



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

VISION DE 2020 : AMÉLIORER LES SOINS DE LONGUE DURÉE POUR LES PERSONNES AU CANADA

Mai 2020

Résumé et recommandations

1. Les éclosions endémiques et les décès tragiques liés à la COVID-19 dans les soins de longue durée au Canada s'expliquent grandement par notre négligence continue de ce secteur. L'âge moyen des résidents en maisons de soins de longue durée augmente depuis des décennies et leur population de résidents a des besoins médicaux plus complexes, est plus fragile et a plus de chances de souffrir de difficultés cognitives que jamais auparavant. Cependant, peu a été fait pour s'assurer que les établissements possèdent le nombre d'employés requis, ainsi que des niveaux adéquats de compétences, afin de fournir les soins de qualité nécessaires à nos aînés les plus vulnérables.
2. Les avantages de réorganiser notre mode de prestation des soins aux aînés (ayant la plus importante croissance démographique au Canada) et à d'autres personnes nécessitant des soins complexes continus iront au-delà de l'amélioration de leur vie et de leur santé. Un système de soins de longue durée solide, en parallèle avec du soutien communautaire et des soins à domicile efficaces et bien structurés, réduira la pression sur le système de soins de courte durée et éliminera de nombreuses lacunes dans le continuum de soins qui font que des aînés auparavant indépendants aboutissent trop souvent à l'hôpital ou en soins de longue durée.

Pour remédier à ces failles révélées par la COVID-19 dans le soutien et le système de soins accessibles aux aînés du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande des mesures sur trois plans importants :



1. **Le gouvernement du Canada doit nommer immédiatement une commission d'enquête sur le vieillissement au Canada.**



2. **Les dirigeants de la santé publique fédérale doivent travailler avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones et les dirigeants de la santé publique des provinces et des territoires pour revoir officiellement l'intervention du Canada face à la COVID-19 et amorcer la préparation pour la prochaine pandémie.**



3. **Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent accroître l'investissement dans les soins communautaires, les soins à domicile et les soins résidentiels pour répondre aux besoins de notre population vieillissante.**

2020 : Un monde bouleversé mis au jour

Le bilan horrible de décès liés à la COVID-19 parmi les aînés canadiens est à la fois choquant et honteux. Bilan choquant, car personne n'a prévu que 80 p. 100 des décès à la suite du coronavirus toucherait les résidents des soins de longue durée. Bilan honteux, car nous connaissions tous les conditions de vie dans certaines maisons de soins infirmiers, mais nous avons déployé très peu d'efforts pour les améliorer, ce qui a entraîné ce bilan de décès pratiquement inévitable.

Maintenant, la pandémie met au jour notre manque de préparation afin de gérer les maladies infectieuses partout, un manque encore plus flagrant dans les bâtiments vétustes où tant de soins de longue durée sont fournis. Dans ces établissements de soins de longue durée, la pandémie a exposé davantage nos lacunes écrasantes en matière de leadership, de financement, de normes, de fournitures et d'équipement de base pour prodiguer des soins aux patients et de fournitures de sécurité (notamment l'équipement de protection individuelle). Le nombre d'employés ne suffit pas, il y a notamment trop peu de professionnels, alors que de nombreux fournisseurs de soins non réglementés qui accomplissent la majeure partie du travail n'ont pas la formation et le soutien appropriés suffisants. Il faut également se rappeler qu'une très grande part des soins de longue durée se compose des soins à domicile, qui partagent de nombreux (mais pas tous) problèmes décelés dans les maisons de soins infirmiers – un nombre insuffisant d'employés, pressés par le temps et peu rémunérés, qui se voient souvent contraints de combiner plusieurs emplois pour arriver à joindre les deux bouts.

À la lumière de tous ces faits, il est tragique, mais cela n'a rien de surprenant, que même si seulement 20 p. 100 des patients atteints de la COVID-19

au Canada vivent en établissements de soins de longue durée, ils représentent 80 p. 100 des décès au paysⁱ – le pire taux de décès parmi les résidents en soins dans le mondeⁱⁱ.

