

Au-delà de la COVID-19 :

Recommandations du GIAS pour une nation plus saine

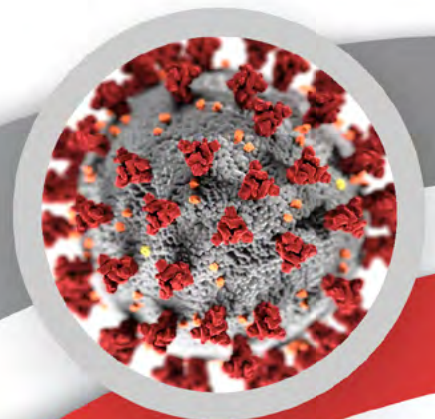


GIAS



Groupe d'intervention action santé

Un consensus pour 2020



Résumé

Le Groupe d'intervention action santé, aussi connu en anglais sous l'acronyme HEAL, est une coalition non partisane de 40 organismes nationaux voués à l'amélioration de la santé des Canadiens et des soins qu'ils reçoivent. Constitué en 1991, le GIAS représente aujourd'hui plus de 650 000 prestataires (et bénéficiaires) de soins de santé.

Nos associations membres représentent les prestataires de soins de santé réglementés travaillant dans le secteur public, dans les communautés et dans le secteur privé, ainsi que les organisations qui fournissent des services santé aux Canadiens. Nous sommes des intermédiaires essentiels pour les fournisseurs de soins de santé réglementés du Canada.

En 2016, au terme de plus de deux ans de recherches, d'étude et de réflexion, le GIAS a publié sa première déclaration de consensus, Le modèle canadien — Accélérer l'innovation et améliorer le rendement du système de santé. La déclaration Le modèle canadien 2.0, parue en 2018, a fait avancer la conversation, ajoutant de nouvelles recommandations dans les deux secteurs prioritaires déterminés par nos membres.

Les travaux de révision du Modèle canadien ont commencé en 2020, alors que déferlait la pandémie de COVID-19. En mars 2020, le GIAS a créé un groupe de travail COVID-19 pour s'assurer que les prestataires de soins de santé qu'il représente collectivement sont bien informés et équipés pour répondre efficacement à la pandémie, et que les communications entre le gouvernement et les prestataires sont rapides et précises au fur et à mesure que la crise se développait.

Au-delà de la COVID-19 : Recommandations du GIAS pour une nation plus saine présente les problèmes que nos membres ont constaté en première ligne, y compris les recommandations pour la préparation à la pandémie dans le futur, en plus de notre attention continue aux deux priorités de plaidoyer du GIAS auprès du gouvernement fédéral.

Section 1 : Préparation à la pandémie

Section 2 : Soins aux Canadiens âgés

Section 3 : Services de santé mentale

Introduction

Le gouvernement du Canada a agi rapidement pour mettre en place des mesures de grande envergure visant à soutenir la sûreté et la sécurité de tous les Canadiens, y compris les professionnels qui travaillent au service des personnes rendues vulnérables par la COVID-19. Bien que le gouvernement ait pris des mesures importantes pour atténuer les préoccupations physiques, psychologiques et économiques du pays, il faut faire davantage pour s'assurer que tous les Canadiens et Canadiennes soient soutenus et protégés en cette période de grave incertitude. Nous avons également une occasion et une responsabilité uniques de mettre en œuvre des changements structurels à long terme dans nos systèmes de soins de santé.

Nos recommandations mettent l'accent sur la nécessité d'atténuer davantage les répercussions des futures vagues de COVID-19, en particulier sur les aînés canadiens. Les effets durables de la pandémie sur la santé mentale et la consommation d'alcool et d'autres drogues, ainsi que le manque continu d'accès aux soins, doivent également être au premier plan des efforts du Canada.

Les établissements de soins de longue durée (SLD) canadiens ont connu des taux inacceptables de décès liés à la COVID-19. Ces pertes de vie tragiques, qui, en date de septembre 2020, représentaient près de 80 % des décès liés à la pandémie, sont en partie le résultat de décennies de négligence envers les SLD, notamment la dévalorisation des soins à domicile et le défaut structurel selon lequel les coûts accrus d'une population vieillissante sont supportés de façon disproportionnée par certaines provinces et certains territoires.

La crise de la COVID-19 a également mis à l'épreuve la santé mentale et la consommation problématique de substances psychoactives des Canadiens, qui doivent faire face à l'incertitude et au stress. Le GIAS estime qu'il est temps de reconnaître la santé mentale au même titre que la santé physique en faisant en sorte que les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux reconnaissent officiellement la parité entre la santé mentale et la santé physique.

Les événements récents démontrent, une fois de plus, que nous avons encore beaucoup à faire pour assurer la justice sociale envers les personnes racialisées. Nous devons notamment lutter pour la sécurité contre la violence et la discrimination, de même que pour l'accès à un revenu vital, à un logement adéquat et à des soins de santé, en plus de nombreux autres droits humains fondamentaux.

Le décès de Joyce Echaquan, 37 ans, survenu au Centre hospitalier de Lanaudière à Joliette le 28 septembre 2020, a suscité des appels à la lutte contre le racisme systémique dans les soins de santé à travers le pays. Cette femme est morte en criant à l'aide alors qu'elle subissait des violences verbales. La COVID-19 a également mis en lumière les lacunes dans les soins de santé dans les communautés autochtones, privées de nécessités essentielles comme l'eau potable, vivant dans des logements inadéquats et surpeuplés, sans accès aux télécommunications à large bande. Autant de facteurs qui empêchent le lavage fréquent des mains, la distanciation sociale et les soins virtuels.

En tant que coalition de 40 organisations nationales qui se consacrent à l'amélioration de la santé des Canadiens et de la qualité des soins qu'ils reçoivent, chaque organisation membre, ainsi que la coalition elle-même, s'engage à poursuivre la démarche de réconciliation pour mettre fin à la colonisation au Canada.

Le GIAS reconnaît également l'urgence de s'attaquer au changement climatique. Pour citer l'Organisation mondiale de la santé dans son rapport en ligne de février 2019 : « les effets globaux du changement climatique sur la santé risquent d'être extrêmement négatifs. Le changement climatique affecte les déterminants sociaux et environnementaux de la santé — air pur, eau potable, nourriture suffisante et logement sûr ».

Alors que nous nous préparons à l'impact futur de la COVID-19 et que nous attendons la reprise, nous devons soutenir non seulement l'économie, mais aussi la santé de notre nation.

1. PRÉPARATION À LA PANDÉMIE

Le GIAS a créé un groupe de travail COVID-19 pour coordonner ses efforts durant la pandémie. Le mandat de ce groupe est de faciliter l'échange d'informations cohérent et opportun et l'action des travailleurs de la santé, des administrateurs, des autorités fédérales, provinciales et territoriales pour aider à contenir et à atténuer la crise. Le groupe de travail a tenu sa première réunion le 30 mars 2020 et s'est réuni toutes les semaines ou toutes les deux semaines depuis lors. Il a partagé ses conclusions et recommandations avec les fonctionnaires et les élus sur une base régulière.

Dans cette section, nous souhaitons partager certaines des riches informations recueillies jusqu'au 31 juillet 2020 par ce groupe de travail, et proposer des recommandations spécifiques en réponse à la COVID-19.

