

**Mémoire de l'AMC :
Le besoin d'une infrastructure
de la santé au Canada**

Présenté à l'hon. Denis Lebel, CP, député
Ministre des Transports, de l'Infrastructure et des Collectivités

Le 18 mars 2013



A healthy population and a vibrant medical profession
Une population en santé et une profession médicale
dynamique

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Pour le compte de ses 80 000 membres et plus et de la population canadienne, l'AMC s'acquitte d'un vaste éventail de fonctions dont les principales comprennent la représentation en faveur de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, la promotion de l'accès à des soins de santé de qualité, la facilitation du changement au sein de la profession médicale et l'offre de leadership et de conseils aux médecins pour les aider à orienter les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme professionnel sans but lucratif qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et 51 organisations médicales nationales.



1. Introduction

Dans son *Plan d'action économique de 2011* (Budget de 2011), le gouvernement du Canada s'est engagé à consulter les interlocuteurs au sujet du prochain plan d'infrastructures publiques à long terme qui durerait après la fin du cadre en cours, le plan Chantiers Canada, le 31 mars 2014.

Dans son mémoire prébudgétaire de 2012-2013, l'AMC recommande que le gouvernement fédéral veille à ce que l'infrastructure de la santé soit admissible à du financement dans le prochain plan à long terme d'infrastructures publiques. Ce financement aura pour objectif de corriger un déficit précis au niveau de l'infrastructure de la santé qui nuit à l'optimisation des ressources affectées aux soins de santé et exacerbe les temps d'attente, et de permettre aux collectivités canadiennes de répondre aux besoins actuels et futurs en soins de santé de leurs personnes âgées. L'AMC a produit ce mémoire afin de fournir des détails supplémentaires sur l'envergure du financement proposé pour l'infrastructure du secteur de la santé, sur sa justification et ses retombées économiques, ainsi que sur la façon possible de l'appliquer.

2. Aperçu de la proposition

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral, dans le prochain plan d'infrastructures à long terme, veille à ce que les infrastructures du secteur de la santé pour les établissements de soins de longue durée soient admissibles à du financement. Ce financement devrait être applicable autant à de nouveaux projets d'immobilisations qu'à la rénovation ou la mise à niveau d'installations existantes.

Cette recommandation et la reconnaissance du besoin de capacité supplémentaire dans le secteur des soins de longue durée s'inscrivent dans le contexte d'une stratégie nationale visant à rediriger des patients hospitalisés en attente d'autres niveaux de soins vers leur domicile, la communauté et les centres de soins de longue durée où ils pourront recevoir les soins qui leur conviennent le mieux à un coût moindre. En effet, un lit d'hôpital coûte 842 \$ par jour comparativement à 126 \$ pour un lit en soins de longue durée¹. Si les patients hospitalisés en attente d'un autre niveau de soins (ANS) étaient transférés dans un milieu de soins plus appropriés, en l'occurrence de l'hôpital à un centre de soins de longue durée, le système de santé économiserait environ 1,4 milliard de dollars par année.

Pour les besoins de la présente recommandation, les centres de soins de longue durée s'entendent des foyers de soins de longue durée pour les bénéficiaires internes, des résidences pour personnes en perte d'autonomie et d'autres types de modèles innovateurs de services pour les bénéficiaires internes qui permettent à ceux-ci de se trouver dans le milieu le plus approprié à leurs besoins. Le secteur des soins de longue durée fait face à un changement important attribuable à l'augmentation du nombre de personnes âgées et à leurs besoins en soins de plus en plus complexes. Ces pressions ne s'exercent pas seulement sur la construction de nouveaux établissements mais aussi sur la nécessité d'entretenir les installations existantes, et notamment de les mettre à niveau afin de les rendre conformes à des exigences réglementaires plus rigoureuses, et de s'efforcer de répondre aux besoins de soins plus importants de leur population de plus en plus âgée.

La recommandation de l'AMC portant de veiller à ce que les infrastructures du secteur des soins de longue durée soient admissibles à du financement dans le prochain plan d'infrastructures à long

¹ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. *Améliorer l'accessibilité, la qualité et la viabilité des soins de longue durée au Canada*. Rapport de l'ACCAP sur la politique en matière de soins de longue durée. Juin 2012.

terme constitue un volet de son initiative sur la transformation des soins de santé et appuierait une stratégie pancanadienne sur les soins continus, intégrerait entièrement dans le système de santé les services de soins à domicile, de soins de longue durée en établissement, de soins de relève et de soins palliatifs.

