



Options en matière de politiques visant à faciliter le développement et l'utilisation des technologies d'assistance conçues pour aider les aînés à vivre une vie saine, satisfaisante et indépendante

Octobre 2026



Gouvernements participants

Gouvernement de l'Ontario
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
Gouvernement du Manitoba
Gouvernement de la Colombie-Britannique
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard
Gouvernement de la Saskatchewan
Gouvernement de l'Alberta
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Gouvernement du Yukon
Gouvernement du Nunavut
Gouvernement du Canada

Le Québec contribue au Forum fédéral, provincial et territorial sur les aînés par le partage de son savoir-faire, d'information et de pratiques exemplaires. Cependant, il n'adhère ni ne participe aux approches intégrées au niveau fédéral, provincial et territorial dans le dossier des aînés. Le gouvernement du Québec entend s'acquitter pleinement de ses responsabilités à l'égard des aînés sur son territoire.

Remerciements

Le présent rapport a été préparé par ParriagGroup pour le Forum fédéral, provincial et territorial (FPT) des ministres responsables des aînés. Les opinions exprimées dans le présent rapport peuvent ne pas refléter à la position officielle d'un gouvernement en particulier.



Options en matière de politiques visant à faciliter le développement et l'utilisation des technologies d'assistance conçues pour aider les aînés à vivre une vie saine, satisfaisante et indépendante

Les formats en gros caractères, braille, MP3 (audio), texte électronique, et DAISY sont disponibles sur demande en [commandant en ligne](#) ou en composant le 1 800 O-Canada (1-800-622-6232). Si vous utilisez un téléscripteur (ATS), composez le 1-800-926-9105.

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, 2026

Pour des renseignements sur les droits de reproduction :
droitdauteur.copyright@HRSDC-RHDCC.gc.ca.

PDF

N° de cat. : Em12-165/2026F-PDF

ISBN : ISBN 978-1-100-00338-2

Table des matières

Liste des abréviations.....	3
Résumé.....	5
Méthodologie	5
Principales constatations	5
Conclusion	6
1 Introduction.....	8
1.1 Contexte.....	8
1.2 Objectif.....	8
2 Méthodologie	9
2.1 Revue de la littérature	9
2.2 Mobilisation	9
2.3 Limites	9
3 Constatations.....	10
3.1 Définir les technologies d'assistance, prévalence, incidence et indicateurs ...	10
3.2 Politiques FPT sur les technologies d'assistance	18
3.3 Comparaisons des politiques internationales.....	26
3.4 Considérations d'équité et d'inclusion	40
3.5 Innovations et technologies.....	49
4 Recommandations politiques.....	58
4.1 Orientations en matière de politiques pour les définitions et les cadres d'évaluation.....	58
4.2 Recommandations stratégiques pour les politiques FPT :	59
4.3 Recommandations stratégiques tirées d'exemples internationaux	59
4.4 Recommandations pour soutenir l'équité et l'inclusion	60
4.5 Recommandations stratégiques pour promouvoir l'innovation.....	61
5 Conclusion.....	61
6 Bibliographie.....	62
7 Annexes.....	75
Annexe A - Résumé de l'entretien avec les informateurs clés.....	76
7.1 Politiques FTP.....	76
7.2 Mobiliser les acteurs clés	78

7.3	Indicateurs et cadres d'évaluation.....	78
7.4	Obstacles à l'accès aux TA	79
7.5	Améliorer l'accès aux TA pour les communautés visées par l'équité	80
7.6	Rôle des personnes proches aidantes et des organismes de services aux aînés	81
7.7	Pratiques exemplaires pour soutenir le vieillissement à domicile.....	82
7.8	Innovations prometteuses	82
Annexe B - Cadres d'évaluation		84
7.9	Éléments constitutifs du cadre	84
7.10	Cadres suggérés par les informateurs clés.....	85
7.11	Indicateurs	85
7.12	Intégration dans le système de santé	89
Annexe C - Programmes de TA provinciaux et territoriaux actuellement disponibles		91
Annexe D - Lois et programmes fédéraux en matière de TA.....		98

Liste des abréviations

Générales

- 2ELGBTQIA+ — Bispirituels, lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer/en questionnement, intersexués, asexuels
- AAL — Ambient Assisted Living
- ACS Plus — Analyse comparative entre les sexes Plus
- CLOSM — Communautés de langue officielle en situation minoritaire
- IA — Intelligence artificielle
- IDO — Internet des objets
- FPT — Fédéral/provincial/territorial
- SL — Soins de longue durée
- TA — Technologies d'assistance
- TIC — Technologies de l'information et des communications
- TSA — Trouble du spectre de l'autisme

Organismes et programmes

- AADL — Alberta Aids to Daily Living
- AISH — Revenu assuré pour les personnes ayant une incapacité grave
- AER — Programme d'aide à l'emploi et au revenu du Manitoba
- ALL — Abilities Living Lab
- ASLD — Intégration par l'assurance soins de longue durée
- ATA-C — Évaluation des capacités en matière de technologies d'assistance
- CAC — Conseil des académies canadiennes
- CISS — Centre intégré de santé et de services sociaux
- CIUSS — Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- EDSC — Emploi et Développement social Canada
- ÉLCV — Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement
- GATE — Global Cooperation on Assistive Technology
- HELP — Programme de prêt d'équipement médical
- IDEAL PROCESS — Conception inclusive pour une vie équitable et accessible
- ISC — Inforoute santé du Canada
- ISO — Organisation internationale de normalisation
- MDN — Ministère de la Défense nationale
- MSDPR — Medical Equipment & Devices Program
- NDIS — National Disability Insurance Scheme
- NHS — National Health Service
- OMS — Organisation mondiale de la santé
- PAAF — Programme d'appareils et accessoires fonctionnels
- PAMC — Prestations d'assurance-maladie complémentaire
- PAPAMCI — Programme d'aide pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité
- PDC — Programmes de choix
- PSPH — Programme de soutien aux personnes en situation de handicap

- PEI sur l’AHA — Partenariat européen d’innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé
- PFSI — Programme fédéral de santé intérimaire
- POSPH — Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
- RAMQ — Régie de l’assurance maladie du Québec
- rATA — rapid Assistive Technology Assessment
- RE-AIM — Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance
- SAIL — Saskatchewan Aids to Independent Living
- SAM³ — Capteurs et analytique de suivi mobilité-mémoire
- SAP — Newfoundland & Labrador’s Special Assistance Program
- SSNA — Services de santé non assurés
- STAR — Science and Technology for Aging Research Institute
- UE — Union européenne
- UNICEF — Fonds des Nations Unies pour l'enfance
- WAI — Initiative pour l’accessibilité du Web
- WATAP — Washington Assistive Technology Act Program
- WCAG— Directives pour l’accessibilité du contenu Web

Provinces et territoires

- AB — Alberta
- BC — Colombie-Britannique
- MB — Manitoba
- NB — Nouveau-Brunswick
- NL — Terre-Neuve-et-Labrador
- NS — Nouvelle-Écosse
- NT — Nunavut
- NWT — Territoires du Nord-Ouest
- ON — Ontario
- PEI — Île-du-Prince-Édouard
- QC — Québec
- SK — Saskatchewan
- YT — Yukon

Résumé

En croissance rapide et diversifiée, la population de personnes âgées du Canada augmente la demande de technologies d'assistance (TA) accessibles, abordables et efficaces qui soutiennent le vieillissement à domicile. Les TA (y compris les aides à la mobilité, les prothèses auditives et visuelles, les outils numériques, les systèmes de maison intelligente et les technologies émergentes basées sur l'IA) peuvent améliorer considérablement l'indépendance, la sécurité, le bien-être et la participation sociale des personnes âgées. Cependant, au Canada, malgré l'innovation croissante dans l'écosystème de la gérontechnologie (solutions matérielles ou logicielles conçues explicitement ou ayant le potentiel d'apporter des avantages aux personnes âgées et à leurs proches aidants), l'accès à ces technologies demeure fragmenté et inéquitable. Le présent rapport, préparé pour Emploi et Développement social Canada (EDSC) dans le cadre du Forum fédéral, provincial et territorial (FPT) sur les aînés, examine les politiques canadiennes et internationales actuelles en matière de TA, les obstacles à l'accès et les possibilités d'action coordonnée. Il identifie les options en matière de politiques qui pourraient permettre aux aînés et aux proches aidants de bénéficier davantage des progrès technologiques qui soutiennent le vieillissement favorisant une vie saine et indépendante.

Méthodologie

L'analyse s'appuie sur une revue de la littérature et des entrevues avec des informateurs clés comme des chercheurs, des praticiens et des organismes de défense des droits au Canada. La littérature et les connaissances des experts ont été synthétisées en conclusions thématiques sur les définitions des TA, les obstacles systémiques, les modèles de financement, les comparaisons internationales et les tendances en matière d'innovation. Bien que la base de données probantes augmente, les données sur l'utilisation, l'incidence et les résultats des TA demeurent limitées au Canada et ailleurs dans le monde.

Principales constatations

Évolution des définitions et des besoins d'évaluation

Les TA s'étendent au-delà des dispositifs traditionnels d'aide à la mobilité, et des prothèses auditives et visuelles pour inclure des outils numériques dotés de capteurs, de soutien cognitif et d'IA qui soutiennent l'indépendance, la sécurité et la participation sociale. Avec l'élargissement des définitions, on observe au Canada une absence de terminologie harmonisée, une collecte de données incohérente et des cadres d'évaluation non uniformes. Ces lacunes créent des défis dans la mesure de la prévalence, la compréhension de l'incidence réelle et la coordination des politiques entre les administrations.

Politiques et programmes FPT fragmentés

Le financement des TA au Canada est offert par le biais d'une mosaïque de programmes FPT qui ont des règles d'admissibilité, des niveaux de couverture et des

processus administratifs différents. Cette fragmentation entraîne un accès inéquitable, une navigation complexe pour les aînés et les proches aidants, ainsi qu'un soutien inégal dans l'ensemble des systèmes liés à la santé, à l'incapacité, au vieillissement et à l'accessibilité. Bien que les investissements dans l'innovation et l'infrastructure soient en croissance, ils ne sont pas encore appuyés par une harmonisation cohérente des politiques.

Modèles internationaux présentant des caractéristiques utiles pour la conception de politiques

Les administrations internationales telles que le Royaume-Uni, la Suède et d'autres pays intègrent les TA dans des cadres universels de santé ou de protection sociale, souvent en utilisant des systèmes de prêt, des programmes de remise en état et des voies d'évaluation intégrées. Bien qu'aucun système ne soit entièrement transférable au Canada, ces modèles mettent en évidence les caractéristiques de conception (p. ex., cadres nationaux des droits, prestation coordonnée et mécanismes de durabilité) qui pourraient éclairer les approches canadiennes visant à améliorer l'équité, l'accès et l'intégration du système.

Obstacles persistants qui nuisent à l'équité et à l'inclusion

De nombreuses personnes âgées sont confrontées à des difficultés en matière d'abordabilité, à une littératie numérique limitée, à un manque de sensibilisation aux options en matière de TA et à des difficultés à obtenir des services d'entretien ou de soutien continus. Les populations rurales et éloignées, les personnes à faible revenu, les communautés culturellement diverses et les personnes en situation de handicap rencontrent les obstacles les plus importants. La stigmatisation, les problèmes liés à la convivialité et les politiques difficiles à naviguer entravent davantage l'adoption des TA et leur utilisation à long terme, soulignant la nécessité d'approches centrées sur la personne, culturellement pertinentes et accessibles.

Innovation solide, mais qui nécessite une coordination et une conception conjointe

L'écosystème d'innovation en matière de technologies d'assistance et de la gérontechnologie du Canada est dynamique, grâce aux progrès réalisés dans les domaines de l'intelligence artificielle, des technologies de maison intelligente, des outils de santé numériques et des réseaux de recherche sur les TA. Cependant, la mise à l'échelle de ces innovations nécessite une intégration plus forte dans tous les établissements de soins, une conception conjointe avec les personnes âgées et les proches aidants, une amélioration des capacités des services et de la main-d'œuvre, et des cadres politiques qui soutiennent l'interopérabilité, l'évaluation et l'adoption dans le monde réel. Une conception centrée sur l'utilisateur et une participation significative sont essentielles pour s'assurer que les TA sont efficaces, acceptables et largement adoptées.

Conclusion

Le Canada est à un moment charnière dans l'élaboration d'une approche équitable et coordonnée des technologies d'assistance qui favorisent le vieillissement en santé.

Bien que l'innovation soit forte, l'accès reste incohérent et inéquitable en raison de politiques fragmentées, de problèmes en matière d'abordabilité et d'un manque de normes à l'échelle nationale. En harmonisant les définitions, en renforçant les systèmes de données, en modernisant les modèles de financement et en intégrant la conception conjointe et la littératie numérique dans les politiques, les gouvernements peuvent faire en sorte que les TA deviennent une pierre angulaire d'un vieillissement sain et autonome. Une stratégie unifiée et fondée sur des données probantes aidera les aînés partout au Canada à vivre de manière autonome, en sécurité et dans la dignité, tout en soutenant les proches aidants, les systèmes de santé et les collectivités.

1 Introduction

1.1 Contexte

À mesure que la population de personnes âgées du Canada continue de croître et de se diversifier, le besoin de systèmes de soutien inclusifs et accessibles devient de plus en plus important. Les technologies d'assistance¹ (TA) ont le potentiel d'améliorer la capacité des personnes âgées² à vieillir à domicile, en les aidant à vivre de manière autonome, en sécurité et dans la dignité dans leurs collectivités.

Le Forum fédéral, provincial et territorial (FPT) sur les aînés discute des questions importantes pour les aînés³, partage de l'information sur leur bien-être et entreprend des initiatives pour faire avancer les enjeux communs. Depuis sa création en 1992, le Forum a exploré de nombreuses questions relatives aux aînés, dont le rôle de la technologie. Lors de la réunion du 24 février 2022, les ministres FPT responsables des aînés ont approuvé un plan de travail pluriannuel, qui comprenait la priorisation du rôle de la technologie pour améliorer le vieillissement à domicile.

1.2 Objectif

Le présent rapport explore les options en matière de politiques que les gouvernements FPT pourraient envisager pour soutenir le développement, l'accessibilité et l'abordabilité des TA pour les aînés et les personnes qui jouent un rôle dans la prestation de soins. S'appuyant sur des exemples et des innovations à l'échelle du Canada et à l'international, le rapport vise à identifier des stratégies qui reflètent les besoins divers et intersectionnels des personnes âgées, en tenant compte de facteurs tels que le genre,

¹ Les technologies d'assistance sont définies comme « tout article, pièce d'équipement, produit ou système, qu'il soit acheté sur le marché, prêt à l'emploi, modifié ou personnalisé, qui est utilisé pour accroître, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes ayant des troubles cognitifs, physiques ou de communication ». Elles sont incluses dans la gérontechnologie, qui fait référence à « des solutions matérielles ou logicielles conçues explicitement pour ou avec le potentiel de fournir des avantages aux personnes âgées et à leurs proches aidants ». Plus précisément, la gérontechnologie peut inclure la santé et les technologies numériques, l'Internet des objets (IDO), les dispositifs/diagnostics médicaux, la robotique, les dispositifs portables, d'autres technologies basées sur des capteurs et les technologies d'assistance (p. ex., les marchettes, les prothèses auditives ou les lentilles correctrices).

Les technologies d'assistance sont également des soutiens importants pour l'aide sociale et l'inclusion dans les sphères communautaire et économique. De cette façon, elles peuvent aider les adultes à vieillir à domicile, à améliorer leur qualité de vie et à développer leur autonomie fonctionnelle et leur indépendance en général. Grâce aux innovations de la gérontechnologie, « les personnes âgées et leurs proches aidants peuvent maintenant avoir accès à un plus large éventail d'approches et de technologies avancées pour appuyer une approche holistique du vieillissement en santé, actif et socialement connecté ». Les outils de gérontechnologie sont également utiles pour « prévenir les transitions dans les soins en améliorant la santé et le bien-être, en permettant aux gens de bien vivre avec la progression de la fragilité et de la mauvaise santé, ou en créant des communautés et des structures sociales adaptées aux aînés ». (Définition tirée du groupe de travail FTP et (Genge, McNeil, Debergue, & Freeman, 2023)¹)

² Les personnes âgées peuvent être définies comme les personnes âgées de 55 ans et plus. Cette définition est utilisée aux fins du rapport, car il n'existe pas de définition commune à l'échelle nationale.

³ Les aînés peuvent être définis comme les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette définition est utilisée aux fins du rapport, car il n'existe pas de définition commune à l'échelle nationale.

l'origine ethnique, la langue, le statut socioéconomique et l'emplacement géographique. En répondant à ces besoins, le rapport cherche à promouvoir une vie plus saine, plus satisfaisante et plus indépendante pour tous les aînés du Canada.

2 Méthodologie

2.1 Revue de la littérature

Le chargé de projet et le groupe de travail FPT ont affiné et confirmé les questions de recherche et les termes clés en collaboration avec les rédacteurs du rapport. Ensuite, les sources de données proposées ont été recueillies à partir des listes de référence fournies par le Forum FPT sur les aînés et le Groupe de travail FPT. D'autres sources de données ont été identifiées par le chargé de projet en consultation avec le programme Défi « Vieillir chez soi » du Conseil national de recherches Canada. Toutes les sources de données ont été examinées et les informations pertinentes ont été codées sous la question de recherche appropriée. Lorsque les questions de recherche restaient sans réponse, une deuxième série de recherches à l'aide de termes ciblés a eu lieu. Au total, l'équipe de recherche a examiné environ 115 sources de données. Enfin, les informations ont été synthétisées en sous-thèmes sous chaque question de recherche.

2.2 Mobilisation

Le processus de mobilisation visait à améliorer les données recueillies à partir de la revue de la littérature, tout en comblant potentiellement les lacunes de la recherche. L'objectif était de réaliser des entrevues avec jusqu'à huit informateurs clés.

L'équipe de recherche a compilé une liste d'experts à inclure éventuellement, avec des commentaires et des suggestions supplémentaires pour les personnes-ressources fournies par le chargé de projet et le groupe de travail FPT. Pour augmenter la probabilité de réponse, l'équipe de recherche a donné la priorité aux personnes-ressources de la liste définitive qui étaient déjà connues au sein des réseaux internes.

Au total, l'équipe de recherche a communiqué avec 40 personnes-ressources et a obtenu des entretiens en ligne avec six d'entre elles. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir une liste des organismes qui ont fourni des commentaires et un bref résumé des conclusions des entretiens.

Tous les informateurs clés ont été informés de l'objet de la recherche, ont donné leur consentement à participer et se sont vu offrir des options en matière de confidentialité et d'anonymat. Les questions d'entrevue ont été communiquées au préalable pour plus de transparence, et les informateurs clés ont également eu la possibilité d'examiner et de clarifier leurs commentaires.

