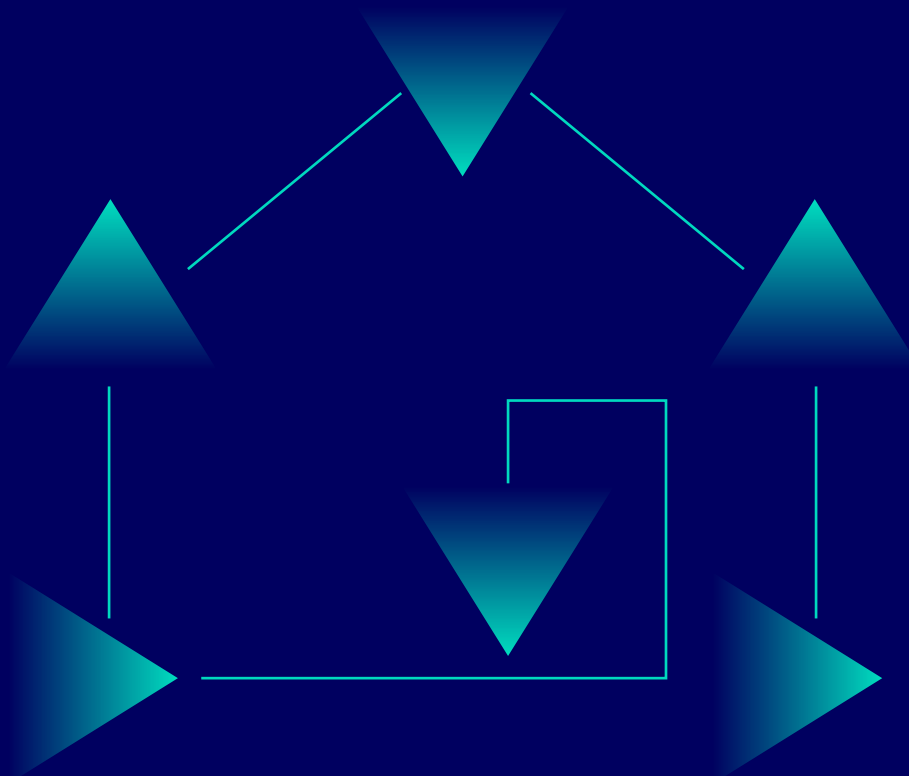




BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

Rapport compagnon

Portrait des services de
soutien à domicile dans trois
provinces canadiennes :
caractéristiques
et tendances

BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Recherche et rédaction

Susan Usher

Stella Carine Kengne Tine

Révision linguistique

Tradëm

Graphisme

Pro-Actif

Dépôt légal

ISBN : 978-2-550-97128-3

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX VIII

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS IX

PRÉAMBULE 1

INTRODUCTION 2

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DANS LE
CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN 3

LE CHOIX DES PROVINCES 5

MÉTHODOLOGIE 12

LIMITES 13

SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES DE SOUTIEN À DOMICILE 15

L'ADMISSIBILITÉ AUX PROGRAMMES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE 16

LES COMPOSANTES DES PROGRAMMES 16

LES SERVICES PROFESSIONNELS 17

LES SERVICES D'ASSISTANCE PERSONNELLE 18

LES SERVICES D'AIDE DOMESTIQUE ET DE SOUTIEN CIVIQUE 21

LES PROGRAMMES DE JOUR 22

LES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX 22

LES SOUTIENS FINANCIERS AUX PERSONNES ÂGÉES ET À LEURS PROCHES AIDANTS 25

SECTION 2 : TENDANCES EN MATIÈRE DE SERVICES DE SAD 26

TENDANCES DANS LA PLANIFICATION DES SERVICES 27

UNE PLANIFICATION INFORMÉE PAR LES DONNÉES ISSUES DU RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT – HOME CARE (RAI-HC) 27

DES RÉFORMES POUR RENDRE LE CONTINUUM DE SOINS ET SERVICES PLUS FLUIDE 28

TENDANCES DANS L'ALLOCATION DES RESSOURCES 29

UN VIRAGE DES BUDGETS SANTÉ VERS LE DOMICILE QUI DEMEURE DIFFICILE MALGRÉ LA CENTRALISATION 29

UNE PROTECTION DES BUDGETS DESTINÉS AUX SERVICES COMMUNAUTAIRES POUR AGIR EN PRÉVENTION 29

UNE CONTRIBUTION DES PROCHES QUI EST ATTENDUE, MAIS INADÉQUATEMENT SOUTENUE 31

UNE OFFRE DE SERVICES NAVIGABLE 31

TENDANCES CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES 32

UN FARDEAU D'ALLOCATION DES RESSOURCES PORTÉ PAR LES GESTIONNAIRES DE CAS 32

DES EFFORTS DE RECONNAISSANCE DES AIDES-SOIGNANTS, MAIS
UNE PROFESSIONNALISATION INACHEVÉE 33

L'INTÉGRATION DES PARAMÉDICAUX COMMUNAUTAIRES DANS
L'ÉCOSYSTÈME DES SERVICES DE SAD 34

DES APPROCHES VOLONTAIRES POUR PERMETTRE UNE
COORDINATION AVEC LES SERVICES MÉDICAUX 35

TENDANCES DANS LE SUIVI DES RÉSULTATS 36

UN SUIVI DES RÉSULTATS QUI NE REFLÈTE PAS ENCORE LES PRIORITÉS DES PERSONNES ÂGÉES 36

DES MILIEUX DE VIE EN MUTATION 37

STIMULER L'INNOVATION EN SERVICES DE SAD 38

DE GRANDES AMBITIONS, MAIS DES
IMPACTS TOUJOURS MITIGÉS 39

CONCLUSION 40

ANNEXE A – PORTRAITS DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SAD EN ONTARIO, ALBERTA ET COLOMBIE-BRITANNIQUE 42

ANNEXE A.1. ONTARIO 43

OBJECTIFS	43
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	43
PLANIFICATION	45
SOUTIEN AU LOGEMENT ET SUPPLÉMENT DE REVENU	47
OFFRE DE SERVICES	47
PRESTATION	51
RESSOURCES HUMAINES	52
MÉCANISMES DE CONTRÔLE	56
MESURE DES RÉSULTATS	57

ANNEXE A.2. ALBERTA 58

OBJECTIFS DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	58
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	59
PLANIFICATION	60
OFFRE DE SERVICES	64
PRESTATION	66
LES RESSOURCES HUMAINES	67
MÉCANISMES DE CONTRÔLE	70
MESURE DES RÉSULTATS	71

ANNEXE A.3. COLOMBIE-BRITANNIQUE 72

OBJECTIFS DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE 72

RÔLES ET RESPONSABILITÉS 73

PLANIFICATION 74

OFFRE DE SERVICES 77

PRESTATION 80

RESSOURCES HUMAINES 82

MÉCANISMES DE CONTRÔLE 85

MESURE DES RÉSULTATS 87

ANNEXE B – TABLEAU 4. SOUTIENS FINANCIERS PROVINCIAUX 88

ANNEXE C – TABLEAU 5. SOUTIENS FINANCIERS FÉDÉRAUX 92

BIBLIOGRAPHIE 95

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1	Acteurs impliqués dans le soutien à domicile en Colombie-Britannique.....	6
Figure 2	Acteurs impliqués dans le soutien à domicile en Alberta.....	8
Figure 3	Acteurs impliqués dans le soutien à domicile en Ontario	10
Tableau 1	Population vieillissante, % de la population totale en 2022.....	5
Tableau 2	Nouveaux indicateurs de services SAD de l'ICIS (2021-22).....	14
Tableau 3	Services, prestataires et contributions des usagers.....	23
Tableau 4	Soutiens financiers provinciaux.....	89
Tableau 5	Soutiens financiers fédéraux	93

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AH	Alberta Health
AHS	Alberta Health Services
APBC	Ambulance Paramedics of British Columbia
ARS	Autorité régionale de santé
BCCPA	British Columbia Care Providers Association
BCEHS	British Columbia Emergency Health Services
BCMOH	British Columbia Ministry of Health
BRF	Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario
CCEA	Centre canadien d'excellence pour les aidants
CHCA	Canadian Home Care Association
CLPNA	College of Licensed Practical Nurses of Alberta
CSIL	Choice in Supports for Independent Living
CORE	Collaborative online resources and education
HCO	Home Care Ontario
HEABC	Health Employers Association of British Columbia
HSPN	Health system performance network
HQCA	Health Quality Council of Alberta
ICES	Institute for clinical and evaluative sciences
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IHE	Institute for Health Economics
MSLDO	Ministère des Soins de longue durée de l'Ontario
MSAAO	Ministère des Services aux Aînés et de l'Accessibilité de l'Ontario
MSO	Ministère de la Santé de l'Ontario
OAGA	Office of the Auditor General of Alberta
OCHPP	Ontario community health profiles partnership

OMA	Ontario Medical Association
Ontario	Gouvernement de l'Ontario
OSA	Office of the Seniors Advocate British Columbia
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RAI-HC	Resident Assessment Instrument – Home Care
SAD	Soutien à domicile
SCN	Strategic Clinical Network
SO	Santé Ontario
SSDMC	Services de soutien à domicile et en milieu communautaire

PRÉAMBULE

Le gouvernement du Québec a sollicité le CSBE pour l'évaluation de la performance des services de soutien à domicile (SAD). Ces travaux ont révélé plusieurs enjeux dans l'écosystème des SAD qui nuisent à l'objectif du maintien à domicile des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie. Ces enjeux incluent des lacunes dans la planification des services pour assurer leur adaptation aux besoins, des défis liés à la disponibilité de la main-d'œuvre pour offrir les services, des questions d'imputabilité et de collaboration entre les différents prestataires, ainsi que la navigation difficile pour les citoyens dans les services disponibles pour subvenir à leurs besoins. De plus, des enjeux particuliers touchent certains groupes de la population, notamment les communautés autochtones et les résidents de régions rurales et éloignées. Ces défis auxquels fait face le Québec ont guidé notre exploration des innovations dans diverses administrations.

Dans ce présent rapport, nous avons cherché à identifier des stratégies qui ont été mises en œuvre à partir de l'organisation des services de SAD dans trois provinces canadiennes et qui pourraient inspirer des réponses aux enjeux nommés ci-dessus. Ces provinces partagent des similitudes importantes avec le Québec en termes de population, d'étendue territoriale à desservir et de diversité des communautés. De plus, elles font face au même défi que le Québec, à savoir la prestation des services de SAD dans un cadre législatif fédéral qui définit de manière assez restrictive la couverture de santé universelle dans la *Loi canadienne sur la santé de 1984*. Chaque province a exploré différentes façons d'organiser et de financer des services de SAD qui sont cohérentes avec son système de santé et cherché à établir des liens favorisant une meilleure réponse aux besoins globaux des personnes en perte d'autonomie. Les expériences de ces provinces canadiennes au cours des 40 dernières années fournissent des enseignements précieux sur la manière dont elles ont abordé les mêmes défis auxquels le Québec est confronté. En regardant des pistes à explorer pour mieux répondre aux besoins en soutien à l'autonomie d'une population vieillissante, le Québec a tout intérêt à connaître les stratégies mises en œuvre dans les provinces canadiennes et, potentiellement, à s'en inspirer.

INTRODUCTION

Le présent rapport s'inscrit dans une démarche visant à proposer des stratégies pour lever les barrières systémiques qui nuisent à l'amélioration de la performance du système de santé et des services sociaux en matière de maintien à domicile des personnes âgées. Son objectif est d'offrir un portrait des programmes de SAD dans trois provinces canadiennes tout en mettant en lumière les stratégies déployées pour renforcer ce secteur d'activité.

La première section du rapport présente une comparaison sommaire des services de SAD aux personnes âgées dans trois provinces : l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Cette comparaison s'appuie sur des fiches détaillées de chaque province, présentées en annexe. Chaque fiche offre un portrait du contexte systémique dans lequel évoluent les programmes de SAD de la province et des mécanismes de gouvernance qui définissent les responsabilités des acteurs et orientent leurs activités. Cette première section met en lumière les similarités et les différences dans les stratégies mises en œuvre dans chaque province pour assurer l'adéquation aux besoins de la population et la soutenabilité des services de SAD.

Dans la deuxième section du rapport, nous discutons les tendances qui ressortent des efforts de ces trois provinces au niveau de la planification des services, de l'allocation et de la gestion des ressources financières et humaines, ainsi que du suivi des résultats obtenus. L'analyse a pour objectif de documenter les façons de faire en SAD plutôt que d'évaluer les résultats de ces actions.

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DANS LE CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

Les provinces et territoires canadiens évoluent dans un même cadre législatif en vertu de la *Loi canadienne sur la santé de 1984* (la Loi), qui qualifie les services de SAD et les soins de longue durée comme des services « complémentaires » non assujettis aux mêmes obligations et contraintes que les services médicaux et hospitaliers, ceux-ci désignés comme étant des « services de santé assurés ». Ce rapport s'intéresse aux stratégies mises en œuvre dans trois provinces dans ce contexte commun.

Les critères de la Loi relatifs à la gestion publique, à l'intégralité, à l'universalité, à la transférabilité et à l'accessibilité ne s'appliquent pas aux services considérés comme étant complémentaires. Bien que l'article 22 de la Loi permette au gouvernement fédéral d'établir des règlements sur la définition des services complémentaires de santé (*Loi canadienne sur la santé*), les provinces n'ont aucune obligation d'offrir un panier minimum de services « complémentaires » ni de les offrir sans frais aux usagers. Cependant, en 2004, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral se sont engagés, dans le cadre d'un plan décennal, à fournir une couverture complète des services de SAD dans trois domaines, sans contribution financière de la part des usagers : les soins de fin de vie, une période de deux semaines post-hospitalisation, et une période de deux semaines de soins de santé mentale aigüe. Des accords subséquents ont bonifié les sommes fédérales destinées à ces services (SC, 2004, 2017) et ils ont depuis été priorisés dans les programmes provinciaux.

En ce qui a trait aux politiques publiques, concrètement, cela veut dire que les provinces ont développé des écosystèmes de services de SAD distincts à l'intérieur de systèmes de santé marqués par la *Loi canadienne sur la santé*. Le statut complémentaire des services de SAD signifie aussi qu'il n'y a pas de restriction sur l'offre privée, et cette composante du secteur a gagné en importance au fil du temps. Les entreprises privées peuvent offrir des services sous contrat avec les systèmes publics et directement aux usagers, aux frais de ces derniers. De plus, les organismes communautaires occupent partout une place importante dans les services de SAD et sont organisés et financés de manière hétérogène, plus ou moins intégrée aux réseaux de santé. Le statut particulier des services de SAD rend impossible l'assemblage des données qui brosseraient un portrait complet de l'offre et des dépenses privées et publiques en SAD dans les provinces canadiennes, ce qui rend difficile d'avoir une compréhension fine des besoins et de l'utilisation des services de SAD pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester chez soi.

Une autre particularité des systèmes canadiens est le statut indépendant des médecins, acquis depuis les débuts de l'assurance-maladie. Leur intégration aux programmes des réseaux publics, y compris les services de SAD, n'en est que plus complexe. Les ministères de la Santé doivent donc envisager des stratégies pour encourager la participation volontaire des médecins aux programmes de SAD. On soupçonne une baisse de cette participation dans les dernières décennies, mais l'évolution de la situation n'est pas claire¹ (Andrew et al., 2020; Stall et al., 2013). Le volet des soins médicaux à domicile n'est pas traité en détail dans le présent rapport. Cependant, plusieurs provinces expérimentent des moyens d'établir des liens plus solides entre les médecins de famille et les équipes du réseau public, avec un impact potentiel sur la distribution des rôles et des responsabilités dans les services de SAD; nos travaux s'intéressent aux développements dans l'organisation des services offerts par les médecins de famille dans cette optique.

Étant donné ces réalités partagées et les multiples efforts consentis pour les accommoder, nos décideurs publics gagneraient à considérer plus sérieusement les expériences des autres provinces. Le présent rapport se limite à l'examen de trois provinces, mais il y aurait avantage à se pencher sur l'ensemble des provinces afin de tirer parti de ce laboratoire d'innovation qu'est la fédération canadienne.

¹ Le sondage 2010 National Physician Survey du Collège des médecins de famille du Canada a constaté que seuls 42 % des médecins de famille offraient des visites à domicile, une baisse par rapport à 2007 (voir commentaire de Stall, 2013). Cependant, selon Andrew et al. (2020), seulement 19 % des médecins de famille ont participé à ce sondage. Une étude menée en Nouvelle-Écosse en 2020 à partir des données de facturation et d'un sondage révélait que la vaste majorité des médecins de famille (84,4 %) effectuait des visites à domicile.

LE CHOIX DES PROVINCES

Les trois provinces étudiées dans le présent rapport sont les plus peuplées du Canada hors Québec et représentent à elles seules 64 % de la population totale du pays². Le tableau 1 illustre la proportion des personnes âgées dans la population totale de chacune des provinces.

Tableau 1 : Population vieillissante, % de la population totale en 2022

	65-74	75-84	85+
Ontario	10,3	5,5	2,3
Alberta	8,7	4,0	1,6
Colombie-Britannique	11,5	5,8	2,4

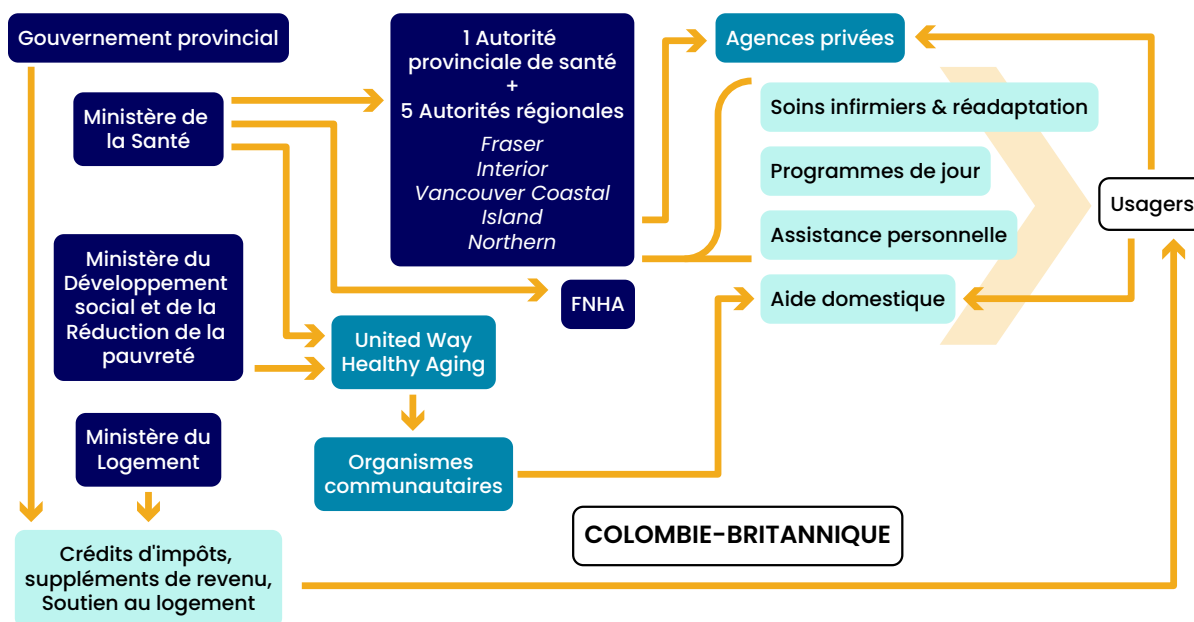
Source : OCDE, Statistique Canada 2022

Selon les données de Statistique Canada, la proportion de la population canadienne âgée de 65 ans ou plus est passée de 12,6% en 2000 à 18,8% en 2022. Ce sont deux décennies durant lesquelles plusieurs des politiques provinciales ont pris forme. Parmi les trois provinces que nous étudions dans ce rapport, la Colombie-Britannique aurait connu la plus forte augmentation de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus au cours de cette période (passant de 13,1% à 19,9% de sa population, soit une hausse de 51%), en Ontario, cette proportion est passée de 12,5% à 18,4% (hausse de 47%), et en Alberta, de 10,1% à 14,8% (hausse de 46,5%) (StatCan, 2022). Malgré ces augmentations, ce n’est que 6% ou moins des dépenses de santé qui sont investies dans les services de soutien à domicile et en milieu communautaire (ICIS, 2021).

Les systèmes de santé dans lesquels s’inscrivent les services de SAD ont subi diverses réformes et sont chacun organisés de manière distincte. Les figures 1 à 3 ci-dessous illustrent les différents acteurs impliqués dans chaque province dans l’offre de services de SAD et les relations entre eux. Les légendes au bas de chaque figure présentent les réformes récentes et en cours qui ont ou pourraient avoir une incidence importante sur les services de SAD. Les fiches en annexe présentent une analyse plus détaillée des programmes de chaque province pour brosser un portrait de la gouvernance des programmes de SAD et du contexte systémique dans lequel elle évolue.

2 Population totale (Statistique Canada Q4, 2022) : Canada 39 292 355; Colombie-Britannique 5 368 266; Alberta 4 601 314; Ontario 15 262 660 = 25 232 240.

Figure 1. Acteurs impliqués dans le soutien à domicile en Colombie-Britannique



Légende

- instances gouvernementales
- instances non gouvernementales
- soutiens et services
- ➔ flux des ressources

Colombie-Britannique

ORGANISATION STRUCTURELLE : PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES DE SAD

- Ministère de la Santé
- Ministère du Logement
- Ministère du Développement social et de la Réduction de la pauvreté
- Cinq autorités régionales de santé (ARS) (Fraser, Interior, Island, Northern, Vancouver Coastal)
- Autorité provinciale de santé
- First Nations Health Authority (FNHA) : dispose d'un comité tripartite pour aligner les programmes du FNHA, des autorités régionales, du ministère de la Santé et de Santé Canada
- United Way Healthy Aging
- Organismes communautaires
- Agences privées

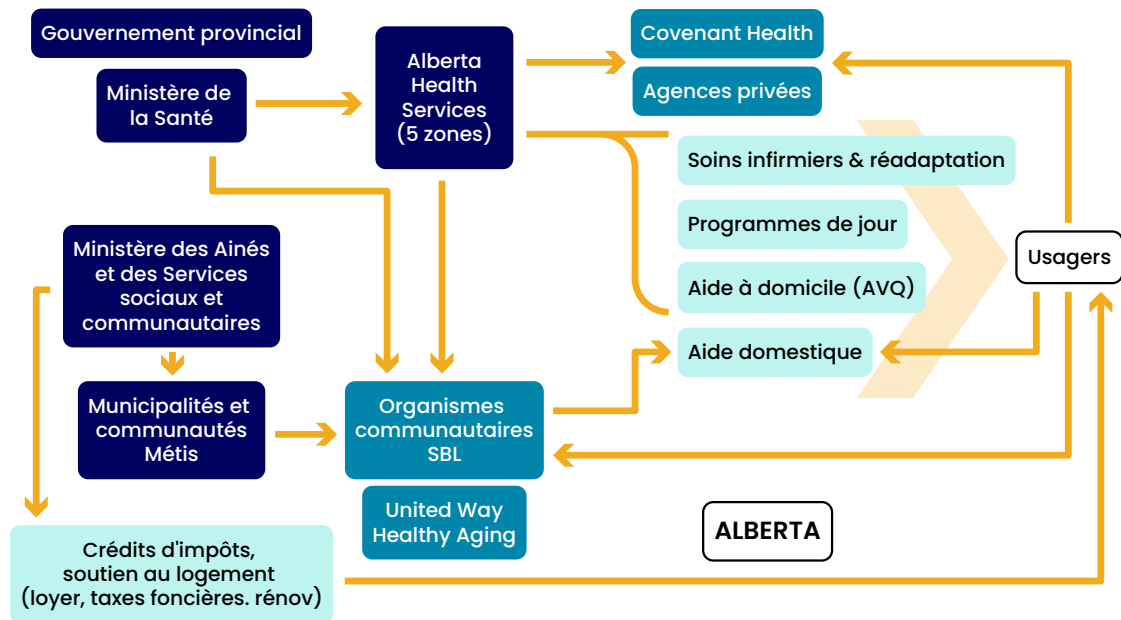
RÉFORMES MARQUANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Aucun changement structurel d'envergure
- 2011 : Établissement officiel (incorporation) de la First Nations Health Authority (FNHA, 2013)

CHANGEMENTS EN COURS ET ANTICIPÉS

- *Health Professions and Occupations Act* (PL 36, 2022) : introduit un nouveau modèle d'encadrement pour les professions en santé qui présentent un faible risque pour le public; crée l'*Office of the Superintendent of Health Profession and Occupation Oversight*, responsable de surveiller les pratiques de gouvernance des ordres professionnels et doté d'un tribunal disciplinaire indépendant des collèges. Toute décision disciplinaire serait rendue publique (*Health Professions and Occupations Act*).
- Simplification du processus pour désigner de nouvelles professions et occupations ou de les consolider

Figure 2. Acteurs impliqués dans le soutien à domicile en Alberta



Légende

- instances gouvernementales
- instances non gouvernementales
- soutiens et services
- ➔ flux des ressources

Alberta

ORGANISATION STRUCTURELLE : PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES DE SAD

- Ministère de la Santé
- Ministère des Aînés et des Services sociaux et communautaires
- Alberta Health Services (AHS), autorité provinciale de santé (cinq zones : South, Calgary, Central, Edmonton, North)
- Municipalités et communautés Métis
- Covenant Health (organisation catholique distincte sous contrat avec AHS)
- Agences privées
- Organismes communautaires
- United Way Healthy Aging

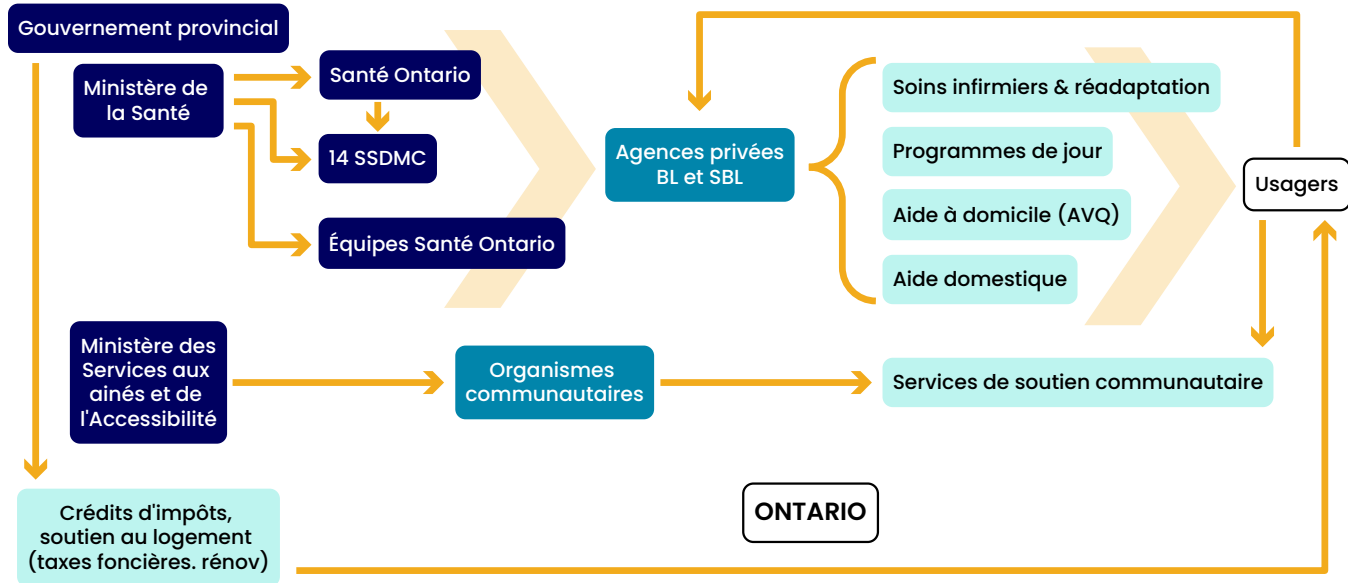
RÉFORMES MARQUANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ

- 1994 : Abolition des conseils d'administration des hôpitaux et centres d'hébergement et création de 17 autorités régionales de santé (réduites en nombre par la suite) ainsi que de deux autorités provinciales
- 2008 : Abolition des régies régionales et création d'Alberta Health Services
- *Continuing Care Act* (PI 11 2022) : consolide les lois régissant divers services aux personnes en perte d'autonomie afin d'en favoriser la fluidité (*Continuing Care Act*).