3. Justification

La recommandation portant sur l'admissibilité des infrastructures de la santé dans le prochain plan d'infrastructures à long terme se justifie principalement par les besoins en soins de la population âgée de plus en plus nombreuse du Canada et l'incidence de cette situation pour le système de santé du Canada. Des communautés d'un bout à l'autre du Canada font face à un problème commun, soit le manque de ressources nécessaires pour répondre comme il se doit aux besoins en logements et en soins de la population âgée. Les tendances démographiques indiquent que le problème ne fera que s'alourdir. Comme on peut le voir ci-dessous, il est toutefois possible, en investissant dans les personnes âgées, de produire des retombées économiques directes et indirectes importantes.

Répondre aux besoins de la population âgée de plus en plus nombreuse du Canada et à ses besoins changeants en soins

Tous les pays industrialisés vieilliront au cours des prochaines décennies, mais, selon un récent rapport de Finances Canada², la population du Canada devrait vieillir plus rapidement que celle de la plupart des autres pays de l'OCDE. Statistique Canada signale que le nombre des personnes âgées (65 ans et plus) au Canada devrait passer de 4,2 millions en 2005 à 9,8 millions en 2036, leur pourcentage de la population totale grimant de 13,2 % à 24,5 %. Le nombre et le pourcentage des personnes âgées les plus vieilles – 75 ans et plus – devraient augmenter considérablement aussi. En Ontario, la population des 75 ans et plus devrait augmenter de presque 30 % entre 2012 et 2021³. Selon les projections démographiques de Statistique Canada basées sur une croissance moyenne, le nombre des 80 ans et plus augmentera d'un facteur de 2,6 d'ici 2036 – pour atteindre 3,3 millions de personnes⁴.

Bien que le taux de résidence des personnes âgées dans les centres de soins de longue durée soit à la baisse, à mesure que la population vieillit de plus de plus en rapidement, la demande de soins aux bénéficiaires internes augmentera néanmoins considérablement à court terme parce qu'il y aura davantage de personnes âgées.

Ce n'est pas seulement la taille de la population âgée qui augmente : les besoins de santé des personnes âgées changent eux aussi, particulièrement chez celles qui ont besoin de soins en établissement. Les bénéficiaires de centres de soins de longue durée sont plus âgés aujourd'hui qu'auparavant et leurs besoins de santé sont plus complexes que jamais. Une comparaison effectuée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) entre les clients des services de soins à domicile et les personnes âgées qui vivent dans des établissements résidentiels de soins a révélé que « les personnes âgées vivant dans des établissements résidentiels de soins sont plus susceptibles d'avoir besoin de beaucoup d'aide avec les activités de la vie quotidienne comme prendre leur bain

² Ministère des Finances Canada. *Répercussions économiques et budgétaires du vieillissement de la population canadienne*. Ottawa, 2012.

³ Bureau du Vérificateur général de l'Ontario. *Rapport annuel 2012*. 2012.

http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr12/2012ar_fr.pdf. Consulté le 30 janvier 2013.

⁴ Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2009 à 2036*. Juin 2010. 91-520-SCB.

et faire leur toilette (74 % par rapport à 18 %). Ces personnes étaient aussi plus susceptibles d'avoir une déficience de modérée à grave de la cognition (60 % par rapport à 14 %). Le nombre de bénéficiaires internes vivant avec une démence devrait augmenter. En 2011, 747 000 Canadiens vivaient avec une déficience de la cognition, ce qui inclut la démence et représente 14,9 % des Canadiens de 65 ans et plus. En 2031, ce chiffre passera à 1,4 million⁵. À la demande du Comité des finances de la Chambre des communes, l'AMC a soumis une Stratégie nationale de lutte contre la démence⁶. Cette proposition visant à financer des centres de soins de longue durée appuie une telle stratégie.