Cette situation ne représente pas un phénomène récent. Au cours des dernières décennies, le volume, la complexité et le rythme accrus de soins passant de l'hôpital aux maisons de soins infirmiers et d'autres milieux de soins correspondent à la pression de réduire les coûts et une réduction connexe de la proportion d'infirmières et infirmiers réglementés¹ parmi le personnel des organismes de soins de longue durée. Les établissements de soins de longue durée possèdent moins d'infirmières et infirmiers réglementés, moins d'éducateurs cliniques, moins de ludothérapeutes et d'assistants, moins de travailleurs sociaux, moins de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes de même que moins de professionnels en soin des plaies ainsi que prévention et contrôle des infections que jamais auparavant. Il en va de même pour les soins à domicile.

Par conséquent, les fournisseurs de soins non réglementés (le terme que nous employons pour désigner les travailleurs au point d'intervention dont le titre varie à l'échelle du pays, mais qui comprennent les préposés aux services de soutien à la personne, les aides-infirmières ou infirmiers et les aides-soignants) sont responsables de pas moins de 80 à 90 p. 100 de tous les soins dans les établissements de soins de longue durée. Ces soins complexes doivent être partagés avec les infirmières et infirmiers réglementés afin de veiller autant que possible au bien-être des patients fragiles.

1 Sauf indication contraire, les termes *infirmière* et *infirmier* et *soins infirmiers* employés dans le présent rapport font référence collectivement aux quatre catégories réglementées au Canada : les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières et infirmiers praticiens, les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés.

Mais, on impose plutôt cette lourde responsabilité aux travailleuses principalement, qui sont souvent racialisées et peu rémunérées. Leur emploi est souvent précaire, puisqu'elles travaillent à temps partiel et doivent concilier plusieurs emplois et de très longues heures de travail.

De toute évidence, ces ententes disparates ont permis la prolifération et la propagation de la COVID-19 dans tout le secteur des soins de longue durée. Clairement, il faut mieux organiser, financer et rendre plus professionnels les soins de longue durée dès maintenant.

Le moment est venu d'agir

La COVID-19 a bouleversé tous les aspects des soins de santé et, dans certains cas, a présenté des possibilités dont nous devons tirer parti :

- ▶ Les soins primaires ont beaucoup progressé, en établissant des liens avec les patients et en leur offrant un traitement par téléphone et en ligne, permettant ainsi au Canada de se rattraper dans les domaines dans lesquels le reste du monde fonctionne déjà
- ▶ Les membres du personnel infirmier et les infirmières et infirmiers praticiens travaillent davantage dans leur plein champ d'exercice : la gamme de médicaments que peuvent prescrire les infirmières et infirmiers a été élargie de manière sécuritaire, les infirmières et infirmiers praticiens gèrent les soins de longue durée selon leur niveau de formation et les infirmières et infirmiers réglementés s'occupent des centres d'évaluation
- ▶ Les gouvernements ont fourni rapidement un revenu de base aux Canadiens et ont créé des logements sécuritaires pour les sans-abri.

Nous préconisons toutes ces améliorations au système et au processus depuis des décennies. Bien qu'il soit trop tôt pour connaître les résultats sur la santé de tels changements, à l'évidence nous possédons non seulement la capacité de corriger les problèmes de longue date liés au système,

mais nous pouvons le faire sur-le-champ si nous le souhaitons.

Notre première intervention doit soutenir ces changements : retourner en arrière serait une grave erreur. Mais, cela ne suffit pas. Nous devons aller de l'avant maintenant, alors que les graves erreurs que nous avons commises en soins de longue durée sont mises en lumière de manière implacable, et examiner les moyens déployés au pays pour appuyer les citoyens âgés et ce qui doit être fait pour réformer la prestation de soins aux citoyens les plus vulnérables.

Améliorer la vie en général des âgés au pays, notamment répondre aux besoins en soins de longue durée des Canadiens, y compris des peuples autochtones, exigera des changements radicaux. Cela se fera, en partie, par un examen de la prestation des soins aux âgés et aux personnes nécessitant des soins complexes continus (comme réorganiser le mode de création et de fonctionnement des établissements).

Mais, au-delà de cela, nous devons – en consultation avec les âgés – repenser le vieillissement au pays. De quels appuis et soins à domicile les âgés ont-ils besoin pour demeurer à la maison et dans leur communauté? Quels sont leurs attentes et leurs désirs en matière de soins de longue durée et de soins en fin de vie? Que peuvent nous démontrer les experts et les

données probantes concernant les meilleures options de soutien et de prise en charge de toute la portée de l'humanité que représentent nos aînés?