CHANGEMENTS EN COURS ET ANTICIPÉS

- Abolition d'AHS et création de quatre organisations provinciales définies par fonction : soins primaires, soins aigus (où AHS aurait un rôle aux côtés de Covenant Health et des prestataires privés), soins continus, santé mentale et dépendance, chacun avec un lien d'imputabilité direct au ministère de la Santé (et ministère de la Santé mentale et de la Dépendance) (Alberta, 2023).

Figure 3. Acteurs impliqués dans le soutien à domicile en Ontario



Légende

- instances gouvernementales
- instances non gouvernementales
- soutiens et services
- ➔ flux des ressources

Ontario

ORGANISATION STRUCTURELLE : PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES DE SAD

- Ministère de la Santé
- Ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité
- Santé Ontario (Agence créée en 2019)
- Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) (auparavant Réseaux locaux intégrés de services de santé [RLISS])
- Équipes Santé Ontario (modèle introduit en 2019) : rassemblement volontaire de prestataires autour d'un programme pour desservir une population définie
- Agences privées à but lucratif (BL) et sans but lucratif (SBL)
- Organismes communautaires

RÉFORMES MARQUANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ

- 2016 : Création des Réseaux locaux intégrés de services de santé (RLISS)
- 2019 : *Loi pour des soins interconnectés*
- Consolidation de 22 agences dans Santé Ontario (2019)
- Changement du nom et de la vocation des RLISS (deviennent SSDMC) (2022)
- Définition des Équipes Santé Ontario et appel à propositions (2019)
- Séparation du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée (2019)

CHANGEMENTS EN COURS ET ANTICIPÉS

- Mise en œuvre des Équipes Santé Ontario
- Adoption, en décembre 2023 de la *Loi sur la prestation commode de soins à domicile*, qui regroupe les 14 SSDMC pour créer Santé à domicile Ontario, un organisme qui coordonne tous les services de SAD. Les gestionnaires de cas seront dorénavant employés par cet organisme et travailleront au sein des Équipes Santé Ontario et d'autres établissements de santé de première ligne. En vertu de la loi, les Équipes Santé Ontario sont responsables d'aiguiller les personnes vers les services de SAD (*Loi sur la prestation commode de soins à domicile*).

MÉTHODOLOGIE

Les données qui alimentent ce rapport proviennent de sources documentaires et publiques. Nous avons consulté les documents gouvernementaux et les règlements qui établissent le cadre formel des activités de services de SAD : les lois et les règlements qui structurent les relations d'imputabilité, les critères d'accès et la définition de l'offre de services; les plans stratégiques des ministères de la Santé et autres ministères, les rapports annuels des ministères et régies régionales, les rapports des vérificateurs généraux et les rapports de consultations menées par diverses instances qui portent un regard sur les composantes, les modalités et les résultats des services de SAD. Nous avons aussi consulté la documentation destinée à informer la population sur les sites Internet gouvernementaux. Notre analyse des tendances au chapitre 2 est alimentée par une revue rapide des écrits scientifiques. Notre compréhension des services de SAD a été vérifiée auprès de deux lecteurs externes experts du domaine, et nous avons sollicité des entretiens pour clarifier certaines questions précises avec des acteurs plus directement impliqués³.

3 Cette vérification concerne notamment le rôle de United Way Healthy Aging en Colombie-Britannique et l'état de mise en œuvre des réformes en Ontario qui touchent directement les services de SAD.

LIMITES

Plusieurs éléments demeurent difficiles à comparer avec les données disponibles. L'adéquation des budgets accordés aux services de SAD des personnes âgées n'est pas évaluée dans le présent rapport. Les dépenses de santé par habitant en services de SAD sont difficilement comparables. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aurait, pour la première fois en 2021, inclus les dépenses provinciales sur les soins et services à domicile et dans la collectivité dans sa base de données (NHEX). Le pourcentage des dépenses totales en santé consacrées à ce secteur varie de 4,6 % (240 \$ par habitant) en Alberta, à 5,8 % (297 \$ par habitant) en Colombie-Britannique et à 6,0 % (302 \$ par habitant) en Ontario (ICIS, 2021). On doit noter, cependant, les différences dans la manière dont chaque province définit son secteur des Soins et services à domicile et dans la collectivité (appellation utilisée en Ontario et en Colombie-Britannique) ou Soins continus (en Alberta)⁴.

En outre, le présent rapport ne peut pas se prononcer sur les résultats obtenus par les programmes de SAD dans les trois provinces étudiées, les indicateurs de plusieurs résultats n'étant toujours pas suivis de manière cohérente. Cette situation pourrait s'améliorer dans les prochaines années. Depuis l'énoncé fédéral, provincial et territorial de priorités en matière de santé de 2017, l'Institut canadien d'information sur la santé travaille à concevoir des indicateurs de résultats pour les services de SAD et à les diffuser (ICIS, 2022). Un premier indicateur portait sur les décès à domicile ou dans la collectivité, et cinq indicateurs additionnels ont été rendus disponibles en 2022. Le tableau 2 présente les résultats pour 2021-2022, qui devront toutefois être interprétés avec prudence puisque plusieurs des données sont toujours partielles. Il y a aussi un important enjeu conceptuel, puisque les données rassemblent les services de SAD qui remplissent plusieurs fonctions, autant curatives et de réadaptation que de soutien de longue durée. Ces indicateurs nous aident surtout à comprendre les priorités qui orientent les politiques publiques en SAD. Les notes qui figurent au bas du tableau décrivent brièvement la méthodologie de l'ICIS pour produire ces données et sont importantes pour bien les comprendre.

4 Par exemple, en Ontario, le programme Soins à domicile et en milieu communautaire est défini comme aidant les gens de tous les âges qui ont besoin de soins chez eux, à l'école ou dans la collectivité. En Colombie-Britannique, le Home and Community Care Program est décrit comme offrant une gamme de soins et de soutien aux personnes qui ont des besoins aigus, chroniques, palliatifs ou de réadaptation.

Tableau 2 : Nouveaux indicateurs de services SAD de l'ICIS (2021-22)

Indicateur	Canada	C-B	AB	ON
Décès à domicile ou dans la collectivité (1)	54,5%	63,3%	54,2%	56,4%
Maintien à domicile grâce aux services de SAD (2)	85,4%	81,4%	87,7%	84,6%
Temps d'attente (jours) pour services de SAD (3)	3	3	3	2
Aidants naturels qui éprouvent de la détresse (4)	37,4%	34,4%	20,2%	42,2%
Pourcentage des nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu bénéficier des services de SAD (5)	9,6%	12,9%	6,8%	5,1%
Prolongation moyenne du séjour à l'hôpital en attendant la disponibilité des services de SAD (6)	8 jrs	7 jrs	12 jrs	8 jrs

Source : Institut canadien d'information sur la santé : sections du site :
Priorités partagées en santé | ICIS

Légende Tableau 2 :

- (1) Données 2020 de Statistique Canada; inclut aussi les décès en centre d'hébergement et soins de longue durée; les données ne permettent pas de savoir si une personne a eu accès à des soins de fin de vie à domicile.
- (2) Calcule le pourcentage des ménages qui ont reçu des services de SAD au cours des 12 derniers mois et qui affirment que ces services ont grandement contribué au maintien à domicile de l'usager. Comprend les services à domicile financés par le secteur public et les services achetés au privé. Données extraites de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2021.
- (3) Calculé à partir des données provinciales; elles sont partielles pour l'Alberta; cet indicateur ne départage pas les demandes de services de SAD provenant de l'hôpital et celles provenant des personnes à domicile.
- (4) Aidant naturel d'un proche qui reçoit des services à domicile financés par le secteur public. Données partielles pour le Canada et la Colombie-Britannique.
- (5) Pourcentage de résidents admis en soins longue durée qui présentent un profil clinique semblable à celui des usagers recevant des SAD.
- (6) Nombre médian de jours passés dans un lit d'hôpital en soins de courte durée alors que le patient n'a plus besoin de ce niveau de soins avant d'être transféré vers les SAD. En 2016, l'ICIS a adopté des normes pour la désignation de ces jours « niveaux de soins alternatifs » ou NSA.

SECTION 1: CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES DE SOUTIEN À DOMICILE

Cette section présente un portrait sommaire des caractéristiques des programmes de services de SAD dans les trois provinces à l'étude. Le tableau 3, en fin de chapitre, offre une vue d'ensemble des similarités et des différences entre les trois provinces en ce qui a trait aux types de services, aux prestataires et aux contributions demandées aux usagers. Les informations proviennent principalement des lois et règlements phares sur les services de SAD en Ontario (*Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires; Règlement sur les services de soins à domicile et en milieu communautaire*); en Alberta (*Co-ordinated Home Care Program Regulation; Continuing Care Act*); et en Colombie-Britannique (*Community Care and Assisted Living Act; Home and Community Care Policy Manual*), ainsi que des sites gouvernementaux qui expliquent ces services aux citoyens. Les références précises se trouvent dans les fiches annexes pour chaque province.

L'ADMISSIBILITÉ AUX PROGRAMMES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Dans les trois provinces, les services de SAD sont destinés aux personnes vivant dans un domicile privé ou une résidence pour personnes âgées. La nature des besoins varie des soins et services de longue durée en raison d'une atteinte significative et persistante aux capacités physiques ou cognitives aux soins de courte durée après une hospitalisation ou aux soins palliatifs et de fin de vie. En Colombie-Britannique, on mentionne aussi les soins qui pourraient remplacer une hospitalisation. Les critères d'admissibilité aux services de SAD se ressemblent dans les trois provinces, mais certaines différences apparaissent dans les contours des programmes et dans les limites de la couverture publique.

Pour accéder aux services, la personne concernée ou un de ses proches peut contacter directement l'autorité responsable ou y être référée par un médecin ou un autre professionnel de la santé. Dans les trois provinces, l'admissibilité aux services de SAD est déterminée par une évaluation des besoins réalisée par un gestionnaire de cas, qui est un employé du réseau public. Le gestionnaire de cas développe un plan de soins qui précise le type et l'intensité des services. Les trois provinces exigent l'utilisation des outils de la suite Resident Assessment Instrument (RAI). Au premier contact, une évaluation courte (RAI Contact Assessment) détermine l'admissibilité de la personne selon la nature et l'acuité de ses besoins. Si la personne est jugée admissible aux SAD de longue durée, une évaluation exhaustive avec l'outil RAI-Home Care (RAI-HC) est réalisée pour élaborer le plan de soins.

En Ontario et en Alberta, les règlements spécifient que les gestionnaires de cas tiendront compte, dans leur évaluation, non seulement des besoins de la personne, mais aussi de la capacité des proches à subvenir à ces besoins, de la disponibilité des services publics et de la possibilité de diriger la personne à des services autres que des services publics de santé et de services sociaux. Les services visent donc à compléter et non à remplacer le soutien informel offert par la famille, les amis et la communauté.

LES COMPOSANTES DES PROGRAMMES

Les programmes des trois provinces comprennent des services professionnels, des services d'assistance personnelle, des services d'aide domestique et de soutien civique, des programmes de jour, des prêts d'équipements et des subventions pour les fournitures médicales. Nous examinons, dans les sections suivantes, les composantes et modalités de ces services et soulignons les similarités et les différences entre les trois provinces à l'étude.

Les services professionnels

Les trois provinces offrent une gamme similaire de services professionnels, notamment la gestion de cas, l'évaluation et la réévaluation des besoins de la personne, le développement et la révision des plans de soins, la gestion des plaies, la gestion des maladies chroniques (en personne ou par télésoins), la gestion des médicaments, la physiothérapie, l'ergothérapie et les services sociaux, en plus de la coordination avec d'autres prestataires de soins et services. Cependant, il existe quelques différences dans la manière dont ces provinces définissent la clientèle admissible à certains de ces services. La réglementation de l'Ontario précise que la réadaptation à domicile est réservée à la clientèle de courte durée et que les personnes en soins palliatifs auraient droit à une gamme de services élargie (fournitures médicales et médicaments à cout réduit, tests de laboratoire, équipements hospitaliers, transport aux autres services de santé, gestion de la douleur et répit par des bénévoles formés). En Alberta, on mentionne aussi une offre de services professionnels en prévention, en dépistage et en optimisation des fonctions et de la formation en autogestion.

Dans les trois provinces, les services professionnels sont prodigués par des professionnels autorisés. Les gestionnaires de cas sont toujours des employés du réseau public. Les services peuvent être prodigués par des employés de l'instance publique ou par des prestataires privés sous contrat, à but lucratif ou non lucratif. L'Ontario se distingue en confiant l'ensemble des services professionnels à des organismes fournisseurs contractuels. Dans les trois provinces, les fournisseurs sous contrat doivent être agréés; en Ontario, ils doivent maintenant aussi être préapprouvés par Santé Ontario.

Dans la dernière décennie, des programmes de paramédicaux communautaires ont été introduits dans les trois provinces et ceux-ci ont offert un supplément intéressant aux programmes de SAD, surtout dans les régions rurales et éloignées. Nous explorerons cette modalité dans la section 2 du présent rapport.

Les services d'assistance personnelle

Dans les trois provinces, la gamme de services d'assistance personnelle inclut les services d'hygiène personnelle (bain et toilette), l'habillement, la gestion de l'incontinence, la mobilisation et les transferts, l'assistance aux repas et aux soins de la bouche ainsi que la prise de médicaments. Les services d'assistance personnelle sont prodigués par des aides-soignants, appelés *Health Care Aide*, *Personal Support Worker* ou *Community Health Worker*, selon la province.

Les services d'assistance personnelle inscrits dans le plan de soins de l'utilisateur peuvent, en Alberta et en Colombie-Britannique, être prodigués par des employés du secteur public ou des fournisseurs sous contrat avec l'instance publique. En Ontario, ce sont toujours les organismes fournisseurs contractuels qui assurent ces services (SO, s.d.). En Alberta, un tiers des services d'assistance personnelle sont prodigués par des fournisseurs sous contrat (EY, 2019; HQCA, 2019). En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé tente, depuis 2020, de réduire le recours aux fournisseurs privés dans les autorités régionales où cette pratique était plus répandue et d'intégrer le personnel au réseau public (Shaw, 2019). Dans les trois provinces, les fournisseurs sous contrat doivent être agréés et respecter les normes précisées dans la réglementation; en Ontario, ils doivent aussi figurer, comme pour les services professionnels, sur une liste de fournisseurs préapprouvés par Santé Ontario.

Un autre moyen d'assurer la qualité des services d'assistance personnelle est d'imposer des conditions sur la formation des aides-soignants, qui ne sont toujours pas encadrés par un ordre professionnel. En Alberta, les fournisseurs de services sont tenus d'assurer que les aides-soignants aient complété une formation approuvée, réussi un examen standardisé et soient supervisés par un professionnel de la santé autorisé. (AH, 2023; *Continuing Care Health Service Standards*) En Colombie-Britannique, les aides-soignants doivent être inscrits à un registre centralisé, lequel recense les cas d'abus et contrôle la validité des programmes de formation (BCMOH, s.d.-g). En Ontario, l'uniformisation de la formation et la mise en place d'une autorité centrale pour inscrire et surveiller les aides-soignants sont présentement en développement (Lentsch, 2021; *Projet de loi 283, Loi de 2021 visant à faire progresser la surveillance et la planification dans le cadre du système de santé de l'Ontario*). Le besoin de trouver rapidement de la main-d'œuvre rivalise avec le désir de mieux contrôler les critères de formation et d'inscription.

Nous voyons des divergences quant aux frais exigés pour les services d'assistance personnelle. En Colombie-Britannique, il n'y a aucuns frais aux usagers pour les deux premières semaines de services d'assistance personnelle, ni pour les personnes en soins palliatifs et en fin de vie (six mois). En ce qui concerne l'assistance personnelle de longue durée, la contribution de l'usager est établie en fonction du revenu familial jusqu'à un maximum de 300\$/mois. Les personnes à faible revenu sont exonérées des frais. Dans les faits, en 2019, 65% des usagers en Colombie-Britannique ne payaient aucune contribution, tandis que 35% payaient entre 28\$ et 62\$ par jour (OSA, 2019). Les méthodes de calcul des subventions sont détaillées dans le Home and Community Care – Policy Manual.

En Alberta et en Ontario, les instances publiques assument les coûts des services d'assistance personnelle qui sont inclus dans les plans de soins. Cependant, les communications publiques précisent clairement que les services publics doivent compléter, et non remplacer l'assistance offerte par les proches et par le secteur communautaire. Selon le site Web de l'Alberta Health Services : *« Certains services pourraient ne pas être offerts par l'Alberta Health Services et pourraient demander une combinaison de services obtenus au privé, de personnes proches aidantes ou des organismes communautaires. »* Et en Ontario : *« Les gestionnaires de cas tiennent compte, dans leur évaluation des besoins : de la capacité des proches, de la disponibilité des services publics et de la possibilité de diriger le patient à des services autres que des services de santé. »* L'Ontario précise aussi le nombre maximal d'heures de services d'assistance personnelle qui sera couvert par les fonds publics : 120 heures par mois pour le premier mois, et 90 heures par mois par la suite.

Chaque province offre aussi une modalité autodirigée par la personne ou la famille (une allocation directe) qui leur permet d'engager l'employé de leur choix pour prodiguer les services inclus dans le plan de soins. En Alberta et en Colombie-Britannique, cet employé ne peut être un membre de la famille (parent, enfant, conjoint) sauf dans des cas exceptionnels et avec une préapprobation du réseau public. Dans les trois provinces, la personne ou la famille sont responsables de l'embauche, de la gestion, de la supervision ainsi que des exigences de paiement et de déclaration pour cet employé. Cette modalité est utilisée principalement pour une clientèle avec des besoins d'assistance personnelle lourds, une condition médicale stable et la capacité de gérer ces services seule ou accompagnée d'un proche ou d'un groupe de soutien. L'usager reçoit un montant de l'autorité régionale calculé selon les besoins évalués dans le plan de soins et se procure les services directement.

Les provinces imposent toutes certaines balises sur l'utilisation de cette modalité. En Ontario, on précise qu'elle s'applique en circonstances « extraordinaires » dues, par exemple, à l'horaire, la langue, la culture ou l'éloignement. En Colombie-Britannique, l'utilisateur qui utilise la modalité Choice in Supports for Independent Living (CSIL) reçoit chaque mois un montant de l'autorité régionale de santé qui correspond aux services inclus dans son plan de soins, déduction faite de la même contribution usager (maximum 300 \$/mois) que pour les services offerts par le réseau public. Le montant est calculé selon les CSIL Categories of Need Guidelines, et le taux horaire minimal pour l'employé est fixé par règlement. Dans le programme de l'Alberta, l'entente de soins autogérés est un contrat légal entre l'Alberta Health Services et l'utilisateur qui régit les conditions du financement. En 2023, l'Alberta a introduit une nouvelle modalité, le Client Directed Home Care Invoicing Program, qui permet à l'utilisateur de choisir son propre fournisseur (entreprise) privé de services; celui-ci doit être agréé et préapprouvé par l'Alberta Health Services. Le fournisseur est ensuite payé directement par l'Alberta Health Services pour les services inclus dans le plan de soins de l'utilisateur. Les accords sont signés d'abord pour une durée de six mois, et d'un an par la suite (AHS, 2019b).

Les services d'aide domestique et de soutien civique

La catégorie aide domestique et soutien civique comprend des services tels que l'aide-ménagère, l'aide avec les finances personnelles, les popotes roulantes, les visites de bienveillance, les activités sociales, le transport, l'accompagnement ainsi que les services de soutien et de répit pour personnes proches aidantes.

En Alberta et en Ontario, la réglementation précise les volets d'aide domestique qui peuvent figurer dans le plan de soins et être offerts sans frais pour certaines clientèles : en Ontario, il s'agit des personnes qui requièrent aussi des services d'assistance personnelle ou qui reçoivent des soins de fin de vie; en Alberta, ce sont les personnes qui reçoivent des soins palliatifs, qui sont en attente de placement dans un centre d'hébergement de soins de longue durée ou pour qui ces services permettraient d'éviter un tel placement. Les services d'aide domestique peuvent être prodigués, selon la province et la clientèle, par des employés publics, des organismes fournisseurs (à but lucratif ou non) sous contrat avec l'autorité publique, des organismes communautaires ou des employés autodirigés par l'utilisateur. Les gestionnaires de cas assument un rôle de référencement, soutenus par des outils de navigation tels que les services 211. En Alberta, l'utilisateur qui est aiguillé vers des services d'aide domestique et qui ne fait pas partie des groupes mentionnés plus haut doit payer les frais mensuels fixés par le ministère de la Santé. Ces frais ne s'appliquent pas aux usagers qui reçoivent le supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral ou autre allocation sociale.

En Colombie-Britannique, les services d'aide domestique et de soutien civique ne font pas partie du programme public de services de SAD. Les gestionnaires de cas font des référencements aux organismes communautaires. Au cours des dernières années, le programme Healthy Aging de United Way a joué un rôle central, avec le soutien financier du ministère de la Santé, dans l'offre de services d'aide domestique et de soutien civique aux personnes âgées dans la province. United Way (Centraide) est un organisme de charité qui travaille avec des partenaires pour améliorer les conditions de vie et bâtir des collectivités fortes, avec des chapitres dans toutes les régions locales à travers le Canada. La promotion du bénévolat fait partie intégrale du mandat de l'organisme. Les bénévoles sont d'importants prestataires de services : dans les programmes United Way-Healthy Aging en Colombie-Britannique, 43 % des services offerts sont prodigués par des bénévoles, et 53 % de ces bénévoles sont des aînés (UnitedWayBC, 2022b). La contribution de l'utilisateur pour les services d'aide domestique et de soutien civique est déterminée selon son revenu. Les personnes âgées à faible revenu peuvent accéder aux services gratuitement (BC, 2021).

Les programmes de jour

Les programmes de jour sont conçus pour offrir aux usagers des services de SAD des soins et services dans un centre hors du domicile, ainsi qu'un répit aux personnes proches aidantes. Ces services sont offerts par des organisations publiques (hôpitaux ou centres d'hébergement et de soins de longue durée) ou des organismes privés avec ou sans but lucratif, et sont financés par les instances publiques avec une contribution usager (environ 10\$/jour dans les trois provinces). Divers prestataires sont impliqués, selon la clientèle. Par exemple, en Alberta, l'Adult Day Program offre des services d'assistance personnelle (bain, médicaments, etc.) prodigués par des infirmières et des aides-soignants, tandis que le Dementia Day Program offre aussi des services de psychiatrie gériatrique et des services sociaux.

Nous voyons l'émergence de programmes de jour innovants en Alberta (programme CHOICE à Edmonton) qui rassemblent un plus grand éventail de services professionnels, notamment des services médicaux et de pharmaciens et des séjours de nuit. CHOICE est accessible sur référence et demande une contribution usager plus importante (env. 125\$/mois) (CapitalCare, s.d.).

Les équipements médicaux

Les provinces appliquent divers critères pour déterminer la couverture publique des équipements médicaux à domicile, en fonction de la nature des besoins et du revenu familial. En Alberta, les usagers n'ont aucuns frais à payer pour les services cliniques qui accompagnent les équipements ou fournitures médicales, mais ils doivent verser une contribution annuelle correspondant à 25% des coûts des équipements, jusqu'à un maximum de 500 \$ par famille. Les personnes à faible revenu sont exonérées de ces frais. En Colombie-Britannique, il n'y a aucuns frais usagers pour les équipements et fournitures médicales requis dans les deux premières semaines des SAD de courte durée ni pour les soins de fin de vie. En Ontario, les équipements et fournitures médicales font partie du volet professionnel et sont offerts sans frais.

Tableau 3 : Services, prestataires et contributions des usagers

	Services professionnels	Services d'assistance personnelle	Services d'aide domestique et de soutien civique
Type de services offerts	Services offerts dans les trois provinces : - évaluation et réévaluations des besoins - développement du plan de soins - gestion des plaies - gestion des maladies chroniques (en personne ou par télésoins) - gestion des médicaments - physiothérapie, ergothérapie, services sociaux - coordination avec les autres prestataires de services En Alberta : - Prévention, dépistage, optimisation des fonctions et formation en autogestion En Ontario : - services culturellement adaptés aux autochtones - gamme élargie et intensifiée de services pour la clientèle en soins palliatifs	Services offerts dans les trois provinces : - hygiène personnelle (bain et toilette) - habillement - propreté et gestion de l'incontinence - mobilisation et transfert - assistance aux repas, aux soins de la bouche et aux médicaments	Services offerts dans les trois provinces : - popote roulante - aide-ménagère - aide avec les courses - finances personnelles - visites de bienveillance - transport - activités sociales - répit et soutien aux proches aidants
Prestataires	Dans les trois provinces : le gestionnaire de cas qui effectue les évaluations et définit le plan de soins doit toujours être un employé de l'instance publique. En Colombie-Britannique et en Alberta : ces services sont prodigués par des professionnels autorisés employés par l'instance publique ou des prestataires agréés sous contrat. En Ontario : ces services, mis à part certains services infirmiers spécialisés, sont tous prodigués par des organismes fournisseurs contractuels qui sont préapprouvés par Santé Ontario. Ces organismes privés peuvent être sans but lucratif (tel VON) ou à but lucratif.	En Colombie-Britannique et en Alberta : les services d'assistance personnelle inclus dans le plan de soins peuvent être prodigués par : - des aides-soignants employés par les instances publiques - des aides-soignants employés par des fournisseurs sous contrat avec l'instance publique - des employés engagés directement par l'utilisateur En Alberta : l'utilisateur peut choisir l'entreprise fournisseur qu'il préfère, à partir d'une liste de fournisseurs préapprouvés par l'autorité publique et les services sont payés par le régime public. En Ontario : les services d'assistance personnelle sont tous prodigués par des organismes fournisseurs contractuels qui sont préapprouvés par Santé Ontario. Dans les trois provinces : certains usagers peuvent utiliser une modalité de services dirigée par l'utilisateur et embaucher la personne de leur choix.	Dans les trois provinces : cette aide est surtout prodiguée par des organismes communautaires. En Ontario : on distingue les services d'aide domestique, qui peuvent être prodigués aux frais du public sous certaines conditions, et les services de soutien communautaire, pour lesquels les frais sont fixés par les organismes communautaires qui les offrent, et les gestionnaires de cas ne jouent qu'un rôle de référencement. En Ontario et en Alberta : l'aide domestique incluse dans le plan de soins peut être prodiguée par des employés dirigés par l'utilisateur. En Colombie-Britannique : le ministère de la Santé confie à United Way et son programme Healthy Aging le financement et la responsabilité pour soutenir les organismes communautaires dans leur offre de services aux personnes âgées par le programme Healthy Aging.

	Services professionnels	Services d'assistance personnelle	Services d'aide domestique et de soutien civique
Contribution usager	Dans les trois provinces : aucune contribution usager n'est demandée pour les services professionnels.	En Colombie-Britannique : sans frais usagers pour les deux premières semaines et pour les personnes en soins palliatifs et de fin de vie (6 mois). Pour les SAD longue durée, une contribution usager en fonction du revenu familial jusqu'à un maximum de 300\$/mois est demandée. Les personnes à faible revenu en sont exonérées. En Alberta : aucuns frais pour les services d'assistance personnelle inclus dans le plan de soins. En Ontario : sans frais usagers, mais une limite de 120 heures dans les 30 premiers jours et un maximum de 90 heures pour chaque période subséquente de 30 jours (avec exceptions).	En Ontario : l'entretien ménager, les courses et les finances personnelles sont sans frais pour les usagers qui reçoivent aussi de l'assistance personnelle ou des soins palliatifs et de fin de vie. Les services autres que ceux-ci sont offerts par des organismes communautaires qui peuvent exiger des frais selon le revenu de l'utilisateur. En Alberta : l'aide domestique est sans frais pour les personnes qui reçoivent des soins palliatifs ou attendent un placement en hébergement. Les autres usagers pourraient avoir à payer des frais, aux montants fixés par le ministère de la Santé. En Colombie-Britannique : les organismes communautaires peuvent exiger des frais qui sont modérés selon le revenu de l'utilisateur.