Enjeux clés :

En mars 2020, le GIAS a mené une enquête auprès de ses 40 membres représentant plus de 650 000 professionnels de la santé afin d'identifier leurs principaux problèmes liés à la COVID-19. Parmi les plus souvent mentionnés :

- **Exposition à la COVID-19 en milieu de travail et risque qu'il représente pour les travailleurs de première ligne et, par extension, pour leur famille. (79 %)**
- **Santé mentale des employés, des collègues et de ceux qui travaillent en première ligne de l'épidémie. (67 %)**
- **Perte probable de revenus en raison de la fermeture de cliniques, y compris l'impact sur leurs employés, ainsi que les problèmes d'admissibilité à l'assurance-emploi. (67 %)**
- **Rareté croissante des équipements de protection nécessaires à l'exercice de leurs fonctions professionnelles dans les semaines ou les mois à venir (c'est-à-dire masques, gants, etc.). (64 %)**
- **Besoins des populations spéciales ou marginalisées concernant la COVID-19 et son atténuation. (48 %)**
- **Étudiants des sciences de la santé qui ne peuvent plus trouver de place pour terminer leur programme, voient leurs cours annulés et voient parfois leurs examens de confirmation et d'entrée en pratique reportés. (48 %)**
- **Manque potentiel d'espace dans les hôpitaux et les cliniques, ou manque de ressources humaines ou de soins de santé, pour traiter les patients atteints de maladies graves autres que la COVID-19. (48 %)**

Si ces thèmes sont apparus au début de la pandémie, nombre d'entre eux sont restés au premier plan de nos discussions, et de nouveaux thèmes sont apparus.

Les lacunes suivantes ont été régulièrement soulevées :

ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI): Absence de directives cohérentes et claires sur les protocoles (manque de cohérence entre les provinces et territoires), les coûts, la formation à l'utilisation. Accès prioritaire à la santé publique au détriment des soins privés. Accès prioritaire aux hôpitaux par rapport aux soins de longue durée et aux soins à domicile. Manque de cohérence et de spécificité des directives relatives aux procédures médicales de génération d'aérosols.

FARDEAU DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE : Manque de protection des travailleurs et de leur famille, stress et anxiété, épuisement professionnel, planification des ressources mal coordonnée.

ADOPTION RAPIDE DES SOINS VIRTUELS : La télésanté a connu un boom pendant la COVID-19. Bien qu'il y ait eu résistance à son adoption, il s'agissait souvent du seul moyen de voir les patients et, par conséquent, les obstacles à l'adoption ont considérablement diminué. Toutefois, l'adoption à plus grande échelle a été entravée par l'absence de remboursement cohérent (public et privé) entre les provinces, les territoires et les professions, par la portée réglementaire limitée de la pratique, par les limites de la bande passante, par le manque de ressources éducatives pour le patient et le prestataire, par le manque de plateformes de télésanté, par les cybermenaces, par les préoccupations en matière d'assurance responsabilité professionnelle et par les problèmes d'agrément des professionnels hors de leurs frontières provinciales ou territoriales.

CONTRAINTES FINANCIÈRES : De nombreux professionnels, en particulier ceux travaillant en cabinet privé, ont dû fermer leurs cliniques à des patients non urgents. Ils ont souffert financièrement ce qui a mis en péril la viabilité de leurs cliniques. Les mesures de secours fédérales ont été très appréciées, mais leur mise en œuvre a souvent été confuse et n'a pas répondu aux attentes.

SANTÉ MENTALE : Le stress, l'anxiété et l'isolement social ont atteint un sommet en raison de la COVID-19. Ils ont touché tout le monde : les patients, les prestataires et la population en général.

VENTILATEURS : S'assurer que le bon équipement est déployé et que les thérapeutes sont correctement formés (ce problème a été résolu en resserrant la collaboration entre l'Agence de la santé publique (ASPC) et la Société canadienne des thérapeutes respiratoires.

RISQUE NUTRITIONNEL : Manque de ressources pour assurer une nutrition et une hydratation de qualité et suffisantes dans les établissements de soins de longue durée. Anticipation d'une augmentation de la malnutrition des populations prioritaires de la communauté en raison de la COVID-19 et de l'exacerbation des conditions chroniques préexistantes.

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE : L'impact financier de la pandémie a entraîné une augmentation du nombre de Canadiens vivant dans une situation d'insécurité alimentaire.

DÉPISTAGE : Disponibilité des tests, logistique, validation des dispositifs de test, stockage des échantillons, traçage.

DIRECTIVES DE RETOUR AU TRAVAIL : Les lignes directrices pour la réouverture des cliniques ou pour travailler dans des environnements spéciaux comme les établissements de soins de longue durée manquaient de cohérence. Par exemple, les directives n'étaient pas toujours alignées sur la disponibilité des EPI et les professionnels de la santé étaient laissés à eux-mêmes pour trouver les produits nécessaires.

LISTES D'ATTENTE : De nombreuses procédures et traitements ont été reportés pour concentrer les ressources sur la COVID-19 et minimiser la propagation du virus. Il en a résulté un important arriéré, qui a eu un impact sur la santé physique et mentale des Canadiens. Lorsque les procédures non urgentes ont repris dans les hôpitaux, elles ont souvent créé une charge supplémentaire pour le personnel médical qui ne s'était pas encore remis de son épuisement après avoir soigné les patients atteints de COVID-19.

RECHERCHE : De nombreux programmes de recherche médicale ont été retardés ou annulés. Les sources de financement se sont épuisées.

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS : Les chaînes d'approvisionnement ont été perturbées dans le monde entier et, par conséquent, de nombreux médicaments sont tombés en pénurie ou en rupture de stock.

COHÉRENCE DES MESSAGES ET GESTION DES ATTENTES : Entre l'ASPC, les provinces (masques, retour à l'école, vaccins, deuxième vague, etc.).

IMPACT DISPROPORTIONNEL DE LA PANDÉMIE SUR LES FEMMES : La crise économique qui accompagne la pandémie a un impact disproportionné sur les femmes.

EFFETS INDÉSIRABLES SUR LES POPULATIONS MARGINALISÉES : Plusieurs études ont montré que les populations prioritaires étaient touchées de manière disproportionnée par le virus. Par exemple, de mai à la mi-juillet 2020, les personnes racialisées représentaient 83 % des cas COVID-19 à Toronto.¹ Ceci révèle des inégalités sociales et sanitaires qui sévissaient avant COVID-19 et qui persisteront à moins d'une action sociétale généralisée avec un leadership gouvernemental fort.

Hypothèses et recommandations

Le groupe de travail COVID-19 du GIAS a établi une liste d'hypothèses concernant les changements permanents, pour la plupart positifs, apportés aux soins de santé à la suite de cette pandémie :

- La télésanté va se généraliser.
- Les soins de longue durée aux personnes âgées et aux populations prioritaires dépendantes d'autres aides seront repensés.
- Les soins aigus devront être prêts pour les pandémies.
- Le travail à domicile deviendra la nouvelle norme.
- La gestion de l'approvisionnement en dispositifs médicaux, en fournitures et en produits pharmaceutiques reposera moins sur les chaînes logistiques mondiales et davantage sur les fournisseurs nationaux.
- La situation des délais d'attente pour les services de santé sera exacerbée.
- L'approche de la santé publique sera plus cohérente dans tout le pays.
- Nous tirerons les leçons de la pandémie et améliorerons notre capacité à faire face à de nouvelles crises.
- Les Canadiens suivront les avis scientifiques (par exemple, vaccination, distanciation sociale).

Nos recommandations

Le GIAS estime que les questions énumérées ci-dessus et les hypothèses sur ce qui est susceptible de changer de manière permanente après la COVID-19 peuvent être traitées en partie par nos deux champs d'intérêt prioritaires (personnes âgées et santé mentale) évoqués ci-dessus de même que par les six priorités suivantes :

- 1. Gestion de la charge de travail des RH** : Les travailleurs ont subi des niveaux élevés de stress et d'anxiété, et l'incertitude et l'ambiguïté de la pandémie aggravent le problème. Nous commençons à constater des pertes de productivité et multiplication des cas de dépression, dans un contexte de pression pour revenir à la « normale ». Nous devons permettre aux dirigeants et aux travailleurs de la santé de se reposer et de se rétablir, et trouver une solution pour traiter le retard accumulé sans taxer davantage une main-d'œuvre déjà débordée. Il n'est pas viable pour les travailleurs de la santé de première ligne de continuer à travailler à ce rythme.