2.3 Limites

Comme pour tous les processus de recherche, il y a des limites.

Six entrevues ont été réalisées. Bien que l'équipe de recherche ait contacté de nombreux intervenants clés, les réponses ont été limitées.

Dans le cadre de ce projet, l'équipe de recherche a limité la portée des travaux et adopté une définition précise des TA pour orienter les questions de recherche. Bien que l'équipe ait répondu à ces questions au mieux possible, des travaux supplémentaires demeurent nécessaires pour approfondir cet enjeu essentiel.

3 Constatations

Ce rapport résume les conclusions de la littérature et des entretiens avec les informateurs clés⁴.

3.1 Définir les technologies d'assistance, prévalence, incidence et indicateurs

Les technologies d'assistance (TA) sont de plus en plus au cœur de la façon dont les personnes âgées au Canada vivent, vieillissent et participent à la société. Autrefois définis de façon restrictive comme des dispositifs qui compensent la perte fonctionnelle, les TA englobent désormais un large éventail d'outils qui améliorent l'indépendance, la sécurité et la connexion sociale. Cette section examine l'évolution des définitions des TA et leur intersection avec l'innovation en matière de gérontechnologie, largement définie comme la technologie destinée aux personnes âgées; passe en revue les connaissances actuelles sur la prévalence et l'incidence de l'utilisation des TA chez les aînés au Canada et au sein d'administrations comparables; et évalue les cadres d'évaluation existants (et absents) qui mesurent les répercussions tangibles sur la qualité de vie, la santé et l'inclusion. Elle se termine en décrivant les options en matière de politiques pour renforcer la normalisation, l'intégration, l'évaluation et l'équité dans l'écosystème des TA du Canada.

3.1.1 Définitions des technologies d'assistance

Le discours scientifique et politique des dernières années a affiné et élargi les définitions des TA, reflétant l'évolution technologique, les cadres d'inclusion plus larges et les modèles sociaux et de droits de la personne liés à l'incapacité. Les TA comprennent désormais les outils de santé numériques, les systèmes de surveillance à domicile, les aides à la rééducation et à la mobilité, les technologies de communication et les technologies intelligentes ou portables. La définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est la suivante :

« La technologie d'assistance est l'application de connaissances et de compétences organisées liées aux produits d'assistance, y compris les systèmes et les services. La technologie d'assistance est un sous-ensemble de la technologie de la santé.

⁴ Voir l'annexe A pour un résumé des entretiens avec les informateurs clés.

Un produit d'assistance est tout produit externe (y compris les appareils, équipements, instruments ou logiciels), spécialement fabriqué ou disponible dans le commerce, dont l'objectif principal est de maintenir ou d'améliorer le fonctionnement et l'indépendance d'une personne, et ainsi de promouvoir son bien-être. Les produits d'assistance sont également utilisés pour prévenir les handicaps et les problèmes de santé secondaires. » (Assistive products list, 2016)

Ce même rapport inclut également la définition de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) :

« Un produit d'assistance est tout produit (y compris les appareils, équipements, instruments et logiciels), spécialement fabriqué ou disponible dans le commerce, utilisé par ou pour les personnes en situation de handicap afin de leur permettre de participer à la vie sociale, de protéger, soutenir, entraîner, mesurer ou remplacer des fonctions/structures corporelles et des activités, ou de prévenir des déficiences, des limitations d'activité ou des restrictions de participation. » (ISO 9999:2016 Assistive products for persons with disability — Classification and terminology, 2016)

Le présent rapport utilise la définition de TA telle qu'elle a été exposée précédemment. Cette définition situe les TA dans l'écosystème plus large de la gérontechnologie décrit par Genge, McNeil, Debergue et Freeman (2023), où la gérontechnologie « *fait référence à des solutions matérielles ou logicielles conçues explicitement pour ou avec le potentiel de fournir des avantages aux personnes âgées et à leurs proches aidants* » et comprend « *un portefeuille diversifié d'innovations issues de la santé numérique, des technologies d'assistance, de l'Internet des objets (IDO), des dispositifs/diagnostics médicaux, de la robotique, des dispositifs portables et d'autres technologies basées sur des capteurs* » (Genge C. M., 2023, p. 3).

S'appuyant sur l'OMS et la littérature connexe, les TA sont considérés à la fois comme des aides cliniques et des soutiens clés pour l'inclusion et la participation. Ces fonctions aident les personnes âgées à vieillir à domicile tout en maintenant leur autonomie et leur indépendance. Comme Genge et coll. (2023) le soulignent, les personnes âgées et les personnes proches aidantes « *sont maintenant en mesure d'accéder à un plus large éventail d'approches et de technologies améliorées pour soutenir une approche holistique du vieillissement en bonne santé, actif et socialement connecté* », et les outils de gérontechnologie « *peuvent aider les personnes âgées à vieillir à domicile en empêchant les transitions dans les soins grâce à une amélioration de la santé et du bien-être, en permettant aux gens de bien vivre avec la progression de la fragilité et de la mauvaise santé, et/ou en créant des collectivités et des structures sociales adaptées pour les aînés* » (p. 3).

L'utilisation d'une définition plus large de la technologie d'assistance reflète une conception sociale du handicap qui met l'accent sur l'élimination des obstacles et le soutien à l'autonomie, à l'inclusion et à l'accès à la vie quotidienne des personnes.

Cette vision plus large considère les technologies d'assistance comme faisant partie d'un écosystème de gérontechnologie en pleine expansion qui comprend les outils de santé numériques, les technologies domotiques, les capteurs, les appareils portables et la robotique (Read et al., 2023; Genge et al., 2023). Des recherches menées au Canada montrent que lorsque les personnes ont accès aux technologies d'assistance dont elles ont besoin, les avantages vont au-delà des résultats en matière de santé et se traduisent par une participation sociale et une contribution économique accrues (Wang & Wilson, 2022).

Considérer les technologies d'assistance dans le cadre de cet écosystème plus large met en évidence la nécessité d'une collaboration entre les secteurs de la santé, du vieillissement, de l'innovation et de l'accessibilité, plutôt que de les traiter comme une question médicale ou restreinte. Cette perspective renforce également l'idée que les technologies d'assistance ne servent pas uniquement à gérer le handicap, mais aussi à favoriser un vieillissement en bonne santé, l'inclusion dans la communauté et la participation à la vie professionnelle et quotidienne. D'un point de vue politique, investir dans les technologies d'assistance peut donc soutenir des objectifs sociaux plus larges et contribuer à la croissance économique dans une population vieillissante (Wang & Wilson, 2022 ; Genge et al., 2023).

L'intelligence artificielle (IA) modifie très rapidement le paysage des définitions. L'IA élargit ce que signifie « assistance », comment elle est fournie et qui en bénéficie. Traditionnellement, les TA étaient conçues comme des outils pour compenser les limitations fonctionnelles. Aujourd'hui, les systèmes basés sur l'IA brouillent la frontière entre les technologies d'assistance, adaptatives et grand public, rendant les TA plus dynamiques, prédictives et personnalisées (Moharana, et coll., 2025; Pasetto de Freitas, et coll., 2022; Perry, Sun, Munro, Boulton, & Guastella, 2024; Silvera-Tawil, et coll., 2025; Treviranus, et coll., 2025).

3.1.2 Prévalence et incidence de l'utilisation des technologies d'assistance chez les personnes âgées

Comprendre l'utilisation des TA chez les personnes âgées est difficile, car les enquêtes auprès de la population ne prennent généralement en compte que les appareils traditionnels, tels que les aides à la mobilité, à l'audition et à la vision. Les catégories de TA plus larges ne figurent pas dans la plupart des sources de données canadiennes ou internationales. Cette disparité reflète un manque de définitions normalisées ou de cadres de production de rapports, ce qui rend difficile le suivi de l'utilisation, la comparaison des résultats ou l'évaluation des tendances.

Compte tenu de ces limites, les sous-sections suivantes résument ce que l'on sait des études canadiennes et internationales.

3.1.3 Données canadiennes

Estimations de prévalence

Les données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) montrent que l'utilisation des TA est courante chez les personnes âgées vivant dans la

collectivité, en particulier pour les aides à la mobilité, à l'audition et à la vision. Sur 51 000 participants âgés de 45 à 85 ans, environ une personne sur 5, ou 20 %, des répondants ont déclaré utiliser au moins un dispositif d'assistance (Ishigami, et al., 2020).

Les aides à la mobilité étaient les appareils les plus couramment utilisés. Environ 20 % des femmes et 15 % des hommes ont déclaré utiliser un appareil fonctionnel lié à la mobilité (Ishigami et al., 2020). Ces renseignements correspondent aux données nationales sur le handicap, qui montrent que les limitations de mobilité augmentent fortement avec l'âge. En 2022, 25,5 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus avaient une déficience motrice (Incapacités liées à la mobilité, 2024). Parmi les personnes ayant une déficience motrice, 52 % ont déclaré utiliser des aménagements adaptés à leur domicile, le plus souvent des aides pour la salle de bain, des douches ou des baignoires à accès facile, ainsi que des rampes ou des ascenseurs (Incapacités liées à la mobilité, 2024).

Les technologies d'aide à la vision semblent moins courantes dans l'ÉLCV, peut-être parce que les lunettes ne sont pas classées comme des appareils fonctionnels. Les données nationales permettent de contextualiser cette constatation. En 2022, 11,4 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus avaient une déficience visuelle (Incapacité liées à la vision, 2025). Parmi les personnes ayant une déficience visuelle, 22 % ont déclaré utiliser des fonctionnalités spécialisées sur un appareil, des logiciels ou des applications spécialisés, ou d'autres adaptations, notamment des logiciels d'agrandissement d'écran, des logiciels de reconnaissance vocale ou de synthèse vocale, et des lecteurs d'écran (Incapacité liées à la vision, 2025).

Lorsque l'on considère les TA numériques dans leur ensemble, leur adoption reste limitée chez les personnes âgées en situation de handicap. En 2022, 66 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus ayant un handicap ont déclaré ne pas utiliser d'aides, d'appareils ou de technologies d'assistance liés aux technologies de l'information et de la communication, tandis que 34 % ont déclaré les utiliser (Utilisation d'aides, d'appareils ou de technologies fonctionnels liés aux technologies de l'information et des communications pour les personnes ayant une incapacité selon le groupe d'âge et le genre, 2024). Parmi les Canadiens âgés de 65 ans et plus, les handicaps liés à la douleur (68 %), à la mobilité (63 %) et à la souplesse (59 %) étaient les types de handicaps les plus courants, et près de la moitié (42 %) des aînés en situation de handicap ont déclaré avoir quatre handicaps concomitants ou plus (Incapacités liées à la douleur, 2024).

L'état de santé est étroitement lié à l'utilisation de TA. Dans l'ÉLCV, les personnes souffrant d'au moins cinq maladies chroniques étaient celles qui utilisaient le plus souvent des TA, environ 4 personnes sur 10 déclarants utiliser au moins une TA (Ishigami et al., 2020). Cette tendance correspond aux données nationales sur la douleur et les handicaps liés à la mobilité. En 2022, 27,6 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus souffraient d'un handicap lié à la douleur, et 23,7 % souffraient d'un handicap lié à la mobilité (Incapacités liées à la douleur, 2024; Incapacités liées à la

flexibilité, 2024). Parmi les personnes ayant un handicap lié à la souplesse, 68 % ont déclaré utiliser une aide, un appareil ou une technologie d'aide à la mobilité, comme une canne, un déambulateur ou un prolongateur de portée (Incapacités liées à la flexibilité, 2024).

Les facteurs sociaux sont également liés à l'utilisation des TA. Les résultats de l'ÉLCV montrent une utilisation plus fréquente chez les personnes qui vivent seules, qui déclarent participer rarement à la vie sociale ou qui se sentent seules (Ishigami et al., 2020). Ces tendances reflètent probablement des niveaux d'invalidité plus élevés et un soutien informel moins important, plutôt qu'une contribution des TA à l'isolement social. Les données nationales montrent de même que les personnes ayant des handicaps plus graves en matière de mobilité ou de souplesse sont plus susceptibles de recevoir de l'aide pour les activités quotidiennes (Incapacités liées à la mobilité, 2024; Incapacités liées à la flexibilité, 2024).

L'utilisation d'appareils auditifs suit les schémas connus de perte auditive. Les hommes âgés sont plus susceptibles d'utiliser des appareils auditifs, l'utilisation la plus élevée étant signalée chez les hommes âgés de 65 à 85 ans qui vivent avec d'autres personnes (Ishigami et al., 2020). Les données nationales montrent que 13,6 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus ont une déficience auditive. Parmi les personnes ayant une déficience auditive, 51 % ont déclaré utiliser des technologies d'aide à l'audition (Incapacités liées à l'ouïe, 2025). Cependant, si l'on ajoute à ces résultats les données relatives aux TA liées aux technologies de l'information et des communications (TIC), on constate que si certains appareils d'aide spécifiques à certaines pathologies sont largement utilisés, les TA numériques plus générales restent sous-utilisées chez les personnes âgées en situation de handicap.

Lacunes dans les données

Ensemble, l'ÉLCV et l'Enquête canadienne sur l'incapacité fournissent des données solides sur la prévalence de l'utilisation des technologies d'aide chez les Canadiens âgés et sur la répartition de cette utilisation selon le type d'incapacité, l'état de santé et les facteurs sociaux. Ces deux sources canadiennes se concentrent principalement sur les TA traditionnelles telles que les aides à la mobilité, à l'audition et à la vision, ainsi que les adaptations du domicile. Bien que l'Enquête canadienne sur l'incapacité comprenne des informations limitées sur les TA liées aux TIC, les TA numériques et logicielles ne sont pas prises en compte de manière exhaustive, et aucune des deux sources ne fournit une image intégrée des TA émergentes ou intelligentes utilisées par les personnes âgées.

De plus, aucune des deux sources ne fournit de données sur l'incidence, ce qui signifie qu'elles ne montrent pas quand les personnes commencent à utiliser les TA ni comment leur adoption évolue au fil du temps. Par conséquent, si l'ampleur de l'utilisation des TA et des besoins non satisfaits est bien documentée, les voies menant à leur adoption et les modèles d'utilisation à long terme restent moins bien compris (Ishigami et al., 2020; Utilisation des aides, appareils ou technologies d'assistance liés aux technologies de

l'information et de la communication pour les personnes ayant une incapacité selon le groupe d'âge et le genre, 2024).

3.1.4 Données internationales

Estimations de prévalence

Il est difficile d'estimer à l'échelle internationale la prévalence de l'utilisation et des besoins en matière de TA. Une analyse exploratoire de 103 études menées dans la région européenne de l'OMS a révélé que moins de la moitié d'entre elles faisaient état d'estimations de prévalence, et que celles qui le faisaient utilisaient des définitions, des sources de données et des méthodes variables, ce qui rendait les comparaisons difficiles (Mishra et al., 2022). Les données mondiales issues du Rapport mondial de l'OMS sur les technologies d'assistance fournissent un contexte plus large sur les besoins au niveau de la population. Sur la base d'enquêtes représentatives et d'estimations modélisées, l'OMS estime qu'environ 31 % de la population mondiale a besoin d'au moins un produit d'assistance, lunettes comprises, et qu'environ 11 % a besoin d'un produit d'assistance autre que des lunettes, ce qui représente plus de 2,5 milliards de personnes dans le monde (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022). Les besoins augmentent fortement avec l'âge. L'OMS estime que près des deux tiers des personnes âgées de 60 ans et plus ont besoin d'au moins un produit d'assistance, ce qui reflète les effets combinés du vieillissement, des maladies chroniques et du déclin fonctionnel (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022).

Dans les pays inclus dans les enquêtes démographiques de l'OMS, entre 10 % et 69 % des personnes ont déclaré avoir besoin de produits d'assistance, et 3 % à 90 % ont déclaré y avoir accès, selon le contexte national et le niveau de développement socio-économique (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022). Les obstacles courants à l'accès comprennent le coût élevé, la disponibilité limitée et le manque de soutien, de nombreuses personnes dépendant d'achats privés ou de l'aide financière de membres de leur famille (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022).

Conformément aux conclusions tirées en Europe et au Canada, les études internationales se concentrent principalement sur les produits d'assistance traditionnels tels que les lunettes, les appareils auditifs, les aides à la mobilité et les adaptations de base du domicile. Les besoins liés à l'audition et à la vision sont plus susceptibles d'être satisfaits que ceux liés à la communication, à la cognition ou aux soins personnels, où les besoins non satisfaits restent élevés (Mishra et al., 2022 ; Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022). Bien que le portail de données sur les technologies d'assistance de l'OMS fournisse des estimations des besoins au niveau national, il n'existe actuellement aucune donnée spécifique au Canada sur l'accès ou l'utilisation des TA par la population, ce qui met en évidence une importante lacune dans les données (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022).

Estimations d'incidences

Les données fiables sur l'incidence de l'utilisation des TA (le taux auquel les personnes commencent à utiliser des produits d'assistance) sont limitées à l'échelle internationale. Le rapport mondial de l'OMS se concentre sur la prévalence des besoins et l'accès, soulignant que la plupart des données disponibles sont transversales et ne permettent pas de suivre l'évolution de l'utilisation des TA au fil du temps (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022). Alors que l'OMS prévoit que le nombre mondial de personnes ayant besoin de produits d'assistance passera à 3,5 milliards d'ici 2050, en grande partie en raison du vieillissement de la population, le rapport n'estime pas les taux d'adoption ou les transitions vers l'utilisation des TA (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022).

Les données provenant des pays à revenu élevé reflètent des limites similaires. Des études menées au Royaume-Uni et en Australie suggèrent que l'utilisation des TA chez les personnes âgées est en augmentation, mais elles ne fournissent pas d'estimations chiffrées de l'incidence et n'identifient pas clairement à quel moment les personnes commencent à utiliser des appareils fonctionnels (Bridge et al., 2021; Sweeting et al., 2024). Comme au Canada, les données internationales disponibles sont suffisantes pour décrire l'ampleur des besoins et des besoins non satisfaits, mais pas le moment ni les voies d'adoption.

3.1.5 Indicateurs et cadres d'évaluation pour évaluer l'efficacité des politiques en matière de TA

La littérature et les informateurs clés soulignent systématiquement la fragmentation dans la manière dont les systèmes de TA sont évalués, la plupart des cadres existants mettant l'accent sur les appareils ou les résultats cliniques plutôt que sur l'intégration du système, l'équité, l'expérience utilisateur et les incidences à long terme. Cette fragmentation limite la comparabilité entre les programmes et les juridictions et entrave la prise de décision fondée sur des données probantes. De plus amples informations sur les priorités en matière d'évaluation, avec des cadres détaillés et des ensembles d'indicateurs, sont fournies à l'annexe B.