LES SOUTIENS FINANCIERS AUX PERSONNES ÂGÉES ET À LEURS PROCHES AIDANTS

En plus des services de SAD du système de santé et des services sociaux, chaque province offre aussi différentes formes de soutien financier pour aider les personnes en perte d'autonomie à subvenir à leurs besoins. Quatre types de soutiens financiers sont offerts dans les provinces étudiées : des suppléments de revenu, des soutiens au logement, des subventions pour l'adaptation du logement et du soutien aux proches aidants. Le tableau 4 : « Soutiens financiers provinciaux » (voir annexe B) présente les principaux programmes disponibles dans chaque province. Ces programmes dépassent la sphère de la santé, impliquant d'autres ministères. Au niveau du logement, certains programmes visent les personnes propriétaires de leur domicile en offrant un mécanisme permettant de reporter le paiement des taxes foncières jusqu'au moment de la vente du domicile. De plus, d'autres offrent un soutien aux personnes locataires. Les logements subventionnés pour personnes âgées à faible revenu constituent une autre mesure de soutien et forment souvent un volet du programme général de logement abordable.

Du soutien à l'adaptation du domicile pour en assurer l'accessibilité en cas de perte de mobilité est offert en forme de remboursement ou de prêt de longue durée à taux préférentiel jusqu'à un plafond donné. L'admissibilité dépend du revenu du ménage et de la valeur de la résidence, et on impose des plafonds et des conditions telles que la préapprobation des travaux (souvent en fonction d'une évaluation des besoins ou d'une attestation d'une incapacité par un professionnel de la santé) et l'obtention de plus d'une estimation pour les travaux. Ces soutiens sont destinés aux personnes propriétaires de leur domicile ou du domicile où la personne habitera (par exemple, chez un de ses enfants).

Le gouvernement fédéral offre aussi du soutien financier aux personnes âgées à faible revenu et/ou en perte d'autonomie. Le tableau 5 : « Soutiens financiers fédéraux », présenté à l'annexe C, présente les populations cibles, les caractéristiques des programmes et leurs modalités. Le supplément de revenu garanti est important, non seulement pour assurer que les personnes âgées ne se trouvent pas destituées, mais aussi parce que plusieurs programmes provinciaux utilisent le supplément pour définir l'admissibilité à leurs propres subventions ou soutiens. Les crédits d'impôt fédéraux (en raison de l'âge, pour accessibilité domiciliaire et pour aidants naturels) sont non remboursables. Ils peuvent, cependant, être transférés ou partagés avec un conjoint. Le programme d'assurance-emploi du gouvernement fédéral offre des prestations aux proches aidants d'une personne gravement malade ou blessée (16 semaines) ou qui requiert des soins de fin de vie (26 semaines).

SECTION 2 : TENDANCES EN MATIÈRE DE SERVICES DE SAD

Cette section explore les tendances qui émergent en regardant les caractéristiques des programmes de services de SAD dans les trois provinces discutées dans la première section, ainsi que les éléments de gouvernance soulignés dans les fiches par province (voir annexe A). Ces tendances comprennent des stratégies au niveau de la planification des services, de l'allocation des ressources financières, de la contribution de divers prestataires, incluant les personnes proches aidantes, et du suivi des résultats. Elles sont parfois perceptibles dans les trois provinces, et parfois ressortent comme des approches novatrices dans l'une ou l'autre qui semblent répondre à des défis partagés.

TENDANCES DANS LA PLANIFICATION DES SERVICES

Une planification informée par les données issues du Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC)

La Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario utilisent les données d'évaluation du système RAI-HC non seulement pour établir les plans de soins et suivre l'évolution de l'autonomie de la personne, mais aussi pour obtenir des informations sur les besoins de la population pour la planification des services. En Ontario, l'Institute for Clinical and Evaluative Sciences (ICES) et ses partenaires produisent des analyses à partir des données administratives et des évaluations RAI au niveau local et les rendent disponibles avec des cartes interactives pour mieux visualiser les écarts (ICES, s.d.). On anticipe que les Équipes Santé Ontario fourniront des données, incluant les données RAI-HC, qui permettront d'examiner les variations dans les résultats et d'identifier à la fois des pratiques prometteuses et des besoins non comblés (Wodchis et al., 2021).

La planification du ministère et de l'Alberta Health Services en Alberta s'appuie sur les données des systèmes d'information et sur les plans de soins de santé des différentes zones, qui intègrent les profils santé des localités qui composent la zone et parfois aussi des consultations auprès de la population locale. En Colombie-Britannique, les autorités régionales de santé sont responsables d'analyser les besoins de leurs populations, exercice que certains font mieux que d'autres : la Fraser Health Authority se distingue dans ce domaine (FraserHealth, 2023). Des conseils provinciaux, tel le Conseil consultatif sur les soins et services aux personnes âgées en Alberta (AHS, s.d), les citoyens-conseillers à Santé Ontario, le Patient Voices Network ainsi que l'Office of the Seniors Advocate en Colombie-Britannique (OSA, 2016; PatientVoices, 2023), infusent une perspective citoyenne/usagère à la planification.

Des réformes pour rendre le continuum de soins et services plus fluide

Les réformes profondes qui sont en cours dans le système de santé et de services sociaux de l'Ontario et la consolidation des lois entourant les différents volets des soins et services aux personnes âgées en Alberta reflètent une volonté de rendre le continuum de soins et de services plus fluide et efficace, à la fois entre différents milieux de vie et entre les services « complémentaires » selon la *Loi canadienne sur la santé* et les services assurés. La formation d'Équipes Santé Ontario, comme regroupements volontaires de prestataires et d'organisations pour servir une population désignée (Wodchis et al., 2021), et la transformation des 14 SSDMC en une agence centrale de services partagée au niveau provincial qui soutiendrait les Équipes Santé Ontario dans la gestion des services de SAD (*Loi sur la prestation commode de soins à domicile*), sont des changements à surveiller.

Le gouvernement de l'Alberta a adopté le PL 11 en 2022 (*Continuing Care Act*), qui a remplacé plusieurs lois régissant les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences Designated Supportive Living ainsi que les soins à domicile et dans la collectivité. Les règlements associés à cette loi traiteront de la capacité d'imposer des copaiements, des conditions d'exonération des contributions des usagers ainsi que de l'obligation pour les prestataires de fournir des informations aux autorités publiques. L'objectif est d'établir une approche cohérente à travers différents milieux de vie et de soins pour les personnes en perte d'autonomie, favorisant ainsi une harmonisation du financement. Les fournisseurs à travers le continuum sont déjà tenus de respecter des normes communes, les Continuing Care Health Service Standards.

TENDANCES DANS L'ALLOCATION DES RESSOURCES

Un virage des budgets santé vers le domicile qui demeure difficile malgré la centralisation

La centralisation de la gouvernance du système de santé et des services sociaux est souvent promue pour permettre une meilleure intégration des services et un recalibrage des dépenses du secteur médico-hospitalier vers les services à domicile et dans la communauté. Cependant, les évidences pour appuyer cette hypothèse demeurent faibles. Une analyse qui a comparé l'évolution de la répartition des budgets en Ontario (avec ses agences régionales) et en Alberta (avec son agence consolidée) montre une croissance semblable entre 2008-09 et 2016-17 dans la part des budgets de santé consacrée aux services à domicile et dans la communauté (Barker et Church, 2022). Le soutien à domicile demeure le parent pauvre dans les systèmes de santé canadiens, en compétition constante avec les soins aigus — incluant des soins aigus à domicile — et aussi les centres d'hébergement de soins de longue durée pour des budgets limités.

Une protection des budgets destinés aux services communautaires pour agir en prévention

La prévention de la perte d'autonomie et l'autonomisation ne sont pas priorisées dans les programmes de services de SAD des trois provinces étudiées. Cette situation est devenue plus préoccupante avec la priorisation des SAD post-hospitaliers au cours des dernières décennies. Le programme ontarien d'autonomisation est implanté dans les hôpitaux et vise à accélérer le congé (INESSS, 2015). Les évaluations qui déterminent l'admissibilité aux services de SAD intègrent une perspective biomédicale, mettant l'accent sur l'autonomie fonctionnelle au détriment de l'autonomie sociale ou relationnelle pourtant essentielle pour lutter contre l'isolement et la détresse (Marier, 2021). Le mouvement vers l'autonomisation et la prévention primaire passent beaucoup par les activités du secteur communautaire en aide domestique et soutien civique et social qui peine pourtant à assumer leur place dans les programmes de SAD. Plusieurs provinces ont une longue tradition d'organismes offrant des services de SAD qui sont fortement ancrés dans les communautés, avec une gouvernance citoyenne et des sources de financement variées.

La Colombie-Britannique se distingue en séparant l'allocation des ressources provenant du ministère de la Santé pour le volet communautaire des budgets des autorités régionales de santé. Cette décision de 2021 reconnaît que la pression des soins aigus sur les autorités régionales est telle que les services de soutien communautaire seraient toujours en fin de file pour les fonds publics⁵. La province confie à United Way (Centraide) le rôle central dans la planification et l'offre de services, tant de soutien civique pour contrer l'isolement et tisser des liens sociaux que pour l'aide domestique. Le financement du ministère de la Santé transite par United Way pour subventionner ces services aux personnes âgées, supplémenté par des dons individuels et corporatifs et des subventions des municipalités et du gouvernement fédéral. L'identification des besoins et la conception des actions se font localement et les fonds levés par chaque United Way local sont investis localement. De plus, le fait que United Way soutient et coordonne l'ensemble des organismes communautaires est prometteur pour le développement de stratégies intergénérationnelles et intersectorielles et un renforcement des communautés d'entraide. Le développement et l'appui du bénévolat sont des composantes centrales du mandat de ces organismes et aident à assurer une main-d'œuvre suffisante pour répondre aux besoins (UnitedWayBC, 2021). Comme indiqué précédemment, en Colombie-Britannique, 43 % des services des programmes Healthy Aging sont fournis par des bénévoles, et 53 % de ces bénévoles sont des personnes âgées. Le bénévolat contribue à maintenir les liens de la personne vieillissante avec son milieu et à prévenir l'isolement et la perte d'autonomie.

5 Le raisonnement du gouvernement est confirmé par un informateur clé de la province, et a été inspiré en partie par les études sur les effets de la solitude sur la perte d'autonomie et les efforts, surtout en Grande-Bretagne, pour contrer et prévenir la solitude.

Une contribution des proches qui est attendue, mais inadéquatement soutenue

Dans les trois provinces, l'allocation des services de SAD tient compte de la contribution des proches aidants, mais les soutiens qui permettraient ou faciliteraient l'exercice de cette responsabilité sont moins évidents. Les règlements qui encadrent les services de SAD en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario soulignent que les services de SAD publics sont un complément et non un substitut aux soins et services prodigués par les proches. Ils stipulent que les capacités et la disponibilité des aidants naturels soient prises en compte dans l'évaluation des besoins des usagers. Ils reconnaissent également, dans ces règlements, la contribution essentielle de ces aidants et l'obligation des professionnels de collaborer avec eux dans l'élaboration du plan de soins, ainsi que de les former dans les actes délégués (CCEA, 2022). Chacune des provinces dispose de programmes, subventionnés à différentes mesures, de répit et de programmes de jour, et des soutiens financiers sont disponibles au niveau fédéral. Cependant ceux-ci ne sont pas suffisants pour empêcher l'appauvrissement et la détresse des proches. Dans les mots de Fast (Fast et al., 2021) : « Bien que le contexte politique favorise discrètement les soins familiaux, le contexte démographique est marqué par une discrète disparition des aidants familiaux » (traduction libre⁶).

Une offre de services navigable

L'une des demandes prioritaires formulées par les personnes âgées à travers le pays est la nécessité de disposer de guides clairs sur les services offerts (CCEA, 2022). À cet égard, la Colombie-Britannique se distingue en offrant des guides et des services de repérage des services à la fois imprimés, par téléphone et en ligne, dans une multitude de langues⁷. De plus, la ressource 211 parvient à maintenir à jour le répertoire des programmes locaux grâce à sa gestion par United Way, qui est le point de contact commun des organismes communautaires (BC211, s.d.). En Alberta, le gouvernement facilite l'accès aux suppléments de revenu et la transition entre différents programmes de soutien et offre l'inscription libre-service. Dans les trois provinces, les lois et les règlements qui encadrent les services de SAD précisent les conditions d'accès, les services auxquels ont droit les différentes clientèles et les limites de ces services.

6 « One might conclude that while the policy context is one of 'family care by stealth', the demographic context is of stealthily disappearing family carers. »

7 Voir par exemple le Seniors' Guide BC Ministry of Health (BCMOH, 2020b). et, pour les communautés des Premières Nations le *Programs and services 2023/2024* (FNHA, 2023).

TENDANCES CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES

Un fardeau d'allocation des ressources porté par les gestionnaires de cas

Dans chaque province, l'accès aux services professionnels et d'assistance personnelle financés ou subventionnés au public est déterminé par une évaluation formelle des besoins effectuée par un gestionnaire de cas du réseau public et les demandes sont priorisées en conséquence. Ce professionnel joue un rôle clé comme principal point d'accès aux services de SAD et premier responsable de l'allocation des ressources. Dans l'exercice de cette responsabilité, elle doit concilier l'évaluation des besoins, la pression des hôpitaux (dans le cas de SAD post-hospitaliers) et la disponibilité des ressources publiques, privées et communautaires afin de concevoir un plan de soins. Elle est aussi responsable de suivre l'état de la personne et de surveiller et former les proches et autres prestataires qui sont impliqués dans le plan de soins. Des questions se posent sur les capacités de ces gestionnaires à remplir ces rôles, surtout dans un contexte où un plus grand nombre travaillent à titre occasionnel ou à temps partiel et où les outils informationnels ne peuvent assurer une communication fluide entre les divers prestataires de services (Fraser et al., 2019). Un sondage mené par le conseil de qualité de l'Alberta en 2019 révèle que les usagers ne connaissent pas toujours qui est leur gestionnaire de cas, ont des difficultés à le rejoindre et subissent des changements fréquents de gestionnaire (HQCA, 2019).

Des efforts de reconnaissance des aides-soignants, mais une professionnalisation inachevée

La pénurie de main-d'œuvre et la distribution inégale à travers le territoire de celle-ci sont des préoccupations majeures dans les trois provinces qui ont chacune déployé des efforts pour recruter et former des aides-soignants et des infirmières auxiliaires. Certains programmes subventionnent ou rémunèrent la formation et le rehaussement des capacités et offrent des incitatifs financiers et des mesures pour améliorer les conditions de travail. D'autres sont conçus pour favoriser le recrutement des personnes vivant dans les communautés autochtones ou en région rurale, des personnes immigrantes et des jeunes (BCCPA, 2018). Ces efforts doivent composer avec deux décennies de précarisation de cette catégorie d'emploi : l'externalisation du travail d'assistance personnelle et d'aide domestique, l'institution d'appels d'offres fondés sur les coûts (qui encourage le minutage des tâches et réduit la sécurité et la stabilité d'emploi) et la fragilisation d'organisations à but non lucratif. En même temps, chaque province permet la délégation de tâches professionnelles aux aides-soignants (Saari et al., 2018).

Les efforts pour régler cette catégorie de main-d'œuvre se heurtent actuellement à un dilemme entre la nécessité de recruter rapidement et celle d'assurer un niveau adéquat de formation (Bartkiw, 2020). On observe un mouvement inachevé de la professionnalisation (autoréglementation) des aides-soignants. En Alberta, la formation des aides-soignants est encadrée par le Collège des Infirmières Auxiliaires. L'Ontario Personal Support Workers Association collabore avec le gouvernement et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités afin de créer des conditions d'autoréglementation, notamment des programmes de formation et d'évaluations des compétences uniformisés. Ces initiatives pourraient favoriser le respect envers les aides-soignants et faciliter le recrutement. Le statut des aides-soignants importe aussi pour la capacité d'échange d'informations entre ces travailleurs — qui ont un contact régulier avec les usagers — et le personnel professionnel.

Les soutiens pour le rehaussement des capacités — d'aide-soignant à infirmière auxiliaire à infirmière autorisée — qu'on voit en Ontario pourrait améliorer la rétention du personnel, en plus de produire des professionnels mieux préparés et à l'aise d'offrir des soins et services à domicile. Sans une amélioration des conditions de travail et des perspectives d'avancement de carrière, l'augmentation des salaires horaires ne paraît pas suffisante pour améliorer le recrutement et la rétention (Olaizola et al., 2020).

L'intégration des paramédicaux communautaires dans l'écosystème des services de SAD

Les trois provinces reconnaissent que les problèmes d'accès aux services de SAD sont particulièrement ressentis en région rurale et éloignée. Les paramédicaux communautaires peuvent offrir un éventail de soins et de services, notamment la prévention (vaccins, examens, évaluation de risque de chute), les services d'assistance personnelle (prise de médicaments), l'éducation en autogestion, ainsi que des soins actifs (soins primaires, soins palliatifs, hospitalisation à domicile, gestion des urgences) (Agarwal et al., 2020; CHCA, 2018; Ontario, 2020a). Ils ont une diversité de compétences et la capacité de s'adapter à différentes situations et besoins (Shannon et al., 2022). En Ontario, les paramédicaux communautaires sont aussi appelés à offrir des soins aux personnes qui attendent d'être admises en centre d'hébergement et en soins de longue durée. Dans les 3 provinces, ces programmes impliquent une meilleure collaboration entre les milieux de soins — réseaux de soins primaires, hôpitaux, services communautaires — (BCEHS, 2019; Durham, s.d.; IHE, 2017) et posent des défis de partage d'informations (Allana et al., 2022; APBC, 2014). Ils impliquent aussi des changements dans les champs de pratique des professionnels et de nouveaux programmes de formation (BCEHS). Selon l'autorité responsable des services d'urgence, ces programmes peuvent aussi demander une nouvelle forme de collaboration entre les municipalités, les agences de santé et le ministère de la Santé : on voit en Ontario que les municipalités ont des réticences à assumer les coûts pour une responsabilité qui revient à la province. En Alberta, la mise en œuvre semble plus facile étant donné que les services d'urgence sont depuis longtemps sous la gouverne de l'Alberta Health Services. Souvent, plus d'un facteur motive l'introduction de ces acteurs. En plus d'assurer l'accès à des services de SAD pour des populations mal desservies, les programmes de paramédicaux communautaires peuvent aider à stabiliser le personnel de services d'urgence en région en transformant en postes réguliers des postes, qui étaient auparavant à temps partiel ou sur appel (comme en Colombie-Britannique), ou encore (comme en Ontario), à permettre des congés précoces de l'hôpital et réduire la pression sur les soins aigus.

Des approches volontaires pour permettre une coordination avec les services médicaux

La formation de réseaux volontaires de médecins de famille est encouragée dans les trois provinces pour améliorer la coordination et l'efficacité des soins et services dans un contexte où les médecins demeurent des praticiens autonomes. De différentes manières, ces réseaux offrent une occasion de mieux intégrer les services médicaux et les services de SAD du réseau public (Edmonton, 2016; VIHA, 2020) et d'encourager la responsabilité populationnelle et le travail interdisciplinaire. Les Strategic Clinical Networks en Alberta (AHS, 2019a) et les Équipes Santé Ontario (Wodchis et al., 2021) vont encore plus loin, visant à optimiser les activités sur tout un continuum de soins afin d'améliorer les résultats de santé du patient et l'utilisation des ressources du système. Les personnes âgées en perte d'autonomie sont une des populations qui suscite le plus grand intérêt dans ces réseaux. Rappelons que ces réseaux demandent un soutien important pour la planification, la mise en œuvre, la gestion des relations entre les partenaires ainsi qu'un soutien en recherche et en évaluation (SO, 2021). Ils demandent aussi une redéfinition des attentes du Ministère et de nouvelles mesures de performance qui englobent différents milieux de soins et différents prestataires (voir, pour l'Ontario, la *Loi pour des soins interconnectés*). En Ontario, le ministère de la Santé soutient la Health Services Performance Network, qui se penche sur le développement et le suivi d'indicateurs de performance pour les Équipes Santé Ontario (HSPN, 2023). En Alberta, des chercheurs, ainsi que des conseillers patient-famille, sont intégrés dans chaque Strategic Clinical Network (AHS, 2023b). Selon Barker et Church (2022), l'approche volontaire et autogouvernante des Équipes ontariennes (et de leurs précurseurs les Health Links), ainsi que des réseaux albertains, incite les médecins à accepter un rapprochement avec et une imputabilité envers les services publics.

TENDANCES DANS LE SUIVI DES RÉSULTATS

Un suivi des résultats qui ne reflète pas encore les priorités des personnes âgées

Les renseignements recueillis au moyen des évaluations RAI-HC et transmis aux instances publiques permettent de faire un certain suivi des services de SAD. L'adhésion aux obligations de transmettre les résultats est un premier défi : la lourdeur de l'outil en est un deuxième. Des efforts sont en cours au sein du consortium RAI pour étudier la suffisance de la version courte de l'évaluation pour certaines populations (Sinn et al., 2022). La publication des résultats standardisés du RAI-HC par l'Institut canadien d'information sur la santé rend transparente la performance des différentes régions, zones et provinces.

On voit très peu d'implication des usagers dans les évaluations des services de SAD. Les sondages sont effectués de manière ponctuelle et ne permettent pas de suivre les changements sur le temps dans la réponse aux besoins prioritaires des personnes âgées et de leurs proches. La présence de l'Office of the Seniors' Advocate en Colombie-Britannique semble ajouter une certaine force aux voix des usagers avec des rapports annuels et la capacité de mener des sondages de satisfaction périodiques. Le développement par l'Institut canadien d'information sur la santé d'indicateurs qui reflètent mieux les priorités des usagers et du système est une avancée prometteuse pour le contrôle de la qualité et de la pertinence des services de SAD.

DES MILIEUX DE VIE EN MUTATION

Une dernière tendance, qui mériterait une exploration plus exhaustive, est la mutation des définitions des milieux de vie des personnes âgées et la provenance et le financement des services de SAD dans chacun. Les services de SAD sont souvent présentés comme étant une solution préférable aux soins institutionnels. L'émergence et l'expansion rapide de diverses catégories de milieux de vie collectifs, autres que les centres d'hébergement et soins de longue durée, complexifient l'écosystème des services de SAD. Les résidences pour personnes âgées qui sont pour la plupart privées, à but lucratif ou sans but lucratif, dans chacune des provinces étudiées, étaient conçues pour des personnes plutôt autonomes et capables de prendre des décisions par elles-mêmes. Elles offrent des services de repas et d'entretien ménager aux frais de l'usager et intègrent les coûts de ces services dans le loyer. Avec la lourdeur croissante des besoins de leur clientèle, les limites sur le nombre de services que ces résidences peuvent offrir ont graduellement été réduites et même abolies afin de prévenir des transferts en centre d'hébergement et permettre aux gens de vieillir dans une même place. Le fardeau croissant des coûts associés à ces services privés peut être compensé par des allocations provenant de l'agence publique ou par le biais de crédits d'impôt. Il peut aussi être compensé par une offre de services publics à l'intérieur de la résidence, si la personne est jugée admissible après une évaluation par un gestionnaire de cas du réseau public. Cette transition a suscité des appels en faveur d'une réglementation accrue des résidences et d'une coordination avec les agences publiques. Les provinces font face aujourd'hui à d'importants défis pour réduire les déplacements des personnes âgées en cas de perte d'autonomie, mais aussi pour assurer une certaine équité dans l'accès aux services, ainsi qu'une qualité et une sécurité adéquate (Perry, 2020).

En même temps, la crise du logement touche les personnes âgées partout au Canada. Les soutiens gouvernementaux peinent à rattraper la montée fulgurante des loyers, et les listes d'attente pour le logement subventionné se prolongent (OSA, 2022). La conjoncture de soutien au logement et services de SAD sera sans doute un des grands défis de la prochaine décennie.

STIMULER L'INNOVATION EN SERVICES DE SAD

Dans les trois provinces, nous constatons des initiatives visant à renforcer les capacités et à lever les barrières à l'innovation. L'aspect à retenir de ces efforts est que l'amélioration demande des occasions de concertation entre acteurs de différents milieux, au sein, mais aussi au-delà du système de santé. Nous soulignons trois exemples ici :

- En Alberta, le Seniors Health Strategic Clinical Network propose une communauté de pratique qui réunit décideurs, chercheurs, usagers et prestataires sur tout le continuum pour développer et diffuser des pratiques exemplaires dans le domaine des soins aux personnes âgées (AHS, 2019a). Le modèle, initialement développé par des médecins, vise à identifier les bonnes pratiques à toutes les étapes d'une trajectoire de soins, à les mettre en œuvre pour réduire les variations de pratiques et à améliorer les résultats pour les patients tout en optimisant l'utilisation des ressources.
- En Ontario, les agences Services de Santé à domicile et en milieu communautaire collaborent avec les Équipes Santé Ontario pour développer de nouveaux modèles de soins intégrés (SSDMC, 2023). Une communauté de pratique en soins à domicile et dans la communauté a été établie en mai 2022 et comptait 42 membres en février 2023. L'intention est de faciliter le partage d'informations pour appuyer la coordination des soins, résoudre des problèmes communs et surmonter des barrières (RISE, 2023).
- En Colombie-Britannique et en Alberta, le programme CORE (Collaborative Online Resources and Education) de Healthy Aging rassemble les acteurs en services communautaires pour renforcer les capacités et les connaissances dans ce domaine et entreprendre des actions intersectorielles au bénéfice des personnes âgées (CORE, 2023).

DE GRANDES AMBITIONS, MAIS DES IMPACTS TOUJOURS MITIGÉS

Malgré les aspirations communes de tous les systèmes de santé au Canada d'effectuer un vrai virage vers les soins et services à domicile, les études et les rapports des vérificateurs généraux des dernières années mettent en évidence un écart significatif entre les objectifs ambitieux des gouvernements provinciaux et les moyens déployés pour les atteindre (Marier, 2021). L'écosystème paraît fragmenté avec des indicateurs qui ne permettent pas d'appréhender les résultats importants pour les personnes ni d'avoir un portrait complet des volets publics, communautaires et privés du secteur. Ces lacunes limitent la capacité du système à anticiper les besoins, planifier les services et allouer les ressources nécessaires, ainsi qu'en assurer leur distribution équitable. Comprendre dans quelle mesure et à quel prix on répond au besoin est d'autant plus complexe du fait du mélange, dans les provinces canadiennes, de modèles de production de services contrôlés par l'état (avec des limites sur l'offre de services selon l'évaluation des besoins) et de modèles de marché où des services privés complémentaires sont offerts, parfois à frais contrôlés, parfois subventionnés par des crédits d'impôt (Marier, 2021).

CONCLUSION

Dans son rapport final de la collection SAD « Bien vieillir chez soi », le bureau du CSBE formule des recommandations pour améliorer la performance de l'écosystème des services de SAD au Québec. Pour ce faire, les auteurs du rapport final se sont inspirés de dispositifs et d'arrangements institutionnels mis en œuvre au Québec, dans les trois provinces canadiennes explorées dans le présent rapport, et dans certains pays développés. Les recommandations du commissaire tiennent compte des enjeux soulevés par les parties prenantes, des limites des ressources publiques, et des valeurs exprimées dans les délibérations des membres citoyens et experts du Forum de consultation du CSBE. La délibération des membres du Forum soulève le caractère global du défi de préserver et de respecter l'autonomie de la personne. Pour y arriver, la participation d'acteurs au-delà du système de santé et des services sociaux sera nécessaire. Les membres soulignent l'importance de soutenir la participation de la personne dans son milieu de vie en s'appuyant sur une logique d'action communautaire. Ils reconnaissent l'importance d'avoir accès à de l'information pertinente, pour les personnes et les proches, concernant les services de SAD pour éviter que les décisions se prennent dans l'urgence lorsqu'ils doivent composer avec une perte d'autonomie et accéder efficacement aux services offerts.