Beaucoup d'établissements résidentiels sont mal équipés pour répondre aux besoins de soins de leur clientèle, qui sont plus complexes maintenant que lorsque ces établissements ont été construits à l'origine. Par exemple, beaucoup d'établissements ne satisfont pas aux normes en vigueur sur la sécurité des bâtiments et le financement provincial ou municipal limité disponible est habituellement insuffisant pour leur permettre de faire les modifications qui s'imposent⁷. Il manque d'unités de logement à espaces communs afin de mieux aider les bénéficiaires atteints de démence, sans compter la pénurie d'unités appropriées de soins aux bénéficiaires invalides ou obèses. Des rénovations s'imposent aussi afin de mieux utiliser des lits en soins de longue durée à d'autres fins, notamment pour fournir des soins de répit en court séjour ou des soins de transition⁸. Selon l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, l'absence des installations matérielles nécessaires pour les soins constitue la raison invoquée le plus souvent par les établissements pour refuser d'admettre des clients inscrits sur les listes d'attente en soins de longue durée⁹.

Possibilité d'améliorer l'efficacité des soins de santé et de réaffecter des dépenses de programme existantes

Nous reconnaissons qu'essayer de combler la lacune actuelle au niveau des choix d'établissements résidentiels de soins de longue durée ne constitue qu'une façon parmi d'autres d'améliorer l'efficacité du système de santé du Canada. Nous croyons toutefois qu'il s'agit d'un élément critique d'une stratégie pour un continuum intégré de soins qui prévoit un soutien accru aux services de soins à domicile et de soins communautaires¹⁰. L'amélioration des options qui s'offrent aux personnes âgées aura des répercussions en cascade positives sur beaucoup d'autres éléments du système. Non seulement les personnes âgées vivront à des endroits plus appropriés et plus sécuritaires, mais aussi les ressources affectées aux soins actifs seront mieux utilisées. Il ne faut pas oublier que les gouvernements provinciaux et territoriaux ont consacré environ 45 % de leurs dépenses de santé en 2009 aux personnes âgées de 65 ans et plus, groupe qui ne constituait que 14 % de la population.

Un problème majeur auquel fait face le système de santé du Canada, c'est le grand nombre de patients hospitalisés en attente d'autres niveaux de soins (ANS) qui occupent des lits de soins actifs.

⁵ Société Alzheimer de l'Ontario. Facts about dementia. <http://www.alzheimer.ca/en/on/About-dementia/Dementias/What-is-dementia/Facts-about-dementia>. Consulté le 30 janvier 2013.

⁶ Association médicale canadienne. *Vers une stratégie sur la démence pour le Canada*. Ottawa, 2013. <http://www.cma.ca/presentations-au-gouvernement>. Consulté le 30 janvier 2013.

⁷ Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors. *Proposals for the Ontario Budget. Fiscal Year 2012-13*. Mars 2012.

⁸ David Walker. *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*. Rapport présenté au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Le 30 juin 2011. Toronto.

⁹ Long Term Care Innovation Expert Panel. *Why not now? A bold, five-year strategy for innovating Ontario's system of care for older adults*. Mars 2012. http://www.oltca.com/axiom/DailyNews/2012/June/LTCIEPFullReport_web_jun6.pdf. Consulté le 30 janvier 2013.

¹⁰ Pour un exemple de modèle de continuum intégré de soins post-actifs, voir CARP, *One Patient : CARP's Care Continuum*. <http://www.carp.ca/wp-content/uploads/2013/01/One-Patient-Brief-Updated-Oct-18.pdf>. Consulté le 30 janvier 2013.

Ces patients ont terminé la phase des soins actifs de leur traitement mais occupent toujours un lit de soins actifs ou sont hospitalisés parce qu'il n'y a pas de place dans des établissements de soins plus appropriés. Dans la plupart des cas, ces gens seraient mieux servis s'il leur était possible de vivre chez eux en recevant l'aide appropriée ou dans un centre de soins de longue durée. Le nombre élevé de patients ANS dans les hôpitaux est un problème qui sévit d'un bout à l'autre du Canada. Le nombre total de jours-lits d'hôpital occupés par ces patients atteint 1,7 million en 2007-2008 (statistiques les plus récentes).

De plus, le manque d'options pour les patients ANS contribue aussi à un pourcentage élevé de réhospitalisation de ces patients moins de 30 jours leur congé (voir l'Annexe A). Selon les statistiques de l'ICIS, 85 % des patients ANS avaient plus de 65 ans et presque la moitié attendaient d'être placés dans un centre de soins de longue durée. Un pourcentage élevé de ces patients est atteint de démence.

