



Santé
Canada Health
Canada

Développement des soins à domicile

Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile :

une synthèse pour le Canada

Juin 1999

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé
Santé Canada

*Programmes provinciaux et territoriaux de soins à
domicile : une synthèse pour le Canada*
a été préparé par Mireille Dumont-Lemasson, Carol Donovan
et Maggie Wylie à Santé Canada avec la collaboration
du Groupe de travail sur les soins continus du Comité
consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé

Also available in English under the title
*Provincial and Territorial Home Care Programs:
A Synthesis for Canada*

Ce document est offert sur le site Web
de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
Cat. H21-147/1999F
ISBN 0-662-83816-5

Table des matières

Préambule	4
Contexte	9
Objectifs du projet	9
Limitations	10
Définition des soins à domicile	11
Responsabilité en matière de services de soins à domicile	13
Synthèse des programmes de soins à domicile à partir des huit facteurs descriptifs	14
Section 1.0 : Organisation et gestion	14
Section 2.0 : Législation	16
Section 3.0 : Services et prestataires de soins	16
Section 4.0 : Admissibilité	21
Section 5.0 : Évaluation des besoins et gestion de cas	23
Section 6.0 : Couverture des services et participation aux coûts	25
Section 7.0 : Données sur le financement et l'utilisation	26
7.0.1 : Sources	26
7.0.2 : Données sur le financement	28
7.0.3 : Données sur l'utilisation	30
Section 8.0 : Initiatives actuelles	35
Synthèse pour le Canada	37
Similitudes	37
Différences	39
Conclusion	40
Annexes	
Tableaux d'information descriptive selon la province et le territoire	
Annexe 1.0 : Organisation et gestion	42
Annexe 2.0 : Législation	46
Annexe 3.0 : Services et prestataires de soins	48
Annexe 4.0 : Admissibilité	62
Annexe 5.0 : Évaluation et gestion des cas	69
Annexe 6.0 : Couverture des services et participation aux coûts ...	75
Annexe 7.0 : Données sur le financement et l'utilisation	81
Annexe 8.0 : Initiatives actuelles	95

Préambule

Ce rapport constitue la troisième phase d'un projet conçu en quatre étapes, soit : étape 1) l'élaboration des tableaux et du rapport de synthèse; étape 2) la consultation des représentants des provinces et territoires pour la révision, la vérification des informations et leurs commentaires; étape 3) la communication par des fonctionnaires provinciaux de données sur le financement et l'utilisation des soins de santé; étape 4) la mise au point du document en vue de sa diffusion.

La **première phase**, démarrée en mai 1998, a servi à élargir l'analyse de l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) réalisée pour la Conférence nationale sur les soins à domicile tenue du 8 au 10 mars 1998. Carol Donovan, Mireille Dumont-Lemasson et Maggie Wylie de Santé Canada ont défini le cadre de ces travaux, coordonné la collecte de renseignements et rédigé le rapport de synthèse provisoire, y compris les tableaux.

Des analystes principaux en matière de politiques des bureaux régionaux de Santé Canada ont apporté une contribution en mettant à jour les descriptions des programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile; pour ce faire, ils se sont fondés sur les travaux exécutés par l'Association canadienne de soins et services à domicile et ont consulté au besoin les représentants des provinces et territoires. Maggie Wylie, du cabinet du directeur général régional à Edmonton, avec l'assistance de Jasvinder Chana et David Muddle, a coordonné ce travail. Les descriptions, de même que diverses autres sources de renseignements, ont servi à produire les tableaux de comparaison que l'on trouve en annexe au présent rapport. Les analystes principaux en matière de politiques qui ont participé au processus sont Mary Fulton, Patricia-Anne Côté, Charlotte Johnson, Patrick Munoz, Aruna Sehgal, Denise Côté, Geneviève Félix, Judith Wood Bayne et Sandra Parkins.

La **seconde phase** a débuté par la présentation du document de travail aux membres du Groupe de travail sur les soins continus du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé à leur réunion du 30 octobre 1998 où l'on a sollicité leurs commentaires. Les douze provinces et territoires ont collaboré au processus et ont proposé un ensemble de corrections et de clarifications. Les représentants des provinces qui avaient participé à l'élaboration du document de l'ACSSD intitulé *Portrait du Canada : Aperçu des programmes publics de soins à domicile* (mars 1998) ont également fait des commentaires. Le document de travail a été révisé en fonction de tous ces commentaires. La deuxième version a été soumise au groupe de travail au mois de décembre 1998. Encore une fois, les douze provinces et territoires ont fait des commentaires.

La **troisième phase** a permis de répondre aux membres du Groupe de travail sur les soins continus du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé qui ont demandé que l'on intègre des données provinciales/territoriales sur les dépenses et l'utilisation en

complément des autres sources de données de la section 7.0. Un tableau à remplir à cette fin a été distribué aux représentants provinciaux et territoriaux le 28 janvier 1999. La troisième version du document contenait les révisions apportées à la deuxième version ainsi que les données plus complètes sur le financement et l'utilisation à la section 7.0 du document et à l'annexe 7.0. Elle a été soumise aux membres du Groupe de travail le 15 avril 1999. La **quatrième phase** était réservée à une dernière ronde de révisions, de même qu'à la traduction française, à la production et la distribution du document.

Les membres du Groupe de travail et les autres intervenants qui ont étudié le document et fait des observations sur les versions sont énumérés ci-dessous. Merci à tous ceux qui ont apporté leur concours. Ce processus d'examen et de révision a permis une discussion constructive sur les caractéristiques et les objectifs communs des programmes de soins à domicile dans tout le pays.

Les observations et questions peuvent être communiquées à Carol Donovan au (613) 941-9966 (courriel : Carol_Donovan@hc-sc.gc.ca). Le numéro de télécopieur est le suivant : (613) 957-3233.

**Participants du Groupe de travail sur les soins continus du Comité
consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé et
autres lecteurs du document de travail**

**Groupe de travail sur les soins continus du Comité
consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé**

Terre-Neuve

Eleanor Gardner, directrice provinciale, Soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Services communautaires

Ann Crowley, consultante en soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Services communautaires

Île-du-Prince-Édouard

Betty McNab, coordonnatrice des soins à domicile et de longue durée
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Nouvelle-Écosse

Dean Hirtle, directeur, Soins de longue durée
Ministère de la Santé

Eleanor MacDougall, directrice provinciale par intérim
Soins à domicile Nouvelle-Écosse

Nouveau-Brunswick

André Lépine, coordonnateur des services de longue durée
Direction des services familiaux et communautaires
Ministère de la Santé et des Services communautaires

Québec

Jeannine Auger, chef de service
Santé physique et mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Réjean Hébert, directeur
Centre de recherche
Sherbrooke, Québec

Ontario

Patrick Laverty, directeur, Direction générale des normes des programmes
Ministère de la Santé

Manitoba

Linda Bakken, directrice, Planification des immobilisations
Ministère de la Santé du Manitoba

Marion Pringle, directrice, Soins de longue durée
Ministère de la Santé du Manitoba

Saskatchewan

Jim Simmons, directeur général
Direction générale des soins communautaires
Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Alberta

Vivien Lai, conseillère principale en matière de politiques
Ministère de la Santé de l'Alberta

Colombie-Britannique

Sally Hamilton, consultante en soins de longue durée
Ministère de la Santé

Territoires du Nord-Ouest

Mary Jane Stewart, consultante en soins à domicile
Planification, soutien et évaluation des programmes
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Yukon

Cathy Morton-Bielz, gestionnaire par intérim, Soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Santé Canada

Barbara Ouellet (présidente)
Directrice, Groupe de la qualité des soins

Myra Conway
Directrice de la politique
Développement des soins à domicile

Pauline Chartrand
Conseillère principale en matière de politiques
Développement des soins à domicile

Lucy Wynn, consultante principale
Division des systèmes de santé

Autres lecteurs

Lesley Larsen, Association canadienne de soins et services à domicile
Sandra Tingley, ministère de la Santé et des Services communautaires, Nouveau-Brunswick
Hervé Anctil, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec
Jacinthe Normand, Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Jean McCartney, ministère de la Santé, Ontario
Frank Teal, ministère de la Santé, Ontario
Calvin Hawley, ministère de la Santé, Manitoba
Roger Carrière, ministère de la Santé, Saskatchewan
Barbara Garding, ministère de la Santé, Alberta
Madeleine Pichoir, ministère de la Santé et des Services sociaux, Yukon
Judith Wood-Bayne, Santé Canada

Julie Erwin, Développement des soins à domicile, Santé Canada
Sue Morrison, Développement des soins à domicile, Santé Canada
Heather Davis, Développement des soins à domicile, Santé Canada
Margaret MacAdam, Santé Canada et Baycrest Centre for Geriatric Care
Betty Havens, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba
Marcus Hollander, Hollander Analytical Services Ltd., Victoria, Colombie-Britannique
Evelyn Shapiro, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba

Contexte

Santé Canada et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse ont organisé de concert la Conférence nationale sur les soins à domicile qui a eu lieu à Halifax du 8 au 10 mars 1998. Cette conférence a donné lieu à de nombreux débats entre les participants des nombreux secteurs représentés sur les actions nécessaires pour faire progresser le secteur des soins à domicile comme composante des systèmes de santé au Canada.

À titre de document de référence pour les participants à cet événement, l'Association canadienne des soins et services à domicile a préparé un *Portrait du Canada : Aperçu des programmes publics de soins à domicile*. Ce résumé de tous les programmes provinciaux et territoriaux a permis aux personnes intéressées aux soins à domicile de se familiariser avec les diverses approches adoptées par les gouvernements.

Ce projet élargit la perspective de cet *Aperçu* en établissant des comparaisons sur différents facteurs caractérisant les différents programmes provinciaux et territoriaux de services à domicile. L'intention poursuivie est d'en identifier les points de convergence et les différences tant dans les approches que dans les principes. De cet exercice comparatif apparaît une image plus claire de ce qui se passe dans tout le pays, notamment des initiatives constructives. Les approches ou modèles spécifiques de prestation de services sont examinés dans le cadre des diverses pratiques ayant cours au pays.

Le présent document décrit les programmes de soins à domicile selon une perspective nationale. Nous ne cherchons pas à définir un programme national unique. Nous voulons plutôt fournir une information à jour et pertinente dans les limites propres à ce projet et établir des comparaisons sur les points communs, les différences provinciales et territoriales de même que refléter leurs spécificités. Nous souhaitons que le lecteur puisse y trouver des idées utiles pour bonifier ses propres programmes tout en respectant sa propre diversité d'approche, les besoins particuliers de la clientèle et ceux des intervenants.

Objectifs du projet

Le projet vise trois objectifs précis, dont il est question dans le présent document et dans les annexes 1.0 à 8.0. Les objectifs sont les suivants :

1. mettre à jour les descriptions des programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile et fournir des renseignements plus détaillés sur ces programmes;
2. comparer les programmes provinciaux et territoriaux sur huit facteurs descriptifs;

3. donner une vue d'ensemble du secteur des soins à domicile au Canada en présentant le degré de similarité et de différences dans les approches et les initiatives des provinces et territoires.

L'information sur les programmes de soins à domicile de chaque province et territoire a été mise à jour. Cette information a ensuite été intégrée dans un cadre d'analyse comprenant huit facteurs qui ont servi de base à la comparaison descriptive des programmes provinciaux et territoriaux. Ces facteurs sont les suivants : organisation et gestion, législation, programmes et services, admissibilité, évaluation et gestion de cas, couverture, données sur le financement et l'utilisation, initiatives actuelles.

Les tableaux de sommaires descriptifs pour chaque province et territoire sur les huit facteurs, soit les annexes 1.0 à 8.0 du présent rapport, constituent le fruit de ce travail. On a puisé de l'information dans diverses sources pour mettre à jour et compléter l'information fournie par les représentants provinciaux et territoriaux qui ont rédigé en mars 1998 *Portrait du Canada : Aperçu des programmes publics de soins à domicile*. Des représentants provinciaux et territoriaux ont participé à la production du présent document en commentant et clarifiant son contenu au besoin. Une synthèse pour le Canada se dessine au fil de la présentation des huit facteurs et des descriptions d'innovations dans les provinces et les territoires illustrent la situation au Canada par rapport à chaque facteur.

Chaque programme provincial et territorial de soins à domicile est unique. Bien que l'on dispose de données publiques sur chacun de ces programmes, il est difficile d'agrèger les données, car il n'existe pas de norme nationale sur la terminologie utilisée et la collecte de données statistiques dans ce secteur. Les observations générales s'appliquent rarement à tous les programmes. Nous nous sommes cependant efforcées de vérifier l'exactitude de l'information fournie dans le présent document. Pour plus de renseignements sur des programmes ou des pratiques, veuillez communiquer avec le ministère de l'administration concernée.

Limitations

La description et la discussion des programmes canadiens de soins à domicile présentées ici sont limitées aux programmes financés par les administrations provinciales et territoriales. Cet aperçu ne couvre pas les soins à domicile et les services supplémentaires offerts dans le secteur privé. D'autres travaux seront nécessaires pour connaître la combinaison publique-privée des soins à domicile et des services communautaires disponibles. Veuillez prendre note que le gouvernement du Nunavut n'était pas encore établi au moment de la préparation du présent document.

Le présent document met l'accent sur les catégories de services disponibles et ne fournit pas un portrait complet de la « quantité » des services inclus dans les programmes de soins à domicile ni des contrôles exercés sur cette variable.

Comme les termes employés et les catégories de services auxquelles ils renvoient diffèrent d'une administration à l'autre, il est parfois difficile d'établir des comparaisons. Nous nous sommes efforcées d'employer des termes qui facilitent la discussion de services comparables d'une administration à l'autre. De plus, il y a des contraintes liées à la disponibilité des données et certains chiffres sont des estimations.

Définition des soins à domicile

Au Canada, les soins à domicile sont généralement définis comme :

« une gamme de services qui permettent aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée. »

« La structure organisationnelle des soins à domicile peut varier considérablement; les modes de financement et de participation financière des clients peuvent aussi être très différents. Certains visent à répondre à des besoins spécifiquement associés à une maladie (le traitement du diabète, par exemple) et (ou) tentent de compenser les effets de déficits fonctionnels dans les activités quotidiennes (par exemple, en aidant au bain, au ménage, à la préparation des repas). Les soins à domicile constituent un programme de santé dans lequel on accorde à cette dernière un sens large; pour être efficace, ce programme doit fournir des services qui, dans d'autres contextes, seraient définis comme des services sociaux ou des services d'éducation (par exemple, entretien ménager, visites de bénévoles). »

« Les soins à domicile sont une bonne solution pour les personnes qui souffrent d'incapacités ou de problèmes de santé mineurs, et pour les victimes d'une maladie grave, qui ont besoin de services intensifs et de matériel spécialisé. Tous, quel que soit leur âge, peuvent avoir besoin de soins à domicile; cependant, comme dans les autres secteurs du système de santé, l'utilisation a tendance à augmenter avec l'âge. »¹

¹ Santé Canada. *Les soins à domicile* (préparé par le groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile, qui relève du Sous-comité fédéral-provincial-territorial sur les soins de longue durée), 1990.

De façon générale, les programmes de soins à domicile visent les objectifs suivants :

- fournir une solution de rechange aux services offerts par les hôpitaux et les établissements d'hébergement de longue durée;
- offrir le support qui permet aux clients de conserver leur autonomie dans leur environnement actuel plutôt que de les transférer dans un endroit inconnu et plus dispendieux;
- offrir des services préventifs, qui passent par un investissement dans le service à la clientèle et la surveillance nécessitant des dépenses additionnelles à court terme, mais qui entraînent une diminution des coûts à long terme².

Toutes les provinces et tous les territoires ont établi leur propre définition des soins à domicile. Compte tenu de la portée et de l'orientation variées (approches cliniques et profil des clients) des services offerts dans le cadre des divers programmes, il se peut que les personnes qui décrivent les programmes de soins à domicile offerts dans leur province fassent référence à des ensembles différents de services et de clients. Par exemple, les programmes de services à domicile caractérisés par une orientation vers les soins actifs à domicile utilisent des définitions différentes de ceux qui incorporent une gamme de services plus étendue (soins post-actifs, soins de longue durée et services de soutien à domicile incluant les soins personnels et l'aide domestique) en un seul programme, comme c'est le cas en Saskatchewan, au Manitoba, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Au Nouveau-Brunswick, deux programmes fournissent la majorité des services à domicile. Le programme extramural met l'accent sur les soins de court et long terme avec une dominante sanitaire. Le programme distinct de soins à long terme met l'accent sur les services d'aide et d'assistance à domicile et les services d'hébergement de longue durée.

Il importe de comprendre la spécificité de chaque programme de soins à domicile offert par les provinces et territoires et sa portée si nous voulons parler le même langage lors des discussions sur l'évolution dans ce champ d'activités.

Il convient enfin de mentionner l'orientation combinant sur les services de santé et les services sociaux qui a caractérisé les soins à domicile depuis le tout début. Depuis quelques années, les soins post-actifs et les services remplaçant l'hospitalisation semblent avoir pris plus d'importance par rapport aux services de soutien à domicile et de prévention. Compte tenu des réformes en cours dans le secteur hospitalier, comme les fusions, les séjours plus courts à l'hôpital et les chirurgies d'un jour, le besoin de soins actifs plus lourds à domicile et dans la communauté a

² *Portrait du Canada : Aperçu des programmes publics de soins à domicile* (préparé par l'Association canadienne de soins et services à domicile en collaboration avec l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec), février 1998, p. 1.

augmenté. En général, les provinces et les territoires considèrent encore que les soins actifs à domicile ne sont qu'une composante du programme de services à domicile. Des clients variés ayant des besoins variés, y compris des consommateurs de soins à domicile de longue durée comme les personnes âgées fragiles, ont encore accès aux soins de santé, aux soins personnels, aux services d'aide domestique et à d'autres services de soutien social offerts en milieu familial (mais qui peuvent être offerts dans un autre contexte), pour répondre à leurs besoins et à ceux de leur famille et des aidants bénévoles.

Responsabilité en matière de services de soins à domicile

Au Canada, la prestation des services à domicile relève des provinces et territoires. On trouve des programmes publics de soins à domicile dans chaque province et chaque territoire. Étant donné que chaque programme a été élaboré pour répondre aux besoins de collectivités distinctes, la prestation de services varie d'une région à l'autre.

Cette diversité de programmes constitue à la fois une force et un obstacle pour l'évolution dans ce secteur. Alors que chaque programme ajuste ses interventions pour répondre à des besoins précis à l'échelle locale, l'absence de terminologie commune et de normes communes relatives à la prestation de services et à la collecte d'information dans les provinces et les territoires a limité la capacité de chaque province ou territoire de tirer parti d'initiatives collectives débordant son propre territoire. Au nombre des avantages potentiels de projets inter-provinciaux et territoriaux, mentionnons des activités de recherche plus efficaces, l'examen de la rentabilité des interventions et l'amélioration des systèmes d'information pour favoriser des politiques plus efficaces et une gestion plus efficiente.

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, les soins à domicile sont un « service complémentaire de santé ». Toutefois, les services de soins à domicile ne sont pas visés par un régime public d'assurance comme c'est le cas pour les services hospitaliers ou médicaux. Les provinces peuvent choisir d'offrir et de financer ou non des services de soins à domicile.

Comme les soins à domicile sont mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*, qui établit les conditions du financement des programmes de santé par le gouvernement fédéral, ce dernier verse une aide financière destinée aux soins à domicile par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

De 1977 à 1996, en vertu des anciens accords sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral transférait des fonds aux provinces pour couvrir les services complémentaires de santé, dont les soins à domicile. Par contre, depuis quelques années, le gouvernement fédéral a mis l'accent sur l'aide directe aux clients des services de soins à domicile

par le truchement de crédits et de déductions d'impôt (p. ex., crédits d'impôt pour personne handicapée ou personne handicapée à charge, pour les frais médicaux et pour les aidants naturels).

Dans le budget fédéral de février 1999, on prévoit l'augmentation du TCSPS aux provinces et territoires pour la santé. D'autres fonds sont destinés à la recherche en santé, aux systèmes d'information sur la santé, aux services de santé destinés aux Premières nations, à la santé rurale et communautaire, à des initiatives de prévention et à d'autres initiatives dans le domaine de la santé dont un grand nombre pourrait consolider les forces du système d'assurance-santé et contribuer à l'intégration des services de soins communautaires et à domicile dans le système de santé.

Les soins à domicile sont une priorité de recherche à financer par l'intermédiaire de l'actuel Fonds pour l'adaptation des services de santé de trois ans à Santé Canada. Des projets de recherche provinciaux et nationaux et d'autres initiatives se rapportant aux soins à domicile sont déjà en cours pour nous aider à mieux comprendre le rôle que joue ce secteur important du système de santé pour maintenir la santé des Canadiens et Canadiennes. Les résultats devraient être diffusés plus tard en 1999 et au cours des deux années suivantes. On pourra ainsi s'appuyer sur des preuves nécessaires pour prendre des décisions concernant les soins à domicile et communautaires, de même que le système de santé dans son ensemble.

Le gouvernement fédéral participe aussi en permanence à la prestation de services à domicile par le truchement de programmes directs destinés à des groupes particuliers. Anciens combattants Canada offre des services de soins à domicile aux personnes qui ont servi en temps de guerre ou encore en service commandé lorsque aucun programme provincial ou territorial ne peut répondre aux besoins de ces personnes. Un programme limité de soins à domicile est offert conjointement par le ministère des Affaires indiennes et du Nord et Santé Canada qui assument conjointement la responsabilité des soins à domicile dans les réserves des Premières nations.

Synthèse des programmes de soins à domicile à partir des huit facteurs descriptifs

La présente section contient une analyse interprovinciale de chacun des huit facteurs descriptifs. L'analyse, qui est fondée sur l'information contenue dans les annexes 1.0 à 8.0, illustre les similitudes et les différences entre les provinces et territoires.

Section 1.0 : Organisation et gestion

Les ministères de la Santé ou des Services sociaux ou communautaires de chaque province et territoire fixent les budgets et les niveaux de financement des soins à domicile. Au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, un seul ministère

incluant la santé et les services sociaux est responsable des services à domicile. À Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick, un ministère de la Santé et des Services communautaires s'en charge. Dans les six autres provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse), le programme relève des ministères de la Santé.

La plupart des provinces ont délégué la responsabilité de l'affectation des fonds et de la prestation des services aux autorités sanitaires régionales ou locales. De façon générale, les ministères provinciaux et territoriaux demeurent responsables de l'établissement de lignes directrices et des normes de base en matière de prestation de services, ainsi que de la définition des exigences relatives à la reddition de comptes et à l'atteinte de résultats.