Les modes d'organisation et les stratégies développées au fil du temps en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, dans un contexte populationnel, économique, géographique et législatif semblable à celui du Québec, offrent plusieurs pistes prometteuses. Parmi celles-ci, nous en retenons certaines qui ont un potentiel particulièrement intéressant pour améliorer la performance des services de SAD au Québec.

Nous voyons, dans leurs expériences, l'effet bénéfique d'un système d'information intégré facilitant la collecte, l'analyse, les interventions cliniques et la gestion et la planification des services. Nous voyons des incitatifs prometteurs pour recruter et retenir la main-d'œuvre : une meilleure rémunération, oui, mais aussi des voies de développement professionnel qui offrent aux aides-soignants un cheminement de carrière. L'intégration des paramédicaux communautaires dans les services de SAD permet de répondre aux besoins particuliers des communautés rurales et éloignées. Les réseaux volontaires de médecins de famille jettent les bases pour une meilleure implication des médecins dans le soutien à domicile. Nous voyons aussi une communication gouvernementale claire, dans la législation des trois provinces étudiées et dans les guides fournis aux citoyens, à propos des limites des services publics, de leur nature complémentaire aux efforts des proches, des contributions financières requises pour certains services et des conditions d'exemption à ces contributions. La transparence contribue à la prévisibilité et à l'équité de l'offre de services. Des règles d'accès et de financement simplifiées, accompagnées de répertoires fiables et complets des ressources disponibles, répondent aux défis de navigation vécus par les usagers et favorisent aussi une coordination accrue entre les prestataires de services SAD. Nous voyons dans le programme Healthy Aging de United Way, en Colombie-Britannique, un modèle pour protéger le financement des organismes communautaires de la compétition avec les soins aigus, et qui permet une conception et une organisation des services fondée sur les ressources et les capacités locales, qui appuie le bénévolat, incluant l'action bénévole de personnes âgées, et qui encourage l'innovation. Ce dynamisme communautaire semble propice pour briser la solitude des personnes âgées tout en offrant des services d'aide domestique, de transport, de repas, etc. qui permettent un maintien à domicile. Enfin, nous voyons, surtout en Colombie-Britannique, un mouvement vers l'autodétermination des communautés Autochtones qui s'effectue en collaboration avec le réseau provincial pour permettre de définir des priorités et concevoir et offrir des services qui correspondent aux valeurs et aux priorités de leurs communautés.

Ces initiatives retiennent notre attention pour leur contribution potentielle à répondre aux défis et aux enjeux soulevés dans notre examen des services de SAD au Québec. Le Québec a certes des spécificités issues de son histoire, de la structure de son système de santé et de services sociaux et de l'évolution de ses programmes, mais l'expérience partagée avec les provinces canadiennes, de concevoir et d'offrir dans un contexte similaire des services qui permettent aux personnes en perte d'autonomie de rester chez soi dans leur communauté, présente une belle occasion d'apprentissage. Nous espérons que les portraits et l'analyse des tendances présentés ici aident à mieux comprendre les choix qui s'ouvrent à tous pour répondre à des défis communs. Dans les efforts d'amélioration qui nous attendent, il y aurait de belles occasions pour les décideurs et acteurs du réseau de mettre leurs idées en commun avec des collègues dans ces provinces.

**ANNEXE A –
PORTRAITS DES
SYSTÈMES DE
SERVICES DE
SAD EN ONTARIO,
ALBERTA ET
COLOMBIE-
BRITANNIQUE**

ANNEXE A.1. ONTARIO

L'Ontario est de loin la province la plus peuplée du Canada, mais aussi l'une de celles qui dépensent le moins en soins de santé et services sociaux par habitant. Les 65 ans et plus représentent 18,5% de la population totale (ICIS, 2021). La province investit maintenant pour augmenter les capacités du système sur les 10 prochaines années, prévoyant 52 projets hospitaliers, 30 000 nouveaux lits en centre d'hébergement et soins de longue durée et une augmentation des soins et services à domicile (Ministère de la Santé de l'Ontario – MOH, 2022; Ontario, 2020b).

Objectifs

L'objectif du programme ontarien de Soins à domicile et en milieu communautaire est de permettre aux personnes âgées, ainsi qu'aux personnes de tous âges vivant avec des incapacités ou des maladies chroniques, de vivre en sécurité dans leurs collectivités. Il y a un souci de réduire la pression exercée sur d'autres milieux de soins (MOH, 2022). Le gouvernement s'efforce de mettre fin à la « médecine de couloir » en transitionnant vers un système de santé intégré centré sur le patient. Cette transformation est en cours de réalisation à la suite de l'adoption de la *Loi de 2019 pour les soins interconnectés*, marquant ainsi une restructuration majeure du système de soins de santé et de services sociaux en Ontario.

Rôles et responsabilités

Le ministère de la Santé assure la direction du système de santé, mais adopte une posture qu'on caractérise de « stewardship » ou d'intendance, plutôt qu'un contrôle direct. L'Ontario n'a jamais aboli les conseils d'administration de ses établissements de santé et a introduit très tardivement des structures régionales, les Réseaux locaux d'intégration des services de santé, qui ont d'ailleurs changé de mouture avec les récentes réformes. Jusqu'en 2019, un seul ministère était chargé de la santé et des soins de longue durée. Après cette date, le ministère des Soins de longue durée encadre les centres d'hébergement et soins de longue durée : construction, réglementation, main-d'œuvre et normes. Ce ministère n'est pas responsable des services de SAD (Ministère des soins de longue durée de l'Ontario – Ontario, 2022b).

La loi de 2019 a fusionné 22 agences et organisations distinctes pour créer Santé Ontario, qui devient responsable de la mise en œuvre des orientations élaborées par le ministère de la Santé. Le champ d'action des instances régionales a aussi été redéfini dans cette restructuration. Les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé sont préservés, avec certaines de leurs fonctions exécutives transférées à Santé Ontario⁸. Pour refléter leurs nouvelles responsabilités plus ciblées, ces entités changent de nom pour devenir les SSDMC. Un seul conseil d'administration nommé par le ministre régit tous les SSDMC, et ceux-ci concluent des ententes de responsabilisation avec le ministère de la Santé concernant la planification, la gestion et le financement de leurs activités (SSDMC, 2023). Les SSDMC sont responsables des services de soutien à domicile (SAD) et des soutiens communautaires, des services d'assistance dans les résidences avec soutien (Assisted Living in Supportive Housing) et des services des paramédicaux communautaires. En décembre 2023, la *Loi sur la prestation commode des soins à domicile* a regroupé les 14 SSDMC pour créer Santé à domicile Ontario, une structure centralisée qui encadre les SSDMC (*Loi sur la prestation commode de soins à domicile*).

Santé Ontario collabore étroitement avec les SSDMC (et fera pareil avec Santé à domicile Ontario) pour moderniser et améliorer les services de SAD, offrant du soutien en matière d'élaboration de politiques, d'amélioration de la qualité, d'approvisionnement et de gestion des ressources humaines. Ils mettent également à disposition des outils numériques pour l'évaluation clinique des patients, le suivi des résultats et la prestation de services de SAD (MOH, 2022). Le plan d'affaires annuel de Santé Ontario intègre les priorités stratégiques du ministère de la Santé ainsi que celles du ministère des Soins de longue durée.

Le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité (MSAAO) joue également un rôle dans le maintien à domicile, avec pour mandat d'aider les personnes handicapées et les personnes âgées à demeurer autonomes, en sécurité et actives dans la vie sociale. Ce ministère est responsable d'informer la population sur les programmes et services disponibles, d'encourager l'inclusion sociale et le bénévolat, de surveiller l'Office de réglementation des maisons de retraite, de gérer les programmes de subventions aux projets communautaires pour les personnes âgées et pour les collectivités inclusives et de collaborer avec les autres ministères pour s'assurer que les préoccupations des aînés et des personnes handicapées soient prises en compte dans toutes les politiques (Ontario, s.d.-b).

8 Ce transfert est en continuité avec la création en 2017 de l'agence Service communs pour la santé Ontario pour assumer les fonctions de gestion des ressources humaines et des technologies de l'information, et le soutien au programme de soins à domicile, parmi d'autres.

Afin de promouvoir l'intégration des soins et services, le ministère de la Santé encourage depuis 2019 la formation des Équipes Santé Ontario, des regroupements volontaires de prestataires et d'organisations sur un territoire pour servir une population désignée, dont 57 étaient établis en septembre 2023. Ces équipes travaillent pour offrir un continuum de soins interconnecté — soins aigus, de première ligne, soins et services à domicile, soins de longue durée, santé mentale, services communautaires — ancré dans la communauté (Embuldeniya et al., 2021)⁹. Pour leurs mises en œuvre, les Équipes Santé Ontario doivent développer différentes approches pour engager les prestataires de soins primaires et les médecins et impliquer les patients, les familles et les aidants naturels dans la planification de leurs programmes (HSPN, 2023). Les Équipes Santé Ontario représentent une forme de financement par capitation pour un réseau d'organisations conjointement responsables de la prestation intégrée des soins de santé au niveau local. Chaque équipe conclut avec le ministère de la Santé une entente qui énonce ses obligations en matière de prestation de services à une population définie et de performance sur des indicateurs pertinents à cette population (MOH, 2020; OMA, 2020).

Planification

Santé Ontario joue un rôle dans la planification des services, notamment ceux offerts par les 14 SSDMC (Laher et al., 2019). Santé Ontario maintient une base de données sur l'ensemble des services de SAD offerts par les SSDMC (QSSO, s.d.-b). La planification des services est aussi informée par les Community Health Profiles Partnership produits avec un financement du ministère de la Santé par l'ICES qui analyse les données de santé au niveau local, incluant les données RAI-HC – système d'évaluation utilisé pour évaluer les besoins des personnes, concevoir les plans de soins et suivre les résultats des services de SAD. L'Institut bonifie maintenant ces outils pour permettre de planifier et de suivre les activités et les résultats des Équipes Santé Ontario (OCHPP, s.d.).

9 Ces équipes construisent sur Health Links un modèle de collaboration entre hôpitaux et services dans la communauté développé pour mieux prendre en charge la population complexe à besoins très élevés. Comme les Health Links (Maillons santé), les équipes sont formées de manière volontaire, choisissent leurs orientations spécifiques (population cible) et font une proposition au Ministère pour être reconnues et pour recevoir un financement.

FONDEMENTS LÉGISLATIFS DES SERVICES DE SAD

La *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* a été abrogée en 2022 (*Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires*, ch. 26) et remplacée par un règlement pris en application de la *Loi sur les Soins continus* (2019). Le règlement (*Règlement sur les services de soins à domicile et en milieu communautaire*, 187/22; ch. 5, Sced 1) définit la nature des services, les conditions d'admissibilité et de couverture publique, la prestation des services ainsi que le contrôle de la qualité et la gestion des plaintes. Le règlement présente l'admissibilité aux services financés par le secteur public avec une formulation qui suggère de les réserver pour les personnes avec des besoins importants (« ne peuvent être offerts que si... »).

FINANCEMENT DES SERVICES DE SAD

Le gouvernement poursuit les efforts de ses prédécesseurs pour trouver des moyens de répondre aux besoins des patients complexes dans la communauté, tout en investissant massivement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée avec 30 000 lits, promis sur 10 ans. Entre 2010 et 2019, la proportion des dépenses en services de SAD a passé de 6 % à 10 % des dépenses totales en santé, tandis que la part de financement en centre d'hébergement a diminué de 7,7 % à 7 % (NIA, 2019).

Le programme des services de SAD est financé par le ministère de la Santé, et l'admissibilité est déterminée selon une évaluation effectuée par un professionnel du SSDMC de la région. Certains services d'aide domestique et de soutien communautaire peuvent nécessiter un copaiement pour certains usagers.

Le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité investit dans des projets d'organismes communautaires qui aident les personnes âgées à demeurer actives et connectées à leur communauté en encourageant le bénévolat et l'inclusion sociale. De 2018 à 2022, 950 subventions allant jusqu'à 25 000 \$ par an ont été distribuées (Ontario, 2022a, communiqué de presse du 4 mars). D'autres ressources pour promouvoir l'autonomie sont accessibles à travers la stratégie ontarienne en matière de démence : le programme Bien chez soi pour les aînés, l'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario et le crédit d'impôt de l'Ontario pour les aidants naturels (Laher et al., 2019).

La province distribue des fonds directement à chacune des 133 collectivités autochtones afin de renforcer l'accès à des services de SAD adaptés à leur culture. L'Ontario élargit également l'accès aux services de SAD dans près de 25 sites de prestation de services dans la province afin d'aider les autochtones vivant en milieu urbain à accéder plus facilement aux services dont ils ont besoin (MOH, 2022; Ontario, 2018).

Soutien au logement et supplément de revenu

Le gouvernement ontarien offre aux personnes âgées certaines mesures fiscales et subventions qui les aident à rester chez elles. Un crédit d'impôt remboursable est offert à toutes personnes de 65 ans et plus (ou à un membre de la famille qui habite avec celle-ci) pour des travaux qui assurent l'accessibilité et la sécurité du domicile (Ontario, 2023). Les personnes âgées propriétaires peuvent recevoir une subvention pour les taxes foncières (GC, s.d.). Depuis 2022, un supplément de revenu est offert aux personnes âgées qui reçoivent le supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral (Ontario, s.d.-c).

Offre de services

Les services de SAD s'adressent aux personnes qui résident dans un domicile privé ou une résidence pour personnes âgées¹⁰ et qui vivent une perte d'autonomie, des incapacités physiques ou maladies chroniques. Ils sont également destinés à une clientèle post-hospitalisation ou en soins palliatifs et de fin de vie.

10 Les maisons de retraite (*retirement homes*) sont des foyers privés dans lesquels une personne peut louer une chambre. L'Ontario compte 60 000 résidents répartis dans 750 maisons de retraite privées titulaires d'un permis (ORMR) (<https://www.rhra.ca/fr/>). Les maisons doivent offrir au moins deux services de soutien personnel, payés par les résidents, qui peuvent, après une évaluation par un ou une gestionnaire de cas du SSDMC, aussi recevoir des soins et services « à domicile » subventionnés. Le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité supervise l'Office de réglementation des maisons de retraite qui gère l'Act et ses règlements de ce secteur (Retirement Homes Regulatory Authority [RHRA] Act, 2010).

Selon les règlements de la *Loi sur les soins continus*, un coordonnateur des soins d'un SSDMC¹¹ évalue les besoins de la personne et crée un plan de soins, qui détermine le type, l'intensité et la durée des soins et services. La personne est évaluée avec un outil court de la suite d'instruments interRAI, le RAI Contact Assessment¹². Si, à partir des résultats, on s'attend à ce que l'usager ait besoin de SAD de longue durée (plus de deux mois), la version intégrale du RAI-HC est utilisée pour évaluer les besoins et développer le plan de soins. Les SSDMC gèrent des listes d'attente centralisées qui sont classées selon l'urgence des besoins. L'évaluation des besoins prend en compte : la disponibilité et la capacité de la famille et d'autres proches de prendre soin de la personne, la disponibilité des services publics pour répondre à ses besoins et la possibilité de diriger la personne à des services autres que des services publics de santé. Les personnes qui ne sont pas admissibles à des services de SAD subventionnés peuvent recevoir des services par l'intermédiaire d'organismes communautaires qui exigent généralement une quote-part modérée selon le revenu (Ontario, s.d.-d).

Les services de SAD peuvent être de courte ou de longue durée. Les usagers de longue durée, qui sont des personnes de tout âge ayant besoin de soins pendant plus de 60 jours, comptent pour 46% des usagers des services de SAD. Quelque 63% des services de SAD en Ontario sont destinés à des usagers de 65 ans ou plus. Environ 60% des cas référés vers des services de SAD viennent d'hôpitaux (QSSO, s.d.-b.).

Sept volets de services sont décrits dans le Règlement sur les Soins à domicile et dans la communauté, mis à jour en 2022 :

Les services de coordination des soins incluent l'évaluation et la réévaluation des besoins, la détermination de l'éligibilité, le développement, l'élaboration et la révision des plans de soins, les références à d'autres prestataires et la cessation de la prestation d'un service. Les coordonnateurs de soins ou gestionnaires de cas sont des professionnels de la santé employés par les SSDMC.

11 La *Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires* mentionne : ou « autre prestataire », nommant spécifiquement les ÉSO, mais les spécificités seront plus claires avec la mise en œuvre de la *Loi sur la prestation commode des soins à domicile*, adoptée en décembre 2023.

12 Cette évaluation en deux étapes est utilisée depuis 2010; pour une étude rétrospective, voir Chi-Ling, Hirdes et Heckman, 2022, Stepped approach to RAI.

Les services professionnels sont les soins infirmiers, physiothérapie et ergothérapie, travail social, nutrition, enseignement de la personne et de ses proches aidants, le diagnostic, les équipements et fournitures médicales, les services de laboratoire et de pharmacie et les services psychologiques. Les services professionnels sont couverts au public s'ils sont nécessaires pour permettre à la personne de demeurer à domicile ou lui permettre de retourner à domicile après une hospitalisation ou un séjour en centre de réadaptation. Des critères et des limites s'appliquent à chaque type de service professionnel et tiennent compte de l'état de la personne, mais aussi de son lieu de résidence (résidence collective telle qu'une résidence pour personnes âgées versus individuel). Les services professionnels sont prodigués principalement par des organismes fournisseurs de services contractuels.

Les services de SAD intensifs de courte durée après une hospitalisation sont prodigués par des infirmières d'intervention rapide et les références à ces services sont faites par un gestionnaire de cas basé à l'hôpital. Le plan de soins peut inclure des services de télésanté et de télésurveillance. Ces services sont normalement offerts par des membres du personnel clinique des SSDMC.

Les services d'assistance personnelle visent les activités de la vie quotidienne tels le bain, l'habillement, la mobilisation, la prise de médicaments, etc. La liste des critères pour recevoir des services d'assistance personnelle financée au public reprend des balises semblables aux services professionnels. Ces services, qui sont le plus souvent prodigués par des fournisseurs contractuels, sont sans frais usager, mais des limites sur le nombre d'heures aux frais du public s'appliquent : 120 heures par mois pour le premier mois et 90 heures par mois par la suite.

Les services d'aide domestique incluent ménage, buanderie, magasinage, finances personnelles et des frais peuvent être exigés pour certains usagers. L'usager est admissible à ces services sans frais seulement s'il requiert aussi des services d'assistance personnelle, reçoit de l'assistance personnelle d'un proche aidant qui a besoin d'aide domestique afin d'offrir son assistance ou requiert une surveillance constante résultant d'une incapacité cognitive et que le proche aidant a besoin d'aide avec les tâches domestiques.

Les personnes en fin de vie peuvent recevoir les services des trois volets — services professionnels, services d'assistance personnelle et services d'aide domestique — même s'ils ne satisfont pas les critères ci-dessus. Une clause de droits acquis stipule aussi que rien dans le règlement ne devra changer l'admissibilité de ceux et celles qui ont été jugés admissibles avant les changements de 2022.

Les services de soutien communautaire sont offerts par des organismes communautaires et organismes à but non lucratif. Ils comprennent les services de repas, transport, soutien et répit pour proches aidants, programmes de jour, maintien et réparation du domicile, visites de bienveillance, activités sociales, soins des pieds, etc. Des frais peuvent être demandés et sont souvent accompagnés de subventions. Selon le règlement (section 7[1]), le SSDMC doit, quand il dirige des usagers à ces services, s'assurer que le prestataire est un organisme à but non lucratif.

Les services aux Premières Nations incluent la guérison traditionnelle et les services de soutien culturel.

Les services de soutien et de répit aux proches aidants comprennent des programmes de jour et des services de soutien communautaires. Ces derniers peuvent occasionner certains frais.

En plus de ces services, dans le cas des personnes âgées en attente d'admission en centre d'hébergement et soins de longue durée, des programmes paramédicaux communautaires mis en place en 2020 permettent un accès 24/7 à des services de santé offerts à domicile ou en télémédecine (Ontario, 2020a, communiqué de presse du 30 octobre). Ces programmes font partie d'une série d'initiatives de paramédecine communautaire élaborées en Ontario en collaboration avec les réseaux d'acteurs locaux, les services paramédicaux municipaux, les équipes de soins primaires, les SSDMC et les organismes communautaires.

Prestation

Les SSDMC organisent les services de SAD au moyen d'ententes conclues avec des organismes fournisseurs de services contractuels. L'équipe des SSDMC inclut des coordonnateurs de soins qui sont des professionnels (infirmiers, travailleurs sociaux, thérapeutes) responsables de l'évaluation, du développement des plans de soins, des références aux agences communautaires et des placements en hébergement. L'équipe du SSDMC établit des contrats avec des organismes fournisseurs qui sont responsables de la prestation des services inclus dans le plan de soins (services professionnels, assistance personnelle, ergothérapie, physiothérapie, aide domestique, soutien communautaire). Santé Ontario fournit des modèles d'ententes de responsabilisation et aide les SSDMC à uniformiser les contrats conclus avec les fournisseurs. Tout fournisseur offrant des services sous contrat avec les SSDMC doit être agréé et préapprouvé par Santé Ontario (SO, s.d.). La liste des organisations préqualifiées pour offrir des soins et services de soutien à domicile est publiée en ligne. Santé Ontario gère le processus de qualification préalable des prestataires. Ceux qui répondent aux exigences sont ensuite autorisés à présenter des propositions dans le cadre de processus d'approvisionnement de services à domicile. L'équipe d'approvisionnement de Santé Ontario regarde la structure organisationnelle, les finances, les pratiques de formation et les procédures opérationnelles des organisations candidates (AlyCare, s.d.). Selon les règlements de la *Loi sur les soins continus*, les prestataires de services doivent transmettre des rapports et des renseignements à Santé Ontario et au ministère.

Selon les communiqués récents du ministère de la Santé, l'intention serait d'éventuellement transférer les pouvoirs de contractualisation aux Équipes Santé Ontario. Il est probable que le personnel des SSDMC, notamment les gestionnaires de cas qui effectuent les évaluations, serait intégré ou collaborerait avec les Équipes. Pour les fournisseurs contractuels, un tel transfert aux Équipes Santé Ontario des responsabilités de contractualisation pourrait mener à l'obligation de conclure des ententes séparées avec chacune des plus de 50 Équipes, au lieu des 14 SSDMC, comme c'est le cas actuellement¹³.

13 Informateur du système ontarien. 2023-09-13. La réglementation et la documentation semblent ouvrir la voie à cette piste.

MODALITÉ DE SOINS AUTOGÉRÉS

Dans cette modalité, l'utilisateur, ou sa personne proche aidante, reçoit les sommes pour employer un individu pour prodiguer les services. Les besoins de l'utilisateur doivent être évalués au préalable par le personnel du SSDMC qui détermine le plan de soins et le type et nombre d'heures de services qui seront couverts par les fonds publics. L'utilisateur devient responsable pour toutes les tâches administratives, la gestion, les formulaires et les déclarations requis. Cette modalité est conçue pour les adultes dans des circonstances extraordinaires dues à la nature ou l'intensité des soins requis, des barrières culturelles ou linguistiques ou l'absence de services dans la région.

Ressources humaines

RÉMUNÉRATION

Le gouvernement prend des mesures afin de maintenir et renforcer la main-d'œuvre en services de SAD. Depuis 2017, le ministère de la Santé s'efforce d'établir des taux de rémunération uniformes pour les aides-soignants qui travaillent en SAD et les rapprocher des taux de leurs collègues en centre d'hébergement. Les SSDMC auraient modifié les contrats de service conclus avec les fournisseurs afin d'exiger la déclaration du taux harmonisé et un système de vérification a été mis en place pour garantir que les fonds alloués à l'augmentation des salaires des aides-soignants ont été utilisés à cette fin (VGO, 2017). En 2022, le ministère de la Santé a rendu les primes accordées durant la pandémie de Covid-19 permanent en bonifiant de 3\$/h le salaire pour les services directs offerts dans le cadre d'un programme public de SAD (MOH, 2022).

FORMATION

Le gouvernement investit dans le recrutement, la formation, le maintien en poste et le retour au travail, dans le but de créer 27 000 nouveaux postes pour les aides-soignants, infirmières autorisées et infirmières auxiliaires avant 2024-25. La stratégie décrite dans les plans d'activités du MSO comprend des incitatifs pour occuper des postes dans des régions dans le besoin, une augmentation des places en formation infirmière, l'octroi de bourses d'études, des programmes de rehaussement d'aide-soignant à infirmière auxiliaire et d'infirmière auxiliaire à infirmière autorisée, ainsi qu'une réduction des barrières aux travailleurs formés à l'étranger. La pression pour accroître la main-d'œuvre est d'autant plus aigüe avec l'introduction d'une politique pour augmenter le nombre d'heures de soins directs en centre d'hébergement de 2,5 à 4 d'ici 2024-25, ce qui mènera à une plus forte compétition pour les aides-soignants et risque de désavantager les services de SAD (FAO, 2023).

En réponse à une recommandation du Vérificateur général en 2017, qui constatait des variations indues dans les évaluations des besoins, une vérification plus serrée est faite pour s'assurer que les gestionnaires de cas dans les SSDMC sont tous formés pour mener des évaluations à l'aide des instruments RAI-HC et que leurs compétences à cet égard fassent l'objet d'une évaluation annuelle. En 2021, l'Office de surveillance des fournisseurs de soins et services de santé a été mis en place, avec le mandat d'inscrire et de surveiller les aides-soignants (Lentsch, 2021; *Projet de loi 283, Loi de 2021 visant à faire progresser la surveillance et la planification dans le cadre du système de santé de l'Ontario*). On précise que cette approche réglementaire sera distincte du modèle d'ordres autoréglementés. L'Ontario Personal Support Workers Association collabore avec le gouvernement et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités afin d'uniformiser les programmes de formation et l'évaluation des compétences. Ces initiatives sont conçues pour favoriser la qualité des services, le respect envers les aides-soignants et pour faciliter le recrutement.

COORDINATION DES SAD

Les SSDMC, en collaboration avec Santé Ontario, travaillent pour améliorer la coordination des soins. Chacun des 14 SSDMC maintient une base de données sur les services disponibles dans sa région, organisés par catégorie. De plus, les SSDMC collaborent avec Santé Ontario pour promouvoir l'utilisation d'un système informatisé (le Client Health and Related Information System) afin d'améliorer l'intégration des dossiers patients, y compris avec les partenaires communautaires (SSDMC, 2023). Santé Ontario gère ce système qui dote les SSDMC d'outils numériques pour soutenir l'admission des usagers, l'évaluation clinique et l'offre de soins et services à domicile. Le système comprend un portail sécurisé (le Health Partner Gateway) qui facilite les communications entre les centres d'hébergement, les hôpitaux, les médecins de première ligne et les organismes communautaires (SSDMC, s.d.-b). L'organisme Soins à domicile Ontario, qui représente des fournisseurs, souligne dans un rapport de 2019 que le succès du système demanderait une plus grande participation des prestataires dans la planification des services de cybersanté et une amélioration des échanges bidirectionnels de renseignements électroniques (HCO, 2019).

La coordination est appuyée par la ligne 211. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires finance le service 211, avec des contributions de United Way/Centraide et, durant la pandémie, du Fonds d'urgence pour l'appui communautaire (Emploi et Développement social Canada). Le 211 est un centre d'appel ouvert 24/7 doté de bases de données complètes sur les services communautaires, de santé, sociaux et gouvernementaux, ainsi que de préposés formés pour aider les personnes à explorer leurs options. Le 211 entretient des partenariats avec certains services pour permettre une inscription directe au moment de l'appel, tout en enregistrant et en analysant des données sur les services disponibles, les barrières à l'accès et les trous de services. Celles-ci informent les efforts pour améliorer l'offre de services (Ontario211, 2021).

COORDINATION AVEC LES SERVICES MÉDICAUX

Le taux d'inscription à un médecin de famille demeure assez bas chez les personnes âgées qui reçoivent des services de SAD de longue durée. En 2020, 27% de ces usagers de 65 à 79 ans étaient inscrits avec un médecin de famille, pourcentage qui monte à 55% pour les personnes de 80 ans et plus (OCHPP, s.d.). Des efforts sont en cours depuis plusieurs années pour encourager les médecins de famille à diriger les patients vers les services de SAD et les services communautaires. Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (devenus SSDMC) simplifiaient le travail des médecins en leur fournissant des modèles de formulaires de référencement et même les codes de facturation applicables (SSDMC, s.d.-a présente l'exemple d'une région). Les réformes antérieures, telle la création des Équipes de médecine de famille, avec des modes de rémunération incluant des composantes de capitation, encourageaient la prise en charge de patients complexes (Sutherland, 2021).

