

Novembre 2018

DOCUMENT D'ORIENTATION

Assurer des soins de qualité pour tous les aînés



Coalition canadienne de la santé

251, rue Bank, local 212
Ottawa, Ontario K2P 1X3
613- 688-4973

coalitionsante.ca

Merci à Pat Armstrong
pour ses commentaires.

Aperçu

La plupart des personnes devront recourir aux soins aux aînés (soins à domicile, de longue durée ou palliatifs) à un moment donné de leur vie. Les Canadiens méritent l'accès équitable à un continuum de soins qui soit complet et qui leur permet de vieillir dans la dignité, le respect et l'autonomie. Malheureusement, notre système public de soins de santé n'a pas actuellement ce qu'il faut pour répondre aux besoins en matière de santé de la population vieillissante.

Le gouvernement fédéral a la responsabilité d'assurer l'accès aux soins de santé publics. Les soins aux aînés sortent souvent du cadre actuel du système de santé public, qui couvre principalement les soins médicaux et hospitaliers. Le niveau et l'ampleur des soins aux aînés accessibles au sein du système public varient énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Les critères d'admissibilité et les délais d'attente varient aussi considérablement. Les soins aux aînés ont été, en grande partie, privatisés afin de combler les écarts dans le système public. Plusieurs aînés doivent donc payer de leur poche pour avoir accès à des services. Sans stratégie pancanadienne assurant l'accès à un continuum de soins uniforme, plusieurs personnes âgées passent entre les mailles du filet. Selon un récent sondage international, les aînés canadiens sont moins satisfaits de leurs soins de santé que leurs homologues dans plusieurs pays de l'OCDE; seulement 67 % mentionnent être satisfaits de la qualité de leurs soins de santé.¹

Les conséquences de ce système fracturé sont très bien articulées dans les études universitaires et les rapports issus de tables rondes, de comités parlementaires et ministériels, de congrès, d'organisations regroupant des travailleurs de la santé et des personnes luttant au sein des collectivités. Sans stratégies proactives issues de tous les ordres de gouvernement, une crise dans notre système de santé affectera la santé et le mieux-être des familles dans tout le pays.

Les Canadiens savent qu'il y a un problème et veulent que le gouvernement agisse. Plus de neuf personnes sur 10 pensent que le gouvernement fédéral devrait forger un partenariat avec les provinces et les territoires pour assurer un accès équitable à des soins de longue durée de qualité dans tout le pays. Près de neuf sur 10 pensent qu'une stratégie nationale en matière de soins de longue durée est la façon d'y arriver.²

Le défi n'est pas insurmontable. Il y a des solutions innovatrices, efficaces et à coût abordable. Nous avons simplement besoin de volonté politique et de leadership pour les mettre en application. Il faut agir maintenant pour s'assurer d'avoir les ressources pertinentes et la capacité avant qu'il ne soit trop tard.

La prestation de soins aux aînés devrait être assujettie aux mêmes principes et critères que ceux établis dans la *Loi canadienne sur la santé* afin d'assurer une approche inclusive et intégrée pour tous les aînés du pays.

Les soins aux aînés touchent plusieurs volets de notre système de santé. Dans ce document, nous allons mettre l'accent sur les soins de longue durée et les soins à domicile, tout en reconnaissant le rôle important des soins palliatifs et d'un régime national d'assurance-médicaments.

1. LES SOINS AUX AÎNÉS : LES CHIFFRES

Entre 2011 et 2016, la proportion d'aînés au Canada a connu une croissance plus grande que pendant plus de 100 ans. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent maintenant 16,9 % de toute la population. L'Est canadien affiche la plus grande proportion de personnes âgées, alors que l'Ouest et le Nord ont, en comparaison, une population plus jeune (Tableau 1).³

En vieillissant, nous avons généralement besoin de plus de soins de santé. Une diminution de la capacité fonctionnelle est chose commune chez les personnes âgées, tout comme la prévalence de plusieurs maladies chroniques et la fragilité.⁴ Pendant que l'ensemble de la population d'aînés augmente, les ressources nécessaires pour répondre adéquatement à leurs besoins complexes en matière de santé augmentent aussi.

Tableau 1: Proportion de la population âgée de 65 ans et plus au sein de la population totale, Canada, provinces et territoires, 2016⁵

Provinces/Territoires	%
Nouvelle-Écosse	19,9
Nouveau-Brunswick	19,9
Terre-Neuve-et-Labrador	19,4
Île-du-Prince-Édouard	19,4
Colombie-Britannique	18,3
Québec	18,3
Ontario	16,7
Canada	16,9
Manitoba	15,6
Saskatchewan	15,5
Alberta	12,3
Yukon	11,9
Territoires du Nord-Ouest	7,7
Nunavut	3,8

Plusieurs aînés n'ont toujours pas accès à des soins de santé adéquats. Cela s'explique de deux façons. Premièrement, même si les dépenses de santé attribuables aux aînés ont augmenté avec la croissance de la population d'aînés (environ 2,8 %), cette augmentation ne tient pas compte de l'inflation ni des compressions budgétaires affectant l'ensemble du système de soins de santé. Ces compressions ont ajouté au fardeau des secteurs du système les plus utilisés par les aînés. Par exemple, le brusque déclin du nombre de lits d'hôpitaux (soit de 6,8 par 1 000 personnes en 1985 à 2,7 en 2010),⁶ ainsi que les réductions de la capacité en lits en soins de longue durée⁷ ont créé des obstacles majeurs à l'accès à des soins adéquats pour les aînés.

Deuxièmement, l'ensemble des dépenses ne nous dit pas où l'argent est dépensé (dans les secteurs public ou privé), ni si ces ressources sont distribuées équitablement parmi ceux et celles qui en ont besoin. Ces données sont difficiles à trouver.

Plusieurs des besoins en soins de santé des aînés ne sont pas actuellement couverts par le système de santé public. La *Loi canadienne sur la santé* couvre principalement les services médicaux et hospitaliers. Dès que le patient sort de l'hôpital, les services dont il a besoin ne sont pas nécessairement couverts par le système public.

Selon l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, seulement le quart de la population canadienne tient compte des coûts des soins de longue durée dans leur planification financière relative à la retraite.⁸ Pour les personnes de 55 à 64 ans ne bénéficiant pas d'un régime de retraite fourni par l'employeur, la valeur médiane de leurs épargnes à la retraite est de seulement 3 000 \$. Pour celles dont le revenu annuel est de 25 000 à 50 000 \$, le niveau médian de leurs épargnes est 250 \$.⁹ La situation est encore plus grave quand on sait que la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti ne se sont pas harmonisés aux niveaux médians de revenus, et que la proportion de personnes âgées bénéficiant d'un régime de retraite est à la baisse.¹⁰ Avec, dans l'ensemble, un revenu médian de 27 353 \$, il est clair que la grande majorité des personnes âgées n'ont pas les ressources financières leur permettant d'avoir accès aux soins pertinents pendant qu'elles avancent en âge.¹¹

Le coût d'ensemble peut sembler intimidant, mais avec des mesures proactives, une bonne planification et suffisamment de ressources en amont, nous pouvons mettre en œuvre un système public efficient permettant à tous les aînés d'avoir accès à des soins adéquats.

Inégalités sociales et soins aux aînés

L'accès à des soins de qualité s'avère particulièrement pénible pour les personnes âgées à faible revenu, racialisées, autochtones ou LGBTQ+. Selon les données de Statistique Canada, la proportion d'aînés a augmenté de façon continue depuis 1995 pour atteindre 12,5 % en 2014.¹² Les personnes âgées célibataires et immigrantes sont particulièrement vulnérables au stress financier.¹³

Certains groupes de personnes âgées sont plus susceptibles de présenter de plus gros problèmes de santé exigeant davantage de services de soins de santé. Tel que noté par le Conseil canadien de la santé : « Comparativement à l'ensemble de la population canadienne, un pourcentage bien plus important de personnes âgées autochtones disposent d'un faible revenu et sont en mauvaise santé, souffrant de maladies chroniques multiples et d'invalidités ». ¹⁴ Des études récentes menées dans la zone du Grand Toronto par le Wellesley Institute mettent en

relief les disparités en matière de santé entre les immigrants âgés (particulièrement ceux qui sont racialisés) et les non-immigrants âgés.¹⁵ De plus, selon les études, le statut socioéconomique a un impact sur la capacité à adopter des modes de vie sains, et cela se traduit en de moins bons résultats de santé et de plus grands besoins en matière de soins de santé.¹⁶

Les aînés autochtones, immigrants et/ou racialisés doivent aussi surmonter des obstacles avant d'avoir accès aux soins, particulièrement aux soins culturellement adaptés.¹⁷ De plus, les personnes âgées qui vivent dans les collectivités rurales ou éloignées doivent souvent faire de très longues distances pour avoir accès aux soins, et se retrouvent alors séparées de leurs proches, de leurs amis et de leur collectivité. Sans mesures gouvernementales coordonnées ciblant les soins aux aînés, ces personnes souffriront le plus car elles n'ont pas les ressources financières leur permettant d'avoir recours à des soins continus privés et à but lucratif.

