

MÉMOIRE



ASSOCIATION DES  
**INFIRMIÈRES ET  
INFIRMIERS**  
DU CANADA\*

# CONSULTATIONS PRÉBUDGÉTAIRES 2016

Mémoire présenté au  
Comité permanent des finances (FINA)

Février 2016

Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non commerciale et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consultez [www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation](http://www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation) pour connaître toutes les conditions et les modalités liées à la reproduction.

© Droits d'auteur 2016

Association des infirmières et infirmiers du Canada  
50, Driveway  
Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
CANADA

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404

Télec. : 613-237-3520

Site Web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)

\* L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AIIC sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association.

# INTRODUCTION

En tant que voix professionnelle nationale des infirmières et infirmiers autorisés du Canada représentant plus de 135 000 membres, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) est impatiente de travailler avec le nouveau gouvernement fédéral et les partis de l'opposition afin d'élaborer et de mettre en œuvre une vision de la santé et du bien-être des Canadiens et un système de santé qui va au-delà des considérations financières.

Une société canadienne prospère nécessite de nouveaux modèles et incitatifs dans le but d'optimiser la santé, les soins et la valeur<sup>1,2</sup>.

Alors que le Canada perd déjà du terrain concernant les indicateurs clés par rapport aux principaux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), il est confronté à une démographie changeante et à une augmentation préoccupante des maladies chroniques<sup>3</sup>. Inverser ces tendances est possible si nous changeons notre façon de promouvoir la santé et de fournir des services de santé<sup>4</sup>. Afin de mieux appuyer les Canadiens, il faut s'éloigner des modèles de politiques et de financement qui renforcent les besoins en matière de soins de courte durée, épisodiques et hospitaliers pour rechercher des approches plus accessibles face aux soins communautaires qui mettent l'accent sur les aspects suivants :

- ▶ la promotion de la santé;
- ▶ la prévention et la prise en charge des maladies chroniques;
- ▶ la prestation de soins en équipe accessibles et axés sur les clients;
- ▶ l'utilisation d'une gamme de technologies<sup>5</sup>.

En accord avec cette recherche de soins communautaires, l'AIIIC propose que les recommandations présentées ci-dessous soient incluses dans le budget de 2016 du gouvernement fédéral.



# RECOMMANDATIONS

## 1. Allouer du financement fédéral en santé à chaque province et territoire par une prestation complémentaire fondée sur les besoins<sup>6</sup>, selon les facteurs démographiques et les priorités en matière de santé de la population

Dans son budget de 2016, le gouvernement a la possibilité d'octroyer aux provinces et aux territoires de l'aide financière annuelle pour les soins de santé, au cours des quatre prochains exercices, grâce à une prestation complémentaire fondée sur les besoins (en plus du Transfert canadien en matière de santé [TCS]). En conformité avec les commentaires publics des ministres provinciaux et territoriaux<sup>7,8,9</sup>, cette nouvelle formule tient compte des différences démographiques<sup>10</sup> et des exigences uniques (comme la prestation de services aux Canadiens en milieu rural ou éloigné).

En plus d'une répartition équitable du financement du TCS, l'AiIC recommande que les accords bilatéraux fédéraux, provinciaux et territoriaux comprennent un cadre de responsabilisation solide qui permettra de surveiller et de rendre compte de l'utilisation des fonds du TCS. Un tel cadre permettrait :

- ▶ de démontrer des relations causales entre les intrants, les activités et les résultats en santé pour la population;
- ▶ d'inclure un rapport d'une série exhaustive d'indicateurs et de mesures des résultats provenant des sources de données nationales actuelles;
- ▶ d'assurer le lien avec les données en matière de résultats sur le plan social<sup>11</sup>.

## 2. Améliorer l'accès à des soins à domicile et communautaires équitables, nationaux et financés publiquement qui comprennent la télésanté, les soins en santé mentale et les soins palliatifs

Le gouvernement fédéral peut faire preuve de leadership en garantissant l'accès universel à des soins à domicile et communautaires nationaux et financés publiquement de grande qualité grâce à sa proposition de financement de trois milliards de dollars en soins à domicile (sur quatre ans).

Les soins à domicile sont essentiels aux services de santé canadiens. Ils améliorent l'accès aux soins de santé primaires et la prise en charge des maladies chroniques en plus de permettre aux Canadiens de vieillir en toute sécurité à leur domicile.