Depuis les réformes de 2019, le ministère de la Santé s'attend à ce que les Équipes Santé Ontario entreprennent ce rôle de coordination (MOH, 2020). En septembre 2023, il y avait 57 équipes approuvées par le ministère (Ontario, s.d.-a) et plusieurs d'entre elles ont ciblé les personnes âgées en perte d'autonomie comme population prioritaire dans la conception de leur programme (Wodchis et al., 2021). Cependant, des défis subsistent quant à leur pleine opérationnalisation. Une évaluation du développement des Équipes réalisée par le Health System Performance Network en janvier 2023 a révélé plusieurs obstacles à la réalisation du potentiel des Équipes Santé Ontario : une incapacité à partager les données des patients entre les sous-secteurs ou à créer un dossier unique du patient, des difficultés à impliquer pleinement des secteurs tels que les services de SAD, le manque d'un plan de financement stable, des structures de responsabilité changeantes et des variations au niveau de l'intégration fonctionnelle clinique (HSPN, 2023).

Mécanismes de contrôle

Santé Ontario (auparavant Qualité des services de santé Ontario – QSSO) produit et publie des tableaux de bord réguliers pour faire le suivi d'indicateurs de qualité et de l'expérience-patient, y compris la qualité perçue des soins, la participation aux décisions et l'aide des gestionnaires de cas pour obtenir les services de SAD (QSSO, s.d.-b). Santé Ontario dispose aussi d'un programme de citoyens-conseillers qui participent à des forums sur des enjeux importants et siègent sur des comités pour trouver des solutions à des problèmes particuliers (QSSO, s.d.-a). Les indicateurs de qualité dérivés de l'évaluation RAI-HC servent à évaluer les changements dans l'état de santé d'un usager, mais aussi à évaluer et à comparer la performance de différents organismes fournisseurs contractuels (QSSO, s.d.-b). Le ministère de la Santé fixe les exigences et dispose de pouvoirs de révocation et de prise de contrôle si un fournisseur contrevient à une disposition ou un règlement de la *Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires* ou ne respecte pas l'entente qu'il a conclue avec le SSDMC (HCO, s.d.).

Les SSDMC doivent s'assurer qu'un système est en place pour surveiller, évaluer et améliorer la qualité des services de SAD. De plus, ils doivent disposer d'un processus permettant de recevoir et traiter dans un délai maximal de 60 jours les plaintes au sujet des décisions sur l'admissibilité aux services de SAD ou de la qualité des services offerts (*Loi sur les soins de santé pour la population*). Le palier de dernier recours, si les autres organismes ne répondent pas de façon adéquate aux plaintes, est le Bureau de l'Ombudsman des patients. Ce dernier fait le suivi des plaintes, publie des rapports et transmet des recommandations au gouvernement (Ombudsman, 2020).

Mesure des résultats

Le ministère de la Santé suit des indicateurs de performance parmi lesquels on trouve : le pourcentage de la population desservie par une Équipe Santé Ontario, le délai entre le congé de l'hôpital et le premier service de SAD; le pourcentage de la population qui a eu une visite virtuelle (ce qui a bondi de 9,5% en 2019-20 à 73 % en 2020-21 durant la pandémie et excède de loin la cible de 30 %) et le taux de patients qui demeurent hospitalisés après la fin des soins aigus. (QSSO, s.d.-b). Le ministère publie les résultats sur 14 indicateurs chaque trimestre (MOH, 2022). De plus, l'ICES, appuyé par un financement du ministère de la Santé, soutient la Ontario Community Health Profiles Partnership qui produit des analyses de résultats de santé au niveau local et les rend disponibles avec des cartes interactives. Ces tableaux permettront, dans le futur, de comparer les Équipes Santé Ontario sur des indicateurs comme les visites aux urgences, les hospitalisations, la perte d'autonomie, les SAD de longue durée, les soins palliatifs et les problèmes de santé mentale (OCHPP, s.d.). Les Équipes qui orientent leurs activités aux personnes âgées s'intéressent à des indicateurs de qualité additionnels (plusieurs issues des évaluations RAI-HC) tels le nombre de jours à domicile dans l'année, la détresse du proche aidant et l'aggravation de la perte d'autonomie (Wodchis et al., 2021).

Entre 2012-2013 et 2019-2020, le nombre de services de soins infirmiers et de services d'assistance personnelle fournis par les programmes de SAD a augmenté de 34 %, ce qui est supérieur à la croissance de 27 % des personnes âgées de 65 ans et plus, qui reçoivent la majorité des services de soins à domicile (FAO, 2023). La forte croissance des services de SAD a fait en sorte qu'en 2021, plus d'Ontariens (6,3 %) ont reçu des services de SAD comparativement à la moyenne canadienne (6,1 %) (StatCan, 2021). Aussi, le temps d'attente médian pour les soins à domicile en Ontario était de deux jours, ce qui était inférieur ou égal à celui de toutes les autres provinces et territoires déclarants (FAO, 2023).

ANNEXE A.2. ALBERTA

L'Alberta est la province avec les dépenses de santé (et le produit intérieur brut) par habitant les plus élevées du Canada; les taux d'imposition sont faibles et il n'y a aucune taxe de vente. Elle a aussi une population relativement jeune : 14,8% de ses 4,3 millions d'habitants sont âgés de 65 ans et plus. Les dirigeants actuels ont pour ambition de réduire les coûts des soins de santé par le biais de mesures d'efficacité et par la privatisation de la prestation (EY, 2019).

Objectifs des services de soutien à domicile

La province est l'une des rares juridictions à avoir proclamé une Charte de la santé pour ses citoyens. Adoptée en 2014, la Charte incarne les valeurs et les principes qui régissent le système de santé et les services de soins continus, ainsi que les rôles et les responsabilités des patients et des prestataires au sein du système (Alberta, s.d.-a). Les patients s'attendent notamment à avoir un accès rapide et raisonnable à des services de santé sécuritaires et de qualité, mais s'engagent aussi à apprendre comment accéder aux services de manière efficace et à les considérer comme une ressource publique précieuse. La Charte insiste également sur le fait que la santé doit être prise en compte dans toutes les politiques. La Charte oriente l'Office du Alberta Health Advocate dans son examen des plaintes.

L'Alberta énonce l'objectif d'offrir un système de santé axé sur les patients qui est accessible, durable et guidé par des valeurs de compassion, de responsabilité, de respect, d'excellence et de sécurité. L'un de ses principaux objectifs est d'abandonner le modèle axé sur les services hospitaliers en faveur de modèles de soins communautaires, et « d'aider les personnes à préserver au mieux leur santé, leur bien-être et leur autonomie dans leur résidence et leur communauté » (Alberta Health Services – AHS, 2020a, p. 19). Les priorités du ministère de la Santé comprennent un réexamen du système de soins continus. Les soins et services à domicile, un volet des soins continus, visent à préserver le bien-être, la sécurité et l'autonomie des personnes qui vivent à domicile et à compléter les soins et le soutien offerts par les familles et les services communautaires (Alberta Health – AH, s.d.).

Rôles et responsabilités

Le ministère de la Santé de l'Alberta est responsable, en dernier ressort, des soins et des services destinés aux personnes âgées et dirige l'élaboration de stratégies, de lois, de règlements et de normes en la matière. Il est aussi responsable de l'évaluation de la performance globale du système. L'Alberta compte, depuis 2008, une seule autorité sanitaire, appelée l'AHS, qui est mandatée par le ministère de la Santé pour offrir des soins de santé dans toute la province et couvrant l'ensemble du continuum de soins, y compris les services de SAD, les soins primaires, la toxicomanie et la santé mentale, les soins aigus, les services de soutien clinique, les soins ambulatoires, la santé correctionnelle, la santé publique, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées et les soins continus (Veitch, 2018). Si ce modèle centralisé avait inspiré des réformes structurelles dans d'autres provinces, mentionnons la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse et plus récemment le Québec, la première ministre propose aujourd'hui de défaire l'AHS en faveur de quatre organisations provinciales définies par fonction (AB, 2023, annonce du 8 novembre 2023). L'annonce de ces intentions étant très récente, le présent rapport se réfère à la structure toujours en place du système de santé albertain.

La *Loi sur les autorités régionales de santé (Regional Health Authorities Act)* confie à l'AHS la responsabilité de promouvoir et protéger la santé des Albertains et de travailler à la prévention des maladies et des blessures, d'évaluer en permanence les besoins de santé des Albertains, de déterminer les priorités dans la fourniture des services de santé en Alberta et d'allouer les ressources en conséquence, d'assurer un accès raisonnable à des services de santé de qualité pour les Albertains, de promouvoir la fourniture de services de santé de manière à répondre aux besoins des individus et des communautés et de soutenir l'intégration des services et des installations en Alberta. Le conseil d'administration de l'AHS rend ses comptes au ministre de la Santé.

La gestion des activités de l'AHS est répartie en cinq zones géographiques (Nord, Sud, Central, Calgary, Edmonton) comptant des populations allant de 300 000 à 1,6 million de personnes (AHS, 2020a), permettant au système de mieux répondre aux besoins des communautés locales. Chaque zone développe un plan santé sur la base de consultation avec les citoyens, municipalités et organismes locaux (AHS, s.d.-b, Edmonton Zone).

CareWest et Capital Care sont des filiales détenues à 100 % par l'AHS qui opèrent des centres d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que des services de SAD et programmes de jour. L'AHS détient aussi un accord de coopération et de services avec Covenant Health et lui fournit un financement en bloc. Covenant Health, organisation catholique de services de santé, est le plus grand fournisseur externe de services à l'AHS. L'accord stipule le volume de services attendus, mais laisse à Covenant Health un degré d'indépendance, ce qui risque d'empêcher l'AHS de suivre les résultats et la qualité et de gérer un système vraiment intégré (EY, 2019).

Planification

Le ministère de la Santé supervise le budget de l'AHS, l'affectation des fonds à différents services de soins continus et surveille la performance globale. L'AHS a pour responsabilité d'offrir des soins de santé aux usagers et de rendre des comptes sur l'évolution de leur état de santé. La planification du Ministère et de l'AHS est éclairée par les données des systèmes d'information et les plans annuels des différentes zones, plans dont l'élaboration fait l'objet, de manière variable, d'une consultation communautaire et qui intègrent les profils santé des localités qui composent la zone. Un conseil consultatif provincial sur les soins aux personnes âgées et les soins continus est l'un des 12 conseils provinciaux qui conseillent l'AHS sur ce qui fonctionne bien ou moins bien dans le système de santé. Les 15 membres bénévoles de ce conseil assistent à des événements locaux sur les soins aux personnes âgées et les soins continus et à des présentations sur les activités de l'AHS (AHS, 2020a; AHS s.d). De plus, dans sa quête pour assurer la viabilité des services, le gouvernement de l'Alberta s'est tourné à divers moments vers des évaluations de consultants privés (EY, 2019; MNP, 2021).

Le programme Indigenous Wellness Core permet de renforcer l'établissement de partenariats entre l'AHS et les peuples autochtones de l'Alberta. L'Indigenous Health Commitments : Roadmap to Wellness oriente l'AHS dans l'élaboration des structures, des processus et de la culture organisationnelle nécessaires pour répondre aux besoins uniques des peuples autochtones (AHS, 2022a, s.d.-c).

FONDEMENTS LÉGISLATIFS DES SERVICES DE SAD

Le système de soins continus comprend le programme de services de SAD, les centres de jour, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les résidences avec services de soutien (Designated Supportive Living) subventionnés par l'État (*Continuing Care Health Service Standards*). Le *Co-ordinated Home Care Program Regulation*, adopté en vertu de la *Public Health Act*, spécifie que le programme des services de SAD offre des soins de santé, des services d'assistance personnelle et d'aide domestique. L'admissibilité à ces programmes est entièrement basée sur l'évaluation par un gestionnaire de l'AHS des besoins non satisfaits d'une personne (*Co-ordinated Home Care Program Regulation*).

Le gouvernement de l'Alberta revoit actuellement la législation entourant les soins continus. À présent, les soins de longue durée, les résidences avec services de soutien, les soins palliatifs et les services de SAD sont définis par des lois et régis par des règlements distincts, bien que tous sont assujettis à un ensemble commun de normes, les *Continuing Care Health Service Standards*, pour les services subventionnés par l'État. Le projet de loi 11 (*Continuing Care Act*) adoptée en mars 2022, regroupe 6 lois en une seule dans le but d'établir une approche cohérente et un alignement des exigences et des services prévus par la loi dans l'ensemble du système de soins continus afin de favoriser une plus grande fluidité. En ce qui concerne les services de SAD, le projet de loi précise la capacité d'imposer des quotes-parts et des conditions d'exemption, et impose aux prestataires l'obligation d'être agréé et de fournir des informations à l'AHS et au ministère de la Santé. Les fournisseurs sont tous soumis à un même régime d'autorisation et ils doivent respecter les *Continuing Care Health Service Standards*.

FINANCEMENT

L'outil d'évaluation RAI-HC et les catégories RUG (Groupe d'utilisation des ressources) qui en sont dérivés sont utilisés pour déterminer l'allocation des ressources au sein de l'AHS et dans les contrats avec les prestataires de SAD. Le suivi des contrats se fait sur une base volumétrique, bien que plusieurs appellent à une plus grande imputabilité pour les résultats et la qualité dans les contrats (EY, 2019).

Le ministère de la Santé partage avec le ministère des Services sociaux et communautaires et des Aînés la responsabilité du Health Grants Regulation, qui encadre les subventions aux organismes communautaires offrant des services aux aînés. Les ententes stipulent les conditions de la subvention, ainsi que la manière qu'elle sera utilisée par l'organisation et les obligations de déclarations financières et d'activités. La *Family and Community Support Services Act* et le règlement du même nom permettent au ministère des Services sociaux et communautaires et des Aînés de conclure des ententes avec des municipalités et communautés métisses pour contribuer à 80 % des coûts de programmes communautaires, en priorisant les organismes bénévoles sans but lucratif. Les municipalités sont responsables de couvrir 20 % des coûts et de fournir des rapports financiers au ministère (*Family and community support services regulation*).

Le programme Healthy Aging soutient depuis quelques années la coordination et la prestation de services aux personnes âgées. L'Healthy Aging Alberta est géré par United Way of Calgary and Area, avec un conseil de direction communautaire représentant les autres régions de la province. En 2022, 6 organismes communautaires ont été sélectionnés pour un financement de trois ans (un million de dollars au total), avec des programmes visant à fournir des services comme le transport assisté, la livraison d'épicerie, la navigation, les visites sociales, la préparation de repas et l'entretien ménager. L'optimisation des réseaux de bénévoles pour fournir ces services est une partie intégrale du programme. Ces mesures de soutien visent à promouvoir le bien-être physique et mental et le lien social des personnes âgées et de leurs aidants et à lutter contre la solitude, l'isolement et l'anxiété (UW, 2023).

SOUTIEN AU LOGEMENT ET AU REVENU

Le gouvernement de l'Alberta offre un soutien financier (la Seniors Benefit, sous la responsabilité du ministère des Services sociaux et communautaires et des Aînés) aux personnes âgées à faible revenu et facilite l'accès à ces soutiens. Pour s'assurer que les aînés soient au courant des prestations auxquelles ils peuvent être admissibles, le gouvernement envoie une brochure d'information et la trousse de demande d'aide financière 6 mois avant que les Albertains n'atteignent l'âge de 65 ans. En 2021, le gouvernement a aussi introduit une option de demande en ligne pour les programmes d'aide financière aux aînés. Les usagers du programme de soutien pour adultes handicapés sont automatiquement inscrits aux programmes d'aide financière pour aînés lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans (Seniors&Housing, 2022). Avec l'élimination du besoin de soumettre un formulaire de demande, les Albertains sont assurés d'un soutien ininterrompu sans autre formalité administrative.

Le Ministry of Seniors, Community and Social Services offre un certain nombre de programmes et d'aides financières aux Albertains âgés de 65 ans et plus, afin de les aider à vivre de façon autonome et de promouvoir leur sécurité et leur bien-être. Ces soutiens comprennent le supplément de revenu, les subventions pour l'adaptation et le maintien du domicile, le programme d'exonération des taxes foncières et le programme d'aide au loyer. Ce ministère est aussi responsable du logement social, des ententes de logements abordables et des programmes de logements spécialisés, tels les Seniors Lodge (gites pour aînés). Ces programmes sont régis par des lois et règlements spécifiques¹⁴.

14 Programmes : Alberta Seniors Benefit; Supplementary Accommodation Benefit; Special Needs Assistance for Seniors; Seniors Home Adaptation and Repair Program; Seniors Property Tax Deferral Program; Seniors Benefit Act, Seniors' Home Adaptation and Repair Act, Seniors' Property Tax Deferral Act.

Offre de services

Pour accéder aux services de SAD, la première étape est de contacter le Centre d'accès aux soins continus de la zone de l'AHS où réside la personne. Un professionnel de l'AHS effectue une évaluation à l'aide de l'instrument RAI-HC pour déterminer l'admissibilité d'un usager au programme de services de SAD et évaluer ses besoins. Des infirmières et infirmiers autorisés des soins à domicile de l'AHS agissent à titre de gestionnaires de cas et dressent des plans de soins (*Co-ordinated Home Care Program Regulation*). L'évaluation doit être répétée lorsque l'état de santé d'un usager change (*Continuing Care Health Service Standards*). Un modèle d'évaluation des besoins des communautés autochtones est en cours d'élaboration pour tenir compte des cultures, des données démographiques, des déficits d'accès et des considérations relatives à la prestation de services propres aux communautés autochtones. Un guide aux soins continus fournit de l'information spécifique aux services aux collectivités des Premières Nations et des Métis (AHS, 2022a).

Les services de SAD sont destinés à des usagers ayant différents besoins de : soins aigus (par exemple en sortant de l'hôpital), réadaptation, soutien de longue durée, soins de fin de vie et maintien de l'autonomie. Les personnes de plus de 65 ans constituent 80 % des usagers des services de SAD et la majorité des usagers (72 %) ont des besoins de soutien de longue durée (HQCA, 2019). Le programme de services de SAD comporte trois volets — services professionnels, services d'assistance personnelle et services de soutien — offerts selon des modalités différentes et impliquant différentes contributions des usagers (qui pourront changer selon les règlements qui seront adoptés en application de la loi 11). De plus, le Coordinated Home Care Program Regulation fait une distinction entre les services qui *doivent* être offerts et les services qui *peuvent* être offerts par l'AHS. Dans cette dernière catégorie se trouvent la réadaptation, les services de nutrition et de transport, les fournitures et équipements, les services ménagers lourds et les popotes roulantes.

Les services professionnels comprennent l'évaluation et les réévaluations périodiques de l'état de santé et des besoins, l'élaboration d'un plan de soins, la gestion de cas, la prévention et le dépistage, les traitements et les interventions, la réadaptation, l'administration de médicaments, l'enseignement des autosoins aux usagers ou aux personnes proches aidantes et la formation et la supervision d'aides-soignants qui effectuent des tâches assignées. Les services professionnels sont couverts par l'État pour les personnes jugées admissibles.

Les services d'assistance personnelle incluent le bain, l'habillement, la gestion de l'incontinence, la mobilisation et l'aide aux repas et à la prise de médicaments. L'utilisateur n'a pas de frais à payer pour les services d'assistance personnelle inclus dans son plan de soins. Pourtant, dans ses communications publiques, l'AHS spécifie que certains services pourraient ne pas être offerts et que les besoins pourraient être comblés avec une combinaison de services publics, services privés, ressources communautaires et soutien informel (AHS, 2022b).

Les services d'aide domestique tels que l'aide ménager, le soutien civique, le transport ou la popote roulante demandent une contribution usager; pour la popote roulante, ces frais sont fixés par règlement ministériel. Les personnes âgées à faible revenu en sont exonérées. Certaines clientèles, notamment les personnes qui reçoivent des soins palliatifs, les personnes qui attendent une place en centre d'hébergement et de soins de longue durée et les personnes qui pourraient éviter une admission en hébergement, peuvent recevoir des services d'aide domestique sans frais.

Des programmes de jour sont aussi offerts, souvent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée, pour offrir de l'assistance personnelle, de l'aide avec la prise de médicaments et des activités sociales aux personnes inscrites aux programmes de services de SAD. Certains de ces programmes sont spécifiquement conçus pour des personnes souffrant de démence. Les programmes de jour demandent une contribution de 10 \$ par jour pour couvrir les repas et fournitures. L'AHS peut renoncer au paiement de la totalité ou d'une partie des droits payables pour les programmes de jour et d'aide à domicile si, dans l'opinion du gestionnaire de cas de l'AHS, ils entraînaient pour l'utilisateur des difficultés financières indues.

Dans la région d'Edmonton, le programme CHOICE offre un modèle innovant de centre de jour avec des services élargis pour les personnes qui ont des besoins complexes et de longue durée. Le centre offre à ses usagers des soins médicaux, infirmiers, psychologiques et de réadaptation, ainsi que des services d'assistance personnelle et des activités sociales, avec possibilité de séjour occasionnel de nuit pour offrir un répit aux proches aidants. Le programme CHOICE exige 125 \$ par mois pour les fournitures non médicales (par exemple, des produits d'incontinence) et le transport (CapitalCare, s.d.).

Prestation

L'AHS fournit des services professionnels et d'assistance personnelle à domicile de façon directe ou au moyen de contrats avec des fournisseurs privés et aide à coordonner d'autres mesures de soutien offertes principalement par des organismes communautaires (AHS, 2022 c). Le tiers des services de SAD, et surtout les services d'assistance personnelle, sont impartis à des fournisseurs sous contrat (EY, 2019; HQCA, 2019). Une évaluation de la performance de l'AHS menée en 2019 constate des difficultés à assurer ces services dans toutes les régions de la province et particulièrement dans les zones rurales et éloignées (EY, 2019).

MODALITÉ DE SOINS AUTOGÉRÉS

Outre les prestataires salariés ou sous contrat avec l'AHS, l'usager peut, avec le programme de services de SAD dirigés par l'usager (*self-managed care*), choisir son propre fournisseur de services pour prodiguer, aux frais de l'AHS, les services inclus dans son plan de soins. Dans ce cas, l'usager recrute et supervise l'employé, en plus de gérer la paie et de soumettre des déclarations et formulaires requis à l'AHS et à Revenu Canada. Les membres de la famille et amis ne peuvent pas être embauchés. Les agences privées jouent un rôle important dans la provision de soins dirigés par l'usager et assument souvent les responsabilités de gestion qui reviendraient autrement à la personne même. Cette modalité peut être souhaitable pour des raisons linguistiques ou culturelles ou dans des zones géographiques difficiles à desservir. L'usager doit avoir des besoins prévisibles et stables pour utiliser les options autodirigées (AHS, s.d.-e).

Le Programme de facturation des soins à domicile dirigés par l'usager (*Client-directed Home Care Invoicing*) est une nouvelle option offerte par l'AHS à compter de janvier 2023 pour permettre aux usagers de combler leurs besoins en matière de services d'assistance personnelle. L'organisme prestataire choisi par l'usager fournit les services autorisés dans le plan de soins établi par le gestionnaire de cas de l'AHS et facture l'AHS directement. Toute personne admissible aux services publics de SAD aura la possibilité de passer au programme (Bayshore, 2023). L'accord de facturation signé dans ce contexte est un contrat légal par lequel l'AHS s'engage à rembourser au titulaire de l'entente les fonds nécessaires pour les services demandés. Ce titulaire doit être un fournisseur assuré, accrédité et approuvé au préalable par l'AHS. Les modalités autogérées peuvent remplacer ou compléter les services déjà offerts par des prestataires employés ou sous contrat avec l'AHS dans des situations nécessitant des soins au-delà de ce que l'AHS peut organiser avec ses propres ressources.

Les 150 gîtes subventionnés (*Seniors Lodges*) et administrés par le ministère des Services sociaux et communautaires et des Aînés sont le domicile de près de 10 000 personnes âgées majoritairement à faible revenu, dont 40 % reçoivent des services de SAD de l'AHS. Le ministère de la Santé ne joue pas un rôle de surveillance des gîtes, mais est représenté sur le comité d'examen du programme (OAGA, 2014). Pour les résidents évalués par un gestionnaire de l'AHS comme étant admissible aux services de SAD, les services peuvent être prodigués de trois manières : les gîtes peuvent offrir uniquement le logement, laissant à l'AHS le soin d'offrir les services de SAD. Le gîte peut prodiguer logement et tout service avec un financement de l'AHS ou il peut offrir le logement et sous-contracter les services de SAD à un fournisseur approuvé par l'AHS (AHS, 2020b).

Les ressources humaines

Les infirmières autorisées, infirmières auxiliaires et aides-soignants sont en forte majorité syndiqués (91,3%). Les infirmières autorisées sont représentées par un syndicat, les infirmières auxiliaires et aides-soignants par un autre (EY, 2019).

Les fournisseurs de services de SAD qui offrent des services sous contrat avec l'AHS sont tenus de s'assurer que les aides-soignants à leur emploi ont réussi un programme de formation qui est approuvé par la province et qui porte notamment sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections, la gestion des médicaments, l'alimentation et l'hydratation, et qu'ils sont supervisés par un professionnel de la santé autorisé (*Continuing Care Health Service Standards*) (AH, 2023). Le gouvernement de l'Alberta entreprend depuis quelques années des efforts pour améliorer la formation et les compétences des aides-soignants. En 2018, le ministère de la Santé a approuvé un nouveau profil de compétences des aides-soignants et en 2019, a introduit un nouveau curriculum provincial, ainsi qu'un examen final standardisé. En 2021, l'Alberta a proposé une modification à la Health Statutes Act afin d'assujettir les aides-soignants à la réglementation du College of Licensed Practical Nurses of Alberta (celle-ci n'est toujours pas entrée en vigueur) (CLPNA, 2022).

D'autres prestataires ont commencé à jouer un rôle dans les soins continus. Les paramédicaux communautaires offrent depuis 2012 des soins de santé mobiles aux personnes vivant à domicile, surtout en région rurale et éloignée (AHS, 2020a). En 2016, c'est 11 047 patients qui ont reçu de ces services. Les paramédicaux peuvent gérer des urgences mineures, offrir des soins primaires et des soins palliatifs, et coordonner avec les services de SAD de l'AHS (CHCA, 2018). Le coût de ces services est assumé par l'AHS. Le programme s'est récemment étendu à toutes les régions de la province grâce à un financement additionnel du ministère de la Santé. La planification des programmes locaux est réalisée sur la base d'évaluations des besoins de la communauté en question (AHS, s.d.-a).

Les paramédicaux communautaires sont spécialement formés, effectuent des diagnostics et des interventions et peuvent identifier les signes précoces de maladie ou de détérioration de la santé. Les services paramédicaux (ambulanciers) sont sous l'égide de l'AHS depuis la création de celle-ci. Ces programmes permettent d'alléger la pression sur les établissements de soins aigus en réduisant le nombre de visites aux urgences et d'hospitalisations (AHS, s.d.-a; CHCA, 2018).

COORDINATION DES SERVICES

Les gestionnaires de cas de l'AHS sont mandatés pour coordonner les services aux usagers. Health Link et la ligne 211 sont des ressources qui soutiennent la navigation tant pour les gestionnaires que pour les usagers et leurs proches (InformAlberta, s.d.). Des efforts concertés ont été déployés pour améliorer la formation des gestionnaires de cas (MNP, 2021). Cependant, une enquête auprès des usagers des services de SAD de longue durée, publiée en 2019, a révélé que ces derniers ne savaient pas toujours qui était leur gestionnaire de cas, qu'ils le trouvaient difficile à rejoindre et qu'ils subissaient des changements fréquents de gestionnaire de cas (HQCA, 2019).

