**Association canadienne des enseignantes et des enseignants retraités**



**Canadian Association of Retired Teachers**

RAPPORT DU COMITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

AGA 2019

**Membriété :**

**Margaret Urquhart Présidente**

**Alyson Hillier RTO-NSTU**

**JoAnn Lauber BCRTA**

**Mandat**

L’ACER-CART cherche à promouvoir un état de santé optimal chez les enseignants retraités et chez les aînés.

Le Comité des services de santé doit :

1. fournir aux Membres des liens leur permettant d’obtenir des informations fiables sur la santé et le bien-être ;
2. promouvoir une santé optimale telle que décrite dans le plan stratégique de l’ACER-CART et dans les résolutions des Membres, et
3. préparer les propositions de l’Exécutif ainsi que des documents de travail et recommandations appropriées se rapportant aux enjeux sur la santé

Rapport L’aide de l’Exécutif a été bien appréciée tout au long de l’année. De plus, les contributions de Alyson Hillier, de Nouvelle-Écosse et de JoAnn Lauber de Colombie-Britannique étaient très importantes. Alyson a révisé ou fait des suggestions pour les liens sur le site web et JoAnn a joué un rôle primordial dans l’élaboration du matériel concernant l’Accord sur la santé.

**Les liens électroniques** sur le site web de l’ACER-CART ont été révisés et on a fait des suggestions de changements. Les aspects considérés incluaient la source : commerciale plutôt qu’informative, courante et contemporaine et d’intérêt pour tous les Canadiens.

L’assurance-médicaments nécessitait une attention immédiate compte tenu de l’annonce dans le budget 2018 qu’on mettrait sur pied un Conseil consultatif sur la mise en œuvre d’une assurance-médicaments nationale. On a identifié ce qu’il fallait soumettre à l’attention de ce conseil. Les associations membres ont été avisées des moyens avec lesquels on devait se familiariser, en définissant les enjeux et les documents et pour leur participation en ligne ou directement aux assemblées publiques tenues dans certaines provinces ou certains territoires. De plus, l’ACER-CART a soumis un mémorandum au Conseil.

Le rapport intermédiaire du Conseil, publié en mars 2019, sous-entendait des possibilités de progrès dans certains domaines du programme national. Le rapport final est attendu avant l’été et sera révisé. Cependant, l’approche des élections fédérales pourrait avoir des répercussions sur le rapport.

Les élections fédérales laissent à tous les partis politiques l’occasion de se prononcer sur l’assurance-médicaments. On fera les efforts nécessaires afin de communiquer la position de chaque parti aux associations membres. Vous êtes vivement encouragés à vous familiariser et à partager les documents se rapportant à l’ACER-CART avec vos membres. Vous y trouverez de l’information pour engager le dialogue avec tous les candidats sur une variété de sujets incluant l’assurance-médicaments ou autre enjeux intéressant les aînés et les priorités de l’ACER-CART.

**Les accords bilatéraux sur la santé** entre le fédéral et les provinces ou territoires signés en 207-2018 ont remplacé l’Accord national sur la santé qui a expiré en 2014. Pendant les 10 prochaines années, dès 2018, on a alloué 11 milliards de dollars pour deux priorités : les soins à domicile et dans la communauté, pour la santé mentale et les dépendances. Chaque accord s’étale sur cinq ans. On a endossé une *Déclaration commune de principes sur les priorités partagées en matière de santé*. Les principes ont pour but de guider l’action par juridiction, collaborative, innovante et comptable.

En janvier 2019 l’Exécutif de l’ACER - CART s’est entendu pour examiner les accords afin de fournir des informations importantes à nos Membres, leur permettre d’en suivre l’évolution et d’engager la discussion avec les législateurs provinciaux et territoriaux. Vous trouverez en appendice l’historique et les informations pertinentes aux diverses juridictions.

Nous nous devons de surveiller les développements du dossier assurance-médicaments et accords sur la santé. De plus, de récents développements en Ontario indiquent que les soins médicaux privés pourraient devenir un enjeu majeur.

