



Le Conference Board
du Canada

The Conference Board
of Canada

Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens.



Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens

David Verbeeten, Philip Astles et Gabriela Prada

Préface

Les tendances démographiques au Canada posent d'importants défis en ce qui a trait aux services sociaux et de santé offerts aux aînés. On s'attend non seulement à ce que la demande de services, particulièrement en soins de santé et dans les domaines connexes, prenne de l'ampleur, mais aussi à ce que les revenus nécessaires pour les fournir diminuent. Ces tendances devraient s'accélérer au moment où la très nombreuse cohorte des baby-boomers passe à la retraite. Ces défis ne sont pas insurmontables en soi, mais il faudra s'y attaquer de façon proactive afin de s'assurer que le système est prêt et viable.

Ce rapport, qui donne un aperçu clair des programmes et des services publics de soins de santé destinés aux aînés, peut éclairer la conception de programmes, de plans et de stratégies à venir afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leur famille. Il ne traite donc pas des programmes et des services privés, sauf lorsque ceux-ci comptent sur l'appui du gouvernement. Le rapport aborde en premier lieu le contexte social et économique de la santé des aînés au Canada, y compris les projections en matière de tendances démographiques et de pressions budgétaires. Il signale les mesures de promotion de la santé et du mieux-être déjà appliquées ou à mettre en œuvre pour aider les personnes à vivre en autonomie le plus longtemps possible. Il traite ensuite du panier de services actuellement mis à la disposition des aînés dans les provinces et les territoires du Canada, notamment les services de mieux-être et de prévention, de soins primaires, à domicile, de longue durée et palliatifs. On y explique aussi les défis auxquels font face les programmes de soins aux aînés, comme le caractère irrégulier ou difficile de l'accès, la montée de l'incidence de la démence, les contraintes budgétaires, les mécanismes de recours lacunaires et la législation fédérale en vigueur qui limite les fonctions fédérales. Le rapport présente enfin des pratiques exemplaires et de nouvelles approches, tant au Canada qu'à l'étranger, qui améliorent la prestation de soins aux aînés et suscitent la satisfaction des clients et des membres de leur famille.

Pour citer le rapport : Verbeeten, David, Philip Astles et Gabriela Prada. *Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens*, Ottawa. Le Conference Board du Canada, 2015.

© 2015 Le Conference Board du Canada*

Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028 | *Constituée en société sous le nom d'AERIC Inc.

Ce document est disponible sur demande dans un format accessible aux personnes ayant une déficience visuelle.

Agent d'accessibilité, Le Conference Board du Canada

Tél. : 613-526-3280 ou 1-866-711-2262 Courriel : accessibility@conferenceboard.ca

^{MD} Le Conference Board du Canada et le logo de la torche sont des marques déposées du Conference Board, Inc. Nos prévisions et travaux de recherche reposent souvent sur de nombreuses hypothèses et différentes sources de données. Ils présentent donc des risques et des incertitudes inhérents à ce genre de travail et ne doivent pas être perçus comme des sources de conseils spécifiques en matière de placement, de comptabilité, de droit ou de fiscalité.

TABLE DES MATIÈRES

i **RÉSUMÉ**

Chapitre 1

1 **Introduction**

3 Caractéristiques et conséquences du vieillissement de la population

9 Importance de la promotion du mieux-être et de la santé auprès des personnes âgées

Chapitre 2

12 **Services de santé aux aînés sur tout le continuum des soins**

16 Soins primaires

24 Soins à domicile

32 Soins de longue durée

45 Soins palliatifs

50 Mesures du gouvernement fédéral destinées à des groupes particuliers de personnes âgées : anciens combattants, membres des Premières Nations et de la GRC

Chapitre 3

54 **Principaux défis touchant la santé des personnes âgées et les services de soins de santé**

55 Manque d'accès rapide et équitable

62 Défi croissant posé par la démence

69 Financement limité pour répondre aux besoins croissants des personnes âgées dans le domaine de la santé

76 Mécanismes de recours conviviaux limités pour les aînés

80 Rôle actuel du fédéral dans les services de santé et les services sociaux clés pour les personnes âgées

Chapitre 4

85 **Approches émergentes au Canada et ailleurs**

Chapitre 5

91 **Conclusion**

Annexe A

94 **Bibliographie**

Remerciements

Rendu possible grâce à la généreuse contribution de l'Association médicale canadienne, ce rapport a été rédigé par David Verbeeten et Philip Astles, sous la direction de Gabriela Prada.

Nous remercions Louis Thériault et Dan Munro de leur révision à l'interne ainsi que John Abbott et le personnel de l'Association médicale canadienne qui se sont chargés de la révision à l'externe. Nous remercions aussi les membres des gouvernements provinciaux et d'autres organisations qui ont bien voulu participer aux entrevues menées dans le cadre du projet et qui ont présenté leurs réflexions sur les soins aux personnes âgées du Canada, ainsi que des documents pertinents qui ont éclairé le rapport.

Les constatations et les conclusions présentées dans le rapport sont entièrement celles du Conference Board du Canada et ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'Association médicale canadienne. Toute erreur ou omission de faits ou d'interprétation, le cas échéant, relève entièrement de la responsabilité du Conference Board du Canada.

RÉSUMÉ

Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens

Aperçu

- Les pressions qui s'exerceront sur les services de santé au Canada s'alourdiront à mesure que la population continuera de vieillir et que les maladies chroniques et dégénératives se propageront.
- Même s'il existe un éventail relativement complet de services de santé destinés aux aînés, ces services comportent de nombreuses faiblesses, dont des différences importantes d'un bout à l'autre du Canada, le manque de coordination, l'accès limité aux programmes ou aux établissements et la rigidité de leurs critères d'admissibilité, sans oublier le manque de financement à affecter aux services prioritaires. Tous ces facteurs aboutissent à des besoins non comblés, causent du stress aux aidants naturels et créent des inégalités sociales.
- Les enjeux liés à la santé des personnes âgées et aux services de santé sont complexes et pour les aborder avec succès, il faut coordonner les efforts déployés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que par d'autres intervenants clés du secteur des soins de santé et des collectivités.

Le vieillissement de la population, tant au Canada que dans tout le monde industrialisé, aura une incidence sur la croissance économique et la viabilité de l'État providence. Les services de santé en particulier ressentiront des pressions à mesure que le pourcentage de la population de plus de 65 ans augmentera. En 2015, seuls les premiers membres de la vaste cohorte des baby-boomers ont franchi ce seuil important. L'évolution de cette bulle démographique dans le système au cours des prochaines années accentuera et accélérera de nombreuses tendances modernes, notamment la fréquence et l'intensité accrues de l'utilisation des hôpitaux, des soins à domicile, des établissements de soins de longue durée et de soins palliatifs, sans oublier la baisse des revenus nécessaires pour financer cette infrastructure. Ces tendances ne sont pas insurmontables en soi, mais il faudra les aborder de façon proactive afin de s'assurer que le Canada peut répondre aux besoins de ses citoyens les plus âgés tout en étant juste pour les plus jeunes générations.

L'avenir du Canada passe par des services et des programmes bien conçus et efficaces. Le rapport présente le contexte social et économique de la santé des aînés au Canada, y compris les projections financières et démographiques, ainsi qu'une analyse des mesures qui visent à aider les aînés à demeurer en bonne santé et autonomes.

Quelque 20 % des aînés ont signalé qu'aucun professionnel de la santé n'avait passé en revue leurs médicaments au cours des 12 derniers mois.

Les dépenses publiques moyennes par habitant consacrées aux soins de santé au Canada augmentent pour chaque année de vie après 65 ans. Même si l'augmentation des dépenses de santé est plus étroitement liée à la prévalence de problèmes chroniques qu'à l'âge, les personnes âgées ont plus de problèmes chroniques que les jeunes et doivent être prises en charge et traitées de façon soutenue. Plus des trois quarts des personnes âgées ont au moins un problème chronique. Qui plus est, les aînés ont plus de maladies chroniques – maladies cardiovasculaires, cancers, diabète ou infections respiratoires, en particulier – que tout autre groupe d'âge. Ils prennent aussi plus de médicaments d'ordonnance et en vente libre, ce qui fait grimper les risques d'effets secondaires indésirables parce qu'ils mélangent les catégories de médicaments. Or, 20 % des aînés ont signalé qu'aucun professionnel de la santé n'avait passé en revue leurs médicaments au cours des 12 derniers mois. Si l'on ne révisé pas leur médication, les aînés risquent d'avoir des effets secondaires négatifs découlant d'interactions indésirables, ce qui peut mettre en danger leur santé et générer des coûts en aval pour d'autres secteurs des systèmes de santé. Il est essentiel de tenir compte des déterminants sociaux, comme un revenu suffisant et un logement abordable, pour maintenir la santé et l'autonomie des personnes âgées et accroître leur résilience face à la maladie et aux handicaps. Les déterminants sociaux de la santé ont de profondes répercussions sur l'adoption d'une alimentation saine, l'activité physique et d'autres choix favorables à la santé. Il faut encourager et appuyer les programmes d'éducation et de promotion de la santé, ainsi que les programmes de dépistage du cancer et des maladies chroniques. Ces programmes doivent être conçus de façon à être accessibles et inclusifs pour ceux qui sont les plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Le rapport analyse la demande de services dans tous ces domaines et leur accès.

Parmi les nombreux problèmes chroniques des aînés, la prévalence de la démence constitue un enjeu particulièrement important. En 2011, presque 750 000 Canadiens vivaient avec une démence et leur nombre total devrait doubler d'ici 2031 si rien ne change. La complexité des soins dont les personnes vivant avec une démence ont besoin

En 2012, jusqu'à 461 000 Canadiens ont affirmé ne pas avoir obtenu les soins à domicile dont ils croyaient avoir besoin, tandis que 331 000 autres ont déclaré recevoir moins de soins à domicile qu'ils en avaient besoin.

exerce déjà des pressions sur beaucoup de secteurs du continuum des soins à cause de la montée de la demande d'établissements de soins spécialisés et de formation spécialisée du personnel. De nombreux pays aux prises avec des tendances semblables ont pris la décision importante de produire une stratégie nationale de lutte contre la démence afin de coordonner une réponse à ce défi. Le Canada prend du temps à emboîter le pas.

Toutes les administrations canadiennes affirment financer des services généraux aux bénéficiaires âgés sur tout le continuum des soins. Elles offrent toutes un ensemble généralement comparable de services de base aux patients. L'Alberta se démarque parmi ses pairs par sa couverture des soins aux aînés, qui inclut les soins dentaires et les soins de la vue¹. Or, dans toutes les administrations, y compris l'Alberta, ces services ne sont habituellement pas coordonnés et les aînés doivent habituellement payer des frais d'utilisation ou se soumettre à une évaluation de leur revenu pour avoir droit à une partie ou à la plupart des services. Les contributions peuvent différer d'une personne à l'autre, selon leur capacité de payer; les personnes à faible revenu ou qui en démontrent le besoin peuvent même en être exemptées. En dépit de tout cela, une enquête récente a révélé que le coût des services constitue un obstacle à l'accès aux soins pour les aînés. Les variations de l'aide financière au Canada représentent une inégalité importante sur le plan de l'accès aux soins. Outre ces considérations relatives au coût, il existe aussi d'autres obstacles à l'accès. Même lorsque les clients sont admissibles à un programme, des obstacles comme les temps d'attente et la complexité administrative liée à l'inscription peuvent restreindre l'accès. En 2012, par exemple, jusqu'à 461 000 Canadiens ont affirmé ne pas avoir obtenu les soins à domicile dont ils croyaient avoir besoin, tandis que 331 000 autres ont déclaré recevoir moins de soins à domicile qu'ils en avaient besoin. Entre-temps, les personnes qui veulent

1 Cette affirmation est vraie au moment d'aller sous presse. À cause des changements de l'économie, on ne peut exclure une réforme structurelle et une réduction du continuum des soins en Alberta.

avoir accès à un établissement de soins de longue durée (SLD) doivent attendre de 27 à plus de 230 jours selon la province. Le rapport souligne ces lacunes et d'autres encore.

Compte tenu de la montée prévue de la demande dans tous les secteurs des soins aux personnes âgées, il faut un financement approprié pour jumeler la capacité à la demande. Nous avons observé que, même si les experts appuient à l'unanimité l'expansion des soins à domicile – contexte moins coûteux que les hôpitaux pour les soins infirmiers et la convalescence –, l'enveloppe budgétaire affectée au secteur n'a pas augmenté au cours de la dernière décennie (en proportion du total des dépenses publiques de santé). Un milieu de vie offrant aide ou soutien peut constituer une option plus appropriée pour de nombreuses personnes, mais la plupart des provinces commencent à peine à chercher à construire de tels environnements. Un autre domaine des soins où il manque de disponibilité, c'est celui des soins palliatifs fournis chez le patient ou en contexte de soins palliatifs. D'après certaines études, à peine 16 % des Canadiens qui ont besoin de soins palliatifs en reçoivent en réalité, et beaucoup d'entre eux sont des personnes âgées. Il faut corriger comme il se doit ces déséquilibres de l'offre et de la demande entre les secteurs du continuum des soins.

Il est possible d'améliorer les soins aux personnes âgées du Canada. D'autres pays industrialisés, dont la Suède, le Danemark et le Royaume-Uni, qui sont des pays de comparaison tout au long du rapport, organisent parfois la prestation des soins de façon différente et peuvent signaler dans certains cas une amélioration du rendement et de la couverture. Le Canada peut s'inspirer de ces pays et d'autres encore, même si nous pouvons reconnaître qu'il a fait et continuera de faire face à une complexité sans pareille lorsqu'il s'agit de servir une population diversifiée dispersée sur une vaste superficie géographique. Pour relever les défis complexes et interdépendants auxquels font face les personnes âgées et les soins aux aînés canadiens, il faudra une intervention nationale des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que d'autres intervenants clés et des communautés. C'est seulement en travaillant ensemble et en synchronisme que le Canada pourra améliorer

les services de santé aux aînés, bonifier la qualité de vie des personnes âgées et de leur famille et réduire les disparités injustes qui existent sur le plan de la santé entre les personnes âgées d'un bout à l'autre du Canada.

CHAPITRE 1

Introduction

Résumé du chapitre

- Le vieillissement de la population canadienne alourdit les exigences imposées aux services de santé et aux services sociaux connexes au moment même où les revenus nécessaires pour les financer sont sur le point de diminuer.
- De nombreuses personnes âgées vivent avec une ou plusieurs maladies chroniques. Afin d'alléger le fardeau que la maladie impose aux personnes et aux services de santé, il faut encourager et appuyer les programmes de promotion du mieux-être et de prise en charge efficace des maladies.
- Ces programmes doivent reconnaître l'importance de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, des services de santé et des services sociaux, sans oublier les déterminants sociaux de la santé, dans l'évolution de l'état de santé des intéressés.

Le Canada vieillit. Le virage démographique en cours vers une population plus âgée caractérise tous les pays industrialisés à un degré ou à un autre. Le phénomène leur pose un ensemble commun de défis liés à la croissance économique et à la viabilité de l'État providence. Au moment même où l'on s'attend à ce que la demande de services augmente, particulièrement en soins de santé et dans les domaines connexes, les revenus nécessaires pour les fournir devraient diminuer, car le ralentissement de la croissance de la population active réduit le potentiel économique du Canada. Il est probable que ces tendances s'accéléreront à mesure que la vaste cohorte des baby-boomers partira à la retraite. Même si ces défis ne sont pas insurmontables, il faut agir pour s'assurer que le système est prêt et viable.

Le Canada peut alléger une partie des pressions et des coûts que devrait entraîner le vieillissement de la population par des programmes bien conçus et efficaces qui répondent aux besoins en pleine évolution de ses citoyens les plus âgés¹. En aidant les lecteurs à mieux comprendre l'état actuel de la santé des aînés et les divers programmes de soins offerts aux personnes âgées au Canada au début de 2015, ce rapport aide à mieux nous préparer. Il éclairera le travail qu'effectue l'Association médicale canadienne quant à l'élaboration d'une stratégie nationale pour les aînés. Les constatations reposent sur des recherches réalisées par le Conference Board du Canada au cours de l'automne 2014, y compris des rapports gouvernementaux, des publications revues par des pairs, des données personnalisées de Statistique Canada et

1 Chappell et Hollander, « An Evidence Based Policy Prescription », p. 8-15.

En chiffres absolus, le nombre des aînés doublera entre 2009 et 2036 pour passer de quelque 5 millions à plus de 10 millions, ce qui est beaucoup plus rapide que le taux projeté d'augmentation de la population générale.

plus d'une dizaine d'entrevues menées auprès de chefs de ministères gouvernementaux et de dirigeants d'associations professionnelles de huit provinces de toutes les régions du pays.

Ce rapport met d'abord en lumière le contexte social et économique de la santé des personnes âgées au Canada et présente notamment des projections relatives aux tendances démographiques et aux pressions budgétaires. Il décrit les mesures de promotion de la santé et du mieux-être déjà prises et à prendre pour aider les personnes à demeurer autonomes le plus longtemps possible. Le rapport traite ensuite du panier de services actuellement mis à la disposition des aînés par les provinces et les territoires du Canada. Ces services portent notamment sur le mieux-être et la prévention, les soins primaires, à domicile, de longue durée et palliatifs. On y trouve aussi une analyse sur les défis posés aux programmes de soins aux personnes âgées, comme l'irrégularité ou la difficulté de l'accès, la montée de l'incidence de la démence, les contraintes budgétaires, les mécanismes de recours insuffisants et la capacité ou les fonctions fédérales actuelles. Le rapport présente enfin des pratiques exemplaires et des stratégies émergentes, tant au Canada qu'à l'étranger, qui améliorent la prestation des soins aux personnes âgées et la satisfaction à leur égard chez les clients et leur famille.

Caractéristiques et conséquences du vieillissement de la population

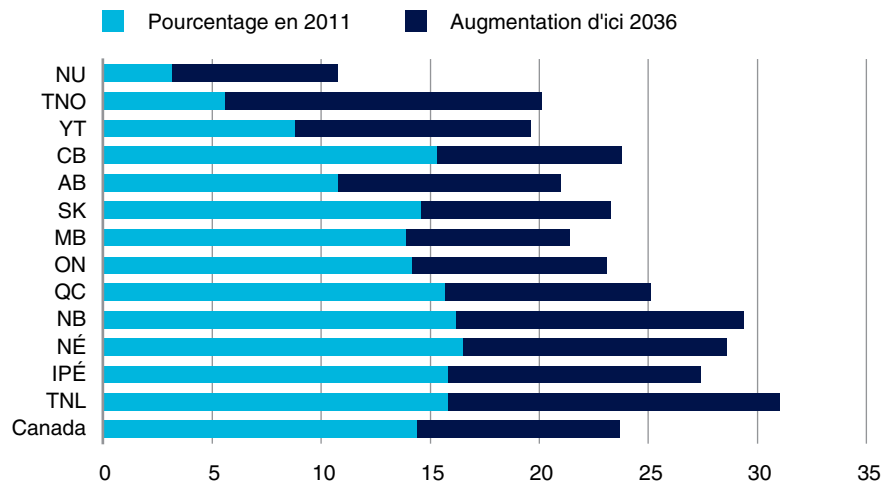
Les premiers membres de la génération du baby-boom ont eu 65 ans en 2011. Cette année-là, presque 15 % des Canadiens avaient 65 ans et plus. Dans un scénario de croissance intermédiaire, on prévoit que les aînés constitueront environ le quart de la population canadienne au milieu du siècle et que la majeure partie de l'augmentation se produira au début de la décennie 2030. En guise de comparaison, 8 % seulement des Canadiens avaient 65 ans et plus en 1971². En chiffres absolus, le nombre des aînés doublera entre 2009 et 2036 pour passer de quelque

2 Emploi et Développement social Canada, *Canadiens en contexte*.

5 millions à plus de 10 millions, ce qui est beaucoup plus rapide que le taux projeté d'augmentation de la population générale, qui passera d'environ 34 à 44 millions d'habitants³. La région de l'Atlantique est la plus âgée du pays et elle le demeurera fort probablement au cours des prochaines décennies⁴ (voir le graphique 1). Les petites villes et les régions rurales vivent des changements démographiques plus rapides que les grands centres urbains.

Graphique 1

Population de 65 ans et plus, pourcentage par région, 2011, et projection pour 2036



Source : RHDSC, <http://www4.rhdcc.gc.ca/3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=33>.

Le Canada n'a pas encore ressenti l'impact de la bulle des baby-boomers lorsqu'elle franchira la barre des 65 ans. Ainsi, même si le vieillissement de la population n'a constitué jusqu'à présent qu'un élément modeste de l'augmentation annuelle moyenne des dépenses

- 3 Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada*, p. 46 et 55.
- 4 L'émigration des jeunes vers d'autres provinces alourdit la tendance démographique dans la région de l'Atlantique.

publiques de santé⁵ et même si beaucoup d'ainés vivent plus longtemps et sont plus actifs que jamais, les baby-boomers alourdiront et accéléreront les pressions qui s'exercent sur les services de santé et autres services connexes. Quelque 45 % des dépenses de santé des provinces et des territoires⁶ sont déjà consacrées aux aînés. Ce sont aussi eux qui utilisent le plus souvent et le plus intensément de nombreux éléments du système de santé. Les personnes âgées ont représenté 40 % des hospitalisations en soins actifs en 2009-2010 et elles avaient tendance à demeurer hospitalisées plus longtemps, à consommer davantage de ressources pour les mêmes actes et à compter sur davantage de services (soins de santé mentale, soins chroniques complexes et réadaptation en service interne, services externes et urgence)⁷.

Les dépenses moyennes par habitant affectées aux soins de santé au Canada augmentent pour chaque année de vie après 65 ans (voir le graphique 2). Même si l'augmentation des dépenses de santé est plus étroitement liée à la prévalence de problèmes chroniques qu'à l'âge, les personnes âgées ont plus de problèmes chroniques que les jeunes et doivent être prises en charge et traitées de façon continue⁸. Plus des trois quarts des personnes âgées ont au moins un problème chronique⁹. Qui plus est, les personnes âgées ont plus de maladies chroniques – maladies cardiovasculaires, cancers, diabète ou maladies respiratoires, en particulier – que tout autre groupe d'âge. Les personnes âgées prennent aussi plus de médicaments d'ordonnance et en vente libre que tout autre groupe d'âge, ce qui accroît les risques d'effets secondaires indésirables à cause du mélange des catégories de médicaments.

5 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé*, p. 12–13.

6 ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé*, p. 81.

7 ICIS, *Les soins de santé au Canada, 2011*, p. 32.

8 ICIS, *Les soins de santé au Canada, 2011*, p. 5.

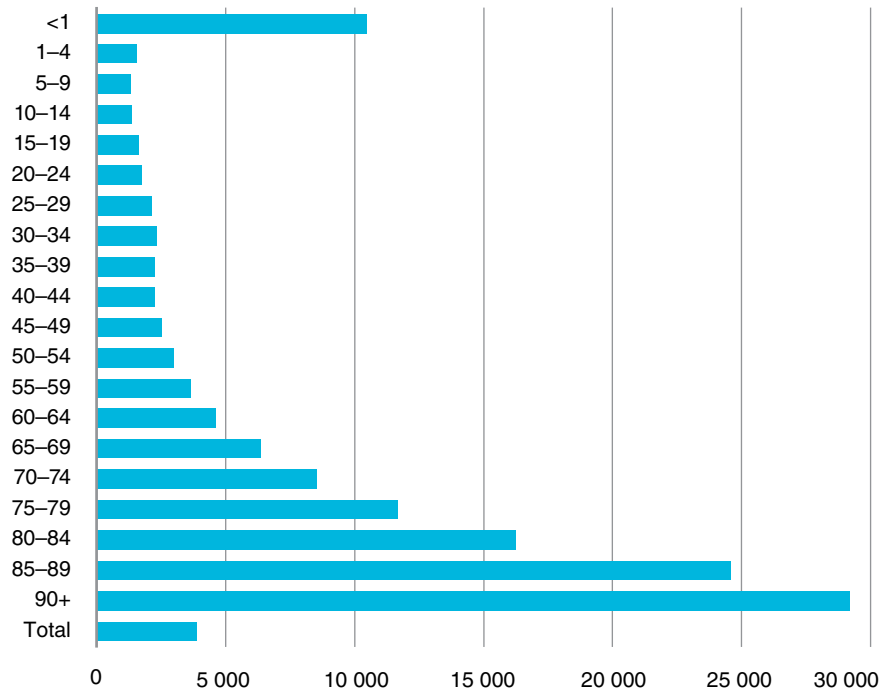
9 Smith, *Chronic Diseases Related*, p. 2.

En 2009, plus de la moitié des personnes âgées bénéficiaires de programmes publics d'assurance-médicaments de six provinces utilisaient cinq catégories de médicaments ou plus¹⁰.

Graphique 2

Estimation des dépenses totales annuelles de santé des gouvernements par habitant, selon l'âge, Canada, 2012

(en dollars courants)



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, 171.

Le vieillissement a aussi, indirectement, un effet sur le système de santé. À mesure que le pourcentage des membres de la population totale qui sont en âge de travailler (15 à 64 ans) diminuera au cours des années à venir, l'assise budgétaire sur laquelle repose le financement

10 ICIS, *Les personnes âgées et l'utilisation des médicaments prescrits*.

Avec la contraction de la population active et la chute du taux d'emploi, le nombre de Canadiens en âge de travailler par personne âgée devrait tomber d'environ 5 en 2010 à 2,7 en 2030.

des services de santé et d'autres services rapetissera elle aussi. Avec la contraction de la population active et la chute du taux d'emploi, le nombre de Canadiens en âge de travailler par personne âgée devrait tomber d'environ 5 en 2010 à 2,7 en 2030. L'immigration et une fécondité accrue pourraient certes ralentir cette trajectoire, et les avancées technologiques ainsi qu'une meilleure productivité pourraient atténuer certaines de ces conséquences. Mais le Canada fera néanmoins face à une assiette fiscale réduite et, par conséquent, à une diminution des revenus nécessaires pour financer les services et les programmes publics sur lesquels les personnes âgées comptent tellement¹¹.

En plus des services de santé, les personnes âgées ont droit aux prestations fédérales de sécurité de la vieillesse (SV) et au supplément de revenu garanti (SRG). La plupart des provinces offrent également un complément de ces mesures d'aide¹². Toutes les provinces fournissent de l'aide aux personnes âgées pour leurs besoins en logement, qu'il s'agisse de logements publics, de loyers subventionnés, de reports des impôts fonciers ou de subventions afin d'aménager des maisons pour les personnes vieillissantes et handicapées. Il convient de signaler que la Colombie-Britannique offre un Programme d'aide à l'hébergement pour les locataires âgés (SAFER), qui fournit une subvention au logement de 900 \$ par mois et dont les critères d'admissibilité varient légèrement entre Vancouver et d'autres régions moins chères de la province. Au Québec, le programme Logements adaptés pour aînés autonomes offre jusqu'à 16 000 \$ aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

En 2010, le montant médian de la prestation accordée par les gouvernements fédéral et provinciaux aux familles sans personnes âgées atteignait 4 000 \$, comparativement aux 25 300 \$ accordés aux familles d'aînés¹³. En 2011, la population âgée recevait de l'État plus de

11 Ministère des Finances du Canada, *Répercussions économiques et budgétaires*.

12 Le Québec et l'Î.-P.-É. ne semblent pas offrir de prestation d'appoint. La Nouvelle-Écosse offre un remboursement d'impôt aux personnes âgées qui touchent le SRG mais paient quand même de l'impôt provincial sur le revenu.