L'Alberta fait bonne figure parmi les provinces canadiennes dans sa mise en œuvre de dossiers électroniques partageables. Alberta Netcare offre une plateforme commune pour les dossiers des patients et deux projets de loi (46 et 30) déposés en novembre 2020 visent à faciliter l'échange de renseignements dans Netcare en modifiant la *Health Information Act* (Alberta, 2020). La mise en œuvre de Connect Care est en cours et cette initiative pourrait donner aux fournisseurs de soins continus un accès à certaines parties des dossiers médicaux des usagers (AHS, 2023a).

La coordination des services de SAD avec les soins médicaux demeure inégale. L'Alberta encourage et soutient la formation de réseaux de soins primaires réunissant divers cabinets de médecins de famille situés dans une même zone géographique qui travaillent avec des professionnels de l'AHS au sein d'équipes multidisciplinaires. Le réseau offre une base pour améliorer la coordination des systèmes de soins aigus, de SAD et de soins primaires (Edmonton, 2016). Ce modèle volontaire et dirigé par des médecins fonctionne par le biais d'un accord entre le ministère de la Santé et le réseau de soins primaires qui est établi comme une entité juridique à but non lucratif (Alberta, 2016). Le ministère fournit un financement annuel de 62 \$ pour chaque patient inscrit à un médecin membre du réseau (OAGA, 2017). Un rapport du gouvernement de l'Alberta datant de 2016 constate que ces réseaux sont peu intégrés aux soins continus de l'AHS (Alberta, 2016). Cependant, certains réseaux de soins primaires ont créé des programmes visant à aider les personnes âgées à mieux gérer leur santé chez elles, notamment en offrant des visites à domicile¹⁵.

Les Strategic Clinical Network (SCN) en Alberta offrent une structure volontaire qui incite une meilleure intégration et qualité des soins pour une population définie, soutient la continuité des services et l'exercice de la responsabilité populationnelle et permet de renforcer les capacités et de pérenniser les innovations. Par exemple, le SCN Santé cardiovasculaire et AVC a mis en œuvre un nouveau modèle de soins pour les centres ruraux et éloignés, qui a permis une réduction de 3 377 jours-lits en soins de courte durée, une diminution de 29 % des admissions en centre d'hébergement et soins de longue durée et a permis à 88 % des patients d'être évalués pour réadaptation en moins de 48 heures. Quatre ans après le début du projet, les sites et zones participants continuent de maintenir leurs acquis. Seize SCN sont maintenant en fonction, chacun constitué de cliniciens, de chercheurs, d'analystes, d'acteurs gouvernementaux, de patients et de familles, ce qui permet de lier les activités d'innovation au plus haut niveau décisionnel. La participation des cliniciens est volontaire. La SCN Santé des aînés est en place depuis 2012 et vise à apporter des améliorations aux services de santé et aux pratiques de soins qui permettent aux personnes âgées d'optimiser leur santé, leur bien-être et leur indépendance (AHS, 2023b).

15 Voir, notamment, le Seniors Community Hub du Edmonton Oliver Primary Care Network à l'adresse <https://www.eopcn.ca/news/new-program-coordinates-health-care-alberta-seniors/> ou Calgary West à l'adresse http://www.cwcpcn.com/ihaveaphysician/primarycarecentre/senior_services_070818.cfm. ou : Le Seniors' Home-Based Primary Care, lancé en 2017 par AHS et un réseau de soins primaires de Calgary

Mécanismes de contrôle

Le gestionnaire de cas de l'AHS est la première ligne de défense pour recevoir et résoudre les plaintes, qu'elles concernent des services prodigués par l'AHS, par des fournisseurs sous contrat ou par des employés gérés par l'utilisateur. S'il est impossible de régler la situation avec le gestionnaire de cas, une plainte est transmise au service des relations avec les patients de l'AHS, où un responsable examine le dossier et tente de résoudre le problème (AHS, s.d.-d). Les usagers peuvent recevoir du soutien du bureau du défenseur de la santé (Health Advocate) pour déposer une plainte. Toutes les plaintes transmises font l'objet d'un suivi pour identifier des améliorations possibles. Si des mécanismes de dépôt de plaintes sont en place dans tous les établissements, les procédures d'escalade et de résolution sont toutefois lacunaires. Sur les 10 773 plaintes transmises en 2019-2020, seulement 20 ont été examinées (AHS, 2020a). En 2014, le vérificateur général de la province a constaté que ni le bureau du défenseur de la santé de l'Alberta ni l'ombudsman provincial n'étaient en mesure d'obtenir des renseignements fiables ou d'exiger la prise de mesures et qu'il n'y avait pas de responsabilités bien définies au sein de l'AHS ou du ministère pour vérifier que les problèmes signalés soient réglés (OAGA, 2014). Tant le vérificateur général que les rapports plus récents des consultants externes soulignent que la responsabilité conjointe de l'AHS et du ministère de la Santé nuit au contrôle de la qualité.

L'AHS effectue des vérifications afin de surveiller le respect des normes inscrites dans le Continuing Care Health Services Standards et la conformité aux normes est déclarée à l'échelle des zones. Tous les prestataires de soins continus doivent être agréés. En septembre 2019, 77 % des fournisseurs de soins à domicile étaient agréés (EY, 2019). Par ailleurs, la *Public Interest Disclosure (Whistleblower Protection) Act* protège les employés qui dénoncent des actes répréhensibles dans les milieux de travail de l'AHS, et une agente ou un agent désigné de l'AHS doit donner suite aux dénonciations (AHS, 2020a).

Mesure des résultats

Les fournisseurs de services transmettent des renseignements normalisés recueillis au moyen des évaluations RAI-HC à l'AHS et au ministère. Ces données remplissent plusieurs fonctions : évaluer les besoins d'une personne, déterminer les soins et les services nécessaires pour y répondre, faire le suivi des services et des résultats d'une personne, d'un fournisseur et d'une catégorie générale et offrir des services ou établir des contrats avec des fournisseurs externes selon les besoins des usagers (EY, 2019).

La performance axée sur les résultats n'est pas une composante constante de la gestion des prestataires de services de SAD contractés par l'AHS. Il existe actuellement 48 contrats, dont 67 % sont gérés par le biais d'un accord-cadre standardisé (standard Master Service Agreement). Tous les contrats sont contrôlés par le service d'approvisionnement de l'AHS et exigent des prestataires qu'ils communiquent des données sur leur performance. Par contre, en 2019, 16,5 % des prestataires sous contrat ne fournissaient pas régulièrement les informations requises (EY, 2019). En 2020-21, l'AHS a entamé un processus d'optimisation des contrats de service de SAD afin d'améliorer la standardisation et l'imputabilité (AHS, 2021).

La Health Quality Council of Alberta est aussi impliquée dans la mesure des résultats de manière ponctuelle. L'enquête Alberta Seniors Home Care Client Survey, publiée en novembre 2019, a interrogé 6 914 répondants âgés de plus de 65 ans, sans déficience cognitive, qui étaient des usagers de services de SAD de longue durée, recevant des services professionnels et/ou services d'assistance personnelle hebdomadaires. Dans l'ensemble, les usagers ont évalué leur expérience des soins à domicile à 8,3 sur 10. Les services professionnels ont été jugés excellents par 28 % des usagers et très bons par 37 % d'entre eux. Les services d'assistance personnelle ont été jugés excellents par 26 % des usagers et très bons par 40 % d'entre eux. Les usagers se plaignent des changements fréquents de personnel soignant, qui les empêchent de se sentir en sécurité; seulement 42 % d'entre eux se disent satisfaits du nombre de personnes différentes chargées des services d'assistance personnelle. Les usagers soulèvent aussi des besoins non satisfaits pour les bains, les thérapies (physiothérapie, ergothérapie), l'entretien ménager et l'aide avec les courses (HQCA, 2019).

ANNEXE A.3. COLOMBIE-BRITANNIQUE

La Colombie-Britannique compte 5 millions d'habitants, dont 19,3 % sont âgés de 65 ans et plus (BCMOH, 2021). Environ 94 % des personnes âgées de la province résident dans la communauté et environ 4,4 % d'entre elles ont reçu des services de SAD subventionnés par l'État (OSA, 2019). Il est à noter que 96 % des personnes âgées bénéficiant d'une aide à domicile ont un proche aidant non rémunéré qui joue un rôle clé dans leur capacité à rester chez elles et que 46 % de ces proches aidants vivent avec la personne âgée (OSA, 2022).

La structure du système de santé de la province est demeurée stable dans la dernière décennie avec 5 autorités régionales de santé, une autorité provinciale responsable de services partagés et la First Nations Health Authority qui assume un leadership dans la planification des services de santé des communautés autochtones. La Colombie-Britannique a entrepris d'importantes démarches afin de répondre aux besoins des peuples autochtones lors de la planification des services, de l'élaboration des politiques et dans la promotion d'une prestation de services culturellement sécuritaire et appropriée. L'adoption en 2007 du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations (Tripartite First Nations Health Plan), le transfert en 2011 de contrôle des ressources et des programmes fédéraux en matière de santé aux Premières Nations et la création de la First Nations Health Authority contribuent à renforcer l'autodétermination, mais aussi l'adaptation des services provinciaux (FNHA, 2013; Wilmot, 2018).

Objectifs des services de soutien à domicile

De manière générale, le ministère de la Santé s'aligne sur un cadre de valeurs afin d'assurer à la population des services de qualité qui sont pertinents, efficaces et efficaces. En matière de soins et services aux personnes âgées, le gouvernement énonce l'objectif de garantir à celles-ci qu'elles pourront vivre leurs dernières années dans la dignité (BCMOH, 2023). Un défi de taille qui préoccupe le ministère est d'assurer une main-d'œuvre suffisante. Renforcer les équipes de soins, intégrer de nouveaux prestataires, élargir les champs de pratique et appuyer des liens entre la médecine familiale et les ARS sont parmi les stratégies privilégiées pour assurer l'adéquation des soins et services aux personnes âgées (BCMOH, 2023).

Rôles et responsabilités

La lettre de mandat du ministre de la Santé donne forme aux buts, aux objectifs, aux mesures de performance et au financement reflétés dans le plan de services de santé. Le plan 2022-25 met l'accent sur l'amélioration des résultats en matière de santé et la réduction des hospitalisations pour les personnes âgées grâce à des services communautaires efficaces. Dans son rapport annuel, le ministère de la Santé présente en détails ses objectifs et les mesures de performance connexes. Le principal indicateur de performance pour le programme des Soins à domicile et dans la communauté est le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans atteints d'une maladie chronique qui sont hospitalisées (BCMOH, 2021).

Le ministère de la Santé élabore les plans de services annuels, définit les indicateurs à atteindre et alloue les enveloppes budgétaires en se basant sur les données issues des ARS. Conformément à la *Loi sur les Autorités régionales de santé*, les ARS sont responsables de planifier, de fournir et d'évaluer les services aux personnes âgées subventionnés par l'État et d'assurer que ceux-ci respectent les exigences du programme de Soins à domicile et dans la collectivité et de la *Community Care and Assisted Living Act*, ainsi que de ses règlements (*Community Care and Assisted Living Act; Health Authorities Act*).

Planification

Le ministère de la Santé accorde la responsabilité et octroie des fonds pour les soins et services aux personnes âgées aux 5 ARS de la province, notamment selon un modèle qui est fondé sur les besoins de la population et qui tient compte de la démographie, de l'utilisation et de la variabilité des coûts selon les régions. Dans sa planification, le ministère prend également connaissance des profils communautaires, des rapports annuels produits par les ARS et des rapports de l'Office of the Seniors Advocate (OSA), organisme-conseil indépendant, financé par le ministère de la Santé, qui surveille les services aux aînés, consulte les communautés et formule des recommandations à l'intention du gouvernement (OSA, 2020). Son mandat priorise, mais va au-delà du secteur de la santé.

Les ARS ont le mandat d'analyser les besoins de la population sur leur territoire et de planifier, de concevoir et de fournir les services subventionnés de soins à domicile et de soins de longue durée aux personnes âgées. Le programme Soins à domicile et dans la collectivité prévoit des évaluations centralisées et normalisées des besoins afin d'offrir aux usagers un accès approprié à des milieux de soins et services subventionnés par l'État (BCMOH, 2022a), notamment à l'aide des données du système interRAI. Tout prestataire de soins et services aux personnes âgées résidentiels ou à domicile est tenu d'utiliser les instruments interRAI pour évaluer et suivre l'état de la personne. Les données issues de ces instruments normalisés servent à évaluer les besoins du particulier et développer le plan de soins, mais sont aussi transmises aux ARS et au ministère pour informer la planification et l'allocation des ressources. Les ARS sont responsables d'évaluer les résultats de leur programme en fonction d'un ensemble d'indicateurs liés à l'accessibilité et à la qualité et de produire des rapports sur ces résultats (*Home and Community Care Policy Manual*).

Le FNHA joue aussi un rôle d'évaluation des résultats et le choix des indicateurs de performance fait l'objet d'un processus distinct qui reflète les valeurs des communautés autochtones. La First Nations Population Health and Wellness Agenda (2021) produit par la FNHA identifie 22 indicateurs prioritaires qui seront suivis en collaboration avec le Bureau de la santé autochtone au sein du ministère de la Santé et les ARS. Chaque ARS a une équipe dédiée pour travailler avec les partenaires autochtones locaux (FNHA, 2021, 2023).

Le ministère de la Santé aurait récemment accordé à United Way British Columbia un rôle de premier plan dans la planification, le développement et la gestion des services d'aide domestique et de soutien civique aux personnes âgées. Le programme Healthy Aging de United Way vise à développer le secteur communautaire de services aux aînés (OSA, 2022; UnitedWayBC, 2021). United Way British Columbia est une fédération de United Way locales qui ont chacune une structure de gouvernance locale et vise le développement du bénévolat et le développement de services. United Way gère le programme Healthy Aging avec un Leadership Council composé de représentants de partout dans la province. L'identification des besoins et la conception des actions se font localement. Le programme Healthy Aging vise à permettre aux organismes de collaborer à l'échelle de la province (et même au-delà : l'Alberta dispose aussi d'un programme Healthy Aging) en partageant de l'information, des ressources et de la formation, afin de mieux servir les aînés dans leurs collectivités. Healthy Aging CORE (Collaborative online resources and education) est une centrale de connaissances pour les organismes offrant des services de soutien à l'autonomie qui permet de renforcer les capacités d'action, de lever les barrières à l'innovation et d'entreprendre des actions intersectorielles dans le secteur communautaire (CORE, 2023; UnitedWayBC, 2022a).

FONDEMENTS LÉGISLATIFS DES SERVICES DE SAD

La *Continuing Care Act* encadre la prestation des services publics ou subventionnés aux personnes qui présentent une fragilité ou un problème de santé aigu ou chronique et qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Cette loi est appuyée par des règlements qui définissent les services ainsi que les frais qui peuvent être facturés directement aux usagers pour les services subventionnés par l'État (*Continuing Care Act*).

Les soins et services à domicile subventionnés par l'État doivent aussi se conformer aux exigences énoncées dans le *Home and Community Care Policy Manual*, lequel énumère les tâches qui incombent aux ARS en matière d'évaluation de la clientèle (à l'aide des outils RAI), de formation du personnel évaluateur (les gestionnaires de cas), de création de plans de soins conformes aux besoins de la clientèle en attente et d'évaluation continue des patients admis afin de mettre à jour le plan de soins et de rendre compte de ces évaluations (*Home and Community Care Policy Manual*).

FINANCEMENT DES SERVICES DE SAD

Le ministère de la Santé fournit un financement global aux ARS pour la prestation de services de SAD subventionnés par l'État. Les usagers bénéficiant d'une assistance personnelle de longue durée paient un tarif journalier basé sur les revenus du ménage. Les services et les tarifs sont prescrits par la *Loi sur les soins continus (Continuing Care Act)* et les règlements du programme. Il n'existe pas de politique fixant un nombre maximum d'heures autorisées, mais on estime que l'hébergement serait plus économe pour l'État pour les personnes qui auraient besoin de plus de 4 heures par jour (OSA, 2019).

United Way British Columbia reçoit un financement du ministère de la Santé et d'autres ministères provinciaux et du gouvernement fédéral pour gérer le programme Healthy Aging et attribue les fonds aux organismes communautaires locaux. Les dons individuels et corporatifs contribuent également à leur financement. United Way reçoit aussi un financement du ministère de la Santé depuis 2022 pour gérer le service 211, qui maintient un répertoire à jour des services disponibles et offre, par téléphone et par Internet, un soutien à la navigation et au référencement, renforçant ainsi la capacité à mettre les gens en contact avec les programmes de SAD (UnitedWayBC, 2022a).

SOUTIEN AU LOGEMENT ET DU REVENU

Des soutiens financiers et subventions des coûts associés au logement sont disponibles aux personnes à faible revenu de plus de 55, 60 ou 65 ans, selon les programmes. Seniors Supportive Housing offre des logements adaptés, subventionnés par BC Housing et des partenaires et gérés par des organisations sans but lucratif. Il y a également le Shelter Aid for Elderly Renters, un programme de soutien au logement visant à aider les personnes âgées locataires à demeurer chez elles. En 2019, 24 233 personnes se sont prévaluées de cette mesure, une augmentation de 6 % par rapport à 2018. La subvention moyenne a augmenté de 21 % entre 2015 et 2020 (OSA, 2020). Le programme Property Tax Deferment permet de reporter le paiement des taxes foncières jusqu'au moment de la vente de la maison. La province offre aussi un supplément de revenu d'un maximum de 99 \$ par mois aux aînés qui reçoivent le supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral.

Offre de services

Les services de SAD sont offerts aux personnes qui habitent dans un domicile privé ou une résidence pour personnes âgées. L'accès aux services subventionnés dépend d'une évaluation, par un professionnel de l'ARS, des besoins de la personne et de sa capacité à gérer sa condition de santé avec l'assistance de ses proches. Les services de SAD peuvent être de courte ou de longue durée. Ils sont conçus pour les personnes qui ont une condition chronique qui nuit à leur autonomie fonctionnelle, à celles qui ont besoin de soins à la suite d'une hospitalisation ou au lieu d'une hospitalisation et aux personnes en fin de vie. D'autres facteurs comme le comportement de la personne, la sécurité du domicile et la disponibilité du personnel de l'ARS avec les compétences requises sont également pris en compte lors de l'évaluation de l'admissibilité aux services de SAD (BCMOH, 2020b, s.d.-c).

Pour accéder aux services de SAD, la personne prend contact avec un Community Access Centre de son ARS, où un professionnel effectue une évaluation initiale avec l'instrument RAI Contact Assessment pour déterminer les besoins et la situation de la personne et évaluer la sécurité du domicile. Le soutien à domicile de courte durée ne nécessite pas une évaluation complète et n'exige pas de contribution financière de l'utilisateur. Les services de SAD de courte durée représentent 8 % des heures totales de services (OSA, 2020). Si la personne est admissible aux SAD de longue durée, une évaluation complète des besoins est entreprise avec l'instrument RAI-HC et un plan de soins est développé par le gestionnaire de cas. La couverture publique diffère pour les soins professionnels, les services d'assistance personnelle, les programmes de jour et la provision d'équipements et de fournitures. Les services d'aide domestique et de soutien civique sont plutôt sous la responsabilité du secteur communautaire (BCMOH, 2020b; *Home and Community Care Policy Manual*).

Les soins professionnels à domicile sont prodigués sans frais directs pour l'utilisateur et incluent les soins infirmiers, les services de réadaptation, les services sociaux, les services de pharmacie, les soins palliatifs et la gestion de cas. Des frais peuvent être exigés pour des équipements et fournitures après deux semaines, sauf dans un contexte de soins de fin de vie (BCMOH, s.d.-c).

Les services d'assistance personnelle (continence, alimentation, lavage, oxygène, installation et retrait de cathéters, administration de médicaments, etc.) sont fournis par des aides-soignants employés par ou sous contrat avec l'ARS (ou l'utilisateur dans le cadre du programme de soins autogérés – voir ci-dessous). Les services sont subventionnés par l'État selon l'évaluation des besoins de la personne (évaluation RAI-HC et score MAPLe dérivé de celle-ci) et selon son revenu. Les ARS déterminent la portée et l'intensité requises des différents services. Il n'y a aucune contribution de l'utilisateur pour le soutien de courte durée (deux semaines) ni pour les usagers en soins palliatifs et de fin de vie (six mois). Le montant de la quote-part pour les services d'assistance personnelle de plus longue durée est établi selon le revenu, plafonné à 300 \$/mois, avec une dispensation pour les prestataires du supplément de revenu garanti fédéral (BCMOH, s.d.-f; *Home and Community Care Policy Manual*). Dans les faits, 65 % des usagers ne paient aucune contribution, tandis que 35 % paient entre 28 \$ et 62 \$ par jour (OSA, 2022). Le calcul des subventions est spécifié dans le *Home and Community Care Policy Manual*.

Les programmes de jour : l'utilisateur qui est évalué par un professionnel de l'ARS comme ayant besoin de services de jour dans son plan de soins peut avoir recours à des programmes offerts dans sa communauté, souvent dans les locaux d'une résidence de soins de longue durée, mais aussi dans des centres indépendants. L'utilisateur est responsable des frais d'un maximum de 10 \$ par jour qui couvrent les repas, le transport et les matériaux. Les frais sont réduits ou exonérés pour les personnes à faible revenu. Les programmes de jour offrent des services d'assistance personnelle, de santé et services sociaux, des activités récréatives et du répit pour les proches aidants (BCMOH, s.d.-a).

Les services d'aide domestique et de soutien civique sont offerts principalement par les organismes communautaires qui participent aux programmes Healthy Aging de United Way, bien que les gestionnaires de cas de l'ARS jouent un rôle de référencement et peuvent dans certains cas offrir les services par leur personnel ou des prestataires sous contrat. Le service 211 aide les gestionnaires de cas et les usagers à trouver les ressources locales pertinentes (BC211, s.d.). Better at Home est un des 8 programmes phares de Healthy Aging qui offre aux personnes âgées de l'aide avec des tâches simples et non médicales comme les courses, les petites réparations à domicile, les travaux de jardinage, le transport pour se rendre à des rendez-vous et les travaux ménagers légers. Tous les services de Better at Home sont fournis par des organisations locales à but non lucratif et assurés par une combinaison de bénévoles et d'employés rémunérés : 43% des services sont prodigués par des bénévoles et 53% de ces bénévoles sont des personnes âgées (UnitedWayBC, 2022b). Healthy Aging inclut également 7 autres programmes : les programmes d'activation thérapeutiques pour les aînés (exercices, repas communs, ateliers), soutien aux personnes proches aidantes (programmes soutenus par Family Caregivers of BC, offerts par 17 organismes), prescription sociale, navigation et soutien par les pairs, apprentissage numérique, Aînés en sécurité, Collectivités fortes et les « Men's sheds ».

Les usagers peuvent s'autoréférencer aux services d'aide domestique et de soutien civique ou y être recommandés par leur gestionnaire de cas ou un autre professionnel. La contribution financière des usagers est déterminée en fonction de leur revenu. Les personnes âgées à faible revenu peuvent accéder aux services gratuitement (BC, 2021). En 2021-22, 335 programmes United Way Healthy Aging en Colombie-Britannique, offerts par un réseau de 188 organismes communautaires, ont fourni 560 000 services à 35 000 aînés (UnitedWayBC, 2022a).

Prestation

Les ARS peuvent fournir les services professionnels et d'assistance personnelle elles-mêmes ou confier le mandat à des organismes privés avec ou sans but lucratif. Les contrats de services spécifient les livrables et les exigences à respecter au regard de la loi et en matière de production de rapports. Le plan de soins dessiné par le gestionnaire de cas de l'ARS détermine le financement octroyé et le temps que le personnel peut passer avec un usager. Les prestataires privés doivent être agréés, se soumettre à des vérifications périodiques et se conformer aux politiques et lignes directrices énoncées dans le Home and Community Care Policy Manual (BCMOH, s.d.-g).

On constate des variations entre les ARS dans le pourcentage de services de SAD contractés à des prestataires privés. Dans les ARS Fraser, Island et Vancouver Coastal, entre 26 % et 37 % seulement des services de SAD étaient autrefois fournis par l'ARS. Depuis 2020, le ministère de la Santé a incité les ARS à internaliser ces services dans le but de faciliter la mise en œuvre d'équipes multidisciplinaires, de renforcer la coordination des services et d'améliorer la planification des horaires et stabiliser des heures de travail afin de favoriser le recrutement (BCMOH, 2020a; MacLeod, 2019; Shaw, 2019).

MODALITÉ DE SOINS AUTOGÉRÉS

Les services d'assistance personnelle peuvent aussi être prodigués selon la modalité autogérée qu'on appelle CSIL. L'utilisateur doit avoir une condition médicale stable, des besoins de longue durée prévisibles et doit être capable, seul ou avec un proche aidant ou groupe de soutien, d'assumer le rôle d'employeur. Il reçoit des fonds directement de son ARS pour acheter les services de SAD inclus dans son plan de soins et devient alors responsable d'engager, de former et de superviser l'employé et de remplir les formulaires requis par Revenu Canada et par l'ARS. Une entente est signée entre l'ARS et l'utilisateur, et l'ARS détermine le montant accordé selon l'évaluation des besoins et les lignes directrices du CSIL Categories of Need Guidelines. La contribution de l'utilisateur est, comme pour les services prodigués par l'ARS, calculée en fonction de son revenu. Un taux horaire minimum pour l'employé s'établit à 37,81\$/heure à partir du 1^{er} avril 2024 (BCMOH, s.d.-b; *Home and Community Care Policy Manual*).

Programme de paramédecine communautaire : motivé en grande partie par le défi d'offrir des services de SAD en région rurale et éloignée, le ministère de la Santé a collaboré depuis 2015 avec BC Emergency Health Services, les ARS, les Ambulances Paramedics of British Columbia, la FNHA et d'autres organismes pour mettre en œuvre un programme de paramédecine communautaire. Les paramédicaux communautaires offrent des services de SAD principalement aux personnes âgées avec des maladies chroniques qui demeurent dans des communautés rurales et éloignées, incluant plusieurs communautés autochtones. Ils offrent aussi des évaluations de risque de chute et de sécurité du domicile et, plus récemment, des soins palliatifs et de la télésurveillance (BCEHS).

Participation des médecins : le présent portrait ne s'attarde pas aux services médicaux à domicile, bien qu'il y ait de nombreux programmes en émergence dans la province pour offrir des soins médicaux ou de l'hospitalisation à domicile. À un niveau systémique, le développement des soins primaires multidisciplinaires dans les Réseaux de soins de première ligne est l'un des principaux domaines d'intervention de la stratégie de ressources humaines du ministère de la Santé pour aider les personnes âgées à bien vieillir, à éviter le recours inutile aux urgences et à retarder ou prévenir le recours aux SLD (BCMOH, 2022b). Le Ministère collabore aussi avec le General Practice Service Committee, qui représente les médecins de famille de la province, pour concevoir des mesures et incitatifs visant à assurer la participation des médecins de famille dans les soins aux personnes âgées. En 2023, la province a introduit un nouveau modèle de paiement, appelé modèle de rémunération longitudinal des médecins de famille, qui vise à encourager les médecins de famille à prendre en charge les personnes âgées ayant des besoins complexes (Watson, 2022).

Ressources humaines

La Health Employers Association of British Columbia (HEABC) coordonne les intérêts en matière de ressources humaines et de relations de travail des employeurs de la santé subventionnés par l'État. Elle agit à titre d'agent de négociation lors de l'établissement d'ententes entre les employeurs et le personnel infirmier, les résidents en médecine et le personnel de soutien dans les établissements et les milieux communautaires. Conjointement avec le gouvernement, cette association effectue la planification stratégique des ressources humaines en recueillant des données sur les postes qui sont à pourvoir depuis plus de trois mois (HEABC, s.d.).

Quelque 10 000 aides-soignants prodiguent les services d'assistance personnelle à domicile dont 75 % d'entre eux ont des postes occasionnels ou travaillent à temps partiel (OSA, 2019). Qu'ils soient employés par une ARS ou par un organisme sous contrat, les aides-soignants dont l'employeur reçoit des fonds publics doivent être inscrits à un registre centralisé, le Care Aide and Health Worker Registry, lequel recense les cas d'abus et contrôle la validité des programmes de formation. Les aides-soignants peuvent entreprendre certaines tâches de soins infirmiers ou de réadaptation qui leur sont désignés par un professionnel de la santé. (BCMOH, s.d.-f).

