

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Passer du rouge au vert

Recommandations
de la campagne 2014

Recommandations de la campagne « Passer du rouge au vert »

CONTEXTE

En novembre 2013, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) publiait un bilan intitulé *Le rôle du gouvernement fédéral dans les services de santé*¹. Ce bilan évaluait le degré d'engagement du fédéral dans cinq secteurs, incluant le soutien pour les soins aux plus vulnérables et l'accessibilité des soins partout au pays. Il préconisait également la création et la mise en œuvre de programmes nationaux, dont un programme de soins à domicile, et d'une stratégie sur la santé des enfants et des jeunes. Même si le gouvernement fédéral a donné la preuve de son engagement dans certains secteurs jugés prioritaires, nous croyons qu'il doit exercer un plus grand leadership et devenir un partenaire plus solide dans le secteur des soins de santé.

Des « feux de signalisation » ont été utilisés pour noter la performance du gouvernement fédéral :

- **Vert** : le gouvernement fédéral exerce un leadership dynamique;
- **Jaune** : le gouvernement a posé des gestes, mais pourrait faire mieux;
- **Rouge** : le gouvernement fédéral est demeuré inactif.

Dans le bilan du CMFC, le gouvernement fédéral a obtenu un « feu rouge » pour ses efforts dans deux secteurs : la santé des enfants et des jeunes et le programme national de soins à domicile, ce qui illustre bien son actuel manque de leadership à ces égards. Le présent document fournit des renseignements généraux sur ces deux importants secteurs et propose un plan d'action afin de faire passer ces indicateurs du rouge au vert.

SOINS À DOMICILE

Les soins à domicile sont des soins de soutien dispensés au domicile ou dans la collectivité. Ils englobent un éventail de services, incluant l'intervention curative, les soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien, l'adaptation et l'intégration sociales, ainsi que le soutien aux aidants familiaux².

En raison de la demande accrue de services, les soins à domicile sont le secteur des soins de santé qui connaît la plus forte croissance au Canada³. Cette croissance est imputable à de nombreux facteurs, dont le vieillissement de la population, la recherche de solutions de rechange économiques aux soins dispensés en établissement, les progrès technologiques et thérapeutiques, la pénurie de lits pour les soins de courte et de longue durée, l'augmentation de la demande de soins à domicile par les patients et leurs familles et les changements d'attitude à l'égard des soins en établissement³.

En 2012, selon Statistique Canada, huit pour cent des Canadiens âgés de 15 ans et plus (soit 2,2 millions de personnes) ont déclaré avoir reçu des soins à domicile formels ou informels dans les 12 mois précédents⁴. On estime qu'ils pourraient même être plus nombreux. En effet, les répondants pourraient ne pas avoir déclaré certains soins informels, comme l'aide fournie par le conjoint, parce qu'ils les considéraient comme du soutien normal offert à un membre de la famille. En 2012, 28 pour cent de la population (soit 8 millions de Canadiens)⁵ ont déclaré avoir fourni des soins à des membres de leur famille ou à des amis ayant un problème de santé de longue durée, une incapacité ou des problèmes liés au vieillissement. Les soins à domicile visent à compléter le rôle joué par les aidants familiaux* et les amis dans la prestation des soins dans la collectivité^{2,6}, en particulier lorsque l'éloignement rend difficile, voire impossible, la prestation de soins par des membres de la famille.

À l'heure actuelle au Canada, il n'y a aucune stratégie fédérale sur les soins à domicile. Ces soins n'étant pas considérés comme un service « médicalement nécessaire » aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les programmes publics de soins à domicile varient considérablement d'un bout à l'autre du pays en ce qui concerne l'admissibilité, l'étendue de la couverture et les frais d'utilisation.

Le rôle du gouvernement fédéral

En 2004, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus pour couvrir à partir du premier dollar la prestation de services à domicile dans trois secteurs. L'entente du Plan décennal pour consolider les soins de santé (2004)⁷ assure le financement public :

- des soins actifs à domicile de courte durée pour la gestion des cas pendant deux semaines, les médicaments administrés par voie intraveineuse liés au diagnostic posé au moment du congé de l'hôpital, les soins infirmiers et personnels;
- des soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile pour la gestion du cas pendant deux semaines et des services d'intervention d'urgence;
- des soins de fin de vie pour la gestion du cas, les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et des soins personnels de fin de vie.

Dans le budget fédéral 2011⁸, le gouvernement a annoncé l'octroi du crédit d'impôt pour aidants familiaux, crédit qui offre un allègement d'impôt aux aidants naturels qui prennent soin de personnes à charge ayant une déficience. Cette mesure est une première étape visant à reconnaître et à soutenir le rôle très apprécié des aidants familiaux et à s'assurer qu'ils n'assument pas une charge financière excessive en raison de leurs responsabilités de soignants.