3.1.6 Principaux éléments à retenir

- **Les définitions des TA s'élargissent**, englobant désormais les technologies numériques, préventives et socialement habilitantes au sein de l'écosystème plus large de la gérontechnologie.
- **La technologie numérique redessine le paysage**, estompant les lignes de démarcation entre les technologies d'assistance, d'adaptation et les technologies courantes.
- **Les données canadiennes et internationales de prévalence et d'incidence sont limitées et incohérentes.** Elles portent surtout sur les dispositifs traditionnels et ne tiennent pas compte de définitions normalisées.
- Les données canadiennes montrent une forte utilisation des TA traditionnelles chez les personnes âgées, particulièrement chez celles ayant de multiples maladies chroniques ou un niveau plus élevé d'incapacité, tandis que les

technologies d'assistance numériques et fondées sur les TIC demeurent sous-utilisées.

- Il **n'existe pas de cadre unique pour l'évaluation des TA**, mais plusieurs référentiels pertinents qui mettent l'accent sur les approches centrées sur la personne et multipartites sont disponibles (normes AAL, WCAG 2.0, rATA/ATA-C, RE-AIM, ISC) (voir l'annexe B).
- Les indicateurs clés vont au-delà de l'accès et de l'utilisation, et comprennent l'efficacité fonctionnelle, la sécurité, l'autonomie, la participation sociale, la qualité de vie, la satisfaction des utilisateurs et les résultats définis par les personnes âgées.
- Les **indicateurs d'intégration des systèmes** sont de plus en plus importants, notamment l'interopérabilité, la capacité d'évaluation et de prescription, les aides à la navigation et l'harmonisation entre les programmes, mais ils sont rarement mesurés.

3.1.7 Orientations en matière de politiques pour les définitions et les cadres d'évaluation

Recommandation n° 1 : Établir des définitions et des normes d'évaluation nationales pour les TA

- Adopter une définition nationale unifiée des TA qui intègre les perspectives sociales, fondées sur les droits, fonctionnelles et d'innovation numérique pour fournir une clarté conceptuelle aux bailleurs de fonds FPT et sectoriels.
- Convoquer un groupe de travail FPT pour harmoniser la terminologie, les concepts d'évaluation de base et les éléments de données minimum, en reconnaissant que les critères d'admissibilité complets continueront de varier selon l'administration et le bailleur de fonds. Cette harmonisation crée des fondations communes sans exiger des structures d'avantages identiques dans l'ensemble des programmes.
- Élaborer une « lentille des politiques en matière de TA », similaire à l'analyse comparative entre les sexes Plus (ACS Plus), qui peut être appliquée à l'ensemble des programmes FPT et financés par la communauté pour évaluer comment les politiques et les modèles de services ont une incidence sur l'accès et les résultats pour les aînés selon les dimensions de l'âge, de l'incapacité, du revenu, de l'emplacement géographique, de la langue et de l'équité numérique.
- Intégrer les politiques en matière de TA dans les cadres plus larges de la santé, du vieillissement, de l'accessibilité, de l'incapacité et de l'innovation, en assurant la cohérence avec les objectifs nationaux d'accessibilité, les stratégies en matière de technologie et d'innovation et les priorités en matière de vieillissement en bonne santé.

Recommandation n° 2 : Renforcer les systèmes nationaux de données et d'évaluation

- Créer une stratégie pancanadienne de données et d'évaluation des TA pour normaliser les indicateurs d'accès, d'abordabilité et d'efficacité.

- Mettre en œuvre une collecte de données sur les TA cohérente dans les systèmes de santé, sociaux et d'accessibilité, qui comprend les populations institutionnalisées, rurales et autochtones.
- Renforcer les études longitudinales pour suivre l'adoption des TA, les tendances d'utilisation et les résultats.
- Élaborer un cadre d'évaluation national fondé sur des mesures centrées sur l'utilisateur telles que l'autonomie, la satisfaction, la participation sociale et les résultats liés à la santé.

3.2 Politiques FPT sur les technologies d'assistance

Au Canada, l'aide financière aux TA est fournie par le biais d'un mélange complexe de programmes FPT. Bien que chaque administration reconnaisse le rôle des appareils d'aide à la mobilité, à l'audition et à la vision dans le soutien à l'indépendance, la structure de ces programmes diffère considérablement. À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas d'un programme de financement fédéral ou provincial qui offre une couverture large et systématique des TA tout au long de la vie. Au lieu de cela, le soutien public aux TA est assuré par un ensemble disparate de programmes d'aide financière ciblés, souvent liés à des appareils, des diagnostics, des seuils de revenu ou des systèmes de services spécifiques.

Les annexes C et D fournissent un résumé des programmes FPT actuellement offerts, ainsi que la législation pertinente.

3.2.1 Programmes d'aide financière FPT pour les TA

Les programmes résumés ci-dessous illustrent les types d'aides financières qui existent actuellement dans les administrations fédérales, provinciales et territoriales. Les provinces offrent des aides limitées ou spécifiques à certaines conditions, telles que des équipements de réadaptation, des technologies de surveillance à domicile ou des outils de santé numériques, souvent fournis dans le cadre de programmes distincts destinés à la santé, au handicap ou aux aînés, plutôt que dans le cadre d'un programme unifié de TA. De plus, certaines initiatives fédérales apportent un soutien indirect en finançant des infrastructures accessibles ou l'innovation dans les nouvelles technologies.

Tableau 1 - Types de programmes de TA offerts dans l'ensemble du Canada

Type de programme	Description du programme	Administrations
Prestations de santé universelles/à frais partagés	Régimes publics qui financent une part définie des TA approuvées (souvent ~75 % public/ ~25 % client), généralement avec une évaluation clinique et des listes de dispositifs approuvés.	ON, AB, QC, SK, PEI
Soutiens fondés sur le revenu/discretionnaires	Programmes d'aide sociale ou d'invalidité (ou flux de	BC, MB, ON (Programme ontarien de soutien aux

	revenus des ministères de la santé) qui financent des équipements médicalement essentiels pour les bénéficiaires à faible revenu, ou au cas par cas.	personnes handicapées - supplément du POSPH), NB, NS, PEI, NL, QC (prestation spéciale) ⁵
Programmes de prêts	Réserves d'équipement soutenues par le gouvernement ou le système de santé qui prêtent des appareils (à court ou à long terme); les clients ne sont pas propriétaires de l'équipement.	MB, BC, NS, QC, PEI (et certains programmes du NB)
Prestations de santé étendues territoriales	Prestations prolongées fondées sur l'âge ou l'état de santé qui comprennent des TA; interagissent souvent avec le Programme des services de santé non assurés (SSNA).	YK, NWT, NU
Programmes propres à la population	Couverture complète ou partielle pour des groupes définis (p. ex., Premières Nations et Inuits, anciens combattants, réfugiés ou détenus fédéraux).	Fédéral
Soutiens liés à l'emploi/à l'éducation	TA destinées aux étudiants ou aux personnes ayant un emploi/à la recherche d'un emploi (généralement pas accessible aux retraités).	Fédéral, BC

Prestations de santé universelles/à frais partagés

Ces programmes offrent une couverture prévisible dans de vastes catégories de dispositifs, mais nécessitent généralement une évaluation clinique et un partage des coûts. Le [Programme d'appareils et accessoires fonctionnels \(PAAF\) de l'Ontario](#) et le [programme Aids to Daily Living \(AADL\) de l'Alberta](#) en sont les principaux exemples; tous deux financent la majeure partie du coût de l'appareil tandis que les clients paient une partie (Assistive devices program, 2025; Alberta Aids to Daily Living (AADL), s.d.). La [Régie de l'assurance maladie du Québec \(RAMQ\)](#)⁶ et la [Saskatchewan's Aids to](#)

⁵ Le Québec gère un programme public d'aide à l'achat d'appareils auditifs par l'intermédiaire de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ainsi que d'autres programmes de prêt et de remboursement d'aides techniques destinés à des populations spécifiques.

⁶

[Independent Living \(SAIL\)](#) offrent des prestations similaires liées aux listes/diagnostics approuvés (Régie de l'assurance maladie, s.d.; Saskatchewan aids to independent living).

Soutiens fondés sur le revenu/discrétionnaires

Lorsque les régimes universels n'existent pas ou ne couvrent pas entièrement les besoins, des programmes fondés sur le revenu interviennent. Le programme [Medical Equipment & Devices de la Colombie-Britannique](#) finance des articles médicalement essentiels pour les résidents à faible revenu; [le programme d'aide à l'emploi et au revenu \(AER\) – Besoins en matière de santé du Manitoba](#) couvre l'équipement spécifié lorsqu'il n'est pas couvert ailleurs (Medical Equipment and Devices, 2025; Health needs and other benefits, s.d.). Le [POSPH de l'Ontario](#) peut compléter la quote-part du PAAF pour les bénéficiaires, ce qui porte la couverture à 100 % dans certains cas. [Le programme d'aide spéciale de Terre-Neuve-et-Labrador](#) fournit des subventions partielles pour l'équipement spécifié (9.6 - Assistive Devices, 2023; Programs Funded through the Department of Health and Community Services).

Programmes de prêts

Les réserves de prêts réduisent les coûts initiaux, mais limitent la propriété et la flexibilité. Les modèles de prêt fournissent temporairement des dispositifs, à court terme (pour combler les périodes de récupération ou d'attente) ou à long terme (pour une utilisation continue, mais sans propriété). Ces programmes sont très variables. En voici quelques exemples :

- Le [programme de prêt d'équipement de santé de la Croix-Rouge](#) de la Colombie-Britannique et du Yukon sont soutenus par le gouvernement, mais géré par la Croix-Rouge. Il propose à la fois des prêts à court terme (gratuits, généralement jusqu'à trois mois) et des prêts à long terme (fauteuils roulants, lits d'hôpital, aides au bain) pour les personnes ayant des besoins chroniques. L'accès dépend des références des professionnels de la santé, et la portée du programme est façonnée par la disponibilité de l'équipement donné (BC health equipment loan program).
- Les [prêts d'équipement de soins à domicile](#) au Manitoba intègrent directement les prêts d'équipement dans le système de soins à domicile financé par l'État. Les clients jugés admissibles aux soins à domicile peuvent obtenir des appareils de mobilité ou de communication en prêt à long terme pendant toute la durée de leur participation au programme. Les appareils sont retournés à la fin des services, ce qui signifie qu'ils sont liés à l'admissibilité continue aux soins à domicile plutôt qu'à l'accès universel (Materials distribution agency, s.d.).
- Le [programme de prêts communautaires pour fauteuils roulants aux aînés de la Nouvelle-Écosse](#) se concentre étroitement sur la mobilité, en fournissant des fauteuils roulants manuels et électriques aux aînés à mobilité réduite. Il fonctionne par l'intermédiaire des services de santé provinciaux, avec du matériel fourni en prêt mais qui n'appartient pas au client (Continuing Care).

Prestations de santé territoriales étendues

Les trois territoires, le Yukon⁷, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, abordent les TA par le biais de cadres de prestations de santé étendues, plutôt que par les modèles universels ou fondés sur le revenu communs aux provinces. Les programmes territoriaux sont conçus moins comme des « programmes de TA spécialisés » que comme des régimes de prestations étendues complets qui s'intègrent aux soutiens fédéraux et répondent aux contraintes géographiques.

Bien que les trois s'appuient sur des prestations de santé étendues, leurs modèles de financement diffèrent. Le [Programme d'aide aux malades chroniques et aux personnes souffrant d'une incapacité du Yukon](#) offre une couverture complète pour les appareils approuvés. Le [Régime d'assurance-maladie complémentaire des T.N.-O.](#) offre une couverture sans coût partagé aux personnes âgées (60 ans et plus) pour les articles figurant dans la liste des fournitures médicales, des équipements et des prestations de SSNA. Le [Programme de prestations d'assurance-maladie complémentaire du Nunavut](#) offre une couverture complète aux aînés non inuits de 65 ans et plus, tandis que le programme des Services de santé non assurés (SSNA) couvre les aînés inuits selon ses propres formulaires et processus d'approbation préalable (Extended health benefits).

Programmes fédéraux propres à la population

Le gouvernement fédéral n'offre généralement pas de programmes de TA à tous les Canadiens, puisque les services de santé relèvent de la compétence provinciale et territoriale. Son rôle se limite plutôt aux groupes qui ont des obligations constitutionnelles ou statutaires directes. Ceci comprend :

- Les Premières Nations et Inuits, en vertu de la [Loi sur les Indiens \(L.R.C., 1985, ch. I-5\)](#) et les politiques de santé fédérales connexes, administrées aujourd'hui par le biais du [programme des Services de santé non assurés \(SSNA\)](#) (Gouvernement du Canada).
- Les anciens combattants et les membres de la GRC, en vertu de la [Loi sur le ministère des Anciens Combattants \(L.R.C., 1985, ch. V-1\)](#) et la réglementation associée en matière de soins de santé.
- Les réfugiés et les demandeurs d'asile, en vertu de la [Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés \(L.C. 2001, ch. 27\)](#) par le biais du [Programme fédéral de santé intérimaire \(PFSI\)](#); (Gouvernement du Canada).
- Les détenus sous responsabilité fédérale, en vertu de la [Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition \(L.C. 1992, ch. 20\)](#).
- Les membres actifs des Forces armées canadiennes, en vertu de la [Loi sur la défense nationale \(L.R.C., 1985, ch. N-5\)](#) et les politiques de santé internes du ministère de la Défense nationale (MDN).

⁷ Comme indiqué ci-dessus, la Croix-Rouge soutient un programme de prêt pour les technologies d'aide au Yukon et en Colombie-Britannique.

Ces programmes fonctionnent de la même manière que les prestations de santé complémentaires en offrant une couverture complète aux personnes admissibles, mais chacun a ses propres formules, processus d'approbation et limites. Ils n'offrent pas tous des mesures de soutien identiques. Par exemple :

- Les SSNA couvrent un large éventail d'aides à la mobilité, à l'audition et à la vision, mais excluent certains équipements thérapeutiques et nécessitent une approbation préalable.
- Les [programmes de choix d'Anciens Combattants \(PDC\)](#) offrent une couverture étendue, bien que les avantages varient selon la catégorie de droit (Gouvernement du Canada, 2025).
- Le PFSI offre une couverture temporaire et complète aux réfugiés jusqu'à ce que les prestations provinciales commencent.
- Les Services correctionnels du Canada (SCC) et les Services de santé des Forces armées canadiennes couvrent les appareils essentiels à l'interne, avec des seuils d'approbation variables (Gouvernement du Canada, 2024; Gouvernement du Canada, 2025).

Les informateurs clés ont indiqué la variabilité de ce qui est couvert entre les régions de la santé et les provinces, signalant qu'il peut même y avoir une variation du financement à l'intérieur des provinces.

Certains informateurs clés ont signalé d'importantes lacunes en matière de financement :

« Dans cette [province], le financement des fauteuils roulants inclinables est inexistant. »

« Lorsqu'une personne bénéficie de soins à domicile, elle peut accéder à de l'équipement de pointe en location. Cependant, en cas d'admission en soins de longue durée, les coûts liés aux TA sont à la charge de la famille. »

« La question de savoir si l'assurance couvre ou non l'équipement est un obstacle énorme. L'assurance provinciale ne suit pas les progrès en matière de TA. Les avancées se produisent trop rapidement. »

« La [province] a tendance à être une « terre de projets pilotes ». Il y a beaucoup d'entreprises en démarrage avec de bonnes idées, mais elles ne se matérialisent pas en tant que produits auxquels les gens peuvent avoir accès. Il est difficile de trouver un financement pour les TA, car les voies de mise à l'échelle des nouvelles TA dans l'ensemble du système sont lourdes. »

[Soutiens liés à l'emploi/à l'éducation](#)

Ces programmes ciblent les personnes qui étudient ou qui sont encore sur le marché du travail. Au niveau fédéral, le [Bourse canadienne pour étudiants](#) et le [Fonds d'intégration](#) peut financer les TA et les mesures d'adaptation (Bourse canadienne pour étudiants à temps plein, 2025; Fonds d'intégration pour les personnes handicapées,

2025). En Colombie-Britannique, les [services de technologies d'assistance de WorkBC](#) fournit des TA liés au lieu de travail (WorkBC). (Ces programmes ne sont généralement pas offerts aux personnes retraitées.)

Initiatives d'accessibilité et d'innovation (aucune prestation directe)

En plus des programmes de prestations qui aident les individus à acquérir des TA, les gouvernements investissent dans l'innovation et les infrastructures pour élargir l'accès futur et réduire les obstacles environnementaux. Ces initiatives ne financent pas directement les appareils pour les individus, mais elles servent trois fins :

- Soutenir le développement technologique : financer la recherche et la commercialisation de nouveaux dispositifs adaptatifs.
- Mettre à l'échelle des pratiques prometteuses : mener des projets pilotes pour évaluer des modèles de services et des technologies avant leur mise en œuvre à plus grande échelle.
- Construire des environnements accessibles : effectuer une mise à niveau de l'infrastructure pour réduire la dépendance aux appareils individuels et mieux les adapter.

Les provinces ont également mis à l'essai des projets pilotes d'innovation. Par exemple, le [projet pilote de dispositif de localisation de l'Alberta](#) a mis à l'essai des dispositifs de GPS portables pour les personnes atteintes de démence, le [projet pilote CAPABLE de la Nouvelle-Écosse](#) a combiné des modifications domiciliaires et des outils adaptatifs avec des soutiens en matière de santé, et [le programme de soins de longue durée à domicile de la Colombie-Britannique \(LTC@Home\)](#) équipe le domicile de personnes âgées de technologies de surveillance à distance et de soins virtuels (Alberta Health Services, 2015; Government of Nova Scotia, 2023; Government of BC, 2025).

3.2.2 Mobilisation des intervenants pour des politiques en matière de TA inclusives

Dans la littérature, la participation directe des aînés, des personnes proches aidantes, des travailleurs des soins rémunérés et de l'industrie révèle des obstacles que les approches descendantes omettent (p. ex., l'abordabilité, la stigmatisation et la complexité de la navigation) et renforce la légitimité, l'équité et l'adoption des politiques qui en résultent (Mattison, Wilson, Wang, & Waddell, 2017; Fang, et al., 2019). Les approches itératives et participatives renforcent également l'appropriation des choix politiques et lient les décisions à ce que les personnes âgées définissent comme des résultats significatifs (Ebuenyi, 2023)

Plusieurs mécanismes de mobilisation sont mentionnés dans l'ensemble des études :

Les **cadres de conception conjointe itératifs**, (par exemple, IDEAL PROCESS, conception centrée sur l'humain et approches de recherche participative) montrent que la participation des personnes âgées, des proches aidants, des prestataires et de l'industrie à plusieurs étapes renforce la légitimité et l'appropriation des politiques qui en résultent (Ebuenyi, 2023).