FORMATION

Des formations à l'intention des aides-soignants bénéficient de l'appui financier du gouvernement, notamment par le biais du programme BC Cares, offert en partenariat avec les ministères de la Santé et de l'Éducation supérieure pour favoriser le recrutement des personnes immigrantes, des jeunes et des personnes vivant dans les communautés autochtones ou en région rurale. La stratégie de ressources humaines (BCMOH, 2022b) mise sur la rétention du personnel par : la création de milieux de travail sains et culturellement sécuritaires, le redesign du flux de travail incluant des changements de champs de pratique, la réduction des barrières au recrutement international, des incitatifs pour les postes en milieu rural ou éloigné et la provision d'une orientation compréhensive pour les nouveaux employés (BCMOH, s.d.-e). Un programme, accompagné de bourses permettant aux aides-soignants de compléter la formation pour devenir infirmière auxiliaire est aussi disponible (BCHCA, s.d.).

En 2019, le projet de loi 8 proposait des changements à l'Employment Standards Act, mais aucune modification n'a été apportée au droit de refuser des heures supplémentaires ni au nombre minimum d'heures qu'un travailleur peut recevoir par jour (*call-in pay*). Cette dernière disposition est particulièrement importante pour les aides-soignants en SAD, qu'ils travaillent pour une ARS ou un fournisseur sous contrat, car ils peuvent être appelés à travailler seulement 2 heures par jour (c'était 4 heures avant les modifications apportées à la loi en 2002) (BCGOV, 2019).

Dans une enquête réalisée en 2016 auprès des usagers de l'aide à domicile, l'Office of the Seniors' Advocate a constaté que 47 % des usagers estimaient que les aides-soignants à domicile possédaient toutes les compétences requises, tandis que 40 % pensaient qu'elles possédaient une partie ou la plupart des compétences. Aussi, 62 % ont jugé la qualité des services excellente ou supérieure à la moyenne (OSA, 2016).

Les paramédicaux communautaires sont, depuis 2015, autorisés par un changement de règlement (Ministerial Order) à offrir des services en contexte non urgent. Une formation avancée de 14 semaines développe les compétences d'appliquer leur champ de pratique actuel au contexte de soins primaires (BCEHS, 2017). Tous les candidats à ce poste doivent être au moins titulaires d'une licence de paramédical en soins primaires. Le gouvernement finance la formation des paramédicaux communautaires à travers la Community Workforce Response Grant qui fournit des fonds aux communautés et aux fournisseurs de services pour soutenir la formation menant à des emplois sûrs et durables (BCGOV, 2023). Le programme de paramédecine communautaire priorise l'embauche de paramédicaux qui résident dans la communauté ou qui sont rattachés à celle-ci. Les Paramédicaux communautaires de la Colombie-Britannique sont agréés par l'Emergency Medical Assistants Licensing Board et doivent respecter les normes provinciales en matière de compétences (APBC, 2014). Ils sont des employés du BC Emergency Health Services qui fait partie de l'autorité de santé provinciale. Les paramédicaux communautaires travaillent sous un plan de soins établi par le prestataire de soins et bénéficient d'un soutien médical du BC Emergency Health Services et du médecin de famille (IHE, 2017).

COORDINATION DES SERVICES

Le ministère de la Santé soutient diverses stratégies afin que les résidents de la province aient accès à des renseignements détaillés et à jour pour trouver les services dont ils ont besoin, notamment avec les services Health Link, HealthGuide et Seniors Guide et le service BC211. Gérée par United Way Colombie-Britannique depuis 2022, la ligne BC211 offre un centre d'appels (et service interactif Web) tenu par des préposés qui sont formés pour aider les usagers, leurs proches et prestataires à trouver des services dans leurs communautés pour répondre à des besoins spécifiques.

Les paramédicaux communautaires collaborent avec les hôpitaux locaux et les équipes de soins primaires. Les paramédicaux communautaires qui offrent des services de SAD suivent un plan de soins élaboré par le professionnel de la santé (gestionnaire de cas de l'ARS ou médecin traitant) qui leur a référé le patient et rendent compte à ce professionnel. Le dossier patient intègre la documentation créée par le paramédical communautaire lors de ses visites à domicile. Un modèle de surveillance médicale est mis en place pour assurer une surveillance clinique appropriée des PC. Les composantes du programme de paramédecine communautaire sont élaborées d'après une évaluation communautaire par une équipe de collaborateurs (représentants de la communauté, responsables locaux, paramédicaux et autres professionnels de la santé) pour identifier les besoins en soins de santé et les lacunes dans la prestation de services et concevoir des programmes appropriés (BCEHS, 2019, 2021).

Mécanismes de contrôle

Différents mécanismes sont en place pour assurer la surveillance, l'évaluation et le contrôle des services de SAD. Le ministère de la Santé, en vertu de la *Ministry of Health Act*, a accès à un grand éventail de données recueillies par les organismes publics ou les fournisseurs contractuels aux fins de gestion, de développement, d'évaluation, de surveillance et d'amélioration (*Ministry of Health Act*).

Conformément au *Home and Community Care Policy Manual*, les ARS doivent évaluer les services de soins à domicile et communautaires subventionnés par l'État, l'évolution de l'état de santé de la clientèle et soumettre au ministère certaines données, dont celles associées aux exigences minimales de déclaration sur les Soins à domicile et dans la collectivité et celles destinées aux systèmes d'information de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les données issues des évaluations RAI forment une partie importante du système. Rappelons que les fournisseurs qui offrent des services sous contrat avec les ARS sont aussi dans l'obligation de recueillir et de soumettre ces données. Ces fournisseurs font l'objet d'une surveillance et doivent respecter des exigences dans le cadre d'accords contractuels avec les ARS (*Home and Community Care Policy Manual*). Les ARS sont tenus de produire des fiches de performance annuelle comprenant les indicateurs, les objectifs, la performance, les écarts entre les différentes localités de la région et les mesures qui ont été ou qui seront prises pour réduire ces écarts. Les indicateurs de performance visent des mesures précises de qualité, de sécurité et d'expérience usager (FraserHealth, 2023). On constate des différences dans la manière que les ARS remplissent cette fonction. L'ARS Vancouver Coastal, par exemple, utilise le modèle ARQ (Accountability, Responsiveness and Quality, ou responsabilité, réactivité et qualité) avec ses sous-traitants, lequel fonde le financement sur des cibles de performance (par exemple, les usagers voient toujours la même agente ou le même agent de santé communautaire) et encadre la durée des consultations et des services (BCCPA, 2018).

Les fournisseurs de services de SAD qui ne sont pas subventionnés par l'État sont très peu surveillés : l'agrément est facultatif, aucune vérification régulière n'est prévue, les règlements du ministère de la Santé ne s'appliquent pas, le personnel n'a besoin d'aucune qualification particulière et il n'y a pas d'exigence en matière de traitement des plaintes, de signalement des incidents ou d'inscription des travailleurs au registre (OSA, 2019). La British Columbia Care Providers Association envisage la possibilité de créer un programme facultatif d'agrément et de contrôle de la qualité (BCCPA, 2018).

Conformément à la *Patient Care Quality Review Board Act* de 2008, les ARS doivent mettre sur pied des bureaux mandaté pour le contrôle de la qualité des soins aux patients (*Patient Care Quality Office*). Ces bureaux ont pour mission de recevoir et de traiter les plaintes, y compris celles liées aux services de SAD, et les acheminer ensuite au conseil de contrôle de la qualité des soins des ARS concernées (BCMOH, s.d.-d; *Patient care quality review board act*). Dans chaque ARS, un comité du conseil d'administration responsable de la qualité doit vérifier et approuver les recommandations formulées et les mesures prises à la suite des plaintes traitées par le conseil. Lorsqu'elles reçoivent ces recommandations, les ARS doivent envoyer par écrit au ministère, dans les 30 jours, leurs réponses à ces recommandations et indiquer les mesures qui ont été prises ou qui le seront (FraserHealth, 2015).

L'Office of the Seniors Advocate joue un rôle pour faciliter les plaintes en plus de son rôle de surveillance, d'advocacy et de conseil au ministère de la Santé. L'Office a accès aux données ministérielles, fait une veille indépendante des services aux personnes âgées et rend compte au public de ses observations. Bien que financé par le ministère de la Santé (avec un budget d'environ 2,4 millions de dollars par année), l'Office s'intéresse à tous les services publics qui touchent la vie des personnes âgées. Il convient de noter qu'Isobel Mackenzie est à la tête de l'organisation depuis que le poste a été créé, en 2014 (OSA, 2020). Le gouvernement finance également le programme Patients as Partners qui dispose d'un conseil au niveau provincial, assure la participation citoyenne dans les processus décisionnels des ARS et des établissements et bénéficie du soutien du Patient Voices Network (PatientVoices, 2023).

Mesure des résultats

Le ministère de la Santé établit des cibles pour les soins et services aux personnes âgées dans sa planification annuelle et suit ces indicateurs dans ses rapports annuels. Chaque ARS produit des rapports annuels sur une série d'indicateurs pertinents aux services de SAD. Cette série d'indicateurs comprend : le nombre de patients de 75 ans et plus atteints de maladies chroniques qui sont admis à l'hôpital au niveau provincial, les services de santé à domicile fournis dans les délais de référence (selon le niveau de priorité), le délai d'attente pour l'évaluation RAI-HC pour les usagers de SAD longue durée, le nombre de visites à domicile par jour, le nombre d'usagers desservis et le nombre total de visites par an (BCMOH, 2023; FraserHealth, 2023).

Malgré l'objectif du Ministère de maintenir les personnes âgées à domicile le plus longtemps possible, le rapport 2020 de l'Office of the Seniors' Advocate trouve que 61% des patients admis en centre d'hébergement et de soins de longue durée n'ont pas reçu d'aide à domicile dans les mois précédents et les patients jugés à haut risque de placement (51%) reçoivent en moyenne moins de 1,2 heure de services par jour. Dans l'ensemble, 63 % des usagers de services de SAD reçoivent moins d'une heure d'aide par jour en moyenne. Seuls 41% d'entre eux bénéficient d'un service quotidien. Parmi ceux-ci, 27 % reçoivent moins d'une heure et 47 % entre une heure et une heure et demie par jour. Même les usagers évalués comme présentant un risque élevé et très élevé (score MAPLe 4 ou 5), souvent atteints de troubles cognitifs et de handicaps physiques, reçoivent entre 1,8 et 2,1 heures de service par jour (OSA, 2019).

ANNEXE B –
TABLEAU 4.
SOUTIENS
FINANCIERS
PROVINCIAUX

Tableau 4 : Soutiens financiers provinciaux

	Soutiens aux proches aidants	Adaptation du domicile	Soutien au loyer et aux propriétaires	Logements subventionnés	Suppléments de revenu
Colombie-Britannique	Crédit canadien pour aidant naturel¹⁶ Maximum = 5 243 \$; réduit lorsque le revenu dépasse 17 742 \$	Subvention pour l'accessibilité du domicile (Rebate for accessible home adaptations) Membre de la famille a un handicap ou perte d'autonomie durable Revenu familial moins de 121 000 \$ Biens (excluant maison) moins de 100 000 \$ Valeur de la maison en dessous des valeurs maximales par région Maximum à vie = 17 500 \$	Homeowner grant for seniors : Community-dwelling seniors (65 ans et plus) Max en région urbaine = 845 \$ et max en région rurale et nordique = 1 045 \$ Le montant est réduit selon la valeur de la maison¹⁷ 457 960 subventions accordées en 2021 Property tax deferment 55 ans et plus Report des taxes foncières jusqu'à la vente de la maison. Croissance des demandes de 27 % entre 2016 et 2022¹⁸ Shelter aid for elderly renters (SAFER) 60 ans et plus Locataires avec des revenus inférieurs à 30 000 \$ qui paient plus de 30 % de leur revenu brut en loyer. 23 774 bénéficiaires en 2021-22; coût total 60 million \$	Seniors subsidized housing (55 ans et plus) Logement financé par BC Housing pour les personnes âgées à faible revenu. Les locataires paient 30 % du revenu brut. Les candidats sont priorisés en fonction des besoins ou de la date de candidature.¹⁹	BC Seniors supplement Supplément jusqu'à 99 \$/mois au SRG du fédéral BC Age amount Revenu net de toutes sources = 37 730 \$ ou moins Une personne célibataire de 65 à 74 ans à faible revenu recevrait un total de 1 808 \$/mois : • 1 023 \$ du SGR • 685 \$ du OAS • 99 \$ du BC Seniors' Benefit²⁰

16 (CCEA, 2022, p.78)

17 (OSA, 2022, p. 46)

18 (OSA, 2022, p. 46)

19 (OSA, 2022, p. 49)

20 (OSA, 2022)

	Soutiens aux proches aidants	Adaptation du domicile	Soutien au loyer et aux propriétaires	Logements subventionnés	Suppléments de revenu
Alberta		Seniors Home Adaptation and Repair Program²¹ 65 ans et plus Revenu annuel (individuel ou couple) de 75 000\$ ou moins Propriétaire d'une propriété résidentielle et avoir une valeur nette d'au moins 25% après l'application du prêt Le programme enregistre une mise en gage sur le certificat de titre foncier pour garantir le prêt. Prêt à faible taux d'intérêt maximal de 40 000\$, pour réparations et adaptations du domicile remboursé à la vente de la propriété, ou plus tôt Residential Access Modification Program²² Personnes de tout âge qui utilise un fauteuil roulant ou 65 et plus qui utilise un déambulateur à 4 roues sur une base continue Personnes avec une maladie neurodégénérative progressive. Propriétaire ou locataire Avoir vécu dans la province au moins 3 mois Autochtone sur ou hors réserve Revenu sous le seuil spécifié (ex. : 46,5 K \$ pour individu) Les demandes de modifications sont traitées et financées en priorité pour les personnes qui attendent leur congé de l'hôpital ou qui reçoivent des soins palliatifs; les autres demandes sont traitées selon le principe du premier arrivé, premier servi Calculé selon revenu Valeur de la propriété en-dessous du maximum pour la région (ex. : 510 000 \$ à Calgary) Allocation maximale de 7 500 \$ par année; 15 000 \$ sur 10 ans. Le demandeur doit fournir au moins 2 estimés de professionnels pour les travaux	Seniors Property Tax Deferral Program 65 ans et plus Avoir vécu dans la province au moins 3 mois et avoir un minimum de 25% de la valeur nette de la maison²³ Le Programme paie les impôts fonciers résidentiels directement à la municipalité au nom du client. Le client rembourse le prêt, avec les intérêts, lorsqu'il vend la maison, ou avant.²⁴	Seniors Self-contained Housing program : 65 ans et plus Faible revenu Autonome Seniors and Housing subventionne le loyer d'un locataire, qui comprend les dépenses de chauffage, d'eau et d'égouts, et est basé sur 30 % du revenu ajusté d'un ménage. Seniors' Self-Contained Housing a fourni 14 300 unités de style appartement pour les personnes âgées autonome avec ou sans besoins de services Seniors Lodge program 65 ans et plus Faible revenu Autonome Ont résidé dans la municipalité où se situe le Seniors Lodge depuis au moins un an. Chambres, repas, services d'entretien ménager et possibilités récréatives, sécurité, services non-médical 24/7 Priorité selon les besoins (scores) Les loyers payés par les personnes âgées sont basés sur 30 % du revenu. Quel que soit le tarif mensuel du lodge, chaque résident doit disposer d'au moins 342 \$ de revenu mensuel disponible.²⁵ Seniors' Lodge a fourni 10 750 unités aux personnes âgées autonomes	Alberta Seniors Bene its 65 ans et plus 285 \$/mois Individus avec un revenu annuel de 29 630 \$ ou moins, ou couple avec revenu annuel combiné de 48 120 \$ ou moins. Inscrits au Seniors Financial Assistance program Calculé selon revenu, type de logement, état civil²⁶ 2021-22 : 174 000 bénéficiaires Mars 2021 : Introduction de l'option libre-service demande en ligne pour les programmes d'aide financières aux aînés.²⁷

21 (Seniors&Housing, 2022)

22 (Alberta, s.d.-d)

23 (Alberta, s.d.-b)

24 (Seniors&Housing, 2022)

25 (OAGA, 2020)

26 (Alberta, s.d.-c)

27 (Seniors&Housing, 2022)

	Soutiens aux proches aidants	Adaptation du domicile	Soutien au loyer et aux propriétaires	Logements subventionnés	Suppléments de revenu
Ontario	Congé familial pour les aidants naturels Congé non payé avec protection de l'emploi (8 à 26 semaines selon la raison : maladie, décès imminent) Attestation d'un praticien de la santé que cette personne est gravement malade²⁸	Crédit d'impôt aux aînés pour la sécurité à domicile²⁹ 65 ans et plus ou habite (ou habitera dans les 2 ans) avec un parent 65 et plus Remboursable Vise à assurer l'accessibilité et la sécurité du domicile Crédit jusqu'à 25 % des dépenses admissibles jusqu'à 10 000 \$ Crédit maximum par an 2 500 \$³⁰	Subvention aux personnes âgées propriétaires pour l'impôt foncier de l'Ontario³¹ 64 ans et plus Revenu moins de 50 000 \$ (célibataire) Maximum par année 500 \$, réduit selon revenu.		Paiements du Régime de revenu annuel garanti de l'Ontario pour les personnes âgées³² Résident de l'ON depuis 12 mois ou a vécu en ON pendant 20 ans depuis son 18^e anniversaire Résident du Canada pendant au moins 10 ans Reçoit le SRG du fédéral Montant a été double en 2023 : de 83 \$ par mois à 166 \$ par mois (pour un individu)³³ Ontario Seniors at Home Tax credit Introduit en 2022 70 ans et plus Crédit remboursable pour dépenses liées à des dispositifs, fournitures ou équipements ou services médicaux ou de soutien (une certification est requise pour ces derniers) Crédit maximum de 1 500 \$, réduit en fonction du revenu familial net (0 \$ quand ce revenu atteint 65 000 \$³⁴)

28 (Ontario, s.d.-e)

29 (Ontario, 2023)

30 (Ontario, 2023)

31 (GC, s.d.)

32 (Ontario, s.d.-c).

33 (Ontario, s.d.-c).

34 (Ontario, s.d.-f)

**ANNEXE C –
TABLEAU 5.
SOUTIENS
FINANCIERS
FÉDÉRAUX**

Tableau 5 : Soutiens financiers fédéraux*

Soutiens fédéraux	Pension de la Sécurité de vieillesse ³⁵	Supplément de revenu garanti ³⁶	Crédit d'impôt – Montant en raison de l'âge ³⁷	Crédit d'impôt pour l'accessibilité domiciliaire ³⁸	Crédit canadien pour aidant naturel ³⁹	Régime de pensions du Canada ⁴⁰	Prestations pour proches aidants de l'assurance-emploi ⁴¹
Population cible	65 ans et plus	65 ans et plus	65 ans et plus	65 ans et plus ou personne handicapée, ou conjoint ou proche qui a aussi demandé le montant pour aidant naturel Rénovations à un logement qui est la propriété de la personne ou de son proche et qui est habité par la personne au cours de l'année Rénovations qui permettent à la personne d'avoir accès au logement, s'y déplacer et accomplir les tâches de la vie quotidienne	Aidant d'une personne qui a une déficience physique ou mentale et qui compte sur vous pour subvenir de façon régulière et constante à l'ensemble ou une partie de ses besoins fondamentaux, comme la nourriture, le logement et l'habillement La personne doit être votre enfant, petit-enfant, parents, grands-parents, frères, sœurs, oncles, tantes, neveux ou nièces (ou celui du conjoint)	Travailleurs au Canada hors Québec (où existe le Régime des rentes du Québec) Personnes de 60 ans et plus qui ont versé au moins une cotisation valide au Régime de pensions du Canada	Proche aidant d'une personne gravement malade ou blessée ou qui requiert des soins de fin de vie

*Nous présentons les principaux programmes destinés aux personnes âgées, mais il y en a potentiellement d'autres pour des clientèles ciblées.

35 (GC, 2023a)

36 (GC, 2023b)

37 (GC, 2023c)

38 (GC, 2023d)

39 (GC, 2023c)

40 (GC, 2023e)

41 (GC, 2023f)

Soutiens fédéraux	Pension de la Sécurité de vieillesse ³⁵	Supplément de revenu garanti ³⁶	Crédit d'impôt – Montant en raison de l'âge ³⁷	Crédit d'impôt pour l'accessibilité domiciliaire ³⁸	Crédit canadien pour aidant naturel ³⁹	Régime de pensions du Canada ⁴⁰	Prestations pour proches aidants de l'assurance-emploi ⁴¹
Caractéristiques du programme	Le gouvernement fédéral envoie une lettre à la personne aînée le mois suivant ses 64 ans. Inscription normalement automatique si les informations détenues par le gouvernement sont à jour Paiement mensuel maximum (personne célibataire) = 698,60\$ 75 ans et plus = 768,46\$ Revenu net de toute provenance doit être moins de 134 626\$ Imposable	Dans la plupart des cas, le bénéficiaire n'a pas à présenter une demande pour obtenir cette prestation.	Non-remboursable Revenu net moins de 92 480\$ Crédit maximal (si le revenu net est moins de 39 826\$) est de $7\,898\\$ \times 15\% = 1\,184\\$ en crédit d'impôt. Crédit à calculé selon revenu si entre 39 826\$ et 92 480\$	Non-remboursable Montant maximal admissible de 20 000\$ ($\times 15\% = 3\,000\\$ en crédit d'impôt) Le montant peut être partagé entre la personne et son proche	Non-remboursable : Pour conjoint : $2\,350\\$ + 7\,525\\$ (\times 15\% = 1\,128,25\\$)$ en crédit d'impôt Pour autre adulte : $7\,525\\$ (\times 15\% = 1\,128\\$)$ en crédit d'impôt	Régime d'assurance sociale financé par les cotisations des employés, des employeurs et des travailleurs autonomes Le montant reçu chaque mois pour le reste de la vie est fondé sur les gains moyens du client tout au long de sa vie active, ses cotisations au RPC et l'âge auquel il décide de commencer sa pension de retraite du RPC S'ajoute à la Pension de la Sécurité de vieillesse et le supplément de revenu garanti, le cas échéant	Le proche aidant peut recevoir jusqu'à 55 % de son revenu d'emploi, jusqu'à un maximum de 650\$ par semaine La prestation peut être reçue pendant les 52 semaines suivant la date à laquelle la personne a été reconnue gravement malade ou nécessitant des soins de fin de vie par un médecin ou un infirmier praticien Le nombre de semaines maximal dépend des caractéristiques de la personne aidée : 35 semaines pour le proche d'une personne de moins de 18 ans 15 semaines pour un adulte 26 semaines pour une personne en fin de vie (aussi appelé Prestation de compassion)
Modalités du programme	Montant calculé selon le revenu et le nombre d'années de résidence au Canada	Basé sur le revenu. Il n'est pas imposable. Individu avec un revenu annuel de moins de 2 168\$ recevra 1 043,45\$ par mois au maximum	Crédit transférable au conjoint	Le demandeur doit soumettre les factures avec les renseignements qui identifient le vendeur ou l'entrepreneur ainsi qu'une description des travaux	L'ARC pourrait demander une note signée par un professionnel de la santé qui atteste la date où la déficience a commencé et sa durée prévue	Le versement des paiements n'est pas automatique et la demande doit être présentée L'âge maximal pour commencer la demande est de 70 ans	La personne aidée doit être reconnue gravement malade, blessée ou nécessitant des soins de fin de vie par un médecin ou infirmier praticien

BIBLIOGRAPHIE

- 211 British Columbia. (BC211). (s.d.). *Timeline*. <https://bc.211.ca/about-us>
- Agarwal, G., Pirrie, M., Angeles, R., Marzanek, F., Thabane, L. et O'Reilly, D. (2020). Cost-Effectiveness Analysis of a Community Paramedicine Programme for Low-Income Seniors Living in Subsidised Housing : The Community Paramedicine At Clinic Programme (CP@clinic). *BMJ Open*, 10, e037386. <https://doi:10.1136/bmjopen-2020-037386>
- Alberta Health. (Alberta). (2016). *Primary Care Networks Review*. <https://open.alberta.ca/data-set/3ca7c848-0112-467f-8230-2e364a294f8/resource/a41ff408-5d52-4763-83b5-1171612e8c7/download/pcn-review-2016.pdf>
- Alberta Health. (AH). (2023). *Health Care Aide Program*. <https://www.alberta.ca/health-care-aide-program>
- Alberta Health. (AH). (s.d.). *Continuing Care overview*. <https://www.alberta.ca/about-continuing-care.aspx>
- Alberta Health Services. (AHS). (2019a). *Alberta's Strategic Clinical Networks: Improving Outcomes Retrospective 2012–2018*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-reports-retrospective-2012-2018.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (2019b). *Considering Invoicing: Questions and Answers for Prospective Agreement Holders Edmonton zone*. [Considering_Invoicing.pdf](https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/publications/considering_invoicing.pdf) ([careathometruster.org](https://www.albertahealthservices.ca))
- Alberta Health Services. (AHS). (2020a). *Annual report 2019–2020*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/publications/2019-20-annual-report-web-version.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (2020b). *Designated supportive living in lodges: a guide for housing management bidies*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/seniors/if-sen-cc-designated-supportive-living-in-lodges.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (2021). *Annual Report 2020–2021*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/publications/2020-21-annual-report-web-version.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (2022a). *Continuing care in Indigenous communities: guidebook*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/seniors/if-sen-ccic-guidebook.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (2022b). *Home care: client and family information package*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/seniors/if-sen-home-care-client-and-family-information-package.pdf>

- Alberta Health Services. (AHS). (2022c). *Home care: keeping you well and independent*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/seniors/if-sen-home-care-brochure.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (2023a). *Connect Care: implementation timeline*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/cis/if-cis-cc-infographic-site-implementation-timeline.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (2023b). *Seniors health strategic clinical network*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-srs-quick-facts.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (s.d). *Provincial advisory councils*. <https://www.albertahealthservices.ca/ac/Page13509.aspx>
- Alberta Health Services. (AHS). (s.d.-a). *Community paramedic program: enhancing care in the community*. <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page13486.aspx>
- Alberta Health Services. (AHS). (s.d.-b). *Edmonton zone healthcare planning*. <https://together4health.albertahealthservices.ca/edmonton-zone-healthcare-planning>
- Alberta Health Services. (AHS). (s.d.-c). *Indigenous Wellness Core*. <https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?Id=1069951>
- Alberta Health Services. (AHS). (s.d.-d). *Patient concerns resolution process*. <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-patient-concerns-resolution-process-prr-02-01-procedure.pdf>
- Alberta Health Services. (AHS). (s.d.-e). *Self-managed care*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/seniors/if-sen-self-managed-care-brochure.pdf>
- Alberta Ministry of Seniors and Housing. (Seniors&Housing). (2022). *Annual Report 2021–2022*. https://open.alberta.ca/dataset/5*26add6-8c5c-4404-9ae8-c65bd7985038/resource/cefba152-7353-49a4-8ac8-40995*f16176/download/sh-annual-report-2021-2022.pdf
- Alberta. (2020, 5 novembre). **Updating health legislation to better serve Albertans**. *Salle de presse*. <https://www.alberta.ca/release.cfm?xID=75642065012EB-D64E-6043-530A8346C38FB407>
- Alberta. (2023, 8 novembre). **Refocusing on patient-centred care**. *Salle de presse*. <https://www.alberta.ca/release.cfm?xID=89249DAFF1D69-CFE0-82EA-902485FA763C9063>
- Allana, A., Kuluski, K., Tavares, W. et Pinto, A. (2022). Building Integrated, Adaptive and Responsive Healthcare Systems – Lessons from Paramedicine in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 22, 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07856-z>
- AlyaCare. (AlyaCare). (s.d.). *Boost Home Care Referrals By 2x By Becoming An HCCSS Provider*. <https://alayacare.com/blog/boost-home-care-referrals-by-becoming-hccss-provider/>
- Andrew, M., Burge, F. et Marshall, E. (2020). Les médecins de famille qui font des visites à domicile en Nouvelle-Écosse : Qui sont-ils et à quelle fréquence les font-ils? *Le Médecin de famille canadien*, 66, 275–280. <https://www.cfp.ca/content/66/4/275.short>