Élargir la portée des allègements fiscaux pour soins à domicile est une mesure importante qui aide à répondre aux besoins de notre population vieillissante et permet aux individus de vivre à domicile de façon autonome et en toute dignité. L'exonération de TPS/TVH à l'égard des services de soutien personnel vise à faire diminuer les coûts pour les quelque 500 000 Canadiens et Canadiennes qui achètent des services privés de soins à domicile chaque année.

* Les proches aidants sont des membres de la famille ou d'autres personnes significatives désignées par le bénéficiaire des soins pour lui fournir les soins dont il a besoin en raison de son âge, d'un problème de santé, d'une invalidité, d'une blessure ou d'une maladie chronique.

Malgré les modestes mesures qu'il a prises pour permettre aux Canadiens et Canadiennes de recevoir des soins à domicile, le gouvernement fédéral n'a pas encore démontré qu'il exerçait le leadership nécessaire pour réaliser une transformation majeure du système de santé, pour le faire passer d'une approche axée sur les maladies aiguës et les soins épisodiques à une approche axée sur le traitement à long terme des maladies chroniques. Une telle transformation exige une stratégie nationale. Le manque de leadership fédéral et l'absence d'intégration au niveau provincial sont deux sujets de préoccupation majeurs dans le secteur des soins à domicile. Une variété d'objectifs et de normes existent aux niveaux provincial et territorial; toutefois, il n'en existe pas au niveau national pour les soins à domicile à long terme. Beaucoup de provinces et de territoires ont encore du travail à faire afin de mieux intégrer les soins à domicile dans leurs systèmes respectifs de soins de santé. En 2013, l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) a élaboré un ensemble de *principes harmonisés en matière de soins à domicile*⁹. Ces principes fournissent un cadre commun pour les soins à domicile au Canada, sans toutefois prescrire un mode de financement, d'administration ou de prestation de soins en particulier. (Voir les *Principes* à l'annexe 1).

En 2008, le Conseil canadien de la santé publiait un rapport¹⁰ qui soulignait un manque de leadership en matière de soins à domicile. Ce rapport affirmait que « peu de gouvernements ont adopté des objectifs ou ont mis en place des stratégies pour mesurer, surveiller et communiquer les progrès réalisés [...] Et peu d'administrations disent avoir une approche intégrée quant aux soins à domicile, ce qui semble indiquer qu'elles ne considèrent toujours pas ce type de soins comme un prolongement à part entière du système de santé. » Avec l'appui du gouvernement fédéral, il pourrait être possible de concevoir une approche unifiée et structurée pour mettre en œuvre des soins à domicile au Canada.

En 2012, un rapport¹¹ du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie indiquait que les provinces et les territoires avaient amélioré l'accès aux soins actifs à domicile, aux soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile et aux soins de fin de vie. Toutefois, il révélait également que les gouvernements n'avaient pas respecté les conditions de reddition des comptes prévues dans le plan concernant les soins à domicile en raison d'un désaccord sur les indicateurs et les cibles à retenir pour mesurer les progrès à cet égard. Ceci prouve une fois de plus qu'il est nécessaire d'établir des normes nationales auxquelles les provinces et les territoires pourraient se référer dans leurs tentatives pour atteindre les objectifs en matière de services à domicile.

Le rôle du CMFC

Avec son modèle de Centre de médecine de famille (CMF), le CMFC préconise une offre accrue de soins centrés sur le patient, incluant des soins à domicile appropriés pour celles et ceux qui en ont besoin. En 2000, le CMFC a publié un document de réflexion intitulé [Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile](#)¹³ qui abordait de nombreux thèmes – la nature des soins à domicile, les obstacles aux soins à domicile, les différents modèles de soins – et incluait des recommandations. Même si certaines statistiques présentées dans le document peuvent être périmées, les recommandations sont pertinentes encore aujourd'hui (Tableau 1).

RECOMMANDATIONS DU DOCUMENT DE RÉFLEXION *LE RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE DANS LES SOINS À DOMICILE* (2000)¹³

RECOMMANDATION 1 : Que le CMFC encourage la vision suivante :

- a) Que les soins à domicile soient considérés comme partie intégrante de la médecine familiale, soulignant ainsi la valeur de la continuité des soins, où les médecins de famille sont encouragés à s'impliquer ou à poursuivre leur implication dans les soins aux patients à domicile.
- b) Que le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile soit défini en fonction de la nécessité médicale et des besoins du patient.
- c) Que le médecin de famille assume un rôle actif dans le contexte du domicile comme membre d'une équipe multidisciplinaire et que des mécanismes soient mis en place au niveau national pour faciliter la création d'une telle équipe.
- d) Que les médecins de famille forment des groupes de pratique pour assurer une couverture de 24 heures auprès du patient à domicile.