De nombreux facteurs corroborent notre demande d'augmenter les soins de santé communautaires :

- ▶ La majorité des Canadiens préfèrent vieillir à domicile<sup>12</sup>.
- ▶ En 2011, 1,4 million de Canadiens ont reçu des soins à domicile, une augmentation de 55 % par rapport à 2008<sup>13</sup>.
- ▶ De 2008 à 2017, le nombre de personnes âgées ayant une maladie chronique qui bénéficieraient des soins à domicile devrait augmenter de 33 %<sup>14</sup>.
- ▶ La technologie facilite de plus en plus la prestation de soins à domicile, notamment dans les régions rurales et éloignées.
- ▶ Près de 60 % des décès surviennent à l'hôpital au Canada, malgré la préférence marquée de la population de finir ses jours à domicile (attribuable en partie aux différences dans l'accès aux services de soins palliatifs entre les provinces et les territoires)<sup>15</sup>.
- ▶ Les coûts liés aux soins communautaires (environ 55 \$/jour), sont inférieurs aux coûts liés aux soins hospitaliers<sup>16</sup> (1 000 \$/jour)<sup>17</sup>.

L'AiIC demande que ce financement prévoie des dispositions concernant les soins communautaires en santé mentale et les télésoins à domicile, en conformité avec la recommandation du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement aux fins de l'aide financière fédérale<sup>18</sup>.

Dans tout le Canada, on relève un nombre incalculable d'exemples de pratiques prometteuses en soins à domicile et en soins communautaires. Des mécanismes et des incitatifs plus solides sont encore nécessaires pour multiplier les initiatives éprouvées entre les provinces et les territoires. L'AiIC décrit de telles initiatives dans un récent feuillet intitulé *Des modèles de prestation de soins innovateurs pour de meilleurs résultats cliniques : Optimisation de la santé, accès aux soins et économie de millions de dollars*<sup>19</sup>.

### **3. Investir dans les études primaires, secondaires et postsecondaires des étudiants autochtones et dans le perfectionnement professionnel continu des fournisseurs de la santé au service des collectivités nordiques, rurales et éloignées du Canada**

Parmi les Autochtones vivant dans les collectivités nordiques, rurales et éloignées, les obstacles liés à l'éducation mènent à des disparités sur le plan social et sanitaire<sup>20,21</sup> et augmentent les écarts sur le plan social et sanitaire parmi les Canadiens autochtones et non autochtones.



Accroître l'aide financière contribuerait à éliminer de nombreux obstacles liés à l'éducation<sup>22,23</sup> des jeunes Autochtones au sein des collectivités nordiques, rurales et éloignées. Dans le but d'améliorer l'accès à une éducation de qualité supérieure pour ces étudiants, l'AiIC, qui compte parmi ses membres l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIAC), recommande une aide financière fédérale annuelle de 100 millions de dollars sur quatre ans (qui sera financée au moyen du fonds d'infrastructure sociale ou de tout fonds fédéral inutilisé désigné pour les projets d'infrastructure) aux fins des initiatives d'infrastructure éducative suivantes :

- ▶ Des programmes d'apprentissage et de perfectionnement au niveau de la petite enfance qui sont accessibles, adaptés à la culture et de grande qualité;
- ▶ Des systèmes scolaires primaires et secondaires inclusifs offrant aux étudiants « des compétences de calibre mondiale en littératie, en numératie et en sciences [TRADUCTION] » (p. 3)<sup>24</sup>
- ▶ Des possibilités de formation postsecondaires qui sont accessibles, de qualité supérieure, pertinentes et diversifiées;
- ▶ Une infrastructure scolaire et technologique perfectionnée dans les collectivités nordiques (y compris la construction de nouveaux établissements d'enseignement);
- ▶ Des stratégies de recrutement et de maintien en poste, comme des incitatifs financiers, afin d'attirer des enseignants possédant une vaste expérience de l'enseignement dans le Nord.

L'état de santé et les résultats de santé des Autochtones canadiens sont loin d'atteindre ceux du reste de la population canadienne<sup>25</sup>, en partie en raison du manque d'accès aux soins.

Dans les collectivités rurales et éloignées, les infirmières et infirmiers sont les principaux fournisseurs de soins primaires, de services de promotion de la santé et de soins d'urgence<sup>26</sup>. Même si leur rôle est essentiel, les obstacles liés à l'éducation, au recrutement et à la pratique ont entraîné des taux élevés de postes vacants en soins infirmiers<sup>27,28</sup>.