Des inégalités existent aussi au sein de la main d'œuvre dans le secteur des soins de la santé. Les femmes représentent la majorité de cette main d'œuvre. Plus elles sont basses dans la hiérarchie du milieu de travail, plus elles sont susceptibles d'être racialisées et / ou immigrées avec des possibilités d'emploi limitées.¹⁸

2. SOINS DE LONGUE DURÉE

Les établissements de soins de longue durée offrent des soins médicaux et personnels aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur domicile ou au sein de leur collectivité. On y offre des soins médicaux 24 heures par jour aux personnes ayant besoin de soins plus complexes. L'admission dans un établissement de soins de longue durée est généralement approuvée et traitée par une autorité régionale de santé publique.

Les établissements de soins de longue durée se distinguent des foyers pour personnes âgées quant aux niveaux de soins dispensés et à l'ampleur du soutien financier venant du gouvernement. Les foyers sont, en grande partie, exploités par le secteur privé (à but lucratif ou sans but lucratif), et reçoivent peu d'aide directe du gouvernement; les aînés assument eux-mêmes les coûts. Ces résidences peuvent dispenser des soins de base, par exemple l'aide pour la prise de médicaments ou des visites d'une préposée au service de soutien à la personne.

Les soins aux personnes âgées en établissements sont dispensés par des organisations publiques et privées (sans but lucratif et à but lucratif).¹⁹ Un peu moins de la moitié de tous les établissements de soins de longue durée sont privés à but lucratif (44 %), alors que les établissements privés sans but lucratif et les établissements publics représentent 29 % and 27 % respectivement.²⁰

Financement et abordabilité

À l'échelle internationale, on trouve une vaste gamme de modèles de financement des soins de longue durée allant de systèmes publics offrant le financement complet aux systèmes entièrement privés. La plupart des pays de l'OCDE exigent un certain partage des coûts avec les résidents.

Au Canada, le financement des soins de longue durée en établissement est qualifié de « modèle mixte », car certains coûts sont la responsabilité des gouvernements et d'autres sont privatisés.²¹ En 2012, le coût total des soins de longue durée était de 9,8 milliards de dollars; aujourd'hui, ce chiffre dépasse probablement 10 milliards.²² Un peu moins des trois quarts de ce montant est financé par des fonds publics, ce qui inclut divers programmes provinciaux et municipaux. Le 23 % qui reste vient des résidents par l'intermédiaire d'assurances privées ou de paiements directs, principalement pour des tarifs d'hébergement.²³ De plus en plus d'ânés payent de leur poche pour leurs soins de longue durée en établissement et les coûts de ces soins continuent d'augmenter.

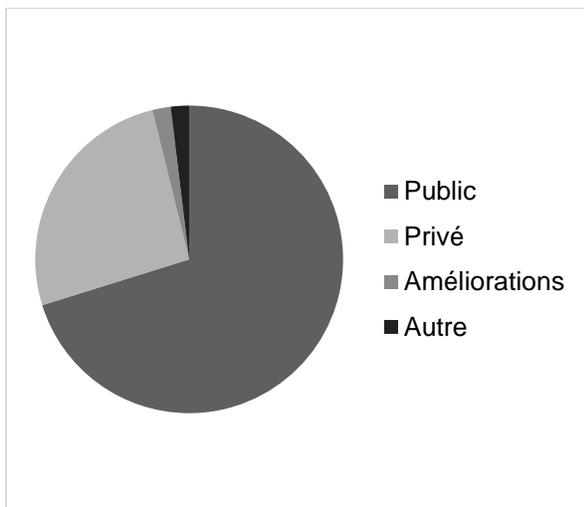
Ce modèle mixte de financement public-privé complique encore plus la navigation des réglementations et des critères d'admissibilité aux subventions pour les soins de longue durée. Jusqu'en 1996, le gouvernement fédéral offrait, aux provinces et territoires, un financement ciblé des soins de longue durée par l'intermédiaire du Programme des services sanitaires complémentaires. Ce programme fut aboli après la création du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, et en théorie le financement pour les soins de longue durée a été incorporé à ce plus grand programme de financement.²⁴ Outre les paiements de transferts aux provinces et territoires, le gouvernement fédéral continue de financer directement les soins de longue durée par l'intermédiaire du programme de subventions pour les anciens combattants ayant besoin de soins de longue durée, ainsi que du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.

Plusieurs principes sont sous-jacents au financement des soins de longue durée dans tout le Canada, notamment :

- les dépenses de santé sont couvertes par l'État;
- les résidents doivent assumer une partie des coûts d'hébergement;

- le subventionnement public des coûts d’hébergement est ciblé et fondé sur la capacité des résidents à payer;
- les paiements exigés des résidents ne doivent pas gruger tout leur revenu; et
- les paiements exigés des résidents doivent tenir compte des besoins des autres membres de la famille.²⁵

Figure 1 : Source de financement des soins de longue durée au Canada



Or, la mise en œuvre de ces principes s’accompagne de variations et de différences considérables à travers le pays, ce qui a des répercussions importantes sur l’accès et l’équité. Par exemple, le pourcentage de dépenses publiques de santé attribuées aux établissements de soins de longue durée varie considérablement. La Colombie-Britannique se retrouve à une extrémité avec 5,1 % des dépenses publique de santé, alors que la Nouvelle-Écosse affiche le pourcentage le plus élevé avec 15,8 %.²⁶ Dans la plupart des provinces et des territoires, les établissements publics et privés reçoivent un financement pour les soins médicaux et les soins personnels. Toutefois, dans d’autres provinces, le gouvernement finance seulement les établissements publics. Lors de l’établissement des quotes-parts pour l’hébergement, certaines provinces ont établi un tarif dégressif basé sur le revenu. D’autres ont un taux maximum fixe selon le type d’hébergement, et offrent des programmes de subvention aux personnes admissibles pour les tarifs d’hébergement.

Les provinces déterminent différents seuils de revenu et utilisent différents mécanismes pour évaluer la capacité des résidents à payer (revenu brut, net ou après impôts). Ils ont aussi des règles différentes par rapport aux déductions qui s’appliquent, et aux actifs qui seront inclus ou non.²⁷ Des frais supplémentaires peuvent aussi être facturés aux résidents pour, par exemple, le câble, le téléphone, l’Internet et les programmes d’activités. L’Ontario, le Québec, le Manitoba et

l'Alberta autorisent les établissements à charger des taux différents pour les chambres semi-privées ou privées.²⁸ Par conséquent, les personnes âgées se retrouvent devant une variété de frais et l'aide financière venant du gouvernement varie nettement selon l'endroit où elles vivent. Avec des quotes-parts allant de 1 000 \$ à 3 400 \$, l'abordabilité des soins de longue durée est une préoccupation majeure au sein des établissements publics et privés partout au Canada. Cette question est particulièrement préoccupante pour les aînés à faible revenu.

Tableau 2 : Quote-part pour l'hébergement dans des provinces sélectionnées

Province	Quote-part pour l'hébergement (par mois)	Variation en fonction du	Subvention/Réduction des tarifs
Ontario	1 848,73 \$ pour l'hébergement de base 2 640,78 \$ pour une chambre privée ²⁹	Type d'hébergement	Les résidents à faible revenu peuvent faire une demande de subvention dans le cadre du Programme de réduction des tarifs pour les soins de longue durée pour l'hébergement de base.
Alberta	Entre 1 673 \$ et 2 036 \$ ³⁰	Type d'hébergement	Les coûts peuvent être partiellement ou complètement couverts pour les personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale.
Colombie-Britannique	Entre 1 130,60 \$ et 3 278,80 \$	Revenu	Subventions supplémentaires pour les résidents admissibles. ³¹

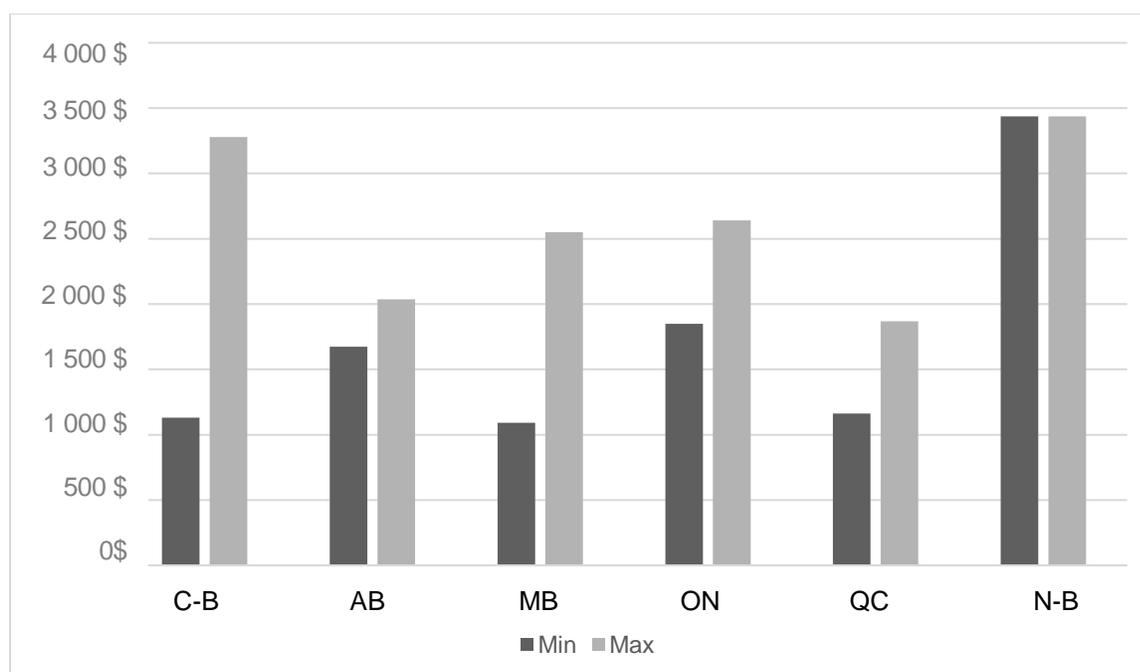
Province	Quote-part pour l'hébergement (par mois)	Variation en fonction du	Subvention/Réduction des tarifs
Nouveau-Brunswick	Taux maximum de 3 437 \$ ³²	Type d'hébergement	Les résidents qui ne peuvent payer la quote-part peuvent faire une demande de subvention basée sur leur revenu mensuel.
Manitoba	1 092 \$ à 2 550 \$	Revenu ³³	