- Ambulance Paramedics of British Columbia. (APBC). (2014). *A Framework For Implementing Community Paramedic Programs in British Columbia*. https://www.apbc.ca/wp-content/uploads/2020/10/APBC_Community_Paramedicine_Framework-2.pdf
- Barker, P. et Church, J. (2022). A good decision? A new arrangement for health care in Ontario. *Canadian Political Science Review*, 15(1), 57–73. <https://doi.org/10.24124/c677/20211798>
- Bartkiw, T. (2020). Regulating employment precarity in Ontario home care. *Labour/Le travail*, 86. <https://doi.org/10.1353/llt.2020.0036>
- Bayshore Health Care. (Bayshore). (2023). *Client-directed home care invoicing*. <https://www.bayshore.ca/services/home-care/client-directed-home-care-invoicing-cdhci-southern-alberta/>
- British Columbia Care Providers Association. (BCCPA). (2018). *Health begins at home: strengthening BC's home health care sector*. <http://bccpa.ca/wp-content/uploads/2018/02/BCCPA-Home-Health-Care-Paper-2018.pdf>
- British Columbia Emergency Health Services. (BCEHS). *Community Paramedicine in British Columbia Fact Sheet*. <http://www.bcehs.ca/health-professionals-site/Documents/CP%20Fact%20Sheet%20-%20Health%20Professionals.pdf>
- British Columbia Emergency Health Services. (BCEHS). (2017). *Community paramedicine in British Columbia*. <http://www.bcehs.ca/our-services-site/Documents/Community%20Paramedicine%20Initiative%20Overview.pdf>
- British Columbia Emergency Health Services. (BCEHS). (2019). *Community paramedicine program: final evaluation report*. <http://www.bcehs.ca/our-services-site/Documents/BCEHS%20CP%20Final%20Report%202019.pdf>
- British Columbia Emergency Health Services. (BCEHS). (2021). *Progress Report*. http://www.bcehs.ca/about-site/Documents/bcehs_progress_report_2021_web.pdf
- British Columbia Government. (BCGOV). (2019). *Employment standards: Hours of work and overtime*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/employment-business/employment-standards-advice/employment-standards/hours>
- British Columbia Government. (BCGOV). (2021). *Government helps more older adults stay independent with expanded program*. <https://news.gov.bc.ca/releases/2021HLTH0073-000711>
- British Columbia Government. (2023). **B.C. trains more paramedics for emergency health care**. *Salles de presse*. <https://news.gov.bc.ca/releases/2023PSFS0005-000133>
- British Columbia Government. (BCGOV). (s.d.). *Tax Credits: B.C. basic personal income tax credits*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/taxes/income-taxes/personal/credits/basic>
- British Columbia Health Care Assistants. (BCHCA). (s.d.). *APN education incentive bursary*. <https://www.choose2care.ca/apn-program-education-bursary/>

- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (2020a). *2019/20 Annual service plan report*. https://www.bcbudget.gov.bc.ca/Annual_Reports/2019_2020/pdf/ministry/hlth.pdf
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (2020b). *BC Seniors' Guide, 12th ed.* <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/people/seniors/about-seniorsbc/guide/bc-seniors-guide-12th-edition.pdf>
- British Columbia Ministry of Health (BCMOH). (2021). *2020/21 Annual service plan report*. https://www.bcbudget.gov.bc.ca/Annual_Reports/2020_2021/pdf/ministry/hlth.pdf
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (2022a). *2022/23–2024/25 Service plan*. <https://www.bcbudget.gov.bc.ca/2022/sp/pdf/ministry/hlth.pdf>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (2022b). *BC's health human resources strategy: putting people first*. <https://news.gov.bc.ca/files/BCHealthHumanResourcesStrategy-Sept2022.pdf>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (2023). *2022/23 Annual service plan report*. https://www.bcbudget.gov.bc.ca/Annual_Reports/2022_2023/pdf/ministry/hlth.pdf
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (s.d.-a). *Adult day services*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/adult-day-services>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (s.d.-b). *Choice in supports for independent living*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/choice-in-supports-for-independent-living>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (s.d.-c). *Community nursing*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/community-nursing>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (s.d.-d). *Concerns and complaints*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/concerns-and-complaints>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (s.d.-e). *Health career access program*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/employment-business/job-seekers-employees/find-a-job/health-care>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (s.d.-f). *Home support*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/home-support>
- British Columbia Ministry of Health. (BCMOH). (s.d.-g). *Quality and safety*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/accountability/quality-and-safety>

- Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. (VGO). (2017). *Rapport de suivi des recommandations d'audit*. https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr17/2017AR_v2_fr_web.pdf
- Canadian Home Care Association. (CHCA). (2018). *Integrated home care and primary health care: a pan-Canadian perspective*. https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2021/08/Integrated-Home-Care-and-Primary-Health-Care_final-b.pdf
- Capital Care Edmonton area. (CapitalCare). (s.d.). *CHOICE program client and family handbook*. <https://www.capitalcare.net/files/PDFs/Client-and-Family-Handbook.pdf>
- Centre canadien d'excellence pour les aidants. (CCEA). (2022). *Prendre soin : comment améliorer le paysage de la prestation de soins au Canada*. https://canadiancaregiving.org/wp-content/uploads/2022/11/CCEA_Prendre-soin.pdf
- College of licensed practical nurses of Alberta. (CLPNA). (2022). *An update on HCA regulation*. <https://www.clpna.com/hca/hca-news/an-update-on-hca-regulation/>
- Co-ordinated Home Care Program Regulation. Alberta Health (2022). https://kings-printer.alberta.ca/1266.cfm?page=2003_296.cfm&leg_type=Regs&isbncln=9780779830787&display=html
- Community Care and Assisted Living Act. British-Columbia (SBC 2002); Ch. 75. https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/00_02075_01
- Continuing Care Act. Legislative Assembly of Alberta (2022) Bill 11. <https://www.alberta.ca/transforming-continuing-care>
- Embuldeniya, G., Gutberg, J., Sibbald, S. et Wodchis, W. (2021). The beginnings of health system transformation : how Ontario Health Teams are implementing change in the context of uncertainty. *Health Policy*, 125, 1543-1540. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.005>
- Ernst & Young. (EY). (2019). *Alberta Health Services performance review*. https://open.alberta.ca/dataset/c0724ccd-832e-41bc-90d6-a0cd16bc6954/resource/c934a00c-a766-41f5-8c69-2c2ac449*b84/download/health-ahs-review-final-report.pdf
- Family and community support services regulation. Alberta (2021) A.R. 218/94. https://kings-printer.alberta.ca/1266.cfm?page=1994_218.cfm&leg_type=Regs&isbncln=9780779824540&display=html
- Fast, J., Keating, N., Eales, J., Kim, C. et Lee, Y. (2021). Trajectories of family care over the lifecourse: evidence from Canada. *Ageing & Society*, 41, 1145-1162. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001806>
- Financial accountability office of Ontario. (FAO). (2023). *Ontario health sector: spending plan review*. <https://www.fao-on.org/web/default/files/publications/FA2209%20Health%20Sector%20Spending%20Plan%20Review/Ontario%20Health%20Sector%20Spending%20Plan%20Review-EN.pdf>

- First Nations Health Authority. (FNHA). (2013). *Our story: the made in BC tripartite health transformation journey*. https://www.fnha.ca/Documents/FNHA_Our_Story.pdf
- First Nations Health Authority. (FNHA). (2021). *First Nations population health and wellness agenda*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-First-Nations-Population-Health-and-Wellness-Agenda.pdf>
- First Nations Health Authority. (FNHA). (2023). *Programs and services 2023/2024*. https://www.fnha.ca/Documents/FNHA_Programs_Compndium.pdf
- Fraser, K., Baird, L., Labonte, S., O'Rourke, H. et Punjani. (2019). Factors that influence home care case managers' work and workload. *Professional Case Management*, 24(4), 201-211.
- Fraser Regional Health Authority. (FraserHealth). (2015). *Board quality performance committee briefing note*. <https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Quality-and-Safety/20152016Q1PCQRBRResponsetoRecommendations.pdf>
- Fraser Regional Health Authority. (FraserHealth). (2023). *Our health care report card 2022/23*. https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Report-Cards/2022_Sept_ReportCards/FH-Public-Report-Card.pdf?rev=f-5c80a7e1364cdd897b12aa33ca6b5e
- Gouvernement du Canada. (GC). (s.d.). *Questions et réponses – Subvention aux personnes âgées propriétaires pour l'impôt foncier de l'Ontario (SPAPIFO)*. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/prestations-enfants-familles/programmes-provinciaux-territoires/questions-reponses-subvention-personnes-agees-proprietaires-impot-foncier-ontario-spapifo.html>
- Gouvernement du Canada. (GC). (2023a). *Le Régime de pensions du Canada – Aperçu : Sécurité de vieillesse*. <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/pensionspubliques/rpc/securite-vieillesse.html>
- Gouvernement du Canada. (GC). (2023b). *Le Régime de pensions du Canada – Aperçu : Supplément de revenu garanti. Combien vous pourriez recevoir*. <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/pensionspubliques/rpc/securite-vieillesse/supplement-revenu-garanti/montant-prestation.html>
- Gouvernement du Canada. (GC). (2023 c). *Demander des déductions, des crédits et des dépenses*. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/sujets/tout-votre-declaration-revenus/declaration-revenus/remplir-declaration-revenus/de-ductions-credits-depenses>
- Gouvernement du Canada. (GC). (2023d). *Budget 2022 – Un plan pour faire croître notre économie et rendre la vie plus abordable. Crédit d'impôt pour l'accessibilité domiciliaire (CIAD)*. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/programmes/a-propos-agence-revenu-canada-arc/budgets-gouvernement-federal/budget-2022-plan-faire-croitre-notre-economie-rendre-vie-plus-abordable/credit-impot-accessibilite-domiciliaire.html>

- Gouvernement du Canada. (GC). (2023e). *Pensions publiques : Pension de retraite du RPC*. <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/pensionspubliques/rpc.html>
- Gouvernement du Canada. (GC). (2023f). *Prestations d'assurance-emploi : prestations pour proches aidants de l'assurance-emploi. Ce qu'offrent ces prestations*. <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/proches-aidants.html>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (2018, 14 février). **L'Ontario agit en faveur des soins de santé autochtones**. *Salle de presse*. <https://news.ontario.ca/fr/release/48193/lontario-agit-en-faveur-des-soins-de-sante-autochtones>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (2020a, 30 octobre). **L'Ontario investit dans une solution novatrice pour améliorer les soins de longue durée**. *Salle de presse*. <https://news.ontario.ca/fr/release/59012/lontario-investit-dans-une-solution-novatrice-pour-ameliorer-les-soins-de-longue-duree>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (2020b). *Un meilleur endroit où vivre et travailler : plan de dotation pour les soins de longue durée de l'Ontario (2021-2025)*
- Gouvernement de l'Ontario. (2022a, 4 mars). **L'Ontario affecte des fonds supplémentaires au Programme de subventions aux projets communautaires pour l'inclusion des aînés**. *Salle de presse*. <https://news.ontario.ca/fr/release/1001702/lontario-affecte-des-fonds-supplementaires-au-programme-de-subventions-aux-projets-communautaires-pour-linclusion-des-aines>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (2022b). *Ministère des Soins de longue durée*. <https://www.ontario.ca/fr/page/ministere-des-soins-de-longue-duree>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (2023). *Crédit d'impôt aux aînés pour la sécurité à domicile*. <https://www.ontario.ca/fr/page/credit-dimpot-aux-aines-pour-la-securite-domicile>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (s.d.-a). *Équipes Santé Ontario*. <https://www.ontario.ca/fr/page/equipes-sante-ontario>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (s.d.-b). *Ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité*. <https://www.ontario.ca/fr/page/ministere-des-services-aux-aines-et-de-laccessibilite>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (s.d.-c). *Paiements du Régime de revenu annuel garanti de l'Ontario pour les personnes âgées*. <https://www.ontario.ca/fr/page/paiements-du-regime-de-revenu-annuel-garanti-pour-les-personnes-agees>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (s.d.-d). *Soins à domicile et en milieu communautaire*. <https://www.ontario.ca/fr/page/soins-domicile-en-milieu-communautaire#section-1>
- Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (s.d.-e). *Your guide to the Employment Standards Act : Family caregiver leave*. <https://www.ontario.ca/document/your-guide-employment-standards-act-0/family-caregiver-leave>

Gouvernement de l'Ontario. (Ontario). (s.d.-f). *Ontario Seniors Care at Home Tax Credit*. <https://www.ontario.ca/page/ontario-seniors-care-home-tax-credit>

Government of Alberta. (AB). (2018). *Continuing Care Health Service Standards*. <https://open.alberta.ca/dataset/c3°8d212-d348-42°0-b29c-5a264c8cb568/resource/8c9af77°-ca21-4f73-b3°e-a63c6b980073/download/continuing-care-health-service-standards-2018.pdf>

Government of Alberta. (AB). (2023). *Refocusing on patient-centred care*. <https://www.alberta.ca/release.cfm?xID=89249DAFFID69-CFE0-82EA-902485FA763C9063>

Government of Alberta. (Alberta). (s.d.-a). *Alberta Health Charter*. <https://www.alberta.ca/alberta-health-charter#jumplinks-0>

Government of Alberta. (Alberta). (s.d.-b). *Property tax: Seniors property tax deferral program*. <https://www.alberta.ca/seniors-property-tax-deferral-program>

Government of Alberta. (Alberta). (s.d.-c). *Seniors: financial assistance for seniors*. <https://www.alberta.ca/financial-assistance-for-seniors>

Government of Alberta. (Alberta). (s.d.-d). *Residential Access Modification Program (RAMP)*. <https://www.alberta.ca/residential-access-modification-program>

Healthy aging collaborative online resources & education British Columbia. (CORE). (2023). *About Healthy aging CORE*. <https://bc.healthyagingcore.ca/about>

Health Authorities Act. British-Columbia (RSBC 1996); Ch. 180. https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/96180_01

Health Professions and Occupations Act. British Columbia (2022); 36. https://www.leg.bc.ca/content/data%20-%20Idp/Pages/42nd3rd/1st_read/PDF/gov36-1.pdf

Health Employers Association of BC. (HEABC). (s.d.). *Difficult to fill vacancy survey*. <https://www.heabc.bc.ca/Page25.aspx>

Health Quality Council of Alberta. (HQCA). (2019). *Alberta seniors home care client experience survey : provincial report*. <https://hqca.ca/reports/alberta-seniors-home-care-client-experience-survey/>

Health System Performance Network. (HSPN). (2023). *Ontario Health Teams central evaluation: developmental evaluation*. https://hspn.ca/wp-content/uploads/2023/01/DE-report_20Jan2023.pdf

Home and Community Care Policy Manual. BC Ministry of Health (2019) : ch. 3. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health-safety/home-community-care/accountability/hcc-policy-manual/3_hcc_policy_manual_chapter_3.pdf

Home and Community Care Policy Manual. BC Ministry of Health (2021). ch. 7.B.2. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health-safety/home-community-care/accountability/hcc-policy-manual/7_hcc_policy_manual_chapter_7.pdf

- Home Care Ontario. (HCO). (2019). *Stronger care at home, better health care for all Ontarians: recommendations to the new Ontario Health Teams*. <https://www.newswire.ca/news-releases/home-care-ontario-launches-new-white-paper-to-help-end-hallway-health-care-by-assisting-ohts-to-deliver-stronger-care-at-home-836533029.html>
- ICES. (s.d.). *Data dictionnary*. Institute for Clinical Evaluative Sciences. <https://www.ices.on.ca/use-ices-data/data-dictionary/>
- Inform Alberta.ca. (InformAlberta). (s.d.). *Alberta's province-wide service directory*. <https://informalberta.ca/public/service/serviceProfileStyled.do?serviceQueryId=5599>
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). (2021). *Tendances des dépenses nationales en santé*. <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2021-analyse-eclair>
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). (2022). *Défis communs liés aux priorités partagées*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/common-challenges-shared-priorities-vol-4-report-fr.pdf>
- Institute for Health Economics. (IHE). (2017). *Community paramedicine: Program characteristics and evaluation*. <https://www.ihe.ca/publications/community-paramedicine-program-characteristics-and-evaluation>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (INESSS). (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/lautonomisation-des-personnes-en-perte-dautonomie-liee-au-vieillissement.html>
- Laher, N., Bates, L. et Um, S. (2019). The changing face of home and community care: policy background & recommendations. *Wellesley Institute: advancing urban health*. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2019/06/Policy-Background-Recommendations-1.pdf>
- Lentsch, C. (2021). **Ontario PSWs are a step closer to regulation**. *ACL Law*. <https://www.acllaw.com/ontario-psws-are-a-step-closer-to-regulation/>
- Loi canadienne sur la santé. Santé Canada (LRC 1985); ch. C-6. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fr/lois/c-6/>
- Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires. Ontario L.O. (1994); ch. 26. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/94I26>
- Loi pour des soins interconnectés. Ontario. L.O. (2019); ch. 5, annexe 1. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/19c05>
- Loi sur la prestation commode de soins à domicile. Ontario (2023); PL 135. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-43/session-1/projet-loi-135>

Loi sur les soins de santé pour la population (Ontario L.O. 2019); Ch. 5, PL 74. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/s19005>

MacLeod, A. (2019, 20 mars). **Who's caring for BC's home care workers?** *The Tyee*. **Who's Caring for BC's Home Care Workers? | The Tyee**

Marier, P. (2021). *Four lenses on population aging: planning for the future in Canada's provinces*. University of Toronto Press.

Ministry of Health Alberta (MNP). (2021). *Continuing Care Review*. <https://www.alberta.ca/re-viewing-albertas-continuing-care-system.aspx>

Ministry of Health Act. British Columbia (RSBC1996); Ch. 301. https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/96301_01

Ministère de la Santé de l'Ontario. (MOH). (2020). *Document d'orientation à l'intention des équipes Santé Ontario : Ententes décisionnelles collaboratives pour un système de soins de santé interconnecté*. https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/docs/OHT_CDMA_Guidance_Doc.pdf

Ministère de la Santé de l'Ontario. (MOH). (2022). *Publication des plans d'activités et rapports annuels de 2022-2023 : ministère de la Santé*. <https://www.ontario.ca/fr/page/publication-des-plans-dactivites-et-rapports-annuels-de-2022-2023-ministere-de-la-sante>

National Institute on ageing. (NIA). (2019). *Enabling the future provision of long-term care in Canada*. <https://www.niaging.ca/nia-policy-series-2019-consultation>

Office of the Auditor General of Alberta. (OAGA). (2014). *Report of the Auditor General of Alberta*. https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/2014_-_Report_of_the_Auditor_General_of_Alberta_-_October_2014.pdf

Office of the Auditor General of Alberta. (OAGA). (2017). *Performance auditing: primary care networks*. https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/HE_PA_Oct2017-HEALTH-D-PCN.pdf

Office of the Auditor General of Alberta. (OAGA). (2020). *Report of the Auditor General of Alberta: Assessment of implementation report, Alberta seniors and housing. Seniors Lodge Program*. <https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/12/oag-seniors-housing-seniors-lodge-program-aoi-nov-2020.pdf>

Office of the Seniors Advocate British Columbia. (OSA). (2016). *Listening to your voice: home support survey analysis and results*. <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2016/09/SA-HomeSupportSurveyReport-Sept2016-Final.pdf>

Office of the Seniors Advocate British Columbia. (OSA). (2019). *Home support: we can do better*. https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2019/06/Report-Home-Support-Review_web.pdf

- Office of the Seniors Advocate British Columbia. (OSA). (2020). *2019–20 annual report of the Office of the Seniors Advocate*.
- Office of the Seniors Advocate British Columbia. (OSA). (2022). *Monitoring seniors services*. <https://www.seniorsadvocatebc.ca/monitoring-seniors-services/>
- OHT Shared Space. (RISE). (2023). *Home and community care leading projects CoP*. <https://quorum.hqontario.ca/oht-collaboratives/en-us/Home/Groups/Activity/groupid/189>
- Ombudsman des patients Ontario. (Ombudsman). (2020). *Écouter, apprendre, diriger*. <https://patientombudsman.ca/year-three/fr/>
- Ontario 211. (Ontario211). (2021). *Plan stratégique 2021–2023 : remettre la personne au centre des services à la personne*. https://211ontario.ca/wp-content/uploads/2022/06/211_Strategie_Plan_March2021_FR.pdf
- Ontario Community Health Profiles Partnership. (OCHPP). (s.d.). *Primary care data reports for Ontario Health Teams*. Ontario Community Health Profiles Partnership. <https://www.ontariohealthprofiles.ca/ontarioHealthTeam.php>
- Ontario Medical Association. (OMA). (2020). *Proposed Ontario Health Team governance structure*. <https://www.oma.org/uploadedfiles/oma/media/pagetree/advocacy/ontario-health-teams/oht-governance-structure.pdf>
- Olaizola, A., Loertscher, O. et Sweetman, A. (2020). Aperçu des résultats liés au changement du salaire minimum concernant les soins à domicile en Ontario. *Healthcare Policy*, 6(1), 95–110. [Exploring the Results of the Ontario Home Care Minimum Wage Change : \(longwoods.com\)](https://www.longwoods.com/health-care-policy/2020/06/01/healthcare-policy-6-1-95-110/)
- Paramedic Services Durham Region. (Durham, s.d.). *Community paramedicine*. <https://www.durham.ca/en/living-here/community-paramedicine.aspx>
- Patient care quality review board act. British Columbia (SBC 2008); Ch. 35. https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/08035_01
- Patient Voices Network of British Columbia. (PatientVoices). (2023). <https://patientvoicesbc.ca/>
- Perry, K. (2020). *The place of assisted living in BC's seniors care system*. Canadian Centre for Policy Alternatives. https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2020/06/BC%20Assisted%20Living_%20Report%20Final_200616.pdf
- Projet de loi 283, Loi de 2021 visant à faire progresser la surveillance et la planification dans le cadre du système de santé de l'Ontario. Ontario. (2021); PL283. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-42/session-1/projet-loi-283>
- Primary Care Network O-Day'Min. (Edmonton). (2016). *New program coordinates health care for Alberta seniors*. <https://eopcn.ca/news/new-program-coordinates-health-care-alberta-seniors/>

- Qualité des services de santé Ontario. (QSSO). (s.d.-a). *Partenariat patients*. <https://www.hqontario.ca/Partenariat-patients/R%C3%A9seau-consultatif-plus-large-des-patients-des-familles-et-du-public-de-Qualit%C3%A9-des-services-de-sant%C3%A9-Ontario>
- Qualité des services de santé Ontario. (QSSO). (s.d.-b). *Rendement des soins à domicile en Ontario*. <https://www.hqontario.ca/Rendement-du-syst%C3%A8me/Rendement-des-soins-%C3%A0-domicile>
- Regional Health Authorities Act. (Alberta RSA 2000); R-10. <https://open.alberta.ca/publications/r10>
- Règlement sur les services de soins à domicile et en milieu communautaire. Règl. de l'Ont. 187/22; pris en vertu de la loi de 2019 pour des soins interconnectés. <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/r22187>
- Saari, M., Patterson, E., Kelly, S. et Tourangeau, A. (2018). The evolving role of the personal support worker in home care in Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 26, 240–249. <https://doi.org/10.1111/hsc.12514>
- Santé Canada. (SC). (2004). *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/prestations-systeme-soins-sante/collaboration-federale-provinciale-territoriale/rencontre-premiers-ministres-soins-sante/plan-decennal-consolider-soins-sante.html>
- Santé Canada. (SC). (2017). *Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/principes-priorites-partagees-sante.html>
- Secondary Analysis Using Interpretive Description. *Home Health Care Management & Practice*, 31(2), 83–91. <https://doi/10.1177/1084822318803099>
- Shannon, B., Eaton, G., Lanos, C., Leyenaar, M., Nolan, M., Bowles, K., Williams, B., O'Meara, P., Wingrove, G., Heffern, J. et Batt, A. (2022). The development of community paramedicine; a restricted review. *Health and Social Care in the Community*, 30, e3547–e3561. <https://doi:10.1111/hsc.13985>
- Shaw, R. (2019, 14 mars). **The B.C. government is moving privately-run home support services back into health authorities in Metro Vancouver and southern Vancouver Island**. *Vancouver Sun*. <https://vancouversun.com/news/politics/b-c-moving-private-home-support-services-back-into-health-authorities>
- Sinn, C.-L., Hirdes, J., Boscart, V. et Heckman, G. (2022). Implementation evaluation of a stepped approach to home care assessment using interRAI systems in Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 00, 1–12. <https://doi.org/10.1111/hsc.13784>
- Santé Ontario. (SO). (2021). *Entente de responsabilisation entre le ministère et Santé Ontario*. <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2021-10/MOH-OH-AA-FR.pdf>

- Santé Ontario. (SO). (s.d.). *Préqualification des fournisseurs de services de soins communautaires et à domicile*. <https://www.ontariohealth.ca/system-planning/prequalification-home-care-providers>
- Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. (SSDMC). (2023). *2022-23 Annual Business Plan*. <https://healthcareathome.ca/document/2022-23-abp/>
- Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. (SSDMC). (s.d.-a). *For HNHB hospital and primary care partners: Referring to us is simple*. <https://healthcareathome.ca/region/hamilton-niagara-haldimand-brant/for-hospital-and-primary-care-partners/>
- Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. (SSDMC). (s.d.-b). *Health Partner Gateway*. <https://healthcareathome.ca/health-partner-gateway/>
- Stall, N., Nowaczynski, M. et Sinha, S. (2013). Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. *Canadian Family Physician*, 59(3), 237–240. <https://www.cfp.ca/content/59/3/237.short>
- Sutherland, J. (2021). Health care funding policies for reducing fragmentation and improving health outcomes. *School of Public Policy Publications, University of Calgary*, 14(37), 1–25. <http://dx.doi.org/10.11575/sppp.v14i1.74017>
- Statistique Canada. (StatCan). (2021). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226
- Statistique Canada. (StatCan). (2022). *Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus*. <https://stats.oecd.org/>
- United Way British Columbia. (UnitedWayBC). (2021). *Healthy Aging year in review*. <https://assets.ctfassets.net/wy3gu7vrwloj/lipths3u0TpUHOA6obflp/d2d6fcef57122b679fe56cf6392c44c/uwlm-year-in-review-2020-21-hi-res.pdf>
- United Way British Columbia. (UnitedWayBC). (2022a). *Annual Report 2021–2022*. <https://uwbc.ca/wp-content/uploads/2022/08/UWBC-Annual-Report-21-22.pdf>
- United Way British Columbia. (UnitedWayBC). (2022b). *Healthy Aging Year in Review 2021–2022*. <https://uwbc.ca/wp-content/uploads/2022/08/UWBC-HA-Year-in-Review-2021-22-FINALr-1.pdf>
- United Way Calgary and Area. (UW). (2023). *Healthy Aging*. <https://calgaryunitedway.org/healthy-aging-alberta/eoi-announcement-provincial-funding/>
- Vancouver Island Health Authority. (VIHA). (2020). *Annual Report 2019–20*. <https://www.island-health.ca/sites/default/files/reports-and-plans/documents/annual-service-plan-report-2019-2020.pdf>
- Veitch, D. (2018). One province, one healthcare system: a decade of healthcare transformation in Alberta. *Healthcare Management Forum*, 3(5), 167–171. <https://doi.org/10.1177/0840470418794272>

- Watson, B. (2022, 31 octobre). **B.C. launching new payment model for family doctors in 2023.** *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-doctor-supports-announcement-1.6635200>
- Wilmot, S. (2018). Transforming First Nations health care in British Columbia: an organizational challenge. *The International Indigenous Policy Journal*, 9(1), 1–26. <https://doi.org/10.18584/iipj.2018.9.1.4>
- Wodchis, W., Mondor, L. et Hall, R. (2021). Ontario Health Teams central evaluation: Frail/older adult OHT priority population indicator results at baseline fiscal year 2018 to 2020. *Health System Performance Network*. https://hspn.ca/wp-content/uploads/2022/02/HSPN-FOA-2017-2020_EN.pdf