- 2. Soutien aux travailleurs de la santé de première ligne :** Un soutien suffisant aux travailleurs de la santé de première ligne (TSPL) est également nécessaire pour reconnaître leurs contributions importantes, les risques qu'ils courent et que courent leurs familles, ainsi que le fardeau financier qu'ils ont assumé. Par exemple, l'Association médicale canadienne recommande que le gouvernement mette en place une déduction fiscale pour les familles des TSPL pendant la pandémie, en plus d'étendre l'éligibilité de la subvention commémorative aux familles des travailleurs sociaux de première ligne.²
- 3. Changement de comportement :** La gestion des attentes et des comportements du public et des travailleurs pour assurer le respect des orientations de santé publique (par exemple, masques, vaccins) est essentielle à notre capacité à contenir les pandémies. Des efforts devraient être faits pour appliquer la science du changement de comportement afin d'aider les individus à sentir qu'ils ont un certain contrôle sur la situation. Les autorités doivent prendre en considération l'angoisse causée par les risques de pandémie, l'incapacité de beaucoup de personnes à reprendre le travail en raison du confinement, et la rareté des fournitures et des ressources humaines.
- 4. Gestion de la chaîne d'approvisionnement :** Nous devons repenser la fabrication, la distribution et le stockage des médicaments, dispositifs et fournitures stratégiques et prévoir les incitations adéquates pour prévenir les pénuries. Au fil des ans, pour réduire les coûts et accroître l'efficacité, la fabrication de nombreux produits jadis fabriqués au Canada a été impartie à des manufactures étrangères. C'est ce qui s'est passé avec la plupart des grands fabricants d'appareils médicaux et de produits pharmaceutiques au Canada et ailleurs. La crise de la COVID-19 a mis en évidence la nécessité d'un accès local (canadien) aux biens stratégiques, comme les masques et les ventilateurs. Tout ce qui pourrait perturber le système logistique mondial nous priverait instantanément des produits dont nous avons tant besoin. Lorsque la demande dépasse l'offre, il s'ensuit une course mondiale à la sécurité des approvisionnements. Ainsi, les pays qui ont des poches plus profondes et un pouvoir d'achat plus important gagnent souvent la course. Comment aborder cette question? Nous devons trouver des incitations pour encourager les entreprises à produire des biens « stratégiques » au Canada en quantité suffisante. Les forces du marché pourraient ne pas suffire. Une fois cette crise passée, il est douteux que les hôpitaux et les consommateurs soient prêts à payer plus cher leurs produits simplement parce qu'ils sont fabriqués au Canada. Nous devons trouver de nouvelles incitations : Les gouvernements devraient-ils s'engager à acheter des produits d'origine canadienne? Pourrait-on taxer les importations stratégiques? Les prestataires de soins de santé devraient-ils se voir imposer des politiques d'achat au Canada par les autorités sanitaires provinciales ou territoriales? En août, le gouvernement fédéral a annoncé un nouvel investissement de cinq ans dans un centre de fabrication de masques N95 au Canada. Bien que cet effort soit le bienvenu, nous devons veiller à ce qu'il y ait des incitations à long terme pour garantir l'approvisionnement canadien au-delà d'un horizon de cinq ans.

- 5. Soins virtuels :** Nous devons continuer à soutenir l'adoption et l'expansion équitables des soins virtuels et investir dans l'innovation. Les gouvernements de tous les niveaux doivent toutefois collaborer pour lever les barrières à cette adoption : l'absence de remboursement cohérent (public et privé) entre les provinces, les territoires et les professions, la portée réglementaire limitée de la pratique, les limites de la bande passante, le manque de ressources éducatives pour le patient et le prestataire, le manque de plateformes de télésanté, les cybermenaces, les préoccupations en matière d'assurance responsabilité professionnelle et les problèmes d'agrément des professionnels hors de leurs frontières provinciales ou territoriales et autres. Il est essentiel de s'attaquer à ces obstacles pour garantir à tous les Canadiens un accès équitable aux soins de santé tout au long de la pandémie et au-delà.
- 6. Planification :** Le moment est venu de réfléchir, de tirer les leçons du passé et de planifier. Quelles sont les meilleures pratiques mondiales en matière de COVID-19? Quelles sont les priorités les plus pressantes? Quelles sont les principales sources d'information? Quels sont les processus décisionnels les plus appropriés? Avons-nous mis en place les bons protocoles de réponse? Avons-nous mis en place une délégation de pouvoir claire? Avons-nous toutes les ressources nécessaires et les bonnes chaînes d'approvisionnement? Il importe que nous réfléchissions aux enseignements tirés et que nous élaborions et mettions en œuvre des stratégies fondées sur ces enseignements et que nous passions à la deuxième vague et au-delà.

2. SOINS AUX CANADIENS ÂGÉS

La pandémie de COVID-19 a tragiquement mis en évidence les faiblesses et l'inadéquation des soutiens sanitaires offerts à la population âgée du Canada, spécialement les résidents des établissements de soins de longue durée. L'Institut national du vieillissement (INV) du Canada rapporte que près de 80 % des décès survenus depuis le début de l'épidémie ont eu lieu dans de tels établissements (INV, 2020).³ Alors que nous progressons dans la lutte contre la pandémie et que nous nous concentrons sur l'avenir, il est important de noter que d'ici 2036, plus de 25 % de la population canadienne aura plus de 65 ans. Puisque le coût des soins de santé augmente avec l'âge, la pression exercée par ce glissement démographique sur le système de soins de santé du Canada s'aggravera.⁴

Il en résulte que le Canada aura besoin d'une approche plus robuste en matière de soins à domicile et de services de santé communautaires pour les adultes plus âgés et les personnes vivant avec la démence. Au départ, le système de soins de santé était basé sur les médecins de soins primaires, les hôpitaux de soins aigus et les établissements de soins de longue durée. Aucun élément spécifique du système, tel qu'il avait été conçu au départ, n'incorporait la santé publique, les soins de santé communautaires comme les soins à domicile ou l'accès à une plus grande variété de professions et de spécialistes. Bien que ces mesures se soient développées au fil du temps, elles sont inégales à travers le pays en raison des décisions fiscales et politiques des provinces et territoires. Alors que le gouvernement fédéral, en 2017, s'est engagé à investir six milliards de dollars sur dix ans dans les soins à domicile, il faut en faire plus pour améliorer l'accès aux soins à domicile, communautaires et palliatifs nécessaires pour soutenir les Canadiens au fur et à mesure qu'ils vieillissent.

Le GIAS croit que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle clé pour faire en sorte que le système de soins de santé réponde efficacement et de manière appropriée aux défis posés par le vieillissement de la population canadienne. Les soins aux aînés constituent un enjeu complexe qui touche toutes les composantes du système de soins de santé. À ce titre, le GIAS a recensé plusieurs mesures concrètes qui pourraient permettre au gouvernement fédéral d'amorcer des changements importants.

Les premiers ministres provinciaux ont déjà appelé le gouvernement fédéral à augmenter le Transfert canadien en matière de santé (TCS) à 25 % du coût des soins de santé des provinces et des territoires afin de satisfaire les besoins d'une population vieillissante. Plutôt que d'amender la formule du TCS, le GIAS recommande d'ajouter un transfert démographique aux provinces et aux territoires, basé sur l'augmentation projetée des dépenses de santé associées au vieillissement de la population. Il est à noter qu'avant le discours du Trône du 23 septembre 2020, les premiers ministres des provinces ont relevé le seuil à 35 %, ce qui, selon eux, ajouterait 22 milliards de dollars supplémentaires par an au TCS.