Respectueusement soumis,

Margaret Urquhart

**Appendice 1**

**Vue d’ensemble**

L’ACER-CART, comme d’autres organisations qui militent en faveur des aînés, veut avoir accès à des services de santé permettant aux Canadiens les plus âgés de rester chez eux et dans leurs communautés à leur choix et de réduire ainsi la dépendance de soins plus onéreux à l’hôpital.

**Un peu d’histoire**: L’Accord national sur la santé a expiré en 2014 et aucun nouvel accord national ne l’a remplacé. En octobre 2015, le nouveau gouvernement fédéral a adopté la formule annuelle régissant les Transferts de paiements pour les soins de santé. La formule précédente était basée sur un taux annuel de 6 %. En mars 2017 on a imposé une formule au taux de 3 %. Les provinces et territoires ont donc reçu moins d’argent pour les soins de santé. En août 2017, le gouvernement fédéral a proposé d’investir 11 millions de dollars supplémentaires sur une période de 10 ans pour les services de santé mentale et les dépendances et pour l’accès aux services à domicile ou dans la communauté.

**Chronologie et éléments communs**: Un à un, les territoires et les provinces ont signé des accords bilatéraux de 10 ans avec le gouvernement fédéral en 2017-2018. Chacun a négocié séparément avec le fédéral pour obtenir des accords détaillant la manière dont les fonds seraient utilisés durant les quatre années suivantes.

Les actions en vue d’améliorer l’accès aux services de santé mentale et dépendances devront inclure une ou plus de ces conditions :

* Étendre l’accès aux services de santé mentale et dépendances en communauté aux enfants et jeunes (10 à 25 ans), prouvant l’efficacité d’interventions précoces.
* Propager des modèles de soins de santé mentale et dépendances, prouvés, avec interventions tenant compte des milieux culturels et intégrés avec les services de santé de base ; et
* étendre la disponibilité de services de santé mentale et de dépendances intégrés en communauté pour les personnes ayant des besoins médicaux complexes.
* Les actions en vue d’améliorer l’accès aux soins à domicile ou dans la communauté devraient inclure une ou plusieurs de ces conditions :
* propager et échelonner des modèles prouvés de soins à domicile mieux intégrés et reliés aux soins de base ; et
* améliorer l’accès aux soins palliatifs et de fin de vie à domicile ou en hospice.
* Augmenter l’appui aux soignants ; et
* améliorer l’infrastructure des soins à domicile, comme les contacts numériques, la surveillance technologique à distance et les facilités de livraison de services dans les communautés.

Les dépenses admissibles seraient : investissements en capital et en frais d’exploitation ; les salaires et prestations, formation et développement professionnels, information et communications en rapport avec les programmes, le développement et la cueillette de données à l’appui des rapports, l’informatique et l’infrastructure.

On a ensuite dégagé des fonds à chaque juridiction pour la première année. On peut en trouver les détails sur ce site : [www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html](http://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html).

Éléments communs à toutes les ententes :

1. Les fonds seront alloués aux provinces sur base *per capita* pour deux ententes de 5 ans chacune en plus de l’engagement légal des Transferts de paiements courants.
2. Le financement pour la première année (2017-2018) a été dégagé au fur et à mesure que les provinces et territoires ont donné leur accord pour son utilisation selon un plan à déterminer.
3. Le financement pour les 4 prochaines années (2018 – 2022) a été transmis aux juridictions respectives dès l’approbation d’une entente bilatérale formelle détaillée et spécifique en ce qui concerne l’amélioration des services ;
4. Le financement sera distribué en versements semi-annuels, en date approximative du 15 avril et du 15 novembre de chaque année fiscale et à condition que le progrès soit évident et évalué, que des données soient disponibles et partagées et que des rapports fiscaux transparents soient soumis.
5. Les versements du plan de financement seront moindres dans les premières années de l’entente que par la suite.
6. Le financement par le fédéral pour 2022/23 à 2026/27 sera étendu dès le renouvellement des accords bilatéraux et sera conditionnel au succès des initiatives de l’année précédente.
7. Les fonds pourront être saisis par le Parlement si utilisé à d’autres fins que les services de santé à domicile ou dans la communauté et pour la santé mentale et les dépendances
8. Les fonds non utilisés pourront être saisis par le gouvernement fédéral, mais 10 % pourront être retenus et crédités sur l’année suivante sous certaines conditions ; et
9. Les octrois pour les années suivantes pourront être retenus si la province ou le territoire est en défaut de soumission de déclaration fiscale ou de rapports et données à l’Institut canadien d’information sur la santé tel qu’exigé par les ententes.