RECOMMANDATION 2 : Que le CMFC continue de travailler à l'élaboration de modèles de soins et définisse des mécanismes facilitant la participation du médecin aux soins des patients à domicile. Ces mécanismes devraient s'assurer :

- a) que chaque médecin de famille soit informé promptement lorsque son patient reçoit son congé de l'hôpital et lorsqu'il est accepté dans un programme de soins à domicile.
- b) que chaque médecin de famille reçoive une évaluation médicale de la condition de son patient lorsqu'il est accepté dans un programme de soins à domicile, ou que des étapes appropriées soient entreprises pour impliquer le médecin de famille dans l'évaluation médicale du patient et faire en sorte que son temps et ses compétences dans les soins du patient soient utilisés adéquatement.

RECOMMANDATION 3 : Que le CMFC développe davantage ses liens avec l'Association canadienne de soins et services à domicile et d'autres organismes afin de poursuivre la recherche et la création de programmes qui faciliteraient la participation des médecins de famille dans les soins à domicile.

RECOMMANDATION 4 : Que le CMFC sollicite du financement du Fonds pour l'adaptation des services de santé et/ou d'autres sources afin de poursuivre la recherche sur les mécanismes qui faciliteraient l'implication des médecins de famille dans les soins à domicile.

RECOMMANDATION 5 : Que le CMFC encourage la recherche sur l'impact du congé hospitalier précoce sur les ressources du médecin de famille et la qualité des soins aux patients.

RECOMMANDATION 6 : Que le CMFC fasse pression sur les gouvernements :

- a) pour reconnaître l'importance du rôle du médecin de famille dans les soins à domicile, au sein de l'équipe multidisciplinaire, et qu'il accorde son soutien au développement des équipes multidisciplinaires.
- b) pour obtenir des mesures financières incitatives et une rémunération flexible qui encourageront la participation des professionnels de la santé à offrir des soins globaux à leurs patients dans leur domicile (p. ex., la rémunération du médecin de famille comprenant un mécanisme de financement mixte, les consultations téléphoniques, les visites à domicile, les primes après les heures, etc.).

RECOMMANDATION 7 : Que le CMFC fasse pression sur le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour développer des mécanismes qui faciliteront la communication entre les spécialistes consultants et les médecins de famille lors de transitions dans le niveau de soins, incluant l'admission aux soins à domicile.

RECOMMANDATION 8 : Que le CMFC s'assure que des activités de formation médicale continue soient disponibles pour les médecins de famille qui désirent accroître leurs compétences dans les soins aux patients nécessitant des soins plus aigus à domicile.

RECOMMANDATION 9 : Que le CMFC s'assure que tous les programmes de résidence en médecine familiale augmentent les occasions de suivre les patients à domicile, et offrent la formation nécessaire à des soins à domicile plus aigus.

RECOMMANDATION 10 : Que le CMFC renforce auprès de ses différents publics l'importance des soins à domicile comme partie d'un continuum de soins dans le contexte d'une pratique familiale contemporaine.

En soulignant l'importance d'assurer une coordination centralisée des soins à partir du cabinet de pratique familiale, le modèle du CMF répond à bon nombre de ces recommandations. Plusieurs principes (soins multidisciplinaires, accès aux soins en temps opportun, prestation des soins dans des milieux multiples, y compris dans la collectivité et à domicile, soutiens du système et collaboration avec les autres spécialistes) s'inscrivent dans la vision globale du CMFC pour la pratique familiale au Canada : le Centre de médecine de famille.

Dans le cadre de ses dix objectifs pour le CMF, le CMFC s'engage à collaborer avec les gouvernements fédéral, provinciaux et/ou territoriaux afin de soutenir les engagements pris à l'égard des soins primaires et des priorités du CMF, incluant les soins à domicile. Le modèle du CMF comporte divers objectifs de nature à favoriser les pratiques qui assurent la continuité des soins et offrent à leurs patients un large éventail de services qui seront dispensés par des équipes multidisciplinaires ou des réseaux de professionnels de la santé.

La recommandation trois avait pour objectif de renforcer les liens entre le CMFC et l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) et d'autres organisations similaires, ceci dans le but de faciliter la participation des médecins de famille dans les soins à domicile. Présentement, le CMFC fait partie d'un groupe de collaboration sur les soins à domicile. Ce groupe se compose de représentants du CMFC, de l'ACSSD, de l'Association canadienne des soins de santé (ACS) et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Ces organisations se réunissent pour discuter de leurs initiatives courantes en matière de soins à domicile et renforcer le partenariat établi entre elles.

L'ACSSD reconnaît que pour répondre efficacement aux besoins en matière de soins chroniques à long terme de notre population vieillissante, nous avons besoin du rôle crucial des médecins de famille, d'un robuste système de soins de santé primaires et de partenariats avec le secteur des soins à domicile. Des projets comme le [Partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires](#)¹⁴, financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé primaires, ainsi que diverses initiatives provinciales mises en œuvre partout au Canada ont démontré l'efficacité de ce partenariat.