.....

RECOMMANDATION 2.1 :

Accorder un transfert démographique complémentaire, alloué en fonction de l'augmentation des coûts des soins de santé provinciaux et territoriaux due au vieillissement de la population, avec une contribution fédérale fixée à la part actuelle du TCS en pourcentage des dépenses de santé des provinces et territoires.

.....

Soutenir une stratégie nationale sur la démence assortie des budgets et mesures de mise en œuvre nécessaires

Le GIAS félicite le gouvernement fédéral pour la publication, en juin 2019, de la Stratégie nationale sur la démence pour le Canada : Ensemble, nous y aspirons.⁵ Le budget 2019 prévoyait un financement initial de 50 millions de dollars sur cinq ans pour l'Agence de la santé publique du Canada, à partir de 2019-2020, afin de soutenir la mise en œuvre des principaux éléments de la stratégie. Ce financement s'ajoute aux 20 millions de dollars sur cinq ans annoncés dans le budget 2018 pour soutenir les projets communautaires qui s'attaquent aux problèmes de la démence.

Le Canada a pris des mesures historiques et positives pour améliorer les soins et le soutien aux personnes atteintes de démence avec le lancement de sa première stratégie nationale sur la démence et le financement engagé dans le budget 2019. Toutefois, pour que la stratégie soit pleinement mise en œuvre, elle aura besoin d'un financement supplémentaire et durable. L'investissement fédéral initial de 50 millions de dollars sur cinq ans ne sera pas suffisant pour répondre aux besoins futurs des plus d'un demi-million de Canadiens qui vivent aujourd'hui avec la démence.

La Société Alzheimer a demandé un investissement de 150 millions de dollars sur cinq ans dans la stratégie nationale sur la démence.⁶ Avec le vieillissement de la génération du baby-boom, le nombre de Canadiens atteints de démence devrait doubler d'ici la fin de la décennie. La pandémie COVID-19 a fait ressortir l'urgence de financer et de mettre en œuvre intégralement la stratégie nationale sur la démence. Plus des deux tiers des résidents des maisons de soins de longue durée sont atteints de démence, la plupart étant des femmes.

.....

RECOMMANDATION 2.2 :

Porter à 150 millions de dollars l'investissement initial de 50 millions de dollars sur cinq ans dans la stratégie nationale sur la démence afin de garantir des progrès mesurables et rapides dans la réalisation de la vision de la stratégie et des objectifs nationaux.

.....

Mise en œuvre de normes nationales pour les soins de longue durée

Des interventions immédiates sont nécessaires pour garantir que les établissements de soins de longue durée du Canada sont en mesure de mettre en place des mesures de lutte contre les infections, qu'ils disposent d'un personnel suffisant pour fournir des soins de qualité et que la bonne combinaison de professionnels de la santé réglementés est en place pour garantir que les besoins complexes des résidents en matière de santé sont satisfaits.

Le GIAS se joint à la Société royale du Canada (SRC) pour demander au gouvernement fédéral d'élaborer et de mettre en œuvre des normes nationales fondées sur des preuves pour les établissements de soins de longue durée⁷. Ces normes devraient mettre l'accent sur la combinaison des ressources humaines et du personnel de santé, sur la formation de la main-d'œuvre qui comprend les soins palliatifs et les soins de fin de vie⁸ et sur d'autres mesures de soutien sur le lieu de travail nécessaires pour garantir que les résidents des établissements de soins de longue durée ont accès à des soins sûrs et de qualité dans un environnement de travail sûr.

.....

RECOMMANDATION 2.3 :

En collaboration avec les provinces et les territoires, établir et mettre en œuvre immédiatement des normes nationales fondées sur des données probantes pour les établissements de soins de longue durée.

.....

Investir dans les soins à domicile et en milieu communautaire pour assurer le vieillissement chez soi

Les Canadiens ne souhaitent pas vivre leurs derniers jours dans des maisons de retraite ou des institutions. Les personnes âgées souhaitent en très grande majorité rester chez elles ou, comme on dit dans les milieux de la politique de santé, vieillir chez soi.^{9, 10, 11} Il existe un consensus au sein de la communauté des politiques et de la recherche autour des facteurs clés nécessaires pour permettre le vieillissement chez soi — un revenu adéquat, des liens sociaux, des soutiens communautaires, le transport, la sécurité et la capacité à maintenir le bien-être physique, l'indépendance et la qualité de vie.^{12,13}

Les Canadiens ne pourront pas tous vieillir chez eux — certains devront vieillir dans des établissements de soins de longue durée (maisons de retraite) pour gérer leurs besoins complexes. Mais pour de nombreux Canadiens, l'augmentation des investissements dans la promotion de la santé (tant physique que mentale) et la prévention des maladies, ainsi qu'une approche plus solide des soins à domicile et en milieu communautaire, laissent espérer une meilleure qualité de vie et une meilleure santé à mesure qu'ils vieillissent. Un système de soutien communautaire et de soins à domicile bien organisé, associé à un système de soins de longue durée sûr et solidaire, permettra également d'alléger la pression sur le système de soins aigus et d'éliminer de nombreuses lacunes dans le continuum des soins qui font que trop souvent des personnes âgées auparavant indépendantes se retrouvent à l'hôpital ou dans des établissements de soins de longue durée.

Les soins prodigués aux personnes âgées fragiles, aux personnes souffrant de maladies chroniques, aux personnes se remettant d'une maladie ou d'une blessure et aux personnes en fin de vie sont dispensés à domicile et non dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée.

Au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19, au Canada, les hôpitaux se sont préparés à une recrudescence de cas de COVID-19, déplaçant de nombreuses personnes âgées hospitalisées vers des établissements de soins de longue durée. Les autorités ont annulé les « visites non urgentes » au début de la pandémie afin de planifier la capacité de pointe des hôpitaux. Pour prévenir la propagation du virus, les provinces et territoires ont jugé que les services de soins à domicile n'étaient pas essentiels. La charge des familles et des aidants naturels s'est également accrue, et les personnes n'ont pas reçu le soutien habituellement fourni par le personnel de soins à domicile, réglementé ou non.

La COVID-19 a compliqué le maintien des procédures de contrôle des infections dans les milieux de soins rapprochés comme les maisons de soins infirmiers. Elle a également renforcé l'impact sur les travailleurs et les personnes âgées qui y résidaient. L'isolement, la négligence, la déshydratation, la malnutrition et les décès potentiellement évitables étaient quelques-uns des impacts négatifs des éclosions de COVID-19 non contrôlées dans les établissements de soins de longue durée. Bien que plusieurs facteurs aient influencé les résultats dévastateurs de la première vague de COVID-19, on doit citer en premier lieu la proportion élevée de personnes âgées canadiennes vivant dans des établissements de soins de longue durée par rapport à celles qui reçoivent des services à domicile.

La pandémie a mis en évidence que les soins à domicile et en milieu communautaire sont indispensables à la sécurité des personnes âgées canadiennes et que les soins à domicile seront essentiels dans la lutte contre les futures vagues de COVID-19. Un financement supplémentaire est nécessaire pour fournir des soins aux populations prioritaires tout en limitant l'exposition à la COVID-19 par le recours accru aux soins à domicile avant et pendant les futures vagues du virus. Des fonds devraient également être alloués à la formation des professionnels de la santé travaillant dans ce cadre, afin qu'ils acquièrent des compétences de base en matière de soins palliatifs et procurer ainsi aux personnes en fin de vie des services plus rapides, plus efficaces et plus compatissants.

Reconnaissant que la communauté contribue à créer un effet global pour mieux soutenir les personnes âgées qui sont aux prises avec une maladie grave, il faut des fonds pour mobiliser les collectivités selon le modèle des communautés compatissantes. Cette approche permet aux communautés locales de fournir un soutien physique, émotionnel, social, spirituel et pratique aux patients, aux familles et aux soignants¹⁴.