Les **normes et directives**, telles que l'Initiative pour l'accessibilité du Web (WAI) du W3C, fournissent des lignes directrices précises sur la manière dont les Directives pour l'accessibilité du contenu Web (WCAG) 2.0 s'appliquent aux personnes âgées, en notant le chevauchement des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (W3C Web Accessibility Initiative, 2018). Dans leurs directives de conception, elles encouragent fortement la participation des utilisateurs à la conception dès le départ et de manière continue, et pas seulement à la fin (W3C Web Accessibility Initiative, 2020). Les lignes directrices encouragent le recours à des méthodes de participation structurées mais flexibles, y compris des ateliers, des entretiens et des essais de convivialité. En combinant les normes et l'expérience vécue, les W3C montrent comment la conception peut faire le pont entre les exigences techniques et les perspectives du monde réel.

L'**intégration de première ligne** par la participation des prestataires et les boucles de rétroaction a montré que la mobilisation des cliniciens et l'harmonisation des mesures incitatives ont façonné la faisabilité et la portée. Elle a également souligné le rôle des travailleurs des soins rémunérés et des prestataires de soins en tant qu'informateurs critiques sur les contraintes de mise en œuvre (Bhatia, 2021).

Le **dialogue entre les acteurs du système et l'industrie** par le biais de processus de mobilisation structurés (p. ex., des groupes de travail avec plusieurs intervenants, des examens itératifs des données probantes et des séances de conception conjointe) a permis de concilier des priorités concurrentes (c.-à-d., les besoins des utilisateurs prioritaires par rapport aux exigences en matière de données probantes au niveau du système) en soutenant des modèles d'évaluation plus adaptatifs et par étapes (Desvequx, 2017; Bhatia, 2021).

Des **alliances de normalisation** (comme des collaborations intersectorielles avec des organismes de normalisation, des développeurs, des chercheurs et des acteurs politiques) et une **collaboration de type laboratoire vivant** (c.-à-d. des environnements d'essai en situation réelle où les technologies sont mises à l'essai auprès de personnes âgées, de personnes proches aidantes et de prestataires) ont créé des voies plus claires et plus prévisibles vers la mise à l'échelle, tout en maintenant la réactivité aux besoins locaux. La collaboration de type laboratoire vivant a également été associée à des trajectoires d'évolution plus claires, tout en permettant de rester réactif aux besoins locaux (Abhari, 2024).

Les **approches participatives axées sur l'équité** comprenaient délibérément des groupes confrontés à des désavantages croisés (p. ex., faible revenu, ruralité, incapacité), en utilisant des méthodes telles que les dialogues délibératifs et les cafés du savoir pour concevoir des solutions de façon conjointe et intégrer la culture numérique dans des activités significatives (Fang, et al., 2019; Mattison, Wilson, Wang, & Waddell, 2017).

Ensemble, ces constatations laissent entendre que les gouvernements peuvent mobiliser efficacement les intervenants au moyen de processus structurés, répétés et

axés sur l'équité qui combinent la délibération des citoyens, la conception conjointe itérative, les normes accessibles et le dialogue multisectoriel continu. Les aînés et les personnes proches aidantes apportent leur point de vue sur l'expérience et les valeurs vécues; les travailleurs des soins rémunérés fournissent des informations sur la faisabilité pratique; et les partenaires de l'industrie soutiennent la normalisation, l'évaluation et la mise à l'échelle. La combinaison de ces mécanismes renforce à la fois l'inclusivité et la durabilité des politiques en matière de TA.

3.2.3 Principaux éléments à retenir

- Les programmes FPT en matière de TA ont souvent du mal à suivre le rythme de l'évolution et de l'expansion rapides du domaine, ce qui se traduit par des définitions et des critères d'éligibilité qui ne reflètent pas toujours les formes **modernes, numériques et émergentes** des TA.
- Les programmes FPT en matière de TA **ont fragmenté le financement des TA**. Il existe des variations dans la couverture, l'admissibilité et les types d'appareils. Il peut être difficile pour les personnes aînées de s'y retrouver pour identifier leurs droits.
- De nombreux aînés et personnes à revenu faible ou moyen **sont confrontés à des obstacles financiers et à des besoins non satisfaits**, en particulier en ce qui concerne les TA avancées ou numériques.
- Le **soutien à l'innovation et à l'infrastructure** augmente, car les gouvernements investissent dans des projets pilotes, l'élaboration de technologies et des environnements accessibles pour élargir l'accès futur aux TA.
- Une **mobilisation inclusive et itérative** des aînés, des personnes proches aidantes, des prestataires et de l'industrie améliore la convivialité, la légitimité et la durabilité pour ultimement améliorer les politiques.

3.2.4 Recommandations stratégiques pour les politiques FPT :

Recommandation n° 3 : Élargir et moderniser le financement et la couverture des TA

- En s'appuyant sur la recommandation n° 1, élargir les critères d'admissibilité aux programmes provinciaux/territoriaux d'appareils fonctionnels afin de refléter toute la gamme des technologies d'aide contemporaines. Cette gamme comprend les appareils traditionnels ainsi que les technologies numériques, basées sur des capteurs, d'aide cognitive et d'intelligence artificielle qui améliorent de manière démontrée le fonctionnement, la sécurité ou l'autonomie. L'utilisation de la définition nationale des TA et des normes d'évaluation établies dans la recommandation n° 1 guidera les décisions d'admissibilité et de remboursement en fonction des résultats démontrés en matière de fonctionnement, de sécurité, d'autonomie ou de soutien aux aidants. Introduire des subventions ciblées pour les personnes aînées à faible revenu et celles qui se trouvent dans la « tranche intermédiaire », afin de garantir l'accessibilité financière pour toutes les tranches de revenu et de réduire les besoins non satisfaits.

- Investir dans des outils de navigation pour aider les personnes âgées à comprendre les avantages auxquels elles ont droit.
- Aligner les approches de remboursement pour refléter plus précisément les coûts réels, tout en reconnaissant la variabilité régionale des prix, de la disponibilité, des modèles de prestation de services et des conditions du marché.
- Intégrer les coûts de formation, d'installation et de soutien des personnes proches aidantes et des utilisateurs dans les mécanismes de financement pour promouvoir une utilisation durable, réduire l'abandon et améliorer la confiance et la sécurité des utilisateurs.

3.3 Comparaisons des politiques internationales

Pour explorer les orientations potentielles des politiques canadiennes en matière de technologies d'assistance (TA), cette section examine comment d'autres pays organisent et financent leurs systèmes de TA, soutiennent l'éducation et la culture numérique et s'attaquent aux disparités d'accès. L'approche de chaque administration reflète son propre contexte de gouvernance, de financement et démographique, mais ensemble, elles mettent en évidence des caractéristiques de conception pertinentes pour les solutions en matière de politiques canadiennes.

3.3.1 Les politiques internationales en tant que modèles de financement efficaces pour l'adaptation au contexte canadien

Pour élargir la compréhension des options en matière de politiques pour le Canada, l'équipe de recherche a examiné comment plusieurs pays structurent le financement des TA dans leurs systèmes de santé, d'invalidité et de vieillissement. Ces modèles diffèrent en matière de gouvernance, de financement et de prestation de services, mais chacun démontre des mécanismes qui aident à assurer un accès plus équitable et durable. Plutôt que d'identifier les « pratiques exemplaires », l'accent est mis sur les caractéristiques de conception des politiques qui permettent à ces systèmes de fonctionner efficacement dans leurs contextes respectifs et sur les perspectives qu'ils offrent au Canada. L'efficacité dans cette section est subjective et ne repose pas sur les résultats de la recherche évaluative.

Royaume-Uni – National Health Service (NHS) – Prestation universelle intégrée	
Description	Dans le cadre du NHS, les TA tels que les fauteuils roulants, les prothèses, les prothèses auditives et les aides à la communication sont traités comme des avantages essentiels pour la santé fournis gratuitement aux utilisateurs à la suite d'une évaluation clinique (World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022). Le financement provient du budget national du NHS et est administré par des fiducies locales du NHS, qui agissent en tant qu'autorités régionales de mise en service et de prestation de services. Ces fiducies gèrent l'approvisionnement, la remise à neuf et la réparation, souvent en coordination avec les

Royaume-Uni – National Health Service (NHS) – Prestation universelle intégrée	
	autorités locales qui cofinancent les mesures d'adaptation domiciliaires et les soutiens environnementaux. Au cours des dernières années, le NHS a également commencé à tester une couverture élargie des technologies numériques et de soins à distance qui servent d'aides à la communauté. Dans toute l'Angleterre, des dizaines de projets pilotes introduisent des outils numériques de surveillance à distance et d'auto-évaluation via l'application NHS, permettant aux patients de partager des informations clés sur leur santé (telles que leurs signes vitaux) avec des cliniciens depuis leur domicile et facilitant la gestion des maladies chroniques en dehors des cadres traditionnels. Ces projets pilotes, qui comprennent des essais soutenus par le gouvernement dans des domaines tels que les maladies des motoneurones et d'autres parcours de soins chroniques, visent à informer une intégration plus large des soins numériques dans les services du NHS (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025).
Ce qui le rend efficace	• Droit national avec flexibilité locale : accès universel défini au niveau national, fourni par des fiducies locales du NHS responsables des résultats. • Intégration intersectorielle : coordination entre les services de santé, de réadaptation et de protection sociale. • Mécanismes de durabilité : les programmes de remise à neuf et de réutilisation gérés par les fiducies réduisent les coûts et les déchets environnementaux. • Clarté de la gouvernance : les normes nationales (NHS England) garantissent la qualité tout en permettant une adaptation régionale (Mishra S. L.-L., 2024).
Considérations relatives à la mise en œuvre pour le Canada	• Le Canada n'a pas d'assureur santé national unique, ce qui rend difficile l'établissement d'un cadre unifié des droits. • Au Royaume-Uni, la disposition des TA repose sur la coordination entre le système national de santé (NHS) et les systèmes d'aide sociale gérés par les autorités locales; un modèle similaire au Canada nécessiterait une forte coordination intersectorielle et intergouvernementale. • Bien que le modèle du NHS minimise les frais à la charge des patients et favorise l'équité, les délais d'attente pour les TA non urgentes peuvent être longs, ce qui met en évidence le compromis entre l'accès équitable et la réactivité du système. • Il y a de grandes variations de la couverture des TA à l'échelle provinciale, et un programme national de remise à neuf nécessiterait une coordination intergouvernementale et des normes communes.

Royaume-Uni – National Health Service (NHS) – Prestation universelle intégrée

- Pourtant, le système de santé universel du Canada définit déjà certains appareils comme assurés (p. ex., les prothèses) dans certaines provinces et le rôle du gouvernement fédéral dans les programmes des Anciens Combattants et des SSNA ressemble à un droit fédéral.

Suède – Responsabilité municipale décentralisée au sein de la couverture nationale des soins de santé

Description	La Suède intègre les TA dans son cadre de soins de santé universels.⁸ Les municipalités et les conseils de comté partagent les responsabilités en matière de financement et de prestation de services; les appareils sont généralement prêtés plutôt que détenus, et les quotes-parts sont plafonnées à des niveaux modestes (Mishra et al., 2022). Les centres régionaux de TA coordonnent l'évaluation, la distribution et l'entretien, qui sont étroitement liés aux services de soins à domicile et de réadaptation.
Ce qui le rend efficace	• Prestation locale et responsabilisation : le contrôle municipal assure la réactivité aux besoins locaux tout en maintenant l'accès universel. • Prestation basée sur les prêts : les inventaires centralisés réduisent les coûts et soutiennent la durabilité environnementale. • Prestation de services intégrée : la prestation de TA est étroitement liée à la modification du domicile, à la physiothérapie et à l'ergothérapie.
Considérations relatives à la mise en œuvre pour le Canada	• Les responsabilités municipales en matière de soins de santé sont limitées dans la plupart des provinces, et les assiettes fiscales locales varient considérablement. • La mise en œuvre d'un modèle national basé sur les prêts nécessiterait une harmonisation importante des processus d'approvisionnement, d'admissibilité et de recyclage dans toutes les administrations. • Les provinces délèguent déjà des éléments de soins à domicile, de réadaptation et de fourniture d'équipement aux autorités régionales, ce qui suggère une certaine compatibilité avec la prestation locale comme en Suède.

⁸ En Suède, les définitions de TA sont intégrées dans les pratiques régionales et les directives en matière de services plutôt que dans une législation consolidée.

Australie – Financement individualisé basé sur l'assurance par le biais du NDIS	
Description	Le National Disability Insurance Scheme (NDIS) est un programme axé sur le handicap (et non sur l'âge) qui fournit des budgets personnalisés que les participants utilisent pour acheter des TA, financer des aménagements de leur domicile et bénéficier d'aides connexes. Les décisions de financement sont prises sur la base d'évaluations standardisées, de limites de prix nationales et de garanties en matière de qualité et de prestataires (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2022). Les personnes âgées qui ne sont pas éligibles au NDIS peuvent accéder à des AT par l'intermédiaire de My Aged Care, qui s'efforce de coordonner les différents systèmes afin de réduire les lacunes en matière de services.
Ce qui le rend efficace	• Les budgets dirigés par l'utilisateur améliorent l'autonomie. • La gouvernance nationale assure la cohérence entre les états. • Le processus d'évaluation intégré lie les TA aux soutiens sociaux, communautaires et à l'emploi.
Considérations relatives à la mise en œuvre pour le Canada	• Le Canada utilise déjà le financement individualisé dans certains domaines (p. ex., le financement direct de l'Ontario pour les soins à domicile, le financement individualisé des personnes en situation de handicap en Colombie-Britannique et en Alberta), ce qui suggère une compatibilité partielle avec les modèles de financement des TA dirigés par l'utilisateur. • La mise en œuvre d'un programme national de type assurance n'est pas le principal défi à relever. Le principal enjeu pour le Canada réside plutôt dans la mise en place d'une interopérabilité entre les systèmes de financement existants destinés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, ce qui nécessiterait une coordination intergouvernementale similaire à celle qui existe pour l'assurance maladie (Medicare/Medicaid) ou l'assurance-emploi (AE). • La division entre les volets de financement pour le vieillissement et pour l'incapacité est déjà un problème au Canada et pourrait être exacerbée sans une conception minutieuse.

Japon – Intégration par l'assurance soins de longue durée (ASLD)

Description	L'ASLD du Japon, mise en place en 2000, couvre les TA (souvent considérées comme des équipements sociaux/technologies d'assistance et des aménagements du domicile, avec des modèles de location courants et des aides à la prise en charge pour les personnes âgées de 65 ans et plus [et pour les personnes âgées de 40 ans et plus souffrant de troubles liés à l'âge]). Il est financé conjointement par les impôts et les cotisations d'assurance obligatoires et géré localement par les administrations municipales dans le cadre d'un système national de prestations (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022). Les gestionnaires de soins certifiés évaluent l'admissibilité et coordonnent l'approvisionnement et la formation.
Ce qui le rend efficace	• Volet de financement dédié et durable. • Parcours d'admissibilité prévisible (certification des besoins en matière de soins) qui relie l'évaluation aux aides financées. • Intégration des TA aux services de prévention et de soins à domicile. • Prestation de services locale selon les normes nationales.
Considérations relatives à la mise en œuvre pour le Canada	• Le Canada ne dispose pas d'un cadre universel pour les soins de longue durée, ce qui signifie que la mise en œuvre d'un modèle comme celui du Japon nécessiterait de nouveaux mécanismes législatifs et financiers, un financement fédéral-provincial partagé et une coordination avec les prestations existantes telles que le crédit d'impôt pour personnes handicapées et les programmes provinciaux de TA.

États-Unis – Couverture hybride public-privé avec innovation au niveau de l'État

Description	Les États-Unis combinent plusieurs mécanismes : les régimes d'assurance-maladie Medicare (lié à l'âge) et Medicaid (sous condition de ressources) remboursent l'équipement médical durable nécessaire; l'Assistive Technology Act (AT Act) (qui s'adresse à tous les âges) finance des programmes au niveau de l'État qui exploitent des banques de prêts d'appareils, des centres de remise à neuf et offre un financement à faible taux d'intérêt (UNICEF, 2022). Le financement fédéral assure un niveau minimum de coordination, tandis que les États adaptent la prestation aux besoins locaux.
Ce qui le rend efficace	• Coordination fédérale avec flexibilité au niveau de l'État. • Programmes de réutilisation et de financement qui augmentent l'abordabilité.

Japon – Intégration par l'assurance soins de longue durée (ASLD)

	Partenariats entre les organismes publics et les organismes à but non lucratif qui étendent la portée aux populations ayant un accès limité aux services.
Considérations relatives à la mise en œuvre pour le Canada	Le Canada n'a pas d'équivalent national à l'AT Act des États-Unis. La mise à l'échelle des banques de prêt d'appareils ou des programmes de financement à l'échelle nationale serait donc susceptible de ne pas être couverte par les services de santé assurés et nécessiterait un investissement fédéral ou un effort provincial coordonné avec des normes minimales communes et une adaptation locale.

Union européenne (UE) – Cofinancement de la réglementation en matière d'innovation et d'accessibilité

Description	Les programmes de l'UE tels que le programme conjoint AAD, Horizon Europe et l'Acte législatif européen sur l'accessibilité, financent conjointement des projets qui relient l'innovation technologique aux résultats du vieillissement et de l'inclusion (Mantovani, 2016; Alexandru, 2017). Les États membres, les instituts de recherche et les partenaires privés partagent les coûts, et les projets sont évalués selon des indicateurs techniques et sociaux.
Ce qui le rend efficace	Collaboration intersectorielle entre la recherche, les politiques et la pratique. - Conception conjointe avec les utilisateurs pour améliorer l'adoption. Normes européennes partagées qui améliorent l'interopérabilité et la possibilité de mise à l'échelle.
Considérations relatives à la mise en œuvre pour le Canada	- Bien que le Canada ne dispose pas d'une gouvernance supranationale comparable à celle de l'UE, la Loi canadienne sur l'accessibilité et les nouvelles normes nationales en matière d'accessibilité (par exemple, CAN/ASC – EN 301 549:2024 – Exigences d'accessibilité pour les produits et services TIC et CAN-ASC-6.2:2025 – Systèmes d'intelligence artificielle accessibles et équitables) constituent une base de plus en plus solide pour l'accessibilité et l'interopérabilité à l'échelle pancanadienne. - Contrairement à l'approche fondée sur des directives de l'UE, la mise à l'échelle des innovations à l'échelle nationale nécessite toujours des accords interprovinciaux et une harmonisation volontaire, ainsi que des leviers fédéraux en matière de concertation et de financement, plutôt que des directives supranationales contraignantes.