De plus, la recommandation neuf du document de réflexion du CMFC sur les soins à domicile précise que le CMFC doit s'assurer que tous les programmes de résidence en médecine familiale augmentent les occasions de suivre les patients à domicile et offrent la formation nécessaire à des soins à domicile plus aigus. Présentement, le [Programme Triple C](#)¹⁵ vise à offrir un cursus centré sur la médecine familiale qui permet un apprentissage intégré dans des milieux de médecine familiale spécialisés et diversifiés, incluant au cabinet, à l'hôpital et au domicile. Le programme Triple C rend compte du fait que la prestation des soins aux personnes souffrant de maladies physiques chroniques et de maladies mentales s'est déplacée de l'hôpital vers le domicile et que les médecins de famille ont dû modifier leur rôle pour s'assurer de répondre aux besoins de leurs patients.

Le vieillissement de la population au Canada va continuer de s'accélérer jusqu'en 2031, période au cours de laquelle la totalité des baby-boomers atteindront l'âge de 65 ans¹⁶. Présentement, 1 Canadien sur 7 est âgé de 65 ans ou plus; cette proportion sera toutefois de 1 Canadien sur 4 en 2036¹⁶. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file afin de répondre à l'évolution des besoins des Canadiens et Canadiennes en matière de soins de santé. Ceci implique qu'il doit jeter les bases de politiques et de mesures visant à s'assurer que les personnes âgées puissent conserver leur autonomie et leur dignité jusqu'à la fin de leurs jours. Le CMFC, qui préconise les soins centrés sur le patient et défend les intérêts de la médecine familiale, sera toujours disposé à participer aux discussions sur l'importante relation entre les soins à domicile et les soins primaires au Canada.

Le CMFC recommande que le gouvernement fédéral :

1. définisse des objectifs et mette en œuvre des stratégies pour mesurer, suivre et faire connaître les progrès accomplis dans le secteur des soins à domicile;
2. élabore une stratégie nationale sur les soins à domicile en partenariat avec les provinces et les territoires (voir [Les principes harmonisés en matière de soins à domicile](#)⁹ de l'Association canadienne de soins et services à domicile);
3. Soutienne le rôle vital des proches aidants en :
 - assurant leur santé et leur bien-être
 - allégeant leur fardeau financier
 - leur fournissant de l'information et des ressources;
4. veille à ce que les programmes offrent aux personnes âgées une aide au revenu appropriée. Par exemple, des programmes comme la Sécurité de la vieillesse et le Régime de pensions du Canada sont nécessaires pour contribuer à assurer la sécurité financière des personnes âgées;
5. appuie le modèle du Centre de médecine de famille et s'assure que chaque Canadien et Canadienne ait son propre médecin de famille.

Étapes pour passer du rouge au vert

1. **Mettre en place** une stratégie nationale sur les soins à domicile d'ici 2016. Cette stratégie devrait inclure un ensemble de normes qui pourraient servir aux provinces et aux territoires de points de référence pour mettre en œuvre et améliorer les services de soins à domicile.
2. **Élaborer** des indicateurs pertinents et des systèmes de mesure efficaces pour vérifier la performance, la qualité et la responsabilisation des programmes de soins à domicile partout au Canada.
3. **Intégrer** la prestation de soins préventifs continus, la prise en charge efficace des maladies chroniques et les soins à domicile dans le système de soins de santé afin de réduire le nombre d'admissions et la durée des séjours à l'hôpital.
4. **Accorder la priorité** à la prestation des soins à domicile afin d'accroître l'autonomie, la dignité et le bien-être des Canadiens et Canadiennes.

STRATÉGIE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Le Canada est l'un des pays les plus prospères du monde. Il tire fierté de son système de santé accessible à tous qui englobe de nombreux programmes sociaux. Toutefois, si on le compare à d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) en ce qui a trait à la santé et au bien-être des enfants, il fait piètre figure. Selon le [rapport 2013 du Fonds des Nations Unies pour l'enfance \(UNICEF\)](#)¹⁷, sur les 29 pays que regroupe l'OCDE, le Canada se classe 27^e en matière de santé et de sécurité et est l'un des trois pays (avec la Grèce et les États-Unis) où le taux d'obésité des enfants est supérieur à 20 pour cent.

Un autre rapport, publié par l'OCDE celui-là, classe le Canada parmi les derniers pays de l'OCDE (37^e sur 39) au plan des investissements fédéraux pour le développement de la petite enfance et les services de garde¹⁸. Pour une série de variables critiques, comme le financement par enfant, les normes en matière de prestation des programmes, la certification des enseignants et l'évaluation de la maturité scolaire, les résultats des provinces et territoires varient fortement d'un bout à l'autre du pays¹⁹. L'inégalité croissante et l'impact significatif de la pauvreté sur le développement de la petite enfance sont d'autres éléments qui témoignent de l'ampleur et de la variabilité des facteurs qui influent sur le bien-être des enfants.

À l'heure actuelle au Canada, il n'y a aucune stratégie fédérale sur la santé des enfants et des jeunes.