*Remarque : Le tableau comprend les établissements publics et privés, sauf en Colombie-Britannique (C-B), où seuls les établissements publics reçoivent un financement du gouvernement. Dans les établissements de soins de longue durée en C-B qui ne reçoivent pas de subventions gouvernementales, les résidents assument le coût total des soins et de l'hébergement, soit 6 000 \$ par mois en moyenne.

Plusieurs invoquent l'argument selon lequel les tarifs d'hébergement et les autres tarifs supplémentaires sont raisonnables puisque chaque personne est financièrement responsable de sa résidence principale. Or, ces tarifs représentent néanmoins un fardeau énorme pour plusieurs personnes âgées. Les quotes-parts représentent une difficulté particulièrement grande lorsque l'un des conjoints entre en établissement alors que l'autre demeure à la maison car toutes les provinces et les territoires ne tiennent pas compte de cela en déterminant la quote-part.³⁴

Il n'est pas surprenant d'apprendre que les soins de longue durée sont une industrie en pleine croissance. Les établissements privés à but lucratif constituent une entreprise lucrative. Les revenus des établissements de soins ont atteint 25 milliards de dollars en 2015. Ces établissements ont affiché, dans l'ensemble, une marge de profit de 9 %.³⁵ Plusieurs des plus grandes chaînes d'établissements privés au Canada ont affiché des profits substantiellement plus élevés que cela.³⁶

Figure 2 : Quotes-parts pour les soins de longue durée dans des provinces sélectionnées



(Les chiffres pour l'Ontario et le Québec sont en fonction du type d'hébergement et non du revenu. La C.-B. comprend seulement les établissements publics)

L'accès et les temps d'attente

Alors que le nombre actuel de lits de soins de longue durée se chiffre à près de 200 000, la demande actuelle est estimée à près de 263 000.³⁷ Des dizaines de milliers de personnes âgées sont actuellement sur des listes d'attente pour des soins de longue durée et, souvent, elles occupent des lits de soins actifs dans les hôpitaux pendant qu'ils attendent. Cela ne fait qu'augmenter les retards ainsi que les temps d'attente dans les autres secteurs du système de santé. D'autres aînés reçoivent des soins à domicile ou en milieu communautaire qui ne répondent pas à leurs besoins.

Malgré la croissance de la population des aînés et du besoin accru en soins de longue durée, le nombre de lits et d'établissements de soins de longue durée au Canada a, en fait, diminué entre 2005 et 2014.³⁸ En Ontario, la liste d'attente pour les soins de longue durée comprend 34 000 noms et le délai moyen d'attente est de 143 jours, soit près de cinq mois. En Nouvelle-Écosse, le délai d'attente varie grandement selon la région : de 29 jours à un an et demi pour les foyers pour personnes âgées, et de neuf jours à deux ans et demi pour les établissements de soins.³⁹

Tableau 3 : Établissements de soins de longue durée au Canada

	2005	2014
Nombre d'établissements	1 630	1 334
Nombre de lits	173 376	147 926
Nombre de lits par 1 000 personnes de 65 ans et plus	41,2	26,5

(Reproduit à partir de Harrington et al 2017)

Bien que le nombre total de lits de soins de longue durée ait diminué au Canada, le nombre de lits par établissement, et le nombre de chaînes commerciales (où la même compagnie exploite plusieurs établissements) ont augmenté. Cela signifie que les lits disponibles en soins de longue durée se retrouvent de plus en plus dans les grands établissements corporatifs appartenant à des sociétés à but lucratif.⁴⁰ Par exemple, en Ontario, nous observons une hausse spectaculaire d'établissements gérés par des chaînes commerciales à but lucratif, comparativement aux établissements publics, privés sans but lucratif, et privés indépendants à but lucratif.⁴¹

En raison de la pénurie de lits disponibles en soins de longue durée, les personnes âgées doivent accepter le premier lit disponible qui, parfois, est situé à des heures de distance de leur famille et de leur collectivité. Certaines provinces ont établi des limites par rapport à la distance imposée à un résident, mais d'autres n'ont pas de restrictions ou ont établi de larges zones géographiques dans lesquelles les personnes âgées peuvent être placées. Au Nouveau-Brunswick, les personnes âgées doivent accepter un lit disponible si l'établissement est situé dans un rayon de 100 km de leur collectivité, en autant que les services sont disponibles dans leur langue maternelle (français ou anglais).⁴² Les politiques du « premier lit disponible » peuvent s'avérer particulièrement difficiles pour les aînés des régions rurales et éloignées qui se retrouvent dans le rayon d'une grande zone géographique. Par exemple, en 2017 une femme de Terre-Neuve a été placée dans un foyer de soins situé à plus de 200 km de son domicile.⁴³

Selon une étude de l'Association médicale canadienne, le Canada devra ajouter 199 000 lits en soins de longue durée pour répondre à la demande d'ici 2035, ce qui signifie presque doubler la capacité actuelle. Cela va exiger des investissements substantiels mais cette dépense aura, ultimement, un impact économique positif grâce à la création d'emplois et à la contribution au PIB.⁴⁴ Une augmentation des investissements publics dans les soins de longue durée aurait aussi des répercussions positives en allégeant le fardeau des hôpitaux et en libérant des lits pour les patients avec des besoins en soins actifs.

Qualité des soins et conditions de travail des soignants

Outre les préoccupations relatives à l'accès et au coût, des questions ont aussi été soulevées au sujet de la qualité des soins de longue durée. Selon un sondage d'opinion mené en 2015, plus de 90 % des répondants ont mentionné être inquiets, ou quelque peu inquiets, par rapport aux délais d'attente et aux niveaux inadéquats de dotation dans les établissements de soins de longue durée.⁴⁵ Certains ont aussi sonné l'alarme par rapport à la surconsommation de médicaments. Selon la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, plus de 25 % des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée consomment des médicaments antipsychotiques sans diagnostic médical à cet effet.⁴⁶ Ces médicaments sont souvent utilisés afin de rapidement réduire des comportements problématiques. Cependant, ils peuvent causer des dommages sérieux, tels que des chutes et des visites inutiles à l'hôpital.⁴⁷

Les soins de qualité nécessitent des conditions de travail de qualité pour les soignants.⁴⁸ Cela nécessite des niveaux de dotation adéquats, la formation et les supports pertinents, ainsi que la stabilité de la main-d'œuvre. Les compressions budgétaires, la sous-traitance, la privatisation, les niveaux de dotation inadéquats et la diminution des services de soins affectent non seulement la qualité des soins, mais aussi les conditions de travail de ceux et celles qui les dispensent. Des niveaux inadéquats de dotation font souvent l'objet de mesures à court terme, par exemple le recours à des travailleurs temporaires qui n'offrent pas de continuité par rapport à la prestation des soins et qui n'ont pas le temps de se familiariser avec le milieu de travail et les résidents. Cela a des répercussions sur la qualité des soins dispensés. La prévalence de personnel occasionnel, à temps partiel et contractuel nuit et limite le développement de relations significatives entre les fournisseurs de soins et les aînés.