13 Statistique Canada, *Le revenu au Canada*.

Tous les Canadiens ont droit à un panier général de services de santé à 65 ans, mais la couverture varie selon les provinces.

40 % de son revenu total¹⁴. En partie à cause de ces transferts, il y a moins d'aînés que d'enfants ou de personnes en âge de travailler qui ont un revenu faible ou se retrouvent au-dessous du seuil de faible revenu, et ils ont en moyenne tendance à être mieux nantis. Le taux de pauvreté chez les personnes âgées est moins élevé au Canada que dans la plupart des pays de l'OCDE, mais il a augmenté un peu au cours des dernières années pour atteindre 6,7 % à la fin de la décennie 2000¹⁵. En général, les études montrent que les aînés désavantagés sur le plan socioéconomique sont moins en santé que leurs homologues plus riches et plus instruits, même si cet effet s'atténue avec l'âge¹⁶.

Tous les Canadiens ont droit à un panier général de services de santé à 65 ans, mais la couverture varie selon les provinces et peut comporter des frais modestes ou une évaluation des revenus. Certains des services sont mis à la disposition des bénéficiaires de tous les groupes d'âge dans le cours naturel des choses, même s'ils sont tous utilisés plus largement et parfois presque exclusivement par des aînés. En 2009-2010, les personnes âgées constituaient 95 % des bénéficiaires de centres d'hébergement et de soins de longue durée (SLD), 85 % des bénéficiaires de soins continus en milieu hospitalier et 82 % des clients de services de soins à domicile. En 2009, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont consacré aux médicaments d'ordonnance une moyenne de 170 \$ par adulte âgé de 24 à 64 ans, mais de 1 311 \$ par personne âgée. Au cours de la même année, le pourcentage des aînés qui ont consulté un médecin de famille dix fois par année ou plus était presque deux fois plus élevé que celui des adultes en âge de travailler (9,7 % par rapport à 5,5)¹⁷.

Comme l'indique clairement ce qui précède, le vieillissement accéléré exercera fort probablement des pressions sur les systèmes de santé du Canada, ainsi que sur les services sociaux connexes. Les aînés

14 Statistique Canada, *La composition du revenu au Canada*, p. 11.

15 Le Conference Board du Canada, *Elderly Poverty*.

16 ICIS, *Les soins de santé au Canada*, 2011, p. 18.

17 *Ibid.*, p. 34.

Des programmes de promotion de l'exercice et d'éducation sur la nutrition peuvent améliorer le mieux-être de la population âgée.

ont tendance à avoir besoin de plus d'aide de l'État que la plupart des autres groupes démographiques et à y avoir droit. À mesure que l'écart des revenus et du pouvoir de gagner un revenu se creuse entre les générations et que l'endettement souverain continue d'augmenter – au détriment des jeunes dans les deux cas –, les responsables des politiques devront établir un équilibre délicat afin d'assurer qu'il existe des programmes efficaces et rentables pour répondre aux exigences de la population vieillissante sans mettre en danger le gagne-pain et les contributions des plus jeunes générations¹⁸.

Importance de la promotion du mieux-être et de la santé auprès des personnes âgées

La définition et l'application de mesures de promotion du mieux-être et de la santé constituent un élément essentiel d'une stratégie visant à aider les personnes à demeurer en santé et autonomes le plus longtemps possible. Il est essentiel d'investir dans de telles mesures tout au long de la vie pour maintenir et améliorer la qualité de vie et réduire les exigences imposées au système de santé. Il est également essentiel de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, comme un revenu adéquat et un logement abordable, pour garder les personnes âgées en bonne santé, protéger leur autonomie et les rendre plus résilientes face à la maladie et aux handicaps.

Les maladies des appareils circulatoire et respiratoire et les cancers seront les principales causes de décès chez les personnes âgées, dont la plupart vivent avec au moins un problème chronique¹⁹. Les déterminants sociaux de la santé ont de profondes répercussions sur l'adoption d'une alimentation saine, l'activité physique et d'autres choix favorables à la santé. Des programmes de promotion de l'exercice et d'éducation sur la nutrition peuvent améliorer le mieux-être de la population âgée. Il faut donc les concevoir de telle façon qu'ils soient

18 Gill, Knowles et Stewart-Patterson, *The Bucks Stop Here*.

19 Agence de la santé publique du Canada (ASPC), *Rapport sur l'état de la santé publique*, p. 24-25.

Le soutien social aide à ralentir le déclin cognitif, à retarder l'apparition de la démence et à ralentir l'évolution des handicaps physiques.

accessibles pour ceux qui sont les plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé et des problèmes sociaux et pour qu'ils les incluent. Ces programmes sont souvent disponibles par l'entremise de centres récréatifs municipaux au Canada. Des modèles d'équipe de soins de santé primaires d'un bout à l'autre du Canada, y compris les centres de santé communautaires, offrent des programmes semblables. En Ontario, par exemple, beaucoup d'Équipes Santé familiale offrent des programmes pour garder les personnes âgées en bonne santé, notamment des programmes de vieillissement à domicile, de prévention des chutes, et de méditation.

Les chutes chez les personnes âgées constituent la principale cause d'hospitalisation pour traumatisme au Canada²⁰. Il est possible de prévenir les chutes grâce à des initiatives qui visent avant tout à contrer les facteurs de risque, comme des programmes d'exercice afin d'améliorer l'équilibre et la force, l'utilisation appropriée d'appareils fonctionnels et les méthodes de gestion des médicaments.

Comme il importe pour l'économie de garder les personnes âgées en bonne santé, il faut encourager et appuyer ces programmes de promotion de la santé, ainsi que les programmes de dépistage du cancer et des maladies chroniques. Le fait d'informer les personnes âgées de ces options devrait améliorer les taux de participation.

Pour vieillir en santé, il est essentiel que les personnes âgées gardent leurs contacts sociaux. Le soutien social aide à ralentir le déclin cognitif, à retarder l'apparition de la démence et à ralentir l'évolution des handicaps physiques. Il a un effet positif sur la longévité. Les échanges sociaux entre personnes âgées exigent toutefois des espaces publics et privés qui facilitent la participation. L'initiative de l'Organisation mondiale de la Santé sur les collectivités amies des aînés recommande que les responsables des politiques et les urbanistes tiennent compte des besoins d'une population vieillissante dans la conception des quartiers (voir « Éléments constitutifs d'une communauté amie des aînés »)²¹.

20 ICIS, *Les personnes âgées et les chutes*.

21 Organisation mondiale de la Santé, *Guide mondial des villes amies des aînés*.

Les caractéristiques recommandées pour une telle communauté aident toutes les personnes âgées à se réunir et à tirer le maximum de leur environnement. Les aînés qui ont des problèmes de santé physique ou mentale ont besoin en particulier de logements offrant des services de soutien, de moyens de transport accessibles, et de programmes et de services qui favorisent le sentiment de communauté.

Éléments constitutifs d'une communauté amie des aînés

- espaces verts
 - aires de repos
 - revêtements amis des aînés
 - passages piétonniers sécuritaires
 - allées
 - pistes cyclables
 - salles de toilette publiques adéquates
 - portes larges
 - rampes d'accès
-

À mesure que les aînés perdent leur autonomie ou ont des maladies et des incapacités, les provinces et les territoires du Canada offrent un éventail de produits et de services qui peuvent les aider à se débrouiller. Toutes les principales administrations offrent des subventions publiques aux soins de longue durée, aux soins à domicile, aux soins palliatifs et aux médicaments, bien que dans des combinaisons différentes et selon des règles différentes.

CHAPITRE 2

Services de santé aux aînés sur tout le continuum des soins

Résumé du chapitre

- Outre les soins primaires et les soins actifs, les régimes provinciaux d'assurance-maladie couvrent en totalité ou en partie d'autres services de santé comme l'assurance-médicaments, les soins à domicile, les soins de longue durée et les soins palliatifs. Toutefois, les différences entre ces services sont importantes au Canada et les services sont inégaux et non coordonnés. La couverture des soins dentaires et des soins de la vue est en général moins disponible.
- L'accès aux soins de santé primaires s'est amélioré, mais des problèmes d'accès aux soins à domicile obligent de nombreux aînés à se passer des soins dont ils pensent avoir besoin, ce qui alourdit les pressions énormes exercées sur les aidants naturels, qui ont besoin d'un meilleur soutien.
- L'admissibilité aux soins de longue durée et leur couverture sont variées et complexes. Les problèmes de capacité du secteur se reflètent sur les périodes d'attente pour obtenir un placement et contribuent à l'occupation indue de lits de soins actifs.
- Peu d'aînés qui ont besoin de soins palliatifs les reçoivent en réalité et ceux qui en bénéficient reçoivent souvent des services à la pièce non coordonnés.

Ce chapitre présente un aperçu des services de santé sur tout le continuum des soins mis à la disposition des personnes âgées dans l'ensemble des provinces et des territoires. Tous les aînés ont accès à des soins de longue durée (SLD), des soins à domicile, des soins palliatifs et à l'assurance-médicaments sans frais ou en contrepartie d'une quote-part calculée de plusieurs façons. Les programmes des provinces et des territoires sont moins susceptibles de couvrir les soins dentaires et les soins de la vue (voir le tableau 1).

Parmi les provinces, l'Alberta se démarque par la couverture plus complète qu'elle offre des soins dentaires et des soins de la vue. L'Alberta est l'une des quatre uniques administrations – et la seule province – du Canada à offrir des services publics de soins de santé buccodentaire aux aînés (les autres étant le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut), ce qui peut expliquer pourquoi, en 2014, 15 % des aînés du Canada n'ont pas reçu les soins dentaires dont ils avaient besoin à cause du coût¹. Les aînés de l'Alberta à revenu faible ou moyen peuvent avoir droit à un maximum de 5 000 \$ en soins dentaires admissibles aux cinq ans, ce qui inclut les examens et les radiographies, le polissage et le détartrage, les obturations, les analgésiques, les extractions, les traitements de canal et les prothèses. Les personnes âgées de la province peuvent avoir droit à des consultations d'un optométriste et à un maximum de 230 \$ aux trois ans pour les lunettes prescrites². L'Alberta couvre aussi certains services de psychologie clinique (60 \$ par consultation jusqu'à concurrence de 300 \$ par famille par année), des soins privés à domicile (jusqu'à 200 \$ par famille par année) et les traitements chiropratiques (25 \$ par visite

1 ICIS, *Résultats du Canada*.

2 Alberta Seniors, *Dental and Optical Assistance*.

jusqu'à 200 \$ par patient par année)³. En guise de comparaison, Terre-Neuve-et-Labrador accorde un soutien financier aux bénéficiaires d'aide sociale pour des examens dentaires, des obturations et des extractions de routine aux trois ans et les aide à payer leurs prothèses aux huit ans⁴. Quelques provinces couvrent un examen de la vue et un suivi par année ou aux deux ans.

Tableau 1

Couverture des services de santé aux personnes âgées au Canada, selon la province, 2014

	SLD ¹	Domicile ¹	Palliatifs ²	Médicaments	Dentaires ³	Vision
C.-B.	Revenu	Revenu	Oui ⁴	Revenu	Aucun	Partiels
Alb.	Frais	Oui	Oui ⁵	Frais	Revenu ⁶	Revenu ⁶
Sask	Revenu	Frais	Oui	Revenu	Aucun	Limité
Man.	Revenu	Oui ⁷	Oui	Revenu	Aucun	Partiels
Ont.	Frais	Oui	Oui	Revenu	Aucun	Aucun
Qc	Frais	Frais	Oui	Revenu	Aucun	Partiels
N.-B.	Frais	Revenu	Oui	Revenu	Aucun	Aucun
Î.-P.-É	Frais	Oui	Oui	Frais	Aucun	Aucun
N.-É.	Frais	Frais	Oui	Revenu	Aucun ⁸	Partiels
T.-N.-L.	Frais ⁹	Oui	Oui	Revenu	Limités	Aucun
Nt	Oui	Oui	Oui	Oui	Partiels	Partiels

(à suivre...)

3 Santé Alberta, *Coverage for Seniors Benefit*.

4 Ministère de la Santé et des Services communautaires, *Dental Services*.

Tableau 1 (suite)

Couverture des services de santé aux personnes âgées au Canada, selon la province, 2014

	SLD ¹	Domicile ¹	Palliatifs ²	Médicaments	Dentaires ³	Vision
T.N.-O.	Frais	Oui	Oui	Oui	Oui	Partiels
Yn	Frais	Oui	Oui	Oui	Partiels	Partiels

Définitions

Revenu : Évaluation du revenu

Frais : Frais fixes référant au service, réduction sur demande et après une évaluation des besoins. Moyens de soutien du revenu souvent disponibles pour aider à payer ces frais.

Oui : Couverture des personnes admissibles, même si l'admissibilité peut être limitée et la prestation, restreinte.

Aucun : Aucune couverture par le régime public d'assurance-maladie.

Limités : Couverture mineure pour les bénéficiaires d'aide sociale seulement.

Partiels : Couverture universelle, mais partielle pour les personnes âgées, habituellement un examen de la vue aux 12 à 24 mois.

Notes

1 Les coûts des SLD incluent les frais d'hébergement et les soins à domicile sont définis de façon à inclure les tâches ménagères de base. Les personnes âgées inscrites en soins à domicile peuvent aussi recevoir des traitements prolongés, notamment en physiothérapie et en ergothérapie. La couverture est basée sur les besoins évalués du client et la disponibilité des services, qui varient selon la province.

2 Pour le dernier mois de la vie. L'avertissement au sujet des soins à domicile s'applique aux soins palliatifs.

3 Actes, produits ou services fournis en dehors des hôpitaux.

4 Des frais peuvent s'appliquer si des soins palliatifs dans les centres de soins palliatifs s'imposent dans le cadre de traitements en fin de vie.

5 Sauf les fournitures et le matériel de perfusion.

6 Fournis par l'intermédiaire de la Croix-Bleue de l'Alberta pour le compte de la province.

7 Dans les régions rurales à l'extérieur de Winnipeg, les travaux ménagers de base peuvent entraîner des frais.

8 Couverture disponible par l'entremise du ministère des Services communautaires dans le cas des personnes qui bénéficient d'aide à l'emploi ou d'un autre soutien du revenu.

9 On peut tenir compte des liquidités, mais non des immobilisations dans l'évaluation de la capacité de payer.

Source : Le Conference Board du Canada.

Au cours de nos entrevues, les intéressés ont répété souvent que le panier de services pour les personnes âgées est bon pourvu qu'on ait la capacité d'y accéder. Le manque de connaissance des programmes ou la complexité de l'administration peuvent entraver considérablement l'accès aux services. Comme l'ont fait remarquer des économistes comportementaux, des frictions même très mineures peuvent empêcher les gens de faire ce qu'ils souhaitent ou ce qui est le meilleur pour eux. Dans le cas des soins aux aînés, les frictions sont loin d'être mineures, particulièrement chez les adultes âgés vivant avec des défis comme la démence ou l'illettrisme informatique⁵. Le programme de soins de soutien de la Nouvelle-Écosse, par exemple, fournit aux aînés admissibles qui ont des déficits cognitifs 500 \$ par mois, par dépôt direct, pour des services d'aide à domicile comme les soins personnels,

5 Thaler et Sunstein, *Nudge*, p. 6-14.

Le manque de connaissance des programmes ou la complexité de l'administration peuvent entraver considérablement l'accès aux services.

les soins de relève, la préparation des repas et les travaux ménagers. Le programme offre aussi jusqu'à 495 \$ de services de déneigement par année⁶. L'admissibilité au programme repose sur le revenu. Moins de 300 personnes y sont néanmoins inscrites, en partie parce qu'il n'est pas connu ou que l'on croit que l'inscription est complexe. Le niveau élevé de responsabilité et d'obligation redditionnelle auquel sont tenus les mandataires des clients sur le plan de la gestion des fonds peut aussi s'avérer dissuasif.

Les parties qui suivent présentent un aperçu des services offerts aux aînés dans des domaines clés du système de santé : soins primaires, soins à domicile, soins de longue durée et soins palliatifs.

Soins primaires

Les soins primaires constituent non pas un programme précis, mais plutôt un système intégré et complet de soins qui inclut des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des traumatismes, des services de premier contact et de triage, sans oublier le diagnostic et la prise en charge de problèmes de santé d'urgence, aigus et chroniques⁷. Les fournisseurs de soins primaires pourront aider les personnes âgées à s'y retrouver dans le continuum des soins et à surmonter certains des obstacles administratifs. Les médecins de famille constituent le point de contact le plus fréquent pour les personnes âgées qui ont des besoins en matière de soins de santé et de services connexes. Ils agissent souvent comme les gardiens de l'accès à des services plus spécialisés, y compris les soins à domicile et les soins de longue durée. Qui plus est, les fournisseurs de soins primaires peuvent veiller à ce que les aînés reçoivent non seulement les traitements dont ils ont besoin pour leurs problèmes, mais connaissent et suivent aussi

6 Nouvelle-Écosse, *Continuing Care*.

7 Le Conference Board du Canada, *Final report: An External Evaluation of FHTs*, p. 1.

les pratiques relatives au mieux-être et à la promotion de la santé qui les rendent plus autonomes. Un système efficace de soins primaires est crucial si l'on veut garder les aînés en dehors des hôpitaux⁸.

Les personnes âgées sont plus susceptibles que d'autres Canadiens d'avoir un médecin de famille. En 2013, 95 % des aînés ont déclaré avoir un médecin attitré comparativement à 82 % seulement (en moyenne) des adultes non aînés⁹. Comme indiqué ci-dessus, les personnes âgées sont aussi presque deux fois plus susceptibles que les autres de consulter leur médecin plus de dix fois par année. Le fait d'avoir un médecin de famille ne garantit toutefois pas un accès rapide aux services de soins primaires. Selon le Fonds du Commonwealth, « le Canada vient au dernier rang ou presque pour la plupart des mesures de l'opportunité des soins » et ce rendement ne s'est pas amélioré depuis 2010. Moins de la moitié des Canadiens ont déclaré avoir accès le jour même ou le lendemain à un médecin ou à une infirmière, ou y avoir accès le soir, la fin de semaine ou lors des jours fériés. Plus du tiers des aînés du Canada (37 %) ont déclaré s'être rendus au service des urgences pour un problème que leur médecin aurait pu traiter. Sur le total des visites au service des urgences, on estime que 20 % des cas auraient pu être traités ailleurs¹⁰. Presque le tiers des personnes âgées ont dû attendre deux mois ou plus pour consulter un spécialiste au cours des deux dernières années¹¹. L'Ontario a réussi un peu à réduire les temps d'attente grâce à son initiative Équipe Santé familiale. Des défis persistent toutefois d'un bout à l'autre du Canada, particulièrement dans certains domaines aux prises avec de graves pénuries de fournisseurs de soins de santé. (Une pénurie de gériatres a, par exemple, été rapportée au Canada¹².)

8 Drummond, « Therapy or Surgery? », p. 10.

9 Statistique Canada, Tableau CANSIM 105-0501.

10 ICIS, *Résultats du Canada*.

11 Davis et coll., *2014 Update*, p. 20-21. Voir aussi ICIS, *Résultats du Canada*.

12 Heckman, Molnar et Lee, « Geriatric Medicine Leadership ».

La non-révision des médicaments peut exposer les aînés au risque d'effets secondaires négatifs découlant d'une interaction indésirable.

La prise en charge des maladies, qui est essentielle pour éviter les complications coûteuses, est encore perfectible. En 2009, par exemple, le tiers des aînés n'ont pas reçu leur vaccin contre la grippe ou subi d'examen de la vue et la moitié de ceux qui avaient le diabète n'ont pas reçu d'examen des pieds. Beaucoup de personnes âgées croient aussi ne pas recevoir de conseils suffisants sur le maintien du poids¹³. Comme ce sont les maladies chroniques plutôt que l'âge en soi qui constituent le principal fardeau socioéconomique imposé aux systèmes de santé, de telles lacunes au niveau de l'évaluation et des soins représentent un oubli énorme. En fait, presque le quart des aînés du Canada qui avaient au moins un problème chronique n'avaient pas de plan de traitement quotidien en 2014. Même si ce taux est assez bon compte tenu des critères internationaux – meilleur que la plupart des pays d'Europe, mais derrière les États-Unis et l'Australie –, une intervention en soins primaires pourrait l'améliorer¹⁴.

Comme elles ont des problèmes chroniques, les personnes âgées sont plus susceptibles de prendre plus de médicaments d'ordonnance et en vente libre que les jeunes et la gestion de ces médicaments se fait habituellement au niveau des soins primaires. Plus de la moitié des aînés affirment prendre cinq médicaments ou plus de différentes catégories et 20 % ont déclaré qu'aucun professionnel de la santé n'avait révisé leurs médicaments depuis 12 mois¹⁵. La non-révision des médicaments peut exposer les aînés au risque d'effets secondaires négatifs découlant d'une interaction indésirable, ce qui peut mettre en danger leur santé et entraîner des coûts en aval pour d'autres secteurs des systèmes de santé. Entre 2006-2007 et 2010-2011, les effets indésirables de médicaments chez les aînés au Canada ont, de fait, été à l'origine de presque 140 000 hospitalisations¹⁶.

13 ICIS, *Les personnes âgées et le système de santé*, p. 2, 11.

14 Le Fonds du Commonwealth, *2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults in Eleven Countries*.

15 ICIS, *Résultats du Canada*.

16 *Ibid.*

Certains modèles intégrés haussent la qualité des services de soins de santé primaires aux aînés, améliorent les résultats pour la santé et réduisent les coûts. Les équipes d'évaluation du programme de gériatrie (EEPG) de Winnipeg en sont un bon exemple. Dans le contexte du programme lancé en 1999, des membres du personnel ayant reçu une formation spécialisée rendent visite à des aînés à domicile pour vérifier leur état de santé et leur mieux-être. Après une évaluation, un clinicien peut produire un rapport recommandant « l'aide de groupes comme les services de soins à domicile, l'hôpital de jour ou le service de repas à domicile¹⁷ ». Le programme a réduit les coûts et amélioré la qualité des soins, notamment en réduisant les taux de surutilisation de médicaments, selon Agrément Canada¹⁸. Winnipeg a aussi lancé le programme PRIME en 2009, dans le cadre duquel les aînés jugés dans le besoin reçoivent un gestionnaire de cas qui contrôle leur état de santé à domicile une fois par semaine, leur fournit de l'aide, de l'éducation, leur fait faire des exercices et leur donne des traitements, des conseils et des soins personnels après les heures ouvrables. Certains des services complémentaires du programme PRIME sont assujettis à une évaluation du revenu¹⁹. Le programme PRIME vise à garder les personnes âgées en dehors des hôpitaux et d'autres établissements coûteux. Les patients référés par un médecin de famille, un programme de soins à domicile, un hôpital ou d'autres professionnels de la santé qui s'occupent d'eux sont acceptés dans le programme.

Assurance-médicaments

Les résidents de chaque province et territoire du Canada ont droit à l'assurance-médicaments à 65 ans. La plupart des aînés ont droit à au moins un peu d'aide afin de couvrir les coûts des produits pharmaceutiques, même lorsque leur revenu est assez élevé (voir « Assurance-médicaments pour les aînés, par province, 2014 »). En dépit de cela, 7 % des aînés du Canada ont déclaré ne pas prendre

17 Région sanitaire de Winnipeg, *En quoi consiste l'EEPG?*

18 Agrément Canada, *Équipes d'évaluation du programme de gériatrie*.

19 Région sanitaire de Winnipeg, *Le programme PRIME s'adresse-t-il à vous?*

leurs médicaments ou ne pas faire remplir une ordonnance à cause du coût. Le Canada se classe donc 10^e sur 11 pays sondés à cet égard par le Fonds du Commonwealth²⁰.

Assurance-médicaments pour les aînés, par province, 2014

Colombie-Britannique

Tous les résidents ont accès au programme Fair PharmaCare et ceux qui sont nés avant 1939 peuvent bénéficier d'une aide bonifiée. Le programme PharmaCare paie 70 % des coûts des médicaments d'ordonnance après déduction de la franchise. La franchise est nulle dans le cas des personnes qui gagnent moins de 15 000 \$. Elle équivaut à 2 % du revenu dans le cas de celles qui gagnent moins de 30 000 \$ et à 3 % des revenus de plus de 30 000 \$. Pour les personnes nées avant 1939, le programme PharmaCare paie 75 % des coûts des médicaments d'ordonnance après la franchise, qui est nulle sur les revenus de moins de 33 000 \$, de 2 % sur ceux de moins 50 000 \$ et de 3 % sur ceux de plus de 50 000 \$.

Alberta

Le gouvernement offre gratuitement la couverture de la Croix-Bleue de l'Alberta aux personnes âgées, qui paient 30 % des médicaments inscrits jusqu'à concurrence de 25 \$. La Croix-Bleue de l'Alberta paie le reste.

Saskatchewan

Le régime d'assurance-médicaments des aînés couvre les coûts des médicaments d'ordonnance de plus de 20 \$ pour toutes les personnes âgées dont le revenu net n'atteignait pas 75 480 \$ en 2010.

Manitoba

Le programme d'assurance-médicaments paie 100 % des coûts des médicaments d'ordonnance pour tous les résidents, une fois la franchise payée. Le taux progressif de la franchise passe de 2,91 % du revenu familial de moins

20 Ibid.

de 15 000 \$ à 6,6 % des revenus de plus de 100 000 \$, avec des échelons intermédiaires entre les deux.

Ontario

Le programme de médicaments gratuits de l'Ontario (MGO) perçoit 2 \$ par ordonnance pour les personnes âgées qui gagnent moins de 16 018 \$ ou les couples aînés qui gagnent moins de 24 175 \$. Dans le cas de ceux qui gagnent plus, le programme impose une franchise annuelle de 100 \$ et des frais de 6,11 \$ par ordonnance remplie.

Québec

Tous les citoyens doivent avoir une assurance-médicaments d'ordonnance. À 65 ans, ils sont tous inscrits automatiquement au régime public d'assurance-médicaments, mais ils peuvent choisir un assureur privé. Dans le régime public, les médicaments sont gratuits pour les personnes âgées qui touchent de 93 à 100 % du SRG. Celles qui ne touchent pas de SRG doivent payer une franchise mensuelle fixée à 16,65 \$ et une coassurance de 32,5 %. Les contributions mensuelles totales sont plafonnées à 83,83 \$. Dans le cas de celles qui touchent de 1 à 93 % du SRG, la franchise mensuelle et la coassurance sont les mêmes que pour les aînés qui ne touchent pas de SRG, mais la contribution mensuelle est plafonnée à 51,16 \$. (La coassurance est calculée en pourcentage du coût de l'ordonnance réduit de la franchise.)