Le rôle du gouvernement fédéral

En septembre 2004, les premiers ministres canadiens se sont engagés à « améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts »¹⁷. Il en a résulté une entente sur des objectifs de santé pour le Canada. Le premier de ces objectifs était que « nos enfants atteignent leur plein potentiel et grandissent heureux, confiants, en santé et en sécurité ». En 2005, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux établissaient des objectifs de santé pancanadiens. Le premier de ces objectifs mentionnait également que « le Canada est un pays dans lequel nos enfants atteignent leur plein potentiel et grandissent heureux, confiants, en santé et en sécurité »²⁰.

Les enjeux relatifs aux enfants et aux jeunes touchent de nombreux ministères des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Ces approches intergouvernementales et intragouvernementales ne simplifient pas les choses quand vient le temps de s'attaquer aux problèmes de santé des enfants. Il est impossible de satisfaire à tous les résultats nécessaires pour améliorer la santé des enfants et des jeunes dans un système mal intégré. C'est pourquoi il est important de créer une stratégie nationale permettant d'unifier les objectifs et d'atteindre le niveau d'amélioration des résultats de santé auquel aspirent les Canadiens et Canadiennes. Pour passer du rouge au vert, le gouvernement fédéral devra mettre en œuvre des initiatives qui priorisent la santé et le bien-être des enfants et des jeunes. Il doit faire preuve d'un plus grand leadership et s'engager à rallier les provinces et les territoires afin de créer une stratégie qui définit des normes nationales. Il doit également promouvoir la collaboration entre les organisations de santé. Considérer les organisations de santé comme une ressource sur laquelle il peut compter permettra au gouvernement fédéral d'observer directement et de mieux comprendre les facteurs qui affectent les enfants et les jeunes aujourd'hui.

Encourager et soutenir la recherche sont des mesures qui contribuent de façon importante à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes. La recherche peut nous aider à comprendre l'incidence de l'évolution de l'environnement physique et social sur la santé des enfants.

L'obésité et les troubles de santé mentale chez les enfants et les jeunes touchent deux aspects importants – le physique et le mental – qui doivent être pris en considération lors de l'élaboration d'une stratégie nationale.

Obésité juvénile

L'activité physique et l'alimentation sont deux éléments importants dont il faut tenir compte dans les discussions sur l'obésité des enfants et des jeunes. Avec une stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains, qui inclut des normes et des cibles nationales, le Canada pourrait devenir un leader en matière de santé et de condition physique des enfants et des jeunes. Des campagnes de marketing social et de sensibilisation du public peuvent être utilisées pour motiver les jeunes gens à adopter des modes de vie plus actifs. Les enfants et les jeunes du Canada peuvent être éduqués pour comprendre l'importance d'adopter des modes de vie sains.

En outre, le CMFC appuie l'appel à l'action en vue de restreindre la publicité sur la malbouffe s'adressant aux enfants de moins de 12 ans. Dans les pays qui se sont attaqués à ce défi avec sérieux, les taux d'obésité infantile ont diminué^{21,22}. À cet égard, le gouvernement fédéral peut prendre les devants et s'inspirer de la loi québécoise, tout en corrigeant les éventuelles lacunes²³.

Santé mentale

Au Canada, le pourcentage d'enfants et de jeunes affectés par la maladie mentale à un moment ou à un autre est de 15 pour cent, soit 1,2 million de personnes²⁴. Malheureusement, seulement une personne sur six de moins de 19 ans reçoit le bon diagnostic, et seulement une sur cinq de moins de 12 ans reçoit le traitement approprié. Ces chiffres soulignent l'importance de sensibiliser précocement les enfants et les jeunes. Paru en 2011²⁵, un rapport de l'administrateur en chef de la santé publique au Canada associe la santé mentale positive à une plus grande probabilité de terminer les études, à des interactions sociales positives, à une meilleure confiance en soi, à la possibilité d'avoir un revenu supérieur et à une résilience accrue. Les maladies mentales sont, quant à elles, liées à un risque plus élevé d'éprouver des problèmes de santé physique, y compris des affections respiratoires chroniques et des maladies cardiovasculaires²⁶.

Depuis 2009, plusieurs gouvernements ont mis en place des stratégies en santé mentale, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, le Nunavut et les Territoires-du-Nord-Ouest. Le gouvernement fédéral doit manifester du leadership en matière de santé des enfants et de la jeunesse, particulièrement chez les populations autochtones.

Le rôle du CMFC

Étant parmi les principaux professionnels de la santé offrant des soins de santé aux enfants et aux jeunes, les médecins de famille ont un rôle important à jouer pour faire en sorte que les enfants et les jeunes de tout le pays grandissent dans des milieux sains et sécuritaires. De concert avec l'Association médicale canadienne et la Société canadienne de pédiatrie, le CMFC a lancé en 2007 l'Initiative sur la santé des enfants et des jeunes. Le document [La santé de nos enfants et de nos jeunes : le vrai défi](#)²⁷ a été élaboré pour formuler clairement l'objectif global d'excellence en matière de santé des enfants et des jeunes au Canada.