Depuis quelques années, les provinces affectent les fonds réservés au secteur de la santé en fonction des besoins de la population. Ainsi, les responsables établissent les niveaux de financement de cette façon plutôt qu'en se basant sur l'utilisation antérieure des services. On remarque également une nouvelle tendance, c'est-à-dire que les provinces ou les autorités de santé régionales protègent les budgets des programmes de santé communautaire et exigent que les économies réalisées par la réduction du financement dans les secteurs hospitalier et d'hébergement soient réinvesties dans les programmes communautaires.

Six provinces, à savoir la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve, de même que les Territoires du Nord-Ouest, ont depuis les sept dernières années transféré la responsabilité de la prestation des services de soins à domicile aux autorités sanitaires locales ou régionales. Il existe au pays 149 autorités ou conseils de santé régionaux ou de district et organismes sans but lucratif. En outre, en Ontario, les services de soins à domicile sont offerts par l'intermédiaire de 43 centres d'accès aux soins communautaires (CASC), et au Québec, par les 146 centres locaux de services communautaires (CLSC).

Au Nouveau-Brunswick, deux programmes du ministère de la Santé et des Services communautaires travaillent de concert pour administrer les soins à domicile. Le programme extramural (PEM) et l'administration de ses unités régionales de prestation des services sont intégrés aux huit corporations hospitalières régionales. La gestion du PEM et de ses unités régionales de prestation de services relève de la Division des services institutionnels du ministère. Le programme de soins de longue durée (soins à domicile et soins de longue durée en établissement) est administré par la Division des services familiaux et communautaires.

Le programme actuel de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse est administré par le ministère de la Santé de la province, par l'intermédiaire des bureaux établis dans quatre régions. La responsabilité relative à la prestation des soins à domicile n'a pas encore été déléguée au palier régional.

Au Yukon, c'est la direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux qui est responsable du programme de soins à domicile.

Section 2.0 : Législation

Six provinces ont adopté des mesures législatives qui régissent la prestation des soins à domicile (il s'agit de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse). La Colombie-Britannique a adopté la loi sur les services de longue durée (*Continuing Care Act*) qui touche spécifiquement les services à domicile et les soins en établissement; d'autres lois concernent les soins en établissement. En Alberta, le règlement 232 de 1991 qui fait partie de la Loi de santé publique (*Public Health Act*) donne le statut légal du programme de services à domicile dans cette province. La Saskatchewan, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont chacun deux lois relatives aux soins à domicile (voir les titres des lois à l'annexe 2).

Le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont établi leurs programmes de soins à domicile par voie de décret. Le Québec, le Yukon, Terre-Neuve et les Territoires du Nord-Ouest ont établi des lignes directrices ou des politiques sur la prestation des soins à domicile, mais n'ont adopté aucune loi ou décret à cet égard.

Section 3.0 : Services et prestataires de soins

Toutes les provinces offrent des services de soins actifs et de longue durée. Les soins palliatifs peuvent être offerts dans le cadre d'un programme de soins actifs à domicile ou faire l'objet d'un programme distinct. Trois provinces (la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Ontario) ont créé des programmes distincts dans le domaine de la pédiatrie. Les programmes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique prévoient la prestation de certains soins en milieu scolaire. Dans les autres provinces, les services pédiatriques sont offerts dans le cadre des programmes existants.

Toutes les provinces offrent des services de base similaires : évaluation globale des clients; coordination des interventions; gestion des cas; services de soins infirmiers; soutien à domicile, y compris soins personnels, services d'aide domestique, services de repas à domicile et services de répit. D'autres services, comme les services de réadaptation (p. ex., ergothérapie, physiothérapie), l'oxygénothérapie et d'autres services aux insuffisants respiratoires, et les soins infirmiers spécialisés sont en développement dans certaines provinces. Sept provinces ont passé des contrats pour l'administration des services d'oxygénothérapie : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse. Certains programmes de soins à domicile offrent des services de travail social, de nutrition et d'orthophonie. Certains programmes mettent plus que d'autres l'accent sur une approche

multidisciplinaire lors de la prise en charge. Les modèles de prestation de services sont en voie d'examen ou de modification dans quelques provinces (c'est le cas en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec).

Quatre modèles semblent décrire les programmes de soins à domicile dans les provinces et les territoires :

- (1) Les fonctions de guichet unique d'accès (c.-à-d. l'évaluation, la gestion des cas et la planification de la sortie du programme) sont exécutées par des employés d'organismes publics ou d'organismes communautaires subventionnés par l'État tandis que les services professionnels (p. ex., les soins infirmiers et l'ergothérapie) de même que les services de soutien à domicile sont confiés en sous-traitance (p. ex. en Ontario). [L'Ontario évolue du modèle 2 vers ce modèle.]
- (2) Les fonctions de guichet unique d'accès et quelques services professionnels (p. ex., les soins infirmiers, l'ergothérapie et la physiothérapie) sont exécutés par des employés d'organismes publics, mais certains services de soins infirmiers et les services de soutien à domicile sont sous-traités, soit dans toute la province soit dans quelques régions (p. ex. en Nouvelle-Écosse; la plupart des services thérapeutiques sont sous-traités au Manitoba et, à Winnipeg, c'est le cas de la plupart des services infirmiers et d'une faible proportion des services de soutien à domicile).
- (3) Les fonctions de guichet unique d'accès et tous les services professionnels sont exécutés par des employés d'organismes publics (p. ex., au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve, en Colombie-Britannique, en Alberta). Les services de soutien à domicile sont sous-traités par un organisme ou le client dans la plupart des cas.
- (4) Les fonctions de guichet unique d'accès, les services professionnels et les services de soutien à domicile sont essentiellement exécutés par des employés d'organismes publics (p. ex., en Saskatchewan, au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest).

La plupart des provinces sous-traitent les services de soutien à domicile, sauf celles qui appliquent le modèle 4 ci-dessus. À l'heure actuelle, le Québec fait appel à la sous-traitance dans la région de Montréal pour la prestation des services d'aide, d'assistance et de répit et cette tendance devrait s'étendre aux services d'aide domestique avec l'arrivée des « corporations d'économie sociale » et l'évolution des soins autogérés. En Colombie-Britannique, on encourage les organismes de soutien à domicile et les autorités sanitaires locales à se fusionner.

La sous-traitance des services de soins infirmiers à un organisme à but lucratif ou non lucratif est également pratique courante dans quelques provinces. La pratique est plus fréquente

en Ontario où l'entrepreneur doit toutefois rendre compte de ses activités à une autorité publique (p. ex., les *Community Care Access Centres*). En Alberta, les infirmières en charge de l'évaluation des clients et celles qui assument les soins directs aux clients sont majoritairement employées par les autorités sanitaires régionales sauf quelques exceptions où il existe des services dispensés en sous-traitance. On trouve quelques exceptions où l'autorité régionale sous-traite la prestation de soins infirmiers (mais non les services d'évaluation). Les exceptions ne sont pas assez nombreuses pour justifier le classement de l'Alberta dans le modèle 2. Les effets à long terme de ces divers modèles de sous-traitance sur la qualité, le coût et l'efficacité des services n'ont pas encore été évalués.

La plupart des provinces ont mis en place des programmes de soins autogérés qui allouent des fonds à des personnes handicapées pour qu'elles puissent elles-mêmes prendre en charge et régler les soins dont elles ont besoin. Font exception la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse (projet pilote avec plan visant son élargissement) et le Yukon. C'est au Québec que cette option est la plus utilisée pour la prestation de services (plus de 6000); suivent l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, les Territoires du Nord-Ouest et Terre-Neuve.

En Ontario, le Centre pour une vie indépendante (*Centre for Independent Living*) de Toronto reçoit le financement pour gérer l'exécution du programme d'autogestion par un organisme bénévole au service des personnes handicapées. Ce dernier détermine les clients admissibles, évalue les besoins du client et aide ce dernier à gérer les soins qu'il reçoit. Le programme ne fait pas partie du programme régulier de services à domicile comme tel.

Au Nouveau-Brunswick, la nature et le montant des services autorisés sont déterminés par une évaluation standard. Quelques clients reçoivent une aide financière de la province pour acheter directement des services auprès de particuliers ou d'organismes. Dans d'autres cas, le ministère de la Santé et des Services communautaires s'adresse à divers organismes au nom du client.

En Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest, ce sont habituellement des infirmières autorisées qui assurent la gestion de cas même si d'autres professionnels (p. ex., des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes) se chargent parfois de le faire. En Colombie-Britannique, la plupart des gestionnaires de cas sont des infirmières possédant un baccalauréat en soins infirmiers. Dans les autres provinces et les territoires, on considère que plusieurs professionnels de la santé peuvent assumer le rôle de gestionnaire de cas, et ce rôle n'est pas limité aux infirmières.

Les soins infirmiers sont assurés par le personnel infirmier dont le niveau de formation professionnelle varie. En Saskatchewan, les soins infirmiers sont de la responsabilité d'infirmières généralistes ou spécialisées en psychiatrie et des infirmières auxiliaires. Les infirmières peuvent avoir un diplôme collégial ou universitaire, tandis que les infirmières auxiliaires ont en général

fait des études collégiales plus limitées. Le profil scolaire des infirmières auxiliaires peut varier d'une province à l'autre, mais lorsqu'il est mentionné, il s'agit habituellement d'une année de formation dans un collège communautaire. Dans toutes les provinces, les services de soins infirmiers sont offerts par des infirmières. Dans plusieurs provinces (p. ex., en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et en Nouvelle-Écosse), les infirmières auxiliaires participent aussi à la prestation de soins infirmiers.

Dans la plupart des provinces, on transfère la responsabilité de la prestation des soins personnels du secteur des soins infirmiers à des travailleurs et travailleuses dont l'appellation d'emploi varie, par exemple les préposés au maintien à domicile, aides au maintien à domicile, aides sanitaires, préposés aux soins personnels, auxiliaires familiales et sociales et préposés au soutien à domicile. Bien que l'on utilise diverses désignations pour les employés qui assurent les soins personnels selon la province, les infirmières auxiliaires font partie du personnel qui dispense des soins personnels dans quatre provinces (en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et en Nouvelle-Écosse). Par exemple, en Saskatchewan, les dispensateurs de soins à domicile de toutes les catégories, infirmières auxiliaires comprises, sont autorisés à fournir des soins personnels, mais ce sont habituellement des préposés aux soins à domicile qui s'en chargent.

En Colombie-Britannique, les infirmières auxiliaires sont principalement engagées dans des centres d'hébergement. Elles reçoivent un traitement inférieur aux tarifs habituels de leur profession quand elles travaillent comme membres du personnel d'exécution d'un organisme de soutien à domicile. Dans un tel cas, elles n'ont pas le titre d'infirmières auxiliaires. Elles peuvent cependant être engagées comme chef d'équipe ou superviseur dans les organismes d'aide à domicile et être rémunérées aux tarifs d'infirmière auxiliaire.

La formation du personnel est un enjeu important des soins à domicile. Les provinces suivantes offrent des programmes de formation aux préposés aux soins personnels (selon la province, plusieurs autres titres d'emploi sont utilisés : préposé au maintien à domicile, préposé aux soins à domicile, aide familiale et préposé au soutien à domicile) : la Colombie-Britannique, 22 semaines dans un collège communautaire; la Saskatchewan, un programme pré-embauche et deux ans de formation en milieu de travail pour les *Home Care Aides*; le Manitoba, un certificat de préposé aux soins à domicile d'un collège communautaire ou d'une école professionnelle agréé; l'Ontario, une formation de préposé au soutien à domicile offerte par les collèges communautaires et les écoles professionnelles privées; le Québec, 960 heures de formation dans un établissement d'enseignement collégial; le Nouveau-Brunswick, un programme pour les préposés aux soins à domicile au Collège communautaire du N.-B. ou un programme agréé similaire; la Nouvelle-Écosse, qui élabore actuellement un programme. Comme peu de programmes sont assortis d'exigences relatives à la formation obligatoire des préposés aux soins personnels, bon nombre de ces travailleurs n'ont aucune formation officielle dans le domaine de la santé ou des soins à domicile.

Dans de nombreuses provinces et dans les territoires, les services de soutien à domicile et les soins personnels sont fournis par les mêmes travailleurs (c'est le cas en Saskatchewan, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest). En Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario, c'est également le cas pour les services destinés aux personnes handicapées. Par exemple, en Ontario, les préposés aux soins auxiliaires fournissent aussi des services d'aide ménagère et des soins personnels. En général, les exigences relatives à la formation sont moins sévères pour les auxiliaires familiales que pour les préposés aux soins personnels. Lorsque les services de soutien à domicile et les soins personnels sont fournis par la même personne, on accorde habituellement la priorité aux soins personnels des patients au détriment des services d'entretien ménager de base.

Les préposés aux soins à domicile qui sont employés par des organismes publics sont généralement syndiqués. La situation varie considérablement lorsque l'employeur est un organisme sans but lucratif ou une entreprise à but lucratif. La syndicalisation semble prendre de l'ampleur au sein de ces deux catégories d'employeurs (p. ex., en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique).

Parmi les dispensateurs de soins à domicile, les travailleurs non réglementés (c.-à-d. les préposés au soutien à domicile, les préposés aux soins personnels et les aides familiales) sont le moins bien payés et le moins formés. En Ontario, le gouvernement a décrété un seuil salarial minimum pour les préposés au soutien à domicile dont les CASC achètent les services. En Colombie-Britannique, la loi sur les normes d'emploi (*Employment Standards Act*) et des conventions collectives réglementent le nombre d'heures de travail pour ces travailleurs. En Saskatchewan, la convention collective précise le taux horaire des employés qui suivent la formation en cours d'emploi de deux ans (le « taux de formation ») et de ceux qui l'ont déjà acquise avant l'embauche. Les programmes de formation développent les compétences requises pour assurer les soins personnels, la communication, la préparation de repas, les besoins spéciaux et les autres compétences relatives au soutien à domicile.

De façon générale, les travailleurs du milieu hospitalier ou des établissements de soins de longue durée sont mieux payés que les travailleurs du secteur des soins de santé communautaire. Historiquement, cela est dû en partie à la longue pratique du financement public et de l'octroi de subventions pour les soins en établissement au Canada. Les travailleurs des services à domicile et communautaires n'ont traditionnellement pas bénéficié au même point d'un financement public.

L'évolution récente de la prestation des services hospitaliers (p. ex., hospitalisation plus courte et augmentation du nombre de chirurgies d'un jour) et le transfert vers des services à domicile et des soins communautaires ont eu des répercussions sur la main-d'oeuvre. Par exemple, l'obligation pour un plus grand nombre d'infirmières de travailler dans le domaine des soins communautaires semble avoir une incidence négative sur leur rémunération et leurs avantages sociaux. Si la situation des infirmières qui continuent de travailler pour le même

employeur n'est pas touchée, comme un plus grand nombre d'infirmières travaillent dans la collectivité et sont embauchées par des entreprises à but lucratif plutôt que par le gouvernement ou les hôpitaux (comme c'est le cas en Nouvelle-Écosse et en Ontario), les salaires et avantages sociaux sont à la baisse.

Les travailleurs cherchent donc à aller là où les salaires sont plus élevés. Il devient alors difficile de les garder dans les services à domicile et les soins communautaires (et parfois dans la même province si des établissements de la province voisine ont besoin de personnel). Au Québec, ce problème est résolu en partie grâce à la politique officielle qui fait en sorte que tous les travailleurs qui exercent les mêmes fonctions sont soumis aux mêmes règles de rémunération et d'avantages sociaux peu importe leur milieu de travail (hôpital, établissement de soins de longue durée ou domicile des clients).

Section 4.0 : Admissibilité

Les provinces et territoires ont en commun un certain nombre de critères de base qui régissent l'admission dans le programme de soins à domicile, soit :

- la preuve de résidence dans la province (ou au Canada);
- une évaluation des besoins est faite avant toute prestation de services;
- les services doivent répondre à des besoins non satisfaits (p. ex., pas ou peu d'aide disponible auprès de membres de la famille et d'amis);
- le domicile est adéquat pour la prestation de services;
- le consentement du client ou de son représentant légal.

Comme preuve de résidence, on se base sur des documents sur lesquels figure l'adresse de la personne et sur la possession d'une carte d'assurance-santé valide dans la province de résidence. Les conditions d'admissibilité sont moins simples pour les résidents de la même province qui changent de domicile et de région, pour les personnes dirigées vers une autre province pour recevoir des soins et pour les personnes qui viennent d'emménager dans la province et doivent obtenir des soins à domicile immédiatement (c.-à-d. qui ne peuvent attendre trois mois avant de se procurer leur nouvelle carte d'assurance-santé). Les provinces fournissent habituellement les services à ces personnes et en assument les coûts. L'admission au programme pour les non résidents est généralement gérée au cas par cas selon des critères qui varient selon la province d'accueil et rien n'oblige cette dernière à fournir des services. La Colombie-Britannique a établi un délai de résidence de douze mois dans le cas des clients qui requièrent un niveau intermédiaire de soins (*intermediate care*) et de trois mois pour les clients qui ont un profil d'hébergement lourd (*extended care*).

Dans la plupart des provinces, n'importe qui peut diriger un client vers le programme provincial ou territorial de soins à domicile afin que l'on évalue son admissibilité. Au Nouveau-

Brunswick, le programme extramural limite l'admissibilité aux soins à domicile aux personnes ayant un numéro d'assurance-santé de la province, une recommandation d'un médecin (sauf pour les services de réadaptation), un besoin démontré par l'évaluation et une maladie nécessitant des soins à domicile. Pour ce qui concerne les services de soutien à domicile et les soins en établissement de longue durée, les clients et d'autres intervenants peuvent demander des services sans la recommandation d'un médecin.

Les provinces et les territoires n'appliquent aucun test de revenu pour les soins infirmiers professionnels inclus dans le programme de soins à domicile et ne réclament aucuns frais pour ces services. Cela vaut aussi pour les services d'autres professionnels de la santé comme les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Les services médicaux sont couverts par les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé.

Sept provinces tiennent compte des revenus pour déterminer l'admissibilité aux **services de soutien à domicile**. Bien que l'admission au programme soit en premier fondée sur la pertinence clinique, ces provinces évaluent systématiquement les revenus des clients pour préciser la contribution financière (frais à acquitter) qui leur sera demandée pour les services de soutien à domicile. C'est le cas de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve. Le Québec et le Manitoba ne tiennent pas compte des revenus des clients et ne réclament aucuns frais. Le Québec a pour politique d'accorder la priorité aux personnes à faible revenu ou à celles qui n'ont aucune autre possibilité. Au Manitoba, la priorité va aux personnes qui n'ont pas d'autre possibilité d'obtenir des soins. L'Ontario, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest sont les trois autres administrations qui n'appliquent pas un test officiel de revenu dans l'évaluation des besoins d'aide à domicile des clients.

Un plafond financier sur l'ensemble des coûts que représente le volume mensuel de services d'aide et d'assistance pour un même client peut s'appliquer. Ces coûts sont habituellement fondés sur le coût comparable des soins que l'on prodiguerait à la personne dans un centre d'hébergement de soins de longue durée. Exemples de coûts : Alberta, 3 000 \$ par mois, Nouvelle-Écosse, 2 200 \$ par mois, Nouveau-Brunswick, 2 040 \$ par mois et Terre-Neuve, de 2 268 \$ à 3 240 \$ par mois.

La détermination d'un nombre maximum d'heures de services de soutien à domicile peut s'appliquer pour fixer des limites dans la prise en charge. Par exemple, les services sont limités à une moyenne de 35 à 40 heures par semaine au Québec, à 35 heures par semaine au Yukon et à 28 heures par semaine à l'Île-du-Prince-Édouard. En Ontario, les services fournis par l'intermédiaire des CASC ne peuvent excéder 80 heures le premier mois et 60 heures les mois suivants. De plus, les clients admissibles ne peuvent se prévaloir de plus de 30 heures par semaine de soins personnels. En Colombie-Britannique, le maximum de 30 heures par semaine ne s'applique qu'aux personnes qui ont le plus haut niveau de perte d'autonomie. L'évaluation de

certain clients peut cependant montrer que leurs besoins sont plus grands. Ils recevront alors les soins nécessaires.

Les personnes de moins de 18 ans ont accès aux soins actifs à domicile, mais elles ne sont pas toujours admissibles aux soins de longue durée à domicile. La responsabilité de répondre aux besoins de ces personnes incombe souvent à d'autres programmes de services sociaux et familiaux.

Section 5.0 : Évaluation des besoins et gestion de cas

Dans l'ensemble du pays, on tend vers une normalisation des méthodes d'évaluation des besoins des clients et vers une gestion de cas plus étroitement intégrée à l'évaluation pour faire face à la complexité croissante des soins de longue durée dont les clients ont besoin. Les provinces et territoires semblent concentrer leurs efforts sur les questions liées à l'admissibilité, à l'évaluation, à la planification des soins, à la gestion des cas et à l'allocation des ressources.

La plupart des programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile ont mis en place un système de porte d'entrée unique qui gère toutes les demandes de services en provenance d'une variété de sources (le client, son médecin, un membre de sa famille, une infirmière, etc.). Sauf quelques exceptions, la recommandation d'un médecin n'est pas nécessaire, mais les responsables du programme communiquent avec le médecin traitant quand on a déterminé que le client a besoin de services, à plus forte raison quand il s'agit de services médicaux.

Les responsabilités de ce guichet unique peuvent être plus ou moins étendues. Il semble y avoir trois modèles : (1) la présentation et l'admission de clients à des programmes ou services (mais sans suivi des progrès); (2) la présentation et l'admission de clients et le suivi de leurs progrès (supervision de leur plan de soins et de leurs progrès), peu importe les services dont ils ont besoin (p. ex. soins à domicile, soins en établissement de longue durée et autres services), y compris la réévaluation périodique; (3) la présentation, l'admission et la gestion des cas, prestation des services comprise.

La gamme des services disponibles par l'intermédiaire du guichet unique varie, peu importe le modèle employé. Les services de base comprennent l'évaluation, la planification des soins, l'admission au programme de soins à domicile ou à un établissement de soins de longue durée (permanente ou temporaire) et l'orientation vers des services communautaires comme des centres de jour pour adultes, au besoin. Dans quelques provinces, des programmes plus spécialisés comme les services de réadaptation et de gériatrie et les services infirmiers spécialisés sont aussi accessibles par l'intermédiaire du guichet unique.

La plupart des outils et processus d'évaluation ont été standardisés à l'échelle provinciale. Au Manitoba, plus précisément dans la région de Winnipeg, s'achève l'essai pilote d'un outil

automatisé de gestion de cas et de renseignements sur les clients (*Screening, Assessment and Care Planning Automated Tool, SACPAT*). On envisage de perfectionner cet outil en collaboration avec les responsables du programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse qui fait actuellement l'essai du système SACPAT II.