Nouveau-Brunswick

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) accessible pour les Canadiens âgés à faible revenu est administré par la Croix Bleue Medavie. Dans le cadre du régime, les personnes qui touchent le SRG paient 9,05 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 500 \$ au cours de la même année civile. Les autres bénéficiaires paient 15 \$ par ordonnance, sans plafond dans le cas d'une personne célibataire qui gagne au plus 17 198 \$, d'un couple âgé qui gagne 26 955 \$ ou moins ou d'un couple dont un membre n'est pas une personne âgée et qui gagne au plus 32 390 \$.

Île-du-Prince-Édouard

Tous les aînés paient seulement la première tranche de 8,25 \$ de chaque ordonnance, ainsi que les frais d'exécution.

Nouvelle-Écosse

Le programme d'assurance-médicaments pour les aînés est ouvert à toutes les personnes âgées qui n'ont pas d'autre couverture. Tous les aînés paient une quote-part représentant 30 % du coût total de chaque ordonnance, jusqu'à concurrence de 382 \$ par année. Il se peut que l'on renonce aux primes dans le cas des aînés célibataires qui gagnent moins de 18 000 \$ par année ou d'un couple aîné qui gagne moins de 21 000 \$, et qu'on les réduise dans celui des aînés célibataires gagnant moins de 24 000 \$ et des aînés mariés qui gagnent moins de 28 000 \$. Les personnes âgées qui touchent le supplément de revenu garanti ne paient pas de prime. La prime annuelle maximale des aînés est de 424 \$. Les contribuables peuvent réclamer ces dépenses dans leur déclaration de revenus.

Terre-Neuve-et-Labrador

Le programme des médicaments d'ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador (NLPDP) offre le régime 65 Plus, qui couvre toutes les personnes âgées touchant la SV et le SRG. Ces aînés paient seulement les frais d'exécution jusqu'à concurrence de 6 \$. Le programme offre aussi le plan d'accès qui couvre les personnes à faible revenu et leur famille de la façon suivante : les particuliers célibataires qui gagnent moins de 27 151 \$, les couples qui gagnent moins de 30 009 \$ et les familles qui gagnent moins de 42 870 \$. Les requérants admissibles au plan accès paient une quote-part variant de 20 à 70 % du coût de chaque ordonnance.

Nunavut

Le programme d'assurance-maladie complémentaire (AMC) couvre le coût intégral des médicaments d'ordonnance des résidents de 65 ans et plus qui n'ont pas d'autre assurance. La liste des médicaments assurés est établie par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada, qui s'adresse aux Premières Nations et aux Métis.

Territoires du Nord-Ouest

Le programme de services de santé complémentaire offre aux résidents non autochtones et métis de plus de 60 ans la couverture complète des médicaments d'ordonnance inscrits sur la liste des médicaments assurés du Programme des services de santé non assurés.

Yukon

L'assurance-médicaments et l'assurance-maladie complémentaire sont offertes aux résidents de 65 ans et plus et à leur conjoint de 60 ans et plus. L'assurance-médicaments paie le coût total des médicaments d'ordonnance génériques les moins coûteux inscrits au formulaire du Yukon.

Source : Le Conference Board du Canada; sites web du gouvernement et entrevues.

En dépit de leurs différences, les pratiques des provinces et des territoires canadiens dans ce domaine correspondent à celles de pays industrialisés. Les médicaments prescrits dans les hôpitaux de certains pays de premier plan sont toutefois gratuits, tandis que ceux qui sont distribués en dehors des hôpitaux sont assujettis à des quotes-parts auxquelles on renonce souvent dans le cas des aînés. Ou encore, les frais annuels payés par ces derniers sont plafonnés. Au Royaume-Uni, les médicaments distribués en service externe sont habituellement frappés d'une quote-part de 12,62 \$ US par ordonnance, mais les personnes de plus de 60 ans en sont exonérées²¹. En Suède, le remboursement des coûts des médicaments commence à 169 \$ US, pour atteindre graduellement 100 % à mesure que les coûts augmentent. Le montant payé par un particulier est plafonné à 339 \$ US par année, même si les quotes-parts imposées dans le cas de certains médicaments ne sont pas plafonnées²². Le Danemark a un système semblable où le remboursement commence lorsque les coûts dépassent 135 \$ US et augmente jusqu'à ce qu'il atteigne 85 % dans le cas des paiements dépassant 475 \$ US. Les patients vivant avec une maladie chronique qui consomment beaucoup de médicaments peuvent demander un remboursement complet des coûts dépassant 554 \$ US. Les retraités peuvent demander une aide financière supplémentaire à leur municipalité²³.

21 Jones, « Continuing Healthcare ».

22 Le Fonds du Commonwealth, *International Profiles of Health Care Systems*, 2013.

23 Olejaz et coll., « Denmark ».

Garder les personnes âgées dans leur communauté constitue une des façons les plus rentables pour les systèmes de santé de répondre aux besoins des patients âgés.

Soins à domicile

Garder les personnes âgées dans leur communauté constitue une des façons les plus rentables pour les systèmes de santé de répondre aux besoins des patients âgés qui ne vivent pas avec une démence ou n'ont pas une maladie en phase critique. À cause du coût relativement élevé des soins actifs, il est prioritaire sur le plan stratégique d'étendre le recours à d'autres milieux de soins et de réduire le recours indu aux soins actifs. Les lits dans les centres de SLD coûtent en outre plus cher que les soins à domicile. En 2011, Soins à domicile Ontario a estimé le coût quotidien des soins à domicile en Ontario à 42 \$, celui d'un lit en soins de longue durée à 126 \$ et celui d'un lit d'hôpital à 842 \$²⁴. La différence sur le plan des coûts des soins est à l'origine d'un virage, amorcé récemment, des soins actifs vers les soins à domicile afin de réduire les dépenses de santé. Outre les réductions possibles des dépenses que pourraient entraîner les soins à domicile, la grande majorité des personnes âgées – neuf sur dix – vit en contexte à domicile et veut y vivre le plus longtemps possible. Les représentants des provinces interviewés dans le cadre de cette étude ont insisté sur l'importance que le gouvernement, les ministères ou les associations de leur province accordent au rôle des soins à domicile dans le contexte du vieillissement de la population.

Les soins à domicile sont divisés en services de soins infirmiers et services de soins personnels. Les premiers, qui peuvent inclure la convalescence, la réadaptation, la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie, sont habituellement gratuits. Des provinces imposent une évaluation du revenu ou perçoivent des frais pour l'utilisation de services de soins personnels comme la préparation de repas, le bain et la lessive. Les frais imposés pour les services de soins personnels sont subventionnés; les subventions, qui varient habituellement de 2 à 12 \$ l'heure, sont souvent basées sur le revenu, et beaucoup de personnes âgées n'ont pas à payer le montant complet de ces frais ou

24 Ces prix sont probablement plus élevés maintenant, compte tenu de l'inflation.

Même lorsque les frais afférents aux soins à domicile ne constituent pas un obstacle, les heures disponibles pour les clients sont généralement limitées et ont tendance à diminuer après une réévaluation.

ne paient rien du tout²⁵. Certains clients peuvent aussi s'inscrire à des programmes d'autoprise en charge dans le cadre desquels ils reçoivent directement du financement public pour acheter des services privés. Ces programmes ont tendance à s'appliquer à un nombre limité de consommateurs, surtout parce que l'accès à l'information à leur sujet est difficile²⁶.

Même lorsque les frais afférents aux soins à domicile ne constituent pas un obstacle, les heures disponibles pour les clients sont généralement limitées et ont tendance à diminuer après une réévaluation. Selon un récent sondage EKOS sur les soins à domicile et les soins en établissement réalisé pour le compte du Conference Board du Canada, la majorité de ceux qui se souvenaient du nombre d'heures de soins à domicile qui leur avait été dispensé au cours d'une semaine type – à eux-mêmes ou des personnes à leur charge –, avait reçu moins de cinq heures de chaque type de service disponible (voir le graphique 3). Le même sondage a révélé que près de la moitié des répondants étaient d'avis qu'ils auraient pu bénéficier de plus d'aide au cours des 12 mois précédents. Presque un répondant sur dix n'a pu recevoir de services publics de soins à domicile lorsqu'il pensait en avoir besoin²⁷.

Les coûts des soins à domicile sont couverts de façons très différentes au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni. Le système suédois est celui qui ressemble le plus à celui du Canada, car les soins personnels sont organisés pour la personne âgée et frappés d'une quote-part plafonnée à 274 \$ US par mois en Suède²⁸. Au Danemark, les soins à domicile permanents sont payés entièrement par les municipalités. Ils sont déterminés en fonction des besoins et les services offerts dépendent d'une évaluation des besoins²⁹. Au Royaume-Uni, les aînés peuvent recevoir une allocation pour préposés aux soins personnels qui

25 Financière Sun Life, *À combien reviennent les soins de longue durée?*

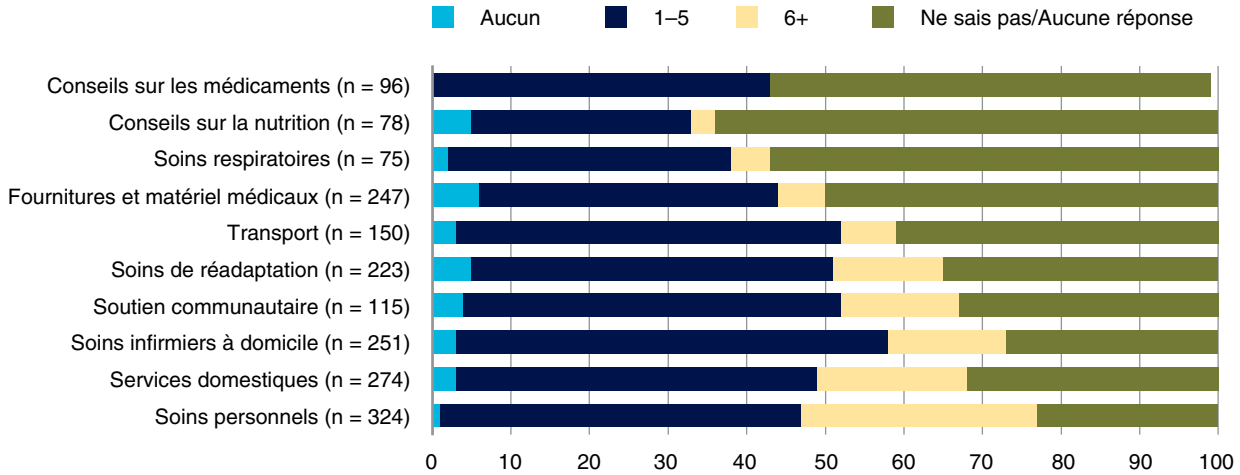
26 Spalding, Watkins et Williams, *Self Managed Care Programs in Canada*, p. 26.

27 Sondage EKOS (*Feeling at Home? A Survey of Canadians on Home and Community Care*).

28 Le Fonds du Commonwealth, *International Profiles of Health Care Systems*, 2013.

29 *Ibid.*

Graphique 3
Services reçus, heures par semaine, 2014



Sources : Sondage EKOS; Le Conference Board du Canada.

est libre d'impôt et ne dépend pas de l'évaluation des moyens. La façon de la dépenser est laissée entièrement à la discrétion de la personne âgée³⁰.

Soutien aux aidants naturels

Au Canada, les soins à domicile sont fournis surtout de façon informelle par les membres de la famille, des amis et des voisins non rémunérés. Selon les estimations du Conference Board du Canada, les aidants naturels non rémunérés ont fourni dix fois le nombre d'heures rémunérées de soins à domicile en 2007 – ce qui représente environ 1,5 milliard d'heures fournies par presque 3,1 millions de personnes. Étant donné que le total des dépenses publiques consacrées aux soins à domicile et aux soins communautaires en 2010 est évalué par la même source entre 8,9 et 10,5 G\$ et les dépenses privées, entre 1,87 et 1,89 G\$, les aidants naturels ont une énorme valeur économique

30 Age UK, Attendance Allowance.

cachée³¹. Comme plusieurs interviewés l'ont affirmé, les gouvernements ont peur de se ruiner en monétisant ces liens. Selon certaines études, une fois monétisées, les relations de bénévolat sont difficiles à démonétiser³², ce qui est de mauvais augure.

Il n'est peut-être pas étonnant alors de constater que la plupart des provinces offrent un soutien assez limité aux aidants naturels (voir le tableau 2). Le Manitoba est la seule à avoir une loi qui s'applique spécifiquement aux aidants naturels et la Nouvelle-Écosse, la seule à accorder des subventions directes de 400 \$ par mois aux aidants naturels admissibles (mais seulement 1 700 personnes en bénéficient actuellement). Toutes les provinces et le gouvernement fédéral offrent des crédits d'impôt aux aidants naturels. En outre, toutes les provinces imposent un congé de soignant de 8 à 12 semaines, qui donne aux employés le droit de prendre un congé non rémunéré sans risquer de perdre leur emploi. (L'Alberta a mis en œuvre une telle politique en février 2014 seulement.) Les aidants naturels peuvent demander à Service Canada jusqu'à six semaines de prestations de compassion (forme d'assurance-emploi) au cours de cette période³³.

31 Hermus et coll., *Home and Community Care in Canada*, p. 17 et 20-21.

32 Gneezy et Rustichini, « A Fine Is a Price ».

33 Service Canada, *Assurance-emploi et prestation de compassion*.

Tableau 2

Moyens de soutien aux aidants naturels, par province, 2014

	Congé pour soins de compassion (semaines)	Soins de relève	Subvention pour aidants naturels	Législation destinée aux aidants naturels	Crédit d'impôt ¹
C.-B.	8	✓			4 530 \$ pour un seuil de revenu net de 14 717 \$
Alb.	8 ²	✓			10 544 \$ pour un seuil de revenu net de 16 763 \$
Sask.	12	✓			9 214 \$ pour un seuil de revenu net de 15 736 \$
Man.	8	✓		✓ Projet de loi 42, <i>Loi sur la reconnaissance de l'apport des aidants naturels</i> (juin 2011)	3 605 \$ pour un seuil de revenu net de 12 312 \$ Crédit d'impôt du Manitoba pour aidant naturel principal. Il s'agit d'un crédit remboursable maximal de 1 275 \$ accordé à ceux qui sont les aidants naturels principaux d'un conjoint, d'un voisin ou d'un ami vivant à domicile. Il est possible de réclamer ce crédit pour au plus trois bénéficiaires des soins qui ont besoin d'un minimum de soins évalué en fonction des Lignes directrices du Programme de soins à domicile du Manitoba.
Ont.	8	✓			4 648 \$ pour un seuil de revenu net de 15 905 \$
Qc	12	✓			775 \$-1 131 \$ (aucun seuil de revenu net défini) ³
N.-B.	8	✓			4 550 \$ pour un seuil de revenu net de 15 536 \$
N.-É.	8	✓	400 \$ par mois		4 898 \$ pour un seuil de revenu net de 13 677 \$

(à suivre...)

Tableau 2 (suite)

Moyens de soutien aux aidants naturels, par province, 2014

	Congé pour soins de compassion (semaines)	Soins de relève	Subvention pour aidants naturels	Législation destinée aux aidants naturels	Crédit d'impôt ¹
Î.-P.-É.	8	✓			2 446 \$ pour un seuil de revenu net de 11 953 \$
T.-N.-L.	8	✓			2 783 \$ pour un seuil de revenu net de 13 606 \$
Nt	8	✓			4 608 \$ ⁴ pour un seuil de revenu net de 15 735 \$
T.-N.-O.	8	✓			4 608 \$ pour un seuil de revenu net de 15 735 \$
Yn	8	✓			4 608 \$ pour un seuil de revenu net de 15 735 \$
Canada	—	—	—	—	4 530 \$ pour un seuil de revenu net de 15 472 \$

1 On entend par seuil de revenu net le revenu de la personne à charge et non de celui de l'aidant naturel.

2 Au 1^{er} février 2014.

3 S'applique à 2014.

4 Le montant pour aidant familial (MAF) de 2 093 \$ s'ajoute à ces montants dans certaines circonstances, dans le cas des crédits d'impôt du fédéral et du Yukon.

Source : Le Conference Board du Canada, sites web gouvernementaux, entrevues et TaxTips.ca.

Reconnaissant le fardeau souvent imposé aux aidants naturels et le fait que jusqu'au tiers de ceux du Canada affirment vivre de la détresse dans leur rôle, des systèmes provinciaux de soins de santé fournissent des services de relève³⁴. Les aidants naturels peuvent ainsi placer des personnes à leur charge dans des lits de soins de courte durée d'établissements de soins publics reconnus. Cette relève temporaire de leurs fonctions leur permet de garder une certaine tranquillité d'esprit

34 ICIS, *Les soins de santé au Canada*, 2011, p. 83.

Les programmes de soins de jour stimulent les personnes âgées et leur évitent l'isolement et la solitude, tout en favorisant leur mieux-être.

et d'éviter d'avoir à institutionnaliser en permanence les personnes à leur charge. Selon des interviews réalisées par le Conference Board du Canada, plusieurs aidants indiquent néanmoins que les inconvénients administratifs conjugués aux horaires rigides des centres de soins de longue durée font parfois en sorte que beaucoup d'aidants ne se prévalent pas toujours des services de soins de relève. Plusieurs experts sont d'avis qu'il faudrait offrir davantage de ce type de services.

Les programmes de soins de jour aux adultes qu'offrent de nombreuses municipalités peuvent aussi fournir une relève temporaire aux aidants naturels. Ces programmes stimulent mentalement et socialement les personnes âgées et leur évitent l'isolement et la solitude, tout en favorisant leur mieux-être. Les activités se déroulent dans un environnement sécuritaire et comprennent habituellement des repas et des collations. Les programmes de garde de jour d'adultes peuvent être publics ou privés, sans but lucratif ou à but lucratif. Ils sont souvent subventionnés, les tarifs quotidiens atteignant à peine 6 à 8 \$ dans beaucoup de provinces. Les régies provinciales et régionales de la santé ou des associations professionnelles comme les Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario effectuent l'évaluation qui permet d'avoir accès aux programmes publics de soins de jour aux adultes.

Plusieurs provinces ont lancé des projets pilotes dans le domaine en plein essor des programmes de télémédecine pour aider les aidants naturels à s'occuper de personnes à charge à domicile. Au Nouveau-Brunswick, un système de surveillance à domicile appelé Care Link Advantage, créé et basé à Sudbury (Ontario), est entièrement subventionné. Il en coûte de 130 à 150 \$ par mois³⁵. Le système Care Link Advantage utilise une série de caméras et de détecteurs de mouvement installés partout dans la maison pour prévenir l'aidant naturel par texte s'ils détectent quoi que ce soit qui sort de l'ordinaire. Un personnel bilingue qui a reçu une formation professionnelle est aussi disponible dans des centres de répartition pour recevoir des appels et assurer la coordination avec le personnel paramédical, les services

35 Stunt, « Use of Surveillance Tech ».

d'incendie, les membres de la famille et des amis. Care Link Advantage peut aider à vérifier si les personnes âgées mangent et dorment bien, tombent, errent sans but à l'extérieur et prennent leurs médicaments³⁶.

Dans le cas des personnes âgées qui n'aiment pas l'idée des caméras, il est possible d'installer des technologies à distance plus discrètes. Les services d'alerte médicale en cas de chutes et d'autres urgences sont particulièrement populaires, surtout parce que les chutes sont la principale cause d'hospitalisation pour traumatisme au Canada et qu'elles entraînent souvent une fracture de la hanche³⁷. En Nouvelle-Écosse notamment, on remboursera aux personnes âgées autorisées une somme maximale de 480 \$ par année pour l'achat d'un service d'alerte médicale en cas de chute³⁸. La province fournira aussi jusqu'à 499 \$ par année aux personnes âgées autorisées pour l'achat d'une distributrice automatisée de médicaments³⁹. Les boutons d'alerte médicale peuvent être branchés à des capteurs placés partout dans la maison – sur le réfrigérateur, les boîtes de pilules et dans la douche – afin de surveiller les activités quotidiennes. Il est possible de réunir l'information sous forme numérique, de l'analyser pour en dégager des tendances et de la transmettre aux membres de la famille par courriel, texto ou applications mobiles⁴⁰.

Sur la scène internationale, l'État fournit un soutien aux aidants naturels dans chacun des trois pays de comparaison étudiés. Au Danemark, les aidants naturels peuvent recevoir une allocation pour soins qui les indemnise de la perte de salaire qu'ils subissent à cause de leurs responsabilités d'aidant. Le montant est déterminé par la municipalité⁴¹. Une personne qui joue le rôle d'aidant naturel auprès d'un être cher peut même être employée directement par la municipalité pendant au plus

36 Care Link Advantage, *Care Link Advantage*.

37 ICIS, *Les personnes âgées et les chutes*.

38 Nouvelle-Écosse, *Personal Alert Assistive Program*.

39 Nouvelle-Écosse, « Medication Dispenser Assistive Technology ».

40 Voir, par exemple, Lively, *Personal Emergency Response*.

41 OCDE, *Danemark : Soins de longue durée*.

six mois, au besoin⁴². En Suède, le parlement a adopté en 2009 une loi obligeant les municipalités à offrir de l'aide aux personnes qui s'occupent des personnes vivant avec une maladie chronique, aux aînés et aux personnes handicapées. Cette aide se présente sous trois formes : soins de relève, conseils individuels ou collectifs et, moins souvent, allocation versée directement à l'aidant naturel⁴³. Au Royaume-Uni parallèlement, les personnes qui fournissent 35 heures et plus de soins par semaine à un être cher peuvent avoir droit à une allocation d'aidant naturel d'environ 110 \$ US par semaine. Cette allocation n'est pas soumise à une évaluation des moyens, mais elle est accessible seulement aux personnes qui gagnent moins que 182 \$ US par semaine (après les retenues à la source)⁴⁴. Un conseil local est en outre tenu d'évaluer l'aide dont un aidant naturel a besoin, que ce soit directement pour lui ou pour la personne aidée (évaluation d'aidant). Cette évaluation peut aboutir à de l'aide relative aux frais de déplacement, aux soins de relève, à l'achat d'un ordinateur, à des cours de conduite, des massages et des activités de loisir (cours) pour lutter notamment contre le stress⁴⁵.

Soins de longue durée

Plusieurs appellations différentes servent à désigner les soins de longue durée (SLD) dans les provinces et les territoires du Canada. Soins en établissement, maisons de soins infirmiers, soins continus et foyers de soins personnels sont au nombre des expressions utilisées pour désigner les établissements qui fournissent à des personnes des soins infirmiers sur place en permanence. Il n'y a pas de consensus national sur les paramètres des centres d'hébergement et de soins de longue durée, mais leurs clients d'un bout à l'autre du Canada ont un profil commun. Ils ont tendance à être les aînés les plus âgés (plus de 85 ans), à être célibataires et plus frêles que leurs homologues qui reçoivent

42 Olejaz et coll., « Denmark ».

43 Johansson, Long et Parker, « Informal Caregiving for Elders in Sweden ».

44 CarersUK, Factsheet: *Carer's Allowance*.

45 CarersUK, *Factsheet England & Wales: Assessments*.

Les clients des centres d'hébergement et de soins de longue durée ont tendance à être des aînés célibataires, plus âgés et plus frêles que leurs homologues.

des soins à domicile ou des soins communautaires. Leurs capacités cognitives et leur état de santé physique présentent habituellement des déficits modérés ou graves. Ils ont de la difficulté à vaquer aux activités de base ou secondaires de la vie quotidienne. Ils ont peu d'aide naturelle ou ont des besoins auxquels ne peuvent satisfaire des aidants naturels⁴⁶.

Il ne faut pas confondre les SLD tels que définis ici et les maisons de retraite. Ces dernières sont des établissements privés qui s'occupent des personnes âgées à différents stades de la vie. Les clients sont locataires et louent une pièce ou un studio dans la maison, en payant les services d'aide au besoin ou sur demande. Les maisons de retraite doivent satisfaire à des normes provinciales d'autorisation et se soumettre à des examens occasionnels, mais elles sont autrement indépendantes sur les plans de la propriété, de l'exploitation, du financement et des critères d'admission. Par contre, les centres de SLD peuvent être publics ou privés, mais ils sont tous réglementés de la même façon en ce qui concerne les coûts, le financement et les critères d'admission. Le Canada compte aussi quelques centres de SLD pour jeunes adultes ayant des problèmes physiques ou mentaux.

La façon de déterminer l'admissibilité aux SLD et les coûts pris en charge par les personnes varie considérablement entre les provinces et les territoires. Les procédures et les formules sont complexes et parfois opaques. (Voir « Couverture des soins de longue durée, par province, 2013 ou 2014 ».) On tient souvent compte du revenu; certaines provinces garantissent un revenu disponible aux bénéficiaires et à leur conjoint ou aux personnes à charge dans la communauté. Lorsqu'elles calculent les frais, des provinces comme le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador tiennent compte des liquidités (espèces ou quasi-espèces) et non seulement du revenu. L'Alberta, l'Ontario, le Québec, l'Î.-P.-É. et la Nouvelle-Écosse demandent techniquement aux bénéficiaires des centres de SLD de payer leur quote-part de l'hébergement seulement.

46 ICIS, *Les soins de santé au Canada 2011*, p. 95-106.

Couverture des soins de longue durée, par province, 2013 ou 2014

Colombie-Britannique

Le montant mensuel minimum s'établit à 991,20 \$ pour une personne célibataire et 736,00 \$ pour chaque conjoint d'un couple marié. Le maximum est fixé à 3 157,50 \$. Dans le cas des personnes qui ont un revenu après impôt de moins de 19 500 \$, on réserve 3 900 \$ que le client peut garder et on divise le solde par 12 pour déterminer le montant mensuel. Dans le cas des personnes dont le revenu après impôt dépasse 19 500 \$, on réserve 20 % que le client peut garder et divise le reste par 12 pour calculer le montant mensuel (jusqu'à concurrence du maximum).

Alberta

On perçoit des frais d'hébergement fixés à 60,45 \$ par jour ou 1 839 \$ par mois pour une chambre à un lit, 52,30 \$ par jour ou 1 591 \$ par mois pour une chambre à deux lits et 49,60 \$ par jour ou 1 509 \$ par mois pour une chambre standard. Les frais doivent augmenter de 3 % en 2015. Afin d'aider à garantir que les frais demeurent abordables pour les bénéficiaires à revenu faible et modeste, un soutien du revenu est disponible par l'entremise des programmes Alberta Seniors Benefit (ASB) ou Assured Income for the Severely Handicapped (AISH).