La prestation de soins et de soutien à domicile permet aux hôpitaux de renvoyer les patients cliniquement stables dans un cadre de soins plus sûr et offre des alternatives aux établissements de soins de longue durée pour les personnes âgées fragiles et les populations prioritaires qui sont particulièrement menacées par le COVID-19.

.....

RECOMMANDATION 2.4 :

En collaboration avec les provinces et les territoires, augmenter les investissements dans les soins communautaires, à domicile et en centre de longue durée pour répondre aux besoins de notre population âgée et garantir à tous les soins et services nécessaires, dans le cadre approprié, au bon moment et par le bon prestataire.

.....

Favoriser un vieillissement actif et en bonne santé

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) définit le vieillissement en bonne santé comme « l'optimisation des possibilités de santé physique, sociale et mentale pour permettre aux personnes âgées de prendre une part active dans la société sans discrimination et de jouir d'une indépendance et d'une qualité de vie ». ¹⁵ Un vieillissement en bonne santé permettrait d'améliorer le bien-être et de réduire la dépendance à l'égard du système de soins de santé au fil du temps, mais nécessite un changement culturel pour y parvenir. Les personnes âgées continuent de contribuer de manière importante à l'économie et à la main-d'œuvre canadiennes ainsi qu'à leurs communautés. Elles apportent également un soutien bénévole considérable à de nombreuses personnes et s'occupent des membres de leur famille et de leurs amis.

L'état de santé et la qualité de vie, par exemple, peuvent être considérablement affectés par la détection, la prévention, l'éducation et le traitement de la malnutrition dans la communauté. Près de la moitié des adultes âgés admis à l'hôpital souffrent de malnutrition, ce qui entraîne des séjours hospitaliers plus longs et ajoute deux milliards de dollars aux coûts annuels du système de santé¹⁶. Un autre exemple est celui de la réduction des chutes, principale cause d'hospitalisation liée à des blessures chez les personnes âgées au Canada, qui peut avoir un impact considérable sur l'état de santé et la qualité de vie. Les programmes de nutrition et d'exercice physique qui améliorent les connaissances, l'équilibre, la mobilité¹⁷ et la force sont l'un des moyens les plus efficaces et les moins coûteux d'améliorer la stabilité d'une personne. Les restrictions et les mesures de confinement imposées à la population pour gérer et réduire le risque d'exposition à la COVID-19 ont entraîné une réduction des possibilités d'activité physique

— tendance préoccupante, en particulier pour les adultes âgés, chez qui lesquels le maintien de l'indépendance est lié à l'évitement d'un comportement sédentaire grâce à un mode de vie actif¹⁸. Il est également prévu que l'isolement accru des personnes âgées pendant la COVID-19 a eu un impact supplémentaire sur l'incidence de la malnutrition.

Les activités et programmes de prévention offerts par les équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires peuvent aider les aînés à maintenir ou à améliorer leur santé par la gestion des maladies et des états chroniques. De telles initiatives pourraient également améliorer l'engagement social des aînés et prévenir le déclin cognitif. Les services d'une équipe de soins primaires interprofessionnelle et coordonnée peuvent contribuer à réduire les hospitalisations et à accroître l'indépendance de la communauté, avec des économies à long terme.

L'impossibilité de se procurer une alimentation adéquate au Canada est un problème de santé publique. Vivre dans un foyer qui n'a pas les moyens de se nourrir suffisamment est associé à une santé physique, mentale et sociale moins bonne.¹⁹ Il a été démontré que les politiques gouvernementales qui ont favorisé des revenus adéquats au Canada réduisent efficacement l'insécurité alimentaire, telles que les programmes de sécurité de la vieillesse et de supplément de revenu garanti. Ces programmes ont entraîné une diminution de l'insécurité alimentaire chez les personnes âgées en garantissant que les personnes âgées disposent au moins du montant minimum d'argent pour subvenir à leurs besoins fondamentaux²⁰; cependant, le revenu reste le principal indicateur de l'insécurité alimentaire chez les personnes âgées²¹.

.....

RECOMMANDATION 2.5 :

Accroître les programmes visant à soutenir l'activité physique, la nutrition, la prévention des blessures, la santé mentale et un revenu suffisant pour les Canadiens âgés.

.....

Soutenir les communautés adaptées aux personnes âgées

L'ASPC suggère que « dans une communauté adaptée aux personnes âgées, les politiques, services et structures liés à l'environnement physique et social soient conçus pour aider les personnes âgées à vieillir activement »²².

Cette approche est soutenue depuis longtemps par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui la juge importante pour promouvoir la santé et le bien-être de notre population vieillissante²³. En outre, le fait de rendre les communautés accessibles aux personnes âgées encourage celles-ci à s'engager dans des activités communautaires et crée une culture de respect, de connectivité et d'autonomisation personnelle²⁴.

.....

RECOMMANDATION 2.6 :

Soutenir une approche adaptée à l'âge en tenant compte des besoins des Canadiens âgés lors de la conception des bâtiments, des trottoirs, des systèmes de transport et d'autres aspects de l'environnement bâti, et aider les personnes âgées à rester actives dans tous les domaines de la vie communautaire.

.....

Comblant la fracture numérique

La technologie a entraîné de nombreux changements pour tous les membres de la société, y compris les personnes âgées²⁵. Les personnes âgées ont ressenti cet impact de nombreuses manières, qu'il s'agisse de la nécessité d'accéder à des informations sur la santé par Internet ou d'apprendre à utiliser un téléphone mobile pour rester en contact social²³. On verra se multiplier les applications de la technologie pour favoriser un vieillissement actif et en bonne santé, des visites médicales virtuelles aux détecteurs de chutes, en passant par les rappels de tâches pour gérer les maladies chroniques²³. Sans accès à une connectivité Internet abordable, fiable et durable, des services et programmes importants ne seront pas accessibles à toutes les personnes âgées.

.....

RECOMMANDATION 2.7 :

Fournir un soutien aux personnes âgées afin de maximiser leur utilisation des technologies numériques telles que les soins virtuels et les programmes de bien-être.

.....

Création d'une stratégie pancanadienne pour les aidants naturels

La pandémie de COVID a entraîné une reconnaissance accrue de la place légitime des aidants naturels en tant que partenaires essentiels des soins.²⁶ Un aidant naturel est une personne qui assume un rôle de soignant non rémunéré pour une personne qui a besoin d'aide en raison d'un état physique ou cognitif, d'une blessure ou d'une maladie chronique débilante. Le GIAS appuie les mesures qui reconnaissent et soutiennent leur rôle essentiel, et l'action sur ce front doit être une priorité immédiate.

Les aidants qui s'occupent d'un membre de leur famille ou d'un ami, que ce soit dans un foyer ou une résidence de soins de longue durée, sont souvent eux-mêmes confrontés à toute une série de problèmes de santé (physiques, mentaux, sociaux) et à d'autres conséquences, notamment le stress financier résultant de leur rôle et de leurs tâches d'aidants. De nombreux aidants sont eux-mêmes des personnes âgées qui peuvent avoir leurs propres besoins sanitaires et sociaux. Le rôle de l'aidant naturel pendant la pandémie de COVID-19 a été plus difficile que jamais en raison du manque de soutien et, dans le cas des soins de longue durée, de l'incapacité à soutenir correctement la famille en raison des épidémies et des politiques de visite restrictives. Souvent, les programmes de soutien financier ne soutiennent pas les personnes les plus démunies, comme les crédits d'impôt non remboursables.