Mais, les personnes au Canada ont démontré à toute épreuve des idées audacieuses et des mesures fermes, au cours des quelques mois de cette pandémie, que tout cela requerra. Nous pouvons maintenant, grâce aux leçons retenues de la COVID-19 qui se poursuit, procéder à une restructuration essentielle des soins de longue durée. Par-dessus tout, nous avons le devoir de cesser de colmater les brèches dans les soins de santé prodigués aux les aînés du Canada et de créer le système qu'ils méritent.

Le public fait davantage confiance aux infirmières et infirmiers qu'à toute autre profession au Canada et il s'attend à ce que nous – aux côtés des médecins, des scientifiques, des planificateurs des services de santé et des chercheurs en santé – réorganisons les aspects désuets de notre système de santé. Voici notre réponse : l'Association des infirmières et infirmiers du Canada somme tous les gouvernements, les groupes de la société civile, nos collègues professionnels de la santé et les Canadiens à agir collectivement dès maintenant dans notre intérêt commun d'améliorer les soins pour les aînés au Canada et les personnes nécessitant des soins complexes continus. Nous vous présentons donc notre plan d'action à trois volets qui nous permettra d'y parvenir.

Vision de 2020 : améliorer les soins de longue durée pour les personnes au Canada

Les avantages de restructurer la prestation de soins aux aînés (ayant la plus importante croissance démographique au Canada) et à d'autres personnes nécessitant des soins complexes continus iront au-delà de l'amélioration de leur vie et de leur santé. Un système de soins de longue durée solide, en parallèle avec du soutien communautaire et des soins à domicile efficaces et bien structurés, réduira la pression sur le système de soins de courte durée et éliminera de nombreuses lacunes dans le continuum de soins qui font que des aînés auparavant indépendants aboutissent trop souvent à l'hôpital ou en soins de longue durée.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada croit que les décisions liées à la transformation de la structure et des services du système de santé doivent s'orienter sur des données probantes, des principes solides et les engagements actuels canadiens. Toutes nos recommandations se fondent sur des principes fondamentaux, en sachant que le respect des engagements canadiens en matière de traités et d'accords nationaux et internationaux est un objectif sous-jacent de ce travail (voir l'annexe A).

Pour aborder les leçons retenues de la COVID-19 et réorienter la santé pour tous les Canadiens, nous recommandons les trois mesures suivantes :



1. Le gouvernement du Canada doit nommer immédiatement une commission d'enquête sur le vieillissement au Canada.

La commission d'enquête aurait pour objet de :

- ▶ Définir la gamme de services de santé et sociaux intégrés et les meilleurs modèles de prestation qui appuieraient le vieillissement sécuritaire et digne de tous les personnes au Canada.

Certaines questions à se poser :

Aînés :

- ▶ Les aînés vivent-ils de manière trop isolée?
- ▶ Le soutien pour permettre aux aînés de demeurer à la maison est-il équivalent dans tout le pays? Quels modèles fonctionnent le mieux?
- ▶ Quelles mesures particulières sont nécessaires pour répondre aux besoins des aînés autochtones et de ceux des régions nordiques, rurales et éloignées?

Soins de longue durée :

- ▶ Comment les soins de longue durée (y compris les soins communautaires, les soins à domicile, la vie en résidence et les maisons de soins infirmiers) peuvent-ils être réorganisés en vue d'optimiser la sécurité, le confort, la dignité et la santé?
- ▶ Quelles mesures sont nécessaires pour rendre le milieu de travail des soins de longue durée plus attrayant, stable et gratifiant?
- ▶ Quelle composition du personnel optimiserait la santé et la qualité de vie en soins de longue durée?



2. Les dirigeants de la santé publique fédérale doivent travailler avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones et les dirigeants de la santé publique des provinces et des territoires pour revoir officiellement l'intervention du Canada face à la COVID-19 et amorcer la préparation pour la prochaine pandémie.