Le CMFC estime que pour réaliser pleinement leur potentiel, les enfants et les jeunes doivent grandir dans un endroit où ils peuvent s'épanouir et avoir accès à des soins de santé de grande qualité quand ils en ont besoin. Cet endroit doit présenter trois éléments fondamentaux : un environnement sûr et sécuritaire, des occasions de développement physique et mental et un éventail complet de ressources en santé accessibles à tous, peu importe le statut socio-économique. La diversité des ressources en

santé requises à cette fin ressort de certains indicateurs mentionnés dans le bilan du CMFC sur le rôle du gouvernement fédéral; les soins primaires, une stratégie nationale des produits pharmaceutiques, une stratégie nationale de vaccination et une stratégie nationale sur la pauvreté sont indispensables. Les objectifs définis dans la Charte correspondaient à ces trois éléments (voir les recommandations à l'annexe 2). Les objectifs recommandés dans la Charte demeurent pertinents encore aujourd'hui. Certains sont simples, comme de s'assurer que les enfants et les jeunes grandissent dans un endroit où l'eau est potable, l'air propre et le sol non contaminé. D'autres cependant, comme un engagement envers le bien-être social et la santé mentale, doivent être clairement définis.

Le CMFC a mis en œuvre plusieurs initiatives qui prônent la santé et le mieux-être des enfants et des jeunes. Les Centres de médecine de famille dispensent des soins tout au long du cycle de vie, en commençant par les nouveau-nés, les enfants et les adolescents. Le *Comité de programme sur la santé de l'enfant et de l'adolescent* du CMFC, créé en 2011 dans le cadre du programme des médecins de famille avec intérêts particuliers ou pratiques ciblées (IPPC), comprend le travail du Comité d'action conjoint sur la santé de l'enfant et de l'adolescent (CACSEA). Son objectif est de s'assurer que les enfants et les adolescents reçoivent des médecins de famille les meilleurs soins médicaux qui soient. Les ressources qu'il propose en ligne incluent des articles et des recommandations pour la pratique clinique destinés aux médecins qui ont un intérêt particulier pour la prestation de soins aux enfants et aux adolescents. Par exemple, le Comité met en évidence une ressource électronique appelée [Jeunes en action, jeunes en santé](#)²⁸ qui aide les médecins de famille, les pédiatres et les autres professionnels des soins de santé à promouvoir l'activité physique, l'alimentation et d'autres choix santé.

Le *Comité de programme sur la santé mentale* a été mis sur pied en 2010, sous l'égide de la Section des médecins de famille avec intérêts particuliers ou pratiques ciblées (IPPC). Son mandat englobe les travaux du Groupe de travail sur les soins de santé mentale partagés (GTSSMP). Ce groupe, qui s'inscrit dans une initiative conjointe, a pour objectif d'améliorer la qualité des soins dispensés à tous les Canadiens et Canadiennes souffrant de maladie mentale ou de problèmes affectifs. Le Comité a élaboré une [trousse d'outils](#) axée spécifiquement sur la santé mentale des enfants et des jeunes.

Le mandat du Comité de programme sur la médecine du sport et de l'exercice est axé sur la médecine qui s'applique aux modes de vie actifs et à l'exercice. Le Comité a affiché sur sa page Web un article intitulé [Des directives en matière d'activité physique chez les enfants et les adolescents](#)²⁹.

Le CMFC s'est engagé à promouvoir des environnements sains pour les enfants et les jeunes. Nous encourageons le gouvernement fédéral à utiliser les organisations de santé comme des ressources pour obtenir des renseignements pertinents sur la manière dont les professionnels de la santé, comme les médecins de famille, peuvent contribuer à l'élaboration de politiques ou de cadres relatifs aux enfants et aux jeunes.

Le CMFC recommande que le gouvernement fédéral :

1. interdise la publicité sur la malbouffe s'adressant aux enfants de moins de 12 ans;
2. améliore la clarté de l'étiquetage des aliments et de l'information nutritionnelle, afin que les parents puissent faire des choix alimentaires plus éclairés et mieux informés;
3. explore des stratégies en matière de fiscalité et de subventions pour faire augmenter la consommation d'aliments sains et faire diminuer la consommation d'aliments malsains;
4. qu'il renouvelle l'engagement fédéral-provincial-territorial de 2006 sur les garderies;
5. mette en œuvre une stratégie fédérale sur la santé des enfants et des jeunes du Canada (pour satisfaire aux recommandations de la [Charte de la santé des enfants et des jeunes du Canada](#)²⁷ de 2007);
6. veille à ce que les soins de santé mentale soient accessibles à tous les enfants et à tous les jeunes qui ont besoin de ces services :
7. rendre les programmes de dépistage précoce et d'aide précoce accessibles pour tous les enfants, même les nourrissons et les tout-petits.
8. s'engage à éliminer la pauvreté des enfants au Canada d'ici 2020;
9. encourage et soutienne la recherche visant à améliorer et maintenir la santé et le bien-être des enfants;
10. appuie le modèle de soins du Centre de médecine de famille et s'assure que chaque Canadien et Canadienne ait son propre médecin de famille.