**Plans de coopération et de partage :** Les ministres de la Santé FTP se sont entendus pour collaborer afin d’atteindre les objectifs fixés par la Déclaration commune des principes des priorités en matière de santé et pour adopter les meilleures pratiques dans les domaines visés, de les évaluer et les partager afin de stimuler le progrès dans les systèmes de santé ; et qu’ils allaient communiquer les données et objectifs pertinents aux provinces concernées, ce qui permettrait d’en mesurer les progrès par l’Institut canadien d’information sur la santé et publié annuellement avec transparence, au bénéfice des Canadiens. En juin 2018, les ministres de la Santé FPT ont entériné les critères.

**Note**: Le Québec siégeait comme observateur et le nouveau gouvernement de l’Ontario ne les a pas entérinés.

**Critères recommandés pour l’accès aux services de santé mentale et dépendances** :

* Temps d’attente pour les services communautaires pour la santé mentale, références/auto références aux services externes aux services d’urgence, programmes pour patients internes d’hôpitaux (psychiatriques)
* Identification précoce pour intervention immédiate auprès des jeunes de 10 à 25 ans (à déterminer)
* Conscientisation et navigation réussie dans les services psychiatriques et de dépendances (à déterminer si un patient se présente sans être recommandé par un médecin).
* Pourcentage de retour au service des urgences et/ou visites en centre de soins d’urgence à cause de maladies mentale ou de dépendance.
* Taux d’hospitalisation pour usage de substances dangereuses problématique
* Taux de blessures auto-infligées, incluant le suicide.

**Critères recommandés pour l’accès aux soins à domicile ou en communauté :**

Temps d’attente pour les services à domicile et services de référence

Niveau alternatif pour longueur de séjour pour les patients hospitalisés et transférés aux services à domicile

Les services de soins à domicile ont aidé le patient chez soi (rapport personnel)

La détresse des soignants

Transfert approprié ou non d’un patient vers une institution de soins de longue durée

Décès chez soi, sans hospitalisation (à déterminer)

Le rapport pour 2019 de l’I.C.I.S. : Défis communs, Priorités partagées, devrait être publié le 30 mai.

**Comment les accords nous affecteront-ils ?** : La déclaration commune des principes des priorités en matière de santé donne peu de références au sujet de l’accès des aînés aux soins des maladies mentales ; toutefois, la révision des ententes inclut le financement de la santé mentale et des dépendances, même si les ententes ciblent les enfants et les jeunes de 10 à 25 ans et font seulement référence de manière générale à ce domaine pour l’ensemble de la population, car ces soins sont intégrés avec « les services de soins de santé de base et les services pour les maladies mentales et dépendances s’adressent aux personnes ayant des besoins complexes. »

Les révisions décrivent les maladies mentales et les dépendances ainsi que les services pouvant affecter les canadiens plus âgés : la situation actuelle dans chaque juridiction et la manière dont chaque province et la manière d’améliorer l’accès aux services de santé mentale et des dépendances, les services à domicile ou dans la communauté, ainsi que les soins palliatifs ou de fin de vie seront de la responsabilité des provinces et territoires. Les ententes bilatérales TFP ont une importance particulière pour nous, car elles sont des promesses de meilleur accès au type de soins qui augmente nos chances d’indépendance dans les années à venir et améliore notre qualité de vie.