Pour renforcer le nombre d'étudiants autochtones et non autochtones en soins infirmiers ainsi que recruter et maintenir en poste plus d'infirmières et infirmiers dans le Nord, l'AiIC recommande une aide financière annuelle de 25 millions de dollars sur quatre ans aux fins suivantes<sup>29,30</sup> :

- ▶ Inscrire les étudiants d'origine autochtone ou détenant une expérience rurale aux programmes d'éducation pour les professionnels de la santé (comme les soins



infirmiers) et offrir des stages cliniques en milieu rural pour améliorer les compétences<sup>31</sup>.

- ▶ Créer des écoles postsecondaires et introduire des programmes satellites dans les régions rurales<sup>32</sup>.
- ▶ Fournir des milieux de travail de grande qualité, sécuritaires et de soutien afin de rendre attrayants les carrières et les postes en soins infirmiers offerts dans le Nord.
- ▶ Mettre en place des activités de sensibilisation, comme étendre les capacités de télésanté et de simulation de haute fidélité, qui faciliteront la coopération entre les professionnels de la santé de différents milieux et à des distances différentes.
- ▶ Élaborer des programmes de formation continue et de perfectionnement professionnel destinés aux fournisseurs de soins de santé en milieu rural qui répondent aux besoins uniques de la population en matière de santé et de pratique<sup>33</sup>.
- ▶ Offrir une combinaison d'incitatifs financiers conformes à la capacité de financement qui l'emporte sur les coûts d'option associés au travail en milieu rural.
- ▶ Multiplier les programmes d'avancement de carrière et offrir des postes cadres en région rurale pour créer des cheminements de carrière permanents et significatifs.

## CONCLUSION

En adoptant ces recommandations dans son rapport final, le Comité permanent des finances transmettrait au gouvernement fédéral un message clair selon lequel il peut trouver des moyens innovateurs et abordables pour appuyer les objectifs louables d'une meilleure santé, de soins renforcés et d'une valeur optimisée pour tous les Canadiens.

Personne-ressource :

David Granovsky

Gestionnaire des relations gouvernementales

Tél. : 613-237-2159, poste 525

dgranovsky@cna-aiic.ca



# NOTES

---

- <sup>1</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association médicale canadienne, Groupe d'intervention action santé. (2013). *Intégration : la nouvelle orientation des soins de santé canadiens*. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/cna\\_cma\\_heal\\_provider\\_summit\\_transformation\\_to\\_integrated\\_care\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/cna_cma_heal_provider_summit_transformation_to_integrated_care_f.pdf?la=fr)
- <sup>2</sup> Institute for Healthcare Improvement. (2016). Initiatives: The IHI triple aim. <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
- <sup>3</sup> Organisation de coopération et de développement économiques. (2015). *Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE*. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-fr](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr)
- <sup>4</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Les déterminants sociaux de la santé* [énoncé de position]. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/ps124\\_social\\_determinants\\_of\\_health\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/ps124_social_determinants_of_health_f.pdf?la=fr)
- <sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
- <sup>6</sup> Cela constituerait en une nouvelle formule de répartition du TCS.
- <sup>7</sup> Terre-Neuve-et-Labrador. (30 janvier 2015). Les premiers ministres des provinces et territoires collaborent en matière d'économie et en appellent à un meilleur partenariat avec le gouvernement fédéral [communiqué de presse]. <http://www.pmprovincesterritoires.ca/fr/dernieres-nouvelles/77-2015/435-les-premiers-ministres-des-provinces-et-territoires-collaborent-en-matiere-d-economie-et-en-appellent-a-un-meilleur-partenariat-avec-le-gouvernement-federal>
- <sup>8</sup> Conseil de la fédération. (16 juillet 2015). Offrir des services à une population vieillissante [communiqué de presse]. <http://www.pmprovincesterritoires.ca/fr/dernieres-nouvelles/77-2015/451-offrir-des-services-a-une-population-vieillissante>
- <sup>9</sup> B.C. health minister pushing for age-based federal funding. (13 janvier 2016). *CBC News*. <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/health-minister-health-care-funding-1.3401691>
- <sup>10</sup> Le Conference Board du Canada. (2015). *Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada*. <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/conference-board-rep-sept-2015-embargo-fr.pdf>. Consulter la partie 4.4 : « Tableau 2 — Estimation des coûts supplémentaires de la population vieillissante du Canada pour chaque province, par année, de 2016 à 2020 (en millions de dollars). »
- <sup>11</sup> Santé Canada et ministère de la Santé de la C.-B. (21 janvier 2016). Déclaration des Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. <http://linkis.com/news.gc.ca/web/Lop4W>
- <sup>12</sup> Nanos Research. (2014). *Résumé du projet Journée sur la Colline de l'AIIC* [résultats du sondage national]. [http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/nanos-research-report-for-cna-hill-day-2014\\_f.pdf](http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/nanos-research-report-for-cna-hill-day-2014_f.pdf)
- <sup>13</sup> Association canadienne de soins et services à domicile. (2013). *Portraits des soins à domicile au Canada 2013*. Mississauga : auteur.
- <sup>14</sup> Association canadienne de soins et services à domicile. (2013). Les données de l'ACSSD se fondent sur les recensements de Statistique Canada de 1956 à 2006 et sur les *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031* de Statistique Canada pour 2005 (n° de catalogue 91-520).
- <sup>15</sup> La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada. (2008). *Les soins palliatifs à domicile au Canada : Rapport d'étape*. [http://www.csfvq.ca/media/3920/rapport\\_d\\_etape\\_soins\\_palliatifs\\_a\\_domicile-finale.pdf](http://www.csfvq.ca/media/3920/rapport_d_etape_soins_palliatifs_a_domicile-finale.pdf)