Étapes pour passer du rouge au vert

1. **Hisser** le Canada dans les 10 meilleurs pays de l'OCDE pour ce qui est des mesures visant la santé des enfants d'ici 2017.
2. **Éliminer** la pauvreté des enfants au Canada d'ici 2020.
3. **Rendre possible** d'ici 2020 la prise de rendez-vous le jour même pour les enfants qui sont des patients des cabinets de médecine familiale fonctionnant selon le modèle du Centre de médecine de famille, en soutenant le modèle du CMF.

CONCLUSION

Même si ce sont les gouvernements provinciaux qui se chargent de la prestation des soins de santé, il incombe au gouvernement fédéral de concevoir, diriger et mettre en œuvre des stratégies nationales qui font en sorte que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes ont accès à des soins de santé de qualité, universels et équitables.

Si le gouvernement fédéral suit les recommandations du CMFC relativement aux soins à domicile et à la stratégie sur les enfants et les jeunes, il fera passer du rouge au vert les indicateurs liés à ces secteurs.

ANNEXE 1 : PRINCIPES HARMONISÉS DE L'ACSSD EN MATIÈRE DE SOINS À DOMICILE

1. **Soins axés sur le client et la famille** : le client et l'aidant familial sont au centre des soins prodigués à domicile.
2. **Soins accessibles** : les Canadiens bénéficient d'un accès équitable, pertinent et cohérent aux soins à domicile et sont pleinement informés de l'éventail des soins et services offerts.
3. **Soins responsables** : le service de soins à domicile rend compte de la qualité des soins qu'il fournit et de leur amélioration continue aux clients, à leurs aidants, aux prestataires de services et au système de santé.
4. **Soins fondés sur des données probantes** : l'efficacité et l'efficience des soins, de l'affectation des ressources et de l'innovation reposent sur la connaissance appuyée par des données probantes.
5. **Soins intégrés** : de concert avec la collectivité et les services sociaux, le service de soins à domicile facilite l'intégration des soins dans tout le continuum de soins de santé; les soins sont offerts de manière complémentaire, coordonnée et continue, la continuité pour le client étant privilégiée.
6. **Soins durables** : le service de soins à domicile contribue à la durabilité d'un système de santé intégré en améliorant l'efficacité des soins et en les rentabilisant.

Pour de plus amples renseignements, consultez le <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=259>

ANNEXE 2 : SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA « CHARTE DE LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES DU CANADA DE 2007²⁷ »

Le Canada doit devenir :

1. un endroit offrant un environnement sain et sécuritaire :

- a. Propreté de l'eau, de l'air et du sol;
- b. Protection contre les blessures, l'exploitation et la discrimination;
- c. Familles, habitations et communautés saines

2. un endroit qui assure la santé et le développement des enfants et des jeunes :

- a. Des programmes de soins prénataux et maternels, pour être en meilleure santé possible à la naissance;
- b. Une alimentation qui assure une bonne croissance, un développement normal et la santé à long terme;
- c. Des occasions d'apprentissage préscolaire et des soins de grande qualité, à la maison et dans la collectivité;
- d. Des occasions et de l'encouragement en ce qui a trait à l'activité physique;
- e. Des services d'éducation primaire et secondaire de la meilleure qualité;
- f. Des services d'éducation postsecondaire abordables et accessibles;
- g. Un engagement envers le bien-être social et la santé mentale.

3. un endroit qui offre une gamme complète de ressources en santé :

- a. Soins de santé de base, incluant vaccination, médicaments et soins dentaires;
- b. Soins de santé mentale et programmes d'aide précoce pour les enfants et les jeunes;
- c. Accès en temps opportun aux services de santé et à des diagnostics spécialisés;
- d. Mesure et suivi de l'état de santé des enfants et des jeunes;
- e. Recherche axée sur les besoins des enfants et des jeunes;
- f. Continuité des soins lors de la transition vers les services de santé destinés aux adultes, lors de la transition entre les soins de courte durée, les soins prolongés et les soins en milieu communautaire et entre les provinces et territoires.