L'Alberta a mis en place dès 1988 un outil standard d'évaluation et de placement. Le profil d'incapacité des clients à domicile est également normalisé permettant de mesurer la lourdeur des cas maintenus à domicile. L'évaluation de la performance de ces outils a été déléguée aux 17 autorités régionales. On travaille actuellement à redéfinir et mettre à jour le processus d'évaluation et de classification en Alberta. En parallèle, l'examen du système de soins de longue durée est en cours.

Le Québec utilise l'*outil d'évaluation multicientèle*. L'Ontario teste actuellement un outil standardisé d'évaluation complet (*Common Assessment Instrument, CAI*). Au Nouveau-Brunswick, on utilise un processus d'évaluation standardisé pour déterminer la nature et la quantité des services autorisés, le *Single Assessor Model* (modèle monoévaluateur). Un test des trois composantes du processus est en cours, soit le dépistage, l'évaluation et la présentation automatisée.

L'Île-du-Prince-Édouard possède un point d'entrée coordonné dans le système de même qu'un processus et un outil d'évaluation standardisés (le SAT), placés tous deux sous la responsabilité du programme de soins à domicile. Collectivement, ils contribuent à l'évaluation des besoins du client, la planification, la supervision et l'accès à une gamme de soins à domicile, de services régionaux et communautaires, incluant l'évaluation de l'admissibilité et le placement dans les établissements de soins de longue durée.

Les éléments communs du processus d'évaluation sont les suivants : accueil/dépistage, évaluation fondée sur des critères généraux ou normalisés, et une composante de planification personnalisée qui suppose généralement la participation du client à l'élaboration d'un plan de soins. Les provinces et territoires accordent la priorité à différents éléments et font preuve de plus ou moins de souplesse dans l'application des critères à chaque cas.

Dans certaines administrations, le processus d'évaluation initiale prévoit une réévaluation et la planification des congés. En Colombie-Britannique, les bénéficiaires de soins de longue durée font l'objet d'une réévaluation obligatoire tous les ans ou lorsque des changements surviennent dans leur état. Pour les personnes qui reçoivent des soins actifs à domicile après l'hospitalisation, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince Édouard prévoient, dès le début des soins, la date anticipée de congé du programme. On intègre ainsi des éléments de planification des congés dès que possible afin d'accorder l'attention voulue aux dispositions dont le client aura besoin quand les soins actifs à domicile après l'hospitalisation prendront fin.

Les provinces et les territoires utilisent l'information issue du dépistage et de l'évaluation qui met l'accent sur les besoins du client (évaluation axée sur les besoins). Le soutien officieux offert aux clients est également pris en compte par la plupart des provinces et territoires au moment de l'évaluation. Cet aspect est important pour déterminer les besoins auxquels les aidants naturels peuvent satisfaire de même que la pertinence des services formels et informels disponibles pour aider le client. Par exemple, la Saskatchewan et le Québec utilisent la formule générale suivante : besoin de soins à domicile (=) besoins fonctionnels (-) niveau de soutien officieux offert au client. La méthode d'évaluation et le poids accordé à ces critères varient quelque peu d'une province à l'autre.

Section 6.0 : Couverture des services et participation aux coûts

L'évaluation du client et le plan de soins qui en découle permettent de déterminer les services qui seront fournis et financés (en totalité ou en partie) par le gouvernement. Le processus d'évaluation et les soins infirmiers sont en général gratuits, tandis que les soins personnels et les services de soutien à domicile peuvent être assujettis à des frais. On peut également exiger des frais directs ou une quote-part calculée en fonction du revenu pour les médicaments, les fournitures ou l'équipement, surtout dans le cas des soins de longue durée. L'évaluation du revenu ou de la capacité de payer est utilisée dans certaines provinces pour établir la contribution du client. Si un client veut obtenir des services autres que ceux qui sont couverts, il doit en assumer le coût personnellement ou par le truchement d'une assurance privée.

Les provinces ne facturent pas les services de soins infirmiers professionnels aux clients. Certaines provinces ont toutefois fixé des limites quant au nombre d'heures de services ou au montant maximum alloué pour ces services. Dans certains cas, les soins infirmiers publics ne sont pas accessibles 24 heures sur 24 ou les fins de semaine dans le programme de base. Les clients qui ont besoins de tels services demeurent hospitalisés ou hébergés dans un autre établissement qui offre les services voulus.

Les services d'autres professionnels de la santé couverts par le secteur public (p. ex., les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux ou les orthophonistes) varient d'une province et d'un territoire à l'autre, mais sont en général assez restreints. Il peut même y avoir des listes d'attente en raison de diverses contraintes. Par exemple, dans le programme extramural du Nouveau-Brunswick, tous les services professionnels (sept disciplines) sont assurés.

Surtout dans le cas des bénéficiaires de soins de longue durée, sept provinces ont établi un processus d'évaluation des revenus des clients pour déterminer la capacité de ces derniers de payer une partie des services de soutien à domicile, d'entretien ménager et des autres services non professionnels. Au moins deux provinces, le Nouveau-Brunswick (pour les besoins à long terme) et Terre-Neuve, tiennent compte des avoirs (excluant la propriété de résidence) et des revenus

dans leur évaluation financière. À Terre-Neuve, cette évaluation financière n'entre dans la décision que pour les services d'aide et d'assistance à domicile et l'accès aux services dispensés en établissement et non pour les services professionnels dispensés dans la communauté. L'Alberta prélève 5 \$ par heure de services de soutien et considère les revenus du client. La Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse tiennent compte de la couverture d'assurance privée du client qui couvre une partie ou la totalité des coûts des services à domicile. L'Ontario, le Québec, le Manitoba, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'utilisent aucun processus officiel d'évaluation des revenus ou de la capacité à payer.

De façon générale, des frais sont exigés pour couvrir une partie ou la totalité du coût des médicaments d'ordonnance, des fournitures médicales et de l'équipement. Dans quelques provinces, ces services sont couverts dans le volet des soins actifs à domicile, mais pas nécessairement dans le volet des soins de longue durée. Au moins deux provinces, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick, émettent des cartes d'assurance-médicaments pour les clients du programme selon certains critères. Ailleurs, on trouve souvent des programmes publics d'assurance-médicaments pour les personnes âgées et d'autres groupes cibles. Dans les faits, une partie des clients du programme de soins à domicile peuvent se prévaloir de cette assurance. Au Québec, les clients sont couverts dans le cadre du programme général d'assurance-médicaments et un programme provincial couvre depuis 1998 le coût des fournitures et de l'équipement spécialisés pour les personnes handicapées.

Section 7.0 : Données sur le financement et l'utilisation

7.0.1 : Sources

On ne fait pas une collecte systématique de données sur le financement et l'utilisation des services à domicile. La publication périodique de Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada*, ne comprend pas de catégorie de dépenses particulière pour les soins à domicile, contrairement aux services médicaux et hospitaliers et à d'autres catégories de dépenses de santé. De même, d'autres sources d'information nationale sur la santé comme Statistique Canada ne s'intéressent pas spécifiquement au secteur des soins à domicile. Ce n'est que tout récemment que des organismes nationaux ont tenté de brosser un tableau de ce secteur en s'efforçant d'obtenir de l'information cohérente pour l'ensemble des provinces et des territoires afin de faire quelques comparaisons. Jusqu'à ce jour, ces estimations ne fournissent qu'un instantané et on n'a encore élaboré aucune déclaration régulière sur des catégories de services bien définies.

Récemment, Santé Canada, Statistique Canada et l'Association canadienne des soins et services à domicile ont tenté de collecter de l'information nationale sur le secteur des soins à domicile. Les comparaisons nationales restent préliminaires étant donné qu'il faut élaborer les estimations en se fiant à des sources variées qui saisissent des données sur une série de services similaires, mais non exactement les mêmes. Il est important et utile d'apprendre ce que nous

pouvons des diverses sources, mais il faut user de prudence pour faire et interpréter des comparaisons jusqu'à ce que l'on établisse un système national cohérent et standardisé de collecte de données qui permettra de repérer des tendances dans le temps.

Dans la présente section, nous avons comparé les sources de données nationales disponibles pour en savoir plus sur les soins à domicile au Canada. Le fait de disposer de plus d'une source de données pour la même année offre une possibilité nouvelle dans le secteur des soins à domicile de comparer la cohérence de l'information provenant de diverses sources. Plus les données déclarées concordent entre la totalité ou la plupart des sources, plus on peut avoir confiance dans leur exactitude. Une telle comparaison peut aider à créer un meilleur système de collecte de données et d'information utiles pour prendre des décisions.

Pour examiner l'état de l'information disponible sur le financement et l'utilisation des soins à domicile, nous avons consulté et comparé quatre sources de données, dont celles de Santé Canada (qui comprennent les dépenses en soins à domicile et les données sur l'utilisation de l'Institut canadien d'information sur la santé et d'autres sources), de Statistique Canada (Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997) et de l'Association canadienne de soins et services à domicile. Au printemps 1999, nous avons aussi consulté des fonctionnaires provinciaux et territoriaux qui nous ont fourni les plus récentes données provinciales disponibles sur le financement et l'utilisation.

Santé Canada et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse ont coparrainé la Conférence nationale sur les soins à domicile, tenue en mars 1998. À cette occasion, Santé Canada a rendu publics des fascicules d'information sur les *Dépenses publiques de soins à domicile au Canada, de 1975-1976 à 1997-1998* qui fournissent des estimations préliminaires. Les données incluent les dépenses de soins à domicile effectuées par les gouvernements provinciaux et territoriaux, les administrations municipales, les commissions des accidents du travail et le gouvernement fédéral (p. ex., les programmes de soins à domicile offerts par Santé Canada aux Premières nations et les dépenses du ministère des Anciens combattants pour les soins à domicile offerts aux anciens combattants). Elles couvrent les dépenses relatives aux services suivants : l'évaluation, la gestion des cas, les soins infirmiers, les services de soins personnels, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services d'aide familiale et les programmes de repas à domicile. Les services de soutien à domicile répondant à d'autres besoins que des problèmes de santé (p. ex. les services sociaux) ne sont pas inclus. De même, les médicaments, les fournitures et les appareils médicaux (comme les fauteuils roulants, les appareils et accessoires fonctionnels, le matériel hospitalier pour la dialyse) ne font pas partie de ces estimations.

Depuis quelques années, l'Association canadienne de soins et services à domicile recueille des données sur les dépenses de soins à domicile auprès des provinces et territoires. Nous avons également pris connaissance des données de l'Association préparées pour la Conférence sur les soins à domicile afin de préparer le présent rapport. À des fins de comparaison, les catégories de

dépenses provinciales-territoriales de l'Association canadienne de soins et services à domicile se rapprochant le plus de celles de Santé Canada ont été utilisées.

De concert avec le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins de longue durée, les administrations provinciales et territoriales ont communiqué les données les plus récentes sur le financement et l'utilisation. Le questionnaire comportait des catégories similaires aux catégories de données de Santé Canada pour permettre de comparer les sources. Les catégories de dépenses couvraient les dépenses relatives aux services suivants : l'évaluation, la gestion des cas, les soins infirmiers, les services de soins personnels, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services d'aide familiale et les programmes de repas à domicile. Les services de soutien à domicile répondant à d'autres besoins que des problèmes de santé (p. ex. les services sociaux) ne sont pas inclus. De même, les médicaments, les fournitures et les appareils médicaux (comme les fauteuils roulants, les appareils et accessoires fonctionnels, le matériel hospitalier pour la dialyse) ne font pas partie de ces estimations.

La série de tableaux à l'annexe 7.0 du présent rapport renferment les données provinciales et territoriales sur le financement et l'utilisation des soins à domicile. Ces données proviennent des diverses sources énumérées ci-dessus.

7.0.2 : Données sur le financement

Les données de Statistique Canada montrent que le pourcentage des dépenses totales en santé que les provinces et territoires affectent aux soins à domicile varie de 2 % à 6% environ (Santé Canada, 1997-1998), y compris les sources nationales de financement des services destinés aux Premières nations et aux anciens combattants et les services municipaux et provinciaux de soins à domicile. Les niveaux relatifs des dépenses proportionnelles consacrées aux soins à domicile sont présentés ci-dessous par groupes de provinces et territoires :

- le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et Terre-Neuve ont investi plus de 5 p. 100 du budget de la santé dans les soins à domicile;
- la Saskatchewan et la Colombie-Britannique investissent entre 3 et 4 p. 100;
- l'Alberta, le Québec, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest investissent entre 2 et 3 p. 100;
- le Yukon investit moins de 2 p. 100.

Selon les sources provinciales et territoriales, le portrait change légèrement quand on compare la portion des dépenses de santé que ces administrations allouent aux soins à domicile (en excluant les investissements destinés aux Premières nations et d'autres investissements fédéraux). Les niveaux relatifs des dépenses proportionnelles consacrées aux soins à domicile sont présentés ci-dessous par groupes de provinces et territoires :

- la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario ont investi plus de 6 % du budget de la santé dans les soins à domicile;
- la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse investissent entre 4 et 6 p. 100;
- l'Alberta, le Québec (3,3 % en 1996-1997) et l'Île-du-Prince-Édouard investissent entre 2 et 4 p. 100;
- le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest investissent moins de 2 p. 100;
- les données ne sont pas disponibles pour Terre-Neuve.

Sauf pour les Territoires du Nord-Ouest, le pourcentage du budget provincial de la santé investi dans les soins à domicile est plus élevé pour l'ensemble des provinces et des territoires si l'on se fie aux données provinciales et territoriales plutôt qu'aux données de Santé Canada. L'écart est plus grand selon les premières données, allant de 1 p. 100 à 8 p. 100, comparativement de 2 p. 100 à 6 p. 100 pour les données de Santé Canada. Quatre provinces très différentes en fait de richesse et de population investissent dans les soins à domicile plus de 6 p. 100 de leur budget destiné à la santé.

Selon Santé Canada, l'investissement public total dans les soins à domicile a augmenté considérablement depuis les sept dernières années (il est passé de 1,028 milliard de dollars en 1990-1991 à 2,096 milliards de dollars en 1997-1998), soit un taux de croissance annuelle moyen de près de 11 p. 100³. Les données provinciales et territoriales révèlent que les dépenses de soins à domicile ont dépassé les 2 milliards de dollars en 1996-1997.

Une comparaison des dépenses par habitant effectuées par les dix provinces au titre des soins à domicile en 1997-1998 fait ressortir les niveaux relatifs suivants selon des groupes de provinces et de territoires, comme nous le voyons ci-dessous, d'abord d'après les données de Santé Canada puis d'après les données provinciales et territoriales.

Données de Santé Canada, 1997-1998 :

- le taux de dépenses par habitant le plus élevé revient aux Territoires du Nord-Ouest (216 \$);

³ *Dépenses publiques de soins à domicile au Canada, de 1975-1976 à 1997-1998, Feuilles d'information.* Santé Canada, mars 1998.

- le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, le Manitoba et l'Ontario dépensent entre 90 \$ et 94 \$ par habitant pour les soins à domicile;
- la Nouvelle-Écosse rapporte des dépenses par habitant de 80 \$;
- en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, ces dépenses varient entre 53 \$ et 69 \$ par habitant;
- au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Yukon, les dépenses par habitant sont inférieures à 37 \$.

Données provinciales et territoriales, 1997-1998 :

- le premier groupe est composé du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario avec des dépenses par habitant variant entre 98 \$ et 124 \$;
- le deuxième groupe comprend la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse avec des dépenses variant entre 64 \$ et 80 \$;
- les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta et le Québec consacrent respectivement 61 \$, 53 \$ et 52 \$ par habitant (pour le Québec, les données ne sont disponibles que pour 1996-1997);
- le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard dépensent environ 33 à 34 \$ par habitant;
- on ne dispose d'aucune donnée pour Terre-Neuve.

Les grandes différences entre les deux sources de données tiennent à l'augmentation du taux par habitant dans les données provinciales et territoriales et à la position relative des Territoires du Nord-Ouest et du Québec. Cela est dû dans le premier cas à l'inclusion des allocations fédérales destinées aux Premières nations dans les données de Santé Canada et, dans le deuxième cas, à l'emploi d'une nouvelle méthodologie pour évaluer le financement des soins à domicile.

7.0.3 : Données sur l'utilisation

Il existe quatre sources de données nationales sur l'utilisation des services publics de soins à domicile. Ces données sont plus difficiles à obtenir que les données sur le financement et elles sont souvent incomplètes. Il convient de noter que les trois premières sources mentionnées ci-dessous contiennent des données administratives tandis que la quatrième présente des données fondées sur les réponses à une enquête. Si les quatre sources de données s'appuient sur des hypothèses différentes, elles représentent néanmoins l'état des données nationales sur l'utilisation et sont indiquées à des fins de comparaison nationale préliminaire :

- données de Santé Canada (données inédites, 1998);
- données de l'Association canadienne de soins et services à domicile préparées en vue de la Conférence sur les soins à domicile, tenue en mars 1998;

- données provinciales et territoriales pour 1996-1997 et, pour quelques provinces, pour 1997-1998;
- Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 qui estime le nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus ayant obtenu des services à domicile financés par les gouvernements (*Source : Statistique Canada. Catalogue 82-003, été 1998*)

Les taux d'utilisation sont représentés ici par le nombre de personnes servies par le programme de services à domicile de la province par tranche de 1 000 habitants. Le taux d'utilisation peut figurer parmi de nombreux indicateurs pertinents pour comprendre la capacité d'un programme à fournir des soins à domicile. Il faut tenir compte de divers facteurs contextuels, cliniques et organisationnels pour évaluer la mesure dans laquelle les programmes satisfont aux besoins des membres d'une communauté donnée.

Certaines provinces peuvent offrir plus ou moins d'unités de service à chaque client, selon la conception du programme et la gamme de services disponibles. Si le programme vise une clientèle précise et couvre une gamme de besoins restreinte, chaque client recevra plus de services, mais moins de clients seront desservis. À l'inverse, si le programme répond à une large clientèle et à des besoins variés (p. ex., les soins actifs et les soins de longue durée), le nombre de clients sera plus grand et la moyenne de services reçue par client sera moins élevée.

Lorsque les clients doivent assumer une partie des coûts de certains services (sous forme de droits), par exemple les services d'aide familiale, les services de relève et les soins personnels, qui sont inclus dans les données sur l'utilisation, le nombre de clients indiqué peut sembler plus élevé que dans le cas d'un autre programme en vertu duquel le coût total de la plupart des services est couvert. Il se peut qu'une fois ce facteur pris en compte, les taux d'utilisation soient similaires.

Dans le *Tableau 1* ci-après, les taux d'utilisation dans les provinces sont regroupés en fonction des quatre sources de données. Se reporter à l'annexe 7.0 pour des données plus complètes.

Tableau 1 : *Utilisation des programmes de soins à domicile des provinces et territoires : nombre de clients par tranche de 1 000 résidents*

Nombre de clients par 1 000 résidents	Statistique Canada	Association canadienne des soins et services à domicile	Santé Canada	Provinces et territoires
30 et plus	Saskatchewan	<i>Québec</i>	Nouveau-Brunswick <i>Québec</i>	<i>Québec</i> Nouveau-Brunswick Colombie-Britannique
25 à 29	Colombie-Britannique Manitoba Ontario Nouvelle-Écosse	Ontario <i>Saskatchewan</i>	Ontario <i>Saskatchewan</i> Colombie-Britannique Manitoba	Ontario <i>Saskatchewan</i>
20 à 24	Nouveau-Brunswick Alberta	Manitoba, Alberta , Colombie-Britannique	Alberta Î.-P.-É.	Manitoba Alberta
19 et moins	Québec	<i>Nouvelle-Écosse</i>	<i>Nouvelle-Écosse</i> Yukon T.N.-O.	<i>Nouvelle-Écosse</i> Yukon, Î.-P.-É.

Les quatre sources de données classent l'Ontario et l'Alberta aux mêmes rangs. Le Québec, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan ont le même classement dans trois sources de données. L'exception vient des données de Statistique Canada.

On constate des disparités entre les sources de données pour le Nouveau-Brunswick et le Québec. Les données confirment toutefois que le taux d'utilisation est constant entre les quatre sources de données pour l'Ontario et l'Alberta.

Selon trois des quatre sources de données, les taux d'utilisation les plus élevés reviennent au Québec, à l'Ontario et à la Saskatchewan. Le taux le plus faible est observé en Nouvelle-Écosse.

Le *tableau 2* montre les pourcentages de clients recevant des soins actifs, de longue durée et d'autres services pour les provinces où ces données sont disponibles.

Tableau 2 : Pourcentage de clients recevant des soins actifs, de longue durée et d'autres services, 1996-1997 (administrations où ces données sont disponibles)

Province/ Territoire	Soins actifs	Soins de longue durée	Autres	Total
C.-B.	56,4	34,5	N.D.	99,9
Alb.	41,0	52,0	7,0	100,0
Sask.	22,9	70,5	6,6	100,0
Qc	21,1	63,7	15,2	100,0
N.-B.	53,3	46,6	N.D.	99,9
Î.-P.-É.	20,0	75,0	5,0	100,0
Yn	16,6	73,7	9,6	99,9
Canada	33,0	58,0	8,7	99,7

Cinq provinces et territoires ne peuvent ventiler les données sur les clients selon la catégorie de service. La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon ont déclaré des données en respectant le plus possible les définitions fournies, mais les services inclus dans chaque catégorie peuvent varier légèrement (voir les notes dans les tableaux correspondants à l'annexe 7.0, tableau 6).

La clientèle de longue durée est responsable de la plus grande partie de la charge de cas dans toutes les provinces sauf en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick. À l'échelle nationale, le tiers de la clientèle a des besoins actifs et les deux tiers utilisent des services de longue durée.

Enfin, selon les données fournies par six provinces (annexe 7.0, tableau 7), le nombre de clients servis selon la catégorie de service révèle que pour le Canada, 38,8 % de la clientèle a reçu des soins infirmiers professionnels, 27,4 % des services de soutien à domicile, 26,5 % des traitements (c.-à-d. ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, services sociaux et autres) et 7,2 % d'autres services comme des repas, des services de transport, selon la gamme de services disponibles dans le programme.

D'autres données sont nécessaires pour aider les décideurs à évaluer la capacité d'un programme à fournir des services. La prise de décision concernant la quantité et la nature des services nécessaires pour satisfaire aux besoins démontrés des clients et les mesures des résultats des services rendus sont des exemples d'applications qui s'appuieraient sur des bases plus solides si l'on disposait de plus de données.

Le tableau 3 combine des données sur le financement et l'utilisation par habitant dans les administrations où ces données sont disponibles et déclarées.