Près de la moitié (46 %) des Canadiens âgés de 15 ans et plus, soit 13 millions de nos concitoyens, ont prodigué des soins à un membre de leur famille ou à un ami souffrant d'un problème de santé chronique, d'un handicap ou du vieillissement. Les principaux bénéficiaires de ces soins sont les personnes âgées (28 %). L'aide ainsi apportée par les proches représenterait, si on devait la rémunérer, plus de 25 milliards de dollars. Plus de deux millions de Canadiens peuvent vivre en toute sécurité chez eux grâce au soutien des aidants naturels qui assurent plus de 80 % des besoins en matière de soins personnels.

Pour mieux soutenir les Canadiens âgés et leurs aidants, nous devons créer une stratégie pancanadienne sur les aidants naturels, soutenue par une législation nationale sur les aidants naturels qui définit et renforce les droits et la reconnaissance des aidants dans le système de santé et d'aide sociale. L'extension à 35 semaines de la Prestation pour proches aidants d'adultes et son admission à un remboursement permettraient de répondre aux besoins des aidants à faible revenu.

L'adoption de normes de travail favorables aux aidants par le biais d'incitations fiscales pour les entreprises et le soutien à la création d'organismes de soutien direct aux aidants sont des mesures supplémentaires qui permettraient de renforcer le soutien aux aidants dans le cadre d'une stratégie pancanadienne pour les aidants.

.....

RECOMMANDATION 2.8 :

Créer une stratégie pancanadienne sur les aidants naturels comprenant une législation nationale qui définit et renforce les droits et la reconnaissance des aidants naturels dans le système de santé et d'aide sociale, et mettre à la disposition des aidants naturels une aide financière accrue, par le biais de prestations, de crédits d'impôt et de la protection d'emploi, pour s'assurer qu'ils ne sont pas pénalisés financièrement pour avoir assumé un rôle d'aidant naturel, y compris ceux qui sont en soins de longue durée.

.....

3. SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Alors que nous continuons à rester chez nous, à pratiquer la distanciation physique et à envisager des jours meilleurs, nous reconnaissons que le confinement, l'insécurité d'emploi, la perte d'emploi et l'inquiétude pour nous-mêmes et nos proches imposent un lourd tribut. Une récente enquête menée par le Conference Board du Canada et la Commission de la santé mentale du Canada détaille ces préoccupations qui sous-tendent le déclin de notre santé mentale collective.²⁷

L'isolement et l'éloignement physique prolongés peuvent entraîner une augmentation de la dépression, de l'anxiété, des crises suicidaires, des crises domestiques et de la violence. Le GIAS s'inquiète de l'impact à long terme de la pandémie sur la santé mentale et la consommation de psychotropes, ainsi que sur les Canadiens souffrant de graves déficiences physiques, mentales, intellectuelles, cognitives ou sensorielles qui ont été touchés de manière disproportionnée.

Bien que des programmes et des initiatives tels qu'Espace mieux-être Canada fournissent (en ligne) des informations importantes et des outils éducatifs sur la manière de faire face aux effets de COVID-19 sur la santé mentale, de nombreuses personnes connaissent déjà de longs délais d'attente pour accéder à des traitements de santé mentale et de toxicomanie problématique avant la pandémie. Par exemple :

- **Quatre-vingt-quatorze pour cent** des Canadiens pensent que les régimes de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient couvrir les soins de santé mentale (2019).²⁸
- **Une majorité (89 %)** déclare qu'il faut augmenter le financement pour améliorer l'accès aux professionnels de la santé mentale (y compris les psychologues et les conseillers).²⁹
- **Cinquante-trois pour cent** des Canadiens déclarent connaître une personne qui a eu un problème de santé mentale ou une maladie mentale et qui a connu des retards dans l'accès aux services (2019).³⁰
- **Cinquante-cinq pour cent** des Canadiens se sont déclarés insatisfaits des temps d'attente pour les praticiens de santé mentale financés par l'État, et **20 %** disent avoir dû demander et payer des services de santé mentale privés en raison de longs temps d'attente ou du manque de services de santé mentale financés par l'État (2019).³¹
- **Cinq millions de Canadiens** n'ont pas de médecin de famille.³²
- **Quatre-vingts pour cent** des Canadiens comptent sur leur médecin de famille pour leurs besoins en matière de santé mentale, et beaucoup d'entre eux n'ont pas le soutien, les ressources ou le temps nécessaires pour traiter les patients atteints de maladies mentales.³³

Les Nations unies ont récemment reconnu que la pandémie COVID-19 a mis en évidence des décennies de négligence et de sous-investissement dans la satisfaction des besoins en matière de santé mentale. Le GIAS croit que le gouvernement fédéral peut faire davantage pour aider les provinces et les territoires (en plus des programmes dont ils ont la responsabilité principale) et veiller à ce que ceux qui ont besoin de soins de santé mentale puissent y avoir accès en temps opportun lorsqu'ils en ont besoin.

Aujourd'hui et à l'avenir, plus de Canadiens auront besoin d'accéder aux soins de santé mentale, et non moins. Pour s'assurer que les personnes qui ont besoin de soins de santé mentale ont accès en temps opportun, les gouvernements doivent passer d'un système de santé axé sur le fournisseur à un système de santé axé sur le patient et les services. Les gouvernements doivent financer des soins fondés sur des données probantes, dispensés par le prestataire de soins de santé ou l'équipe formés et autorisés à le faire. À l'heure actuelle, la majeure partie des soins de

santé mentale et de toxicomanie problématique est dispensée par des prestataires non-médecins, tels que des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychothérapeutes et des ergothérapeutes, en plus d'autres prestataires de santé réglementés, comme les diététiciens, qui font partie d'équipes de santé mentale et dispensent des soins aux personnes.

.....

RECOMMANDATION 3.1 :

Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires, et d'autres intervenants clés, accroître le financement pour des services de santé mentale durables et fondés sur des données probantes et des soutiens pour répondre à la demande croissante d'accès en temps opportun aux soins de santé mentale.

.....

Pour faire avancer les discussions entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, il serait pratique de s'appuyer sur les récents accords bilatéraux décennaux qui ont été signés en 2017. Bien que les conditions financières des cinq dernières années doivent encore être négociées, la pandémie mondiale de COVID-19 accélère le besoin de discussions et de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Comme point de départ, le GIAS appuie la position de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) selon laquelle les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient investir au moins 9 % de leurs dépenses de santé publique dans les programmes et services de santé mentale.³⁴ En supposant que la part fédérale des dépenses de santé publique devrait être de 25 % des dépenses de santé provinciales-territoriales,³⁵ la part fédérale totale pour la santé mentale est de 777,7 millions de dollars par année.³⁶ Sachant que le gouvernement fédéral verse déjà 500 millions de dollars par année dans le cadre des ententes bilatérales de 2017 avec les provinces et les territoires, la contribution annuelle supplémentaire minimale devrait s'élever à 277,5 millions de dollars.³⁷

Parité en matière de santé mentale, normes nationales et performance du système

Dans son discours du Trône du 5 décembre 2019, le gouvernement fédéral s'est engagé à « renforcer les soins de santé et à travailler avec les provinces et les territoires pour s'assurer que tous les Canadiens reçoivent les soins de qualité qu'ils méritent ».

Cet engagement a été clarifié dans la lettre de mandat du premier ministre à la ministre de la Santé, qui a demandé à cette dernière de « fixer des normes nationales pour l'accès aux services de santé mentale afin que les Canadiens puissent avoir rapidement accès à l'aide dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin ».

Bien que Santé Canada ait lancé un processus de consultation pour examiner les questions de définition liées à ce qui constituerait des normes nationales pour l'accès aux services de santé mentale, la question se pose également de savoir comment le gouvernement fédéral mettrait en œuvre ces normes.

Le GIAS est encouragé par les engagements pris dans le discours du Trône du 23 septembre 2020 pour améliorer l'accès aux ressources en matière de santé mentale. La question reste de savoir comment le gouvernement fédéral mettra en œuvre ces normes au niveau national.