Saskatchewan

Les frais imposés aux bénéficiaires sont basés sur leur déclaration de revenus. Il s'y ajoute d'autres frais pour les ordonnances, les médicaments et les fournitures contre l'incontinence, de même que des frais de fournitures de 20 \$ par mois pour des articles d'hygiène personnelle comme le shampoing. Depuis le 1^{er} octobre 2014, les frais imposés aux bénéficiaires varient de 1 049 \$ à 1 995 \$ par mois. Le bénéficiaire paie un minimum de 1 049 \$ plus 50 % de la partie de son revenu se situant entre 1 341 \$ et 3 234 \$.

Manitoba

Les bénéficiaires ont un revenu disponible garanti de 3 600 \$ par année. Si un conjoint vit toujours dans la collectivité, on lui garantit 32 772 \$ par année pour ses frais de subsistance. Le montant payé par un client pour des soins en

établissement est calculé de façon à garantir l'accès du client et de son conjoint à ces montants de base en tant que revenu disponible. En date du 1^{er} août 2014, le tarif quotidien variait d'au moins 33,90 \$ à au plus 79,20 \$.

Ontario

On perçoit une quote-part d'hébergement pour une place dans des centres de SLD. En date du 1^{er} septembre 2014, les tarifs étaient les suivants : 56,93 \$ par jour ou 1 731 \$ par mois pour un logement de base ou standard; 67,93 \$ par jour ou 2 066,21 \$ par mois pour un logement à deux lits et 80,18 \$ par jour ou 2 438,81 \$ par mois pour un logement à un lit. Les lits doubles ou simples coûtent un peu moins cher s'ils sont considérés comme « vieux », selon les normes du ministère. Les personnes vivant dans une résidence standard peuvent demander une réduction de taux. Si cette réduction est accordée, la province paie à l'établissement la valeur de la réduction afin que celui-ci reçoive quand même un paiement global de 56,93 \$ par jour. Les bénéficiaires qui occupent un logement à deux lits ou à un lit n'ont pas droit à une réduction des quotes-parts.

Québec

La contribution maximale du client varie selon le type de chambre : 1 758,30 \$ par mois pour une chambre à un lit; 1 470 \$ par mois pour une chambre à deux lits et 1 092,60 \$ par mois pour une salle (trois lits ou plus). Des déductions s'appliquent pour les dépenses personnelles (203 \$ par mois), un conjoint dans la collectivité (1 132,48 \$ par mois), chaque enfant à charge de 18 ans ou plus (568,54 \$ par mois) et chaque enfant à charge de 17 ans ou moins (453,45 \$ par mois). Les bénéficiaires paient leur coiffure, leurs produits de soins personnels et leur téléphone ou téléviseur personnels, de même que l'entretien personnel de leurs vêtements (nettoyage à sec, reprisage, etc.). Il leur est possible d'obtenir sur demande une réduction, l'évaluation financière tenant compte des liquidités (espèces et quasi-espèces), des biens immobiliers, du revenu mensuel et de la situation familiale.

Nouveau-Brunswick

Au 1^{er} avril 2013, le maximum que devaient payer les bénéficiaires de maisons de soins infirmiers s'établissait à 107 \$ par jour, mais il est passé à 113 \$ le 1^{er} avril 2014. Une subvention gouvernementale peut s'appliquer après une évaluation financière effectuée sur demande. Les clients sont évalués en

fonction d'une échelle graduelle de leur revenu familial qui dépasse la SV/ SRG. (Ceux qui ne gagnent pas plus que la SV/SRG paient 0 % de leur revenu.) Les clients qui n'ont pas de conjoint ou de personne à charge à domicile sont évalués sur 100 % de leur revenu net. L'échelle est plus élevée pour ceux qui ont un conjoint à domicile et elle grimpe encore pour ceux qui ont une ou plusieurs personnes à charge à la maison.

Île-du-Prince-Édouard

Les bénéficiaires paient l'hébergement, dont le coût s'établit à 77,60 \$ par jour. Ceux qui ont un revenu annuel net de moins de 30 000 \$ peuvent avoir droit à une subvention. Si le client a un conjoint dans la collectivité, le revenu évalué total est réparti moitié-moitié. Un client doit continuer d'affecter tout son revenu au coût de l'hébergement, mais non ses biens. Dans son rapport annuel 2011-2012 intitulé *Administration of the Long-Term Care Subsidization Act*⁴⁷, Santé Î.-P.-É. indique que le client moyen a reçu une subvention de 31 % et que 75,1 % des clients recevaient une subvention.

Nouvelle-Écosse

Les clients paient 107,75 \$ par jour pour l'hébergement standard dans une maison de soins infirmiers, 64,25 \$ dans les établissements de soins (soins moins poussés que dans une maison de soins infirmiers), 52 \$ dans des logements qui accueillent jusqu'à trois personnes (le niveau de soin le moins élevé) et 34,75 \$ pour des lits de soins de relève. Les clients capables de payer le montant intégral ne sont pas soumis à une évaluation financière, mais la grande majorité (plus de 90 %) ne le font pas. On ne laisse pas aux clients un revenu inférieur à 3 126 \$ par année et l'on ne s'attend pas à ce qu'ils consacrent plus de 85 % de leurs revenus évalués pour leurs frais d'hébergement. Les conjoints qui vivent dans la collectivité ont droit à un revenu d'au moins 20 500 \$ par année et ils gardent le contrôle de plus de 60 % du revenu familial commun, ainsi que le contrôle de tous leurs biens.

Terre-Neuve-et-Labrador

Dans un centre de SLD, une personne paie au maximum 2 800 \$ par mois. Il lui est possible de demander une évaluation financière pour recevoir une

47 www.gov.pe.ca/photos/original/LTCareAnRp11-12.pdf

subvention. Une personne célibataire peut garder 10 000 \$ en liquidités (espèces ou quasi-espèces) et un couple, 20 000 \$.

Nunavut

Le territoire assure une couverture complète.

Territoires du Nord-Ouest

Les bénéficiaires paient une quote-part mensuelle de 761 \$, montant qui n'est pas soumis à une évaluation du revenu. Les bénéficiaires peuvent demander une exemption à leur bureau local du soutien du revenu.

Yukon

Les clients paient 35 \$ par jour dans les quatre établissements de soins continus. On estime que ce montant représente quelque 10 % du coût réel⁴⁸. Le montant payé par le client n'est pas lié au revenu.

Source : Le Conference Board du Canada; sites web gouvernementaux, entrevues et *La Financière Sun Life* www.sunlife.ca/Canada/sunlifeCA/Health/Provincial+health+plan+services?vgnLocale=en_CA.

Les personnes qui ne peuvent payer les minimums établis par le gouvernement de leur province peuvent demander une exemption. Le financement global affecté aux SLD provient en grande partie de sources publiques (voir le tableau 3). Comme résumé dans le tableau qui suit, le bénéficiaire moyen n'a pas payé plus du quart des coûts opérationnels moyens des SLD dans aucune province en 2012. Par exemple, le maximum mensuel que les centres de SLD de la Colombie-Britannique peuvent demander aux bénéficiaires internes dépasse 3000 \$. En 2012, toutefois, le bénéficiaire moyen a payé seulement 1200 \$ environ, ce qui a représenté 23 % du coût mensuel total réel par bénéficiaire du système de soins aux bénéficiaires internes de la province pendant l'année en cause.

48 CBC News, *Yukon Long-Term Care Fees to Rise*.

Tableau 3

Structure des coûts des SLD et pourcentage couvert par les bénéficiaires, moyennes, par province, 2012

	Coût annuel pour le bénéficiaire (\$)	Coût mensuel pour le bénéficiaire (\$)	Coût annuel total réel par bénéficiaire (\$)	Coût mensuel total réel par bénéficiaire (\$)	Coût couvert par le bénéficiaire (%)
C.-B.	15 337	1 278	66 531	5 544	23
Alb.	11 552	963	60 791	5 066	19
Sask	13 965	1 164	97 543	8 129	14
Man.	13 138	1 095	69 634	5 803	19
Ont.	16 002	1 334	66 022	5 502	24
Qc	—	—	—	—	—
N.-B.	11 598	967	76 713	6 393	15
Î.-P.É.	14 497	1 208	72 590	6 049	20
N.-É	15 766	1 314	72 703	6 059	22
T.-N.-L	11 635	970	70 832	5 903	16
TE ¹	8 254	688	116 822	9 735	7

¹ TE = Territoires. L'information provenant de Statistique Canada n'était pas disponible pour chaque territoire en particulier.
Sources : Le Conference Board du Canada; Statistique Canada.

Comme au Canada, aucun des pays de comparaison ne déleste les coûts complets des SLD sur les personnes âgées qui en ont besoin. Au Danemark, les soins en établissement, comme dans les maisons de soins infirmiers, sont assujettis à des quotes-parts de 10 % du revenu jusqu'à concurrence de 26 000 \$ US (2167 \$ US par mois) et de 20 % du revenu qui dépasse ce seuil⁴⁹. En Suède, les quotes-parts afférentes aux soins en établissement commandés par les municipalités sont plafonnées au même niveau que les soins à domicile, soit à 274 \$ US par mois. La quote-part absolue est plafonnée et basée sur le revenu⁵⁰. Au Royaume-Uni, les SLD sont gratuits pour ceux qui ont moins de 37 000 \$ US d'actifs⁵¹. Certaines personnes sont exemptées de ce

49 Le Fonds du Commonwealth, *International Profiles of Health Care Systems*, 2013.

50 *Ibid.*

51 Jones, « Continuing Healthcare ».

Les temps d'attente médians et moyens des provinces dissimulent l'écart qui peut exister entre des régions ou des établissements différents.

critère à la suite d'une évaluation des soins effectuée dans le cadre du régime de soins continus du National Health Service (NHS). Dans le cas des personnes admissibles au régime, les soins infirmiers, les soins personnels et les soins à domicile, y compris l'hébergement, sont payés en entier. Dans les autres cas, le NHS finance des soins infirmiers dans des foyers de soins jusqu'à concurrence de 160 \$ US par semaine⁵².

En théorie, les critères d'admission à un établissement de SLD sont assez généraux, couvrant habituellement les adultes de plus de 18 ans assurés par le régime public qui ont besoin de soins médicaux 24 heures par jour. En pratique, les pressions exercées par une population vieillissante et la montée de la démence signifient que de plus en plus, seuls les aînés les plus malades et les plus déficients sur le plan cognitif seront susceptibles d'être placés dans un lit. Plusieurs personnes interviewées ont déclaré au Conference Board du Canada que les SLD étaient passés d'un modèle basé sur la garde au cours de la décennie 1980 à un modèle de soins de fin de vie aujourd'hui. En effet, la moyenne du temps passé dans le centre de SLD diminue, car les clients ont tendance à mourir plus rapidement après leur admission. Il faut évaluer les temps d'attente en tenant compte de ces tendances.

On a fait de gros efforts pour réduire les périodes d'attente afin d'avoir accès aux SLD et d'éviter les niveaux alternatifs de soins (NAS) indus en contexte de soins actifs. (Pour une discussion plus poussée sur les NAS, voir la section « Manque d'accès rapide et équitable ».) Les régions du Québec sur lesquelles on a réuni des données affichent les temps d'attente les plus longs au Canada et les provinces de l'Ouest, les plus courts (voir le tableau 4). La Saskatchewan, qui affiche les meilleurs temps d'attente moyens, à 27 jours dans le cas des soins communautaires ou de l'hospitalisation, présente une situation en réalité assez inhabituelle : ses établissements ruraux de SLD ont une capacité excédentaire. La province espère fermer quelques lits et réaffecter des ressources aux soins à domicile et aux soins communautaires plus rentables. Des représentants du centre et de l'est du Canada se sont

52 *Ibid.*

montrés moins optimistes quant à la capacité probable de leur province de faire face aux exigences d'une population vieillissante au cours des 20 prochaines années.

Tableau 4
Temps d'attente en SLD, par province, 2012, 2013 ou 2014

	Période d'attente	Notes	Dates couvertes
C.-B.	45 jours	Médiane	2013-2014
Alb.	31 jours	Moyenne pour tous les établissements de soins continus	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014
Sask.	27 jours	Moyenne en provenance de la communauté ou de l'hôpital	T1 2014
Man.	77 jours	Médiane	2012–2013
Ont.	60–90 jours	Moyenne pour admission d'urgence	2013–2014
	108 jours	Moyenne pour cas moins prioritaires	
Qc	396 jours	Moyenne ville de Québec	2012
	213 jours	Moyenne Montréal.	
N.-B.	134 jours	Moyenne	Au 10 mars 2014
	63 jours	Médiane	
Î.-P.É.	91 jours	Moyenne	2012
N.-É.	230 jours	Médiane en provenance de la communauté	2013-2014
	136 jours	Médiane en provenance d'un hôpital	
T.-N.-L.	—	—	—

Sources : Le Conference Board du Canada; sites web du gouvernement, entrevues et rapports. Voir aussi Qualité en santé Ontario, *Soins de longue durée*; Santé Manitoba, *Statistiques annuelles*, 70; Vérificateur général du Québec, *Vérification de l'optimisation*, 18; Île-du-Prince-Édouard, *Backgrounder : Long-Term Care*.

Les temps d'attente médians et moyens des provinces dissimulent l'écart qui peut exister entre des régions ou des établissements différents. Dans le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) Erie St. Clair, dans le sud-ouest de l'Ontario, par exemple, les périodes d'attente pour des lits en SLD peuvent varier de moins d'une semaine à plusieurs années, selon le centre⁵³. Dans le cas de certains établissements très

53 Centres d'accès aux soins communautaires, « Erie St. Clair CCAC LTC Wait Times ».

bien cotés, comme Baycrest à Toronto, les temps d'attente en médecine sont en réalité tellement longs que beaucoup de clients qui veulent y être placés pourraient mourir avant d'obtenir un lit. On n'offre pas au Canada d'incitations à réduire les temps de transfert de l'hôpital à un centre de SLD. Le Danemark, la Suède et le Royaume-Uni en offrent.

À cause de différences entre les organisations et les régions, ainsi que des préoccupations soulevées par les NAS dans les hôpitaux, la plupart des provinces appliquent des politiques du premier lit disponible dans le cas des SLD. (Voir « Niveau des choix en SLD, par province, 2014. ») L'Ontario est la seule province à ne pas avoir de politique sur le premier lit disponible et l'Alberta a commencé à réviser la sienne en juin 2013. Dans les autres provinces, le refus d'accepter le premier lit disponible peut entraîner diverses pénalités. Les personnes en cause risquent de tomber au bas de la liste d'attente ou d'en être rayées complètement. La plupart des provinces permettent le transfert après coup et encouragent les gestionnaires de cas à ne pas oublier les questions de distance, de culture et d'unification des familles lorsqu'ils choisissent des lits de SLD.

Niveau des choix en SLD, par province, 2014

Colombie-Britannique

La province applique une politique du premier lit. Les personnes âgées doivent accepter dans les 48 heures. Un refus entraîne le retrait du programme d'accès à un établissement. Il existe une liste d'attente pour les transferts. On encourage les gestionnaires de cas à tenir compte des familles, des déplacements et des facteurs cliniques dans les décisions sur les placements « appropriés ».

Alberta

On a reproché aux politiques régionales leur incohérence et leur opacité. La province a commencé à réviser, en juin 2013, les aspects relatifs à la qualité et la sécurité de sa politique du premier lit. Dans son examen, le Conseil de la qualité en santé de l'Alberta recommande de supprimer la pénalité de 100 \$ pour refus du premier lit et de tenir davantage compte des préoccupations relatives à la famille et à l'éloignement.

Saskatchewan

La plupart des régions imposent une politique du premier lit. Saskatoon a une limite de 75 kilomètres et Regina Qu'Appelle en envisage une de 150. Il est possible d'obtenir un transfert de listes d'attente. La Saskatchewan dispose souvent d'une surcapacité en SLD dans les régions rurales. Les pénuries sont plus susceptibles de se produire dans les villes et le Grand Nord.

Manitoba

Les personnes âgées peuvent être tenues d'accepter un placement temporaire avant de pouvoir déménager dans le foyer qu'elles préfèrent.

Ontario

Les patients peuvent demeurer hospitalisés en attendant l'option qu'ils privilégient. On ne peut les forcer à choisir un nombre précis de possibilités en SLD, ni les obliger à accepter le premier lit disponible qui ne constitue pas leur premier choix.

Québec

Les bénéficiaires ont le droit de choisir leur « hébergement », mais ils peuvent être admis temporairement dans un autre établissement si leur premier choix n'est pas disponible. Il faut en général accepter un lit dans les 48 heures.

Nouveau-Brunswick

Si leur premier choix n'est pas disponible, les patients peuvent être obligés d'accepter le premier lit disponible dans un rayon de 100 kilomètres, au moins temporairement. Les patients ont le droit de refuser en raison de la langue.

Nouvelle-Écosse

Les patients médicalement stables qui sont hospitalisés en attendant d'être admis à une maison de soins infirmiers doivent accepter le premier lit disponible dans un rayon de 100 kilomètres. La disposition ne s'applique pas aux bénéficiaires de soins communautaires qui ont demandé un transfert d'un placement existant, qui ont besoin d'un autre niveau de soins par rapport à un placement existant ou d'une dialyse péritonéale, ou encore qui veulent être réunis avec un membre de leur famille déjà établi dans un foyer.

Île-du-Prince-Édouard

Une personne qui a reçu son congé du médecin ne peut demeurer à l'hôpital lorsqu'on lui offre un lit de SLD, peu importe où se trouve celui-ci. Les patients peuvent être transférés de nouveau dans leur région d'attache lorsqu'un lit devient disponible.

Terre-Neuve-et-Labrador

La politique du premier lit disponible est appliquée dans chaque région sanitaire. Il existe une liste d'attente pour les transferts.

Nunavut

Il y a un seul établissement inscrit au Nunavut.

Territoires du Nord-Ouest

Après avoir été approuvés pour une place en SLD, les clients sont inscrits sur une liste d'attente. On leur attribue ensuite le premier lit approprié disponible dans un des neuf établissements du territoire. Si un client est placé dans une autre collectivité, les frais de transport du patient et des membres de sa famille sont à leur charge. Si les intéressés ne peuvent les payer, ils peuvent demander de l'aide au ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement.

Yukon

Tous les établissements de SLD du Yukon se trouvent dans la même ville. La liste d'attente est gérée en fonction du niveau du besoin et de l'urgence. Le refus d'une place offerte n'entraîne aucune pénalité quant à la priorité sur la liste d'attente.

Sources : Le Conference Board du Canada; sites web du gouvernement, entrevues et rapports. Voir aussi Colombie-Britannique, Office of the Ombudsperson, *The Best of Care*, p. 3, 16, 31-32; Conseil de la qualité en santé de l'Alberta, *Review of Alberta's Health*; ministère de la Santé de la Saskatchewan, *Housing Options for Saskatchewan*, p. 5; Santé, Vie saine et Aînés Manitoba, « What Health Services »; Vérificateur général du Québec, *Vérification de l'optimisation*, p. 18; ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, « Facility Placement Policy ».

Le secteur des SLD est en général très réglementé. Toutes les provinces exigent que les établissements privés de SLD soient inspectés et autorisés par une agence ou plus. Il existe habituellement des normes ou des lignes directrices sur le rendement des centres publics de SLD. On produit des rapports d'inspection qui peuvent inclure des

recommandations, mais ces rapports ne sont pas toujours rendus publics, sauf sur demande expresse. La réglementation des SLD est souvent régie par plus d'une mesure législative et d'une agence, ce qui peut susciter la confusion quand à la compétence chez les non-avertis et même chez les experts qui ont beaucoup d'expérience. En Alberta, par exemple, le ministère de la Santé vérifie les normes d'hébergement tandis que Services de Santé Alberta vérifie les normes sanitaires. Certaines des personnes interviewées par le Conference Board du Canada sont aussi d'avis que la réglementation des secteurs des SLD a tendance à être trop punitive. Les critères réussite-échec encouragent les efforts visant à satisfaire aux exigences minimales sans toutefois améliorer la qualité des soins ni pratiquer l'autoévaluation. Les normes d'agrément comme celles qu'ont établies Agrément Canada et la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) permettent de retenir les services de fournisseurs de services et d'administrateurs de soins de santé pour propulser la qualité au-delà des normes minimales. Ces programmes d'agrément ne sont toutefois pas obligatoires pour tous les programmes de soins de santé à travers le Canada.

La plupart des provinces cherchent à réduire le nombre de lits de SLD à cause des coûts et parce que les aînés préfèrent être logés ailleurs. Les initiatives les plus répandues dont plusieurs provinces font actuellement l'essai visent à trouver un moyen terme entre les soins à domicile et les SLD. Les gouvernements cherchent à développer leurs services de soutien ou d'aide à la vie autonome dans le cadre desquels des personnes âgées, y compris celles qui peuvent vivre avec une démence légère, reçoivent des soins 24 heures par jour. Le niveau de ces soins est cependant inférieur à celui auquel on s'attend dans une maison de soins infirmiers et ces soins sont administrés par des membres du personnel n'ayant pas nécessairement reçu une formation aussi poussée qu'une infirmière ou un médecin. Il convient de signaler que Terre-Neuve a lancé des foyers communautaires de protection en 2009-2010. Ces « bungalows de la démence », comme on les appelle parfois, contiennent de 10 à 12 lits destinés à des patients vivant avec

Les patients en phase terminale ont droit à des soins palliatifs, mais seulement 16 à 30 % des Canadiens qui en ont besoin en reçoivent en réalité.

une démence légère qui peuvent quand même aider à administrer le foyer en s'acquittant de tâches comme la vaisselle, la lessive et les lits. Le programme s'est attiré les louanges des familles.

Soins palliatifs

Partout au Canada, les patients en phase terminale ont droit à des soins palliatifs. Mais selon les estimations, seulement 16 à 30 % des Canadiens qui en ont besoin en reçoivent en réalité⁵⁴. La plupart des provinces ont des programmes d'assurance-médicaments spécifiques aux soins palliatifs qui prévoient une couverture complémentaire dans le cas de patients ayant reçu un diagnostic de phase terminale. La Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon sont toutefois les seules administrations à avoir des programmes coordonnés de soins palliatifs, dont les équipes spécialisées évaluent, traitent et suivent les patients dans tout le système de santé en leur fournissant des médicaments entièrement payés ou très subventionnés, ainsi que des fournitures. Dans les autres provinces et territoires, les soins palliatifs sont offerts davantage à la pièce et l'étendue de la couverture diffère souvent entre les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les services de soins à domicile et les établissements de soins palliatifs. (Voir « Les soins palliatifs, par province, 2014 ».)

En Ontario, les soins palliatifs ont évolué à la pièce depuis les années 1970. Dans son rapport annuel de 2014, la vérificatrice générale a signalé que l'information et les données sur les soins palliatifs mises à la disposition du public et du gouvernement sont limitées. Elle a noté plusieurs problèmes dans la province, dont le peu de mesures du rendement, la répartition géographique inéquitable des services – particulièrement dans les régions rurales –, les lits d'hôpitaux coûteux trop nombreux et les lits de centres de soins palliatifs rentables trop peu nombreux, une mauvaise diffusion du savoir, le manque de

54 Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion, *Avec dignité et compassion*

normes d'éducation pour les médecins et les infirmières ainsi que la concentration induite des efforts sur le cancer et l'insuffisance de l'attention accordée à d'autres maladies chroniques⁵⁵.

Selon l'Association canadienne de soins palliatifs, une situation semblable prévaut dans la majeure partie du pays⁵⁶. Il faut améliorer l'accès aux soins palliatifs coordonnés à domicile ou dans des centres de soins palliatifs, contextes préférés pour les patients en fin de vie. Dans ces milieux, l'offre ne répond pas à la demande. Il y a eu des améliorations depuis les années 1980, mais les soins palliatifs demeuraient l'une des dix raisons pour lesquelles les personnes âgées étaient hospitalisées au Canada en 2009-2010⁵⁷.

Les soins palliatifs, par province, 2014

Colombie-Britannique

Le programme de prestations pour soins palliatifs est accessible pour quiconque a besoin, à n'importe quel âge, de soins palliatifs selon l'attestation d'un médecin. Le programme couvre le coût complet des médicaments inscrits, ainsi que les fournitures et le matériel médicaux. (L'oxygène à domicile n'est pas couvert, mais il peut être subventionné par la régie locale de la santé.) « Domicile » s'entend de tout endroit où vit la personne en cause – chez elle, avec des membres de sa famille ou des amis, dans un centre de soins palliatifs ou un centre pour personnes âgées en perte d'autonomie. Les soins palliatifs dans des centres de SLD autorisés ou des hôpitaux sont fournis séparément par ces entités.

Alberta

Le programme de soins palliatifs est accessible aux patients qui ont reçu un diagnostic de fin de vie posé par un médecin ou une infirmière praticienne. La couverture inclut les médicaments d'ordonnance inscrits, qui comportent une

55 Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, *Rapport annuel 2014*, p. 302-303.

56 Association canadienne de soins palliatifs, *Fiche de renseignements*.

57 ICIS, *Les soins de santé au Canada, 2011*, p. 125.

quote-part par ordonnance remplie de 30 % jusqu'à concurrence de 25 \$, et une quote-part cumulative maximale de 1 000 \$, les fournitures pour diabétique jusqu'à 600 \$ par année de prestation, ainsi que les services d'ambulance. Le matériel et les fournitures de perfusion ne sont pas couverts. Les patients des centres de SLD ou des hôpitaux sont couverts séparément par les établissements en cause.

Saskatchewan

Le Programme de médicaments d'urgence en soins palliatifs couvre le coût complet des médicaments d'ordonnance inscrits, que ce soit dans la liste des médicaments assurés de la Saskatchewan ou par l'entremise de l'Agence du cancer de la Saskatchewan. Un médecin doit signer la demande présentée au programme. La couverture des suppléments alimentaires et d'autres fournitures de base varie selon le district sanitaire.

Manitoba

Le Programme d'accès aux médicaments d'urgence en soins palliatifs offre un accès sans franchise à la liste des médicaments assurés par l'entremise de Santé, Vie saine et Aînés Manitoba. Tous les médicaments prescrits sont entièrement couverts une fois qu'une demande en fin de vie, approuvée par un médecin, a été traitée. Les suppléments nutritionnels ne sont pas couverts. Le bureau des soins à domicile de la régie régionale de la santé fournit les fournitures médicales. On peut demander un fauteuil roulant à la Society for Manitobans with Disabilities (SMD). Les produits et services de soins palliatifs fournis dans les hôpitaux ou les centres de SLD sont couverts par les établissements en cause.

Ontario

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) subventionne les soins palliatifs par l'entremise des hôpitaux locaux, des services de soins à domicile fournis par l'intermédiaire des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), des centres de SLD, des centres de soins palliatifs reconnus et d'Action Cancer Ontario. Les services sont couverts par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO). Il faut être référé par un médecin pour bénéficier d'une protection complémentaire pour les médicaments et les fournitures en contexte de soins à domicile. Les personnes en fin de vie ont

droit au Régime de médicaments gratuits de l'Ontario (MGO). Il n'existe pas de programme coordonné de soins palliatifs.