- 3. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent accroître l'investissement dans les soins communautaires, les soins à domicile et les soins résidentiels pour répondre aux besoins de notre population vieillissante.**

Conclusion

Agir conformément à ces trois recommandations fournira une base solide sur laquelle façonner un avenir sécuritaire et digne pour les aînés canadiens. Le Canada est reconnu pour son travail humanitaire partout dans le monde. Le temps est venu d'appliquer ces mêmes valeurs au pays pour prodiguer des soins aux personnes auxquelles le Canada et chacun d'entre nous doivent tellement.

Annexe A

Principes fondamentaux et engagements

La décision de transformer la structure et les services du système de santé doivent s'orienter sur des données probantes, des principes solides et les engagements actuels du Canada.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande que les orientations stratégiques se fondent sur les principes et les engagements suivants :

1. Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada

En 2011, les conseils d'administration de l'Association médicale canadienne et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont proposé des principes devant guider la transformation du système de santé au Canada qui demeurent bien pertinents en 2020. Ces principes visent à soutenir la transformation du système de santé « pour en faire un système durable, doté de ressources suffisantes et qui offre un accès universel à des soins de santé de qualité centrés sur les patients, et prodigués en continuité, en temps opportun et offrant un bon rapport coût-efficacité » (p. 1).ⁱⁱⁱ

Améliorer l'expérience des soins de santé

Système centré sur les patients

Le patient doit être le point de convergence des soins de santé. Des soins centrés sur le patient donnent un accès transparent à la continuité des soins, en temps opportun, en fonction du besoin et non de la capacité de payer, en tenant compte des besoins et des préférences du patient et des membres de sa famille, et traitent le patient avec respect et dignité.

L'instauration de soins centrés sur le patient passe obligatoirement par une solide assise en soins de santé primaires, ainsi que par la collaboration et la communication à l'intérieur des disciplines de la santé et entre celles-ci, sur tout le continuum des soins.

Qualité

Les patients canadiens méritent de recevoir en temps opportun des services de santé de qualité appropriés correspondant à leurs besoins, qui respectent leurs choix individuels, qui sont fournis de façon sécuritaire et efficace et qui sont basés sur les connaissances scientifiques disponibles les plus récentes.

Amélioration de la santé des populations

Promotion de la santé et prévention des maladies

Le système de santé doit aider les Canadiens à prévenir les maladies et à améliorer leur bien-être. Les déterminants sociaux généraux de la santé (p. ex. revenu, niveau de scolarité, logement, situation d'emploi) ont une incidence sur la capacité des personnes à assumer la responsabilité personnelle d'adopter et de maintenir des habitudes de vie saines afin de réduire l'exposition aux risques pour la santé qui peuvent être évités.

Équité

Le système de soins de santé a un devoir envers la population canadienne : il doit préconiser pour elle, et lui offrir un accès équitable à des soins de santé de qualité ainsi que des politiques multisectorielles qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé. Dans toute société, il y a un lien direct entre une bonne santé

et le gradient socioéconomique : plus la situation sociale d'une personne est faible, plus son état de santé est mauvais. Ce lien est si fort qu'il est mesurable à l'intérieur de n'importe quel groupe socioéconomique, même le plus privilégié.

Optimiser les ressources

Durabilité

Des soins de santé durables passent par un accès universel à des services de santé de qualité dotés de ressources adéquates et fournis en continuité, de façon opportune et rentable. Le système de santé du Canada doit être durable dans les domaines suivants :

la dotation en ressources : les services de santé doivent être dotés de ressources appropriées basées sur les besoins de la population et tenir dûment compte des principes de l'équité interprovinciale et intergénérationnelle, ainsi que de la comparabilité pancanadienne de la couverture des services de santé adéquats et de l'accès à ceux-ci.

le financement : il faut que le système de soins de santé offre de la prévisibilité, de la certitude et de la transparence du financement, compte tenu des réalités budgétaires pluriannuelles des contribuables et des gouvernements. Il faut aussi des options de financement qui favorisent la mise en commun des risques, l'équité interprovinciale et intergénérationnelle et la simplicité administrative.

les ressources humaines de la santé : les soins de santé seront fournis dans le contexte de modèles de pratique en collaboration; les normes et le permis d'exercice pancanadiens appuieront la mobilité interprovinciale de tous les fournisseurs de soins de santé; la planification des ressources humaines de la santé s'adaptera à la conjoncture et aux besoins locaux.