Bien que ces systèmes diffèrent par leur structure, les caractéristiques les plus associées à l'accès équitable sont les suivantes :

- Le financement prévisible basé sur les droits qui traite les TA comme essentiels et non comme discrétionnaires.
- L'intégration avec la prestation de soins de santé et de services sociaux pour rationaliser l'accès et l'entretien.
- Les mécanismes de responsabilisation et de durabilité, tels que les banques de prêt et les rapports nationaux.

Le Canada a déjà plusieurs mécanismes qui reflètent des aspects de ces modèles, y compris les prestations provinciales de TA, les programmes de prêt d'équipement, le financement individualisé dans certaines administrations et les programmes administrés par le gouvernement fédéral tels que les Anciens Combattants et le programme des Services de santé non assurés. Ces structures existantes démontrent que des éléments de financement prévisible, de prestation intégrée et de gestion durable des appareils sont déjà présents dans le contexte canadien.

Les informateurs clés ont renforcé les preuves internationales selon lesquelles les systèmes fondés sur les droits et les prêts améliorent l'équité et l'adoption.

« Il est important de se concentrer sur le droit individuel de vivre dans la dignité et de façon indépendante, et pas seulement sur la réduction des coûts ou le maintien des personnes chez elles et hors de l'hôpital. Le Canada devrait lier ses politiques à une approche plus large fondée sur les droits. »

3.3.2 Campagnes internationales de sensibilisation à l'éducation et de culture numérique

L'adoption des TA s'améliore lorsque les utilisateurs et les fournisseurs ont les connaissances et le soutien nécessaires pour utiliser les technologies en toute confiance et efficacement. Plusieurs pays ont introduit des initiatives d'éducation et de sensibilisation qui renforcent la confiance des utilisateurs, élargissent la culture numérique et intègrent les TA dans les soins quotidiens et la vie communautaire.

Royaume-Uni – Intégration de la culture numérique et de la formation des utilisateurs par le biais du NHS et des partenaires communautaires

Description	Le Royaume-Uni intègre l'éducation et la sensibilisation des utilisateurs au sein du NHS et de sa stratégie plus large d'inclusion numérique. La Good Things Foundation , soutenue par NHS Digital, gère des programmes tels que Learn My Way et Digital Health Hubs , qui offrent un encadrement individuel et un apprentissage par les pairs pour les personnes âgées, y compris sur les TA. Les groupes de mise en service clinique financent la formation des patients dans le cadre de la prestation de services de TA (Mishra et al., 2022).
--------------------	--

Royaume-Uni – Intégration de la culture numérique et de la formation des utilisateurs par le biais du NHS et des partenaires communautaires

Ce qui le rend efficace	• Partenariat entre la politique nationale de santé numérique et la prestation communautaire • Apprentissage relationnel continu plutôt que des séances ponctuelles • Intégration avec les voies de référence existantes du NHS
--------------------------------	---

Suède – Suivi continu et apprentissage basé sur les centres de réadaptation

Description	Les centres de TA municipaux de Suède offrent des séances d'adaptation des appareils, d'éducation continue des utilisateurs et de remise à niveau. La formation est dirigée par des ergothérapeutes et des physiothérapeutes et comprend la famille ou les personnes proches aidantes. Le personnel municipal reçoit des modules de formation nationaux normalisés sur les catégories de TA et les outils d'évaluation (Mishra et al., 2022).
Ce qui le rend efficace	• Les visites de suivi obligatoires renforcent l'utilisation adéquate. • Les normes nationales de formation maintiennent la cohérence du service. • L'intégration avec la réadaptation réduit le dédoublement.

Australie – Éducation intégrée dans les plans de TA individualisés

Description	Dans le cadre du NDIS australien, le financement couvre les appareils ainsi que la formation des utilisateurs et des personnes proches aidantes pour assurer une utilisation en toute sécurité. La Quality and Safeguards Commission du NDIS établit des normes minimales de formation des prestataires et exige que la formation soit documentée dans le plan de chaque participant. De plus, le programme fédéral Be Connected finance des ateliers de culture numérique dans des carrefours communautaires pour les personnes âgées, en complément des mesures de soutien du NDIS (UNICEF, 2022).
Ce qui le rend efficace	• La formation est un poste budgétaire explicitement financé. • L'assurance qualité nationale assure la cohérence. • L'intégration avec les programmes généraux de culture numérique augmente la portée.

Japon – Formation des familles et des personnes proches aidantes dans le cadre de l'assurance soins de longue durée

Description	Le modèle japonais d'ASLD comprend l'éducation à domicile pour les utilisateurs et les personnes proches aidantes membres de la famille. Les gestionnaires de soins certifiés coordonnent la formation sur l'utilisation et l'entretien de l'équipement, tandis que les centres de bien-être municipaux gèrent des clubs technologiques pour les personnes âgées qui introduisent des outils numériques à faible coût pour la vie quotidienne (Mishra et al., 2022).
--------------------	--

Japon – Formation des familles et des personnes proches aidantes dans le cadre de l'assurance soins de longue durée

Ce qui le rend efficace	• La formation est un poste budgétaire explicitement financé. • L'assurance qualité nationale assure la cohérence. • L'intégration avec les programmes généraux de culture numérique augmente la portée.
--------------------------------	--

États-Unis – Formation au niveau de l'État, programmes de réutilisation et éducation par les pairs

Description	Chaque État des États-Unis exploite un programme de l'Assistive Technology Act, dont bon nombre offrent des bibliothèques de prêts d'appareils, des centres de démonstration et des ateliers de formation. Des programmes tels que TechOWL Pennsylvania et le Washington Assistive Technology Act Program (WATAP) combinent un enseignement professionnel et dirigé par des pairs, en personne et en ligne. Le financement fédéral soutient le matériel de formation accessible dans plusieurs langues et formats (UNICEF, 2022).
Ce qui le rend efficace	• Cadre fédéral cohérent avec une prestation de services locale flexible. • Accent mis sur la démonstration et le mentorat par les pairs. • Inclusion des populations ayant un accès limité aux services par le biais de programmes de réutilisation.

Union européenne – Sensibilisation par le biais de laboratoires vivants et de sites de référence

Description	Le programme commun AAL et le Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé (PEI sur l'AHA) financent des laboratoires vivants et des sites de référence qui servent de centres de démonstration pour les personnes âgées, les personnes proches aidantes et les prestataires de services (Mantovani, 2016). Ces sites servent également de centres d'éducation où les intervenants mettent à l'essai les technologies et partagent les leçons apprises entre les régions.
Ce qui le rend efficace	• Conception conjointe avec les utilisateurs • Environnements d'apprentissage visibles et expérientiels • Échange de connaissances entre pays

Dans l'ensemble des administrations, les stratégies efficaces d'éducation et de sensibilisation partagent trois caractéristiques :

- L'apprentissage est intégré dans la prestation de services, et non séparé de celle-ci.

- La formation s'étend aux personnes proches aidantes et aux pairs, reconnaissant que les TA sont souvent utilisées dans des environnements partagés.
- La culture numérique et la sensibilisation aux TA sont liées par le biais d'initiatives communautaires et nationales.

Au Canada, les informateurs clés ont souligné que « *plusieurs formations visent les universitaires et l'industrie, mais nous devons éduquer les prestataires de soins de santé* ». Ils ont souligné l'importance d'étendre la formation aux personnes proches aidantes et aux pairs, en faisant remarquer ce qui suit :

« Il faut offrir des séances de démonstration de la technologie financées par des fonds publics pour augmenter l'exposition ... une partie de cet équipement est stigmatisée simplement à cause de son apparence. »

Ces observations reflètent la constatation internationale selon laquelle l'apprentissage intégré dans la prestation de services et la démonstration dirigée par des pairs est la clé d'une adoption durable.

Le paysage actuel du Canada s'aligne sur les approches internationales qui intègrent l'éducation, la culture numérique et l'utilisation des TA. De nombreux programmes provinciaux de TA et de réadaptation comprennent déjà une formation des utilisateurs et des personnes proches aidantes, et les organismes communautaires offrent des programmes de compétences numériques qui soutiennent une confiance technologique plus large. Les initiatives nationales, telles que le financement fédéral de l'alphabétisation numérique par le biais de programmes comme [Connected Canadians/Canadiens branchés](#), ajoutent encore à cette dynamique. Bien que ces activités couvrent plusieurs secteurs, elles suggèrent ensemble que le Canada dispose d'une base significative d'infrastructure d'éducation et de sensibilisation comparable à des modèles plus coordonnés à l'étranger.

3.3.3 Approches internationales pour remédier aux disparités d'accès aux TA

Le Canada fait face à des obstacles persistants à l'accès aux TA pour les résidents des régions rurales et du Nord, les peuples autochtones, les ménages à faible revenu, les nouveaux arrivants et les personnes ayant de multiples incapacités complexes (Global report on assistive technology, 2022; Enhancing equitable access to virtual care in Canada: Principle-based recommendations for equity, 2021). Ces disparités découlent des obstacles liés aux coûts, des critères d'admissibilité provinciaux variables, de la capacité limitée des services locaux et de l'infrastructure numérique incohérente, créant des possibilités inégales d'accéder aux soins basés sur la technologie (AGE-WELL, 2017; Mattison, Wilson, Wang, & Waddell, 2017; Wang & Wilson, 2022). Pour examiner comment ces iniquités peuvent être abordées, la présente section examine les modèles internationaux qui améliorent l'accès équitable aux TA, en mettant l'accent sur la gouvernance, la sensibilisation et les mécanismes d'abordabilité qui pourraient éclairer l'élaboration de politiques canadiennes.

Royaume-Uni – Surveillance de l'équité par le biais de données nationales et d'une sensibilisation ciblée

Description	Le NHS du Royaume-Uni utilise des tableaux de bord nationaux d'équité pour suivre la variation de l'accès aux TA (p. ex., la mobilité motorisée, les aides à la communication) par région, âge et statut socio-économique (Mishra et al., 2022). Le processus de commissionnement spécialisé du NHS England finance des services régionaux de type « carrefour » où la capacité locale est faible, et des cliniques de proximité sont fournies dans les régions rurales et côtières pour améliorer la portée géographique.
Ce qui le rend efficace	• Collecte de données centralisée liée aux décisions de financement. • Sensibilisation intégrée dans les structures de santé existantes. • Publication transparente des rapports régionaux sur l'équité.

Suède et Norvège – Prestation de services régionale et sensibilisation mobile pour l'équité géographique

Description	Les pays nordiques combinent une administration décentralisée avec des équipes de service mobiles qui offrent l'évaluation, l'ajustement et la réparation directement aux communautés éloignées. Les cliniques mobiles de technologie d'assistance relèvent des autorités sanitaires régionales et sont coordonnées par les services municipaux de soins à domicile (Mishra et al., 2022).
Ce qui le rend efficace	• Cohabitation avec les programmes de soins à domicile existants. • Partage des coûts entre les municipalités et les régions. • Maintenance sur site qui minimise les temps d'arrêt pour les utilisateurs.

Japon – Adaptation locale par l'administration municipale dans le cadre de l'assurance soins de longue durée

Description	Dans le cadre de l'ASLD japonaise, les municipalités administrent les prestations, ce qui permet une adaptation locale aux besoins démographiques et culturels (World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022). Les municipalités se coordonnent avec les organismes de bien-être et les réseaux de bénévoles pour s'assurer que les TA atteignent les personnes âgées vivant seules ou dans des régions rurales isolées.
Ce qui le rend efficace	• Accès abordable grâce à la réutilisation et au financement. • Soutien fédéral pour la cohérence. • Partenariats solides avec des organismes à but non lucratif et communautaires.

Union européenne – Cadres juridiques et normes d'accessibilité pour surveiller l'équité

Description	L'Acte européen sur l'accessibilité (2019) et le PEI sur l'AHA exigent des États membres qu'ils surveillent l'accès et les résultats pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, quel que soit leur revenu et leur emplacement géographique (Mantovani, 2016). Les programmes de l'UE financent également des projets de démonstration dans des régions à faibles ressources pour mettre à l'essai des modèles communautaires évolutifs.
Ce qui le rend efficace	• Normes d'accessibilité contraignantes. • Indicateurs de rendement liés au financement. • Évaluation continue des résultats d'inclusion.

Modèles de pays à revenu faible et intermédiaire – Écosystèmes locaux de fabrication et de réparation

Description	Dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, soutenus par l'initiative GATE (Global Cooperation on Assistive Technology) de l'OMS et de l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), les ateliers de production et de réparation locaux ont réduit les coûts et amélioré la durabilité (UNICEF, 2022; Engineering for Change, 2017). En voici quelques exemples : des ateliers communautaires sur les fauteuils roulants et les orthèses au Vietnam et en Tanzanie qui emploient des techniciens locaux formés selon les normes internationales.
Ce qui le rend efficace	• Abordabilité grâce à la fabrication locale. • Conception culturellement appropriée. • Création d'emplois locaux soutenant la durabilité du système.

Dans l'ensemble des administrations, les leçons les plus cohérentes pour réduire les disparités sont les suivantes :

- Soutenir le suivi de l'équité intégré à la gouvernance, en reliant les données au financement et à la responsabilisation.
- Utiliser des programmes mobiles, communautaires et régionaux pour atteindre les populations dont les modèles nationaux ne tiennent pas compte.
- Assurer l'abordabilité et la durabilité des solutions locales (p. ex., réseaux de réutilisation, ateliers de réparation).
- Utiliser une conception inclusive et une élaboration conjointe avec les collectivités pour assurer la pertinence culturelle et linguistique.

Les informateurs clés de toutes les administrations canadiennes ont mentionné des défis parallèles :

« Les politiques sont excellentes, mais elles sont tellement échelonnées, en fonction de l'endroit où vous vivez » et « les régions rurales sont confrontées à

des obstacles sur tous les fronts. Un mauvais service cellulaire, un coût des aliments et du carburant plus élevé et de longues distances à parcourir. »

Ceux qui travaillent dans les milieux autochtones et nordiques ont indiqué que :

« Parfois, dans les communautés, la majeure partie du financement est fournie par les chefs de bande; les fonds peuvent être mal gérés ou prendre beaucoup de temps pour être approuvés; cela dépend si le chef de bande est en phase avec les besoins de sa communauté. »

D'autres ont souligné que :

« Les Autochtones, les nouveaux arrivants et les personnes qui vivent dans la rue peuvent ne pas toujours avoir une carte d'assurance-maladie et avoir du mal à accéder au soutien à domicile ou au financement des TA; même les personnes qui vivent au Canada depuis des années peuvent ne pas toujours avoir une carte d'assurance-maladie. »

Ces voix s'alignent étroitement sur les preuves internationales mettant l'accent sur la prestation décentralisée, la sensibilisation mobile et les partenariats adaptés au niveau local.

Le Canada démontre des éléments de ces approches par le biais d'équipes de sensibilisation provinciales, de services de réadaptation régionaux, de programmes communautaires dans les collectivités nordiques et autochtones et de centres de prêt et de réutilisation à but non lucratif. Les initiatives d'inclusion numérique mises en œuvre par les bibliothèques, les agences d'établissement et les organismes communautaires font également écho aux aspects de l'accent international sur la proximité locale et le soutien ciblé. Ensemble, ces pratiques indiquent que le Canada a des voies émergentes qui reflètent les modèles internationaux axés sur l'équité et sur lesquelles on pourrait s'appuyer.

3.3.4 Principaux éléments à retenir :

- Les données internationales montrent que les **systèmes de TA efficaces partagent plusieurs caractéristiques clés**: un financement prévisible basé sur les droits; l'intégration avec les soins de santé et les services sociaux; et une éducation et une sensibilisation continues pour soutenir une utilisation en toute confiance.
- Des pays tels que **le Royaume-Uni, la Suède, le Japon et l'Australie** fournissent des modèles solides pour des systèmes accessibles, durables et centrés sur la personne.
- Les programmes réussis combinent un accès universel, **une flexibilité locale, une gouvernance claire et des mécanismes intégrés de responsabilisation et de réutilisation**
- **L'éducation et la culture numérique** sont traitées comme des éléments essentiels de la prestation de services de TA, avec une formation étendue aux personnes proches aidantes et aux réseaux de pairs.

- Les **stratégies axées sur l'équité**, telles que la sensibilisation mobile dans les pays nordiques, la prestation municipale au Japon et le suivi de l'équité axé sur les données au Royaume-Uni, garantissent que les populations ayant un accès limité aux services ne sont pas laissées pour compte.
- Le Canada pourrait renforcer son système de TA en **adoptant des normes nationales, en intégrant la formation dans la prestation de services et en liant le financement à des résultats équitables dans toutes les régions.**

3.3.5 Recommandations stratégiques tirées d'exemples internationaux

Recommandation n° 4 : Améliorer la sensibilisation, la navigation et la culture numérique

- Mettre en place une architecture nationale d'information et de navigation sur les TA, soutenue par des points d'entrée adaptés aux provinces et aux territoires, afin de mettre en relation les aînés, les proches aidants, les prestataires de services et les bailleurs de fonds. Cette approche progressive tiendrait compte des différences actuelles entre les juridictions tout en favorisant l'harmonisation avec les définitions, les normes et la terminologie nationales en matière de TA (décrites dans la recommandation n° 1).
- Soutenir les campagnes de sensibilisation du public, les sites de démonstration et les programmes de prêt ou d'essai d'équipement grâce à des financements dédiés, des partenariats avec des organisations communautaires et des programmes locaux visant à réduire la stigmatisation et à promouvoir un vieillissement sain et autonome.
- Simplifier les processus administratifs et les procédures de demande en collaborant avec les personnes âgées et les proches aidants dans le cadre d'une conception collaborative et de tests d'utilisabilité afin d'élaborer des documents d'information rédigés dans un langage simple, multilingues et accessibles.
- Élargir les programmes de culture numérique et technologique pour les aînés et les personnes proches aidantes afin d'améliorer l'adoption et la confiance.

Recommandation n° 5 : Renforcer l'infrastructure de soutien humain et technique

- Investir dans un cadre de formation pancanadien, dispensé par les systèmes provinciaux et territoriaux, à l'intention des professionnels de la santé et autres professionnels concernés, ainsi que des facilitateurs technologiques communautaires.
- Financer des modèles de soutiens mobiles, à domicile et communautaires pour la configuration, la maintenance et le dépannage des appareils.
- Assurer une sensibilisation et un soutien après-vente culturellement et linguistiquement appropriés pour réduire l'abandon des appareils.

3.4 Considérations d'équité et d'inclusion

Les personnes âgées au Canada sont confrontées à des obstacles financiers, techniques et systémiques qui limitent l'accès, l'utilisation efficace et le soutien continu aux TA. Les coûts élevés d'achat, de réparation et de mise à niveau et le financement fragmenté exacerbent ces défis, en particulier pour les groupes visés par l'équité (p. ex., les résidents autochtones, ruraux et du Nord, les nouveaux arrivants, les âgés à faible revenu) et pour les personnes ayant des incapacités multiples ou complexes. Cette section décrit certains de ces obstacles et leur incidence sur l'accès et l'utilisation des TA par les personnes âgées.