Les fournisseurs de soins eux-mêmes sont très conscients de l'impact du milieu de travail sur la qualité des soins. Selon un récent sondage mené au Manitoba auprès du personnel infirmier travaillant dans le secteur des soins de longue durée, seulement 26 % évalue à « excellente » la qualité des soins dispensés dans leur établissement; 58 % mentionnent ne pas avoir suffisamment de temps pour prendre soin adéquatement de leurs patients, et un autre 56 % mentionnent que les niveaux de dotation dans leur établissement sont inadéquats.⁴⁹ La charge de travail dans le secteur des soins de longue durée et des soins à domicile a aussi augmenté avec la hausse des besoins des patients. Ainsi, les soignants ont moins de temps pour gérer les situations plus complexes. Les travailleurs dans les établissements de soins de longue durée sont aussi confrontés à des niveaux troublants de violence et d'harcèlement au travail. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), presque 50 % des infirmières travaillant dans les établissements de soins de longue durée ont été abusées par un patient.⁵⁰

La référence généralement citée pour la qualité des soins de longue durée est celle de 4,1 heures de soins directs par résident par jour.⁵¹ Toutefois, plusieurs lignes directrices provinciales

et territoriales se retrouvent sous cette norme ou ne renferment aucune norme particulière. Par exemple, au Manitoba les lignes directrices pour le personnel prévoient 3,6 heures, mais il s'agit d'heures de soins rémunérées (y compris les réunions du personnel, la formation, les tâches administratives et les pauses rémunérées), et non spécifiquement les heures de soins directs.⁵² Cela ne prend pas en compte les absences au travail (vacances, blessures, maladies et congé de maternité). Au Nouveau-Brunswick, les lignes directrices prévoient 3,1 heures de soins par résident par jour, divisées entre le personnel infirmier, les préposés et le personnel en réadaptation. Un projet pilote mené au Nouveau-Brunswick a démontré qu'augmenter à 3,5 heures les heures de soins permet de petits changements quotidiens dans la relation avec le patient et cela a des répercussions importantes : « Les membres du personnel apprennent ainsi à connaître les résidents et peuvent leur offrir de nouveaux choix, leur accorder une plus grande dignité et tisser des liens plus étroits avec eux ». ⁵³

À la suite d'une analyse des centres de soins infirmiers au Canada, l'ICIS note d'importantes variations en matière de performance à l'échelle des établissements entre les provinces et territoires ainsi qu'au sein même des provinces et territoires. L'ICIS met en relief l'importance de normes pancanadiennes pour assurer un niveau de soins plus uniforme dans toutes les provinces et les territoires.⁵⁴

Selon les études, il y aurait des différences importantes entre les établissements publics et privés par rapport à la qualité des soins.⁵⁵ Citant des études menées en Ontario et en Colombie-Britannique, Armstrong et al observent des niveaux plus élevés de dotation, un nombre moindre de plaintes justifiées, et moins de transferts à l'urgence dans les établissements sans but lucratif et les établissements publics.⁵⁶ De façon similaire, dans une étude récente menée dans les établissements de soins de longue durée de l'Ontario, le niveau de soins est supérieur dans les établissements sans but lucratif. Les chercheurs observent des taux d'hospitalisation et de mortalité moins élevés dans les établissements sans but lucratif, comparativement aux établissements à but lucratif.⁵⁷ Selon une étude menée au Manitoba, les établissements à but lucratif avaient, en moyenne, des niveaux moins élevés de dotation et dispensaient davantage de médicaments antipsychotiques.⁵⁸ Les études menées en Alberta mettent en relief le nombre plus élevé d'heures de soins directs par résident dans les établissements publics, comparativement aux établissements privés à but lucratif et sans but lucratif. De plus, dans les établissements publics, une plus grande proportion de ces heures de soins sont dispensées par un infirmier autorisé et non par un infirmier auxiliaire ou un préposé aux services de soutien à la personne.⁵⁹

Dans les établissements publics et privés de soins de longue durée, la qualité des soins et la qualité des conditions de travail du personnel représentent les deux côtés de la même médaille. Il faut adopter une approche en matière de soins aux aînés qui permet de traiter les résidents et les fournisseurs de soins avec dignité et respect,⁶⁰ et qui soit fondée sur le concept selon lequel les soins constituent une relation entre le soigné et le soignant. Une approche efficace et

progressiste en matière de soins des aînés permettrait aux aînés et aux soignants de forger des relations significatives et durables. Bien que la qualité des soins ne puisse se résumer aux ratios de dotation et aux heures de soins, des normes pancanadiennes établiraient un important point de départ pour créer l'équité dans toutes les provinces et les territoires.

3. SOINS À DOMICILE

Les soins à domicile comprennent une vaste gamme de services de soins de santé et de soutien à la personne dispensés au domicile du bénéficiaire, notamment les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'aide aux activités de la vie quotidienne (l'aide pour prendre le bain, se vêtir, faire sa toilette et se déplacer), et les services d'aide familiale (ménage, lessive, préparation des repas). Ils peuvent aussi comprendre les soins à court terme (actifs) et les soins de longue durée pour les personnes ayant des maladies chroniques ou en convalescence à la suite d'un important traitement médical. En outre, ils peuvent comprendre des soins permettant à la personne de maintenir un niveau de santé stable.⁶¹

Au Canada, plus de 2 millions de personnes reçoivent un type de soins à domicile, soit des soins formels dispensés par un professionnel rémunéré ou des soins informels dispensés par la famille ou des amis. Les soins à domicile ne sont pas dispensés aux personnes âgées seulement. En fait, en Ontario, les personnes âgées représentaient seulement 58 % de la clientèle en 2016-2017.⁶² Toutefois, selon les études, les personnes âgées sont plus susceptibles de recevoir des soins à domicile par l'intermédiaire de services publics comparativement aux personnes âgées de 65 ans et moins.⁶³

Lorsqu'ils s'avèrent pertinents, les soins à domicile et en milieu communautaire sont souvent préférables aux soins offerts dans les établissements de soins ou dans les hôpitaux car ils permettent aux personnes de conserver leur autonomie et leur dignité, de maintenir leurs relations sociales et familiales ainsi que leur pouvoir sur leurs propres besoins en matière de soins. Ainsi, 86 % des personnes âgées recevant des soins à domicile mentionnent que ces services leur permettent de demeurer à la maison leur domicile, par opposition à devoir entrer dans une résidence de soins.⁶⁴ Toutefois, il ne faut pas penser que les soins à domicile sont une solution pour la diminution de la capacité dans le secteur des soins hospitaliers et de longue durée. Les personnes qui ont besoin de soins en établissements ne devraient pas être refusées en raison d'un manque d'espace ou de ressources. L'accès aux soins à domicile devrait être fondé sur le type de soins qui répondent le mieux aux besoins médicaux de la personne.

Pour la majorité des bénéficiaires de soins à domicile, ces soins sont dispensés de façon informelle par la famille ou des amis, la plupart étant des femmes. Grosso modo, un quart des

personnes âgées reçoivent un type de soins à domicile, mais seulement 6 % bénéficient de soins à domicile formels subventionnés par les fonds publics. Cela signifiait plus de 350 000 personnes en 2016-2017, parmi lesquelles 71 % étaient âgées de 75 ans et plus.⁶⁵ Malgré le fait que la majorité des soins à domicile soient informels, les dépenses totales en soins à domicile formels demeurent importantes, se chiffrant à 3,7 milliards en 2014; 3,4 milliards venaient des fonds publics.⁶⁶ Toutefois, ce chiffre ne tient pas compte de la valeur économique des soins informels dispensés sur une base volontaire.

Toutes les provinces et les territoires offrent un nombre limité de services de soins à domicile financés par le gouvernement et dispensés par des agences publiques et privées. Tel qu'illustré dans le tableau 4, on observe de grandes variations entre le niveau et la quantité de soins à domicile disponibles dans les différentes régions du Canada. Il est intéressant d'observer que la plupart des lignes directrices provinciales ou territoriales établissent des limites par rapport aux heures maximales auxquelles les bénéficiaires ont droit, mais n'établissent pas un nombre minimal d'heures.

Tableau 4 : Maximum d'heures de service dans des provinces et territoires sélectionnés

Province/Territoire	Maximum d'heures de service financées
Ontario	120 heures dans les premiers 30 jours de service et 90 heures par mois pour le soutien à la personne
Manitoba	55 heures de soins à domicile par semaine
Québec	15 heures par semaine
Nouveau-Brunswick	215 heures de soutien à domicile par mois
Nouvelle-Écosse	100 heures de soutien à domicile par période de 28 jours
Île-du-Prince-Édouard	28 heures par semaine ou trois visites
Terre-Neuve-et-Labrador	3 490 \$ par mois de soutien à domicile permettant de payer pour <ul style="list-style-type: none"> • Quatre heures par jour de soins personnels et/ou de soutien comportemental; • Jusqu'à une heure par jour pour la préparation des repas et deux heures par semaine pour les tâches ménagères lorsqu'un soignant ne demeure pas avec le client; • Deux heures par semaine pour les tâches ménagères lorsqu'un soignant demeure avec le client et qu'il a besoin d'une aide supplémentaire; • Soins de relève pour les soignants demeurant avec une personne ayant besoin de soins ou de supervision 24 heures par jour.