Québec

Les soins palliatifs subventionnés par l'État sont offerts à domicile par l'entremise d'un Centre local de services communautaires (CLSC), dans un hôpital ou un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Les centres de soins palliatifs peuvent recevoir des fonds des régies régionales, mais ils n'ont pas de statut officiel et comptent souvent sur des dons. Les médicaments sont couverts par d'autres régimes existants. Il n'existe pas de programme unique et coordonné de soins palliatifs.

Nouveau-Brunswick

Il n'existe pas de programme unique de soins palliatifs coordonnés. Les services de soins palliatifs diffèrent selon la région, qu'ils soient offerts dans les hôpitaux, les centres de soins de longue durée, à domicile ou dans des maisons de soins palliatifs.

Île-du-Prince-Édouard

Le programme de soins palliatifs coordonne les soins palliatifs pour tous les patients en fin de vie de n'importe quel âge, que ce soit à domicile, dans des hôpitaux ou des foyers de soins. C'est sur référence d'un médecin que les patients entrent dans le programme, qui comprend une liste des médicaments assurés et des fournitures médicales entièrement couvertes.

Nouvelle-Écosse

Le programme d'assurance-médicaments en soins palliatifs à domicile couvre le coût intégral des médicaments inscrits. Pour être admis au programme, il faut présenter un diagnostic d'un médecin ou d'une infirmière praticienne. Chaque régie régionale de la santé compte sur des équipes qui peuvent aider les fournisseurs de soins de santé à prodiguer des soins de fin de vie. La Nouvelle-Écosse a une stratégie provinciale sur les soins palliatifs qui vise à améliorer l'uniformité des services de soins palliatifs, mais les services varient actuellement d'un bout à l'autre de la province.

Terre-Neuve-et-Labrador

La province n'a pas de programme unique et coordonné de soins palliatifs. Selon la région sanitaire, les agences de soins à domicile traitent des personnes chez elles ou dans un contexte clinique communautaire. La couverture inclut le matériel et les fournitures, les besoins en entretien ménager, des soins de relève pour le principal aidant naturel et les médicaments.

Nunavut

Il n'y a pas de programme unique et coordonné de soins palliatifs. Les programmes existants d'assurance-médicaments et de soins à domicile couvrent les médicaments et les fournitures.

Territoires du Nord-Ouest

Il n'y a pas de programme unique et coordonné de soins palliatifs. Les régimes en vigueur d'assurance-médicaments et de soins à domicile couvrent les médicaments et les fournitures.

Yukon

Le programme de soins palliatifs coordonne les soins de fin de vie pour les bénéficiaires. D'autres agences se chargent de couvrir les médicaments et les fournitures.

Source : Le Conference Board du Canada, sites web du gouvernement et entrevues.

Les personnes en fin de vie ont besoin de soins de santé holistiques de qualité, axés sur les patients, qui reconnaissent leurs besoins particuliers et tiennent compte de la capacité de la famille et de la communauté. Le manque d'intégration et de coordination entre les programmes de soins palliatifs que l'on constate dans la majorité des provinces et des territoires du Canada préoccupe sérieusement et a attiré l'attention d'un comité parlementaire en 2011. Le Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion a préconisé une stratégie nationale sur les soins palliatifs et formulé 11 recommandations afin de renforcer la capacité de notre système de santé d'améliorer la qualité et l'intégralité des services dont les patients en fin de vie et leur famille ont besoin. Les progrès réalisés depuis sont minces.

Le gouvernement fédéral est responsable du financement et de la prestation de services de santé auprès de groupes particuliers de personnes âgées.

Mesures du gouvernement fédéral destinées à des groupes particuliers de personnes âgées : anciens combattants, membres des Premières Nations et de la GRC

Le gouvernement fédéral a la responsabilité directe du financement et de la prestation de services de santé auprès de plusieurs groupes particuliers de personnes âgées (voir le tableau 5). Le panier des services qu'il fournit aux 65 ans et plus qui y ont droit se compare aux services mis à la disposition des autres Canadiens âgés. Les services de SLD aux Premières Nations soulèvent toutefois quelques problèmes auxquels il faut accorder une attention immédiate.

Par l'entremise d'Anciens Combattants Canada (ACC), le gouvernement fédéral finance les SLD destinés aux anciens combattants. Ces services sont toutefois basés non seulement sur le besoin, mais aussi sur le revenu⁵⁸. Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (AAC) du ministère fournit des services de soins à domicile aux anciens combattants. Le programme les aide à vivre en santé et de façon autonome dans leur résidence principale. L'admissibilité au programme peut découler d'une décision complexe expliquée en plus de 2 700 mots dans l'examen effectué par l'ombudsman des vétérans en 2013⁵⁹. Les détails sur le service, l'âge, le handicap, le revenu et la résidence sont les critères considérés. Le programme offre des services de santé et d'appui, des services de soins personnels et d'entretien ménager, l'accès à des services de nutrition, des soins de relève⁶⁰ et des services d'entretien de terrain. Il est possible d'avoir accès à ces services même si le système provincial ne les offre pas. Les services de soins dentaires, d'assurance-médicaments et de soins de la vision sont fournis par les Programmes de choix (PDC), qui inclut des services non prévus dans

58 Anciens Combattants Canada, *Soins de longue durée*.

59 Ombudsman des vétérans, *Un examen du soutien accordé par Anciens Combattants Canada*.

60 Ce service paiera la livraison de repas à un client, jusqu'à un maximum par repas, ou paiera le transport du client vers un restaurant local ou un autre établissement. Il ne paie pas le coût des aliments eux-mêmes.

le régime provincial ou couverts en partie seulement par lui⁶¹. AAC offre des soins palliatifs en appuyant l'accès aux centres de SLD ou aux soins à domicile⁶².

Tableau 5

Couverture des services de santé pour les aînés des Premières Nations (PN), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et les anciens combattants (AC).

	SLD ¹	Domicile ¹	Palliatifs ²	Médicaments	Dentaires ³	Vision
PN ⁴	Partiels	Oui	Province	Oui	Oui	Oui
GRC ⁵	Province	Province	Province	Frais	Frais	Frais
AC	Revenu	Revenu	Province ⁶	Oui	Oui	Oui

Définitions

Revenu : Évaluation du revenu

Frais : Frais fixes pour les services et réduction sur demande et à la suite d'une évaluation du besoin. Des moyens de soutien du revenu sont souvent disponibles pour aider à payer ces frais.

Oui : Couverture de personnes admissibles, même si l'admissibilité peut être limitée et la prestation aussi.

Partiel : Couverture universelle, mais partielle pour les personnes âgées.

Province : Aucun financement fédéral

Notes

1 Les coûts des SLD comprennent les frais d'hébergement et les soins à domicile représentent des services ménagers de base. Les personnes inscrites en soins à domicile peuvent aussi recevoir des thérapies prolongées, notamment en physiothérapie et en ergothérapie. La couverture dépend de l'évaluation des besoins du client et de la disponibilité des services, qui varient selon la province.

2 Pendant le dernier mois de la vie. L'avertissement au sujet des soins à domicile s'applique aux soins palliatifs.

3 Actes, produits ou services fournis en dehors des hôpitaux.

4 Le programme des services de santé non assurés (SSNA) couvre certains services à domicile qui ne sont pas fournis par les régimes provinciaux.

5 La couverture en vertu du RSSFP pour la GRC sera frappée d'une quote-part à compter d'avril 2015.

6 Soins palliatifs fournis par AAC dans la mesure où le Ministère fournit de l'aide pour les SLD et les soins à domicile. (Voir texte.)

Source : Le Conference Board du Canada.

Le gouvernement fédéral fournit la plupart des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits, mais il ne donne pas accès aux établissements de SLD qui s'occupent des clients dont les besoins en soins sont les plus lourds. Les provinces ne financent pas non plus les centres de SLD sauf s'ils sont autorisés, ce qui n'est souvent pas le cas pour les niveaux de soins institutionnels moins intensifs disponibles dans les réserves. La restriction imposée par le fédéral au financement

61 Anciens Combattants Canada, *Avantages et services – Programmes de choix (PdC)*.

62 Anciens Combattants Canada, *Soins palliatifs*.

Les membres des Premières Nations doivent déménager en dehors de leur réserve pour avoir accès à des services de soins palliatifs.

de centres supplémentaires de SLD dans les réserves complique la situation⁶³. Pour les personnes qui doivent déménager dans un centre de SLD, les seules options sont souvent les établissements provinciaux loin de leur communauté d'attache⁶⁴. Même si les soins en établissement et le soutien aux soins infirmiers sont subventionnés, il se peut que les ressources disponibles ne suffisent pas pour donner un accès complet à tous ceux qui en ont besoin. Les services de soins à domicile et de soins communautaires fournis par le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits comprennent les soins infirmiers, les soins personnels, le soutien à domicile (par exemple, préparation des repas) et les soins de relève⁶⁵. Or, un rapport du Conseil canadien de la santé de même qu'une évaluation de Santé Canada ont révélé qu'il fallait accroître la capacité du programme au moins à certains endroits⁶⁶. Le Conseil canadien de la santé signale dans son rapport que ce facteur peut avoir tendance à entraîner un besoin de SLD à un âge plus jeune que les autres aînés du Canada. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits n'a pas de financement spécifique pour les soins palliatifs. Le Conseil canadien de la santé a constaté que c'est pourquoi les membres des Premières Nations doivent déménager en dehors de leur réserve pour avoir accès à des services de soins palliatifs. Il se peut qu'ils doivent ensuite attendre de six mois à un an avant d'avoir satisfait à l'exigence relative à la résidence pour obtenir les services, ce qui bloque en réalité l'accès aux services pour les aînés vivant dans les réserves.

Les régimes provinciaux fournissent en général les soins de santé aux membres retraités de la GRC. Ceux qui ont servi six ans ou plus sont toutefois couverts par le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP). Ce régime complémentaire couvre jusqu'à 80 %

63 Conseil canadien de la santé, *Les plus vulnérables au Canada*.

64 Silversides, *Long-Term Care in Canada*.

65 Santé Canada, *Santé des Premières Nations et des Inuits*.

66 Santé Canada et ASPC, *Évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*; Conseil canadien de la santé, *Les plus vulnérables au Canada*.

des frais de médicaments d'ordonnance, des soins infirmiers privés et des lunettes. Le gouvernement fédéral et les retraités paient le coût du régime (75 % par le gouvernement, 25 % par le retraité)⁶⁷.

Outre les principaux groupes décrits ci-dessus, le gouvernement fédéral est aussi chargé des services aux réfugiés et aux détenus des prisons fédérales. Au cours de l'exercice 2011-2012, le Programme fédéral de services de santé provisoires a couvert 128 000 réfugiés⁶⁸, tandis qu'en 2012-2013, quelque 14 470 détenus fédéraux⁶⁹ avaient tous droit aux soins de santé fédéraux.

67 Conseil du Trésor du Canada, *Régime de soins de santé de la fonction publique*.

68 *Gazette du Canada*, vol. 146, n° 9.

69 Statistique Canada, « Services correctionnels pour adultes, comptes moyens des délinquants ».

CHAPITRE 3

Principaux défis touchant la santé des personnes âgées et les services de soins de santé

Résumé du chapitre

- Les principaux défis posés par l'accès dans les secteurs des soins à domicile et des soins de longue durée sont notamment la dichotomie entre l'offre et la demande, le coût ou la perception du coût des services, ainsi que la complexité des processus d'accès et de l'information.
- La démence constitue un enjeu important qui prend de l'ampleur et exacerbe d'autres défis liés aux soins des personnes âgées. Le manque de stratégie coordonnée de lutte contre la démence et de recherche mine la capacité du Canada à adopter une approche fructueuse dans ce domaine.
- Les particuliers et les gouvernements sont mal préparés à faire face aux besoins futurs en soins de longue durée. Même si l'on parle de stratégies, il n'y a rien en place actuellement.
- Le rôle actuellement limité du fédéral dans de nombreux domaines cruciaux des soins aux aînés, qui émane de la législation en vigueur, est à l'origine du manque de cohérence et des inégalités à travers le Canada. Cela peut exacerber les disparités régionales existant déjà sur le plan de la santé.

Dans ce rapport, on a déjà décrit certaines des pressions qui s'exercent sur les programmes de services sociaux et de soins de santé aux personnes âgées au Canada. Il y a toutefois cinq défis clés à étudier attentivement dans un contexte d'amélioration des services de santé et des services sociaux pour les personnes âgées et leur famille, soit :

- le manque d'accès rapide et équitable;
- le défi croissant posé par la démence;
- un financement limité pour répondre aux besoins croissants des personnes âgées dans le domaine de la santé;
- des mécanismes de recours conviviaux limités pour les aînés;
- le rôle actuel du fédéral dans les services de santé et les services sociaux clés pour les personnes âgées.

Si ces problèmes ne sont pas résolus, la capacité du Canada de répondre aux besoins futurs des personnes âgées dans le domaine de la santé sera compromise, ce qui minerait la confiance du public. Nous expliquons ci-dessous chacun de ces défis.

Manque d'accès rapide et équitable

En général, les personnes âgées ont accès à un vaste panier de services couverts par la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) et, comme on l'a signalé plus tôt dans le rapport, elles sont plus susceptibles que les jeunes Canadiens d'avoir un médecin de famille. En 2013, 95 % des personnes âgées (65 ans et plus) avaient un médecin de famille attiré, comparativement à 82 % des non-aînés¹. D'après des statistiques canadiennes plus anciennes, mais plus détaillées, l'accès à un médecin

1 Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 105-0501.

n'est pas uniforme entre les provinces. Il convient de signaler qu'environ 10 % de moins de gens au Québec que la moyenne canadienne ont déclaré avoir accès entre 2003 et 2011².

Il existe des problèmes d'accès aux soins en temps opportun sur tout le continuum des soins. Même s'il y a eu des améliorations au cours des dernières années, les périodes d'attente pour consulter un médecin demeurent longues compte tenu des normes internationales. Cette affirmation vaut aussi dans le cas des soins aux services des urgences et des soins actifs, comme la chirurgie³. Les provinces ont pris diverses mesures pour améliorer l'accès opportun *aux services de soins de santé primaires*. La disponibilité d'équipes de santé au Canada a aidé à améliorer l'accès aux pharmaciens cliniques, aux diététistes, aux autres fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'à certains services spécialisés comme les programmes de santé mentale. L'Ontario a connu du succès avec ses Équipes Santé familiale (ESF) qui, grâce à un accès avancé, ont souvent pu offrir des rendez-vous le jour même pour traiter des problèmes de santé mineurs. L'attente médiane y est ainsi inférieure à une journée⁴. Les ESF ont aussi réussi à élargir l'accès en fin de semaine (42 % des patients ont déclaré que cet accès était probablement ou certainement disponible) et après les heures normales (64 %)⁵. Les programmes de télésanté et, dans certains cas, la communication par courriel avec les fournisseurs de certaines ESF ont ouvert d'autres voies possibles d'accès aux soins au lieu d'avoir à attendre un rendez-vous avec un fournisseur. Les ESF ont pour leur part signalé le succès de nombreux programmes de groupes et visent à promouvoir l'autoprise en charge des maladies chroniques. (Voir « Des programmes de groupe pour la prise en charge des maladies chroniques libèrent du temps que les médecins peuvent consacrer à d'autres

2 Astles et coll., *Paving the Road to Higher Performance*.

3 ICIS, *Les soins de santé au Canada*, 2012.

4 Le Conference Board du Canada, *Final Report: An External Evaluation*.

5 *Ibid.*

personnes inscrites sur les listes d'attente ».) Ils ont souvent mis à contribution les patients dans le cadre du programme, ce que beaucoup ont jugé très fructueux⁶.

Des programmes de groupe pour la prise en charge des maladies chroniques libèrent du temps que les médecins peuvent consacrer à d'autres personnes inscrites sur les listes d'attente

Les programmes de groupe qui visent à aider les patients, souvent âgés, à prendre en charge des maladies chroniques et d'autres problèmes constituent un modèle appliqué avec succès qui peut réduire considérablement les périodes d'attente pour consulter un médecin. Ces programmes peuvent offrir de nombreux avantages, comme des contacts sociaux et l'échange d'information entre pairs. C'est le cas, par exemple, des cours de prévention des chutes, de l'éducation sur le diabète et des séances d'information sur l'ostéoporose. Tous ces services peuvent être fournis par des professionnels de la santé autres que des médecins, ce qui libère du temps que ceux-ci peuvent consacrer à d'autres patients et réduit les temps d'attente. Dans un prolongement innovateur du concept, une Équipe Santé familiale de l'Ontario présente un programme d'exercice destiné aux personnes âgées qu'elle diffuse au moyen d'une webémission publique⁷. Cette innovation offre un avantage supplémentaire aux personnes âgées qui ont des problèmes de transport ou de mobilité.

En ce qui concerne l'accès aux *services de soins actifs*, rien n'indique que les temps d'attente pour des interventions en soins actifs sont plus longs pour les aînés que pour les Canadiens plus jeunes. Le Plan décennal pour consolider les soins de santé annoncé en 2004 par Santé Canada a en fait porté avant tout sur la réduction des temps d'attente

6 *Ibid.*

7 Lalonde, « Family Health Team Participation Day ».

dans le cas d'un groupe choisi d'actes prioritaires⁸. Le Plan s'adressait aux personnes âgées dans la mesure où les actes choisis ont tendance à viser avant tout les Canadiens plus âgés. En 2013, presque tous les patients (97 %) qui avaient besoin de radiothérapie contre le cancer ont été traités en deçà du point de repère. De même, 82 % des patients qui ont eu besoin d'une arthroplastie du genou et 83 % de ceux qui ont eu besoin d'une réparation d'une fracture de la hanche ont aussi été traités en deçà de la cible⁹, même si l'accès en temps opportun varie énormément entre les provinces, les régions et les communautés. Le pourcentage des patients traités en deçà de la cible dans le cas de l'arthroplastie de la hanche et de la chirurgie de la cataracte est un peu moins élevé, soit à 76 % et 81 % respectivement.

L'accès aux *soins à domicile et aux SLD* pose par ailleurs des défis importants. Compte tenu de l'augmentation de la demande de ces services, il ne faut peut-être pas s'étonner que beaucoup de Canadiens, y compris de personnes âgées, aient des besoins non satisfaits en soins à domicile¹⁰ ou attendent pendant trop longtemps un placement dans un établissement approprié de SLD. Le manque d'accès en temps opportun aux services de soins à domicile et de SLD est attribuable à quelques raisons, dont les suivantes :

1. *Déséquilibre de l'offre et de la demande* : Pendant que les tendances démographiques se maintiennent, un pourcentage plus important de Canadiens a besoin de services de soins à domicile et de soins de longue durée. Les provinces et les territoires ont essayé de se débrouiller face à la montée de la demande et à la complexité des besoins des clients. En dépit de leurs efforts, des problèmes persistent. Les hospitalisations dans d'autres niveaux de soins (patients en NAS) constituent un baromètre évident des pressions qui s'exercent dans les secteurs des soins à domicile et des SLD. Le facteur NAS indique dans quelle mesure les patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés

8 Santé Canada, *Réunion des premiers ministres*.

9 ICIS, *Délai de référence pour le traitement et tendances relatives aux temps d'attente*.

10 Turcotte, *Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés*.

attendent leur congé. Comme la plupart des patients qui quittent l'hôpital s'en vont chez eux ou dans un centre de SLD, les retards sur le plan des départs dépendent de la disponibilité de ces milieux et de leur préparation à recevoir le patient¹¹ (voir le tableau 6). Les attentes indues dans les hôpitaux entraînent souvent des complications comme des infections nosocomiales, qui causent des souffrances aux patients, alourdissent le stress imposé à un système déjà limité et pèsent sur les coûts croissants des soins de santé.

Tableau 6

Destination à la sortie des personnes âgées et des autres adultes désignés comme patients d'autres niveaux de soins, Canada, 2009-2010 (%)

	Personnes âgées (65 ans et plus)	Autres adultes (20 à 64 ans)
Domicile (avec services de soutien)	14	17
Domicile (sans services de soutien)	12	23
Décès	12	8
Réadaptation	11	20
Soins de longue durée	47	26
Autre	4	7

Source : ICIS, Les soins de santé au Canada, 2011, 124.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a signalé que le pourcentage des hospitalisations liées aux NAS au Canada est demeuré stable au cours des dernières années, à environ 5 % du total des hospitalisations de 2007 à 2011¹². Ces statistiques ne reflètent toutefois pas la grande variabilité que l'on constate d'un bout à l'autre du Canada, les taux de séjour en NAS étant très élevés dans certaines régions

11 Alliance sur les temps d'attente, *Accès aux soins en temps opportun pour tous les Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral*.

12 ICIS, *Les soins de santé au Canada, 2012*, xiii, p. 34.

(comme on le verra ci-dessous). L'ICIS a aussi signalé que les séjours en NAS étaient plus courants dans les cas de transition vers des soins en établissement que vers des soins à domicile. Seulement un aîné sur six ayant reçu son congé et ayant été soumis à un programme de soins à domicile bénéficiant de services de soutien a passé des jours en NAS. Pour les personnes âgées ayant été dirigées vers des soins en établissement, la période d'attente médiane s'est établie à 26 jours dans les hôpitaux; dans le cas des aînés qui sont repartis chez eux, elle s'est établie à sept jours (voir le tableau 7).

Tableau 7

État à la sortie des personnes âgées ayant obtenu leur congé d'un établissement de soins de courte durée, selon le statut de patient NAS, 2007 à 2011

État à la sortie	Toutes les sorties		Patients ayant obtenu leur congé après avoir connu des jours NAS		Patients ayant obtenu leur congé sans avoir connu des jours NAS	
	n	Pourcentage de tous les patients	n	Pourcentage de tous les patients	n	Pourcentage de tous les patients
Soins de longue durée	486 266	9,7	183 051	53,5	303 215	6,5
À domicile avec services de soutien	639 753	12,8	62 738	18,3	577 015	12,4
À domicile sans services de soutien	3 196 819	64	35 503	10,4	3 161 316	67,9
Décès	308 743	6,2	38 352	11,2	270 391	5,8
Établissement de réadaptation	311 128	6,2	14 518	4,2	296 610	6,4
Autres	55 396	1,1	7 957	2,3	47 439	1,0
Tous	4 998 105	100,0	342 119	100,0	4 655 986	100,0

Source : ICIS, Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs, p. 6.

Le pourcentage des hospitalisations liées aux NAS varie considérablement à travers le Canada. L'Association canadienne de soins et services à domicile a signalé que le pourcentage des hospitalisations liées aux NAS dans certaines provinces varie de 3,5 % au Manitoba à 16,6 % en Ontario. L'analyse et les rapports publics les

L'accès aux services de soins à domicile et de SLD passe par de multiples évaluations et l'aide financière n'est pas simple à obtenir.

plus récents portant sur des données nationales relatives aux jours en NAS présentent de l'information datant de 2007-2008. Étant donné le fardeau sociétal et économique qu'imposent les NAS au Canada, il devrait y avoir des rapports publics, de façon périodique et en temps opportun. Le NHS en Angleterre, lui, signale les jours en NAS rapidement et de façon uniforme une fois par mois dans son rapport sur les transferts en retard¹³. Ce rapport présente des données locales sur le mois précédent et mentionne les agences responsables du retard. De tels rapports favoriseraient les efforts d'amélioration du système et l'obligation de rendre compte des résultats.

Comme l'a suggéré l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) dans son rapport de 2014, l'accès limité aux SLD a des conséquences sur l'accès aux soins spécialisés pour tous les Canadiens¹⁴. L'ATA est d'avis qu'il faut s'attaquer à ce problème important qui prend de l'ampleur, à la fois à l'aide d'une stratégie nationale sur les aînés et d'un plan national de lutte contre la démence plus focalisé.

2. *Coût élevé des services* : Le coût peut aussi constituer une préoccupation qui restreint l'accès aux services. En 2014, un sondage EKOS a révélé que presque le tiers des répondants (32 %) affirmaient ne pas recevoir les soins à domicile dont ils avaient besoin à cause du coût. (Le pourcentage le plus élevé – 64 % des répondants – a été enregistré en Colombie-Britannique.) Cet écart existe en dépit de l'aide financière déjà mise à la disposition des personnes âgées, décrite au tableau 1.
3. *Complexité du système* : L'accès aux services de soins à domicile et de SLD passe par de multiples évaluations effectuées par tout un éventail d'agences et d'organismes et l'aide financière n'est pas simple à obtenir. L'information sur ces services et sur la façon d'y avoir accès est éparpillée et non conviviale pour les personnes âgées ou les membres de leur famille, ce qui limite la possibilité pour les aînés de réussir à profiter de ces services, auxquels ils ont entièrement droit. Les

13 NHS England, *Delayed Transfers of Care Data 2014-15*.

14 Alliance sur les temps d'attente, *Il est temps de refermer l'écart*.

résultats de notre sondage EKOS ont révélé que les personnes âgées plus instruites et ayant un meilleur revenu semblaient plus capables d'obtenir les soins publics dont elles ont besoin. En outre, comme les seuils d'accès à de multiples services différents, la simplification de l'admissibilité améliorerait l'accès.

Il y a de multiples et importants défis à relever sur le plan de l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes âgées. Le virage démographique en cours au Canada continuera d'alourdir les pressions qui s'exercent sur le déséquilibre actuel entre l'offre et la demande, particulièrement dans les secteurs des soins à domicile et des SLD. Pour fonctionner dans ce scénario, il faudra que nos systèmes de santé innovent davantage afin de faire plus avec moins. Il faudra accorder une attention spéciale au coût et à la conception des processus d'accès à ces services afin de s'assurer que les personnes âgées du Canada y ont accès lorsqu'elles en ont besoin, tout en protégeant l'équité entre les générations. L'amélioration de la gestion et de l'innovation découlera de données et de renseignements de grande qualité sur le rendement de ces systèmes. L'obligation de mesurer constamment les résultats à l'aide d'indicateurs sentinelles d'un bout à l'autre du Canada et d'en faire rapport accroîtra la transparence et l'obligation de rendre compte, tout en favorisant l'amélioration et l'innovation.

Défi croissant posé par la démence

La démence est un problème important qui prend de l'ampleur et qui touche les Canadiens ainsi que des millions de personnes dans le monde. D'après le Dr Chris Simpson, président de l'Association médicale canadienne en 2014-2015, il est possible d'établir un lien entre un pourcentage important des jours en NAS au Canada et le problème croissant posé par la démence¹⁵. Étant donné l'ampleur, la complexité et

15 Dr Chris Simpson, « Le Canada a besoin d'une stratégie nationale de lutte contre la démence ».

les répercussions de ce défi, quelques organismes, y compris l'Alliance sur les temps d'attente, préconisent un plan national de lutte contre la démence. Treize pays ont déjà élaboré une stratégie nationale de lutte contre la démence¹⁶.

Incidence et projections

En 2012, l'Organisation mondiale de la Santé a publié une métaétude sur la prévalence de la démence et diffusé des chiffres et des projections sur chaque région en développement du monde¹⁷ (voir le tableau 8).