Tableau 3 : Niveaux de financement par habitant et taux d'utilisation des programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile, 1997-1998 (pour les administrations où ces données sont disponibles)

Niveaux	Par habitant	Taux d'utilisation (Nombre de clients /1 000 habitants)
Groupe 1 (plus élevé)	(98 à 124 \$) Manitoba, Nouveau-Brunswick, Ontario	(30 et plus) Québec ⁴ , Nouveau-Brunswick, Ontario, Colombie-Britannique
Groupe 2	(64 à 80 \$) Colombie-Britannique, Saskatchewan et Nouvelle-Écosse	(25 à 29) Saskatchewan, Manitoba
Groupe 3	(61 à 52 \$) Territoires du Nord-Ouest, Alberta, Québec	(20 à 24) Alberta
Groupe 4 (plus faible)	(33 à 34 \$) Yukon, Île-du-Prince-Édouard	(19 et moins) Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Yukon

Le rapport entre le financement et l'utilisation est congruent dans des provinces comme la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Yukon, l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard. De façon générale, les dépenses par habitant sont directement liées aux taux d'utilisation. Lorsque les niveaux de financement sont peu élevés, les taux d'utilisation sont plus faibles; un taux de financement moyen correspond à un taux d'utilisation moyen. Au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, le taux d'utilisation n'est pas aussi élevé que le taux de financement, par rapport aux autres provinces. C'est au Québec que le taux d'utilisation est le plus élevé et le taux de financement par habitant, le plus faible.

⁴ Pour le Québec, les données par habitant pour 1996-1997 ne sont pas disponibles.

Ces différences peuvent être attribuables à de nombreux facteurs qui ne sont pas pris en compte, à ce stade, dans l'analyse des données sur le financement et l'utilisation, par exemple : le coût des unités de service, le coût par client, la gamme de services offerts, le dispensateur de soins (p. ex., professionnel, non professionnel ou les deux), la durée et l'intensité de la prestation du service et les seuils d'admissibilité. De toute évidence, nous devons établir un système national continu de collecte d'information et de données dans le secteur des soins à domicile si nous voulons mieux comprendre cet aspect du système de santé.

Section 8.0 : Initiatives actuelles

Au sein de chaque administration plutôt qu'à l'échelle nationale, cinq grandes tendances semblent marquer les initiatives provinciales et territoriales dans le domaine des services à domicile :

1. les provinces investissent beaucoup dans l'établissement de réseaux d'information pour faciliter la collecte et la diffusion d'information rapide et exacte (p. ex., l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve) pour le secteur des soins à domicile et entre ce secteur et les autres composantes du système de santé;
2. les provinces développent ou révisent des outils standardisés d'évaluation des besoins et de coordination des soins (c'est le cas en Alberta, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve et dans les Territoires du Nord-Ouest);
3. les provinces s'attachent à élaborer un cadre de responsabilisation pour le système de santé, y compris les soins à domicile, ou elles tentent de mettre en oeuvre des mécanismes de responsabilisation dans ce secteur en élaborant des mesures du rendement ou en évaluant les résultats (c'est le cas en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve);
4. au sein de leur administration respective, les provinces font un effort concerté pour élaborer des normes régissant les services offerts dans le cadre de leur programme de soins à domicile, de même que les nouvelles classifications des employés qui fournissent ces services (p. ex., la Saskatchewan, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et les Territoires du Nord-Ouest);

5. la plupart des provinces favorisent une plus grande intégration des services directs (c'est le cas de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest).

On trouve également certaines initiatives propres à une province qui méritent d'être signalées. Quelques-unes de ces initiatives existent peut-être déjà dans d'autres administrations, mais elles n'y sont que très récentes (au cours de la dernière année environ) ou elles sont uniques. Les nouveautés, les influences et les priorités en vigueur par rapport à l'activité dans le secteur se reflètent parfois dans ces initiatives. En voici quelques exemples :

- à l'Île-du-Prince-Édouard, on a créé un poste de gériatre au palier provincial. Ce poste est partagé avec Anciens combattants Canada (20%);
- la Nouvelle-Écosse a élaboré une stratégie de gestion des risques pour le programme;
- le Nouveau-Brunswick (programme de soins de longue durée-FCSS) a développé des normes applicables aux services de soutien à domicile, qui sont en révision actuellement;
- le Québec a créé des entreprises sans but lucratif d'économie sociale en aide domestique;
- l'Ontario travaille de concert avec les centres d'accès aux soins communautaires à déterminer les meilleures pratiques et à améliorer les mécanismes de responsabilisation;
- l'Ontario a lancé un programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne offert dans les collèges communautaires et les écoles professionnelles privées depuis l'automne 1997;
- au Manitoba, on a mis en oeuvre un programme de logement supervisé;
- en Saskatchewan, les responsables du programme travaillent avec les ministères des Affaires municipales, de la Culture et du Logement pour favoriser la collaboration entre les commissions du logement et les conseils sanitaires de district;
- l'Alberta a établi un programme complet de soins à domicile intégrés pour les personnes âgées (*Comprehensive Home Option of Integrated Care for Elderly - CHOICE*);
- l'Alberta a mis en oeuvre un projet d'évaluation de résultats dans tout le secteur des services de longue durée incluant les services à domicile;
- la Colombie-Britannique a entrepris un examen stratégique des services de longue durée dont le rapport a été publié au début de 1999;
- Terre-Neuve met en place un système informatisé de gestion des clients et des renvois.

Synthèse pour le Canada

Les sections précédentes du rapport renfermaient des descriptions détaillées de l'organisation, du financement et de la prestation des services au sein du programme de soins à domicile publics des provinces et des territoires. Dans la présente section du rapport, nous signalons quelques similitudes et différences générales que l'analyse a révélées. Collectivement, elles fournissent un portrait des programmes et des services de soins à domicile au Canada.

Similitudes

Les programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile montrent quelques similitudes importantes.

- **La responsabilité des soins à domicile** incombe aux ministères de la Santé. Dans quelques provinces, un même ministère s'occupe de la santé et des services sociaux et communautaires. Par exemple, au Québec, en Nouvelle-Écosse, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, il s'agit du ministère de la Santé et des Services sociaux. Au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve, c'est le ministère de la Santé et des Services communautaires.
- Il existe une **base commune de services** dans tout le Canada, y compris les soins infirmiers, les soins personnels et l'aide domestique.
- Le programme sert une **clientèle diversifiée** quant à l'âge, à l'état de santé, aux besoins médicaux et sociaux et à la durée des services. Les clients ayant besoin de soins de longue durée représentent environ les deux tiers de la clientèle. En 1997-1998, près d'un million de Canadiens et Canadiennes, ou trois pour cent de la population, ont reçu des soins à domicile des programmes provinciaux et territoriaux.
- On applique une série de **critères d'admissibilité de base similaires** selon la possession d'une carte d'assurance-santé provinciale ou territoriale, la résidence dans la province ou le territoire, l'évaluation des besoins non satisfaits, la sécurité du domicile et le consentement du client.
- Les **principaux éléments d'intégration des services** sont en place, y compris la porte d'entrée unique, l'évaluation globale des besoins, la gestion des cas et l'accès aux soins à long terme en établissement, y compris pour des services de répit. Le guichet unique est plus complet en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba et en Alberta puisque l'on y gère en plus l'admission à une gamme plus vaste de services comme les centres de jour pour adultes, les services de repas à domicile et des programmes de réadaptation particuliers.
- Les fonctions de **gestion des cas** incombent à des employés du secteur public.
- On observe une **normalisation croissante au palier provincial** tant pour ce qui est du traitement des demandes (outil d'évaluation normalisé) que de la gestion de l'information sur les services (systèmes d'information provinciaux). La

- Colombie-Britannique est allée un peu plus loin en mettant sur pied une banque de données unique pour gérer les soins à domicile et en établissement avec le même système de classification fonctionnelle.
- Les **soins infirmiers professionnels sont dispensés sans frais pour les clients**, mais des limites peuvent s'appliquer en fait d'admissibilité aux services ainsi que d'intensité et de durée des soins. La plupart des provinces imposent un copaiement ou une quelconque forme d'évaluation du revenu du client pour les services de soutien à domicile.
 - **Les provinces ont investi dans ce secteur** malgré d'importantes restrictions budgétaires. Les données de Santé Canada montrent que les dépenses publiques de soins à domicile au Canada ont plus que doublé en sept ans, passant à plus de 2 milliards de dollars (de 1990-1991 à 1997-1998). Le taux de croissance annuel moyen s'établit à près de 11 %. Huit provinces/territoires sur douze allouent plus de 3 % de leurs dépenses en matière de santé au secteur des soins à domicile. Selon des sources provinciales en Colombie-Britannique et au Manitoba, le pourcentage a dépassé 7 % en 1997-1998. Depuis quelques années, les provinces et les territoires ont mis en oeuvre des contrôles de l'admissibilité, de la prestation des services et des affectations budgétaires afin de freiner la croissance des dépenses et de gérer les attentes et les demandes croissantes du secteur hospitalier et du grand public à l'égard des soins à domicile.
 - Le processus de **régionalisation** survenu dans la plupart des provinces depuis plusieurs années laisse plus de latitude aux autorités locales et régionales pour fixer le financement et les priorités des services de soins à domicile. En même temps, il a contribué à la diversité des programmes régionaux au sein de quelques administrations.
 - La **formation** des travailleurs non réglementés, la **répartition des tâches** entre ces derniers et les travailleurs réglementés et le **recrutement** de professionnels et d'autres préposés aux soins à domicile sont des enjeux dans la plupart des provinces.
 - L'activité accrue en matière d'innovation et d'**initiatives de développement** dans les provinces et les territoires correspond aux nouvelles tendances et aux nouveaux besoins dans ce secteur. À moyen terme et à long terme, cette activité accrue influera sur les futures modifications que l'on apportera dans les divers programmes pour relever les défis plus généraux du système de santé. Exemples : expansion de la recherche dans le secteur; établissement de programmes à l'intention de clientèles ciblées; développement d'outils d'évaluation, de banques de données et de systèmes d'information standardisés; développement de l'étude et de l'utilisation de la technologie pour la prestation de services et pour assurer la sécurité des clients à la maison.

Différences

- Le **statut réglementaire** des programmes de soins à domicile varie d'une administration à l'autre. Les soins professionnels et les services d'aide domestique à domicile relèvent souvent de dispositions législatives, réglementaires, administratives ou stratégiques différentes. Dans la plupart des cas, aucune loi ne régit explicitement les soins à domicile.
- Les politiques et les **dispositions relatives aux droits exigés des clients** ou à l'évaluation de leur contribution varient pour les services de soutien à domicile (les soins personnels et l'aide ménagère). Les différences (qui peuvent varier selon le genre de services fournis) comprennent l'évaluation formelle de l'état des revenus (et de certains avoirs dans quelques cas), l'accès prioritaire accordé aux clients à faible revenu (sans évaluation formelle des revenus), la facturation d'un taux horaire fixe et l'utilisation de l'assurance privée du client pour couvrir une partie ou la totalité des coûts des services à domicile nécessaires. Des renseignements plus détaillés et une étude plus approfondie seraient utiles à ce propos.
- La **gamme des services professionnels disponibles** (soins infirmiers et services thérapeutiques) varie. Ces services sont en général plus limités dans les régions rurales et éloignées. L'orthophonie, les services de diététistes et de travailleurs sociaux sont moins disponibles que d'autres services professionnels dans les programmes de soins à domicile. Le programme de l'Ontario offre la plus vaste gamme de services professionnels.
- Les **modèles de prestation de services** varient en fait de combinaison de dispensateurs de soins des secteurs public et privé pour fournir des services financés par l'État. Par exemple, en Saskatchewan, les intervenants sont des employés de la fonction publique et, en Ontario, la prestation des services a changé depuis quelques années d'un modèle public et sans but lucratif à un modèle de concurrence ouverte où des organismes à but non lucratif et d'autres à but lucratif peuvent rivaliser pour obtenir des contrats de soins à domicile.
- Les différences en fait de **développement de banques de données et de système d'information** contribuent à la difficulté d'obtenir des catégories et des niveaux de données nationales ou de faire certaines comparaisons entre les administrations. S'il est souhaitable de disposer de cette information, il faudra envisager de faire une collecte de données plus uniforme dans toutes les administrations.
- Les **niveaux de financement** des soins à domicile ont augmenté dans la plupart des administrations, mais ils varient considérablement, allant de 24 \$ à 124 \$ par habitant. Cela peut se répercuter sur l'utilisation en fait d'accessibilité et de gamme de services disponibles. Nous avons besoin de plus de données pour saisir l'utilisation et déterminer les niveaux de financement idéaux par rapport à l'éventail des clients et des services et à l'intégration avec d'autres secteurs du système de santé.

- Enfin, il faut souligner les variations relatives aux **politiques dans certaines régions**, en fait d'accessibilité des services pour les clients, d'équité dans la prestation des services, de normes et de qualité de service, d'obligation du client de payer des services financés par l'État, d'obligation des membres de la famille de fournir des soins, entre autres conditions; ces questions restent à régler dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Conclusion

Si toutes les administrations provinciales et territoriales possèdent des programmes de soins à domicile, ceux-ci sont considérablement différents les uns des autres. Les variations ne sont pas forcément à proscrire dans un pays aussi varié que le Canada du point de vue démographique et géographique, mais nous avons beaucoup à apprendre de l'expérience acquise dans d'autres administrations. Le présent rapport compare les programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile sur huit facteurs liés à l'organisation, au financement et à la prestation de services. Un portrait de soins à domicile au Canada se dessine.

Ces programmes existent dans quelques provinces depuis le début des années 70, mais nous avons vu ici que les programmes vivent tous actuellement une période de croissance et d'innovation par rapport à d'autres secteurs du système de santé. À lui seul, ce facteur explique une partie des variations décrites dans le présent rapport. En même temps, le rapport montre que les soins à domicile s'adaptent aux besoins de la clientèle et à l'évolution du système de santé global. Une compréhension plus approfondie des programmes de soins à domicile partout au pays pourrait contribuer aux changements en cours en matière de politiques, de planification, de programmation et de recherche. Il est important pour soutenir ce processus vers des services de soins à domicile accessibles, complets et coordonnés de développer des systèmes de collecte systématique d'information et de données sur les soins à domicile qui permettent de faire des comparaisons entre les provinces et les territoires et d'intégrer ces comparaisons dans le processus décisionnel du système de santé global.

Annexes

Tableaux d'information descriptive selon la province et le territoire

Annexe 1.0 : Organisation et gestion

C.-B.	<p>Le programme de soins à domicile a démarré en 1978 comme sous-élément du programme de soins continus de la province. Le transfert de responsabilités du Ministère aux autorités sanitaires régionales (ASR) a pris effet le 1^{er} avril 1997 et s'inscrit dans l'initiative <i>Better Teamwork Better Care</i>. Les équipes régionales du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique responsables des soins actifs et des soins continus supportent les cinq autorités régionales de la province et facilitent les communications entre le ministère et les instances régionales.</p> <p>La Colombie-Britannique compte actuellement 11 conseils régionaux de la santé, 34 conseils communautaires de santé (<i>Community Health Councils</i>) et 7 sociétés de services communautaires de santé (<i>Community Health Service Societies</i>) identifiées sous le vocable d'« autorités sanitaires » (<i>health authorities</i>). Le ministère provincial de la Santé alloue le financement aux autorités sanitaires pour les services et demeure responsable des lignes directrices générales et des normes pour la prestation de services. Le Ministère reste en dernier ressort chargé de veiller au respect des normes élevées de soins; il s'acquitte de cette tâche par délégation mais les autorités régionales doivent lui faire rapport.</p>
ALB.	<p>Le gouvernement albertain a mis sur pied son programme de soins à domicile en 1978. À l'origine, seules les personnes dont la condition médicale nécessitait des services de santé professionnels avaient accès aux services. Cependant, en 1984, on a élargi l'admissibilité au programme afin de répondre aux besoins croissants sur le plan des services de soutien et des soins palliatifs. Les services communautaires et les services de soutien sont financés par le ministère de la Santé de l'Alberta, mais l'administration et la prestation de ces programmes et services relèvent des 17 autorités sanitaires régionales.</p>

SASK.	<p>La Saskatchewan a mis en oeuvre son programme global de soins à domicile en 1978; en 1984, tous les districts étaient couverts. Au début, le programme relevait du ministère des Services sociaux puis, en 1983, sa responsabilité a été transférée au ministère de la Santé. Actuellement, il relève de la direction des services communautaires de ce ministère.</p> <p>Jusqu'au 1^{er} avril 1994, les soins à domicile étaient fournis dans le sud de la province par 45 organismes indépendants à but non lucratif. Depuis, ces services ont été fusionnés avec ceux dont les conseils sanitaires de district (<i>District Health Boards</i>) assument désormais la responsabilité. On trouve en Saskatchewan 32 de ces conseils, dont les membres sont élus ou nommés et qui servent les diverses régions. Dans le Nord de la Saskatchewan, des organismes sans but lucratif se chargent actuellement de la prestation des soins à domicile en collaboration avec deux conseils sanitaires de district et une autorité sanitaire.</p> <p>Le rôle de la direction des services communautaires du ministère de la Santé par rapport au programme de soins à domicile consiste à définir les objectifs, les politiques, les procédures et les normes provinciales en la matière en consultation avec les conseils sanitaires de district, à fournir des services de consultation, à assurer le suivi de l'efficacité du programme, ainsi qu'à favoriser une bonne communication/liaison.</p> <p>Le ministère provincial de la Santé établit les lignes directrices et les normes relatives à la prestation de tous les services de santé et alloue les fonds aux districts selon une méthode fondée sur les besoins de la population instaurée en 1994-1995.</p>
MAN.	<p>Le programme de soins à domicile du Manitoba a été créé en 1974. Ce programme fournit des soins communautaires complets et coordonne l'admission dans des centres d'hébergement des personnes qui ne peuvent plus vivre dans la collectivité. Le ministère provincial de la Santé établit les orientations stratégiques et les normes générales du programme pour ce qui concerne les soins à domicile.</p> <p>La responsabilité de la prestation des services et de la gestion opérationnelle en matière de soins à domicile, de même que celle des normes relatives à la prestation de services, incombe aux 12 autorités sanitaires régionales (<i>Regional Health Authorities</i>) de la province. Les soins à domicile font partie des services essentiels devant être fournis par les autorités sanitaires dans leur région respective.</p>

<p>ONT.</p>	<p>Le premier programme-pilote de soins à domicile a été établi en 1958. Après une série d'expérimentations, le programme officiel a été instauré par le gouvernement en 1970. La mise sur pied de 43 centres d'accès aux soins communautaires (<i>Community Care Access Centres</i>) s'est terminée au mois de janvier 1998. On a regroupé sous l'égide de ces centres les services auparavant fournis dans 38 programmes de soins à domicile et 36 services de coordination du placement. Les CASC tiennent lieu de porte d'entrée unique pour un large éventail de services et de programmes communautaires; leurs responsables coordonnent et organisent la prestation des services afin de soutenir les clients et leurs aidants naturels. Ils assurent une fonction de coordination des demandes d'hébergement et offrent un soutien à la clientèle lors de la demande et lors du placement dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p>Les CASC sont des organisations à but non lucratif, régies par des conseils d'administration autonomes. Ces derniers rendent des comptes au ministère de la Santé, conformément aux ententes conclues. Le Ministère établit les orientations et les lignes directrices générales des CASC, y compris celles qui régissent les appels d'offre pour l'achat de soins à domicile, de fournitures médicales et d'équipements de nature médicale.</p>
<p>QC</p>	<p>Au Québec, la responsabilité des soins à domicile publics incombe aux Centres locaux de services communautaires (CLSC), créés en 1972. Les CLSC (au nombre de 146) sont des organismes parapublics locaux gérés par des conseils d'administration autonomes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux établit l'orientation générale et la planification globale des services pour la province. Dix-huit régies régionales de la santé et des services sociaux s'occupent de la planification, de l'allocation des budgets et de la coordination générale des services sociaux et de santé, y compris les soins à domicile, dans leur région respective, mais non de la prestation de ces services.</p> <p>Nota : 38 % des 146 CLSC (c.-à-d. 55) sont fusionnés avec d'autres types d'établissements.</p>
<p>N.-B.</p>	<p>L'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a été créé en 1981; il s'agit du premier programme d'« hospitalisation à domicile » au pays. On l'a désigné comme étant une corporation hospitalière en vertu de la <i>Loi hospitalière</i> du Nouveau-Brunswick, et ses services étaient assurés par la province. En 1996, l'Hôpital extra-mural est devenu le programme extra-mural (PEM). Pour chaque région, la gestion du programme a été confiée à la corporation hospitalière régionale. Ces huit corporations régionales sont également responsables de la gestion des hôpitaux, des centres communautaires de santé et de l'unité régionale du PEM.</p> <p>La Direction des services hospitaliers du ministère de la Santé et des Services communautaires établit l'orientation globale, planifie et assure le financement des huit corporations hospitalières chargées de la prestation des programmes et des services. Le PEM fournit une solution de rechange à l'hospitalisation au chapitre des soins actifs de même qu'un certain niveau de services de soutien et de soins de longue durée.</p> <p>Les soins de longue durée à domicile et en établissement relèvent de la Division de la famille et des services sociaux. La Direction des soins infirmiers à domicile fournit une partie des soins à long terme en établissement.</p>

N.-É.	Le programme intégré de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse a été mis en oeuvre le 1 ^{er} juin 1995, en remplacement du programme coordonné de soins à domicile, qui avait vu le jour en 1988. Le ministère de la Santé administre directement ce programme par l'intermédiaire des bureaux régionaux de soins à domicile établis dans les quatre régions sanitaires de la province. Il existe également quatre conseils régionaux de la santé auxquels a été transférée la responsabilité des services dans les domaines de la santé publique, de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie, mais non des soins à domicile. La date de ce dernier transfert n'a pas encore été fixée.
Î.-P.-É.	Le programme de soins à domicile de l'Île-du-Prince-Édouard dénommé Programme de soutien à domicile (<i>Home Care Support Program</i>) a été mis en oeuvre en 1986. Il a fait l'objet d'une réévaluation approfondie en 1996. Il incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux de définir la philosophie, la mission, les objectifs et les politiques du programme; le Ministère détermine aussi le contenu du programme, son niveau de développement, les normes, les critères d'évaluation et de formation du personnel. Les cinq conseils régionaux de la santé de la province peuvent adapter le contenu et l'ampleur des services aux besoins spécifiques à leur région. Ces conseils régionaux sont responsables de la gestion financière, de la planification stratégique et de l'exécution du programme, ainsi que de la prestation des soins à domicile.
T.-N.	À Terre-Neuve, les soins à domicile ont été implantés en 1975. Depuis, ils ont été mis en place dans toutes les régions de la province. Les programmes relèvent des Conseils régionaux de la santé et des services communautaires qui ont le pouvoir d'adapter les services aux besoins spécifiques de leur territoire. Le ministère de la Santé et des Services communautaires provincial est responsable de l'orientation stratégique, de l'affectation des ressources à chaque région et de l'évaluation continue des services.
YN	La direction des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon administre le programme de soins à domicile de ce territoire. Le programme a été mis en oeuvre en 1988.
T.N.-O.	Le programme coordonné de soins à domicile des T.N.-O. a vu le jour à Yellowknife en 1978. Depuis, il a été implanté dans toutes les communautés du territoire. Il est planifié et administré par les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine les orientations et octroie les fonds nécessaires aux trois conseils des services et hôpitaux communautaires et aux dix conseils régionaux de santé qui livrent les services.