Province/Territoire	Maximum d'heures de service financées
Nunavut	Cinq heures par semaine pour l'entretien ménager et deux heures par jour pour l'aide aux soins personnels
Territoires du Nord-Ouest	Quatre heures par mois pour les services d'entretien ménager
Yukon	35 heures par semaine pour l'entretien ménager, l'aide aux soins personnels et les soins de relève

Données tirées du rapport final du Comité d'experts sur les niveaux de soins de l'Ontario (2017)

On observe aussi des différences entre les provinces et les territoires. Par exemple, en 2015, la vérificatrice générale de l'Ontario a découvert des écarts et des divergences par rapport aux soins à domicile disponibles dans la province. Ces écarts s'expliquaient par les différences entre les charges de travail du personnel et les critères utilisés pour ajouter des clients à la liste d'attente. Dans son rapport de suivi de 2017, la vérificatrice générale mentionne des progrès dans différents secteurs, mais précise qu'il y a eu peu de progrès « dans la centralisation des listes d'attente pour les services de soutien communautaire et le suivi des visites de soins à domicile reportées, tardives ou manquées. »⁶⁷

Étant donné l'écart dans les niveaux de service et l'absence de garantie minimal de soins, il n'est pas étonnant de voir que l'accès à un niveau de soins pertinent est tout un défi pour les personnes. Les gouvernements du Canada ont augmenté les budgets alloués aux soins à domicile au cours des dernières décennies mais, malgré cela, l'accès demeure problématique, particulièrement pour les personnes présentant des problèmes de santé complexes.⁶⁸ Selon une étude menée par Statistique Canada en 2012, 15 % des 2,2 millions de personnes recevant des soins à domicile au Canada n'ont pas reçu une aide adéquate. Un nombre supplémentaire de 461 000 ont eu besoin de soins à domicile mais n'en ont pas reçus. Ainsi, une personne sur six ayant eu besoin de soins à domicile n'en a pas reçus, et parmi ces personnes on retrouve un nombre important de personnes âgées. Les personnes à faible revenu, ainsi que les immigrants, les réfugiés et les résidents non-permanents étaient plus susceptibles de ne pas recevoir les soins dont ils avaient besoin.⁶⁹

En raison de la rareté des ressources, les services de soins à domicile peuvent seulement offrir des soins aigus et à court terme, laissant les besoins chroniques et quotidiens moins urgents, mais tout aussi importants, aux familles et des soignants naturels. Ces défis sont aggravés par les compressions budgétaires ciblant les hôpitaux et les soins actifs. Cela force de plus en plus de personnes à se tourner vers un volet du système de soins de santé qui manque déjà de ressources. Selon un récent rapport de l'ICIS, plus de 20 % des personnes âgées admises dans des établissements de soins auraient facilement pu demeurer dans leur domicile si des soutiens et des services supplémentaires avaient été offerts dans leur collectivité.⁷⁰ En même temps, en raison du manque de lits disponibles, plusieurs personnes demeurent à la maison même s'ils nécessitent les soins plus complexes offerts dans les établissements de longue durée.

La disponibilité limitée des services de soins à domicile financés par les gouvernements exerce une pression supplémentaire sur la famille et les amis, et particulièrement sur les femmes, pour qu'ils assument le rôle de soignant naturel. Bien que les soins informels puissent être le choix de certaines personnes âgées et de leur famille, c'est parfois la seule option pour d'autres. Parmi les soignants naturels, 35 % affichent des symptômes de détresse, y compris ne plus être en mesure de continuer et signes de colère ou de dépression.⁷¹ Les soins à domicile informels dispensés par la famille ou les amis sont loin d'être un engagement mineur. Ces soignants naturels dispensent, en moyenne, 20 heures de soins par semaine.⁷² À mesure que ces soins s'avèrent de plus en plus complexes, cette tâche devient encore plus exigeante pour la famille ou les amis qui n'ont pas de formation formelle. Des investissements dans les soins à domicile doivent donc inclure un appui adéquat pour les soignants naturels.

Dans son rapport récent, le Comité d'experts sur les niveaux de soins recommande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario d'adopter un « cadre de niveaux de soins » qui servirait de guide à la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire. Ce cadre serait assorti de normes précises relatives aux heures de soutien et établies selon les différents besoins fonctionnels (allant de 12 heures par mois à plus de 120 heures par mois). Le Comité d'experts souligne l'importance d'adopter une approche intégrée pour les soins aux aînés. Outre un nombre précis d'heures de soutien, le comité a déterminé d'autres composantes importantes pour assurer l'efficacité des soins à domicile ou en milieu communautaire, y compris un coordonnateur des soins, l'accès aux services de soutien et autres programmes communautaires pertinents, les soins de santé primaires réguliers, l'évaluation gériatrique spécialisée complète, les soutiens en matière de démence, les appareils et accessoires fonctionnels, l'accès aux programmes de réadaptation pertinents, et les programmes d'encadrement et de formation pour les soignants.⁷³

Un autre défi vient du fait que la main-d'œuvre en soins à domicile est généralement précaire et peu rémunérée. Il est donc difficile de forger des liens étroits avec les clients.⁷⁴ Une grande partie des soins à domicile sont dispensés par des préposés aux services de soutien à la personne (aussi appelés aides en santé, aides au service de soins personnels et assistants en soins de santé). Comme cette profession est non réglementée, le sous-emploi est chronique et, souvent, ces personnes n'ont pas la formation ou l'éducation spécialisée pour dispenser des soins complexes. Les soins à domicile présentent aussi des défis pour le personnel infirmier. Selon un sondage mené en 2017 auprès d'infirmières en soins à domicile et de longue durée, près de 90 % mentionnent une augmentation de leur charge de travail au cours des trois dernières années, et 60 % précisent qu'elle a augmenté considérablement. Les heures supplémentaires représentent aussi un problème; 63 % mentionnent avoir fait des heures supplémentaires au moins une fois par semaine ou presque chaque semaine alors qu'elles auraient préféré ne pas en faire.⁷⁵ Selon les estimations, en Colombie-Britannique seulement il

faudra, au cours des cinq prochaines années, 2 800 travailleurs de plus pour répondre à la demande en matière de soins aux aînés.⁷⁶

Technologie

Plusieurs études et rapports parlent d'augmenter la technologie comme moyen d'améliorer la disponibilité et la prestation des soins à domicile. Selon un sondage mené auprès de professionnels de la santé et du grand public, les soi-disant « technologies de soins connectés » sont considérées, par plus de 75 % des participants au sondage, comme un outil important pour améliorer les services de soins à domicile.⁷⁷ Ces technologies consistent généralement au partage des données sur la santé des patients entre les professionnels de la santé et les agences. Le but est d'intégrer davantage les services de santé. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et l'Association canadienne de soins et services à domicile revendiquent une augmentation de la technologie dans le secteur des soins à domicile (par exemple, soins virtuels, télé-soins à domicile, dossiers électroniques).

Bien que la technologie puisse jouer un rôle pour assurer une meilleure coordination et intégration des services de santé, elle ne doit pas pour autant être considérée comme une solution aux défis fondamentaux dans ce secteur. Un soutien virtuel n'est pas un substitut pour une relation humaine significative. La technologie ne peut éliminer le besoin d'offrir une formation plus poussée aux fournisseurs de soins ou d'améliorer les conditions de travail de ceux et celles qui dispensent les soins.

Financement fédéral

Des ententes bilatérales relatives au Transfert canadien en matière de santé ont récemment été conclues entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Dans le cadre de ces ententes, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 2,8 milliards de dollars sur une période de quatre ans pour les services de soins à domicile et de soins communautaires.⁷⁸ Or, cet engagement financier prévoit le versement des plus grosses sommes après la prochaine élection fédérale (Tableau 5). Ce financement ne sera pas nécessairement disponible s'il y a un changement de gouvernement en 2019. De plus, ce financement ciblé ne contrebalance pas les compressions au financement d'ensemble dans le secteur de la santé résultant des nouvelles ententes bilatérales en matière de santé.⁷⁹

Tableau 5 : Financement fédéral des soins à domicile en 2018

Année financière (débutant le 1^{er} avril)	Somme
2018-2019	250 millions \$
2019-2020	650 millions \$
2020-2021	650 millions \$
2021-2022	900 millions \$

Le Canada doit tenir compte de l'importance accrue des soins à domicile pour répondre aux besoins des résidents. Nous devons relier les services de soins à domicile aux soins primaires et actifs afin d'offrir aux patients des soins continus, intégrés et stables.