Tableau 8

Démence dans le monde, 2010 et projections

Région CMM	Population de plus de 60 ans (médiane, 2010)	Prévalence estimative brute (% , 2010)	Nombre de personnes vivant avec la démence (millions)			Augmentations proportionnelles (%)	
			2010	2030p	2050p	2010–30p	2010–50p
Asie	406,55	3,9	15,94	33,04	60,92	107	282
Europe	160,18	6,2	9,95	13,95	18,65	40	87
Les Amériques	120,74	6,5	7,82	14,78	27,08	89	246
Amérique du Nord	63,67	6,9	4,38	7,13	11,01	63	151
Afrique	71,07	2,6	1,86	3,92	8,74	111	370
Monde	758,54	4,7	35,56	65,69	115,4	85	225

p = prévision

CMM : Charge mondiale de morbidité.

Source : OMS, *Dementia*, 18.

Selon la Société Alzheimer, quelque 747 000 Canadiens vivaient avec une démence en 2011, soit 14,9 % des Canadiens de 65 ans et plus¹⁸. En 2031, si rien ne change, ce nombre devrait atteindre 1,4 million. En 2012, les coûts directs (médicaux) et indirects (manque à gagner) combinés de la démence ont totalisé 33 G\$ par année et

16 *Ibid.*

17 OMS, *Dementia*.

18 Société Alzheimer du Canada, *Les chiffres sur la maladie au Canada*.

pourraient atteindre 293 G\$ d'ici à 2040. Dans son rapport de 2010 intitulé *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, la Société Alzheimer estime qu'il y aura 257 811 nouveaux cas de démence par année d'ici à 2038 comparativement à 103 728 en 2008¹⁹. Sur ce total, il y aura quelque 50 % de cas de maladie d'Alzheimer et le reste sera constitué de démences vasculaires ou connexes. Le même rapport présente des estimations de la prévalence de la démence, selon le type de soins et des pressions exercées sur les centres de SLD (voir les tableaux 9 et 10).

Tableau 9

Prévalence des démences par type de soin (65 ans et plus), 2008-2038

Année	Soins de longue durée		Soins de proximité		Aucun soin professionnel	
	Prévalence des démences	Pourcentage des personnes atteintes	Prévalence des démences	Pourcentage des personnes atteintes	Prévalence des démences	Pourcentage des personnes atteintes
2008	183 268	45,4	134 416	33,3	85 938	21,3
2018p	249 268	41,8	221 970	37,3	124 553	20,9
2028p	335 882	39,4	337 682	39,6	178 747	21
2038p	442 682	37,6	503 661	42,7	232 146	19,7

p = prévision

Source : Société Alzheimer, *Raz-de-marée*, 20.19 Société Alzheimer du Canada, *Raz-de-marée*.

Tableau 10

Offre de lits de SLD et nombre de lits occupés par des personnes atteintes de démences (65 ans et plus), 2008-2038

Année	Nombre de lits de SLD	Nombre de lits occupés par des personnes atteintes de démence	Prévalence de la démence qui aurait été traitée en SLD	Excès de la demande de SLD
2008	285 178	183 268	198 659	15 392
2018p	387 880	249 268	296 473	47 204
2028p	522 657	335 882	422 351	86 469
2038p	688 846	442 682	600 142	157 461

p = prévision

Source : Société Alzheimer, *Raz-de-marée*, 20.

Réponse courante au défi

Au Canada, le gouvernement fédéral a annoncé récemment un Plan national de recherche et de prévention concernant la démence²⁰. Dans ce contexte, on a créé un groupe appelé Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV). Le CCNV ne fera pas que se pencher sur la recherche qui pourrait réduire l'incidence de la démence : il appuiera aussi les recherches qui aident à comprendre comment aider les patients vivant avec une démence, leurs êtres chers et le système de santé à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec la maladie²¹.

Un autre groupe du milieu de la recherche au Canada, le Réseau canadien Action Démence (RCAD), reconnaît depuis sa création en 2011 qu'il faut une stratégie nationale de lutte contre la démence. Ce groupe soutient qu'il faut effectuer davantage de recherche fondamentale pour mieux comprendre la démence et, espère-t-il, en réduire l'incidence au Canada. L'un de ses objectifs stratégiques a été

20 Gouvernement du Canada, *Plan national concernant la démence*.

21 Instituts de recherche en santé du Canada, *Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement*.

Même si le gouvernement essaie depuis peu de faire mieux comprendre la démence, certains croient que la recherche en la matière reçoit toujours un financement insuffisant au Canada.

axé sur le besoin immédiat et pressant de mettre au point de meilleures pratiques afin d'améliorer les soins communautaires et de retarder l'institutionnalisation²².

Même si le gouvernement essaie depuis peu de faire mieux comprendre la démence, certains croient que la recherche en la matière reçoit toujours un financement insuffisant au Canada. Le RCAD signale que les États-Unis, le Royaume-Uni et la France ont augmenté récemment de façon spectaculaire l'appui qu'ils apportent à la démence, l'engagement des États-Unis à cet égard atteignant 2 G\$ par année de 2010 à 2014. Pour atteindre le même niveau proportionnellement à la taille de la population, le Canada devrait investir 240 M\$ par année²³. Le gouvernement du Canada a toutefois investi en fait moins du dixième de ce montant, soit 236 M\$ en dix ans, jusqu'en 2014, ce qui représente environ 23,6 \$M par année²⁴.

Possibilités et innovations

En fournissant des moyens d'aide supplémentaires aux patients à domicile, aux fournisseurs de soins primaires ou en milieu d'aide à la vie autonome, on espère que de nombreuses personnes atteintes de démence pourront demeurer autonomes plus longtemps et avoir une meilleure qualité de vie. Plusieurs des initiatives provinciales dignes de mention, portant sur les SLD et les soins à domicile, que nous avons analysées visent en fait à répondre directement aux besoins des patients vivant avec une démence. En voici des exemples :

- En Colombie-Britannique, on souhaite établir des normes d'admission dans des unités de soins spéciaux de centres de SLD. Ces services fournissent le niveau de soins le plus intensif et séparent les bénéficiaires vivant avec une démence, souvent violents, des autres

22 Réseau canadien Action Démence, *Canadian Dementia*.

23 Ibid.

24 Gouvernement du Canada, *Stratégie nationale concernant la démence*.

qui sont plus fonctionnels. On estime actuellement que de 70 à 80 % des clients des centres de SLD en Colombie-Britannique vivent avec une démence.

- Au Manitoba, le programme d'aiguillage First Link offre aux professionnels de la santé un moyen d'établir un lien entre les patients vivant avec une démence et leurs aidants naturels, d'une part, et la Société Alzheimer, de l'autre, pour obtenir de l'information et de l'aide, notamment l'appui de groupes locaux, des services de conseils, des séances d'éducation et d'autres ressources en santé.
- En Ontario, les Équipes Santé familiale de la province ont lancé tout un éventail de programmes pour aider les patients vivant avec une démence, notamment le modèle prometteur de « clinique de mémoire ». (Voir « Les cliniques de mémoire : une innovation du secteur des soins primaires ».) Ces équipes comptent en outre plus d'infirmières ayant reçu la formation nécessaire pour procéder à des évaluations gériatriques et cognitives et pour recommander des traitements, un appui communautaire ou un placement.
- En Nouvelle-Écosse, quelque 400 lits de soins spécialisés sont réservés spécifiquement aux personnes vivant avec une démence modérée à sévère. Le programme Home Again offre toutefois des moyens dont peuvent profiter aussi les patients atteints de démence, comme les distributrices automatisées de médicaments.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, un virage est en cours vers les foyers communautaires de protection, soit les « bungalows de la démence », qui sont de modestes centres d'aide à la vie autonome de 10 à 12 lits. Ils accueillent des patients atteints d'une démence légère qui peuvent quand même aider à administrer le foyer (vaisselle, lessive, etc.), en dépit du risque de fugue. Ces foyers existent depuis 2009-2010 et connaissent un franc succès, s'attirant des commentaires élogieux de la part des familles en cause.

Les cliniques de mémoire : une innovation du secteur des soins primaires

Comme dans le cas d'autres maladies chroniques, une partie importante des soins et des traitements contre la démence pourrait être fournie en contexte de soins primaires si le modèle des soins primaires était prévu pour le faire. En Ontario, par exemple, le modèle des Équipes Santé familiale (ESF) a permis aux professionnels d'innover à de nombreux égards pour répondre aux besoins de leur communauté. Le concept de la clinique de mémoire en est un exemple²⁵. Mise au point par l'ESF du Centre de médecine familiale à Kitchener, la clinique utilise les compétences et les connaissances d'infirmières, de travailleuses sociales, de pharmaciens et de médecins. L'équipe rencontre les patients et les membres de leur famille afin de les évaluer et de créer un plan de soins possibles. Cette intervention vise à poser un diagnostic et à fournir des traitements rapides pouvant aider à retarder l'institutionnalisation et accroître la qualité de vie à la fois pour les patients et pour leurs aidants naturels. Le modèle offre de nombreux avantages, notamment la possibilité d'éviter souvent les longues périodes d'attente pour consulter un spécialiste. Comme il y a moins de clients référés dans l'ensemble, les temps d'attente diminuent pour les patients dont l'état complexe exige des soins plus spécialisés. Ce modèle couronné de succès a été répété dans de multiples équipes interdisciplinaires d'autres ESF et des centres de santé communautaire²⁶.

La démence constitue une maladie dévastatrice et un problème important, qui prend de l'ampleur et qui mérite une attention particulière. En dépit des projections courantes selon lesquelles le nombre de cas augmentera considérablement au cours des 5 à 20 prochaines années, le Canada a pris du temps pour établir un plan d'action coordonné et une stratégie visant à relever le défi avec succès. L'incidence et la prévalence croissantes de la démence imposent un lourd fardeau sociétal et économique au Canada et sont en partie à l'origine d'un changement

25 Lee et coll., « Enhancing Dementia Care ».

26 Collège des médecins de famille de l'Ontario, *The Five Day Education Program to Establish "Memory Clinics" in Family Practices*.

En 2014, le Canada a dépensé quelque 215 G\$ en soins de santé, en hausse de 2,1 % par rapport à l'année précédente et représentant 11 % du PIB.

du type de services institutionnels fournis aux personnes âgées du pays. Même si les provinces réagissent au défi, il faut mettre davantage l'accent sur la recherche et élaborer une stratégie coordonnée pour garantir que tous les patients vivant avec une démence et leur famille auront accès à des soins sécuritaires et appropriés, en temps opportun – qui répondent aux besoins changeants des patients et de leur famille à mesure que la maladie évolue.

Financement limité pour répondre aux besoins croissants des personnes âgées dans le domaine de la santé

En 2014, le Canada a dépensé quelque 215 G\$ en soins de santé²⁷, en hausse de 2,1 % par rapport à l'année précédente et représentant 11 % du produit intérieur brut (PIB). Comparativement à ce qui se passe dans d'autres pays de premier plan de l'OCDE, ce niveau de dépenses est élevé. En 2012, par exemple, le Canada a affiché des dépenses de santé par habitant estimées à 4 602 \$²⁸ (total exprimé en \$ US), comparativement à 3 289 \$ et 3997 \$²⁹ respectivement au Royaume-Uni et en Australie. La récession financière récente est à l'origine de pressions visant à limiter ou réduire le plus possible les dépenses consacrées aux soins de santé.

L'année 2014 a marqué la fin de l'Accord sur la santé d'une durée de dix ans, conclu entre le fédéral, les provinces et les territoires. Dans le cadre de cet accord, le gouvernement fédéral a transféré 41 G\$ de plus aux provinces et aux territoires en dix ans (les augmentations annuelles s'établissant à quelque 6 %) afin d'appuyer l'amélioration et la réforme du système de santé. L'Accord a suscité des critiques mitigées de la part d'un comité sénatorial, qui a affirmé que même s'il a aidé à catalyser certains changements, il n'a pas réussi à réformer le système. Les changements apportés au transfert canadien en matière de santé (TCS),

27 ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé*.

28 OCDE, « Dépenses totales de santé ».

29 Les chiffres les plus récents disponibles pour l'Australie portent sur 2011.

Étant donné la croissance attendue de la demande des services de soins à domicile et de SLD, il est crucial d'y affecter un financement approprié.

qui sont entrés en vigueur en 2014-2015, ont entraîné une affectation en espèces égale par habitant. C'est pourquoi certaines provinces recevront un pourcentage moindre du total du transfert. En outre, l'augmentation des transferts a été fixée à 6 % jusqu'en 2016-2017. Par la suite, l'augmentation du TCS sera d'au moins 3 %. Toute augmentation supérieure à 3 % est liée à une moyenne mobile de trois ans du PIB³⁰.

Les dépenses de santé représentent un pourcentage important et croissant des dépenses des provinces (environ 30 à 40 % selon la province). Le ralentissement de la croissance des transferts a déjà poussé certaines provinces à essayer de trouver des moyens de contrôler le montant de leurs dépenses consacrées à la santé. La réduction du financement fédéral ne constitue toutefois pas la seule pression qui s'exerce sur les provinces. L'augmentation de la population et l'inflation ont propulsé les dépenses d'un pourcentage combiné de 2,8 % en 2014, tandis que le vieillissement de la population les a fait grimper de 0,9 % de plus³¹. L'augmentation de la population des personnes âgées n'est bien entendu pas équivalente entre les provinces, ce qui signifie que la demande de services de santé chez les aînés n'est pas égale. Des analystes ont souligné que les changements apportés au TCS ne tenaient pas compte de cette situation et que par conséquent, ils alourdiraient davantage les pressions exercées sur certaines provinces³².

Étant donné la croissance attendue de la demande des services de soins à domicile et de SLD, il est crucial d'y affecter un financement approprié. Nous abordons ci-dessous les principaux problèmes de financement dans ces deux secteurs des soins de santé.

Financement des services de soins à domicile

L'augmentation du financement n'a pas suivi celle de la demande de soins à domicile des dernières années. L'Association canadienne de soins et services à domicile a déclaré que le nombre de personnes

30 Ministère des Finances du Canada, *Transfert canadien en matière de santé*.

31 ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé*.

32 Di Matteo, « Canada Health Transfer Changes ».

ayant reçu des soins à domicile a augmenté de 55 % de 2008 à 2011. Cette augmentation est attribuable en partie au désir et à la capacité des services de soins à domicile de gérer la nature de plus en plus complexe des besoins des patients en matière de soins de santé. Il est évident qu'il en coûte plus cher pour répondre à ces besoins plus complexes parce qu'il faut plus de personnel formé et plus d'équipement. Même si les dépenses en soins à domicile ont augmenté, cette augmentation ne correspond pas à celle de la demande observée dans ce secteur. Comme le montre le tableau 11, les soins à domicile ont reçu de 1,6 à 6,4 % du total des dépenses publiques au cours des dernières années, en dépit de l'augmentation massive de la demande visant ces services.

Tableau 11
Dépenses publiques en soins à domicile

		2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012
C.-B.	Nombre de bénéficiaires	81 452	84 795	85 051	86 389	83 480	N/A	N/A
	Dépenses publiques (millions \$)	559	610	648	679	699	721	754
	Pourcentage du total	4,6	4,8	4,6	4,6	4,6	4,5	4,5
Alb.	Nombre de bénéficiaires	—	—	—	—	—	100 277	104 704
	Dépenses publiques (millions \$)	269	284	308	362	383	402	—
	Pourcentage du total	2,6	2,3	2,5	2,6	2,6	2,4	—
Man.	Nombre de bénéficiaires	37 227	39 067	38 895	39 585	38 679	39 125	—
	Dépenses publiques (millions \$)	228	239	254	262	274	290	—
	Pourcentage du total	6,2	6,1	6,2	5,9	5,7	5,8	—
Ont.	Nombre de bénéficiaires	—	—	572 950	586 423	603 535	616 952	—
	Dépenses publiques (millions \$)	1445	1576	1 670	1 767	1 882	1 988	2 112
	Pourcentage du total	4,5	4,6	4,4	4,3	4,3	4,4	4,5
Qc	Nombre de bénéficiaires	—	—	307 785	320 557	321 001	323 176	330 992
	Dépenses publiques (millions \$)	903	996	1 156	1 283	1 358	1 407	—
	Pourcentage du total	4,6	4,8	5,3	5,5	5,4	5,4	—

(à suivre...)

Tableau 11 (suite)

Dépenses publiques en soins à domicile

		2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012
T.N.-O.	Nombre de bénéficiaires	—	—	43 971	43 487	43 287	48 468	48 952
	Dépenses publiques (millions \$)	132	143	157	171	179	187	—
	Pourcentage du total	6,2	6,1	6,4	6,5	6,4	6,4	—
N.-B.	Nombre de bénéficiaires	—	20 392	21 112	21 492	22 697	24 262	24 144
	Dépenses publiques (millions \$)	132	152	166	178	183	196	194
	Pourcentage du total	5,1	5,2	5,3	5,4	5,4	5,0	5,2
N.-É.	Nombre de bénéficiaires	—	—	—	—	—	2 097 ¹	—
	Dépenses publiques (millions \$)	9	8,1	8,6	9,1	11,2	13	14,1
	Pourcentage du total	2,4	2,1	2,0	2,0	2,2	2,3	2,4
Î.-P.-É.	Nombre de bénéficiaires	—	4 397	4 514	4 721	5 460	6 581	7 374
	Dépenses publiques (millions \$)	68	73	79	88	107	136	155
	Pourcentage du total	4,3	4,3	4,3	4,4	4,9	5,6	6,0
T.-N.-L.	Nombre de bénéficiaires	—	1 212	1 361	1 276	1 512	1 681	1 443
	Dépenses publiques (millions \$)	7	7,2	7,4	7,5	7,7	7,8	—
	Pourcentage du total	3,1	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	—
Nt	Nombre de bénéficiaires	826	989	906	946	953	—	—
	Dépenses publiques (millions \$)	3,3	4	4,2	5,3	5,3	4,6	—
	Pourcentage du total	1,5	1,8	1,7	1,9	1,8	1,6	—
Yn	Nombre de bénéficiaires	—	675	651	709	699	852	1032
	Dépenses publiques (millions \$)	3,2	3,7	3,5	3,8	4,3	4,5	5,4
	Pourcentage du total	2,6	2,6	2,4	2,4	2,3	2,2	2,6

1 En mars 2011

Source : Association canadienne de soins et services à domicile, *Portrait des soins à domicile au Canada 2013*.

Compte tenu de ce scénario, il n'est pas étonnant que beaucoup de Canadiens, y compris les personnes âgées, aient des besoins en soins à domicile qui ne sont pas comblés. Dans un rapport de 2012, Statistique Canada a montré que quelque 461 000 adultes canadiens avaient besoin d'aide, mais ne recevaient aucun soin, et que 331 000 autres

avaient reçu une partie, mais non la totalité de l'aide dont ils croyaient avoir besoin³³. Le rapport a aussi révélé que les personnes dont les besoins en soins à domicile sont non comblés, en partie ou en totalité, ressentent davantage de solitude et de stress et avaient davantage de problèmes de sommeil. Il faut revoir les formules d'affectation du financement dans ce secteur afin de s'assurer qu'il y a suffisamment de ressources disponibles non seulement pour faire face à la demande, mais aussi pour contribuer à l'amélioration générale du système.

Financement et épargne préalable pour répondre de façon adéquate aux besoins en SLD au Canada

Les coûts des SLD au Canada sont couverts par les contributions publiques (subventions et régimes gouvernementaux) et privées (frais payés par les bénéficiaires). Un financement adéquat permet aux centres de SLD de disposer des ressources nécessaires pour attirer du personnel qualifié et mettre en œuvre des innovations de façon à mieux répondre aux besoins des clients. Comme le montre toutefois le tableau 12, toutes les provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, affichent un déficit net dans leur secteur des SLD. C'est pourquoi il faut revoir les formules de financement.

Ces déficits mettent en évidence l'importance des contributions tant publiques que privées à la viabilité du secteur. Les payeurs publics ou privés semblent toutefois ne pas être prêts à faire face aux engagements futurs en matière de soins de longue durée.

Tableau 12

Établissements de SLD, lits, bénéficiaires, coût total et revenu net, par province, 2012

	Établissements	Lits	Bénéficiaires	Coût total (\$)	Revenu net (1 \$)
C.-B.	230	22 028	21 135	1 406 142 728	-246 582 703
Alb.	112	16 188	15 671	952 659 154	-42 617 328
Sask.	122	7 542	7 189	701 234 447	-119 086 527

(à suivre...)

33 Turcotte, *Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés*.

Tableau 12 (suite)

Établissements de SLD, lits, bénéficiaires, coût total et revenu net, par province, 2012

	Établissements	Lits	Bénéficiaires	Coût total (\$)	Revenu net (1 \$)
Man.	77	9 329	9 185	639 583 776	-55 816 192
Ont.	612	78 396	76 008	5 018 219 761	-111 145 529
Qc	—	—	—	—	—
N.-B.	77	4 418	4 261	326 873 835	-2 059 112
Î.-P.-É.	15	1 237	1 134	82 317 552	-20 309 703
N.-É.	73	6 188	6 001	436 288 878	6 072 754
T.-N.-L.	39	3 103	2 751	194 859 785	-8 509 543
TE ²	7	270	255	29 789 542	-11 864 774

1 Le revenu net inclut le financement reçu des ministères provinciaux et des municipalités, les paiements des bénéficiaires et autres revenus divers.

2 TE = Territoires. L'information obtenue de Statistique Canada n'était pas disponible pour chaque territoire en particulier.

Sources : Le Conference Board du Canada; Statistique Canada.

Environ la moitié des Canadiens ont envisagé, dans la planification de leur avenir, un milieu de vie comportant des services de soutien ou de soins de longue durée³⁴. Si le système actuel ne change pas, le financement pour les soins de longue durée au Canada sera insuffisant au cours des prochains 35 ans. Dans un récent rapport, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes affirme qu'en chiffres conservateurs, la prestation de soins de longue durée au cours des 35 prochaines années coûtera presque 1,2 T\$ courants, mais les niveaux actuels du financement de programme et du financement public n'en couvriront environ que la moitié (quelque 595 G\$). Il s'ensuit que les Canadiens ont un passif non capitalisé de 590 G\$ pour les centres de soins de longue durée, ce qui équivaut à environ 95 % du total des régimes enregistrés d'épargne individuels (REER) qui existent actuellement au Canada. Les Canadiens en général ne comprennent pas que le soutien aux SLD est limité au Canada et souvent lié au revenu, ce qui alourdit le défi. Les pouvoirs publics doivent donc donner davantage d'explications sur le financement des SLD au Canada.

34 ICIS, *Résultats du Canada*.

Le régime enregistré d'épargne SLD, l'assurance pour soins de longue durée et un régime d'épargne libre d'impôt pourraient inciter les Canadiens à économiser pour leurs services de SLD.

Il faut aussi comprendre les raisons de l'insuffisance de l'épargne-retraite et offrir à la population et aux employeurs des incitations pour faire mieux à cet égard. L'insuffisance de l'épargne est attribuable aux facteurs suivants, notamment :

- vie plus longue;
- faible couverture des pensions d'employeurs (66 % des travailleurs de l'Ontario n'ont pas de régime de retraite);
- faiblesse de l'épargne personnelle et endettement élevé des ménages au cours des dernières années.

Quelques options visant à inciter les Canadiens à économiser pour obtenir des services de SLD ont été proposées et sont à l'étude dans chaque province, notamment les suivantes.

- **Un régime enregistré d'épargne SLD** auquel les Canadiens pourraient cotiser chaque année afin d'épargner en prévision des coûts des soins de longue durée. Ces régimes seraient structurés de la même façon que les régimes enregistrés d'épargne-étude (REEE), dans le cadre desquels les paiements effectués par les Canadiens bénéficient de l'appui de contributions du gouvernement du Canada. Comparativement à d'autres moyens d'épargner, cette option offre certains avantages. Le revenu généré par ce type de véhicule d'épargne n'est pas imposé tant qu'il n'est pas retiré. Lorsque l'argent est éventuellement retiré, il est en général imposé à un taux inférieur à celui auquel il le serait autrement. Enfin, comme le gouvernement verse des contributions qui ont effet de levier sur les cotisations individuelles, le régime est attrayant même pour les personnes à revenu modeste, qui ont relativement peu à gagner sous forme de report d'impôt.
- **L'assurance pour soins de longue durée** est subventionnée par les gouvernements (modèle américain). L'assurance pour soins de longue durée est un type d'assurance complémentaire payable lorsqu'une personne est atteinte par une maladie invalidante, grave ou chronique. Cette assurance se présente en général sous deux formes. La première consiste à rembourser les titulaires des paiements effectués à mesure que les services sont reçus, jusqu'à un plafond établi à l'avance. L'autre

est le régime de style revenu qui verse une mensualité à l'assuré. La personne en cause commence habituellement à toucher ce revenu lorsqu'elle ne peut plus effectuer deux activités quotidiennes normales ou plus (p. ex., se laver et s'habiller). Les paiements entrent aussi en vigueur si la personne a besoin d'une surveillance quotidienne à cause d'un déficit cognitif.

- **Un régime d'épargne libre d'impôt ressemblant à un Régime de pensions du Canada bonifié.** L'un des désavantages de cette option, c'est que les ménages à faible revenu qui ont le plus besoin d'épargne supplémentaire ont une incitation à ne pas économiser à cause de l'effet que cela aurait sur leur supplément de revenu garanti (SRG)³⁵.

La préparation insuffisante pour faire face aux engagements à venir sur le plan des SLD pose un défi important et complexe. Des stratégies visant améliorer cet état de préparation sont à l'étude dans certaines provinces, mais aucune politique ni stratégie n'a encore été adoptée. Ces politiques devraient encourager de nouveaux véhicules facultatifs d'épargne personnelle ciblant les coûts futurs des SLD pour la personne et sa famille, ou devraient forcer davantage l'épargne par des mécanismes automatiques (comme la fiscalité), ou encore les deux.

Mécanismes de recours conviviaux limités pour les aînés

Les soins médiocres sont une cause de détresse pour les personnes âgées et leurs êtres chers. Dans les cas de violence, il existe des ressources bien établies de prévention et de déclaration³⁶. Mais il faudrait pouvoir recourir à des moyens clairs et transparents pour répondre aux plaintes portant sur la qualité des services. Dans la plupart des provinces, le processus d'étude des plaintes comporte trois niveaux différents. Tout d'abord, on peut communiquer avec la direction d'un fournisseur de services de soins. Dans certaines provinces au moins,

35 Dodge et Dion, *Macroeconomic Aspects*.

36 Gouvernement du Canada, *Ressources des provinces et des territoires*.

les normes appliquées aux fournisseurs de services les obligent à prévoir un mécanisme de règlement des plaintes. Si la question n'est pas réglée, il est alors possible d'en saisir une entité gouvernementale ou un ministère (parfois un ordre) responsable du secteur. Enfin, on peut saisir un ombudsman provincial de la plainte si elle n'a pas été réglée à la satisfaction de toutes les parties.

Quelques provinces seulement ont adopté un modèle dans le cadre duquel un représentant des personnes âgées est chargé de toutes les plaintes ayant trait aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes âgées. Ce modèle axé sur les clients représente un pas dans la bonne direction pour simplifier le processus de recours pour les personnes âgées.