Annexe 2.0 : Législation

C.-B.	<p>Continuing Care Act (1992) - soins en établissement et soutien à domicile, centres de jour pour adultes, familles d'accueil, foyers de groupe pour personnes handicapées, centres d'évaluation et de traitement de court séjour.</p> <p>Hospital Act - services professionnels et assurés, soins actifs, palliatifs et prolongés et services de réadaptation assurés en vertu du régime provincial d'assurance-santé.</p> <p>Community Care Facility Act - régit l'émission de permis aux établissements de soins communautaires.</p>
ALB.	<p>Coordinated Home Care Program Regulation 232/91 - définit le mandat légal du programme de soins à domicile de l'Alberta. Ce règlement relève de la Public Health Act.</p>
SASK.	<p>Health Districts Act (1993) - autorise les conseils sanitaires de district à but non lucratif à planifier, administrer et fournir des services à domicile.</p> <p>Home Care Act - (cette loi est appelée à être abolie car elle régissait les anciens conseils de soins à domicile sans but lucratif).</p> <p>Les conseils sanitaires de district agissent conformément à ces lois et aux politiques provinciales.</p>
MAN.	<p>Le programme de soins à domicile a été établi par voie de décret du Cabinet provincial. Aucune loi ne régit le programme.</p>
ONT.	<p>En 1995, on a modifié la réglementation découlant de la Loi sur l'assurance-santé et de la Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses; ainsi, il n'est désormais plus nécessaire qu'un médecin autorise la prestation de soins à domicile. Dans certains cas cependant, le bénéficiaire doit être suivi par un médecin (p. ex. ordonnances médicales).</p>
QC	<p>Les lignes directrices sur les services de soins à domicile sont établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans deux documents officiels, à savoir Les soins à domicile (1979), remplacé par Les soins à domicile de première ligne : Cadre de référence (1994). L'accent du Ministère sur les clients et sa politique pour la santé et le bien-être de la province déterminent aussi certains objectifs du programme pour rejoindre des segments de la population.</p> <p>Loi sur l'organisation des services de santé et des services sociaux - L'article 80 définit la mission et les services des CLSC. Les conditions d'accès aux services à domicile assurés ou payés à même les fonds publics ne sont pas mentionnées dans la législation provinciale.</p>
N.-B.	<p>Bill 85 qui a amendé, le 16 avril 1996, la Loi hospitalière (1992) concerne le programme extra-mural. Les conditions d'accès aux soins à domicile assurés ou payés à même les fonds publics ne sont pas mentionnées dans la Loi hospitalière qui régit le régime d'assurance-maladie de la province. La Loi sur les services à la famille traite aussi des soins à domicile.</p>
N.-É.	<p>Homemaker Services Act (1981) Coordinated Home Care Act (1990)</p>

Î.-P.-É.	Le programme de soutien à domicile a été établi par voie de décret en 1986. À l'heure actuelle, aucune loi ou réglementation ne régit le programme.
T.-N.	Aucune loi ne régit les soins à domicile, mais il existe une loi qui régit les agences agréées de soutien à domicile.
YN	Aucune loi ne régit les soins à domicile. Le mandat légal en la matière découle de la Yukon Health Act . Les principes et les politiques du programme reflètent les principes de cette loi.
T.N.-O.	Aucune loi ne régit les soins à domicile.

Annexe 3.0 : Services et prestataires de soins

3.1 Gamme de services :

Légende

✓ : service fourni

0 : service non fourni

ND : information non disponible

ERG : ergothérapie

PHY : physiothérapie

3.1 GAMME DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Évaluation - coordination des soins, gestion des cas	Aide et soins personnels y compris les services de repas à domicile et les services de relève	Soins infirmiers⁵	Réadaptation, ERG, PHY	Travail social	Orthophonie	Soins respiratoires
C.-B.	✓	✓	✓	Clients confinés à domicile seulement; inclut la nutrition	Très limité	0	✓ Dans certaines autorités sanitaires, mais non par l'intermédiaire des services de soutien à domicile
ALB.	✓	✓	✓	✓ Plus les services de nutrition	✓	0	✓
SASK.	✓	✓ Y compris des services de réparation du domicile advenant des problèmes de sécurité ⁶	✓ Plus services de laboratoire dans certains districts	ERG; PHY; services de santé mentale; conseils en diététique dans certains districts	✓ Dans certains districts	0	✓ Dans certains districts

⁵ La gamme des services couverts dans les services de laboratoire n'était pas précisée.

⁶ Les conseils sanitaires de district sont responsables de la prestation des services bénévoles (visites amicales, appels de sécurité, transport)

3.1 GAMME DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Évaluation - coordination des soins, gestion des cas	Aide et soins personnels y compris les services de repas à domicile et les services de relève	Soins infirmiers⁵	Réadaptation, ERG, PHY	Travail social	Orthophonie	Soins respiratoires
MAN.	✓	✓	✓	✓	✓ Les services sociaux doivent être intégrés dans les plans de soins s'il y a lieu, à l'appui du plan de soins global	✓ De façon très limitée	✓ Services de concentrateur d'oxygène à domicile dans l'ensemble de la province
ONT.	✓	✓ Y compris le renvoi à certains services de soutien communautaires et programmes de soins de santé connexes	✓ Plus services de laboratoire	✓ Plus services de diététique	✓	✓ Dans les écoles publiques et à domicile	✓

3.1 GAMME DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Évaluation - coordination des soins, gestion des cas	Aide et soins personnels y compris les services de repas à domicile et les services de relève	Soins infirmiers⁵	Réadaptation, ERG, PHY	Travail social	Orthophonie	Soins respiratoires
QC	✓	✓ Services d'entretien ménager offerts le plus souvent en dehors du programme public. Livraison de repas à domicile ⁷	✓ Plus services de laboratoire	✓ Sauf dans quelques CLSC	✓ Plus développement communautaire ⁸	0	✓ Sauf à Montréal et Québec où existent des programmes ambulatoires qui relèvent des hôpitaux
N.-B.	✓	✓	✓ Soins actifs et de longue durée	✓ ERG et PHY pour les clientèles en phase aiguë et chronique, plus des services de diététique pour la clientèle en phase aiguë.	✓ Dans le cadre du programme de soins de longue durée et du programme extramural de soins actifs	✓ Dans le cadre du programme de soins actifs et de soins de longue durée.	✓ Ensemble de la province dans le cadre du programme de soins actifs et à long terme. Sous-traitance en ce qui à trait à l'équipement.
N.-É.	✓	✓	✓	0	0	0	✓

⁷ Gratuité pour les personnes handicapées et les personnes âgées pauvres et fragiles; les autres bénéficiaires sont dirigés vers les 75 nouvelles entreprises à but non lucratif soutenues par l'État qui fournissent ce service moyennant un tarif horaire établi selon le revenu (entreprises d'économie sociale en aide domestique). Le service de repas à domicile (popote roulante) est assuré par des organismes bénévoles en dehors du programme de soins à domicile. Les clients y sont envoyés par les intervenants du programme de maintien à domicile. Les centres de jour pour adultes sont administrés par les centres d'hébergement publics et quelques CLSC.

⁸ Les organisateurs communautaires font partie des équipes de maintien à domicile. Ils ont pour fonction de soutenir l'entraide, les initiatives intersectorielles et la concertation locale.

3.1 GAMME DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Évaluation - coordination des soins, gestion des cas	Aide et soins personnels y compris les services de repas à domicile et les services de relève	Soins infirmiers⁵	Réadaptation, ERG, PHY	Travail social	Orthophonie	Soins respiratoires
Î.-P.-É.	✓	✓	✓	ERG dans les programmes locaux, et renvoi aux programmes régionaux pour PHY	Renvoi aux ressources régionales	Renvoi aux ressources régionales	0
T.-N.	✓	✓	✓	✓ (limité)	0	✓ (limité)	✓
YN	✓	✓	✓	✓ ERG et PHY font partie de l'équipe de maintien à domicile à Whitehorse; renvoi aux équipes mobiles pour les collectivités éloignées	✓ (une grande partie du programme)	Renvoi aux ressources régionales	0
T.N.-O.	✓	✓	✓	0 - (Renvoi aux services régionaux)	0 - Renvoi	0 - Renvoi	0

3.1 Gamme de services (suite) :

Particularités provinciales :

- Saskatchewan : les services bénévoles sont fournis dans le cadre du programme de soins à domicile (ex : visites d'amitié, appels ou visites de sécurité, transport).
- Ontario : stomothérapie; transport des malades dans des conditions particulières (assuré par le ministère de la Santé); admission aux établissements de soins de longue durée et aux programmes de centres de jour (en 1999).
- Manitoba : les choix ou les composantes du programme comprennent : soins autogérés ou gérés par la famille; soins partagés; programme communautaire de thérapie intraveineuse; programme d'oxygénothérapie à domicile; programme de dialyse; soins pour malades en phase terminale et soins palliatifs. Le programme de soins à domicile assure aussi l'évaluation et le renvoi de patients aux programmes de centres de jour pour adultes, aux services de maintien à domicile et aux établissements de soins pour malades chroniques et de soins personnels. Il y a aussi un programme de fournitures et d'équipement de nature médicale.
- Col.-Britannique : les centres de jour pour adultes sont financés à même le budget des soins prolongés/actifs. La province possède un programme de soins autogérés dénommé *Choice in Support for Independent Living* (choix pour une vie autonome). Les services de soutien à domicile comprennent les soins palliatifs. Les infirmières du programme communautaire de soins à domicile assurent un programme limité de thérapie intraveineuse dans quelques autorités sanitaires.
- Nouveau-Brunswick : la province gère des soins de jour pour adultes dans le programme de soins de longue durée de la Direction des services familiaux et communautaires.

Au Manitoba et en Ontario (en date d'avril 1999), les centres de jour pour adultes sont sous la responsabilité du programme de soins à domicile.

3.2 Modèles de prestation de services :

3.2 MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Prestation par des employés d'organismes publics ou parapublics (incluant les autorités régionales, les organismes subventionnés par l'État)	Sous-traitance	Soins autogérés
C.-B.	Tous les services professionnels.	Services de soutien à domicile seulement (organismes sans but lucratif et à but lucratif). Quelques agences de soutien à domicile ont été fusionnées avec les conseils régionaux de santé.	Oui. Le programme des choix pour une vie indépendante existe depuis 1994.
ALB.	Évaluation des demandes, réévaluation et décision de congé du programme toujours assurées par des professionnels qui fournissent aussi parfois des services professionnels.	Principalement les services de soutien à domicile (soins personnels et aide ménagère). Quant aux services professionnels, il y a quelques exceptions où certains conseils régionaux de la santé sous-traitent des soins infirmiers directs (mais non les services d'évaluation).	Services de soutien à domicile seulement. Oui, plus un programme administré par un tuteur (adultes et enfants à charge qui ne peuvent gérer eux-mêmes leurs soins, mais qui ont un tuteur légal).
SASK.	Évaluation, réévaluation et planification de congé habituellement assurées par des professionnels ainsi que la majorité des services professionnels et non professionnels.	Même si les conseils sanitaires de districts ont le pouvoir de sous-traiter des services, tous les services sont rendus par le personnel de ces conseils à part quelques exceptions.	Non
MAN.	Services professionnels et non professionnels (sauf une partie des services à Winnipeg). Tous les services d'évaluation et de gestion de cas.	La plupart des soins à domicile sont sous-traités dans l'ensemble de la province. À Winnipeg, la plupart des soins infirmiers et une faible partie des services de soutien à domicile sont sous-traités à un organisme. Les services d'appoint sont aussi sous-traités à Winnipeg.	Oui. L'autogestion des services par les personnes et leur famille est possible pour les services non professionnels seulement.

3.2 MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Prestation par des employés d'organismes publics ou parapublics (incluant les autorités régionales, les organismes subventionnés par l'État)	Sous-traitance	Soins autogérés
ONT.	<p>Quelques services professionnels et non professionnels. On prévoit qu'en l'an 2000, seuls les professionnels chargés de l'évaluation, de la réévaluation et de la planification des congés seront des employés des CASC.</p> <p>Les centres communautaires d'accès aux soins (CASC) sont des organismes subventionnés par paiement de transfert qui sous-traitent la prestation des services directs par un mécanisme d'appel d'offres.</p>	<p>Un mécanisme d'appel d'offres s'adressant à tous les organismes de services à but lucratif et non lucratif a été instauré en 1997. Les critères de sélection sont fondés sur la qualité du service en premier et sur le coût en second. Ce processus sera expérimenté sur une période de trois ans. Les services professionnels, d'aide ménagère et de soutien personnel sont confiés à des sous-traitants.</p> <p>Après l'an 2000, il est prévu que seuls les gestionnaires de cas seront des employés des CASC. Tous les services de soins infirmiers, quelques services paramédicaux et l'ensemble des services de soutien à domicile seront confiés à des sous-traitants.</p>	<p>Des soins auxiliaires autogérés pour les adultes handicapés sont maintenant disponibles dans toute la province. Ils ne sont pas financés ni dirigés par les CASC. Les centres favorisant la vie autonome participent à l'administration du programme et aident aussi les clients à autogérer leurs soins au besoin.</p>
QC	<p>Tous les services professionnels. Des services de soutien à domicile et d'assistance sont disponibles pour les personnes à risque (soins de santé et services sociaux).</p>	<p>Sous-traitance pour les services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées dans la région de Montréal, ainsi que pour les services de relève (agences à but lucratif et sans but lucratif). Services d'entretien ménager, surtout pour les personnes âgées, confiés en sous-traitance à la Corporation d'économie sociale en aide domestique.</p>	<p>Oui (près de 7 000 clients ou tuteurs légaux de personnes souffrant d'un handicap physique ou mental). Seuls les services de soutien à domicile sont financés.</p> <p>Pour les services de relève : aide financière offerte aux familles.</p>

3.2 MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Prestation par des employés d'organismes publics ou parapublics (incluant les autorités régionales, les organismes subventionnés par l'État)	Sous-traitance	Soins autogérés
N.-B.	Tous les services professionnels.	La prestation des services de soutien à domicile et de repas à domicile est confiée à des sous-traitants.	Dans certains cas, le client reçoit une aide financière pour acheter directement des services auprès de particuliers ou d'organismes. Lors d'un placement en famille d'accueil ou dans un centre pour adultes, les clients peuvent avoir droit à un montant allant jusqu'à 68 \$/jour ou 2 040 \$/mois, selon leur revenu et leurs avoirs évalués selon l'aide dont ils ont besoin (programme provincial de soins de longue durée).
N.-É.	Les tâches relatives à la gestion des cas, notamment : admission, évaluation, planification des soins, affectation de ressources et autorisation de services sont assumées par le personnel du programme de soins à domicile de la province. Environ 25 % des soins infirmiers sont fournis par des employés de l'État.	Environ 75 % des soins infirmiers et la totalité des services de soutien à domicile sont sous-traités à des organismes à but non lucratif. Les services d'oxygénothérapie sont fournis en sous-traitance.	Non
Î.-P.-É.	Tous les services professionnels et non professionnels.	Services de physiothérapie, de diétothérapie et d'orthophonie fournis par l'entremise de ressources régionales ou par des sous-traitants.	Non.
T.-N.	Admission, évaluation, planification des soins, gestion des cas, planification des congés par des professionnels.	Tous les services de soutien à domicile.	Oui.

3.2 MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES : PROVINCE/ TERRITOIRE	Prestation par des employés d'organismes publics ou parapublics (incluant les autorités régionales, les organismes subventionnés par l'État)	Sous-traitance	Soins autogérés
YN	Tous les services professionnels et non professionnels.	Aucune	Non
T.N.-O.	Tous les services professionnels et non professionnels.	Aucune	Oui

3.3 Dispensateurs de soins :

3.3 DISPENSATEURS DE SOINS : PROVINCE/ TERRITOIRE	Gestion de cas	Soins infirmiers	Soins personnels	Soutien à domicile
C.-B.	Infirmières, surtout bachelières. Parfois des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes.	Infirmières dont beaucoup ont un bac.	Aide à domicile : pas d'exigences relatives au permis d'exercice. Programme de formation de 22 semaines dans un collège communautaire. À l'occasion : infirmières auxiliaires payées au salaire des préposés ou auxiliaires familiaux. Elles peuvent agir comme superviseurs d'organismes de soutien. Les services de soutien comprennent les soins personnels et l'aide ménagère.	Idem.
ALB.	Infirmières.	Infirmières.	Préposé au soutien à domicile. Aucune exigence.	Idem.

3.3 DISPENSATEURS DE SOINS : PROVINCE/ TERRITOIRE	Gestion de cas	Soins infirmiers	Soins personnels	Soutien à domicile
SASK.	Grade ou diplôme en santé, en travail social ou en éducation, ou dans un domaine connexe, ou encore expérience considérable des techniques d'évaluation et d'entrevue.	Infirmières, infirmières psychiatriques, infirmières auxiliaires. (L'évaluation des soins infirmiers et la détermination des soins nécessaires sont réservées aux infirmières autorisées.) Superviseur : baccalauréat ou autre diplôme en santé communautaire et trois ans d'expérience en soins infirmiers communautaires.	Les infirmières, infirmières psychiatriques et infirmières auxiliaires peuvent assurer des soins personnels. Cependant, ces tâches sont accomplies principalement par des aides sanitaires à domicile dont la formation dans le cadre d'un programme agréé est obligatoire et à terminer dans les deux premières années d'emploi.	Aides sanitaires à domicile : voir précédente section Une formation est aussi exigée pour les personnes qui assurent les services d'aide (repas, ménage) et pour les bénévoles.
MAN.	Infirmières, travailleurs sociaux, parfois les médecins, les ergothérapeutes ou les conseillers en économie domestique.	Infirmières auxiliaires.	Infirmières auxiliaires.	Préposés au soutien à domicile (combinaison de formation ou d'expérience).

3.3 DISPENSATEURS DE SOINS : PROVINCE/ TERRITOIRE	Gestion de cas	Soins infirmiers	Soins personnels	Soutien à domicile
ONT.	Infirmières, principalement, mais on a fait appel à d'autres professionnels avec succès.	Infirmières. Infirmières auxiliaires.	Les services de soins personnels obtenus par l'intermédiaire des CASC sont fournis par des aides ménagères. Dans les programmes de maintien à domicile et les services d'action communautaire, cette tâche est assumée par des préposés. Un programme de formation destinée aux dispensateurs de soins personnels est maintenant sur pied (de 510 à 520 heures de formation, dont 160 en milieu clinique).	Le soutien à domicile disponible par l'intermédiaire des CASC est assuré par des aides ménagères. Les tâches principales des préposés ont trait aux soins personnels, mais un degré limité d'aide avec le ménage peut être fourni.
QC	Infirmières, travailleurs sociaux ou ergothérapeutes, selon le profil du client.	Infirmières.	Auxiliaires familiales et sociales ou préposés au soutien à domicile (960 heures de formation professionnelle, de niveau post-collégial), non obligatoire.	Auxiliaires familiales et sociales ou préposés au soutien à domicile. Aides ménagères dans les entreprises d'économie sociale (formation en cours d'emploi).

3.3 DISPENSATEURS DE SOINS : PROVINCE/ TERRITOIRE	Gestion de cas	Soins infirmiers	Soins personnels	Soutien à domicile
N.-B.	Programme extramural : Le dispensateur de soins principal peut gérer le cas, peu importe son titre. Les travailleurs sociaux sont en général les gestionnaires de cas pour les services de soutien à domicile.	Infirmières.	Infirmières auxiliaires (un an de formation dans un collège communautaire). Préposés au soutien à domicile, préposés aux soins personnels et aides familiales assurent des fonctions équivalentes. Les diplômés du programme de formation au soutien à domicile du Collège communautaire du N.-B. ou d'un programme agréé similaire sont réputés posséder la formation exigée pour être préposés au soutien à domicile. Quelques clients de moins de 65 ans bénéficient des services d'un préposé aux soins personnels.	Aides ménagères.
N.-É.	Diplôme de premier cycle en science de la santé ou en sciences sociales, ou à défaut une expérience et une formation équivalentes reconnues et cinq ans d'expérience pertinente.	Infirmières. Infirmières auxiliaires.	Infirmières. Infirmières auxiliaires. Préposés au soutien à domicile.	Préposés au soutien à domicile

3.3 DISPENSATEURS DE SOINS : PROVINCE/ TERRITOIRE	Gestion de cas	Soins infirmiers	Soins personnels	Soutien à domicile
Î.-P.-É.	Infirmières pour les soins actifs. Peu de gestion de cas dans le secteur de soins de longue durée.	Infirmières. Infirmières auxiliaires dans deux régions.	Infirmières auxiliaires dans deux régions et aides ménagères visiteuses agréées.	Infirmières auxiliaires dans deux régions et aides ménagères visiteuses agréées.
T.-N.	Professionnels de disciplines diverses.	Infirmières.	Préposés au soutien à domicile.	Préposés au soutien à domicile.
YN	Professionnels, choisis selon le profil du client.	Infirmières.	Préposés au soutien à domicile.	Préposés au soutien à domicile.
T.N.-O.	Infirmières habituellement ou ergothérapeutes.	Infirmières ou infirmières auxiliaires.	Préposés au soutien à domicile. Infirmières auxiliaires. (Les conditions relatives aux soins personnels et aux dispensateurs varient selon les exigences du conseil régional.)	Préposés au soutien à domicile. Infirmières auxiliaires. Aides ménagères.