4. AUTRES CONSIDÉRATIONS

Assurance-médicaments

Un régime public national d'assurance-médicaments serait particulièrement avantageux pour les personnes âgées car plusieurs d'entre elles ont un revenu fixe. Une proportion de 55,3 % des dépenses publiques en produits pharmaceutiques est attribuable aux aînés.⁸⁰ Les régimes publics d'assurance-médicaments ont déboursé un peu moins de 1,8 milliards de dollars en 2017 pour les 10 principales catégories de médicaments consommés par les aînés.⁸¹ La plupart des provinces et des territoires ont un type quelconque de régime public d'assurance-médicaments pour les aînés. Toutefois, on observe des différences par rapport aux critères d'admissibilité, aux médicaments disponibles et aux quotes-parts (Tableau 6). Un régime national d'assurance-médicaments accessible, complet, universel et à coût abordable permettrait aux aînés, qu'importe leur lieu de résidence, d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin pour continuer à vivre en santé. Le régime public national d'assurance-médicaments est un enjeu sur lequel la Coalition canadienne de la santé a mis l'accent dans d'autres documents d'orientation.⁸²

Tableau 6 : Régimes publics d'assurance-médicaments pour les aînés - provinces et territoires.⁸³

Province/ Territoire	Nom du régime	Critère d'admissibilité	Quote-part ou prime
Alberta	<i>Coverage for Seniors</i>	65 ans ou plus	Quote-part de 30 %, maximum de 25 \$ par ordonnance

Province/ Territoire	Nom du régime	Critère d'admissibilité	Quote-part ou prime
Colombie-Britannique	<i>Fair Pharmacare</i>	Né avant 1939 Autres : admissibles au régime d'assurance-médicaments basé sur le revenu offert à toute la population	Né avant 1939 : franchise de 0 \$ à 10 000 \$ en fonction du revenu. Régime couvre 75 % des coûts après paiement de la franchise. Né après 1939 : franchise selon le revenu (0-2 %), plus quote-part de 25 %
Saskatchewan	<i>Seniors' Drug Plan</i>	65 ans ou plus	Quote-part maximale de 25 \$ par ordonnance. Exemption pour aînés recevant le Supplément de revenu garanti ou le supplément dans le cadre du <i>Seniors Income Plan</i> . Des politiques relatives au coût maximal exigé ou aux coûts alternatifs peuvent aussi s'appliquer.
Manitoba	S/O	Admissible au régime d'assurance-médicaments basé sur le revenu et offert à toute la population	Franchise minimale de 100 \$, augmentations selon le revenu
Ontario	Programme de médicaments de l'Ontario ⁸⁴	65 ans ou plus, ou vivant dans un établissement de soins de longue durée, ou inscrit à un programme de soins à domicile Aucune couverture des médicaments	Franchise de 100 \$ et quote-part jusqu'à 6,11 \$. Les aînés dont le revenu est inférieur à 19 300 \$ peuvent adhérer au Programme de la quote-part des médicaments pour les aînés qui permet d'éliminer la franchise et limiter la quote-part à 2 \$
Québec	S/O	65 ans et plus : automatiquement inscrits au régime public provincial offert à toute la population	Prime en fonction du revenu, soit 0 \$ à 667 \$ par année. Réductions complètes ou partielles pour les personnes recevant le Supplément de revenu garanti

Province/ Territoire	Nom du régime	Critère d'admissibilité	Quote-part ou prime
			Quote-part de 34,8 %, sauf pour les personnes recevant 94 à 100 % du Supplément de revenu garanti
Nouvelle-Écosse	<i>Seniors Pharmacare Program</i>	65 et plus. Aucune couverture des médicaments	Quote-part de 30 %, prime maximale de 424 \$ par année Réduit pour les revenus entre 22 986 \$ et 35 000 \$, et éliminé pour les revenus inférieurs à 22 986 \$
Nouveau-Brunswick	Régimes de médicaments pour les aînés	65 ans ou plus recevant le Supplément de revenu garanti Autres aînés à faible revenu et n'ayant pas d'autre régime d'assurance peuvent aussi être admissibles Autres aînés peuvent adhérer au Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pour les aînés	Quote-part de 9,05 \$ jusqu'à une somme annuelle maximale de 500 \$ par personne Régime de médicaments du Nouveau-Brunswick : prime en fonction du revenu entre 16,67 \$ et 166,67 \$ par mois, quote-part de 30 %
Île-du-Prince-Édouard	<i>Seniors' Drug Program</i>	65 ans ou plus	Quote-part maximale de 8,25 \$ par ordonnance, plus des frais de 7,69 \$ pour l'exécution de l'ordonnance
Terre-Neuve-et-Labrador	<i>65 Plus Plan</i>	65 ans ou plus Recevant la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti	Jusqu'à 6 \$ pour les frais d'exécution de l'ordonnance
Nunavut	<i>Extended Health Benefits</i>	65 ans ou plus Non Autochtone	Inconnu

Province/ Territoire	Nom du régime	Critère d'admissibilité	Quote-part ou prime
Territoires du Nord-Ouest	<i>Extended Health Benefits Seniors' Program</i>	60 ans et plus Non Autochtone	Aucune
Yukon	<i>Pharmacare and Extended Health Benefits</i>	65 ans ou plus (ou 60 ans marié à une personne de 65 ans ou plus)	Aucune, mais couvre seulement le coût du médicament générique le moins dispendieux

Soins palliatifs

Une stratégie nationale des soins palliatifs a aussi été revendiquée. Les soins palliatifs dépendent de différents secteurs déjà mentionnés (soins de longue durée, soins à domicile et régime d'assurance-médicaments), mais ils ont leurs propres priorités ainsi que des besoins particuliers.

En 2014, l'Organisation mondiale de la santé a demandé aux chefs d'États d'élaborer des stratégies visant l'intégration des soins palliatifs à la santé publique nationale afin d'assurer un accès équitable à un continuum complet de soins. Sans lignes directrices et stratégies provinciale ou fédérale, l'accès aux soins palliatifs au Canada demeure irrégulier et incomplet. Ces soins dépendent des fournisseurs de soins en milieu communautaire.⁸⁵ En 2011, le Comité parlementaire des soins palliatifs et de compassion a communiqué son rapport *Avec dignité et compassion : Soins destinés aux Canadiens vulnérables*. Selon le comité : « Le besoin à l'égard d'une stratégie nationale de soins palliatifs est criant. » Dans son rapport, le comité souligne que 16 à 30 % seulement des personnes ayant eu besoin de soins palliatifs ont pu y avoir accès.⁸⁶

L'adoption du projet de loi C-277, la *Loi visant l'élaboration d'un cadre sur les soins palliatifs au Canada*, pourrait aider à changer cela. Adopté en décembre 2017, ce projet de loi oblige à Santé Canada d'élaborer un cadre national d'ici cinq ans. Santé Canada organise actuellement des consultations auprès de la population canadienne sur l'élaboration de ce cadre. Nous souhaitons que les recommandations de Santé Canada nous permettent de répondre adéquatement aux besoins des individus en fin de vie.

5. RECOMMANDATIONS

Afin d'assurer aux aînés du Canada l'accès équitable à un continuum complet de soins dont ils ont besoin pour vivre en santé et dans la dignité, la Coalition canadienne de la santé recommande les mesures suivantes :

Une stratégie nationale ciblant les soins aux aînés

En tout premier lieu, le Canada a besoin d'une stratégie nationale en matière de soins aux aînés afin d'obtenir un financement stable, et établir des normes de soins et des niveaux de dotation à l'échelle du pays, des provinces et des territoires. Plusieurs des problèmes de santé dont souffrent les aînés sont traités dans les hôpitaux ou le secteur des soins de longue durée ou des soins à domicile. Ces soins sont financés et administrés par une multitude d'organismes municipaux, provinciaux, territoriaux et fédéraux. Afin de bien comprendre la situation par rapport aux services de santé offerts aux aînés du Canada, et afin de réussir à combler les écarts, il faut adopter une approche intégrée recoupant les secteurs pertinents et les différentes compétences administratives. Les soins de santé relèvent des provinces et des territoires, mais le gouvernement fédéral peut jouer un grand rôle de leadership. Il devrait orchestrer une stratégie avec les provinces et les territoires pour assurer l'équité d'accès aux aînés du pays.

Une stratégie nationale plus ambitieuse pour les aînés, qui comprendrait les soins, a aussi été revendiquée.⁸⁷ Le rapport de mars 2018 du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées recommande l'élaboration d'une stratégie pancanadienne pour les aînés. L'objectif principal de cette stratégie serait de « garantir à tous les Canadiens un vieillissement dans la dignité. »⁸⁸ Cette stratégie serait assortie de lignes directrices relatives aux services de soins à domicile afin de favoriser une plus grande uniformité des services offerts par des programmes publics. Elle sera aussi assortie de formation pour améliorer les compétences des préposés et augmenter leur nombre, et des mesures ciblant les soins de longue durée et un meilleur soutien offert aux soignants naturels.⁸⁹ Qu'il s'agisse d'un outil indépendant ou d'un volet au sein d'une stratégie plus large, il faut établir des normes nationales de soins. Il faut aussi augmenter le financement et mettre en œuvre une stratégie en matière de ressources humaines afin d'éliminer la mosaïque actuelle des soins publics et privés, et d'assurer l'accès, aux aînés partout au pays, à des soins adéquats et équitables.

Une stratégie nationale en matière de soins aux aînés devrait comprendre les éléments suivants :

A) Des fonds fédéraux spécialement affectés aux provinces et territoires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé.

- Maintenir l'augmentation actuelle du financement ciblé pour les soins à domicile (2,8 milliards \$ sur quatre ans), mais égaliser les versements sur la période de quatre ans plutôt que verser davantage au cours des dernières années. (Versements proposés : 2018 : 600 millions \$; 2019 : 725 millions \$; 2020 : 725 millions \$; 2021 : 750 millions \$). S'engager à atteindre l'objectif de 10 % des dépenses totales de santé allouées aux soins à domicile, tenant compte le fait que la majorité des patients préfèrent recevoir des soins dans leur collectivité lorsque cela s'avère possible.
- S'engager à maintenir le plafond de financement à 2 % du PIB pour les soins de longue durée. Les dépenses publiques en soins de longue durée sont actuellement de 1,2 % du PIB; le nouveau plafond de 2 % du PIB voudrait dire une contribution fédérale de 1,65 milliards \$ (ce qui représente 25 % du coût total).⁹⁰
- Prioriser ce financement pour créer davantage d'établissements publics et sans but lucratif de soins de longue durée et de services publics de soins à domicile, reconnaissant qu'ils offrent une meilleure qualité des soins que les établissements et les services privés à but lucratif.
- Explorer les options en matière de fonds publics pour améliorer l'accès à des soins à domicile et des soins de longue durée de qualité pour tous les aînés. Certains ont affirmé qu'un régime public d'assurances serait une façon plus équitable et efficiente de financer les soins de longue durée.
- Offrir davantage de ressources à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour augmenter et améliorer les systèmes d'information sur les services de soins à domicile et ceux sur les soins de longue durée, particulièrement en ce qui a trait aux ratios de dotation et au financement des soins à domicile dans toutes les provinces et les territoires. Aussi attribuer des fonds pour les pratiques innovatrices et prometteuses dans le secteur des soins aux aînés.