3.4.1 Obstacles auxquels les âgés canadiens sont confrontés pour accéder, utiliser et maintenir les technologies d'assistance

Les âgés canadiens sont confrontés à de multiples obstacles pour accéder, utiliser et maintenir les TA qui soutiennent le vieillissement à domicile, l'indépendance et la qualité de vie. Selon l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2022, 22,7 % des personnes en situation de handicap ont déclaré avoir des besoins non satisfaits en matière d'aides ou d'appareils fonctionnels (McDiarmid, 2025). De plus, les personnes âgées de 65 ans et plus (25,6 %) étaient plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits que leurs homologues plus jeunes (McDiarmid, 2025).

Abordabilité

L'abordabilité a souvent été citée comme un obstacle aux TA. De nombreuses personnes âgées vivent avec des revenus fixes ou limités, et le coût d'achat, de réparation ou de mise à niveau des TA (p. ex., les prothèses auditives, les aides à la mobilité, les systèmes de maison intelligente et les outils de communication) peut être prohibitif (Wang, Zdaniuk, Durocher, & Wilson, 2022). Par exemple, au Canada, 23 % des personnes ayant une déficience auditive avaient besoin d'un appareil auditif, mais n'en avaient pas, tandis que 72 % ont cité les coûts comme raison (Statistics Canada, 2025).

Des études et des informateurs clés rapportent que le financement public incohérent, les seuils de faible revenu ou la faible couverture d'assurance empêchent de nombreux âgés, en particulier les personnes à faible revenu, d'accéder aux TA, ce qui pourrait améliorer leur indépendance (Labrecque, 2024); (Wang, Zdaniuk, Durocher, & Wilson, 2022). De plus, comme de nombreux informateurs clés l'ont révélé, même lorsque des subventions gouvernementales ou des programmes de bienfaisance existent, ils sont souvent fragmentés et varient considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui entraîne un soutien financier inégal.

Problèmes de convivialité et de conception

De nombreuses TA sont conçues sans une participation suffisante des personnes âgées ou sans prendre en compte les effets du vieillissement sur la vision, la dextérité, la cognition ou l'audition. Par conséquent, les âgés peuvent trouver ces appareils peu intuitifs, complexes ou physiquement difficiles à utiliser. Par exemple, dans l'Internet des objets (IDO) des maisons intelligentes, Yamout et coll. (2024) partagent que des

interfaces mal conçues, des instructions déroutantes et des mises à jour logicielles fréquentes peuvent décourager l'adoption et conduire à l'abandon des appareils. Ces défis sont aggravés lorsque les technologies nécessitent une connaissance des écosystèmes numériques, tels que les téléphones intelligents, les réseaux Wi-Fi ou les plateformes basées sur le nuage informatique, qui peuvent ne pas être familières aux personnes âgées ayant une culture numérique limitée (Tsertsidis, Kolkowska, & Hedström, 2019).

Manque de sensibilisation et d'information

Comme l'ont confirmé les informateurs clés, de nombreux aînés et leurs personnes proches aidantes ne connaissent pas les TA disponibles, l'endroit où les obtenir ou la façon d'accéder à une aide financière (Wang, Zdaniuk, Durocher, & Wilson, 2022). La portée limitée des prestataires de services de santé et de services sociaux et l'absence de centres d'information centralisés font que les utilisateurs potentiels sont déconnectés des ressources (Tsertsidis, Kolkowska, & Hedström, 2019). De plus, il peut être déroutant pour les aînés, surtout pour ceux qui doivent se débrouiller seuls, de s'y retrouver dans la paperasse et de remplir des demandes d'accès aux TA.

Le manque de connaissances est particulièrement prononcé dans les régions rurales et éloignées, où moins de prestataires de services ou d'organismes communautaires sont présents pour fournir des conseils (Alberta Health, 2017) (Wang, Zdaniuk, Durocher, & Wilson, 2022). Comme les informateurs clés l'ont mentionné, sans informations adéquates, les aînés peuvent se fier au bouche-à-oreille ou aux recherches en ligne, ce qui peut entraîner l'achat de produits inappropriés, de mauvaise qualité ou dangereux.

Maintenance et soutien technique continu

Les TA nécessitent souvent une maintenance régulière, des mises à jour logicielles ou un dépannage pour rester fonctionnel. Cependant, les aînés signalent souvent un accès limité à des services de réparation ou de soutien abordables, ainsi que des problèmes techniques (tels que des incompatibilités logicielles, des pannes de réseau ou des remplacements de batterie qui peuvent rendre les appareils inutilisables) entraînant une frustration et un abandon éventuel (Zuppo, 2012). Des difficultés dans la configuration d'appareils numériques pour la surveillance de la santé à domicile, un contrôle limité des appareils et des problèmes de synchronisation, de fiabilité et de stabilité des appareils sont également signalés par les aînés (Kondratova, Fournier, & Rajabiyazdi, 2023). Certaines études montrent que même lorsque le soutien est disponible, il est souvent fourni en ligne ou par l'entremise de systèmes automatisés qui sont inaccessibles aux personnes ayant une faible confiance numérique ou des troubles cognitifs. Dans de tels cas, l'absence de services de soutien centrés sur l'humain peut exacerber l'abandon de la technologie et accroître la dépendance à l'égard des personnes proches aidantes (Yamout, Yeasar, Iqbal, & Zulkernine, 2024).

Fragmentation des politiques et des systèmes

Au Canada, les différences entre les programmes FPT entraînent des critères d'admissibilité, des modèles de financement et des approches de prestation de services incohérents (Durocher, Wang, Bickenbach, Schreiber, & Wilson, 2017). De nombreux

aînés trouvent frustrant et déroutant de naviguer dans plusieurs secteurs de services et leurs règles et procédures variées (Wang, Zdaniuk, Durocher, & Wilson, 2022). Étant donné que les TA ne sont pas universellement couvertes par les soins de santé publics du Canada, les dépenses personnelles peuvent être prohibitives, en particulier pour les aînés à revenu fixe. Ce manque de coordination nationale crée des obstacles pour les aînés qui se déplacent entre les régions ou qui ont besoin de multiples formes de soutien fonctionnel couvrant les soins de santé, le logement et les systèmes sociaux.

Stigmatisation

Les facteurs sociaux et psychologiques jouent un rôle essentiel dans l'adoption de la technologie chez les aînés. Les sentiments de stigmatisation, de frustration ou de peur de l'échec peuvent réduire la volonté d'utiliser les TA, en particulier lorsque les appareils mettent en évidence une perte de capacité plutôt que l'autonomisation. Les technologies peuvent être rejetées si elles symbolisent la fragilité, la dépendance ou le fait d'être « âgé ». Comme l'a décrit un informateur clé,

« Certains de ces appareils sont stigmatisés simplement en raison de leur apparence. On peut être indépendant toute sa vie, puis un événement survient et, soudain, l'usage d'une marchette ou d'une canne devient nécessaire. Et d'un coup, on se perçoit comme une « personne âgée », et ces [TA] en deviennent une manifestation tangible »

Comme l'indiquent Astell et coll. (2020) dans leurs recherches, la stigmatisation associée à l'incapacité peut miner l'image de soi, contribuant à la peur du jugement ou à l'âgisme intériorisé. De nombreux participants considéraient la technologie comme une solution à n'utiliser qu'en dernier recours, adoptant souvent une attitude du type « ce n'est pas pour tout de suite », même lorsque les TA auraient pu leur être utiles. De plus, les personnes en situation de handicap peuvent ne pas se considérer comme « âgées » ou ayant besoin d'aide, et peuvent donc se montrer réticentes à utiliser des dispositifs qui suggèrent le contraire (Astell, McGrath, & Dove, 2020).

Vie privée

Certaines personnes aînées sont préoccupées par les risques de surveillance et de confidentialité associés aux technologies intelligentes, en particulier pour la surveillance de la santé ou la détection des chutes (Tsertsidis, Kolkowska, & Hedström, 2019). Dans une étude sur l'adoption des technologies de la maison intelligente, les aînés ont trouvé la surveillance de la santé trop intrusive, citant les craintes d'être surveillés (effet « Big Brother »); l'anxiété causée par des données excessives (p. ex., les lectures de la pression artérielle); et l'utilisation potentiellement abusive des données de santé personnelles (p. ex., ayant une incidence sur l'admissibilité à l'assurance) (Balta-Ozkan, Davidson, Bicket, & Lorraine, 2017). Une autre étude a révélé que les préoccupations en matière de protection de la vie privée contribuaient à ce que 45,2 % des aînés abandonnent les dispositifs intelligents portables (Fournier et al., 2020).

Communautés visées par l'équité

Communauté

Exemples d'obstacles aux soins de santé et aux TA

Autochtones	• L'accès aux services et aux technologies de santé peut être limité pour les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées. • Méfiance à l'égard des systèmes médicaux occidentaux; les technologies conçues par des étrangers peuvent sembler coloniales ou inappropriées (Alberta Health, 2017); (Jacklin, Pitawanakwat, Blind, Dertinger, & Lemieux, 2020). • L'augmentation des soins virtuels a entraîné la perte de rencontres en personne, ce qui réduit les possibilités de soins culturellement sûrs qui reflètent les perspectives autochtones de santé et de bien-être (Public Health Ontario, 2023).
Rurale, nordique et éloignée	• Lacunes dans les infrastructures, difficultés de transport, connectivité Internet limitée et moins de prestataires de services (Zuppo, 2012); (Ahmmed, Alidadi Shamsabadi, Zhang, & Chaudhry, 2022). • Coûts élevés pour la technologie (Public Health Ontario, 2023).
Personnes racisées	• Les personnes sont touchées de manière disproportionnée par des obstacles systémiques (p. ex., l'abordabilité, l'accès à Internet dans leurs collectivités); le racisme structurel et les préjugés historiques contribuent à réduire l'accès et la confiance dans les outils de santé numériques (Public Health Ontario, 2023). • Les personnes peuvent ne pas se sentir prises en compte dans la conception du système; elles sont confrontées à des préjugés ou des stéréotypes implicites de la part des prestataires (Santé Canada, 2021).
Hommes et femmes	• Les données montrent que si les femmes sont souvent plus susceptibles d'avoir besoin de TA, les hommes ont souvent un taux plus élevé d'accès à ces soutiens (McDiarmid, 2025). • Certaines études montrent que si les femmes peuvent percevoir les TA comme essentiels pour l'interaction sociale, les données indiquent que seuls les hommes ont connu une participation sociale accrue (Mc Guinness, E., Patel, D., Patrick, M., & Austin, V, 2025).
Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM), immigrants/nouveaux arrivants et personnes dont le	• Les obstacles liés à la communication, à la culture et à la technologie peuvent retarder le diagnostic, nuire à la coordination des soins et limiter l'accès aux soutiens communautaires (Alberta Health, 2017); (Public Health Ontario, 2023). • Les personnes peuvent faire face à des barrières linguistiques; elles peuvent manquer d'espace ou

statut de citoyenneté est incertain	d'équipement privé et s'appuyer sur une technologie domestique partagée ou limitée (Public Health Ontario, 2023). • Les craintes en matière de sécurité et de surveillance étaient particulièrement élevées chez les personnes sans papiers (Public Health Ontario, 2023).
Personnes 2ELGBTQIA+	• Les personnes peuvent faire face à la stigmatisation, à la discrimination ou à l'isolement, en particulier dans les établissements de soins de longue durée (Alberta Health, 2017). • Les personnes peuvent faire face à un manque de soins d'affirmation de genre et sont souvent exclues de la collecte de données démographiques (Santé Canada, 2021).
Personnes à faible revenu ou sans abri	• À risque de recevoir diagnostic tardif et d'avoir un soutien inadéquat et de mauvais résultats en matière de santé (Alberta Health, 2017). • Les personnes ont un manque d'accès aux appareils, à Internet et aux forfaits de données; les soins virtuels peuvent réduire les coûts de transport et les congés, mais plusieurs personnes sont exclues en raison de problèmes d'abordabilité (Public Health Ontario, 2023). • Les personnes doivent lutter contre le manque d'intimité, d'espaces sûrs ou d'accès cohérent aux appareils et à Internet (Public Health Ontario, 2023).

3.4.2 Infrastructure, services et politiques pour améliorer l'accès aux TA pour les communautés visées par l'équité et les personnes ayant des incapacités multiples ou complexes

Abordabilité

La littérature suggère que les cadres politiques devraient s'attaquer activement aux obstacles systémiques en fournissant un financement équitable, en réduisant les obstacles financiers et en intégrant les services de TA dans les systèmes de santé et de protection sociale intégrés (Tsertsidis, Kolkowska, & Hedström, 2019). D'autres recherches suggèrent que les cadres politiques devraient donc normaliser les critères d'admissibilité, étendre la couverture des équipements d'accessibilité à domicile et augmenter les taux de remboursement pour refléter les coûts réels (Labrecque, 2024).

De plus, la politique axée sur l'équité devrait aller au-delà des modèles « à faible revenu seulement » et tenir compte de la « classe moyenne oubliée » (les personnes qui ne sont pas admissibles à l'aide fondée sur le revenu, mais qui ne peuvent pas se permettre d'acheter des appareils) (Durocher, Wang, Bickenbach, Schreiber, & Wilson, 2017). La coordination nationale et provinciale a également été désignée comme nécessaire pour harmoniser les flux de financement, réduire le chevauchement et

s'assurer que les TA s'alignent sur les priorités en matière de santé et de protection sociale (Mattison et al., 2017).

Accroître la sensibilisation

Les informateurs clés ont recommandé de fournir de manière proactive aux aînés de l'information pour soutenir le vieillissement à domicile (p. ex., tenir des brochures dans les cabinets de médecins ou les espaces communautaires où les aînés se rendent souvent). Des séances de démonstration financées par des fonds publics ont été suggérées pour augmenter l'exposition et réduire la stigmatisation autour des TA. En outre, il a été dit que les essais d'équipement de TA combattaient la peur, réduisaient les obstacles financiers et favorisaient le vieillissement à domicile. Un informateur clé a expliqué :

« Je trouve que certains de mes patients hésitent à essayer de l'équipement médical, parfois à cause de la stigmatisation, car ils se disent : « si j'ai trop d'équipement médical chez moi, ce sera un peu comme un hôpital. » Ainsi, le fait de pouvoir essayer l'équipement sans avoir à y investir de l'argent aide les gens à se rendre compte que cet équipement peut être utile et qu'il peut les aider à vieillir à domicile et à demeurer chez eux plus longtemps en toute sécurité. »

Conception conjointe et partenariat

La littérature note également que l'établissement de partenariats entre les gouvernements, les universités et les organismes communautaires est essentiel pour élaborer conjointement des services et des infrastructures qui répondent à divers besoins (Mattison et al., 2017). Des approches de conception axées sur l'humain et culturellement appropriées peuvent améliorer la conception de la confidentialité et de la sécurité pour une plus grande acceptation de la technologie par les utilisateurs plus âgés, ainsi que la participation à la conception et l'élaboration conjointe de TA personnalisées, sûres et conviviales (Fournier, Molyneaux, & Kondratova, Designing for Privacy and Technology Adoption by Older Adults, 2022); (Tsertsidis, Kolkowska, & Hedström, 2019); (Yamout, Yeasar, Iqbal, & Zulkernine, 2024).

Comme l'a décrit un informateur clé,

« Il faut collaborer avec le personnel de soins de première ligne, les personnes aînées vivant dans la collectivité et les familles des personnes qui ont une expérience vécue pour éclairer les politiques, en particulier en ce qui concerne le financement de l'équipement. »

En ce qui concerne la recherche sur le développement technologique avec les communautés autochtones, il a été suggéré de :

- Développer des solutions, avec, et non pour, les communautés autochtones;
- Mettre l'accent sur la lutte contre les préjudices historiques et la promotion de l'équité et de la confiance;
- Reconnaître que l'établissement de relations prend du temps;
- Suivre les protocoles locaux;

- Comprendre que chaque communauté autochtone est unique en termes de culture, d'expérience et de besoins;
- Encourager la participation de la communauté, en particulier des Aînés, tout au long du processus;
- Adapter les technologies localement, en veillant à ce qu'elles soient conviviales et personnalisées (Jacklin K. B., 2020).

Les modèles de services collaboratifs qui relient les gouvernements, les organisations autochtones, les autorités sanitaires et les groupes communautaires aident à garantir que les programmes répondent à divers besoins. Les initiatives de soutien par les pairs, telles que les aînés enseignant à d'autres aînés comment utiliser la technologie, augmentent la confiance et favorisent la participation (Kondratova, Fournier, & Rajabiyazdi, 2023).

Les populations visées par l'équité ont également été désignées comme des groupes qui devraient être consultés pour créer des politiques fondées sur des données probantes. Comme l'ont confirmé les informateurs clés, l'élaboration de normes et de lignes directrices qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé, des obstacles systémiques et des défis en matière d'accessibilité auxquels font face diverses populations a été jugée utile pour éclairer la conception des politiques et des programmes.

Soutien et formation

La littérature et les entretiens avec les informateurs clés suggèrent qu'une formation, un soutien technique et des services de maintenance adéquats et normalisés adaptés à divers utilisateurs sont essentiels pour améliorer l'adoption et l'utilisation durable des TA (Zuppo, 2012); (Allegue, 2025). Des programmes de sensibilisation, d'éducation et de formation tenant compte de la culture et linguistiquement appropriés garantissent en outre l'inclusion et la participation accessible, améliorant la confiance des utilisateurs et réduisant l'abandon des appareils (Tsertsidis, Kolkowska, & Hedström, 2019).

Aînés ayant des incapacités multiples et complexes

Les informateurs clés ont noté que les aînés ayant des incapacités multiples et complexes manquent souvent de connaissances sur leurs difficultés fonctionnelles, y compris les activités qu'ils peuvent ne pas reconnaître comme dangereuses. Les personnes ayant certains troubles cognitifs (p. ex., la maladie d'Alzheimer, la démence) peuvent être moins susceptibles d'utiliser les TA. Les changements liés à l'âge, tels que la perte de vision et d'audition ou les difficultés de motricité fine, qui sont en corrélation avec les compétences physiques nécessaires pour utiliser pleinement les technologies (Kondratova, Fournier, & Rajabiyazdi, 2023), ou les défis liés à l'incapacité, tels que le manque de plateformes accessibles (p. ex., lecteurs d'écran, sous-titrage) et les limitations physiques et sensorielles (Santé Canada, 2021) entravent davantage l'utilisation de la technologie. Les informateurs clés ont souligné que les soutiens communautaires sont essentiels pour l'accès et l'inclusion. Les données montrent également que la gravité accrue de l'incapacité était associée à une probabilité plus élevée de besoins non satisfaits en matière de TA (McDiarmid, 2025).