Le Tableau 13 donne un aperçu des mécanismes existants au Canada.

Tableau 13
Mécanismes de recours, par province

Province	Description
C.-B. ¹	<p>Il existe un processus en trois temps défini par la loi qui aboutit au Conseil d'examen de la qualité des soins aux patients. Le Conseil est une entité du gouvernement provincial.</p> <p>Les plaintes non réglées peuvent être soumises au bureau de l'ombudsman.</p> <p>Un représentant des personnes âgées, indépendant du système de santé, vient tout juste d'être nommé. Le public aura accès à cette personne par téléphone et courriel et cette dernière formulera périodiquement des recommandations au gouvernement.</p>
Alb. ²	<p>Dans le premier cas, une plainte peut être adressée au bureau gouvernemental compétent : on peut notamment passer par la ligne des plaintes en matière de logement du ministère de la Santé ou par le Bureau des relations avec les patients de Services de santé Alberta. Les appels peuvent être soumis au bureau de l'ombudsman.</p> <p>L'Alberta a créé un poste de représentant des personnes âgées en juillet 2014. Cette personne peut aider les aînés à s'y retrouver dans le continuum des soins et répondre à toutes leurs plaintes ou les réacheminer à l'entité compétente.</p>
Sask. ³	<p>Le Programme des foyers de soins personnels du gouvernement de la Saskatchewan est une entité d'autorisation et de réglementation qui établit des normes, surveille le fonctionnement des foyers de soins, enquête sur les plaintes et prend les mesures nécessaires pour s'assurer qu'il y a conformité.</p> <p>Les appels peuvent être adressés au bureau de l'ombudsman.</p>

(à suivre...)

Tableau 13 (suite)

Mécanismes de recours, par province

Province	Description
Man. ⁴	La Régie des appels en santé du Manitoba donne à la population du Manitoba accès à un processus d'appel indépendant en cas d'insatisfaction à l'égard d'un aspect financier ou opérationnel de leurs soins de santé. Une personne peut, par exemple, en appeler d'une décision sur l'admissibilité à une place en soins de longue durée ou à des soins à domicile. L'Office de protection des personnes recevant des soins (OPPS) de Santé, Vie saine et Aînés Manitoba, applique la <i>Loi sur la protection des personnes recevant des soins</i> qui traite des problèmes de violence pendant qu'on reçoit des soins dans les foyers de soins personnels, des hôpitaux ou tout autre établissement de santé désigné.
Ont. ⁵	Il est possible de transmettre au gouvernement les plaintes sur les foyers de soins de longue durée en lui écrivant ou en passant par la ligne d'intervention sur les soins de longue durée. Les plaintes sont transmises aux inspecteurs du Ministère qui enquêtent ou inspectent, le cas échéant, pour s'assurer que les foyers de SLD sont conformes à la loi. Contrairement à d'autres provinces, l'ombudsman de l'Ontario n'a pas compétence sur les foyers de SLD. L'Ontario prévoit toutefois nommer un ombudsman spécifiquement pour les patients. Le titulaire du poste se penchera sur les plaintes non réglées provenant de patients d'hôpitaux, de bénéficiaires de foyers de SLD et des clients des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC). On craint toutefois que le poste ne soit pas celui d'un dirigeant indépendant de l'Assemblée législative.
Qc ⁶	Les plaintes peuvent être adressées au commissaire régional chargé de la qualité du service et des plaintes. Il est également possible d'en appeler auprès de l'ombudsman de la Santé et des Services sociaux.
N.-B. ⁷	Le Bureau de l'ombudsman a le pouvoir d'enquêter sur les établissements de soins de longue durée. Les foyers de soins sont autorisés en vertu de la <i>Loi sur les foyers de soins</i> . Les autres foyers le sont en vertu de la <i>Loi sur les services à la famille</i> .
N.-É. ⁸	Le Bureau de l'ombudsman est doté d'un personnel affecté aux dossiers des personnes âgées. Le ministère des Aînés peut aider à traiter les plaintes. Les régies sanitaires des districts ont des processus d'appel pour des questions comme les niveaux de soins et l'évaluation des frais.
Î.-P.-É. ⁹	Les plaignants peuvent remplir le formulaire de plainte du gouvernement ou déposer leur plainte en ligne. Un conseil créé en vertu du <i>Community Care Facilities and Nursing Homes Act</i> surveille les établissements résidentiels en procédant à des inspections annuelles. Le conseil a le pouvoir de révoquer les permis des établissements. Il n'y a actuellement pas d'ombudsman.
T.-N.-L. ¹⁰	Les plaintes sur un centre de soins de longue durée peuvent être adressées à la régie sanitaire intégrée.

Sources :

1 Patient Care Quality Review Boards, *Make a Complaint*.

2 Santé Alberta, *Resolving Concerns Within Alberta's Health System*.

3 Gouvernement de la Saskatchewan, *Personal Care Homes*.

4 Gouvernement du Manitoba, *Protection des personnes recevant des soins; Conseil d'appel en matière de santé*.

5 Ministère de la Santé de l'Ontario et des Soins de longue durée, *Processus de plainte contre un foyer de soins de longue durée*.

6 Gouvernement du Québec, *Satisfaction et plaintes portant sur le service*.

7 Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Le gouvernement provincial élargira le mandat de l'ombudsman*.

8 Bureau de l'ombudsman de la Nouvelle-Écosse, *Seniors Service*.

9 Gouvernement de l'Î.-P.-É., Santé Î.-P.-É., *Compliments and Complaints*.

10 Seniors Resource Centre, *Looking Beyond the Hurt*, Appendix 2. « Making an Official Referral/Report in Newfoundland and Labrador ».

Il existe à l'étranger des pratiques dont le Canada pourrait s'inspirer.

- Le Danemark offre le modèle le plus simple de recours aux bénéficiaires de services de santé publics. L'Agence nationale des droits et des plaintes des patients constitue un guichet unique où déposer toutes les plaintes. Les patients peuvent dialoguer avec le fournisseur et décider ensuite s'il faut déposer la plainte devant cette agence publique³⁷.
- En Suède, des incitations financières encouragent l'application de normes de soins plus rigoureuses. Le rendement déterminé par les paramètres de qualité sur le plan de la sécurité des patients et des soins est lié à des transferts financiers aux municipalités. Les ombudsmen parlementaires s'occupent en outre du traitement injuste par une autorité administrative et les patients peuvent aussi déposer une plainte auprès d'un comité consultatif de patients du gouvernement central³⁸.
- Au Royaume-Uni, la Commission de la qualité des soins (CQC), organisme indépendant de réglementation de la santé et des services sociaux aux adultes, est chargée d'assurer la sécurité et la qualité des SLD. La CQC est une entité publique non ministérielle de direction qui fait partie du ministère de la Santé. Les inspections de la CQC appliquent des exigences minimales en matière de qualité. L'Institut national de la santé et d'excellence clinique (NICE) est aussi chargé d'élaborer des normes de qualité. Les plaintes relatives aux services du NHS peuvent être soumises à des groupes cliniques (organisations administratives qui incluent tous les omnipraticiens locaux) au premier niveau et, si les intéressés ne sont pas satisfaits, à l'ombudsman parlementaire des services de santé. Les personnes jugées inadmissibles aux soins de santé continus du NHS, qui finance entièrement les frais des soins infirmiers et des soins à domicile, peuvent en appeler grâce à un mécanisme en deux temps : un examen local par

37 OCDE, *OECD Reviews of Health Care Quality*.

38 OCDE, *Sweden: Highlights From: A Good Life in Old Age?*; Bureaux du gouvernement de la Suède, *Health and Medical Care*; le Fonds du Commonwealth, *International Profiles of Health Care Systems*, 2013.

le groupe clinique et un groupe indépendant. Si l'issue n'est toujours pas satisfaisante, il est possible de soumettre le cas à l'ombudsman des services de santé³⁹.

Rôle actuel du fédéral dans les services de santé et les services sociaux clés pour les personnes âgées

Le gouvernement fédéral définit des lignes directrices générales sur les services de soins de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Il transfère aux provinces et aux territoires des fonds pour contribuer au financement de ces services par l'intermédiaire du transfert canadien en matière de santé. Ce sont là les deux principaux moyens par lesquels le gouvernement fédéral agit sur la prestation des soins de santé, y compris les soins de santé pour les personnes âgées. Il importe toutefois de signaler que les soins à domicile et les SLD (qui jouent un rôle essentiel dans le maintien et le rétablissement de la santé des personnes âgées, leur autonomie et leur qualité de vie) sont considérés comme des services de santé complémentaires et ne sont donc pas régis par la LCS. Ces éléments du continuum des soins sont actuellement régis par la législation des gouvernements provinciaux et territoriaux et relèvent de leur compétence.

C'est pourquoi il y a souvent un manque de cohérence entre les administrations sur les plans de la terminologie utilisée pour décrire les différents services et établissements de même que leur mode de gouvernance ou de propriété⁴⁰. La commission Romanow a recommandé d'établir un transfert au titre des soins à domicile afin de fournir une partie des services de soins à domicile et des services de soutien continu aux aidants naturels en vertu d'une LCS élargie⁴¹.

39 NHS Choices, *Making a Complaint*; OCDE, *United Kingdom: Highlights From: A Good Life in Old Age?*; Jones, « Continuing Healthcare ».

40 Santé Canada, *Système de soins de santé*.

41 *Ibid.*

Le gouvernement fédéral contribue à réduire la pauvreté chez les aînés avec le Régime de pensions du Canada et la Sécurité de la vieillesse.

Un comité permanent a repris ces propos dans un rapport de 2002⁴². Comme on n'a pas donné suite à ces recommandations, le rôle principal de Santé Canada dans les enjeux liés aux SLD, aux soins à domicile et aux soins communautaires est plus limité qu'il le serait autrement. De fait, il consiste principalement à effectuer des recherches et à analyser des politiques dans ce domaine.

Outre ses responsabilités dans le domaine des soins de santé au Canada, le gouvernement fédéral joue aussi un rôle appréciable face à certains déterminants clés de la santé. Il contribue à réduire la pauvreté chez les aînés, par exemple, avec le Régime de pensions du Canada et la Sécurité de la vieillesse. Ces transferts gouvernementaux sont importants parce qu'ils réduisent l'inégalité des revenus⁴³. Même si la richesse est répartie plus également au Canada qu'aux États-Unis, l'inégalité des revenus et la pauvreté des personnes âgées⁴⁴ ont augmenté au Canada depuis 20 ans. Le revenu personnel assuré par ces transferts publics améliore la capacité des personnes âgées de payer des services de soins à domicile, de SLD, ou d'autres services personnels ou de santé lorsqu'ils en ont besoin pour retrouver la forme, garder leur autonomie ou améliorer leur mieux-être et leur qualité de vie.

L'assurance-médicaments est un domaine particulier où l'on préconise depuis longtemps une intervention plus importante du fédéral et une stratégie nationale. Comme on l'a signalé dans l'introduction du présent rapport, les personnes âgées prennent plus de médicaments d'ordonnance que tout autre groupe d'âge et risquent davantage de subir des effets secondaires indésirables attribuables aux interactions médicamenteuses néfastes⁴⁵. La LCS garantit que chacun ait accès aux médicaments fournis en contexte de soins actifs, mais elle ne couvre pas d'autres éléments du continuum de la santé. Le système actuel, qui laisse aux provinces et aux compagnies d'assurances privées la

42 Kirby, *La santé des Canadiens*.

43 Le Conference Board du Canada. *How Canada Performs: Income Inequality*.

44 Association médicale canadienne, *Les soins de santé au Canada*.

45 ICIS, *Les personnes âgées et l'utilisation des médicaments prescrits*.

Le manque d'uniformité entre les administrations quant aux soins à domicile, aux SLD, aux soins palliatifs et à l'assurance-médicaments est à l'origine d'inégalités en matière de santé au Canada.

liberté d'administrer leur propre programme, a produit une couverture disparate à travers le Canada. D'après un récent rapport sur le caractère convenable des régimes publics d'assurance-médicaments basés sur le revenu pour une population canadienne qui vieillit, ces programmes ont un effet négatif sur les personnes âgées. Les provinces se tournent vers de tels systèmes, mais elles créent un autre obstacle à l'accès qui, selon les données probantes, réduira l'observance des protocoles de traitement chez les personnes âgées⁴⁶. Cela a, bien entendu, un effet négatif sur l'évolution de l'état de santé et les besoins futurs encore plus importants en soins de santé. Le D^r Eric Hoskins, ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, préconise notamment un programme national d'assurance-médicaments. Dans un article paru récemment dans le *Globe and Mail*⁴⁷, il signale que le Canada est le seul pays à avoir une assurance-maladie universelle, mais à n'avoir aucune politique nationale sur l'assurance-médicaments. Il ajoute qu'une politique nationale devrait accroître la couverture pour rendre l'accès plus équitable et qu'une coordination nationale pourrait économiser des milliards de dollars grâce à l'achat de médicaments en vrac seulement. Ces dépenses évitées s'ajouteraient aux avantages qu'offre, sur le plan de la santé et des coûts, une amélioration de l'observance des traitements mentionnés ci-dessus.

Le manque d'uniformité entre les administrations quant aux soins à domicile, aux SLD, aux soins palliatifs et à l'assurance-médicaments est à l'origine d'inégalités en matière de santé au Canada. Comme on le signale dans le présent rapport et dans beaucoup d'autres, y compris celui de la commission Romanow, il existe des différences en ce qui a trait au type de soins offerts, à l'intensité des services disponibles et au montant que les particuliers doivent payer à travers le Canada⁴⁸. Ces incohérences peuvent être en partie à l'origine des disparités en santé qui existent au Canada. Les recherches ont démontré que la population de la Colombie-Britannique vit en moyenne dix ans de plus que celle

46 Morgan, Daw et Law, « Are Income-Based Public Drug Benefit Programs ».

47 Hoskins, « Why Canada Needs a National Pharmacare Program ».

48 Romanow, *Bâtir sur nos valeurs*.

du Nunavut et que le taux de mortalité attribuable au diabète à Terre-Neuve-et-Labrador dépasse de 250 % celui de l'Île-du-Prince-Édouard. Ces différences sont très importantes et inacceptables dans un pays comme le Canada. Étant donné les différences démographiques entre les provinces et les territoires canadiens, les pressions qui s'exerceront sur les services de santé aux aînés seront inégales d'un océan à l'autre, ce qui pourra exacerber les disparités qui existent déjà sur le plan de la santé. En jouant un plus grand rôle dans les soins de santé au Canada, le fédéral pourrait être un catalyseur puissant pour réduire certaines disparités.

Un domaine où l'intervention du fédéral a porté fruit est celui de la lutte contre les temps d'attente. Le gouvernement fédéral a fourni des fonds pour réduire les temps d'attente dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2004, a nommé un conseiller fédéral sur les temps d'attente et a aidé les provinces à commencer à établir des points de repère sur les temps d'attente⁴⁹. Dans un rapport dévoilé en 2012, un comité du Sénat signale que l'on pourrait exploiter ces réussites à la fois actualisant les points de repère existants et en y en greffant d'autres⁵⁰. Les soins à domicile, les soins en fin de vie et les soins continus sont des domaines ciblés par le comité, sur lesquels le gouvernement fédéral devrait travailler en collaboration avec d'autres intervenants pour créer des indicateurs visant à mesurer la qualité et l'uniformité des services partout au pays. D'après l'Alliance sur les temps d'attente (ATA), une intervention dans ces domaines réduirait considérablement les temps d'attente dans d'autres secteurs du système de santé⁵¹. De plus, une des huit recommandations que l'ATA soumet au gouvernement fédéral porte sur l'élaboration d'une stratégie nationale sur les personnes âgées et d'une stratégie

49 Alliance sur les temps d'attente, *L'accès aux soins en temps opportun pour tous les Canadiens*.

50 Ogilvie, *Un changement transformateur s'impose*.

51 Alliance sur les temps d'attente, *L'accès aux soins en temps opportun pour tous les Canadiens*.

Le rôle actuel du gouvernement fédéral est très limité dans des domaines en pleine expansion qui sont cruciaux pour les personnes âgées.

nationale de lutte contre la démence. Ces aspects font partie du rôle du gouvernement fédéral qui consiste à fournir un leadership stratégique par ses recherches et l'analyse de politiques.

En résumé, le rôle actuel du gouvernement fédéral est très limité dans des domaines en pleine expansion qui sont cruciaux pour les personnes âgées, soit les soins à domicile, les SLD, l'assurance-médicaments et les soins palliatifs. Il en découle des incohérences et des inégalités à travers le pays. À mesure que les tendances démographiques évoluent au Canada, il devient plus crucial pour le gouvernement fédéral d'intervenir dans le financement et la définition de lignes directrices afin de préciser les services essentiels et de normaliser un panier de services offerts aux Canadiens, peu importe où ils vivent.

CHAPITRE 4

Approches émergentes au Canada et ailleurs

Résumé du chapitre

- Plusieurs des solutions innovatrices à la multitude des défis qui se posent en matière de soins aux aînés visent avant tout à aider ceux-ci à vivre de façon autonome le plus longtemps possible pour ainsi réduire aussi les besoins et les coûts en soins de santé.
- Une stratégie nationale s'impose afin de mettre davantage l'accent sur la création et l'adoption d'innovations portant sur la prévention, l'intégration des soins et les environnements conviviaux pour les personnes âgées.

Tout au long du rapport, nous avons donné des exemples d'innovations prometteuses dans le contexte des soins de santé aux personnes âgées au Canada. La plupart des efforts visent à garder les patients âgés hors des coûteux établissements de soins actifs. Chaque province espère améliorer son système de soins à domicile et le panier des services offerts par le secteur. Même si de nouveaux fonds ne seront probablement pas disponibles pour toutes les mesures nouvelles, on envisage de réaffecter des ressources existantes. Plusieurs provinces ont notamment créé des services d'intervention rapide dont voici quelques exemples.

- L'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario a créé son équipe d'infirmières et infirmiers d'intervention rapide, qui communiquent avec les patients le jour même de leur départ de l'hôpital afin d'établir le contact entre ceux-ci et un médecin ou une infirmière et d'organiser un rendez-vous de suivi dans moins d'une semaine. Il est possible de les déployer rapidement au besoin à d'autres moments¹.
- Winnipeg a lancé un projet pilote d'équipes de santé en milieu hospitalier. Ces services fournissent aux gros consommateurs de services d'urgence une gestion de cas intensive pendant 60 jours. Ils aident les personnes âgées à passer à des programmes de base disponibles dans leur communauté pouvant les aider à éviter l'hôpital.
- Au cours des dernières années, l'Hôpital Women's de Toronto a fait l'essai de salles virtuelles. Constitués d'un médecin, d'un pharmacien, de coordonnateurs de soins, d'un adjoint d'équipe et d'infirmières, ces

¹ Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, *Infirmières et infirmiers d'intervention rapide*.

Les programmes de soins aux convalescents et de soins de rétablissement favorisent la collaboration d'experts et d'entreprises pour améliorer la mobilité des clients.

services doivent aider les patients à risque élevé à être réhospitalisés en soins actifs dans les 30 jours en leur fournissant à domicile les meilleurs éléments des soins hospitaliers².

La plupart des provinces cherchent aussi à créer ou développer des destinations intermédiaires qui offrent des soins situés entre les soins à domicile et les établissements de SLD. Que l'on parle de centres d'aide à la vie autonome ou avec services de soutien, le concept vise à créer des environnements où les personnes âgées qui ne peuvent plus vivre chez elles, mais n'ont pas besoin de soins médicaux à temps plein, reçoivent le bon niveau d'aide combinée à des activités quotidiennes et à une stimulation sociale. Nous avons déjà rappelé le succès que connaissent les « bungalows de la démence » à Terre-Neuve.

Plusieurs provinces envisagent une expansion des programmes de soins aux convalescents et de soins de rétablissement. Ces programmes permettent aux personnes âgées qui ont reçu leur congé de l'hôpital de se réadapter lentement pour retrouver un niveau de santé et de mieux-être qui évite une réadmission ou une institutionnalisation en SLD. Les programmes de soins aux convalescents et de soins de rétablissement favorisent la collaboration de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes pour améliorer la mobilité des clients, ainsi que celle d'entreprises qui fournissent des appareils fonctionnels pour marcher et s'asseoir.

On cherche du personnel paramédical pour fournir des services habituellement prodigués par des infirmières ou des médecins en appliquant des champs d'activité et des rôles existants dans de nouveaux environnements, dans le contexte d'un modèle de pratique concertée avec d'autres fournisseurs de soins qui permet aux patients en soins de longue durée de vivre en toute sécurité chez eux. En 2011, Halifax a lancé un programme de soins paramédicaux complémentaires (ECP) dans le cadre duquel des membres du personnel paramédical, qui ont reçu une formation spéciale, fournissent des soins actifs primaires à des personnes âgées dans leur foyer de soins. Ces membres du

2 Division de la médecine interne générale, *What Is the Virtual Ward?*

personnel paramédical peuvent traiter des blessures mineures et collaborer avec les membres de la famille des clients et le personnel du foyer de soins pour élaborer des plans de soins. Ils peuvent aussi, au besoin, organiser des visites « facilitées » à l'urgence dans le cadre desquelles les membres du personnel paramédical discutent en ligne avec un médecin avant l'arrivée de la personne âgée à l'hôpital³. Comme la plupart des bénéficiaires des foyers de soins infirmiers vivent avec un déficit cognitif, le transfert dans un contexte de soins actifs peut être une cause de confusion. En évitant les transports inutiles et les longues périodes d'attente à l'urgence, on évite aussi le stress physiologique inutile.

Étant donné l'ampleur de la demande, les technologies innovatrices permettent d'étendre le rayonnement et la qualité des services de santé. L'utilisation de solutions et de technologies innovatrices de télésurveillance et de télésanté est à l'étude et à l'essai dans certaines provinces, mais dans l'ensemble, le Canada prend du temps à adopter ces solutions. D'autres pays font un effort plus systématique et concerté pour mettre au point et adopter des technologies qui aident à vieillir en santé. La Commission européenne, par exemple, considère le vieillissement actif et en santé comme un défi majeur pour la société et appuie quelques projets visant à garantir que l'Europe sera le chef de file mondial des solutions innovatrices à cet égard.

Le Partenariat européen d'innovation pilote pour un vieillissement actif et en bonne santé vise une triple victoire pour l'Europe :

1. permettre aux citoyens de l'UE de mener une vie en santé, active et autonome en vieillissant;
2. améliorer la viabilité et l'efficacité des systèmes de services sociaux et de soins de santé;
3. propulser et améliorer la compétitivité des marchés des produits et services innovateurs pour relever le défi du vieillissement tant à l'échelle de l'UE que du monde, créant ainsi de nouveaux débouchés d'affaires.

3 Moulton, « Paramedic Program Reducing Emergency », p. E631-32.

L'organisme visera à prolonger de deux ans d'ici à 2020 la durée moyenne de la vie en bonne santé de la population. Le partenariat vise à améliorer l'environnement entourant l'adoption des innovations, exploiter le financement et les investissements dans l'innovation, ainsi qu'améliorer la coordination et l'uniformité du financement affecté à la recherche et à l'innovation aux échelons européen, national et régional en Europe.

Six groupes d'intervention constitués d'universités et de groupes de recherche, de régies publiques, de fournisseurs de soins de santé, de représentants de l'industrie, d'organisations non gouvernementales représentant des citoyens, des personnes âgées, des patients et d'autres personnes intéressées ont été mis sur pied et chargés de faire avancer les domaines suivants :

- Prescription et observance des traitements
- Prévention des chutes
- Prévention du déclin fonctionnel et de la fragilité
- Soins intégrés
- Vie autonome
- Environnements conviviaux pour l'âge

Dans le domaine de la vie en autonomie, deux projets ont attiré une attention particulière :

- Le projet SILVER (aider les personnes âgées à vivre en autonomie par la robotique) recherche de nouvelles technologies afin d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Des technologies à base de robotique permettent aux personnes âgées de vivre en autonomie chez elles même si elles ont un déficit physique ou cognitif. On recherche des technologies et des solutions innovatrices en recourant aux processus des marchés publics précommerciaux (MPP) qui appuient la mise au point et la commercialisation d'idées porteuses de promesses.
- Le projet HAPPI (marchés publics d'innovations pour vieillir en santé) vise à établir les conditions dans lesquelles les établissements de santé de toute l'Europe collaboreront à l'achat de solutions, de produits et de services innovateurs permettant de « bien vieillir » en santé à

Les récentes stratégies novatrices visant à mieux répondre aux besoins des aînés et de leur famille sont des démarches à la pièce adoptées en réaction aux changements de la demande.

long terme. « Bien vieillir » dans des établissements de santé, c'est un domaine où l'innovation n'est pas très présente pour le moment, soit parce qu'on n'en a pas vraiment fait la promotion, soit parce que les administrateurs n'y attachent pas une assez grande valeur. Bien vieillir constitue toutefois un enjeu très important à la fois pour les établissements et pour les fabricants de produits. Pour répondre aux besoins des personnes âgées sur les plans de l'autonomie, de la dignité, de la mobilité, de la santé et du mieux-être, les hôpitaux et les foyers de soins doivent rechercher l'innovation afin de contrôler leurs dépenses. Afin de relever le défi, le projet HAPPI réunit un consortium d'organismes d'approvisionnement et d'experts de l'innovation pour trouver et évaluer des produits ou des services innovateurs qui aideront à bien vieillir. Le projet porte avant tout sur l'achat d'innovations existantes, soit des solutions prêtes à utiliser qui viennent d'arriver sur le marché.

Les stratégies novatrices qui ont fait leur apparition depuis quelques années pour tenter de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leur famille témoignent de la créativité et du dévouement de nos travailleurs de la santé. Ces démarches à la pièce ont été adoptées en réaction aux changements de la demande, de la complexité, du contexte budgétaire et de la démographie. Une approche plus stratégique – d'envergure nationale, axée avant tout sur le vieillissement en santé, qui exploite nos talents et inclut les rôles déterminants que les personnes, les technologies et les processus jouent dans la prévention, la vie en autonomie, les soins intégrés et la création d'environnements favorables aux personnes âgées – servira bien le Canada. Une telle stratégie aiderait les personnes âgées à demeurer autonomes plus longtemps tout en les encourageant à participer et à contribuer davantage à la société. Pour étendre l'application de stratégies innovatrices existantes et en créer de nouvelles, il sera préférable que tous les intéressés conjuguent leurs efforts, ce qui signifie que tous les ordres de gouvernement devront participer activement au projet. Le secteur privé ainsi que les personnes âgées elles-mêmes, bien entendu, devront y participer davantage.

CHAPITRE 5

Conclusion

Résumé du chapitre

- Les personnes âgées utilisent plus souvent et davantage les services de santé.
- Les services et les programmes destinés aux personnes âgées doivent être bien conçus pour répondre aux besoins futurs de la population active tout en demeurant viables.
- Les soins offerts aux personnes âgées au Canada présentent actuellement de nombreuses lacunes, ce qui rend l'accès inéquitable et est à la source de disparités en santé.
- Une approche coordonnée par tous les intervenants aidera à relever plus facilement les nombreux défis auxquels font face les personnes âgées.