Références

1. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Le rôle du gouvernement fédéral dans les services de santé : Bilan de 2013*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2013. http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/CFPC_FederalReportCard2013_FR.pdf. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
2. Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD). (2013). *Portraits des soins à domicile au Canada*. Mississauga, ON.
3. Kitchen P, Williams A, Pong RW, Wilson D. *Socio-spatial patterns of home care use in Ontario, Canada: A case study*. *Health Place* 2011;17(1):195–206.
4. Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Vieillesse en santé*. Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits. Publié au <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012004/article/11760-fra.htm>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
5. Turcotte M. *Être aidant familial : quelles sont les conséquences?* Regards sur la société canadienne [série]. Ottawa : Statistique Canada; 2013. Publié au <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2013001/article/11858-fra.htm>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
6. Coalition canadienne des proches aidants. (2014). *Caregiver facts*. Publié au <http://www.ccc-ccan.ca/content.php?doc=43>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
7. Santé Canada. *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. 16 septembre 2004. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
8. Ministère des Finances. *Les emplois, la croissance et la prospérité à long terme figurent au premier rang des priorités du Plan d'action économique de 2013 du Canada*. Ottawa : gouvernement du Canada; 2013. <http://www.fin.gc.ca/n13/13-040-fra.asp>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
9. Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD). *Principes harmonisés*. Mississauga, ON : ACSSD; 2013. Publié au www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=259. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
10. Conseil canadien de la santé. (2008). *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*. Toronto : Conseil canadien de la santé; 2008. Publié au http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=146. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
11. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2012). *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004*. Ottawa, Ontario; 2012. Publié au : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/411/soci/rep/rep07mar12-f.pdf>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
12. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale - Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Publié au http://www.cfpc.ca/Une_Vision_Pour_Le_Canada/. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
13. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile. Document de réflexion*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2000. Publié au <http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=1515&langType=3084>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
14. Association canadienne de soins et services à domicile. *Partnership in Practice: Two key strategies involving home care yield high impact benefits for primary health care in Canada*. Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires. Mississauga, ON : ACSSD; 2006. Publié au <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1645>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
15. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Cursus Triple C axé sur les compétences*. http://www.cfpc.ca/triple_C/. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
16. Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*. 2012. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/2010001/parts-parties-fra.htm>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
17. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2013). *Le bien-être des enfants dans les pays riches : Vue d'ensemble comparative*. *Bilan Innocenti 11*. Bureau de la recherche de l'UNICEF, Florence, Italie; 2013. Publié au http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_fre.pdf. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
18. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2009). Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales. Division des politiques sociales - Base de données sur les dépenses sociales (SOCX) : *graphique PF3.1 Dépenses publiques relatives à la garde et à l'éducation des très jeunes enfants*, 2009. Dernière mise à jour le 29 juillet 2013. <http://www.oecd.org/els/family/PF3.1%20Public%20spending%20on%20childcare%20and%20early%20education%2020290713.pdf>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
19. Doherty G, Friendly M, Forer B. *Child Care by Default or Design? An exploration of differences between non-profit and for-profit Canadian child care centres using the You Bet I Care! data sets*. Toronto: Childcare Resource and Research Unit, Centre for Urban and Community Studies; 2002. Publié au <http://www.childcarecanada.org/sites/default/files/OP18.pdf>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
20. Conseil canadien de la santé. (2006). *Leur avenir commence maintenant – Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada*. Toronto : Conseil canadien de la santé; 2006.
21. Lobstein T, Dobb S. *Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight*. *Obes Rev* 2005;6(3):203–208.
22. International Obesity TaskForce, Association européenne pour l'étude de l'obésité. *Position Paper*. Londres, Angleterre: Auteurs; 2002.
23. Dhar T, Baylis K. *Fast-food consumption and the ban on advertising targeting children: The Quebec experience*. *J Mark Res* 2011;48:799–813.
24. Société pour les troubles de l'humeur du Canada. *Quick Facts: Mental illness and addiction in Canada*. 3rd edition. 2009. www.mooddisorderscanada.ca/documents/Media%20Room/Quick%20Facts%203rd%20Edition%20Referenced%20Plain%20Text.pdf. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
25. Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2011 : Jeunes et jeunes adultes – En période de transition*. Ottawa : Santé publique Canada; 2011. Publié au <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/index-fra.php>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
26. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et coll. *Physical illness in patients with severe mental disorders*. 1. *Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. *World Psychiatry* 2011;10(11):52–77.
27. Association médicale canadienne, Société canadienne de pédiatrie, Collège des médecins de famille du Canada. *La santé de nos enfants et de nos jeunes : le vrai défi*. *Charte de la santé des enfants et des jeunes du Canada*. 9 octobre 2007. Publié au <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2008/pg/bgrd/backgroundfile-9405.pdf>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
28. Société canadienne de pédiatrie. *Jeunes en action, jeunes en santé*. <http://www.cps.ca/fr/active-actifs>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.
29. Lipnowski S, LeBlanc CMA; Société canadienne de pédiatrie, Comité d'une vie active saine et de la médecine sportive. *Une vie saine et active : des directives en matière d'activité physique chez les enfants et les adolescents*. *Énoncé de position*. *Paediatr Child Health* 2012;17(4):209–10. Publié au <http://www.cps.ca/fr/documents/position/directives-activite-physique>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

©Le Collège des médecins de famille du Canada 2014
Tous droits réservés.