3.4.3 Rôles des personnes proches aidantes et des organismes de services aux aînés pour soutenir l'utilisation efficace des TA

Conception conjointe et élaboration participative

Les personnes proches aidantes et les organismes de services aux aînés sont essentiels pour faciliter l'adoption, l'utilisation efficace et l'élaboration conjointe des TA pour les personnes aînées. Leur participation améliore la convivialité, garantit que les technologies répondent aux besoins du monde réel et soutient la durabilité à long terme. Sans une formation adéquate des personnes proches aidantes et une éducation communautaire, le fardeau de la gestion de la technologie incombe souvent aux membres de la famille, ce qui limite potentiellement l'adoption à long terme et la satisfaction (Yamout, Yeasar, Iqbal, & Zulkernine, 2024).

Malgré leur importance, les points de vue des personnes proches aidantes ne sont pas toujours intégrés dans l'élaboration de technologies. Comme le confirment les entretiens, de nombreuses technologies restent principalement conçues pour les utilisateurs finaux, sans tenir suffisamment compte des besoins, des contraintes et des expériences des personnes proches aidantes (Allegue, 2025). L'inclusion des personnes proches aidantes dans la conception des TA garantit que les solutions sont pratiques, pertinentes et adaptées aux utilisateurs et aux prestataires de soins. Ce modèle collaboratif crée des environnements de vie plus sûrs, améliore la gestion de la santé cognitive et physique et renforce les liens communautaires (Allegue, 2025). Les pratiques de création conjointe reconnaissent les personnes proches aidantes à la fois comme des utilisateurs finaux et des contributeurs essentiels à l'élaboration de solutions en matière de TA.

De plus, les personnes proches aidantes agissent souvent en tant qu'intermédiaires qui introduisent, mettent en place et maintiennent les TA pour les personnes aînées. Leurs comportements, leur familiarité et leur confiance envers la technologie influencent fortement l'acceptation et l'utilisation continue des aînés (Tsertsidis, Kolkowska, & Hedström, 2019). La présence d'une personne proche aidante peut réduire considérablement l'anxiété et la résistance aux nouvelles technologies, en particulier lorsque les personnes aînées manquent de connaissances numériques ou d'expérience préalable (Marcotte, 2023).

Formation et renforcement des capacités

L'adoption efficace des TA repose sur une formation et un soutien ciblés pour les personnes proches aidantes et les organismes de services. Les preuves montrent que les interventions de culture numérique pour les personnes aînées sont plus efficaces lorsque les personnes proches aidantes et le personnel de l'organisme sont inclus dans le processus d'apprentissage (Marcotte, 2023). La formation doit aborder à la fois les compétences techniques et les stratégies pour intégrer la technologie dans les routines de soins quotidiens afin d'assurer une utilisation cohérente et confiante.

Réduire le fardeau des personnes proches aidantes

Les TA peuvent alléger la charge de travail des personnes proches aidantes en automatisant ou en simplifiant les tâches de soins, telles que la surveillance, la communication et la sécurité. Il a été démontré que des outils tels que les systèmes de surveillance à distance, les dispositifs de détection de chute et les technologies adaptatives réduisent le stress et la fatigue physique des personnes proches aidantes (Marashinghe, 2016). Cependant, ces avantages dépendent de la convivialité, de la fiabilité et de la compatibilité des technologies avec les flux de travail existants des personnes proches aidantes (Allegue, 2025).

Rôle des organismes de services aux aînés

Les organismes de services aux aînés sont des intermédiaires clés pour soutenir l'adoption des TA au niveau communautaire. Ils fournissent des services de formation, d'information et d'orientation pour mettre les aînés et les personnes proches aidantes en relation avec les technologies appropriées (Lok Yi Wong et al., 2021).

Soutien social et émotionnel

Le concept d'« experts chaleureux » met en évidence la dimension sociale des personnes proches aidantes. Des personnes de confiance, souvent des personnes proches aidantes membres de la famille ou du personnel d'organismes de services aux aînés, offrent un réconfort et une aide pratique qui encouragent l'utilisation durable de la technologie (Marcotte, 2023). Ce soutien interpersonnel aide à atténuer les sentiments d'isolement ou de frustration qui peuvent autrement conduire à l'abandon de la technologie.

3.4.4 Principaux éléments à retenir :

- Les personnes âgées sont confrontées à des **obstacles financiers, techniques, de sensibilisation, d'utilisation, de maintenance, de politique, de confidentialité et de stigmatisation qui réduisent l'accès et l'utilisation durable des TA**. Ces défis sont amplifiés pour les populations visées par l'équité et les personnes ayant des incapacités complexes.
- Les personnes âgées autochtones, des régions rurales/éloignées, racisées, à faible revenu, les nouveaux arrivants, les personnes 2ELGBTQIA+ et d'autres personnes âgées méritant l'équité font face à des obstacles structurels et systémiques uniques, notamment des **services limités, de la méfiance, des lacunes en matière de culture numérique, des enjeux de langue et des défis liés à l'abordabilité**.
- **L'abordabilité et la fragmentation des politiques créent des enjeux**. Les coûts élevés, le financement public incohérent, les programmes provinciaux fragmentés et le manque de coordination nationale empêchent de nombreux aînés d'acquiescer les TA nécessaires, créant des inégalités d'accès entre les régions et les niveaux de revenu.
- **La conception conjointe, la sensibilisation et les approches centrées sur l'humain sont nécessaires pour améliorer l'adoption**. Mobiliser les aînés, les personnes proches aidantes et les collectivités dans la conception de technologies, proposer des essais et des démonstrations, ainsi que des

approches participatives adaptées à la culture, améliorent la convivialité, la confidentialité, la confiance et l'adoption des TA.

- **Les personnes proches aidantes et les organismes communautaires sont essentiels pour** fournir un soutien technique, émotionnel et pratique aux personnes âgées, promouvoir l'adoption des TA, réduire l'abandon de la technologie, et aider les âgés à maximiser les avantages des TA. L'utilisation des TA peut également contribuer à réduire le fardeau des personnes proches aidantes.

3.4.5 Recommandations pour soutenir l'équité et l'inclusion

Recommandation n° 6 : Promouvoir la dignité, la vie privée et l'acceptation sociale

- Exiger des normes de confidentialité et de consentement éclairé pour les technologies connectées et activées par l'IA dès la conception.
- Encourager une conception inclusive, esthétique et centrée sur l'utilisateur qui favorise la dignité et l'autonomisation plutôt que la dépendance.
- Promouvoir l'apprentissage entre pairs et les initiatives de narration pour réduire la stigmatisation et normaliser l'utilisation de la technologie.

Recommandation n° 7 : Promouvoir l'équité et les infrastructures pour les collectivités ayant un accès limité aux services

- Intégrer des indicateurs d'équité intersectionnelle dans les politiques et les rapports de TA.
- Développer l'infrastructure numérique et à large bande dans les régions rurales, nordiques et éloignées.
- Créer des programmes communautaires fondés sur la culture qui améliorent l'accès aux TA pour les âgés autochtones, 2ELGBTQIA+, nouveaux arrivants, racisés et à faible revenu.

3.5 Innovations et technologies

Cette section explore les pratiques exemplaires, les innovations prometteuses et le rôle des politiques publiques dans l'élaboration et l'adoption des TA.

3.5.1 Pratiques exemplaires en matière de technologies d'assistance qui soutiennent le vieillissement à domicile

Le Canada progresse dans l'élaboration et l'utilisation de technologies d'assistance (TA) qui aident les personnes âgées à vivre en toute sécurité et de manière autonome à domicile.

Conception inclusive, conception conjointe et essais dans le monde réel

Comme indiqué à la section 3.4.2, les approches de conception inclusive et de co-conception font partie intégrante de l'innovation qui implique activement les personnes âgées et les aidants dans l'expérimentation des technologies. Voici quelques exemples concrets dans les laboratoires communautaires et les laboratoires vivants :

- Institut des sciences et de la technologie pour la recherche sur le vieillissement (Institut STAR) de l'Université Simon Fraser,
- Abilities Living Lab (ALL) de l'Université Carleton, et
- Centre national d'innovation d'AGE-WELL Capteurs et analytique de suivi mobilité-mémoire (SAM³).

Les essais en conditions réelles permettent aux personnes âgées de donner leur avis, ce qui aide à évaluer la facilité d'utilisation, la sécurité et l'adéquation à la vie quotidienne des appareils avant leur déploiement à plus grande échelle (The Kite Research Institute, s.d. ; envisAGE Collaborative Projects, 2025 ; AGE-WELL National Innovation Hub, s.d. ; Carleton University, s.d. ; Tsertsidis et al., 2019 ; Zuppo, 2012).

La co-conception soutient les technologies sensibles à l'identité en créant des appareils qui semblent courants plutôt que médicaux, réduisant ainsi la stigmatisation et encourageant leur utilisation, permettant ainsi aux technologies d'assistance de devenir des outils d'indépendance plutôt que des symboles de déclin (Astell et al., 2020).

Approches holistiques et multidisciplinaires

Les pratiques exemplaires en matière d'élaboration des TA favorisent un vieillissement sain, épanouissant et autonome au-delà de la sécurité physique pour inclure la santé cognitive, le bien-être émotionnel, les liens sociaux et la participation à la vie communautaire. Cela conduit à des approches multidisciplinaires, notamment :

- Les modifications domiciliaires et les changements environnementaux
- L'encadrement comportemental et les stratégies de prévention des chutes
- Les outils de mémoire et de rappel
- L'emballage et la surveillance intelligents des médicaments
- Les liens vers les soins virtuels, la réadaptation et le soutien des personnes proches aidantes

Ces approches traitent les TA comme faisant partie d'un système de soutien plus large, et non comme un gadget autonome (Tsertsidis et al., 2019).

Bien que certaines initiatives canadiennes (par exemple, SAM³) reflètent la tendance internationale vers des soins intégrés adaptés aux personnes âgées, les approches holistiques au Canada sont encore en cours d'élaboration.

Culture numérique, équité et accessibilité

Comme indiqué à la section 3.4, les personnes âgées issues de groupes méritant l'équité peuvent être confrontées à une connexion Internet faible, à des coûts élevés liés aux appareils et aux données, et à des compétences numériques limitées.

Selon les entretiens menés, certaines organisations ont mis en place des solutions innovantes, notamment :

- Offrent une formation en culture numérique basée sur la communauté et un soutien entre pairs

- Offrent du matériel multilingue et des activités de sensibilisation adaptées à la culture
- Utilisent les bibliothèques, les centres commerciaux et les centres communautaires comme des centres d'« aide numérique » accessibles

Des outils tels que le portail de navigation AccessATCanada à trouver du financement et des services par type d'appareil, emplacement et admissibilité (Assistive technology made easy: Exploring the AccessATCanada navigation portal, 2024). De plus, les plateformes de soins virtuelles, y compris les portails provinciaux et les services de médecins à distance, démontrent que la technologie peut soutenir des soins basés sur les relations (AGE-WELL, 2017).

Confidentialité, identité et personnalisation

Les recherches sur l'adoption de la maison intelligente montrent que les caméras visibles, les appareils portables ou les alertes persistantes peuvent créer de la résistance ou de la méfiance (Balta-Ozkan, Davidson, Bicket, & Lorraine, 2017). Les pratiques exemplaires mettent l'accent sur la surveillance passive et moins intrusive, comme les capteurs radar ou non portables qui assurent la sécurité sans observation constante (Fournier et al., Designing for privacy and technology adoption by older adults, 2022).

De plus, une conception axée sur la protection de la vie privée et le contrôle des données contribue à renforcer l'indépendance et la normalité plutôt que le handicap ou le déclin (programme Aging in Place challenge, 2025). La personnalisation est également cruciale ; plusieurs initiatives canadiennes développent des outils permettant d'adapter la technologie aux capacités sensorielles, à l'environnement domestique, au contexte culturel et au niveau d'aisance avec la technologie de chaque personne (Assistive technology made easy: Exploring the AccessATCanada navigation portal, 2024 ; programme Aging in Place challenge, 2025).

3.5.2 État actuel de l'innovation au Canada

Les recherches menées par le Conseil des académies canadiennes (CAC) sur l'innovation indiquent que les dépenses de recherche et développement industrielles du Canada sont concentrées dans les domaines de l'ingénierie, des TIC et de la médecine, et 11 % des dépenses des entreprises canadiennes en recherche et développement sont consacrées aux sciences médicales et de la santé (L'état des sciences, de la technologie et de l'innovation au Canada, 2025).

Les demandes de brevets constituent un indicateur permettant de mesurer les niveaux d'innovation. Parmi les 20 principaux offices de brevets (classés en fonction du nombre de demandes de brevets liés aux technologies d'assistance déposées entre 1998 et 2019), le Canada se classe 10^e pour les technologies d'assistance cognitives, 10^e pour les technologies d'assistance de communication conventionnelles et 13^e pour les technologies d'assistance de communication émergentes (WIPO Technology Trends 2021: Assistive technology, 2021).

Parallèlement, le paysage canadien des gérontechnologies et des TA est dynamique, en pleine évolution et façonné par un mélange de :

- Réseaux de recherche et pôles d'innovation
- Petites et moyennes entreprises
- Organismes communautaires et à but non lucratif
- Partenaires de soins de santé et de protection sociale

Certaines innovations relèvent des TA (p. ex., les aides à la mobilité robotisées, les fauteuils roulants intelligents, les dispositifs d'entrée adaptatifs) (Science and Technology for Aging Research (STAR) Institute, 2019), tandis que d'autres sont des outils de gérontechnologie plus larges (p. ex., les jeux d'exercice basés sur la RV, les adaptateurs de plateforme qui rendent les sites Web plus faciles à utiliser pour les personnes ayant des déficiences visuelles ou cognitives) qui soutiennent toujours le vieillissement à domicile (UHN Kite Research Institute, 2025).

L'accès et l'abordabilité s'élargissent grâce à des solutions de TA libres et peu coûteuses, comme des commutateurs, des stylos et des claviers personnalisables. Ces innovations proviennent souvent de mouvements de créateurs communautaires et d'équipes de bénévoles, favorisant le renforcement des capacités et la sensibilisation du public (Science and Technology for Aging Research (STAR) Institute, 2019).

3.5.3 Innovations prometteuses

Des exemples d'écosystèmes d'innovations prometteurs à travers le pays témoignent des progrès réalisés dans certains domaines.

Dans le domaine des **relations sociales**, les technologies numériques et ambiantes (des systèmes discrets et adaptés au contexte utilisant des capteurs) influencent la surveillance de la sécurité et la réduction de la solitude (Clayton & Astell, 2022; programme Aging in Place challenge, 2025), (envisAGE Collaborative Projects, 2025), (MNP LLP, 2021; Science and Technology for Aging Research (STAR) Institute, 2019).

Les innovations qui favorisent la **participation communautaire et l'engagement civique** ont donné lieu à des développements dans les plateformes numériques axées sur les médias, le bien-être et l'activité physique (AGE-WELL National Innovation Hub, s.d.) (Agboji et al., 2025) (Welcome to the SENSE-MD Information Hub, s.d.).

Les TA d'inclusion économique et d'autonomie dans la vie quotidienne sont adaptatives et de sources libres afin de favoriser la participation au travail, à l'éducation et aux tâches quotidiennes. Elles aident les personnes à participer au télétravail, au bénévolat ou à l'apprentissage en ligne, et à gérer leurs finances et leurs responsabilités quotidiennes (Science and Technology for Aging Research (STAR) Institute, 2019), (Mohammadnejad et al., 2024).

Les innovations qui comblent le **fossé numérique** et renforcent la **littératie technologique** contribuent à améliorer la confiance et l'utilisation des technologies d'assistance (Science and Technology for Aging Research (STAR) Institute, 2019).

Innovations prometteuses	Exemples
Lien social	• Les systèmes domotiques et ambiants surveillent discrètement la sécurité (par exemple, les mouvements, les habitudes d'activité, les portes ou les cuisinières laissées ouvertes) tout en facilitant la communication avec les soignants et la famille grâce à des options intégrées de messagerie et de vidéo. • Les assistants vocaux et les outils simples d'appel vidéo aident les personnes âgées à contacter leur famille, leurs amis et les prestataires de services, ce qui réduit leur isolement et facilite les interactions quotidiennes. • Les compagnons robotiques et ceux équipés d'une IA peuvent réduire la solitude, apporter du réconfort et faciliter les routines quotidiennes, en particulier pour les personnes en soins de longue durée ou vivant seules.
Participation communautaire et engagement civique	• Les plateformes numériques sont utilisées pour aider les personnes âgées à rester informées et impliquées dans la vie communautaire et civique (c'est-à-dire des outils qui facilitent le suivi des questions locales, la participation à des discussions ou l'accès aux programmes communautaires depuis leur domicile). • Les plateformes de bien-être et d'activités (telles que celles utilisées pour soutenir les programmes de groupe, les clubs et les activités de stimulation cognitive) offrent des moyens évolutifs de promouvoir l'engagement et de réduire l'apathie et l'isolement, tant au sein de la communauté que dans les établissements. • Les technologies liées au transport (par exemple, les fauteuils roulants intelligents et les systèmes de mobilité autonome adaptés aux personnes âgées) aident les gens à se déplacer en toute sécurité dans leur communauté, à se rendre à leurs rendez-vous et à participer à la vie publique.
Inclusion économique et autonomie dans la vie quotidienne	• Les périphériques d'entrée (par exemple, les commandes par aspiration et soufflage, les claviers et souris adaptés) permettent aux personnes à mobilité réduite ou ayant des limitations de dextérité d'utiliser des ordinateurs et des outils de communication. • Les aides auditives et de communication rendent les réunions virtuelles et les interactions avec les clients plus accessibles. • Les gants anti-vibrations, conçus pour les personnes souffrant de tremblements (tels que ceux associés à la maladie de Parkinson ou aux tremblements essentiels), stabilisent les mouvements de la main, facilitant ainsi des activités telles que manger, écrire ou utiliser un smartphone. Ils réduisent également le besoin d'une assistance

	individuelle ou de visites à domicile, en particulier dans les zones rurales ou isolées.
Fossé numérique et la littératie technologique	Les formations technologiques intergénérationnelles, les initiatives d'enseignement entre aînés et les ateliers structurés d'initiation au numérique aident les personnes aînées à prendre confiance en elles face à la technologie et à utiliser plus efficacement les TA. Ces programmes améliorent souvent bien plus que les compétences techniques : ils aident les participants à se sentir plus connectés et moins intimidés par les environnements numériques, ce qui peut favoriser une plus grande inclusion sociale.