Annexe 4.0 : Admissibilité

PROVINCE/ TERRITOIRE	Conditions d'admissibilité [Les exigences de base communes à l'ensemble des provinces et des territoires sont exprimées par le symbole suivant : ✓] <i>1. Preuve de résidence dans la province et carte d'assurance-santé valide pour la province où les services sont dispensés.</i> <i>2. Besoins non satisfaits (par la famille et la collectivité).</i> <i>3. Logement adéquat.</i> <i>4. Évaluation des besoins.</i> <i>5. Consentement au traitement.</i>	Âge des clients acceptés	Critère de revenu ou droits	Limites ou lignes directrices relatives à la prestation des services
C.-B.	<p>✓ Résidence : immigrant reçu ou citoyen canadien. Au moins 12 mois de résidence dans le cas des clients qui requièrent un niveau intermédiaire de soins et au moins trois mois pour les clients qui ont un profil d'hébergement lourd aux fins de l'admissibilité aux services de soutien à domicile, à l'hébergement, aux services de relève et aux centres de jour.</p> <p>Accès aux services de soutien à domicile : présence d'une maladie chronique depuis au moins trois mois.</p> <p>Accès aux soins infirmiers à domicile sur ordonnance médicale lors du congé hospitalier. Les infirmières de liaison dans les hôpitaux sont sous l'autorité des conseils régionaux de la santé pour faciliter leur rôle. Les infirmières de santé communautaire peuvent faire une visite d'évaluation sans ordonnance du médecin.</p>	<p>19 ans ou plus pour le soutien à domicile</p> <p>Soins infirmiers : tous âges</p>	<p>Oui pour le soutien à domicile, les services de relève et les repas.</p>	<p>Soins actifs à domicile : deux semaines de service y compris les fournitures médicales.</p> <p>Soins personnels : max. 40 h/mois</p> <p>Niveau de soins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intermédiaire 1 : 46 h/mois - intermédiaire 2 : 64 h/mois - intermédiaire 3 : 98 h/mois - profil d'hébergement lourd : 120 h/mois ou 30 h/semaine <p>Ces balises peuvent être dépassées si les besoins des clients excèdent ces limites.</p>

PROVINCE/ TERRITOIRE	Conditions d'admissibilité [Les exigences de base communes à l'ensemble des provinces et des territoires sont exprimées par le symbole suivant : ✓] <i>1. Preuve de résidence dans la province et carte d'assurance-santé valide pour la province où les services sont dispensés.</i> <i>2. Besoins non satisfaits (par la famille et la collectivité).</i> <i>3. Logement adéquat.</i> <i>4. Évaluation des besoins.</i> <i>5. Consentement au traitement.</i>	Âge des clients acceptés	Critère de revenu ou droits	Limites ou lignes directrices relatives à la prestation des services
ALB.	✓Résidence : accord interprovincial pour les résidents frontaliers de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan. Les clients ne requièrent pas un service 24 heures sur 24.	Tous	Oui dans le cas du soutien à domicile, en fonction de la taille de la famille et du revenu annuel	La valeur des services n'excède pas 3 000 \$/mois (c'est-à-dire l'équivalent d'un placement en établissement), sauf pour les personnes qui attendent une place dans un établissement ou qui reçoivent des soins palliatifs.
SASK.	✓Résidence : accord interprovincial pour les résidents frontaliers du Manitoba et l'Alberta.	Tous	Oui dans le cas du soutien à domicile (soins personnels, relève, entretien domestique et repas)	
MAN.	✓Résidence : Tous les résidents de la province, peu importe leur âge, peuvent demander une évaluation de leur admissibilité aux services de soins à domicile. N'importe qui peut diriger un client vers le programme de soins à domicile pour évaluer son admissibilité. Programme de fourniture d'oxygène à domicile : critères médicaux particuliers en plus des critères de base du programme.	Tous	Non Priorité aux clients dans l'impossibilité d'avoir accès à d'autres ressources communautaires.	Coût plafonné selon une formule fondée sur l'équivalent d'un placement en établissement. Limites de service selon le risque et la sécurité du client. Exceptions possibles pour des clients en attente d'un placement de longue durée, ayant des besoins ponctuels ou recevant des soins palliatifs.

PROVINCE/ TERRITOIRE	Conditions d'admissibilité [Les exigences de base communes à l'ensemble des provinces et des territoires sont exprimées par le symbole suivant : ✓] <i>1. Preuve de résidence dans la province et carte d'assurance-santé valide pour la province où les services sont dispensés.</i> <i>2. Besoins non satisfaits (par la famille et la collectivité).</i> <i>3. Logement adéquat.</i> <i>4. Évaluation des besoins.</i> <i>5. Consentement au traitement.</i>	Âge des clients acceptés	Critère de revenu ou droits	Limites ou lignes directrices relatives à la prestation des services
ONT.	<p>✓Résidence :Les clients doivent habiter dans le territoire du Centre d'accès aux services communautaires.</p> <p>Admissible aux services professionnels lorsqu'aucun service de consultations externes ne peut répondre aux besoins.</p> <p>Admissible aux services d'aide ménagère et aux soins personnels s'il y a besoin d'aide pour les soins personnels ou si la personne est à risque d'être institutionnalisée faute de services.</p>	Tous	Non	<p>Soutien à domicile (soins personnels compris) : par l'intermédiaire des CASC, maximum de 80 h pour le 1er mois et 60 h les mois suivants.</p> <p>Soins infirmiers : maximum de quatre visites/jour ou l'équivalent monétaire de 28 h/mois.</p> <p>Par le programme de préposés visiteurs pour les personnes handicapées, le maximum est de 20 heures par mois qui peuvent être combinées aux autres besoins d'assistance (soins personnels, etc.).</p> <p>Pour les soins palliatifs ou complexes, l'équivalent monétaire par heure de soins infirmiers par jour peut être échangé contre des soins infirmiers de plus longue durée.</p>

PROVINCE/ TERRITOIRE	Conditions d'admissibilité [Les exigences de base communes à l'ensemble des provinces et des territoires sont exprimées par le symbole suivant : ✓] <i>1. Preuve de résidence dans la province et carte d'assurance-santé valide pour la province où les services sont dispensés.</i> <i>2. Besoins non satisfaits (par la famille et la collectivité).</i> <i>3. Logement adéquat.</i> <i>4. Évaluation des besoins.</i> <i>5. Consentement au traitement.</i>	Âge des clients acceptés	Critère de revenu ou droits	Limites ou lignes directrices relatives à la prestation des services
QC	<p>✓ Les non-résidents paient le coût intégral ou sont dirigés vers le secteur privé. Les clients doivent utiliser la couverture d'autres programmes publics, s'il y a lieu. Définition de domicile : selon la politique du Ministère, comprend les établissements privés de soins de longue durée et les foyers d'accueil où un complément de services peut être nécessaire.</p>	Tous	Soutien à domicile offert prioritairement aux personnes à faible revenu ou ne pouvant obtenir des soins d'autres façons, à l'exception des personnes handicapées de moins de 65 ans nécessitant un soutien intensif à long terme qui sont admissibles sans considération de leur revenu.	Les services sont offerts en priorité dans les situations d'urgence et de crise, y compris quand un soutien familial est nécessaire. Maximum de 40 heures par semaine de soutien à domicile, ou plus selon les besoins du client (p. ex. certaines personnes handicapées). Variations d'une région à l'autre.

PROVINCE/ TERRITOIRE	Conditions d'admissibilité [Les exigences de base communes à l'ensemble des provinces et des territoires sont exprimées par le symbole suivant : ✓] <i>1. Preuve de résidence dans la province et carte d'assurance-santé valide pour la province où les services sont dispensés.</i> <i>2. Besoins non satisfaits (par la famille et la collectivité).</i> <i>3. Logement adéquat.</i> <i>4. Évaluation des besoins.</i> <i>5. Consentement au traitement.</i>	Âge des clients acceptés	Critère de revenu ou droits	Limites ou lignes directrices relatives à la prestation des services
N.-B.	<p>✓ Des critères particuliers sont établis pour quelques services.</p> <p>Programme extra-mural : La recommandation d'un médecin est obligatoire sauf pour les services de réadaptation. Les services doivent être dispensés par un professionnel à l'emploi du Programme (court ou long terme).</p> <p>Les médicaments sont couverts si le client n'a pas d'assurance privée.</p> <p>Programme de soins de longue durée : Soutien à domicile et soins en établissement de longue durée. Soins de santé au besoin.</p>	Tous	Pas de copaiement pour les soins actifs ni pour les soins de longue durée. L'accès aux services de soutien ou en établissement à long terme est alloué en fonction du revenu et de l'avoir familial à l'exception de la résidence principale	Un maximum de 2 040 \$ par mois pour les services de soutien à domicile. Jusqu'à 68 \$ par jour pour les services résidentiels.
Î.-P.-É.	<p>✓ Condition médicale stable.</p> <p>Tous les non-résidants paient le coût intégral des services, à l'exclusion des frais d'administration.</p>	Tous	Pour les services de soutien à domicile (c'est-à-dire les soins personnels et les services de relève).	Maximum de quatre heures/jour jusqu'à 28 h/semaine.

PROVINCE/ TERRITOIRE	Conditions d'admissibilité [Les exigences de base communes à l'ensemble des provinces et des territoires sont exprimées par le symbole suivant : ✓] <i>1. Preuve de résidence dans la province et carte d'assurance-santé valide pour la province où les services sont dispensés.</i> <i>2. Besoins non satisfaits (par la famille et la collectivité).</i> <i>3. Logement adéquat.</i> <i>4. Évaluation des besoins.</i> <i>5. Consentement au traitement.</i>	Âge des clients acceptés	Critère de revenu ou droits	Limites ou lignes directrices relatives à la prestation des services
N.-É.	✓Critères spécifiques pour chaque niveau de service.	Tous	Aucuns frais pour les soins infirmiers. Selon les revenus du client et la taille de la famille, une contribution minime peut être demandée pour les services de soutien, les soins personnels et les services d'oxygène.	Soins actifs : jusqu'à un montant maximum de 4 000 \$/mois Soins chroniques : jusqu'à un montant maximum de 2 200 \$/mois, soit l'équivalent du coût d'un placement en établissement.

PROVINCE/ TERRITOIRE	Conditions d'admissibilité [Les exigences de base communes à l'ensemble des provinces et des territoires sont exprimées par le symbole suivant : ✓] <i>1. Preuve de résidence dans la province et carte d'assurance-santé valide pour la province où les services sont dispensés.</i> <i>2. Besoins non satisfaits (par la famille et la collectivité).</i> <i>3. Logement adéquat.</i> <i>4. Évaluation des besoins.</i> <i>5. Consentement au traitement.</i>	Âge des clients acceptés	Critère de revenu ou droits	Limites ou lignes directrices relatives à la prestation des services
T.-N.	✓	Tous	L'admissibilité aux services de soutien à domicile (soins personnels, aide ménagère et relève) est conditionnelle aux revenus de la personne.	Fournitures médicales gratuites pour les soins actifs. Oxygène, fournitures médicales, orthèses, équipement et médicaments pour les soins de longue durée sont en fonction de la capacité de payer. Un maximum mensuel de 2 268 \$ à 3 240 \$ s'applique pour les services de soutien à domicile. Le gouvernement est le payeur de dernier ressort pour les services de soutien à domicile à long terme.
T.N.-O.	✓	Tous	Non	
YN	✓ Motifs d'admission : - handicaps physiques et mentaux - besoin de soins actifs - maladie en phase terminale - personne âgée fragile ayant besoin d'aide quotidiennement	Tous	Non	Soins actifs : clients ayant besoin de moins de 12 semaines de service Traitement de plaie : fournitures pour deux semaines si le client n'a pas de revenu ni d'assurance privée Maximum de 35 heures de soutien à domicile par semaine par client.

Annexe 5.0 : Évaluation et gestion des cas

<p>C.-B.</p>	<p>Évaluation du responsable du plan d'intervention (<i>case manager</i>) pour les services de soutien à domicile, de relève, de centres de jour, de popote roulante et d'hébergement : Une porte d'entrée unique permet d'accéder à tous les programmes de soutien communautaire. Les activités d'évaluation comprennent l'admission et la sélection, l'évaluation initiale, l'évaluation financière du revenu, la planification des services, l'autorisation de prestation de services, la surveillance, l'évaluation, le suivi et la réévaluation. Tout le monde peut recommander un client pour une évaluation, y compris le client lui-même. Il n'est pas nécessaire de passer par un médecin. Le personnel relevant des autorités sanitaires procède à l'évaluation et coordonne les plans de services. Les responsables du plan d'intervention (le plus souvent des infirmières, mais parfois des travailleurs sociaux ou des professionnels de la réadaptation) se rendent à domicile pour évaluer la demande. S'il est déterminé que la personne est admissible aux services, un plan de service est élaboré et on communique avec le médecin traitant pour l'en informer. Les services comprennent selon le cas, les services de soutien, de relève à domicile ou dans un centre, les activités de centres de jour, les repas livrés à domicile et les services d'hébergement.</p> <p>Pour les services de relève, l'évaluation est faite à la même porte d'entrée unique par le responsable du plan d'intervention communautaire. L'évaluation permet de déterminer l'admissibilité au soutien à domicile, au centre de jour pour adultes et aux services d'hébergement temporaire en établissement.</p> <p>L'instrument utilisé pour l'évaluation, appelé « LTC1 », a été créé en 1978; depuis, il a fait l'objet de deux révisions importantes. On utilise également deux outils complémentaires, soit le mini-examen de l'état mental (MMSE) et un outil d'évaluation financière (LTC1.6).</p> <p>Un processus distinct vise les soins directs dispensés par les infirmières visiteuses. Ces services doivent être prescrits par un médecin, mais une visite d'évaluation préliminaire peut avoir lieu sans la recommandation du médecin. Les autorités sanitaires peuvent charger un employé d'assurer la liaison après le congé de l'hôpital.</p>
--------------	---

ALB.	<p>En Alberta, l'admission au programme de soins de longue durée se fait par la porte d'entrée unique du programme de services à domicile. L'instrument d'évaluation et de placement de l'Alberta (AAPI) date de 1990. Il vise à uniformiser l'information recueillie lors de l'évaluation. On l'a conçu afin de guider les professionnels de la santé lorsqu'ils procèdent à l'évaluation des personnes requérant des soins de longue durée. Chaque client est soumis à un processus d'admission ou de sélection par lequel on évalue les besoins initialement signalés ainsi que leur urgence. On évalue ensuite chaque personne. Le client et le coordonnateur du plan d'intervention peuvent ainsi déterminer ensemble les besoins du client. Par la suite, cette information est transcrite sur une formule standard. Quand le client, le dispensateur de soins et le coordonnateur ont déterminé les besoins, un plan de services est établi et mis en oeuvre. Celui-ci précise les besoins auxquels on doit répondre, les objectifs à poursuivre ou les résultats à atteindre, comment et quand ils seront atteints. Une réévaluation est effectuée conjointement avec le client, une fois l'an si le client reçoit des soins de longue durée, ou au besoin lorsque l'état ou la situation du client change. Enfin, on détermine dès l'admission le moment où les soins prendront fin; cela se produit habituellement lorsque le client cesse d'avoir besoin des services ou décide de les interrompre.</p>
SASK.	<p>La Saskatchewan a une porte d'entrée unique gérée par les conseils sanitaires de district où l'on assure l'évaluation des clients et la coordination des services. Le nouvel outil appelé Renseignements sur le profil des clients de la Saskatchewan (<i>Saskatchewan Client Information Profile</i>) fournit une meilleure information que le précédent instrument d'évaluation, notamment sur le plan comportemental et affectif, ainsi que sur le niveau de soutien informel. Tous les cas sont évalués par les professionnels du programme avant toute prestation de services. Les services à domicile sont délivrés en fonction des besoins déterminés lors de l'évaluation et du niveau de risque pour chaque client par rapport à son état de santé, et aux risques de blessure, d'accident ou d'institutionnalisation. Dans chaque district sanitaire, un gestionnaire de cas est responsable de l'évaluation, de la planification des services et de la gestion des cas pour la clientèle à domicile. Cette personne suit le dossier de chaque client et modifie, au besoin, le plan de services. L'allocation de services reflète le différentiel constaté entre les besoins d'aide sur le plan fonctionnel et l'aide fournie par la famille selon la formule « besoins de services à domicile = degré d'incapacité - niveau de soutien informel ».</p>

MAN.	<p>Le Manitoba a instauré une porte d'entrée unique aux services à domicile. Les demandes sont reçues et traitées par le programme d'admission du bureau régional des services à domicile. À Winnipeg et dans quelques autorités sanitaires régionales, des employés du programme de soins à domicile sont affectés dans les hôpitaux pour recevoir des recommandations et faire des évaluations. Les demandes peuvent venir de toutes sources (du client lui-même, du médecin ou d'un membre de la famille, par exemple). Le responsable de la coordination des services fait l'évaluation, élabore le plan de services et assure la coordination des services pour chaque client. Ce sont les mêmes intervenants du programme de services à domicile (habituellement les responsables de la coordination des plans de services) qui évaluent les demandes d'hébergement. Une équipe multidisciplinaire est chargée de réviser les demandes de placement. Un formulaire normalisé de demande et d'évaluation est utilisé pour les demandes d'hébergement. Une première version de l'outil automatisé de dépistage, d'évaluation et de planification des soins (SACPAT) a été mise au point et on prévoit en instaurer l'usage à Winnipeg en 1999-2000.</p>
ONT.	<p>Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) offrent une porte d'entrée unique pour les demandes de services et ils ont la responsabilité du placement dans les établissements de soins de longue durée; ils sont également chargés de coordonner la planification et le suivi des services à domicile, de même que les plans de services. Les CASC évaluent les besoins des clients, déterminent leur admissibilité et procèdent à l'achat des services. On prévoit que, en l'an 2000, tous les services seront sous-traités à l'exception des services d'évaluation, de gestion des cas et de suivi. À la suite d'une recommandation, on effectue une évaluation multidimensionnelle des besoins et du soutien non officiel dont la personne dispose, puis on fixe des objectifs d'intervention et on élabore un plan de soins. On désigne ensuite un responsable de cas qui coordonne la prestation des soins de santé à domicile et des services de soutien à domicile assurés par divers fournisseurs selon les besoins du client. Les adultes handicapés peuvent obtenir directement des services de préposés sans passer par les CASC.</p>
QC	<p>Au Québec, les demandes de services à domicile peuvent provenir du médecin, d'autres professionnels, de la personne elle-même ou de membres de sa famille. Un employé du CLSC (habituellement une infirmière, mais parfois un travailleur social), se rend chez la personne pour évaluer sa capacité fonctionnelle et ses besoins en matière de services à l'aide du formulaire standard d'« Évaluation multi-clientèle ». Le Ministère travaille actuellement à l'élaboration d'un outil d'évaluation intégrant tous les instruments utilisés pour l'évaluation des besoins à domicile et l'admission en hébergement. Après l'évaluation, des objectifs et un plan d'intervention sont établis. Un gestionnaire de cas se charge de coordonner l'ensemble de la prestation des services de santé et des services sociaux dont le client a besoin selon son plan de soins.</p>

N.-B.	<p>Pour se prévaloir du programme extramural du Nouveau-Brunswick, il faut être détenteur d'une carte d'assurance-santé de la province, avoir été dirigé par son médecin traitant (sauf pour les services de réadaptation), avoir des besoins précis en matière de soins de santé et être atteint d'une maladie exigeant des soins à domicile que le programme peut fournir de façon convenable.</p> <p>Le médecin décide de l'admission dans le programme, comme c'est le cas pour les hospitalisations, sauf qu'un séjour à l'hôpital n'est pas nécessaire. Un professionnel du programme évalue le cas et dresse un plan de soins en consultation avec le patient et sa famille. Au besoin, d'autres services de l'équipe multidisciplinaire sont offerts.</p> <p>Les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital ou du programme extramural, ou d'autres personnes qui nécessitent des soins de longue durée ont accès au programme de soins de longue durée de la Division de la famille et des services sociaux communautaires (FSSC). Les trois entités partenaires (programme extramural, FSSC et services de santé mentale) utilisent les mêmes critères et un seul outil d'évaluation pour déterminer le type de services autres que les services hospitaliers dont le client a besoin et on organise le plan de services en tenant compte de la contribution de ces trois partenaires. Généralement, la gestion du cas est attribuée au professionnel qui est le plus impliqué auprès du client, peu importe l'entité à laquelle il est rattaché, bien qu'il s'agisse le plus souvent d'un employé de la FSSC.</p>
N.-É.	<p>Le programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse repose sur un guichet d'accès unique. L'équipe de gestion de cas du programme est responsable de toutes les fonctions de porte d'entrée au programme, soit l'accueil/évaluation des demandes, l'évaluation, l'élaboration du plan de services, l'allocation des services et leur autorisation. Les coordonnateurs de plans de services utilisent l'outil standard SACPAT II pour déterminer les besoins à combler en ce qui a trait aux soins cliniques, au fonctionnement social, au soutien dans l'environnement. Le plan de services est établi en consultation avec la personne et sa famille.</p> <p>Ces coordonnateurs sont situés dans les communautés partout dans la province, dans les hôpitaux tertiaires, régionaux et communautaires.</p>

Î.-P.-É.	<p>Pour être admis au programme de soins à domicile de l'Î.-P.-É., l'évaluation doit déterminer les besoins à combler ainsi que les risques de dépression et de détérioration de l'état physique, le soutien familial ou communautaire et les services ou le soutien que la personne devrait recevoir pour que sa sécurité soit assurée, à domicile ou ailleurs. L'outil standard d'évaluation des besoins (SAT), qui est utilisé pour déterminer l'admission dans le programme, couvre les aspects fonctionnel et cognitif, ainsi que les facteurs de risques et le soutien fourni par les aidants naturels. On vise à ce qu'entre 85 % et 90 % des clients du programme de services à domicile soient soumis à ce processus global d'évaluation. De plus, toutes les demandes d'admission dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (public ou privé) sont traitées par le guichet d'accès coordonné du programme de services à domicile, et les demandes évaluées avec l'outil standard SAT.</p> <p>Le programme des services de soutien à domicile est responsable de la coordination de tous les soins et services nécessaires inclus dans le plan d'intervention. Cela comprend l'évaluation, la coordination des plans de services individualisés, la réévaluation et les décisions de fin de prise en charge. La coordination de l'évaluation incombe au coordonnateur du dossier-client qui en assure la supervision et l'ajustement. La planification de la fin de la prise en charge fait partie du processus. Pour le moment, l'autogestion des services par le client n'est pas une des options offertes à la clientèle.</p>
T.-N.	<p>Terre-Neuve a instauré un guichet unique d'accès pour son programme de soins continus. Les services de base relevant des conseils de santé communautaire sont l'évaluation et la gestion des cas. Toutes les demandes de services, autant communautaires que d'hébergement, sont évaluées en utilisant un outil standard. Le processus d'évaluation est multidisciplinaire et axé sur les besoins et le bien-être du client. À la lumière des résultats de l'évaluation, le plan de services est révisé. N'importe qui peut diriger un client vers le guichet unique d'accès. Font partie du système de prestation de services de soins continus financés par l'État, l'évaluation professionnelle, la consultation et la gestion sur une base régulière.</p>
YN	<p>Le programme de soins à domicile du Yukon assure l'évaluation des besoins et la coordination des soins nécessaires lorsqu'un client demande de l'aide. Toutes les recommandations sont étudiées, peu importe leur source (la personne elle-même, un membre de la famille, le médecin ou un autre professionnel). Un évaluateur, souvent un travailleur social, à moins que la demande ne vise directement des soins infirmiers ou de réadaptation), rencontre le client afin d'examiner sa situation personnelle, son état de santé, le soutien social dont il bénéficie et ses besoins. Il détermine les services les plus appropriés pour répondre à ses besoins et tient compte de ses priorités. Il élabore ensuite un plan de soins et demeure le coordonnateur du plan de services ou il peut transférer cette responsabilité à un autre professionnel si, selon les besoins, cela s'avère plus pertinent.</p>