La présence de ces patients dans les hôpitaux allonge aussi les temps d'attente en chirurgie et à l'urgence, car des lits de soins actifs ne sont pas disponibles. En fait, l'Alliance sur les temps d'attente – qui regroupe 14 organisations médicales nationales et spécialités – a déclaré que « la mesure la plus importante qui permettra d'améliorer l'accès rapide aux soins spécialisés pour les Canadiens consiste à s'attaquer au problème des ANS¹¹. »

Les données disponibles sur les temps d'attente (voir l'Annexe B) en soins de longue durée montrent que l'on peut souvent mesurer non pas en mois ou en jours, mais plutôt en années, la durée des temps d'attente pour avoir accès à un lit¹². Les données provenant de l'Ontario pour la période de 2004 à 2008 indiquent que moins de 50 % des personnes âgées qui ont des besoins importants ou très importants ont été placés dans un centre de soins de longue durée dans l'année qui a suivi leur inscription sur une liste d'attente¹³. Il faut attendre en moyenne 13 mois (intervalle qui varie de cinq mois à quatre ans) pour obtenir un placement au Québec¹⁴. Dans son rapport le plus récent, le vérificateur général de l'Ontario a constaté que 15 % des patients inscrits sur les listes d'attente de la province pour une place en soins de longue durée sont morts pendant qu'ils attendaient¹⁵.

La période d'attente pour avoir accès à un établissement de soins résidentiels peut varier énormément selon le lieu de résidence. Souvent, l'attente est plus longue dans les petites collectivités rurales et du Nord. Parfois, le seul moyen d'obtenir une place consiste pour le bénéficiaire à déménager dans un établissement d'une autre collectivité.

Il faut investir

Selon Statistique Canada, en 2009/10 il y avait 261 945 lits de soins de longue durée en service au Canada. Combien de lits pour bénéficiaires internes faudra-t-il à l'avenir pour répondre aux besoins des personnes âgées de plus en plus nombreuses ?

Le Conference Board du Canada a produit une prévision sur les lits liée à l'augmentation du nombre des 75 ans et plus et basée sur une baisse du ratio de la demande de lits, de 0,59 p. 100 par année, afin de refléter le virage plus marqué vers les services de soins communautaires et les possibilités de

¹¹ Alliance sur les temps d'attente. *Un temps d'arrêt !* Bulletin sur les temps d'attente au Canada. 2011. http://www.waittimealliance.ca/media/2011reportcard/WTA2011-reportcard_f.pdf. Consulté le 30 janvier 2013.

¹² Correspondance avec des dirigeants de Soins continus Bruyère, à Ottawa. Janvier 2013.

¹³ Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2011*. 2011.

¹⁴ Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013.

¹⁵ Bureau du Vérificateur général de l'Ontario. *Rapport annuel 2012*. 2012.

logement avec services de soutien dont on fait la promotion à l'échelle provinciale¹⁶. L'Association canadienne des soins de santé considère que ce ratio de la demande de lits représente un virage modeste qui consiste à délaissier la dépendance actuelle envers les soins de longue durée en faveur des services communautaires. À partir de ces hypothèses, on a calculé que le Canada aura besoin en moyenne de 10 535 nouveaux lits par année, au cours des 35 prochaines années, pour un total de 637 721 lits d'ici 2047. La demande varierait pendant la période de 35 ans, atteignant son sommet entre 2022 et 2040 (voir l'Annexe C). La projection sur cinq ans dans le cas des lits est la suivante :

Tableau 1 : Pénurie projetée de lits de soins de longue durée, 2014 à 2019.

Année	Nombre de lits supplémentaires nécessaires
2014	4 331
2015	4 715
2016	6 028
2017	6 604
2018	8 015
Pénurie projetée sur cinq ans	29 693

Comme on peut le voir, la pénurie devrait atteindre 29 693 lits au cours des cinq prochaines années. Aux fins de la planification à long terme, il manquera, au cours de la période de cinq ans suivante (2019 à 2023), le nombre de lits suivants :

Tableau 2 : Pénurie projetée de lits de soins de longue durée, 2019 à 2023.