Si elles étaient adoptées dans une loi fédérale, le gouvernement pourrait choisir de modifier l'actuelle Loi canadienne sur la santé (LCS) ou de présenter un nouveau texte législatif tel qu'une Loi sur la parité en santé mentale (LPSM).^{38, 39}

.....

RECOMMANDATION 3.2 :

le GIAS recommande que le gouvernement fédéral reconnaisse formellement la parité entre la santé mentale et la santé physique dans la législation, avec un financement approprié et durable aux provinces et territoires.

.....

Le GIAS appuie l'engagement du gouvernement fédéral à établir un cadre (législatif) qui assure aux Canadiens de tous âges un accès rapide aux services de santé mentale fondés sur des données probantes dont ils ont besoin. Il reconnaît la nécessité, depuis longtemps reconnue, de financer au même titre la santé mentale et la santé physique.

L'élaboration de normes nationales d'accès aux services de santé mentale est inextricablement liée à un niveau approprié et durable de financement fédéral qui serait accordé aux provinces et aux territoires, ainsi qu'aux populations particulières qui relèvent de la compétence du gouvernement fédéral.

Bien que ces normes puissent être enchâssées dans une Loi canadienne sur la santé modifiée, le GIAS et l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) proposent qu'elles soient incorporées dans une nouvelle Loi sur la parité en santé mentale.^{40,41}

Une Loi sur la parité en matière de santé mentale affirmerait que la santé mentale est une valeur égale à la santé physique et garantirait que les gouvernements, les collectivités, les organisations et les milieux de travail traitent la santé mentale et physique équitablement au moyen de leurs politiques, de leurs programmes et de leurs services.^{42,43} Cela signifie que les gouvernements assureraient publiquement un ensemble de services de santé mentale fondés sur des données probantes, en dehors des médecins traditionnels et des hôpitaux, que tous les Canadiens seraient admissibles à recevoir en temps opportun, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin (c.-à-d. universalité), du fournisseur de soins de santé formé et autorisé à les fournir, indépendamment de la capacité de payer des patients.

Un obstacle important à la parité est le fait qu'une grande partie des soins de santé mentale liés à la consommation de substances psychoactives est dispensée par des prestataires autres que les médecins dont les services ne sont généralement pas financés par l'assurance maladie publique, tels que les psychologues, les psychothérapeutes, les conseillers, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les diététiciens. Bien que les Canadiens bénéficiant d'une assurance maladie complémentaire par le truchement de leur employeur puissent profiter de programmes et de services de santé mentale, ces prestations sont souvent trop faibles pour assurer une quantité significative de soins fondés sur des données probantes de la part des fournisseurs de services de santé les plus appropriés.⁴⁴ Nous devons nous appuyer sur le précédent de la Loi canadienne sur la santé et reconnaître que le système de santé a évolué depuis sa promulgation en 1984.

Les gouvernements doivent de toute urgence délaissier les formules de financement privilégiant des prestataires spécifiques, tels que les médecins, et privilégier plutôt des équipes pluridisciplinaires faisant place aux autres professions.

Une caractéristique clé de la Loi sur la parité en santé mentale serait l'élaboration et la mise en œuvre d'une série d'indicateurs ou de normes en matière de santé mentale qui appuient un système de santé mentale responsable et performant. Il s'agirait notamment de trouver un équilibre entre les indicateurs de résultats cliniques administratifs, basés sur le système et centrés sur le patient. Ces objectifs et résultats mesurables pourraient être reflétés dans la loi — ou en découleraient — et s'appuieraient sur la Déclaration de principes commune des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur les priorités partagées en matière de santé, ainsi que sur le

récent développement d'indicateurs nationaux pour la santé mentale et les dépendances, sous la direction de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Il est prévu que les provinces et territoires fassent rapport à leurs populations respectives sur une base annuelle.

.....

RECOMMANDATION 3.3 :

En collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé réglementés et d'autres intervenants, élaborer un cadre de rendement du système de santé mentale responsable qui comprend des indicateurs ou des normes nationales qui font l'objet d'un suivi et de rapports publics annuels dans toutes les juridictions.

.....

Conclusion

Le GIAS salue les actions et les efforts du gouvernement fédéral pour améliorer le système de santé au bénéfice de tous les Canadiens en ces temps sans précédent. Le GIAS, qui représente un large éventail de professionnels de la santé, est en mesure d'aider le gouvernement fédéral à renforcer la recherche nécessaire et à concevoir des stratégies pour mettre en œuvre les recommandations formulées.

Afin de soutenir les efforts du gouvernement fédéral pour améliorer l'efficacité globale du système de santé, le GIAS cherche à établir un dialogue permanent pour partager les points de vue collectifs de ses membres. Le GIAS offre ses services pour faciliter l'échange d'informations cohérent et opportun et l'action des travailleurs de la santé, des administrateurs et des autorités fédérales, provinciales et territoriales pour aider à atténuer la crise et mettre à profit les leçons acquises pour améliorer le système au bénéfice de tous les Canadiens.