T.N.-O.	<p>Les fonctions d'évaluation et la coordination des services font partie intégrante du programme de soins à domicile. Les services sont gérés par un coordonnateur des soins à domicile, qui peut aussi agir comme gestionnaire de cas, évaluateur ou professionnel de la santé. Dans les programmes relevant d'un hôpital, le coordonnateur des soins à domicile fait partie d'un comité multidisciplinaire et interorganisme chargé de planifier les congés des patients. Dans les petites collectivités, le poste de coordonnateur est régional.</p> <p>N'importe qui peut recommander une personne pour une évaluation de ses besoins; la recommandation d'un médecin n'est pas obligatoire. Quand une personne nécessite des soins à domicile, un évaluateur définit ses besoins après avoir examiné sa situation, son état de santé, le soutien dont elle dispose, ainsi que ses besoins en matière de soins de santé et de services sociaux. Il détermine ensuite dans un plan de soins les services les mieux adaptés aux besoins et aux objectifs de santé à atteindre.</p> <p>En 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé à l'expérimentation sur le terrain de l'instrument d'évaluation et de placement de l'Alberta (AAPI). En se fondant sur les résultats de cet exercice, il a ensuite mis au point une trousse d'évaluation des soins continus (CCAP) pour les T.N.-O. Cet outil sert au dépistage, à l'évaluation globale des besoins ainsi qu'à une évaluation spécialisée. On compte en assurer la généralisation progressivement au cours du prochain exercice financier.</p>
----------------	---

Annexe 6.0 : Couverture des services et participation aux coûts

PROVINCE/ TERRITOIRE	Services et frais	Frais assumés par le client
C.-B.	<p>Soins actifs : Les services professionnels directs, incluant les soins infirmiers (actifs, chroniques et palliatifs), les services de réadaptation, les services sociaux, les services de santé à l'école, l'évaluation et la coordination des cas sont gratuits.</p> <p>Fournitures médicales : Les fournitures peuvent être gratuites les deux premières semaines de prise en charge, et après cela, le client doit généralement les payer.</p> <p>Médicaments : Les personnes de 65 ans et plus assument une certaine partie des frais d'ordonnance, sans toutefois dépasser un plafond préétabli. Les clients de moins de 65 ans paient une franchise d'au plus 2 000 \$ par an pour les médicaments d'ordonnance.</p> <p>Soins de longue durée/services de soutien : Un client pourra être appelé à participer aux coûts au terme d'une évaluation de sa situation financière</p>	<p>Sans frais pour les services professionnels directs.</p> <p>Selon le revenu pour le soutien à domicile.</p> <p>Franchise à verser pour les médicaments.</p>
ALB.	<p>Soins actifs et soins de longue durée : Les soins infirmiers, les services de réadaptation, les soins personnels, l'évaluation et la coordination des cas sont gratuits. Un client peut avoir à verser des frais de 5 \$/heure, jusqu'à un maximum de 300 \$ par mois, pour des services de soutien à domicile.</p> <p>Fournitures, équipements et médicaments : Formule mixte de paiements privés et publics.</p>	<p>Sans frais.</p> <p>Formule mixte de paiements privés et publics.</p>

PROVINCE/ TERRITOIRE	Services et frais	Frais assumés par le client
SASK.	<p>Soins actifs, palliatifs et de longue durée : Les services professionnels sont gratuits, notamment les soins infirmiers, les thérapies et la gestion de cas. Toutefois, l'entretien ménager, les repas, l'entretien général de la maison sont des services facturables. Les frais sont fixés en fonction du revenu et du nombre d'unités de service requises par mois, pour un montant qui varie entre 55 \$ et 330 \$ environ par mois. Les personnes en phase terminale et qui requièrent des soins actifs ou des soins de confort sont exemptées de contribution. Les assistés sociaux et les personnes âgées qui vivent du soutien du revenu déboursent le montant minimum. Certains conseils sanitaires de district ont établi une ligne de conduite selon laquelle les soins de santé, y compris les services de relève, ne devraient pas dépasser de 2 500 \$ à 3 000 \$ par mois par client, ce qui représente le coût approximatif des soins offerts dans un centre d'hébergement de soins de longue durée. Il n'existe pas de politique qui limite les soins à domicile qu'une personne peut recevoir.</p> <p>Fournitures, équipements et médicaments : Les médicaments et certaines fournitures pour soins infirmiers, notamment les médicaments antibiotiques intraveineux administrés à domicile, sont couverts par le programme de soins de santé du conseil sanitaire de district.</p>	<p>Sans frais pour les soins infirmiers, les thérapies et la gestion de cas provenant des conseils sanitaires de district. Selon le revenu pour le soutien à domicile. Des médicaments et des fournitures médicales sont couverts.</p>
MAN.	<p>Soins actifs et de longue durée : Aucuns frais pour les soins infirmiers, les soins personnels, le soutien à domicile et les services thérapeutiques offerts aux clients reconnus admissibles après évaluation dans le cadre d'un plan de soins. Toutefois, les coûts et les services sont assujettis à des limites qui dépendent de l'évaluation. Une fois ces limites atteintes, le client paie. Pour bénéficier des services de soutien à domicile offerts dans le cadre du programme de soins à domicile, le client doit être dans l'incapacité d'avoir accès à de tels services dans sa collectivité, et ces services doivent permettre d'éviter le placement en établissement.</p> <p>Fournitures, équipements et médicaments : Une gamme de fournitures médicales approuvées est couverte à l'appui d'un plan de soins à domicile. Si le client est capable de s'administrer son traitement, il doit payer les fournitures médicales. Il existe un programme de prêt de matériel dans le cas du matériel coûteux. Le Régime d'assurance-médicaments vient en aide à beaucoup de clients.</p>	<p>Sans frais. Formule mixte de paiements privés et publics.</p>

PROVINCE/ TERRITOIRE	Services et frais	Frais assumés par le client
ONT.	<p>Soins actifs et de longue durée : Sans frais pour les soins infirmiers, les thérapies, les services sociaux, les soins personnels et l'aide ménagère fournis par l'intermédiaire des CASC pour les personnes ayant des besoins reconnus, jusqu'à des limites établies. Les clients désirant obtenir des services dépassant les besoins évalués peuvent se les procurer dans le secteur privé.</p> <p>Fournitures, équipements et médicaments : Les clients ont droit à une carte-médicaments qui couvre les frais des médicaments liés à leur admission au programme de services à domicile conformément au formulaire provincial. Les CASC paient quelques fournitures de même que des équipements selon le plan de soins. Les CASC ne paient pas les fournitures ni l'équipement que le client peut obtenir par l'intermédiaire du programme provincial des services d'aide.</p>	<p>Sans frais pour les besoins évalués jusqu'à des limites établies.</p>
Qc	<p>Soins actifs : gratuits</p> <p>Services de longue durée : gratuits. Cependant, les restrictions budgétaires des CLSC limitent la capacité de répondre aux besoins des clients à long terme qui, pour rester à la maison, doivent recevoir des services de soutien à domicile sur une base continue. Quand des services sont disponibles à l'extérieur du programme de soins à domicile, les clients paient en fonction de leur capacité financière.</p> <p>Fournitures, appareils et médicaments : Sans frais pour les soins actifs prodigués sur ordonnance médicale. Pour les médicaments, la province a mis en place un régime d'assurance-médicaments destiné aux personnes qui n'ont pas d'assurance privée. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis en 1998 une politique couvrant certains besoins d'équipements et de fournitures pour certaines personnes handicapées.</p>	<p>Sans frais.</p> <p>Évaluation de l'admissibilité financière pour les services de longue durée (critères locaux).</p> <p>Formule mixte de paiements privés et publics.</p>

PROVINCE/ TERRITOIRE	Services et frais	Frais assumés par le client
N.-B.	<p>Programme extramural : Les services professionnels offerts dans le cadre du programme extramural (PEM) sont assurés. Un petit budget est prévu pour les services d'aide familiale à court terme, surtout pour les soins palliatifs.</p> <p>Soins de longue durée : Les clients qui reçoivent des soins de longue durée peuvent bénéficier des services et de l'aide de la Division de la famille et des services sociaux et communautaires. Ces services sont assujettis à une participation financière du client déterminée en fonction de son revenu.</p> <p>Fournitures, équipements et médicaments : Les fournitures et les appareils afférents au PEM sont couverts. On demande aux clients du PEM d'utiliser, si possible, les bénéfices de leur assurance-médicaments privée. Ceux qui n'en ont pas reçoivent une carte-médicaments PEM qui couvre les médicaments nécessaires compte tenu de leur état de santé. Les malades chroniques qui font affaire avec la Division de la famille et des services sociaux et communautaires peuvent recevoir de l'aide en ce qui a trait aux médicaments, aux fournitures et aux appareils par l'intermédiaire du régime d'aide sociale ou du régime d'assurance-médicaments pour personnes âgées.</p> <p>Évaluation de l'admissibilité financière : L'admissibilité financière est établie au moyen d'une formule d'évaluation du revenu et des avoirs. La contribution des clients de soins de longue durée est fonction de leur capacité à payer.</p>	<p>Sans frais pour le PEM.</p> <p>Évaluation du revenu et des avoirs pour les soins de longue durée.</p> <p>On tient compte de l'assurance privée.</p> <p>Les clients paient leurs médicaments, sauf s'ils ont un faible revenu.</p>

PROVINCE/ TERRITOIRE	Services et frais	Frais assumés par le client
N.-É.	<p>Soins actifs : Les services couverts comprennent les soins infirmiers, les services de soutien et les services d'oxygénothérapie. Les clients ont l'obligation d'être suivis par un médecin traitant qui accepte de faire le suivi de leur traitement médical. Il n'y a pas de frais pour la médication et les fournitures de soins durant les soins en phase aiguë. L'admissibilité est fonction de la valeur monétaire des services en phase aiguë, soit un montant maximal excluant la médication de 4 000 \$ par mois.</p> <p>Soins de longue durée : Les services couverts incluent les soins infirmiers, les services de soutien et l'oxygénothérapie. Les clients qui reçoivent les services d'oxygénothérapie doivent rencontrer les critères médicaux. Les soins infirmiers sont gratuits. Une contribution minimale jusqu'à concurrence d'un montant maximal par mois peut être demandée dans le cas des services de soutien et d'oxygénothérapie à domicile.</p> <p>Fournitures, équipements et médicaments : Les fournitures médicales utilisées par les infirmières lors des visites sont gratuites. Dans le cas des soins de longue durée, le client paie les fournitures entre les visites.</p>	<p>Sans frais. Des droits peuvent être exigés selon une échelle mobile en fonction du revenu et de la taille de la famille.</p>
Î.-P.-É.	<p>Services de soins de santé : Les services professionnels sont gratuits. Les services ne sont pas offerts 24 heures sur 24. La couverture des services offerts en soirée ou durant la fin de semaine est fonction d'une évaluation des besoins du client. La ligne directrice en ce qui a trait à la durée maximale d'un service est de quatre heures par jour, pour un total de 28 heures par semaine, qui seront intégrées au régime de santé familial. La moyenne est de une à deux heures par jour, et un nombre très limité de clients bénéficient du nombre maximal d'heures de service.</p> <p>Services de soutien et soins de longue durée : On détermine la capacité à payer en fonction du revenu. Des frais s'appliquent aux services de soutien à domicile, notamment les services d'aide familiale, les soins personnels, les repas et les services de relève.</p> <p>Fournitures, appareils et médicaments : Le client doit assumer des coûts.</p> <p>Évaluation du revenu : L'évaluation s'effectue en compagnie du client qui fait une demande de financement public. Environ 60 p. 100 des clients participent aux coûts selon leur capacité à payer.</p>	<p>Sans frais. Évaluation du revenu pour établir la participation au coût du soutien à domicile.</p>

PROVINCE/ TERRITOIRE	Services et frais	Frais assumés par le client
T.-N.	<p>Programme de soins actifs : Les services professionnels comprennent les soins infirmiers actifs à domicile, les services sociaux, la réadaptation, les soins palliatifs, de même que les thérapies, par exemple, l'oxygénothérapie. Aucune limite n'est fixée quant au niveau du service ou au montant alloué.</p> <p>Soins de longue durée et soutien à domicile : Les services de soutien englobent les soins personnels, la gestion domestique et les services de relève. La contribution du client est déterminée après l'évaluation de son revenu.</p> <p>Fournitures, équipements et médicaments : Les fournitures sont gratuites dans le cas des soins actifs, mais pas les médicaments. On établit la contribution du client aux services de longue durée dans la communauté en fonction de ses ressources.</p> <p>Évaluation de l'admissibilité financière : Elle s'effectue en compagnie du client afin de déterminer dans quelle mesure il peut participer aux coûts. Les avoirs liquides sont pris en considération dans l'accès aux services de soutien à domicile.</p>	<p>Sans frais dans le cadre du programme de soins professionnels à domicile.</p> <p>On évalue l'admissibilité financière afin de déterminer la contribution du client aux services de soutien à domicile.</p>
YN	<p>Soins actifs, de longue durée et palliatifs : Cela inclut quelques services de relève. Le volume de services de soutien à domicile ne peut dépasser 35 heures par semaine par client selon le plan d'intervention. Il n'y a pas d'évaluation des ressources du client.</p> <p>Fournitures, équipement et médicaments : Le programme couvre les pansements pendant les deux premières semaines du traitement si le client n'a pas d'assurance privée ou n'est pas en mesure de payer. Pour certains équipements, les personnes âgées et les malades chroniques peuvent recourir à l'assistance financière du programme des services de santé non assurés pour les Premières nations ou du programme d'assurance-soins prolongés du Yukon.</p>	<p>Sans frais, sauf pour quelques fournitures, équipements et médicaments.</p>
T.N.-O.	<p>L'admission au programme survient au terme d'une évaluation par le personnel du programme de soins à domicile ou par un comité d'admission. Les résultats de l'évaluation des besoins du client détermineront la couverture des services.</p>	<p>Sans frais.</p>

Annexe 7.0 : Données sur le financement et l'utilisation

Tableau 1 : Dépenses publiques relatives aux soins à domicile en dollars et pourcentages des dépenses publiques en matière de santé selon la province et le territoire, 1996-1997 et 1997-1998 (en millions de dollars) selon la source de référence

PROVINCE/ TERRITOIRE	Provinces/ Territoires 1996-1997	Provinces/ Territoires 1997-98	Santé Canada 1997-1998	ACSSD 1997-1998	% des dépenses publiques en matière de santé Santé Canada 1997-1998	% des dépenses publiques en matière de santé Provinces/Territoires 1996-1997/1997-1998	
C.-B.	276,6	313,9	244,1	236,9	3,1	N.D.	8,0
ALB.	102,6	148,8	149,3	131,6	2,8	⁽⁷⁾ 3,2	3,6
SASK.	⁽¹⁾ 66,4	68,2	70,3	67,9	3,9	4,1	4,1
MAN.	129,4	142,5	103,6	⁽¹⁰⁾ 91,7	5,0	6,9	7,5
ONT. TOTAL (CASC SEULEMENT)	⁽²⁾ 946,1 (693,9)	1 119,1 (855,2)	1 038,9	832,7	5,3	5,3	6,1
QC	⁽³⁾ 384,3	N.D.	277,2	⁽¹¹⁾ 266,0	2,4	3,3	N.D.
N.-B.	⁽⁴⁾ 73,8	80,0	72,0	⁽¹²⁾ 30,0	5,8	5,8	6,2
N.-É.	57,1	60,5	76,8	69,0	5,1	4,4	4,3
Î.-P.-É.	3,4	4,6	4,7	4,4	2,3	⁽⁸⁾ 2,4	2,6
T.-N.	⁽⁵⁾ N.D.	N.D.	52,0	41,0	5,1	N.D.	N.D.
YN	⁽⁶⁾ 1,0	1,1	1,4	0,9	1,7	N.D.	⁽⁹⁾ 1,1
T.N.-O.	3,4	4,1	6,5	4,3	2,1	1,6	1,8
CANADA	2 044,1	1 942,8	2 096,0	1 776,4	4,0	4,1	4,5

L'abréviation N.D., dans les tableaux qui suivent, signifie que les données n'ont pas été fournies ou qu'elles ne sont pas disponibles.

Notes relatives au tableau 1

Provinces et territoires, 1996-1997 et 1997-1998

La définition de « dépenses » incluait les dépenses publiques **provinciales** directes et indirectes. Les services directs comprennent l'évaluation/la gestion de cas, les soins infirmiers, le soutien à domicile, les services de relève, les thérapies et les services bénévoles. À des fins de comparaison avec les données de Santé Canada, nous avons exclu les dépenses relatives aux centres de jour pour adultes, à l'équipement médical, aux médicaments et aux fournitures médicales.

1. Sauf dans les trois plus grands districts sanitaires de la Saskatchewan, la plupart des thérapies sont financées par d'autres budgets que celui du programme des soins à domicile.
2. Le financement fourni par les CASC de l'Ontario (centres communautaires d'accès aux soins) exclut environ 5 % pour les fournitures et l'équipement médicaux. Les données sur les dépenses ne couvrent pas, entre autres programmes communautaires, les centres de jour pour adultes et les centres de traitement pour enfants.
3. Les données pour le Québec (Système d'information financière et opérationnelle - SIF) comprennent tous les fonds destinés à certaines activités exécutées explicitement à domicile - par tous les établissements - c'est-à-dire les services professionnels (sauf les services de médecins), les soins infirmiers à domicile, la ligne Info-Santé les fins de semaine et après les heures d'ouverture des CLSC, l'alimentation par voie intraveineuse, les services sociaux, les services spécialisés et le soutien à domicile.
4. Au Nouveau-Brunswick, les données de la Division des services à la famille et des services sociaux communautaires comprennent quelques dépenses relatives au transport, à l'équipement médical, aux médicaments et aux fournitures médicales, mais les montants ne sont pas importants. Le total des dépenses en matière de santé ne comprend pas les dépenses d'immobilisation des hôpitaux ni les dépenses à des fins spéciales.
5. À Terre-Neuve et Labrador, les fonds destinés aux soins à domicile sont regroupés avec ceux d'autres programmes et services dont la prestation relève des conseils de la santé et des services communautaires. Ces ressources sont affectées de façon globale et administrées/surveillées par les conseils. On développe à l'intention des conseils locaux un système d'information de gestion détaillée qui fournira au ministère de la Santé et des services communautaires des données uniformisées sur les finances et l'utilisation.
6. Les chiffres annuels pour le Yukon comprennent 6 476 \$ en 1996-1997 et 8 000 \$ en 1997-1998 pour la production de documents sur les programmes.
7. Les données de capitation de l'Alberta ne comprennent pas les dépenses du ministère de la Santé inscrites au budget annuel.

8. Les dépenses publiques de l'Î.-P.-É. en matière de santé couvrent ce qui suit : soins à domicile, hôpitaux, médecins, foyers, services de santé mentale, soins destinés aux personnes âgées, santé publique, laboratoires, services de réadaptation, pharmacie, santé dentaire et santé environnementale.
9. Au Yukon, les soins à domicile et continus relèvent du ministère des Services sociaux tandis que les hôpitaux et les postes de soins infirmiers relèvent du ministère de la Santé. Santé et Services sociaux comprennent aussi les services à la famille, les services de désintoxication et les programmes d'aide sociale.

Santé Canada

La définition des dépenses comprend **les dépenses provinciales/municipales/fédérales** relatives aux soins à domicile et couvre la liste des services susmentionnés.

Association canadienne de soins et de services à domicile (ACSSD)

Les représentants de chaque province et territoire ont produit un profil de leur programme de soins à domicile publié par l'Association canadienne des soins et des services à domicile (ACSSD) au mois de mars 1998. Des données sur le financement et l'utilisation ont été compilées à cette occasion. Les définitions employées figurent dans le document.

10. Les chiffres du Manitoba ne comprennent que les services directs.
11. Les chiffres du Québec ne comprennent que les dépenses des CLSC (Centres locaux de services communautaires).
12. Au Nouveau-Brunswick, le financement et les dépenses par habitant ne s'appliquent qu'au programme extramural.

Tableau 2 : Recettes provenant des clients des soins à domicile, 1996-1997 et 1997-1998 (données provinciales/territoriales)

PROVINCE/ TERRITOIRE	Recettes provenant des clients des soins à domicile	
	1996-1997	1997-1998
C.-B.	9 300 000	10 400 000
ALB.	560 000	⁽¹⁾ 540 000
SASK.	6 400 000	6 600 000
MAN.	0	0
ONT. TOTAL	24 700 000	⁽²⁾ 25 600 000
Qc	0	0
N.-B.	N.D.	6 400 000
N.-É.	N.D.	0
Î.-P.-É.	N.D.	Moins de 45 000
T.-N.	N.D.	N.D.
YN	N.D.	N.D.
T.N.-O.	0	0
CANADA	40 960 000	Moins de 49 585 000

Notes relatives au tableau 2

1. Les recettes de l'Alberta sont estimatives.
2. En Ontario, les clients des CASC ne paient rien. Des frais minimes s'appliquent pour d'autres services communautaires, comme la popote roulante, les services de transport et les activités sociales ou récréatives. Les recettes comprennent les droits d'utilisation et les collectes de fonds de l'organisme.