Année	Nombre de lits supplémentaires nécessaires
2019	8 656
2020	8 910
2021	10 316
2022	14 888
2023	14 151

Comme on l'a déjà dit, l'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus prévue au cours des 35 prochaines années a une incidence sur la pénurie croissante de lits.

Compte tenu d'un coût estimé à 269 000 \$ par lit, on calcule qu'il en coûtera 2,8 milliards de dollars pour construire 10 535 lits (nombre moyen de lits nécessaires qu'il faudra construire par année de 2013 à 2047). Ce total pourrait inclure des dépenses des secteurs public et privé.

Cette projection du nombre de lits vise à donner une idée du défi énorme que le Canada doit relever pour répondre aux besoins d'un groupe vulnérable de sa population la plus âgée. Il importe de signaler que cette prévision n'inclut pas les investissements importants nécessaires pour rénover et

¹⁶ La baisse de 0,59 p. 100 par année du ratio de lits constitue le Scénario 2 proposé dans Lazurko, M. et Hearn, B. *Canadian Continuing Care Scenarios 1999-2041*, KPMG Final Project Report to FPT Advisory Committee on Health Services, Ottawa. 2000. Cité dans *Nouvelle direction pour les soins de longue durée en établissement*, Association canadienne des soins de santé, 2009. http://www.cha.ca/wp-content/uploads/2012/11/CHA_LTC_9-22-09_eng.pdf. Consulté le 30 janvier 2013.

mettre à niveau le parc actuel d'établissements de soins résidentiels, non seulement pour respecter les normes en vigueur, mais aussi pour répondre efficacement aux besoins de soins complexes des bénéficiaires internes qui ont besoin de soins de longue durée aujourd'hui et en auront besoin à l'avenir. De même, les agrandissements possibles des établissements par la mise à niveau ou les rénovations ne sont pas inclus. De plus, des investissements innovateurs dans les établissements de soins résidentiels peuvent permettre aux autres membres de la collectivité d'utiliser davantage les installations qui peuvent, par exemple, offrir des soins de répit en court séjour afin d'aider les familles et des programmes de soins aux convalescents comme ceux qui sont offerts au Royaume-Uni. Nous reconnaissons aussi que les programmes de logements avec services et de vieillissement en santé constituent des éléments importants d'une solution intégrée au problème des ANS et pour assurer que les personnes âgées vivent à l'endroit le plus approprié.

4. Comment fonctionnerait le financement

L'infrastructure du secteur de la santé pourrait être admissible sous le volet collectivités du prochain plan d'infrastructures à long terme, et ce financement fédéral pourrait être bonifié par des investissements provinciaux et(ou) municipaux (p. ex., volet fédéral équivalant à un tiers jumelé à un volet provincial et(ou) municipal représentant les deux tiers). Le financement pourrait aussi inclure l'utilisation d'un modèle de partenariat public-privé.

Un investissement dans le secteur des soins continus du Canada produit un vaste éventail de retombées économiques

La construction de nouveaux modèles d'établissements de soins en résidence et la rénovation ou la mise à niveau d'établissements existants produiront d'importantes possibilités économiques pour beaucoup de collectivités du Canada (voir les chiffres détaillés à l'Annexe E).

Si l'on se fonde sur les estimations du Conference Board du Canada, la construction et l'entretien de 10 535 lits en soins de longue durée (nombre moyen de nouveaux lits nécessaires par année de 2013 à 2047) produiront des retombées économiques directes annuelles qui injecteront 1,23 milliard de dollars dans le PIB et contribueront à créer 14 141 emplois de grande valeur au cours de la période des immobilisations, et ces activités apporteront une contribution de 637 millions de dollars au PIB et de 11 604 emplois à grande valeur pendant la période d'exploitation des établissements (compte tenu d'un investissement annuel moyen en immobilisations) et refermeront l'écart important entre les pénuries prévues de lits en soins de longue durée et l'investissement prévu actuellement.

Lorsqu'on inclut les contributions économiques indirectes, la contribution annuelle estimative totale au PIB du Canada atteint presque 3 milliards de dollars et produit 37 528 nouveaux emplois (construction, fournisseurs de soins et autres secteurs). L'Annexe F présente des détails sur ces retombées économiques, mais nous en présentons un résumé ci-dessous :

Tableau 3 : Contribution économique totale annuelle moyenne des nouveaux centres de soins aux bénéficiaires internes (10 535 nouveaux lits par année aux prix du marché).