l'infrastructure : les soins de santé au XXI^e siècle requièrent un système de technologies de l'information en santé qui soit entièrement fonctionnel, ainsi que des immeubles et de l'équipement.

la recherche : la recherche en santé au Canada éclairera les rajustements de la prestation des services de santé et de la dotation en ressources des services de santé.

la mesure des résultats et la rédaction de rapports : les données sur les résultats sont liées à celles qui portent sur les coûts; des mesures du rendement comparables et réelles sont créées et font l'objet de rapports publics; les résultats sont comparés à ceux d'administrations comparables très performantes.

le soutien du public : le système de santé doit gagner l'appui et la confiance des utilisateurs et de la population du Canada qui, en fin de compte, finance le système.

Imputabilité

Tous les interlocuteurs – le public, les patients et les familles, ainsi que les fournisseurs et les payeurs – doivent veiller à l'efficacité et à l'imputabilité du système, ce qui comprend les aspects suivants :

la bonne gouvernance : il faut des rôles, des hiérarchies et des responsabilités clairs à l'égard du financement, de la réglementation et de la prestation des services de santé, même là où ces derniers peuvent être partagés entre les échelons de gouvernement et les fournisseurs de soins. Les patients, les membres de leur famille et les fournisseurs doivent être partenaires dans la gouvernance du système.

l'usage responsable : les services doivent être financés, offerts et utilisés de façon responsable.

les rapports publics solides : il faut des rapports transparents et opportuns à l'échelle du système

qui portent à la fois sur les processus et les résultats et que les interlocuteurs et le public peuvent utiliser et comprendre.

l'applicabilité et le recours : il existe des moyens d'appliquer des mécanismes d'imputabilité et d'offrir des recours lorsque le système ne s'acquitte pas de ses obligations.

le leadership et la gestion : la planification stratégique à long terme et la surveillance s'imposent pour garantir la durabilité du système.

le système innovateur et à l'écoute : le système doit s'adapter en fonction des rapports de résultats.

2. Atteinte du quadruple objectif

L'application des principes proposés par l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada vise à bien s'harmoniser avec l'atteinte du triple objectif omniprésent de l'Institute for Healthcare Improvement^{iv} – l'amélioration de la santé de la population, de l'expérience des soins de santé et de la valeur (soit une réduction des coûts par habitant). Depuis l'élaboration de ces principes, de nombreux utilisateurs du triple objectif ont commencé à parler d'un quatrième objectif, créant ainsi le *quadruple objectif*, le quatrième étant le bien-être des membres de l'équipe de soins de santé et l'obligation d'améliorer la vie et les conditions professionnelles des membres de l'équipe. L'atteinte de ce quatrième objectif revêt une signification particulière dans le contexte de l'intervention du Canada face à la COVID-19.

3. Création des services de santé axés sur la valeur

La décrivant comme une nouvelle approche de premier plan pour améliorer les résultats pour les patients et les systèmes de santé^v partout dans le monde, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé propose deux piliers étayant les services de santé axés sur la valeur :

- ▶ établir un lien entre les sommes dépensées et les résultats qui comptent pour les patients, plutôt que le volume de services, de processus ou de produits qui parviennent à atteindre ces résultats ou non.
- ▶ offrir des services à valeur ajoutée, de réduire ou d'éliminer les autres, ou encore de rééquilibrer la combinaison de services pour améliorer le ratio entre les résultats et les coûts globaux. Il s'agit en fait d'obtenir de meilleurs résultats à un coût total identique ou inférieur.

4. Engagements à l'égard des peuples autochtones

Commission de vérité et réconciliation du Canada

Dans le but de « remédier aux séquelles laissées par les pensionnats et de faire avancer le processus de réconciliation », la Commission de vérité et réconciliation lance les *Appels à l'action* importants en 2015^{vi}. Au centre de la transformation du système de santé résident les clauses et conditions suivantes :

18. Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités.

19. Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer

les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

20. Afin de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre.

21. Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de plus longue date, voués au traitement de problèmes de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et de veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

22. Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande.

23. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :

i. de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;

ii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones;

iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

24. Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme.

55. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement de fournir des comptes rendus annuels ou toutes données récentes que demande le conseil national de réconciliation afin de permettre à celui-ci de présenter des rapports sur les progrès réalisés en vue de la réconciliation. L'information ainsi communiquée comprendrait, sans toutefois s'y limiter : les progrès réalisés pour combler les écarts entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones en ce qui a trait à divers indicateurs de la santé dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

Le Canada ne faisait partie que des quatre pays ayant voté contre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), laquelle a été adoptée par l'Assemblée générale le 13 septembre 2007^{vii}.

Le Canada a ensuite signé la déclaration en 2016, lorsque l'honorable Carolyn Bennett a déclaré que « nous ne prévoyons rien de moins que d'adopter et de mettre en œuvre la déclaration en conformité avec la constitution canadienne »^{ix} [TRADUCTION].ⁱⁱ

Les Nations Unies décrivent la déclaration comme « l'instrument international le plus complet sur les droits des peuples autochtones. Elle établit un cadre universel de normes minimales pour la survie, la dignité et le bien-être des peuples autochtones du monde et elle élabore sur les normes existantes des droits humains et des libertés fondamentales dans leur application à la situation particulière des peuples autochtones ».

Les conditions ayant une importance particulière pour la transformation du système de santé au Canada se trouvent aux articles 21, 24 et 29 comme suit :

Article 21

1. Les peuples autochtones ont droit, sans discrimination d'aucune sorte, à l'amélioration de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale.
2. Les États prennent des mesures efficaces et, selon qu'il conviendra, des mesures spéciales pour assurer une amélioration continue de la situation économique et sociale des peuples autochtones. Une attention particulière est accordée aux droits et aux besoins particuliers

des anciens, des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes handicapées autochtones.

Article 24

1. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital. Les autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.
2. Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.

Article 29

3. Les peuples autochtones ont droit à la préservation et à la protection de leur environnement et de la capacité de production de leurs terres ou territoires et ressources. À ces fins, les États établissent et mettent en œuvre des programmes d'assistance à l'intention des peuples autochtones, sans discrimination d'aucune sorte.

5. La Déclaration d'Astana

En 2018, le Canada a signé la *Déclaration d'Astana*^x et s'engageant ainsi à « renforcer les systèmes de soins de santé en investissant dans les [soins de santé primaires] » [TRADUCTION] (p. 6), en vue de la prestation complète de la gamme de services et de soins, « incluant sans s'y limiter :

- ▶ la vaccination
- ▶ les examens de dépistage
- ▶ la prévention des maladies et des blessures
- ▶ le contrôle et la gestion des maladies non transmissibles et transmissibles

- ▶ Les soins et les services qui font la promotion, maintiennent et améliorent la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
- ▶ la santé mentale
- ▶ la santé sexuelle et reproductive. » [TRADUCTION]

Par la déclaration qu'il a signée, le Canada s'engage à fournir des soins de santé primaires qui sont « accessibles, équitables, sécuritaires, de grande qualité, complets, efficaces, acceptables, disponibles et abordables, et à fournir des services continus et intégrés qui sont centrés sur la personne et adaptés au genre » [TRADUCTION]. La déclaration indique que « nous améliorerons la capacité et l'infrastructure des soins primaires – le premier point de contact avec les services de santé – en accordant la priorité aux fonctions essentielles de la santé publique [et] nous donnerons la priorité à la prévention des maladies et la promotion de la santé et viserons à répondre à tous les besoins de santé des personnes durant leur vie par des services de prévention, de promotion, curatifs et de réadaptation ainsi que des soins palliatifs complets » [TRADUCTION] (p. 6).

Enfin, par la déclaration le Canada s'engage à « tenter d'éviter la fragmentation et veiller à un système de recommandation fonctionnel entre les soins primaires et d'autres niveaux de soins » et – d'une manière importante dans le contexte actuel – à **améliorer « la résilience du système de santé afin de prévenir, détecter et réagir en cas de maladies infectieuses et d'éclousions »** [TRADUCTION].