Tableau 3 : Dépenses publiques par habitant selon les sources de référence (1996-1997 et 1997-1998)

PROVINCE/TERRITOIRE	Par habitant Province/territoire 1996-1997	Par habitant Province/territoire 1997-1998	Par habitant Santé Canada 1997-1998 (estimation)	Par habitant ACSSD 1997-1998
C.-B.	71,8	79,6	61,6	60,2
ALB.	36,8	52,7	53,0	66,3
SASK.	64,6	66,3	69,1	46,2
MAN.	113,2	124,1	90,2	80,1
ONT. CASC SEULEMENT	84,2 61,7	98,1 75,0	91,0	72,9
QC	51,7	N.D.	37,4	35,8
N.-B.	97,0	105,0	94,2	39,4
N.-É.	60,6	63,9	80,3	72,8
Î.-P.-É.	24,8	33,3	33,8	32,1
T.-N.	N.D.	N.D.	91,8	72,7
YN	31,2	34,2	21,2	28,5
T.N.-O.	51,4	61,1	216,1	63,7
CANADA	62,5	71,8	69,2	55,9

Tableau 4 : Données sur l'utilisation des soins à domicile : Nombre de clients servis selon la source de référence (1996-1997 et 1997-1998)

PROVINCE/ TERRITOIRE	Province/ territoire 1996-1997	Province/ territoire 1997-1998	Données de l'ACSSD 1996-1997	Santé Canada 1996-1997	Statistique Canada (nombre estimatif de personnes âgées de 18 ans ou plus) 1996-1997 ⁽¹¹⁾
C.-B.	⁽¹⁾ 119 428	124 113	⁽⁷⁾ 79 000	⁽¹⁰⁾ 104 900	79 798
ALB.	⁽²⁾ 64 854	66 881	65 199	67 750	46 574
SASK.	⁽³⁾ 28 513	29 033	27 410	27 339	24 190
MAN.	27 226	29 838	27 226	29 783	22 335
ONT.	⁽⁴⁾ 321 116	361 918	⁽⁸⁾ 325 116	324 699	224 787
QC	⁽⁵⁾ 339 051	N.D.	⁽⁹⁾ 282 402	238 918	106 204
N.-B.	⁽⁶⁾ 30 312	33 179	N.D.	⁽¹⁰⁾ 25 323	13 649
N.-É.	17 926	18 014	17 934	17 926	10 017
Î.-P.-É.	2 200	2 212	N.D.	2 941	N.D.
T.-N.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
YN	301	295	361	301	N.D.
T.N.-O.	N.D.	N.D.	N.D.	646	N.D.
CANADA	950 927	665 483	824 648	840 526	527 554

Notes relatives au tableau 4

Données provinciales et territoriales, 1996-1997 et 1997-1998

1. Colombie-Britannique : Les soins palliatifs sont inclus dans les soins actifs.
2. Alberta : Les clients en phase aiguë sont classés comme clients à court terme (moins de trois mois) ou à long terme (plus de trois mois).
3. Saskatchewan : La province ne suit pas le nombre de clients qui reçoivent des services d'évaluation/de gestion de cas ou des services bénévoles.
4. Ontario : Les chiffres ne comprennent que les clients des CASC. Les thérapies comprennent l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie, les services sociaux, les services de diététique. La catégorie « autres services » comprend la stomothérapie, les services de laboratoire, les aides techniques, et la technologie paramédicale et respiratoire.
5. Québec : Les données sur les clients et les services proviennent du système d'information des CLSC. Elles représentent une estimation fondée sur 115 des 150 CLSC. Les clients en phase aiguë comprennent : les clients post-chirurgicaux, post-hospitalisés; les clients à long terme comprennent les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes ayant un handicap physique ou intellectuel. La catégorie « Autres » comprend les problèmes d'ordre social (difficulté d'adaptation situationnelle), les soins palliatifs, le sida, entre autres. Si son état de santé change, le client peut changer de profil dans le même exercice financier et être dénombré en conséquence. Les données sur les services thérapeutiques couvrent les services à domicile spécialisés et les services sociaux, et la catégorie « autres » couvre l'intervention communautaire à domicile.
6. Nouveau-Brunswick : Les clients à long terme comprennent 11 788 personnes âgées, 1548 adultes et 805 enfants ayant des besoins particuliers. Ils ont reçu des services de soutien à domicile, sauf les enfants qui reçoivent surtout des services thérapeutiques. Dans le programme extramural, on ne ventile pas les données selon les soins actifs et de longue durée. On a classé tous les clients dans la catégorie des soins actifs. Le programme peut fournir des données sur les visites aux clients, les heures, les services directs et indirects et les déplacements.

Association canadienne des soins et des services domicile

7. La clientèle de la Colombie-Britannique ne comprend pas les enfants nécessitant des soins de longue durée.
8. La clientèle de l'Ontario comprend 27 658 enfants de 18 ans et moins.
9. La clientèle du Québec est une extrapolation fondée sur 49 % des programmes de soins à domicile des CLSC.

Santé Canada

10. Santé Canada : estimations

Statistique Canada

11. Nombre estimatif de personnes âgées de 18 ans ou plus. Données extraites de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997.

Tableau 5 : Taux d'utilisation - Nombre de clients des soins à domicile par 1000 habitants selon la source de référence (1996-1997 et 1997-1998)

PROVINCE/ TERRITOIRE	Province/ territoire 1996-1997	Provinces/ territoires 1997-1998	ACSSD 1996-1997	Santé Canada 1996-1997	Statistique Canada 1996-1997
C.-B.	31,0	31,0	20,0	27,0	28,0
ALB.	23,0	24,0	23,0	24,0	23,0
SASK.	28,0	28,0	27,0	27,0	35,0
MAN.	24,0	26,0	24,0	26,0	27,0
ONT.	29,0	32,0	28,0	28,0	27,0
QC	46,0	N.D.	38,0	32,0	19,0
N.-B.	40,0	43,0	N.D.	33,0	24,0
N.-É.	19,0	19,0	19,0	19,0	27,0
Î.-P.-É.	16,0	16,0	N.D.	21,0	N.D.
T.-N.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
YN	9,5	9,2	N.D.	10,0	N.D.
T.N.-O.	N.D.	N.D.	N.D.	10,0	N.D.
CANADA	25,0	25,0	26,0	23,0	26,0

Tableau 6 : Nombre et pourcentage de clients recevant des soins actifs, de longue durée et d'autres services dans les provinces et les territoires (1996-1997)⁽⁹⁾

PROVINCE/ TERRITOIRE	Soins actifs		Longue durée		Autres		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
C.-B. ⁽¹⁾	67 428	56,4	52 000	34,5	N.D.	N.D.	119 428
ALB. ⁽²⁾	24 949	41,0	31 655	52,0	4 268	7,0	60 872
SASK.	6 541	22,9	20 094	70,5	1 878	6,6	28 513
MAN.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	27 226
ONT. ⁽³⁾	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	321 116
QC ⁽⁴⁾	71 703	21,1	215 897	63,7	51 451	15,2	339 051
N.-B. ⁽⁵⁾	16 171	53,3	14 141	46,6	N.D.	N.D.	30 312
N.-É.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	17 926
Î.-P.-É. ⁽⁶⁾	440	20,0	1 650	75,0	110	5,0	N.D.
T.-N.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
YN	50	16,6	222	73,7	29	9,6	301
T.N.-O.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
CANADA	188 282	33,0	335 659	58,0	57 736	8,7	946 945

⁹ Données fournies par les provinces et les territoires.

Notes relatives au tableau 6

1. Colombie-Britannique : Les soins palliatifs sont inclus dans les soins actifs.
2. Alberta : Les clients en phase aiguë sont classés comme clients à court terme (moins de trois mois) ou à long terme (plus de trois mois).
3. Ontario : Ne s'appliquent qu'aux clients des CASC.
4. Québec : Les données sur les clients et les services proviennent du système d'information des CLSC. Elles représentent une estimation fondée sur 115 des 150 CLSC. Les clients en phase aiguë comprennent : les clients post-chirurgicaux, post-hospitalisés; les clients à long terme comprennent les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes ayant un handicap physique ou intellectuel. La catégorie « Autres » comprend les problèmes d'ordre social (difficulté d'adaptation situationnelle), les soins palliatifs, le sida, entre autres. Si son état de santé change, le client peut changer de profil dans le même exercice financier et être dénombré en conséquence. Les données sur les services thérapeutiques couvrent les services à domicile spécialisés et les services sociaux. La catégorie « autres services » couvre l'intervention communautaire à domicile.
5. Nouveau-Brunswick : Les clients à long terme comprennent 11 788 personnes âgées, 1548 adultes et 805 enfants ayant des besoins particuliers. Ils ont reçu des services de soutien à domicile, sauf les enfants qui reçoivent surtout des services thérapeutiques. Dans le programme extramural, on ne ventile pas les données selon les soins actifs et de longue durée. Le programme peut fournir des données sur les visites aux clients, les heures, les services directs et indirects et les déplacements.
6. Île-du-Prince-Édouard : estimations provinciales.

Tableau 7 : Nombre de clients des services à domicile selon la catégorie de service (1996-1997) - Données fournies par les provinces et les territoires

PROVINCE/ TERRITOIRE	Soins infirmiers		Soutien à domicile		Thérapies		Autres		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
C.-B.	44 342	37,1	52 000	43,5	23 086	19,3	N.D.	N.D.	119 428	99,9
ALB.	44 566	25,4	38 274	21,9	21 287	12,2	70 786	40,50	174 913	100,0
SASK.⁽¹⁾	19 501	47,8	16 117	39,5	N.D.	N.D.	5 206	12,80	40 824	100,0
MAN.⁽²⁾	4 922	28,0	12 155	69,1	501	2,8	N.D.	N.D.	17 578	99,9
ONT.⁽³⁾	177 964	37,8	126 276	26,8	159 965	34,0	6 237	1,30	470 442	99,9
QC	150 925	50,1	54 097	17,9	96 120	31,9	175	0,06	301 317	100,0
N.-B.	N.D.		13 336		805		N.D.		14 141	
N.-É.	N.D.		N.D.		N.D.		N.D.		N.D.	
Î.-P.-É.	N.D.		N.D.		N.D.		N.D.		N.D.	
T.-N.	N.D.		N.D.		N.D.		N.D.		N.D.	
YN⁽⁴⁾	N.D.		N.D.		N.D.		N.D.		N.D.	
T.N.-O.	N.D.		N.D.		N.D.		N.D.		N.D.	
CANADA	442 220	38,8	312 255	27,4	301 764	26,5	82 404	7,20	1 138 643	99,9

Notes relatives au tableau 7

1. Saskatchewan : Les soins infirmiers comprennent les soins personnels et les services de relève s'ils sont fournis par une infirmière ou une infirmière psychiatrique. Les services de soutien à domicile comprennent les soins personnels et les services de relève s'ils sont fournis par une auxiliaire familiale. La catégorie « autres services » comprend l'entretien général et les services de repas. La province ne collecte pas de données sur le nombre de clients recevant des services d'évaluation, de gestion de cas et des services bénévoles.
2. Manitoba : Le nombre de clients servis est une moyenne mensuelle établie selon la catégorie de service. Il ne comprend pas les services forfaitaires ni les services autogérés.
3. Ontario : Les chiffres ne visent que la clientèle des CASC. Les thérapies comprennent l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie, les services sociaux, les services de diététique. La catégorie « autres services » comprend la stomothérapie, les services de laboratoire, les aides techniques, et la technologie paramédicale et respiratoire.
4. Yukon. Les données ne sont disponibles que pour l'exercice 1997-1998.

Tableau 8 : Nombre de clients dans un programme de soins autogérés (1996-1997 et 1997-1998) - Données fournies par les provinces et les territoires

Exercices	C.-B. ⁽¹⁾	Alb.	Man.	Ont.	Qc	N.-B. ⁽²⁾	Total
1996-1997	240	1 070	83	N.D.	approx. 6 000	approx. 500	7 893
1997-1998	300	1 130	102	102	approx. 6 000	approx. 500	8 134

Notes relatives au tableau 8

L'autogestion des soins est un modèle de prestation dans lequel le client reçoit du programme de soins à domicile une somme d'argent pour acheter lui-même les services de soutien à domicile et de soins personnels dont il a besoin. Il peut ainsi choisir le dispensateur de services ainsi que le moment et la façon dont les services seront fournis.

1. Colombie-Britannique : Environ 6 % des heures de soins à domicile sont autogérées.
2. Nouveau-Brunswick : Dans la plupart des cas, le Ministère paie directement les services. Quelques clients paient le coût total des services et reçoivent une allocation financière du Ministère pour l'achat des services nécessaires pour leur maintien à domicile.

Annexe 8.0 : Initiatives actuelles

C.-B.	<p>Un système d'information sur la santé et un cadre de reddition de comptes sont en cours d'élaboration avec les autorités régionales de santé.</p> <p>Mise en oeuvre des recommandations de l'examen des soins continus (été 1999).</p> <p>Les autorités régionales évaluent sur une base régulière la prestation, l'utilisation et l'intégration des services.</p>
ALB.	<p>En novembre 1997, l'Alberta a mis sur pied un comité consultatif de révision des soins de longue durée chargé de se pencher sur quatre questions prioritaires, à savoir les soins à domicile, les stratégies médicamenteuses, les politiques en matière de logement et les programmes de soutien à finalité sanitaire.</p> <p>Wellnet est en train de mettre au point de nouveaux systèmes d'information destinés à fournir en temps opportun de l'information précise relative à la santé - il s'agit de trouver les meilleurs moyens de mettre à profit la technologie pour établir des liens et mettre en commun l'information sur la santé, tout en protégeant la confidentialité des renseignements personnels.</p> <p>En juin 1997, le ministère de la Santé de l'Alberta publiait le document <i>Achieving Accountability in Alberta's Health System</i>, dans lequel est défini dans ses grandes lignes le cadre de reddition de comptes applicable au système de santé.</p> <p>L'objectif du projet d'amélioration du rendement du système de soins continus consiste à établir un ensemble minimal de données et des mesures du rendement pour la province en ce qui concerne les soins continus. L'information recueillie servira à évaluer la situation des clients et à classer ceux-ci selon leurs besoins, à planifier les services et à en évaluer la performance.</p> <p>Le programme global de soins intégrés à domicile pour les personnes âgées (<i>Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly- CHOICE</i>) est destiné aux aînés qui pourraient être admis dans un établissement d'hébergement ou qui sont fréquemment hospitalisés, mais qui choisissent de continuer à vivre chez eux. Il vise la prestation intégrée de services de santé ainsi que la coordination de tous les services aux personnes admissibles.</p>

SASK.	<p>Le nouvel outil d'évaluation Renseignements sur le profil des clients de la Saskatchewan (SCIP) permet d'obtenir plus d'information sur le bénéficiaire, en particulier sur ses besoins au point de vue affectif et comportemental, ainsi que sur le soutien officieux qu'il reçoit.</p> <p>L'outil relatif à la base de données minimales par rapport aux catégories d'utilisateurs des services (MDS RUGS) est mis à l'essai dans le cadre d'un projet pilote afin de déterminer le niveau de soins prodigués aux clients dans les établissements de soins de longue durée, ainsi que les besoins en planification des soins et en dotation dans les foyers de soins spéciaux. Il sera utilisé concurremment avec le SCIP.</p> <p>Le ministère de la Santé de la Saskatchewan unit ses efforts à ceux des ministères des Affaires municipales, de la Culture et du Logement afin d'encourager la collaboration entre les autorités responsables du logement et les conseils sanitaires de district en vue de la création d'options novatrices en matière de logement social.</p> <p>Dans quelques districts, certains établissements fournissent un hébergement de transition aux personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital, mais qui ne sont pas encore en mesure de retourner chez elles.</p> <p>On élabore actuellement le réseau d'information sur la santé de la Saskatchewan (SHIN) afin de doter la province d'un système intégré d'information sur la santé.</p> <p>La Commission sur l'utilisation des services de santé a mené une étude sur le coût-efficacité des soins à domicile dans le cas des malades ayant besoin de soins actifs.</p>
MAN.	<p>La province a publié une nouvelle brochure intitulée <i>Your Guide to the Manitoba Home Care Program</i> destinée aux clients et au grand public.</p> <p>Un outil automatisé de dépistage, d'évaluation et de planification des services (SACPAT) a été créé et on planifie sa mise en oeuvre dans l'ensemble du Manitoba au cours de 1999-2000.</p> <p>Une initiative en matière de logement supervisé a été élaborée afin de créer de nouvelles options de maintien à domicile pour les personnes qui devraient autrement être placées dans un centre d'hébergement. À l'heure actuelle, quatre projets ont été acceptés.</p>
ONT.	<p>Un programme de formation des préposés aux soins personnels oeuvrant autant à domicile qu'en institution de soins de longue durée vient d'être implanté dans la province depuis l'automne 1997. La formation est assurée par les collèges communautaires et les écoles professionnelles privées.</p>

<p>QC</p>	<p>La diffusion d'une nouvelle version du système d'information de gestion sur les clients et les services des CLSC (Système d'information -clientèle - CLSC) pour la gestion des services de maintien à domicile (SISMAD) est prévue pour 2000. Le Québec révisé à l'heure actuelle son outil d'évaluation des besoins des clients en vue de fusionner en un seul les instruments utilisés pour évaluer la situation des clients recevant des soins de longue durée en établissement ou des services de maintien à domicile.</p> <p>Des organismes d' « économie sociale » sans but lucratif et voués au soutien à domicile voient le jour (6 000 emplois, selon les prévisions); 75 de ces organismes ont commencé leurs activités à la fin de 1998. Ils servent les clients non prioritaires des programmes de soins à domicile, principalement des personnes âgées.</p> <p>Le SIPA (un système intégré de soins pour les personnes âgées fragiles) est inséré dans le réseau de services de première ligne dans la communauté. Ce projet vise à répondre aux besoins des personnes âgées vulnérables dans la communauté et à assurer une prise en charge globale, la coordination de tous les services disponibles et la continuité des soins prodigués par l'ensemble des professionnels et des établissements concernés. Il est responsable de s'assurer de la prestation des soins médicaux généraux et spécialisés, des services sociaux, des activités de prévention, de réadaptation, de la médication, des aides techniques et des soins en établissement de longue durée.</p> <p>Un programme expérimental de soins palliatifs (5 CLSC et le CHU Mc Gill)</p> <p>Un projet pilote de coordination des services pour les personnes âgées dans la région des Bois-Francs (équipe sous-régionale qui assure la coordination des services entre les CLSC, les centres d'hébergement, les hôpitaux et les ressources communautaires).</p>
<p>N.-B.</p>	<p>On a élaboré des normes provinciales applicables aux soins à domicile pour le PEM et la FCSS.</p> <p>Le programme provincial de soins de longue durée, mis en oeuvre en partenariat avec la Division de la famille et des services sociaux communautaires et la Division des services de santé mentale, assure la prestation de services de soins de longue durée complets aux résidents du Nouveau-Brunswick qui sont âgés de 19 ans ou plus.</p> <p>La mise en oeuvre du plan des services de réadaptation a entraîné le regroupement des ressources de réadaptation provenant des directions des Services infirmiers, de la Famille et des services sociaux communautaires, du ministère de l'Éducation et du programme extramural pour créer un bassin de ressources en matière de réadaptation dans la communauté.</p> <p>En février 1998, on a commencé à implanter à l'échelle provinciale un système automatisé des dossiers des clients pour l'exercice 1998-1999. Ce système fait partie d'une banque de données que les trois partenaires de la prestation de services peuvent consulter (soit le PEM, le programme de soins de longue durée/FCSS et les services de réadaptation).</p> <p>La province met actuellement à l'essai trois éléments du modèle d'évaluateur unique : la sélection, l'évaluation et la présentation informatisée.</p> <p>Un cadre de référence pour l'évaluation pour le programme extramural est en développement.</p>

<p>N.-É.</p>	<p>Les responsables du programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse travaillent en collaboration avec leurs homologues de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard pour lancer un programme pilote en milieu rural afin d'améliorer la prestation des soins palliatifs pour la clientèle à domicile.</p> <p>Le programme participe activement à deux projets régionaux qui « aident les aidants » à assumer leur rôle.</p> <p>Le programme de soins à domicile de la province collabore étroitement avec le secteur de la santé mentale pour faire en sorte que les services aux personnes ayant des problèmes de santé mentale soient fournis de façon adéquate et sécuritaire.</p> <p>Le programme distribue à des fins de discussion la troisième édition des « normes de qualité de services ». Les normes couvrent les attentes de qualité pour ce qui est de la direction générale et financière des programmes, de la prestation des services professionnels et des services de soutien. C'est une étape en vue de se conformer aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé.</p> <p>Les normes visant les programmes de formation destinés aux préposés au soutien à domicile sont mises à jour en collaboration avec les dispensateurs de soins et les associations concernées. Elles seront mises en application au mois de janvier 1999.</p> <p>On élabore actuellement une stratégie provinciale de gestion des risques pour comprendre et réduire les risques d'accidents et de lésions liés à la prestation des services à domicile.</p> <p>Le rôle des fournisseurs de services a été revu en collaboration avec les fournisseurs eux-mêmes et les associations concernées en vue de permettre une répartition adéquate des responsabilités.</p>
<p>Î.-P.-É.</p>	<p>Les cinq régions de la province participent à la conception d'un <i>protocole hôpital-domicile</i> comprenant une stratégie et l'octroi de fonds en vue de répondre à la demande croissante de services à domicile et de soutenir la planification des congés d'hôpital et le suivi à domicile.</p> <p>Un poste de gériatre vient d'être créé au sein du gouvernement. Le poste sera partagé avec le ministère des Anciens combattants du Canada (20%) et son titulaire sera une ressource pour les intervenants qui travaillent auprès des personnes âgées, dans les services à domicile et en hébergement aux paliers régional et provincial.</p> <p>Le projet d'évaluation du système de l'Île-du-Prince-Édouard qui fait partie intégrante du programme de services à domicile se terminera au cours de l'année 1998-1999. Le projet vise à évaluer la qualité de soins dispensés aux personnes de plus de 75 ans, la prestation des services, leur niveau d'intégration et leurs résultats, ainsi qu'à valider l'outil de dépistage pour les soins continus.</p>
<p>T.-N.</p>	<p>Mise en place d'un système d'information et de gestion pour les aiguillages et les clients. Révision de l'instrument standard d'évaluation des besoins et de l'ensemble de données minimum.</p> <p>En cours, un projet de recherche sur la prestation future des soins de longue durée à St. John's en vue de son application dans toute la province.</p> <p>Intégration au sein du nouveau ministère de la Santé et des Services communautaires de l'ancien ministère de la Santé et de composantes de l'ancien ministère des Services sociaux.</p>

YN	<p>Depuis octobre 1998, le programme de soins à domicile ne fait plus partie d'un projet pilote visant à examiner la possibilité d'adopter un système intégré de gestion des soins. Cependant, le travail se poursuit pour améliorer le continuum de services entre les hôpitaux, les centres d'hébergement et les services communautaires.</p> <p>Un projet-pilote sur l'introduction de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile est en cours (de novembre 1998 à la fin de 1999).</p> <p>Une réévaluation de l'outil d'évaluation des besoins sur le plan communautaire est en cours.</p> <p>Le programme de services à domicile va se soumettre à la démarche d'agrément au printemps 1999.</p>
T.N.-O.	<p>Un instrument d'évaluation et de placement a été testé sur le terrain et sera finalisé pour assurer une évaluation objective des besoins des clients.</p> <p>Une équipe responsable de la réforme des soins procède actuellement à une tournée d'inspection des établissements, des programmes et des services de santé afin de s'assurer de l'ajustement des services aux besoins de toutes les personnes qui nécessitent des soins de longue durée et promouvoir une liaison efficace entre tous les services qui leur sont destinés.</p> <p>On élabore des normes pour les programmes de services à domicile en vue d'instaurer un mécanisme de reddition de comptes et d'évaluation des programmes.</p> <p>Un système à guichet unique d'accès pour régir l'admission des clients dans le réseau de services est en voie d'élaboration.</p> <p>Les coordonnateurs des programmes de services à domicile dans les régions ont été nommés représentants du protecteur du citoyen pour leur région respective.</p>