Bibliographie

- ¹ Toronto Public Health 30, juillet 2020, rapporté dans le Globe and Mail 31 juillet 2020.
- ² Association médicale canadienne Mémoire prébudgétaire. 7 août 2020 (Extrait de : <https://policybase.cma.ca/fr/viewer?file=%2fdocuments%2fBriefPDF%2fBR2020-12.pdf#phrase=false>)
- ³ Institut national du vieillissement. (2020). NIA LTC COVID-19 Tracker : Canadian Summary. Extrait de ltc-covid19-tracker.ca
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits. Ottawa : ICIS ; 2011 [cité le 30 juillet 2020]. Disponible à l'adresse suivante : secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_en.pdf
- ⁵ Agence de la santé publique du Canada. Stratégie nationale sur la démence pour le Canada : ensemble, nous y aspirons, juin 2019. Cat: HP25-22/1-2019E; SBN : 978-0-660-31202-6; Pub : 19 088.
- ⁶ La Société Alzheimer du Canada (SAC). Présentation pré-budgétaire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes : La première stratégie nationale sur la démence au Canada : une vision audacieuse, 2 août 2019.
- ⁷ Estabrooks CA, Straus S, Flood, CM, Keefe J, Armstrong P, Donner G, Boscart V, Ducharme F, Silvius J, Wolfson M. Restaurer la confiance : COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée. Société royale du Canada. 2020 rsc-src.ca
- ⁸ Kaasalainen S, et al. Palliative Care Models in Long-Term Care: A Scoping Review. Nurs Leadersh (Tor Ont.). 2019 Sep; 32(3):8–26. doi: 10.12927/cjnl.2019.25975. PMID : 31714204.
- ⁹ Bacsu, Jeffery, Abonyi, Johnson, Novik, Martz et Oosman (2014). Healthy Aging in Place: Perceptions of Rural Older Adults, Educational Gerontology, 40:5, 327–337, DOI : 10.1080/03601277.2013.802191
- ¹⁰ Mustel Group et Sotheby's International Realty Canada. (2020). Most Urban Canadian Baby Boomers Want to Live in their Homes for as Long as Possible. Extrait de www.mustelgroup.com
- ¹¹ Jeffery, B., Muhajarine, N., Johnson, S., McIntosh, T., Hamilton, C. et Novik, N. (2018). An Overview of Healthy Aging Strategies in Rural and Urban Canada. Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Université de Regina et Université de la Saskatchewan
- ¹² Dupuis-Blanchard, S., Gould, O. N., Gibbons, C., Simard, M., Éthier, S., et Villalon, L. (2015). Stratégies de vieillissement chez soi : L'expérience des personnes âgées de minorités linguistiques en perte d'autonomie. Global qualitative nursing research, 2, 2333393614565187. <https://doi.org/10.1177/2333393614565187>
- ¹³ Gouvernement du Canada. (2018). Vous pensez à votre avenir ? Planifiez maintenant pour vieillir chez vous — Liste de vérification Extrait de www.canada.ca
- ¹⁴ Pfaff KA, Dolovich L, Howard M, Sattler D, Zwarenstein M, Marshall D. Unpacking « the cloud » : a framework for implementing public health approaches to palliative care. Health Promot Int. 2020 Feb 1; 35(1):160-170. doi : 10.1093/heapro/day123. PMID : 30690474
- ¹⁵ Gouvernement du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 — Expérience du Canada dans l'établissement des bases d'un vieillissement en santé. Ottawa : Gouvernement du Canada ; 2014. Disponible : www.canada.ca
- ¹⁶ Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, Allard J, Duerksen D, Gramlich L, Laporte M, Keller HH. Costs of hospital malnutrition. Clinical Nutrition. 2017; 36(5): 1391–96. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.09.009
- ¹⁷ Ferrucci L, Cooper R, Shardell M, Simonsick EM, Schrack JA, Kuh D. Age-Related change in mobility: perspectives from life course epidemiology and geroscience. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016; 71(9):1184–1194. doi:10.1093/gerona/glw043.
- ¹⁸ Goethals, L., Barth, N., Guyot, J., Hupin, D., Celarier, T. et Bongue, B. (2020). Impact of Home Quarantine on Physical Activity Among Older Adults Living at Home During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. JMIR aging, 3(1), e19007. <https://doi.org/10.2196/19007>
- ¹⁹ Tarasuk V, et al. Chronic physical and mental health conditions among adults may increase vulnerability to household food insecurity. J Nutr. 2013 Vol. 143, pp. 1785-93.
- ²⁰ McIntyre, L, et al. Reduction of Food Insecurity among Low-Income Canadian Seniors as a Likely Impact of a Guaranteed Annual Income Canadian Public Policy. 2016, Vol. 42, pp. 274-86.
- ²¹ Leroux, J, Morrison, K et Rosenberg, M. Prevalence and Predictors of Food Insecurity among Older People in Canada. Int J Env. Res Public Health. 2018, Vol. 15, pp. 1-17.
- ²² Gouvernement du Canada. (2016). Communautés adaptées aux personnes âgées. Extrait de : www.canada.ca
- ²³ Organisation mondiale de la santé (s.d.). Vers un monde convivial pour les personnes âgées. Extrait de : www.who.int
- ²⁴ Les quatre piliers d'une stratégie nationale pour les personnes âgées. (n.d.). Permettre la création d'environnements et d'espaces physiques adaptés aux personnes âgées. Extrait de : nationalseniorsstrategy.ca
- ²⁵ CSA Group. (2019). A Canadian Roadmap for an Aging Society. Extrait de : www.csagroup.org
- ²⁶ Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé. (2020). Mieux ensemble : Réintégration des aidants familiaux en tant que partenaires essentiels des soins à l'heure de la COVID-19. www.cfhi-fcass.ca
- ²⁷ COVID-19 Impact on Mental Health and How Employees are Coping. Conference Board of Canada, the Mental Health Commission of Canada. 23 juin 2020. Le rapport met en lumière 15 facteurs qui influent sur la santé mentale, l'« anxiété ou la peur », « l'isolement et la solitude », « le bien-être et la santé de votre famille » et « votre avenir » étant les facteurs qui ont le plus d'impact sur le déclin de la santé mentale d'une personne (page 17).
- ²⁸ Enquête Abacus. Juin 2019. La question posée était la suivante : « Les soins de santé mentale devraient-ils être couverts par les régimes d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux ? »

²⁹ [How Important is Mental Health for People in Canada?](#)

³⁰ Sondage d'opinion publique Nanos. How Important is Mental Health for People in Canada? Points saillants d'une enquête de Nanos Research pour la Commission de la santé mentale du Canada. Janvier 2020.

³¹ Huit Canadiens sur dix (82 %) pensent que les médicaments sur ordonnance devraient être couverts pour tout le monde, quelle que soit leur couverture d'assurance. 16 mai 2019. Page 2.

³² CTV News. Despite more doctors, many Canadians don't have a family physician: report. Selon Statistique Canada, 4,8 millions de Canadiens n'ont pas de médecin régulier — les taux les plus élevés étant enregistrés au Québec, au Saskatchewan et en Colombie-Britannique. Septembre 2019

³³ Association canadienne pour la santé mentale. La santé mentale dans la balance : Mettre fin à la disparité des soins de santé au Canada. 2018.

³⁴ Amélioration de l'accès aux services de santé mentale au Canada et des performances du système Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) Juillet 2020.

³⁵ Les premiers ministres se sont engagés à assurer la viabilité des soins de santé, et ont demandé au gouvernement fédéral d'être un partenaire à part entière, 11 juillet 2019.

³⁶ Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2015, les dépenses totales de santé publique s'élevaient à 155,5 milliards de dollars. L'augmentation de 7 % à 9 % au minimum des dépenses publiques pour la santé mentale s'élève à 3,11 milliards de dollars ; 25 % de ce total est de 777,5 millions de dollars.

³⁷ Amélioration de l'accès aux services de santé mentale au Canada et des performances du système Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale Juillet 2020, page 5.

³⁸ Il convient de noter qu'un récent sondage d'opinion commandé par HEAL a révélé que 94 % des Canadiens sont favorables à la parité en matière de santé mentale. Abacus, 6 juin 2019.

³⁹ Une définition plus formelle est la suivante : « ... valoriser la santé mentale autant que la santé physique afin de réduire les inégalités en matière de mortalité, de morbidité ou de prestation de soins ». Schibli K. Parité en matière de santé mentale au Canada : Législation et mesures complémentaires. Énoncé de position de 2019 Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux Ou encore : « La parité est la notion selon laquelle la santé mentale devrait avoir un statut égal à la santé physique au sein des systèmes de soins de santé ». Association canadienne pour la santé mentale. Mettre fin aux disparités en matière de soins de santé au Canada. Septembre 2018, page 8.

⁴⁰ Santé mentale maintenant ! Faire progresser la santé mentale des Canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral. Septembre 2016. Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale Page 12.

⁴¹ Il est également important de noter que d'autres pays ont introduit une législation similaire : Les États-Unis avec le Mental Health Parity Act (1996), puis le Mental Health Parity and Addiction Equity Act (2008); et le Royaume-Uni avec le Equality Act (2010), puis le Health and Social Care Act (2012). Schibli K. Parité en matière de santé mentale au Canada : Législation et mesures complémentaires. Énoncé de position de 2019 Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux Pages 7-8.

⁴² Une définition plus formelle est la suivante : « ... valoriser la santé mentale autant que la santé physique afin de réduire les inégalités en matière de mortalité, de morbidité ou de prestation de soins ». Schibli K. Parité en matière de santé mentale au Canada : Législation et mesures complémentaires. Énoncé de position de 2019 Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux Ou encore : « La parité est la notion selon laquelle la santé mentale devrait avoir un statut égal à la santé physique au sein des systèmes de soins de santé ». Association canadienne pour la santé mentale. Mettre fin aux disparités en matière de soins de santé au Canada. Septembre 2018, page 8.

⁴³ Il est également important de noter que d'autres pays ont introduit une législation similaire : Les États-Unis avec le Mental Health Parity Act (1996), puis le Mental Health Parity and Addiction Equity Act (2008); et le Royaume-Uni avec le Equality Act (2010), puis le Health and Social Care Act (2012). Schibli K. Parité en matière de santé mentale au Canada : Législation et mesures complémentaires. Énoncé de position de 2019 Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux Pages 7-8. ⁴⁴ 2020 Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé — Premier sondage du Canada sur les régimes d'assurance-maladie.

Our Members