B) Des normes nationales, élaborées en consultation avec les provinces, les territoires, et les gouvernements autochtones, étant une condition préalable au financement fédéral afin d'assurer l'uniformité des niveaux de soins aux aînés partout au Canada, y compris :

- Des niveaux et des ratios adéquats de dotation au sein des établissements de soins de longue durée, assortis d'un minimum de 4,1 heures de soins directs par patient par jour.
- Un seuil minimum de services publics de soins à domicile, fondés sur l'approche « niveaux de soins » élaborée par le Comité d'experts sur les niveaux de soins de l'Ontario.
- Des points de référence pour mettre en place des « pratiques exemplaires » de soins intégrés (soins primaires, à domicile et de longue durée), qui sont culturellement adaptés et axés sur le patient et la famille.⁹¹ Cela devrait comprendre des normes de

soins précises et des pratiques exemplaires pour les régions rurales et éloignées, ainsi que des normes pour les soins dispensés aux aînés des communautés autochtones, normes qui seraient élaborées conjointement avec les populations autochtones.

C) Une stratégie en matière de ressources humaines pour assurer une main-d'œuvre compétente dans le secteur des soins aux aînés, ainsi que des conditions de travail décentes pour les fournisseurs de soins, y compris.

- Éducation et meilleure formation des fournisseurs de soins, y compris dans les collectivités rurales et éloignées, et l'élimination des obstacles que doivent surmonter les travailleurs formés à l'étranger.
- Stratégies pour augmenter le maintien en poste du personnel, ainsi que l'élaboration de cadres salariaux plus uniformes et équitables.
- Services de renforcement de la capacité et de soutien pour la famille et les soignants non rémunérés, y compris crédits d'impôt, programmes de formation, services de relève et politiques de soutien en milieu de travail.
- Mécanismes pour documenter et superviser les charges de travail et les pénuries de personnel dans le secteur des soins aux aînés. L'information recueillie servirait de base aux interventions en matière de programmes et de politiques, et assurerait des charges de travail et des niveaux de dotation stables dans les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile.

Cette stratégie sera mise en œuvre et fera l'objet d'un suivi grâce à un cadre fondé sur les principes et les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et appliqués aux soins de longue durée et aux soins à domicile. Le gouvernement fédéral devra collaborer avec les gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et les organismes qui les représentent, pour assurer une distribution égale des ressources et des services offerts aux aînés autochtones, et faire en sorte qu'ils soient adaptés aux besoins culturels, familiaux et spirituels de ces communautés.

Recommandations connexes

Pour qu'elles soient le plus efficaces possible, ces recommandations devront être accompagnées de ce qui suit :

- Augmentation générale des paiements versés dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé grâce à une clause d'indexation de 5,2 % qui éliminerait le manque à gagner projeté de 31 millions de dollars dans les 10 prochaines années si l'on maintient

les niveaux actuels de financement. Si nous ne réinvestissons pas davantage dans l'ensemble de notre système de soins de santé, les investissements ciblés en soins aux aînés ne seront qu'une mesure bouche-trou pour contrebalancer les autres réductions, et ne permettront pas d'améliorer et d'augmenter la capacité dans le secteur des soins aux aînés.

- Création d'un régime public national d'assurance-médicaments assurant l'accès, aux aînés et à toute la population canadienne, aux médicaments dont ils ont besoin pour vivre en santé.
- Augmentations des prestations du Supplément de revenu garanti et de la Sécurité de la vieillesse afin d'éviter que les aînés ne se retrouvent sous le seuil de la pauvreté, ainsi que des investissements dans le logement abordable pour les aînés.
- Élaboration d'une stratégie nationale des soins palliatifs afin d'établir des normes de soins pancanadiennes pour les établissements de soins palliatifs et de fin de vie, ainsi que des investissements ciblés afin que toutes les personnes du Canada soient traitées avec compassion et dignité dans les derniers jours de leur vie.
- Obligation que les établissements de soins de longue durée ainsi que les services de soins à domicile à but lucratif dirigent le financement public pour les soins, plutôt que vers les profits.

RÉFÉRENCES

-
- ¹ Le sondage du Fonds du Commonwealth cible les personnes âgées des pays suivants : Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis. Dans l'ensemble, le niveau de satisfaction est de 76 %. Institut canadien d'information sur la santé (2018). Résultats du Canada. Enquête internationale de 2017 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des personnes âgées.
- ² Nanos (2015). New Study Shows Canadians are Concerned about the Long-Term Care Needs of Seniors (en anglais seulement).
- ³ Statistique Canada (2016). Recensement de 2016. Graphique 4 : Proportion de la population âgée de 14 ans et moins et de 65 ans et plus au sein de la population totale, Canada, provinces et territoires, 2016.
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2011). Les soins de santé au Canada 2011. Regard sur les personnes âgées et le vieillissement.
- ⁵ Statistique Canada (2016). Recensement de 2016. Graphique 4.
- ⁶ La Banque mondiale (2018). Lits d'hôpitaux (pour 1 000 personnes).
- ⁷ Harrington et al (2017). Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains. Health Services Insights 10: 1-23. (en anglais seulement) Voir aussi Armstrong et al (2015). Before It's too late: A National Plan for Safe Seniors Care. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (en anglais seulement)
- ⁸ Healthcare of Ontario Pension Plan (2018). The Cost of Long-term Care: Canada's Retirement savings blind spot. (en anglais seulement)
- ⁹ Shillington, Richard (2016). An Analysis of the Economic Circumstances of Canadian Seniors. Broadbent Institute. (en anglais seulement)
- ¹⁰ Idem.
- ¹¹ Statistique Canada (2016). Tableaux de données, recensement de 2016
- ¹² Statistique Canada (2014). Le revenu des personnes âgées de 1976 à 2014 : quatre décennies, deux tendances.
- ¹³ Alliance for a National Seniors Strategy (2016). An Evidence-Informed National Seniors Strategy for Canada - 2nd edition. (en anglais seulement)
- ¹⁴ Conseil canadien de la santé (2013). Les plus vulnérables au Canada. Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières nations, inuites et métis.
- ¹⁵ Um et Lightman (2017). Seniors' Health in the GTA: How Immigration, Language, and Racialization Impact Seniors' Health. The Wellesley Institute. (en anglais seulement)
- ¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé (2011). Les soins de santé au Canada 2011. Regard sur les personnes âgées et le vieillissement.
- ¹⁷ Idem.
- ¹⁸ Armstrong, Pat et al (2008). Critical to Care: The Invisible Women in Health Services (University of Toronto Press). See also: Armstrong, Pat and Kate Laxer (2006). "Precarious Work, Privatization, and the Health-Care Industry: The Case of Ancillary Workers", 115-38 in Leah Vosko, ed., Precarious Employment: Understanding Labour Market Insecurity in Canada. McGill-Queens University Press.
- ¹⁹ Les organisations privées à but lucratif incluent les établissements administrés par des organisations religieuses ou de bienfaisance.
- ²⁰ Institut canadien d'information sur la santé (2014). Dépenses de santé : centres de soins infirmiers.
- ²¹ MacDonald, Martha (2015). Regulating Individual Charges for Long-term Residential Care in Canada. Studies in Political Economy 95: 83-114. (en anglais seulement)
- ²² Institut canadien d'information sur la santé (2014). Dépenses de santé : centres de soins infirmiers.
- ²³ Un revenu supplémentaire de 2 % vient des tarifs pour les chambres semi-privées ou privés lorsque le client préfère un type d'hébergement autre que l'hébergement de base, et un autre 2 % vient de revenus divers, i.e. le revenu venant de catégories n'apparaissant pas sur la liste. Institut canadien d'information sur la santé (2014). Dépenses de santé : centres de soins infirmiers.
- ²⁴ Banerjee, Albert (2007). An Overview of Long-Term Care in Canada and Selected Provinces and Territories. Women and Health Care Reform. En 2004, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) a été remplacé par le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS).
- ²⁵ MacDonald, Martha (2015).