	PIB (en millions de \$ 2013)	Nombre d'emplois créés
Contribution directe moyenne au PIB pendant la période d'investissement dans de nouveaux établissements (construction)	1 225,4 \$	14 141
Contribution directe moyenne au PIB pendant la période d'exploitation des nouveaux établissements	637,0 \$	11 604
Contribution indirecte moyenne au PIB produite par l'investissement dans de nouveaux établissements (construction)	969,9 \$	10 115
Contribution indirecte moyenne au PIB produite par l'exploitation des nouveaux établissements	135,4 \$	1 667
TOTAL (contributions directe et indirecte)	2 968 \$	37 528

Pour chaque tranche de 100 emplois créés pendant la construction d'établissements de soins de longue durée, 72 autres emplois seraient créés dans d'autres secteurs, tandis que pour chaque tranche de 100 emplois créés dans le secteur des soins de longue durée, 14 le seraient dans d'autres secteurs.

Les chiffres présentés ci-dessus reflètent une contribution moyenne annuelle. Sur une période précise, soit cinq ans entre 2014 et 2018, on estime que 167 840 emplois seraient créés si l'on se base sur la construction de 29 693 nouveaux lits.

Les recettes produites pour le secteur public constituent une autre retombée économique importante. L'augmentation des dépenses de construction et d'exploitation par année moyenne produira plus de 425 millions de dollars en recettes fédérales et de 370 millions en recettes provinciales (voir l'annexe G).

Comme on l'a déjà indiqué, un parc amélioré de lits de soins de longue durée produira beaucoup d'autres retombées économiques, y compris des réductions des coûts des soins de santé qu'il sera possible de réaffecter de façon à mieux répondre aux besoins des Canadiens en soins de santé et à aider davantage les familles dans leur rôle d'aidants naturels. Si l'on ne fournit pas de ressources suffisantes pour les soins de longue durée, la productivité de la population active du Canada peut fléchir à cause de l'absentéisme et de l'augmentation des congés pris pour prendre soin des parents âgés.

5. Conclusion

Le vieillissement de la population touche tous les Canadiens – des personnes âgées qui ont besoin de services jusqu'aux familles qui jouent le rôle d'aidants naturels ou contribuent financièrement aux

soins de parents vieillissants. Les données récentes montrent que 32 % des aidants naturels qui fournissent plus de 21 heures de soins par semaine signalent vivre de la détresse dans leur rôle – soit quatre fois le pourcentage des aidants naturels en détresse chez ceux qui fournissent moins de dix heures de soins non rémunérées par semaine¹⁷.

Le gouvernement fédéral affecte depuis longtemps des immobilisations dans le secteur de la santé. Les exemples précédents comprennent le Programme des subventions aux hôpitaux et à la construction en 1948, le Fonds pour les ressources de la santé créé en 1966 et, plus récemment, le financement de projets d'immobilisations à des hôpitaux de recherche par le Fonds de l'avant-garde et le Fonds des initiatives nouvelles de la Fondation canadienne pour l'innovation en 2012.

Les besoins en services sociaux et en soins de santé de leur population âgée et des bénéficiaires de plus en plus nombreux de soins de longue durée (voir l'Annexe H pour un exemple de nouvelles récentes) ont une lourde incidence sur toutes les collectivités du Canada. Les immobilisations fédérales aideront à refermer l'écart important entre les pénuries projetées de lits de soins de longue durée et les investissements actuellement prévus dans les établissements de soins résidentiels. De plus, il en découlera un effet de cascade qui rendra le système de santé du Canada plus efficace et efficient.

Recommandation

L'Association médicale canadienne recommande que le gouvernement fédéral veille à ce que la construction, la rénovation et la mise à niveau d'établissements de soins de longue durée soit admissible à du financement du prochain plan d'infrastructures à long terme. Les établissements en question sont les centres de soins de longue durée en résidence, les unités d'habitation avec services et d'autres types de modèles innovateurs qui permettent aux bénéficiaires de se trouver dans le contexte de soins le plus approprié à leurs besoins. Ce financement pourrait être fourni dans le contexte du volet collectivités du prochain plan d'infrastructure à long terme.

¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada, 2011*.