- 
- <sup>16</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). *Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration*. <https://www.healthsystemsevidence.org/articles/18015?t=Homecarein&lang=fr>
- <sup>17</sup> Sinha, S. K. (mars 2013). *Ontario's seniors strategy: Where we stand. Where we need to go*. Présentation lors de la conférence Taming of the Queue de 2013, à Toronto. <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/tq2013/Samir-Sinha-presentation.pdf?sfvrsn=0>
- <sup>18</sup> *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*. (2009). Comité sénatorial spécial sur le vieillissement [rapport final]. <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-f.pdf>
- <sup>19</sup> Consulter <http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/feuillelet-sur-les-modeles-de-prestation-de-soins-innovateurs-en-vue-de-la-reunion-des-premiers-ministres.pdf>
- <sup>20</sup> Sisco, A., Caron-Vuotari, M., Stonebridge, C., Sutherland, G. et Rhéaume, G. (2012). *Lessons learned: Achieving positive educational outcomes in northern communities*. Extrait du site Web du Conference Board du Canada : <http://www.conferenceboard.ca/>
- <sup>21</sup> Commission de vérité et de réconciliation. (2015). *Canada's residential schools: Reconciliation*. Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada, Volume 6. Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press.
- <sup>22</sup> Sisco et coll. (2012).
- <sup>23</sup> Sisco, Ashley. (2010). *Optimizing the effectiveness of e-learning for First Nations*. Le Conference Board du Canada. Extrait du site Web du Conference Board du Canada : <http://www.conferenceboard.ca/>
- <sup>24</sup> Sisco et coll. (2012).
- <sup>25</sup> Santé Canada. Santé des Premières nations et des Inuits. (2012). *Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*. <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-fra.php>
- <sup>26</sup> Santé Canada. Santé des Premières nations et des Inuits (2015). Soins infirmiers. <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/index-fra.php>
- <sup>27</sup> Vérificateur général du Canada. (2015). *Rapport 4 – L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations*. Extrait du site Web du Vérificateur général du Canada : [www.oag-bvg.gc.ca](http://www.oag-bvg.gc.ca)
- <sup>28</sup> Vukic, A., Jesty, C, Mathews, Sr., V. et Etowa, J. (2012). Understanding race and racism in nursing: Insights from Aboriginal nurses. *ISRN Nursing*, 2012. <http://dx.doi.org/10.5402/2012/196437>
- <sup>29</sup> Zimmer, L. V., Banner, D., Aldiabat, K., Keeler, G., Kleptar, A., Ouelette, H., . . . MacLeod, M. (2014). Nursing education for rural and northern practice in Canada. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(8), 162-172.
- <sup>30</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : Recommandations pour une politique mondiale* (Classification NLM : WHA 390). <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/>
- <sup>31</sup> Trépanier, A., Gagnon, M.-P., Mbemba, G. I. C., Côté, J., Paré, G., Fortin, J.-P., . . . Courcy, F. (2013). Factors associated with intended and effective settlement of nursing students and newly graduated nurses in a rural setting after graduation: A mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 314-325.
- <sup>32</sup> Playford, D., Wheatland, B. et Larson, A. (2010). Does teaching an entire nursing degree rurally have more workforce impact than rural placements? *Contemporary Nurse*, 35, 68-76.
- <sup>33</sup> Trepanier et coll. (2013).