-
- ²⁶ Données pour 2013. Armstrong et al 2015: Before it's Too Late: A National Plan for Safe Seniors Care. Canadian Federation of Nurses Unions: 7. (en anglais seulement)
- ²⁷ MacDonald, Martha (2015).
- ²⁸ Idem.
- ²⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Ontario. Frais d'hébergement actuels. L'Ontario offre une subvention aux aînés à faible revenu dans le cadre de son Programme de réduction de tarifs pour les soins de longue durée. La subvention peut couvrir toute la quote-part pour un hébergement de base.
- ³⁰ Alberta Ministry of Health. Continuing Care – Accommodation Charges 2018. (en anglais seulement)
- ³¹ Government of British Columbia (2018). Long-Term Residential Care. (en anglais seulement)
- ³² Service public d'éducation et d'information juridiques du Nouveau-Brunswick (2017). Aller vivre dans un foyer de soins.
- ³³ Basé sur les calculs du Calculateur des frais de résidence du Manitoba. Gouvernement du Manitoba, www.gov.mb.ca/health/pcs/calculator.html.
- ³⁴ MacDonald, Martha (2015).
- ³⁵ Selon Statistique Canada, « L'industrie des établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes comprend des établissements de soins infirmiers; des établissements résidentiels pour les personnes souffrant de handicaps liés au développement, de troubles mentaux, d'alcoolisme et de toxicomanie; des établissements communautaires de soins pour personnes âgées et d'autres établissements de soins pour bénéficiaires internes. » Statistique Canada (2017). Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes (données provisoires), 2015.
- ³⁶ Harrington et al (2017).
- ³⁷ Le Conference Board du Canada (2017). Sizing Up the Challenge: Meeting the Demand for Long-Term Care in Canada. (en anglais seulement)
- ³⁸ Harrington et al (2017).
- ³⁹ La terminologie varie d'une province ou territoire à l'autre. Nouvelle-Écosse – Health Care Wait Times (en anglais seulement)
- ⁴⁰ Harrington et al (2017).
- ⁴¹ Hsu, Amy (2015). Staffing in Ontario's long-term care homes: Differences by profit status and chain ownership over 15 years. Conférence 2015 de l'ACRSPS, Montréal, Québec. (en anglais seulement)
- ⁴² Service public d'éducation et d'information juridiques du Nouveau-Brunswick (2017). Aller vivre dans un foyer de soins.
- ⁴³ Global News (2017). Canada's lack of long-term care space is forcing seniors as far as 200 km from home. (en anglais seulement)
- ⁴⁴ Le Conference Board du Canada (2017).
- ⁴⁵ Nanos (2015).
- ⁴⁶ Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2017). Le succès des efforts des établissements de soins de longue durée du Nouveau Brunswick pour diminuer l'utilisation des antipsychotiques entraîne la création d'une initiative à l'échelle de la province. Le taux d'ordonnances de médicaments antipsychotiques sans diagnostic à cet effet est considérablement plus élevé en Colombie-Britannique que la moyenne nationale. Voir : Office of the Seniors Advocate - British Columbia (2018). Seniors at Home & in Long-Term Care: A 2017/18 Snapshot. (en anglais seulement)
- ⁴⁷ Idem.
- ⁴⁸ Baines, Donna and Pat Armstrong (2018). Promising Practices in Long Term Care: Can Work Organisation Treat Both Residents and Providers with Dignity and Respect? Social Work and Policy Studies: Social Justice, Practice and Theory 1(1): 1-26. (en anglais seulement)
- ⁴⁹ Manitoba Nurses Union (2018). The Future of Long-Term Care is Now: Addressing nursing care needs in Manitoba's Personal Care Homes. (en anglaise seulement)
- ⁵⁰ Institut canadien d'information sur la santé (2006). Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses.
- ⁵¹ Voir, par exemple, Harrington et al (2016). The Need for Higher Minimum Staffing Standards in U.S. Nursing Homes. Health Services Insights 9:13-19. (en anglais seulement)
- ⁵² Manitoba Nurses Union (2018).
- ⁵³ Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Évaluation du projet pilote de 3,5 heures de soins dans les foyers de soins. Rapport sommaire.
- ⁵⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2013). Vivre dans un centre de soins infirmiers : évaluation de la qualité des centres de soins infirmiers au Canada.

-
- ⁵⁵ Ronald, Lisa et al (2016). Observational Evidence of For-Profit Deliver and Inferior Nursing Home care: When is There Enough Evidence for Policy Change? PLOS Medicine 13(4).
- ⁵⁶ Armstrong et al (2015). Before it's too late: A National Plan for Safe Seniors Care. Fédération Canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (en anglais seulement)
- ⁵⁷ Tanuseputro, Peter et al (2015). Hospitalization and Mortality Rates in Long-Term Care Facilities: Does For-Profit Status Matter? Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicines 16(10): 874-883.
- ⁵⁸ Currie, RJ et Carolyn De Coster (2006). Assessing Manitoba's Nursing Homes: Is Good Good Enough? Manitoba Centre for Health Policy. Voir aussi : Manitoba Nurses Union (2018).
- ⁵⁹ Parkland Institute (2013). From Bad to Worse: Residential Elder care in Alberta. (en anglais seulement)
- ⁶⁰ Baines and Armstrong (2018).
- ⁶¹ Hollander and Walker (1998). Rapport du projet d'étude sur l'organisation et la terminologie des soins de longue durée.
- ⁶² Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2017). Rapport annuel. Chapitre 1 : CASC – Centres d'accès aux soins communautaires – Programme de soins à domicile.
- ⁶³ Conseil canadien de la santé (2008). Refaire le fondement : mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada.
- ⁶⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2018). Résultats du Canada - Enquête internationale de 2017 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes âgés.
- ⁶⁵ Institut canadien d'information sur la santé (2017). SISD Profil des clients de services à domicile, 2016–2017.
- ⁶⁶ Institut canadien d'information sur la santé (2014). Note technique. Dépenses en soins à domicile dans la BDDNS. L'ICIS souligne que ce chiffre ne tient peut-être pas compte de tous les coûts liés aux soins à domicile car ils ne sont pas tous déclarés.
- ⁶⁷ Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2017).
- ⁶⁸ Conseil canadien de la santé (2012). Aînés dans le besoin, soignants en détresse. Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés du Canada?
- ⁶⁹ Turcotte, Martin (2014). Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés. Statistique Canada.
- ⁷⁰ Selon l'ICIS, ce chiffre pourrait atteindre jusqu'à 30 % si d'autres sous-groupes de population avaient été inclus dans leur analyse. Institut canadien d'information sur la santé (2017). Aînés en transition: cheminements dans le continuum des soins.
- ⁷¹ Institut canadien d'information sur la santé (2017). SISD Profil des clients des services à domicile, 2016–2017.
- ⁷² Idem.
- ⁷³ Comité d'experts sur les niveaux de soins (2017). L'Épanouissement à domicile. Cadre de niveaux de soins pour améliorer la qualité et l'uniformité des soins à domicile et en milieu communautaire pour la population ontarienne.
- ⁷⁴ Armstrong et al (2015).
- ⁷⁵ Vector Research and Development Inc (2017). Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. Sondage auprès des membres sur la situation dans le secteur des soins de longue durée et celui des soins à domicile.
- ⁷⁶ BC Care Providers Association (2018). Situation Critical: A Made-in-BC Plan to Address the Seniors Care Labour Shortage. (en anglais seulement)
- ⁷⁷ 82 % chez les professionnels de la santé et 78 % chez le grand public. Royal Philips (2017). Future Health Index 2017 : How can global health systems use digital technology to help prepare the future? (en anglais seulement)
- ⁷⁸ Gouvernement du Canada. Accord de financement entre le Canada et la Saskatchewan sur les services de soins à domicile et de soins communautaires et les services en santé mentale et toxicomanie.
- ⁷⁹ Coalition canadienne de la santé et Coalition ontarienne de la santé (2017). Analyse de l'Accord sur la santé. Coûts et conséquences de l'échec des négociations 2016-2017.
- ⁸⁰ Institut canadien d'information sur la santé (2017). Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017.
- ⁸¹ Idem.
- ⁸² Voir, par exemple, White, Julie (2016). Un régime public universel d'assurance-médicaments pour tous. Coalition canadienne de la santé.
- ⁸³ Adapté, partiellement, à partir de Clement et al (2016). Canadian Publicly Funded Prescription Drug Plans, Expenditures and an Overview of Patient Impacts. (en anglais seulement)
- ⁸⁴ Le 20 mars 2018, le gouvernement libéral de l'Ontario a annoncé ses intentions de mettre en œuvre, en août 2019, un régime d'assurance-médicaments pour les aînés, mais il a perdu le pouvoir lors de la récente élection provinciale.
- ⁸⁵ Morrison, Sean (2017). A National Palliative Care Strategy for Canada. Journal of Palliative Medicine. 20(1): 63-75.
- ⁸⁶ Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les autres services d'accompagnement (2011). Avec dignité et compassion : soins destinés aux Canadiens vulnérables.
- ⁸⁷ Voir, par exemple, Alliance for a National Seniors Strategy (2016). An Evidence-informed National Seniors Strategy for Canada. (en anglais seulement)

⁸⁸ Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées (2018). Promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens.

⁸⁹ Idem.

⁹⁰ OCDE (2018). Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018.

⁹¹ Voir, par exemple, le Cadre de soins continus intégrés pour personnes âgées, adapté à partir de Hollander et Prince (2008) dans Conseil canadien de la santé (2012).