Les aînés sont de gros utilisateurs des systèmes provinciaux et territoriaux de soins de santé et des installations connexes, qu'il s'agisse des soins primaires, des soins à domicile, des soins de longue durée, des soins palliatifs ou des programmes de mieux-être et de prévention dans la communauté. Ils utilisent les services non seulement plus souvent, mais aussi de façon plus intensive, étant donné la prévalence croissante de la démence et des affections et incapacités générales de la vieillesse. Comme les gouvernements subventionnent en partie ou en totalité un grand nombre des services et des programmes mis à la disposition des aînés, il est impératif de les concevoir et de les appliquer de façon adéquate afin de répondre aux besoins particuliers des aînés et d'assurer l'optimisation des ressources de même que la viabilité budgétaire.

Ce rapport présente un tour d'horizon du continuum des soins actuellement mis à la disposition des personnes âgées dans les diverses administrations du Canada afin de nous aider à atteindre ces buts. La majeure partie de l'information contenue dans ce rapport est du domaine public, mais les détails ne sont pas toujours faciles à trouver, ou à décoder même lorsqu'ils sont accessibles. Le rapport réunit tous les détails les plus pertinents au même endroit. Il s'agit d'un dossier particulièrement complet de l'état de la situation des soins aux personnes âgées au cours de la deuxième décennie du nouveau siècle.

L'analyse dégage des lacunes notables en ce qui a trait aux soins des personnes âgées, qu'il s'agisse du manque de financement destiné aux services prioritaires, d'une mauvaise utilisation flagrante des programmes spécialisés, ou d'un accès indûment restreint ou de

l'admissibilité limitée à certains établissements. Il y a encore beaucoup d'améliorations à apporter à l'infrastructure existante au Canada. Une meilleure collaboration entre les différents éléments du continuum des soins de chaque administration serait bénéfique pour améliorer l'affectation des ressources.

Répondre au changement de la démographie moderne ne constitue pas nécessairement un défi insurmontable. Les systèmes de soins de santé du Canada et les organismes auxiliaires peuvent s'adapter pour répondre aux besoins de nos citoyens les plus âgés en tenant compte des tendances de l'heure, ainsi que des forces et des faiblesses de nos programmes actuels de soins aux aînés. Le manque d'uniformité entre les administrations en ce qui a trait aux services fournis, à la terminologie utilisée pour les décrire et aux exigences auxquelles il faut satisfaire pour y avoir accès sont au nombre des grands défis qui se posent au Canada. D'autres pays ont adopté une stratégie plus centralisée de planification et de coordination des services de santé aux personnes âgées.

Les enjeux de la santé des personnes âgées et des services de santé sont complexes et, pour en tenir compte avec succès, il faut que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les intervenants du secteur des soins de santé et les communautés, conjuguent leurs efforts. Le gouvernement fédéral a à une occasion d'aider à faire disparaître les nombreuses différences sur le plan des services et de l'accès qui existent actuellement. Tout comme il l'a fait il y a plus d'un demi-siècle lorsqu'il est intervenu pour créer le programme national d'assurance-maladie du Canada afin de répondre aux besoins de la génération précédente, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle digne de mention en coordonnant et normalisant les besoins actuels de nos personnes âgées dans le domaine de la santé. Le moment est venu de concevoir attentivement les services et les programmes qui sont tellement essentiels pour aujourd'hui et pour l'avenir du Canada.

Dites-nous ce que vous en pensez – évaluez cette publication.

www.conferenceboard.ca/e-Library/abstract.aspx?did=7027

ANNEXE A

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. *L'administrateur en chef de la santé publique du Canada. Un rapport sur l'état de la santé publique au Canada, 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, Ottawa, ASPC, 2010. www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_f.pdf (consulté le 11 février 2015).

Age UK. *Attendance Allowance: Extra Money to Help You*, 2014. www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Information-guides/AgeUKIG49_attendance_allowance_inf.pdf?epslanguage=en-GB?dtrk=true.

Agrément Canada. *Équipes d'évaluation du programme de gériatrie (EEPG)*, 2013, www.accreditation.ca/fr/node/6492 (consulté le 16 décembre 2014).

Alberta Seniors. *Dental and Optical Assistance for Seniors*, 2014, www.seniors.alberta.ca/seniors/dental-optical-assistance.html (consulté le 12 décembre 2014).

Anciens Combattants Canada. *Avantages et services – Programmes de choix (Pdc)*, www.veterans.gc.ca/fra/services/health/treatment-benefits/poc (consulté le 21 janvier 2015).

— . *Soins de longue durée*, www.veterans.gc.ca/fra/services/health/long-term-care (consulté le 23 décembre 2014).

— . *Soins palliatifs*, www.veterans.gc.ca/fra/about-us/policy/document/1237 (consulté le 21 janvier 2015).

Alliance sur les temps d'attente. *Il est temps de refermer l'écart* : Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente (2014). Alliance sur les temps d'attente 2014.

— . *L'accès aux soins en temps opportun pour tous les Canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral*, 2014. www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/09/WTA-Fall-Event-2014-Position-Paper-Francais-FINAL.pdf.

Association canadienne de soins et services à domicile. *Portraits des soins à domicile au Canada 2013*, Ottawa, Association canadienne de soins et services à domicile, 2013. www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=274.

Association canadienne de soins palliatifs. *Fiche d'information : Les soins palliatifs au Canada*, www.chpca.net/media/319590/fiche_d_information_les_soins_palliatifs_au_canada_fall_2013fr.pdf (consulté le 18 décembre 2014).

Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. *Infirmières et infirmiers d'intervention rapide*, healthcareathome.ca/central/fr/soins/Pages/Infirmieres-et-infirmiers-dintervention-rapide.aspx (consulté le 16 janvier 2015).

Association médicale canadienne. *Les soins de santé au Canada : Qu'est-ce qui nous rend malades?*, 2013.

Astles, Philip, Trevor Foster, Jeannette Lye et Gabriela Prada. *Cap sur un meilleur rendement : Analyse comparative des régimes de santé provinciaux*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2013.

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. *Rapport annuel 2014*, http://auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr14/2014AR_fr_web.pdf (consulté le 18 décembre 2014).

Bureau de l'Ombudsman de la Colombie-Britannique. *The Best of Care: Getting It Right for Seniors in British Columbia (Part 1)*, Public Report no. 46, Victoria, Bureau de l'Ombudsman de la C.-B., décembre 2009. www.ombudsman.bc.ca/images/resources/reports/Public_Reports/public_report_no_46.pdf (consulté le 17 décembre 2014).

Care Link Advantage. *Care Link Advantage*, www.carelinkadvantage.ca/carelink_advantage.php (consulté le 18 décembre 2014).

CarersUK. *Factsheet: Carer's Allowance*, 2014, www.carersuk.org/files/helpandadvice/71/factsheet-uk1025--carers-allowance.pdf.

— . *Factsheet England & Wales: Assessments*, 2014, www.carersuk.org/files/helpandadvice/2589/factsheet-ew1020--assessments.pdf.

CBC News. *Yukon Long Term Care Fees to Rise*, 13 mai 2013, www.cbc.ca/news/canada/north/yukon-long-term-care-fees-to-rise-1.1373339.

Centres d'accès aux soins communautaires. « Erie St. Clair CCAC LTC Wait Times: March 2014 », 28 février 2014, healthcareathome.ca/eriestclair/en/Documents/LTCHs/Wait%20Time%20Documents/LTCWaitTimes_MARCH2014.pdf (consulté le 17 décembre 2014).

Chappell, Neena L. et Marcus J. Hollander. « An Evidence-Based Policy Prescription for an Aging Population », *HealthcarePapers* 11, n° 1, avril 2011, p. 8-18.

Collège des médecins de famille de l'Ontario. *The Five Day Education Program to Establish "Memory Clinics" in Family Practices: The Missing Link in Diabetes Care*, Toronto, Collège des médecins de famille de l'Ontario, 2012.

Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion. *Avec dignité et compassion : Le soin des Canadiens vulnérables*, 2011, pcpcc-cpspsc.com/wp-content/uploads/2011/11/ReportEN.pdf.

Conseil canadien de la santé. *Les plus vulnérables au Canada : Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières Nations, inuites et métisses*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2013.

Conseil de la qualité en santé de l'Alberta. *Review of Alberta's Health Services' Continuing Care Wait List: First Available Appropriate Living Option Policy*, mars 2014. d10k7k7mywg42z.cloudfront.net/assets/538f4ef14f720a2000000016/FAALO_FINAL_Report.pdf (consulté le 17 décembre 2014).

Conseil du Trésor du Canada. *Régime de soins de santé de la fonction publique*, www.tbs-sct.gc.ca/hr-rh/bp-rasp/benefits-avantages/hcp-rss/hcp-rss-fra.asp (consulté le 21 janvier 2015).

Constant, Alexandra, Stephen Petersen, Charles D. Mallory et Jennifer Major. *Générateurs de coûts dans le secteur de la santé et possibilités d'action*, Série de la FCRSS sur les générateurs de coûts et l'efficacité du système de santé, Document 1, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, février 2011. www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/hospital-funding-docs/CHSR-ConstantSynthesisCostDriversFR_1.pdf?sfvrsn=0%20 (consulté le 11 décembre 2014).

Davis, Karen, Kristof Stremikis, David Squires et Cathy Schoen. *2014 Update : Mirror, Mirror on the Wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally*, New York et Washington, Le Fonds du Commonwealth, juin 2014, www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf (consulté le 15 décembre 2014).

Di Matteo, L. « Canada Health Transfer Changes: The Devil Is in the Details », umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/4833 (consulté le 15 janvier 2015).

Division de la médecine interne générale, Département de médecine, Université de Toronto. *What Is the Virtual Ward?*, 16 janvier 2015, www.gim.utoronto.ca/Research/vward.htm (consulté le 16 janvier 2015).

Dodge, D. et R. Dion. *Macroeconomic Aspects of Retirement Savings*, Bennett Jones, LLP, 2014.

Dowdall, Brent. *Feeling at Home? A Survey of Canadians on Home and Community Care*, Ottawa, Le Conference Board du Canada (à venir).

D^r Chris Simpson. « Canada Needs a National Dementia Strategy », *Toronto Star*, 13 septembre 2014.

Drummond, Don. « Therapy or Surgery? A Prescription for Canada's Health System », Institut C.D. Howe, conférence aux bienfaiteurs tenue à Toronto, le 17 novembre 2011.

Emploi et Développement social Canada. *Canadiens en contexte – Vieillesse de la population*, 11 décembre 2014, www4.hrsdc.gc.ca/3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=33 (consulté le 12 décembre 2014).

Fukushima, Nanna, Johanna Adami et Marten Palme. *The Long-Term Care System for the Elderly in Sweden*, Rapport de recherche ENEPRI n° 89, 15 juin 2010. www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf.

Gazette du Canada, vol. 146, n° 9, gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2012/index-fra.html.

Gill, Vijay, James Knowles et David Stewart-Patterson. *Au bout du compte : Tendances relatives à l'inégalité des revenus entre les générations*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2014.

Gneezy, Uri et Aldo Rustichini. « A Fine Is a Price ». *The Journal of Legal Studies*, 29 janvier 2000, p. 1-17.

Gouvernement du Canada. *Plan national de recherche et de prévention concernant la démence*, healthycanadians.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/dementia-demence/plan-fra.php.

— . *Ressources des provinces et des territoires sur les mauvais traitements envers les aînés*, www.seniors.gc.ca/fra/pie/ea/help.shtml.

Government Offices of Sweden. *Health and Medical Care in Sweden*, www.government.se/sb/d/15660 (consulté le 20 janvier 2015).

Heckman, George A., Frank J. Molnar et Linda Lee. « Geriatric Medicine Leadership of Health Care Transformation: To Be or Not To Be? », *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 16, n° 4, septembre 2013, www.cgjonline.ca/index.php/cgj/article/view/89/157 (consulté le 15 décembre 2014).

Hermus, Greg, Carole Stonebridge, Louis Thériault et Fares Bounajm. *Les soins à domicile et communautaires au Canada : Quelle est leur empreinte économique?*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, mai 2012.

Holt-Lundstad, Julianne, Timothy B. Smith et Bradley J. Layton. « Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review », *PLoS Medicine*, vol. 7, n° 7, juillet 2010, p. 1-20 (consulté le 11 juin 2014).

Home Care Ontario. *Facts and Figures—Publicly Funded Home Care*. 2014, www.homecareontario.ca/home-care-services/facts-figures/publiclyfundedhomecare (consulté le 16 décembre 2014).

Hoskins, E. « Why Canada Needs a National Pharmacare Program », *The Globe and Mail*, 14 octobre 2014.

Île-du-Prince-Édouard. *Backgrounder: Long-Term Care*, www.gov.pe.ca/photos/original/hw_speechback5.pdf (consulté le 17 décembre 2014).

Institut canadien d'information sur la santé. *Où se situe le Canada? Résultats de l'Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques en matière de santé du Fonds du Commonwealth*, Ottawa, ICIS, 2015.

—. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, Ottawa, ICIS, octobre 2014. www.cihi.ca/web/resource/en/nhex_2014_report_fr.pdf (consulté le 23 décembre 2014).

—. *Délais de référence pour le traitement et tendances relatives aux temps d'attente à travers le Canada, 2013*, tempsdattente.icis.ca/ (consulté le 23 décembre 2014).

- . *Les soins de santé au Canada, 2012 : Regard sur les temps d'attente*, Ottawa, ICIS, 2012, secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf (consulté le 12 septembre 2014).
 - . *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : Les faits*, Ottawa, ICIS, novembre 2011. secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf (consulté le 11 février 2015).
 - . *Les personnes âgées et le système de santé : Quelles sont les répercussions de multiples affections chroniques? Analyse en bref*, Ottawa, ICIS, janvier 2011, secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf (consulté le 16 décembre 2014).
 - . *Les soins de santé au Canada, 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa, ICIS, 2011.
 - . *Les personnes âgées et les chutes*. Série sur les personnes âgées, Ottawa, ICIS, 2010, www.cihi.ca/ICIS-ext-portal/pdf/internet/SENIORS_FALLS_INFO_FR (consulté le 18 décembre 2014).
 - . *Les personnes âgées et l'utilisation des médicaments prescrits*. Série sur les personnes âgées, Ottawa, ICIS, 2010, www.cihi.ca/ICIS-ext-portal/pdf/internet/seniors_drug_info_fr (consulté le 14 décembre 2014).
- Instituts de recherche en santé du Canada. *Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV)*, www.cihr.gc.ca/f/46475.html.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. « GBD Profile : Canada », *Country Profiles*, 2010, www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/country-profiles (consulté le 9 mai 2014).
- Johansson, Lennarth, Helen Long et Marti G. Parker. « Informal Caregiving for Elders in Sweden: An Analysis of Current Policy Developments », *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 23, n° 4, 2011, p. 335-53.
- Jones, Rupert. « Continuing Healthcare: What You Need to Know », *The Guardian*, 9 novembre 2013.

Kirby, JA. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume Deux : Tendances actuelles et défis futurs*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, janvier 2002, www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/SOCI/rep/repjan01vol2-f.htm#_Toc533246192.

KPMG. *Tax Facts 2014–2015*, Toronto, KPMG, 2014. www.kpmg.com/ca/en/services/tax/documents/taxfacts-2013-2014-v2.pdf (consulté le 8 octobre 2014).

Lalonde, Dawn. « Family Health Team Participation Day », *MidNorth Monitor*, Hôpital régional et Centre de santé d'Española, 19 juin 2013, www.espanolaregionalhospital.ca/index.php/news-and-community/news/194-family-health-team-participaction-day (consulté le 23 décembre 2014).

Le Conference Board du Canada. *Final Report : An External Evaluation of the Family Health Team (FHT) Initiative*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2014.

— . *How Canada Performs: Elderly Poverty*, janvier 2013, www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/elderly-poverty.aspx (consulté le 23 janvier 2015).

— . *How Canada Performs: Income Inequality*, www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/income-inequality.aspx (consulté le 23 janvier 2015).

Lee, Linda, Loretta M. Hillier, Paul Stolee, George Heckman, Micheline Gagnon, Carrie A. McAiney et David Harvey. « Enhancing Dementia Care: A Primary Care-Based Memory Clinic », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, n°. 11, 2010, p. 2197-204.

Le Fonds du Commonwealth. *Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques en matière de santé du Fonds du Commonwealth*, 2014.

— . *International Profiles of Health Care Systems, 2013*, 2013. www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf.

Lively. *Personal Emergency Response—Reimagined*, 2014, www.mylively.com/ (consulté le 18 décembre 2014).

Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *Housing Options for Saskatchewan Seniors*, Provincial Advisory Committee of Older Persons, octobre 2008, www.health.gov.sk.ca/seniors-housing-options (consulté le 17 décembre 2014).

Ministère de la Santé et des Services communautaires, Terre-Neuve-et-Labrador. *Dental Services*, 26 septembre 2014, www.health.gov.nl.ca/health/dentalservices/general_info.html (consulté le 14 décembre 2014).

Ministère des Finances Canada. *Répercussions économiques et budgétaires du vieillissement de la population canadienne*, 2012, publications.gc.ca/collections/collection_2013/fin/F2-217-2012-fra.pdf (consulté le 11 février 2015).

Morgan, Steven G., Jamie R. Daw et Michael R. Law. « Are Income-Based Public Drug Benefit Programs Fit for an Aging Population? », Institut de recherche en politiques publiques, 3 décembre 2014, irpp.org/research-studies/study-no50/.

Moulton, Donalee. « Paramedic Program Reducing Emergency Room Congestion », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, n° 10, juillet 2011, p. E631-32, www.cmaj.ca/content/183/10/E631 (consulté le 16 janvier 2015).

NHS Choices. *Making a Complaint*, www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/complaints/Pages/AboutNHScomplaints.aspx (consulté le 21 janvier 2015).

NHS England. *Delayed Transfers of Care Data 2014-15*, www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/delayed-transfers-of-care/delayed-transfers-of-care-data-2014-15/.

Nouvelle-Écosse. *Continuing Care*, 31 août 2014, novascotia.ca/dhw/ccs/supportive-care.asp (consulté le 15 décembre 2014).

— . « Medication Dispenser Assistive Technology », *Continuing Care*, <http://0-fs01.cito.gov.ns.ca.legcat.gov.ns.ca/deposit/b1065981x.pdf> (consulté le 16 décembre 2014).

— . *Personal Alert Assistive Program*, 18 octobre 2013, www.novascotia.ca/health/ccs/personal-alert-assistance.asp (consulté le 16 décembre 2014).

OCDE. « Total des dépenses de santé par habitant 2014/1 », http://oecd-elibrary.org/fr/social-issues-migration-health/depenses-totales-de-sante-2014-1_hthxp-cap-table-2014-1-fr (consulté le 23 décembre 2014).

— . *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013*, OCDE, 2013.

— . *Sweden: Highlights From: A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, 2013, www.oecd.org/els/health-systems/Sweden-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf.

— . *United Kingdom: Highlights From: A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, 2013, www.oecd.org/els/health-systems/UnitedKingdom-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf.

— . *Denmark: Long-Term Care*, 2011, <http://www.oecd.org/denmark/47877588.pdf>.

Ogilvie, K.K. *Un changement transformateur s'impose : Un examen de l'Accord sur la santé de 2004*, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2012.

Olejz, M., A.J. Nielsen, A. Rudkjøbing, H.O. Birk, A. Krasnik et C. Hernández-Quevedo. « Denmark: Health System Review » *Health Systems in Transition*, vol. 14, n° 2, 2012, p. 192.

Ombudsman des vétérans. *Un examen du soutien par Anciens Combattants Canada dans le cadre de son Programme pour l'autonomie des anciens combattants*, gouvernement du Canada, 2013.

Organisation mondiale de la Santé. *Dementia: A Public Health Priority*, R.-U. : OMS, 2012.

— . *Global Age-Friendly Cities : A Guide*, Genève, OMS, 2007. www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf (consulté le 26 janvier 2015).

— . *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*, Genève, OMS, 2009, www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf (consulté le 9 mai 2014).

Qualité des services de santé Ontario. *Soins de longue durée*, [www.hqontario.ca/public-reporting/soins de longue durée](http://www.hqontario.ca/public-reporting/soins_de_longue_durée) (consulté le 17 décembre 2014).

Région sanitaire de Winnipeg. *Le programme PRIME s'adresse-t-il à vous?*, www.wrha.mb.ca/wave/2010/10/prime-info-f.php (consulté le 16 décembre 2014).

— . *En quoi consiste l'EEPG?*, www.wrha.mb.ca/wave/2011/05/gpat-f.php (consulté le 16 décembre 2014).

Réseau canadien Action Démence. *Canadian Dementia Action Network Proposal*, 2009-2010, www.cdan.ca/articles/CDAN-complete-0824-m.pdf.

Romanow, R. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.

— . *Transfert canadien en matière de santé*, www.fin.gc.ca/fedprov/cht-fra.asp (consulté le 15 janvier 2015).

Santé Alberta. *Coverage for Seniors Benefit*. 2014, www.health.alberta.ca/services/drugs-seniors.html (consulté le 14 décembre 2014).

Santé Canada. *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php.

— . *Santé des Premières Nations et des Inuits : Soins à domicile et en milieu communautaire*, www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/home-domicile/index-fra.php (consulté le 23 décembre 2014).

— . *Système de soins de santé : Soins offerts en établissements de soins de longue durée*, www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index-fra.php

Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. *Évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits 2008-2009 à 2011-2012*, Ottawa, Santé Canada, 2013.

Santé et Mieux-être Nouvelle-Écosse. « Facility Placement Policy », 24 janvier 2011. novascotia.ca/dhw/ccs/policies/policyManual/Facility_Placement_Policy.pdf (consulté le 17 décembre 2014).

Santé Manitoba, Health Information Management. *Annual Statistics, 2012–2013*, www.gov.mb.ca/health/annstats/as1213.pdf (consulté le 17 décembre 2014).

Santé, Vie saine et Aînés Manitoba. « Quels services de santé vous sont offerts au Manitoba? », www.gov.mb.ca/health/guide/4.fr.html (consulté le 17 décembre 2014).

Service Canada. *Assurance-emploi et prestations de compassion*, 26 septembre 2014, www.servicecanada.gc.ca/fra/sc/ae/prestations/compassion.shtml (consulté le 16 décembre 2014).

Silversides, A. *Les soins de longue durée au Canada : Le statu quo n'est pas une option*, Ottawa, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, 2011.

Société Alzheimer du Canada. *Les chiffres sur la maladie au Canada*, 2014, www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/What-is-dementia/Dementia-numbers.

— . *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, Toronto, Société Alzheimer du Canada, 2010.

www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Advocacy/ASC_Rising_Tide_Full_Report_f.pdf.

Smith, Joy. *Maladies chroniques liées au vieillissement et promotion de la santé et prévention des maladies*, Rapport du Comité permanent de la santé, mai 2012. www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/411/HESA/Reports/RP5600467/hesarp08/hesarp08-f.pdf (consulté le 14 décembre 2014).

Spalding, Karen, Jillian R. Watkins et A. Paul Williams. *Programmes de soins autogérés au Canada : Rapport présenté à Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, juin 2006. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-self-auto/2006-self-auto-fra.pdf (consulté le 16 décembre 2014).

Statistique Canada. « Services correctionnels pour adultes, comptes moyens des délinquants, par province, territoire, et programmes fédéraux. » www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/legal31a-fra.htm.

— . Tableau CANSIM 052-0005. *Population projetée par groupe d'âge selon trois scénarios*, www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo08a-fra.htm (consulté le 11 décembre 2014).

— . Tableau CANSIM 105-0501. *Populations qui ont un médecin régulier, selon le groupe d'âge et le sexe*, www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/health75b-fra.htm (consulté le 15 décembre 2014).

— . *La composition du revenu au Canada*, Enquête nationale auprès des ménages, 2011, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2013, www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-014-x/99-014-x2011001-fra.pdf (consulté le 14 décembre 2014).

— . *Le revenu au Canada*, 2 mai 2013, www.statcan.gc.ca/pub/75-202-x/2010000/analysis-analyses-fra.htm (consulté le 12 décembre 2014).

— . Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2009 à 2036, Ottawa, ministère de l'Industrie, 2010.

Stunt, Victoria. « Use of Surveillance Tech to Monitor Seniors at Home on Rise », *CBC News*, 9 mars 2014, www.cbc.ca/news/technology/use-of-surveillance-tech-to-monitor-seniors-at-home-on-rise-1.2535677 (consulté le 18 décembre 2014).

Sun Life Financial. *À combien reviennent les soins de longue durée?*, octobre 2012, www.sunlife.ca/Canada/sunlifeCA/Health/Long+term+care+insurance/What+does+long-term+care+cost?vgnLocale=fr_CA (consulté le 16 décembre 2014).

Thaler, Richard H. et Cass R. Sunstein. *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, New York, Penguin Books, 2009.

Turcotte, Martin. *Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés*, 2014, www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2014001/article/14042-fra.htm#a3.

Vérificateur général du Québec. *Vérification de l'optimisation des ressources, printemps 2012 : services d'hébergement*, www.vgq.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf (consulté le 17 décembre 2014).

Insights. Understanding. Impact.



e-Library.

Do you want to have access to expert thinking on the issues that really matter to you and your organization?

Our e-Library contains hundreds of Conference Board research studies in the areas of Organizational Performance, Economic Trends and Forecasts, and Public Policy.



The Conference Board
of Canada

Le Conference Board
du Canada

www.e-library.ca



Le Conference Board du Canada

Ce que nous sommes :

- l'organisme de recherche appliquée indépendant et sans but lucratif le plus en vue du Canada;
- un organisme objectif et non partisan, qui ne défend pas d'intérêts particuliers;
- un organisme qui s'autofinance en vendant ses services aux secteurs public et privé;
- des experts de l'organisation de conférences, mais aussi des spécialistes reconnus pour la qualité de nos recherches, de nos publications et de nos méthodes de diffusion;
- un pôle d'attraction qui facilite le réseautage parmi les gens d'affaires et nos autres clients du secteur public et d'ailleurs, et qui soutient le perfectionnement des compétences en leadership et le renforcement des capacités organisationnelles;
- des spécialistes des analyses et prévisions économiques ainsi que du rendement organisationnel et de la politique gouvernementale;
- un organisme entièrement privé, mais souvent engagé pour offrir ses services aux différents ordres de gouvernement;
- un organisme affilié, bien qu'indépendant, au Conference Board établi aux États-Unis, qui dessert près de 2 000 entreprises réparties dans 60 pays et possède des bureaux à Bruxelles et à Hong Kong.

Crédibilité. Pertinence. Leadership.



Le Conference Board
du Canada

255, chemin Smyth, Ottawa (Ontario)

K1H 8M7 Canada

Tél. 613-526-3280

Télééc. 613-526-4857

Ligne info 1-866-711-2262

conferenceboard.ca