6. Autres obligations pancanadiennes et mondiales

Mis à part les principes et les engagements susmentionnés, le Canada a investi dans des stratégies et des plans au pays et s'est engagé à amorcer des initiatives au niveau mondial. La transformation du système de santé à la suite de la

COVID-19 permettra de respecter les engagements du Canada d'intervenir dans ces cas, notamment les suivants :

- ▶ Loi canadienne sur la santé^{xi}
- ▶ Changer les orientations changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada^{xii}
- ▶ Cadre sur les soins palliatifs au Canada^{xiii}
- ▶ *Une stratégie sur la démence pour le Canada : Ensemble, nous y aspirons*^{xiv}
- ▶ *Ressources pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon pour 2030* (Organisation mondiale de la Santé)^{xv}
- ▶ Les objectifs de développement durable des Nations Unies sont un appel à l'action de tous les pays^{xvi}
- ▶ *Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016-2020* de l'Organisation mondiale de la Santé (devrait se prolonger jusqu'en 2020-2030 selon l'Assemblée mondiale de la Santé)^{xvii}

7. Situation du personnel infirmier dans le monde

Présenté en avril 2020 par l'Organisation mondiale de la Santé et le Conseil international des infirmières, le tout premier rapport sur la *Situation du personnel infirmier dans le monde* « fournit des données probantes à jour sur les options politiques pour la main-d'œuvre infirmière mondiale. Il présente également une argumentation convaincante concernant l'investissement considérable, mais réalisable, dans la formation, l'emploi et le leadership des infirmières et infirmiers » [TRADUCTION]^{xviii}. Le rapport demande aux gouvernements de s'engager à renforcer les soins infirmiers dans le monde en adoptant 10 recommandations pour atteindre trois objectifs très importants :

1. « à investir pour **intensifier considérablement la formation du personnel infirmier** – en

agissant aux niveaux des facultés, de l'infrastructure et des étudiants – afin de répondre aux besoins mondiaux, à la demande nationale et à l'évolution des technologies et de promouvoir les modèles de soins de santé et de prise en charge sociale intégrés ;

2. à créer au moins six millions de **nouveaux emplois d'infirmières et d'infirmiers d'ici à 2030**, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, pour compenser les pénuries attendues et remédier à la répartition inégale du personnel infirmier dans le monde ;

3. **à renforcer le leadership** – actuel et futur – des infirmières et des infirmiers afin qu'ils jouent un rôle influent dans la formulation des politiques sanitaires et la prise de décisions et contribuent à l'efficacité des systèmes de soins de santé et de prise en charge sociale. »

Ressources

- ⁱ Harris, K. (5 mai 2020). Demands grow for national, universal long-term care in response to pandemic. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/politics/long-term-care-homes-covid19-1.5556041>
- ⁱⁱ Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Litwin, C., Hsu, A., Lane, N. et Fernández, J-L. (2020) Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. *International Long-Term Care Policy Network*. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-3-May-final-5.pdf>
- ⁱⁱⁱ Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*. https://cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/guiding_principles_hc_f.pdf
- ^{iv} Institute for Healthcare Improvement. (2020). *Guide IHI de mesure du Triple objectif*. <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
- ^v Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2020). *Services de santé axés sur la valeur*. <https://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/health-system-transformation/value-based-healthcare>
- ^{vi} Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Appels à l'action*. http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_French.pdf
- ^{vii} Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf
- ^{ix} Fontaine, T. (10 mai 2016). Canada officially adopts UN declaration on rights of Indigenous Peoples. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/indigenous/canada-adopting-implementing-un-rights-declaration-1.3575272>
- ^x Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Déclaration d'Astana*. <https://www.who.int/pmnch/media/news/2018/astana-declaration/en/>
- ^{xi} Gouvernement du Canada. (2020). *Loi canadienne sur la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante.html>
- ^{xii} Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations Changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale du Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
- ^{xiii} Gouvernement du Canada. (2019). *Cadre sur les soins palliatifs au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/soins-palliatifs/cadre-soins-palliatifs-canada.html>
- ^{xiv} Gouvernement du Canada. (2019). *Une stratégie sur la démence pour le Canada : Ensemble, nous y aspirons*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/strategie-dementia.html>
- ^{xv} Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon pour 2030*. https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf?ua=1
- ^{xvi} Nations Unies. (s.d.). *Objectifs de développement durable*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>
- ^{xvii} Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Nursing and midwifery - WHO Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020*. https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nursing-midwifery/en/
- ^{xviii} Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Situation du personnel infirmier dans le monde 2020*. <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>