesure des dommages liés à l'accès.

La question des politiques associées à la chirurgie gynécologique est abordée dans le quatrième article de la section Discussions et débats. Quinn et Brennan (2026) postulent que la chirurgie gynécologique est affectée par des biais structurels liés au genre, notamment en ce qui concerne la rémunération, les horaires et les lacunes en matière d'innovation. L'article propose un certain nombre d'actions politiques pour remédier aux inégalités qui affectent la chirurgie gynécologique et démontre la nécessité de prioriser les services liés à cette spécialité.

Flexman et Lorello (2026) fournissent une réplique à l'article de Quinn et Brennan (2026) concernant les biais associés à la chirurgie gynécologique. Les auteurs s'accordent pour dire que cette spécialité est négativement affectée par les biais qui affectent les chirurgiens gynécologues et leurs patientes. La réplique indique que d'importantes réformes politiques sont nécessaires, notamment dans les domaines de l'allocation des ressources, de la rémunération et de la transparence.

Ce numéro de *Politiques de Santé* présente un article de recherche qui examine dans quelle mesure les Premières Nations qui ont signé des traités modernes ou qui jouissent d'une autonomie gouvernementale ont le pouvoir de créer des hôpitaux privés et à but lucratif sur leurs territoires. En appliquant des méthodes d'analyse documentaire, Crump et Hegazy (2026) se demandent si les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) (1985) s'étendent aux soins de santé dispensés aux patients sur les territoires des Premières Nations et s'il existe des modèles de services de santé privés approuvés qui ne sont pas assujettis aux

Appel d'urgence pour une réforme dans l'élaboration des politiques en matière de chirurgie au Canada

restrictions de la LCS. Les auteurs concluent qu'il y a beaucoup d'ambiguïté quant à savoir si les Premières Nations sont des fournisseurs de soins de santé souverains ayant l'autorité légale et la compétence pour déterminer de quelle façon les soins sont prodigués.

Un deuxième article de recherche se penche sur la question à savoir si les immigrants attendent plus longtemps pour des chirurgies générales non urgentes en Colombie-Britannique (Guo et al. 2026). Ils ont calculé les temps d'attente en utilisant les données de facturation des hôpitaux et des médecins liées aux données sur l'immigration. L'étude révèle que les immigrants attendent plus longtemps pour une intervention chirurgicale que les non-immigrants, et ce sont les minorités visibles qui ont tendance à attendre le plus longtemps. L'étude conclut en proposant des interventions axées sur l'équité afin de corriger cette différence dans les temps d'attente.

Le troisième article de recherche évalue la sensibilisation des médecins de soins primaires au Système d'information sur les temps d'attente de l'Ontario (SITA). Au moyen d'un sondage en ligne, les auteurs ont évalué l'utilisation du SITA chez les médecins généralistes (Varkul et al. 2026). Les auteurs indiquent que plus de 90 % des répondants ne connaissaient pas le SITA. L'étude conclut qu'il est nécessaire d'accroître la sensibilisation au SITA et que des informations sur les temps d'attente au niveau des chirurgiens sont nécessaires.

In memoriam

Nous tenons à reconnaître l'immense contribution de J.-P. Eskander à la communauté scientifique. Son décès est une perte pour sa famille et pour l'ensemble du Canada. Nous souhaitons également reconnaître l'apport de Tony Eskander au présent numéro de *Politiques de Santé*.

JASON M. SUTHERLAND, PHD
Rédacteur en chef
UBC Professor in Health Services and Policy
Centre for Health Services and Policy Research
Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C-B

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

Références

Crump, T. et M. Hegazy. 2026. Élargir l'accès à la chirurgie au Canada grâce à l'autonomie des Premières Nations. *Politiques de Santé* 21(3): 74–85. doi:10.12927/hcpol.2026.27832.

Eskander, J.-P. et T. Bardell. 2026. Libérer la capacité chirurgicale grâce au temps non utilisé : un cadre stratégique à plusieurs niveaux pour les systèmes de santé canadiens. *Politiques de Santé* 21(3): 36–42. doi:10.12927/hcpol.2026.27772.

Flexman, A.M. et G.R. Lorello. 2026. Commentaire : L'égalité des sexes est essentielle pour une priorisation chirurgicale optimale : une réponse à Quinn et Brennand. *Politiques de Santé* 21(3): 70–73. doi:10.12927/hcpol.2026.27833.

Guo, M.Y., C. Li, A.A. Karimuddin et J.M. Sutherland. 2026. Comparaison, basée sur la population, des temps d'attente pour les procédures chirurgicales générales non urgentes courantes chez les immigrants et les non-immigrants en Colombie-Britannique. *Politiques de Santé* 21(3): 47–54. doi:10.12927/hcpol.2026.27800.

Houston, S. et A. Porter. 2026. Quand la promotion de la sécurité nuit à l'accès aux soins : leçons tirées de l'endoscopie au Canada. *Politiques de Santé* 21(3): 43–46. doi:10.12927/hcpol.2026.27836.

Loi canadienne sur la santé (L.R.C., 1985, ch. C-6). Gouvernement du Canada. Consulté le 27 mars 2026. <<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>>.

Pinney, S. et G. Sumner. 2026. Améliorer les résultats chirurgicaux tout en réduisant les coûts : arguments en faveur d'un modèle de paiements groupés pour les épisodes de soins chirurgicaux. *Politiques de Santé* 21(3): 19–29. doi:10.12927/hcpol.2026.27839.

Quinn, A.E. et E.A. Brennand. 2026. L'efficacité au moyen de l'équité : prioriser la chirurgie gynécologique pour améliorer la performance du système de santé. *Politiques de Santé* 21(3): 60–69. doi:10.12927/hcpol.2026.27834.

Shah, H.A. 2026. Commentaire : Politique simple, système ancré : leçons tirées de l'accompagnement après une sédation. *Politiques de Santé* 21(3): 55–59. doi:10.12927/hcpol.2026.27835.

Urbach, D.R. 2026. Commentaire : Améliorer l'accès aux soins chirurgicaux dans les systèmes de santé canadiens : technologie ou culture? *Politiques de Santé* 21(3): 43–46. doi:10.12927/hcpol.2026.27837.

Varkul, O.J.S., N. Ivers, J.L. Takata, V. Giannakeas et D.R. Urbach. 2026. Utilisation de l'information publique sur les temps d'attente en chirurgie déclarée par les médecins de famille communautaires à Toronto, au Canada. *Politiques de Santé* 21(3): 100–108. doi:10.12927/hcpol.2026.27801.

Zhang, T. et A.E. Quinn. 2026. Commentaire : Les économies de coûts sont possibles, mais le succès n'est pas garanti : défis en matière de paiement groupé au Canada. *Politiques de Santé* 21(3): 30–35. doi:10.12927/hcpol.2026.27838.