Écosystèmes intégrés et conception inclusive

Un domaine de plus en plus prometteur est celui des « écosystèmes » intégrés qui relient les services de santé, sociaux et communautaires par le biais de plateformes interopérables et de solutions Internet des objets (IDO). Lorsque les systèmes de surveillance, les plateformes de communication et les prestataires de services peuvent communiquer entre eux, les mesures de soutien au vieillissement à domicile peuvent être plus réactives et coordonnées (Tsersidis, Kolkowska, & Hedström, 2019).

Ces systèmes fonctionnent mieux lorsque les personnes aînées et les personnes proches aidantes participent à leur conception et à leur évaluation, soutenant ainsi les routines quotidiennes, respectant la vie privée et reflétant divers contextes culturels et communautaires (AGE-WELL SAM3 National Innovation Hub, 2025).

Conclusion

Malgré ces progrès, d'importants défis subsistent. L'adoption est inégale, en particulier dans les établissements de soins de longue durée et autres milieux réglementés, et de nombreuses personnes aînées sont encore confrontées à des obstacles liés au coût, à la maîtrise du numérique et aux préoccupations en matière de confidentialité (Tsersidis et al., 2019). Les évaluations à grande échelle ou longitudinales sont limitées et ne démontrent pas clairement d'améliorations en matière de qualité de vie, de résultats en matière de santé ou d'efficacité du système (Assistive technology made easy: Exploring the AccessATCanada navigation portal, 2024; Inclusive Design Research Centre (IDRC), 2025).

Comme indiqué aux sections 3.2 et 3.4 et confirmé par les entretiens, l'écosystème d'innovation du Canada se développe dans certains domaines, mais la disponibilité et l'accès sont inégaux selon les régions et les populations. Il existe une dynamique, mais pas encore de voie universelle ou équitable pour la mise à l'échelle.

3.5.4 Rôle des politiques publiques pour stimuler l'élaboration, l'adoption et la mise à l'échelle des TA

À mesure que la population canadienne vieillit, les politiques publiques peuvent aider à faire en sorte que les TA soient accessibles, abordables et vraiment utiles pour les personnes aînées. Comme les TA vont de simples aides à la mobilité aux systèmes

basés sur l'IA, les politiques doivent aller au-delà des subventions dispositif par dispositif et vers des approches de l'ensemble du système.

Normaliser les définitions, les modèles de service et les normes de prestation

Les politiques nécessitent un langage et un cadre de services partagés pour aligner le financement, la réglementation, l'évaluation et l'intégration des TA. Comme l'a partagé un informateur clé, le cadre de GATE 5P (personnes, politique, produits, prestation, personnel) de l'OMS offre une grille d'organisation utile décrite ci-dessous :

« Pour parvenir à un accès universel et équitable aux technologies d'assistance, des actions sont nécessaires dans chaque domaine du cadre des 5P. Cela signifie, par exemple, assurer une approche centrée sur la personne pour examiner et renforcer les cadres politiques, répondre au besoin de produits abordables et de qualité et d'une chaîne d'approvisionnement fiable, créer des modèles de prestation de services efficaces et accessibles et renforcer la capacité de la main-d'œuvre à soutenir ceux qui ont besoin de technologies d'assistance dans leur accès. » (World Health Organization, s.d.).

Les examens de la prestation de services en matière de TA montrent que, bien qu'il n'existe pas de norme mondiale unique, des étapes communes (évaluation, sélection, ajustement, formation et maintenance) apparaissent systématiquement et pourraient structurer les politiques nationales et provinciales (Layton, et coll., 2024). Les directives cliniques montrent également que les TA sont souvent sous spécifiées, avec une terminologie et des détails incohérents (Callaway, et coll., 2025). Des normes plus claires et plus cohérentes peuvent réduire la fragmentation et offrir de meilleurs conseils aux prestataires et aux innovateurs.

Élargir l'admissibilité, le financement et l'approvisionnement des TA intégrés

Les programmes publics peuvent mieux correspondre à l'innovation en élargissant ce qui est qualifié de TA tout en appliquant des balises claires. Une approche commune dans la littérature est que les TA devraient être admissibles au financement public s'ils remplissent deux conditions : (1) ils améliorent manifestement la fonction, la sécurité, l'indépendance ou la participation de l'utilisateur; et (2) ils s'alignent sur l'accessibilité et les objectifs de la gérontechnologie plutôt que d'être simplement un gadget grand public (Baudin, Mullersdorf, Sundstrom, & Gustafsson, 2020).

Les politiques peuvent intégrer ces mesures de sécurité en :

- Couvrant à la fois les appareils traditionnels (tels que les déambulateurs et les prothèses auditives) et les outils numériques ou basés sur des capteurs plus récents, mais uniquement lorsqu'ils soutiennent la fonction et l'indépendance des personnes âgées de manière mesurable (Baudin, Mullersdorf, Sundstrom, & Gustafsson, 2020).
- Lier l'admissibilité à des critères fonctionnels clairs et à des preuves des avantages, plutôt que de s'appuyer sur des listes étroites d'appareils préapprouvés. Cela maintient la flexibilité tout en conservant une norme pour ce qui est qualifié de TA (Baudin, Mullersdorf, Sundstrom, & Gustafsson, 2020).

- Utiliser les marchés publics pour assurer la qualité, la sécurité, l'interopérabilité et la rentabilité, plutôt que de simplement élargir le marché (Mastracci, et coll., 2024).

Ces mesures de protection s'alignent sur la littérature plaidant en faveur des TA en tant que soutien de santé et social essentiel, et visent à réduire les besoins non satisfaits résultant de modèles de prestation obsolètes ou fragmentés (Layton, et coll., 2024).

Renforcer les capacités de la main-d'œuvre et soutenir l'infrastructure de prestation de services

Bien que certaines nouvelles technologies grand public soient conçues pour être prêtes à l'emploi, de nombreuses TA, en particulier celles utilisées par les personnes âgées ayant des problèmes de santé complexes, nécessitent toujours une évaluation, une personnalisation, une formation et un suivi compétents. La recherche sur l'adoption de la technologie révèle constamment que ces soutiens humains sont parmi les meilleurs prédicteurs d'une utilisation durable (Dequanter, et coll., 2022; Schroeder, Dodds, Georgiou, Gewald, & Siette, 2023).

En s'appuyant sur ces informations, les gouvernements et les bailleurs de fonds peuvent :

- Financer la formation et les services de soutien en tant que parties intégrantes des programmes de TA, et non pas en tant qu'ajouts.
- Investir dans la capacité professionnelle, accréditer les spécialistes en matière de TA et équiper les prestataires de soins à domicile et de réadaptation pour fournir une aide pratique.
- Intégrer les TA dans les soins primaires et communautaires, permettant aux cliniciens de prescrire et de surveiller l'utilisation.
- Exiger une conception et une évaluation centrées sur l'utilisateur, reliant le financement des TA à l'accessibilité, à la satisfaction et à des résultats mesurables (p. ex., réduction des chutes ou des visites aux urgences).

Ces mesures modifient l'orientation de la politique, qui ne se concentre plus uniquement sur les appareils, mais soutient également les services et les personnes qui rendent ces appareils efficaces à long terme.

Institutionnalisation de la conception conjointe et de l'examen centré sur l'utilisateur

Enfin, les politiques peuvent garantir que les aînés, les personnes proches aidantes et les personnes en situation de handicap ont un rôle formel à jouer dans l'élaboration des systèmes de TA. Des recherches canadiennes montrent qu'une conception conjointe significative améliore la convivialité, la confiance et l'adoption à long terme.

(Jeyakumaran, Eggiman-Ketter, Spadzinski, & Wolfe, 2024) Cela nécessite :

- Des conseils consultatifs représentatifs et des structures de gouvernance qui incluent les personnes âgées et les personnes proches aidantes
- Des boucles de rétroaction continues et non des consultations ponctuelles
- Une communication transparente au sujet des décisions et des compromis

La conception conjointe joue également un rôle dans la réduction de la stigmatisation et l'augmentation de l'acceptabilité des TA. Lorsque les personnes âgées influencent la forme, la fonction et l'esthétique, les dispositifs sont plus susceptibles d'être perçus comme des outils habilitants plutôt que comme des marqueurs médicaux du déclin (Zhang, Ma, & Wang, 2023; Jeyakumaran, Eggiman-Ketter, Spadzinski, & Wolfe, 2024).

L'intégration des principes de conception conjointe dans les cadres de financement, d'approvisionnement et d'évaluation permet de s'assurer que les technologies soutenues par le public sont non seulement fondées sur des données probantes, mais également alignées sur les priorités des utilisateurs telles que l'indépendance, la confiance et la participation sociale.

3.5.5 Principaux éléments à retenir :

- Le Canada possède un **écosystème de TA dynamique et en croissance**, stimulé par la recherche, l'industrie et les initiatives communautaires, avec des innovations soutenant le vieillissement sain, satisfaisant et autonome. Cependant, **l'accès, l'adoption et l'évaluation restent inégaux**, ce qui limite la mise à l'échelle équitable et l'incidence.
- La **participation des personnes âgées et des personnes proches aidantes** à la conception, aux tests et aux essais en situation réelle des TA garantit que les appareils s'adaptent aux routines quotidiennes, aux contextes culturels et aux préférences personnelles, augmentant ainsi l'acceptabilité et réduisant la stigmatisation.
- Les **approches holistiques et multidisciplinaires améliorent le vieillissement à domicile**. Les TA efficaces intègrent la sécurité physique, la santé cognitive, le bien-être émotionnel et la participation sociale, en reliant les appareils aux modifications domiciliaires, à l'encadrement comportemental, à la réadaptation et aux soutiens des personnes proches aidantes.
- **L'équité, la littératie digitale et l'accessibilité financière et physique restent des obstacles critiques**. Les populations rurales, à faible revenu et culturellement diversifiées sont confrontées à des défis pour accéder, comprendre et utiliser les TA, ce qui entraîne des initiatives telles que les programmes communautaires de culture numérique et les ressources multilingues.
- La **confidentialité, la personnalisation et la surveillance non intrusive favorisent la confiance**. La conception de TA qui respectent le contrôle de l'utilisateur sur les données et qui font une surveillance subtile augmente l'adoption, tandis que l'adaptation de la technologie aux besoins individuels améliore l'utilisation durable.
- Les **politiques publiques jouent un rôle central dans la mise à l'échelle et l'intégration**. Les politiques peuvent normaliser les modèles de services, élargir l'admissibilité et le financement, soutenir la capacité de la main-d'œuvre et intégrer les principes de conception conjointe pour s'assurer que les TA sont efficaces, équitables et alignées sur les priorités des utilisateurs.

3.5.6 Recommandations stratégiques pour promouvoir l'innovation

Recommandation n° 8 : Favoriser les partenariats de conception conjointe, de participation et d'innovation

- Institutionnaliser la conception conjointe dans les processus d'élaboration, d'approvisionnement et d'évaluation des TA en mobilisant de manière significative les aînés, les personnes proches aidantes et les groupes visés par l'équité.
- Continuer à soutenir les partenariats entre les gouvernements, les établissements postsecondaires, l'industrie et les organismes communautaires pour établir des écosystèmes d'innovation inclusifs.

4 Recommandations politiques

4.1 Orientations en matière de politiques pour les définitions et les cadres d'évaluation

Recommandation n° 1 : Établir des définitions et des normes d'évaluation nationales pour les TA

- Adopter une définition nationale unifiée des TA qui intègre les perspectives sociales, fondées sur les droits, fonctionnelles et d'innovation numérique pour fournir une clarté conceptuelle aux bailleurs de fonds FPT et sectoriels.
- Convoquer un groupe de travail FPT pour harmoniser la terminologie, les concepts d'évaluation de base et les éléments de données minimum, en reconnaissant que les critères d'admissibilité complets continueront de varier selon l'administration et le bailleur de fonds. Cela crée des fondations communes sans exiger des structures d'avantages identiques dans l'ensemble des programmes.
- Élaborer une « lentille des politiques en matière de TA », similaire à l'ACS Plus, qui peut être appliquée à l'ensemble des programmes FPT et financés par la communauté pour évaluer comment les politiques et les modèles de services ont une incidence sur l'accès et les résultats pour les aînés selon les dimensions de l'âge, de l'incapacité, du revenu, de l'emplacement géographique, de la langue et de l'équité numérique.
- Intégrer les politiques en matière de TA dans les cadres plus larges de la santé, du vieillissement, de l'accessibilité, de l'incapacité et de l'innovation, en assurant la cohérence avec les objectifs nationaux d'accessibilité, les stratégies en matière de technologie et d'innovation et les priorités en matière de vieillissement en bonne santé.

Recommandation n° 2 : Renforcer les systèmes nationaux de données et d'évaluation

- Créer une stratégie pancanadienne de données et d'évaluation des TA pour normaliser les indicateurs d'accès, d'abordabilité et d'efficacité.

- Mettre en œuvre une collecte de données sur les TA cohérente dans les systèmes de santé, sociaux et d'accessibilité, qui comprend les populations institutionnalisées, rurales et autochtones.
- Renforcer les études longitudinales pour suivre l'adoption, les tendances d'utilisation et les résultats.
- Élaborer un cadre d'évaluation national fondé sur des mesures centrées sur l'utilisateur telles que l'autonomie, la satisfaction, la participation sociale et les résultats liés à la santé.

4.2 Recommandations stratégiques pour les politiques FPT :

Recommandation n° 3 : Élargir et moderniser le financement et la couverture des TA

- En s'appuyant sur la recommandation n° 1, élargir les critères d'admissibilité aux programmes provinciaux/territoriaux d'appareils fonctionnels afin de refléter toute la gamme des technologies d'aide contemporaines. Ces technologies comprennent les appareils traditionnels ainsi que les technologies numériques, basées sur des capteurs, d'aide cognitive et d'intelligence artificielle. Elles améliorent de manière démontrable le fonctionnement, la sécurité ou l'autonomie, en utilisant la définition nationale des technologies d'aide et les normes d'évaluation établies dans la recommandation n° 1 pour guider les décisions d'admissibilité et de remboursement en fonction des résultats démontrés en matière de fonctionnement, de sécurité, d'autonomie ou de soutien aux aidants. Introduire des subventions ciblées pour les aînés à faible revenu et celles qui se trouvent dans la « classe moyenne manquante », afin de garantir l'accessibilité financière pour toutes les tranches de revenu et de réduire les besoins non satisfaits.
- Investir dans des outils de navigation pour aider les personnes âgées à comprendre les avantages auxquels elles ont droit.
- Aligner les approches de remboursement pour refléter plus précisément les coûts réels, tout en reconnaissant la variabilité régionale des prix, de la disponibilité, des modèles de prestation de services et des conditions du marché.
- Intégrer les coûts de formation, d'installation et de soutien des personnes proches aidantes et des utilisateurs dans les mécanismes de financement pour promouvoir une utilisation durable, réduire l'abandon et améliorer la confiance et la sécurité des utilisateurs.

4.3 Recommandations stratégiques tirées d'exemples internationaux

Recommandation n° 4 : Améliorer la sensibilisation, la navigation et la culture numérique

- Mettre en place une architecture nationale d'information et de navigation sur les TA, soutenue par des points d'entrée adaptés aux provinces et aux territoires, afin de mettre en relation les aînés, les proches aidants, les prestataires de

services et les bailleurs de fonds. Cette approche progressive tiendrait compte des différences actuelles entre les juridictions tout en favorisant l'harmonisation avec les définitions, les normes et la terminologie nationales en matière de TA (décrites dans la recommandation n° 1).

- Soutenir les campagnes de sensibilisation du public, les sites de démonstration et les programmes de prêt ou d'essai d'équipement grâce à des financements dédiés, des partenariats avec des organisations communautaires et des programmes locaux visant à réduire la stigmatisation et à promouvoir un vieillissement sain et autonome.
- Simplifier les processus administratifs et les procédures de demande en collaborant avec les personnes âgées et les proches aidants dans le cadre d'une conception collaborative et de tests d'utilisabilité afin d'élaborer des documents d'information rédigés dans un langage simple, multilingues et accessibles.
- Élargir les programmes de culture numérique et technologique pour les aînés et les personnes proches aidantes afin d'améliorer l'adoption et la confiance.

Recommandation n° 5 : Renforcer l'infrastructure de soutien humain et technique

- Investir dans un cadre de formation pancanadien, dispensé par les systèmes provinciaux et territoriaux, à l'intention des professionnels de la santé et autres professionnels concernés, ainsi que des facilitateurs technologiques communautaires.
- Financer des modèles de soutiens mobiles, à domicile et communautaires pour la configuration, la maintenance et le dépannage des appareils.
- Assurer une sensibilisation et un soutien après-vente culturellement et linguistiquement appropriés pour réduire l'abandon des appareils.

4.4 Recommandations pour soutenir l'équité et l'inclusion

Recommandation n° 6 : Promouvoir la dignité, la vie privée et l'acceptation sociale

- Exiger des normes de confidentialité dès la conception et de consentement éclairé pour les technologies connectées et activées par l'IA.
- Encourager une conception inclusive, esthétique et centrée sur l'utilisateur qui favorise la dignité et l'autonomisation plutôt que la dépendance.
- Promouvoir l'apprentissage entre pairs et les initiatives de narration pour réduire la stigmatisation et normaliser l'utilisation de la technologie.

Recommandation n° 7 : Promouvoir l'équité et les infrastructures pour les collectivités ayant un accès limité aux services

- Intégrer des indicateurs d'équité intersectionnelle dans les politiques et les rapports de TA.
- Développer l'infrastructure numérique et à large bande dans les régions rurales, nordiques et éloignées.

- Créer des programmes communautaires fondés sur la culture qui améliorent l'accès aux TA pour les aînés autochtones, membres de la communauté 2ELGBTQIA+, nouveaux arrivants, racisés et à faible revenu.

4.5 Recommandations stratégiques pour promouvoir l'innovation

Recommandation n° 8 : Favoriser les partenariats de conception conjointe, de participation et d'innovation

- Institutionnaliser la conception conjointe dans les processus d'élaboration, d'approvisionnement et d'évaluation des TA en mobilisant de manière significative les aînés, les personnes proches aidantes et les groupes visés par l'équité.
- Continuer à soutenir les partenariats entre les gouvernements, les établissements postsecondaires, l'industrie et les organismes communautaires pour établir des écosystèmes d'innovation inclusifs.

5 Conclusion

Le Canada se trouve à un moment charnière pour faire progresser les TA en tant qu'outil d'équité, d'inclusion et de vieillissement à domicile. Les preuves montrent que si l'innovation est forte, les progrès restent inégaux. Les politiques fragmentées, le financement incohérent et le manque de cadres d'évaluation normalisés continuent de limiter l'accès équitable et les résultats mesurables.

Pour combler ces lacunes, il faut des recherches supplémentaires dans le domaine, ainsi qu'une action nationale coordonnée qui harmonise les portefeuilles de la santé, de l'accessibilité, du vieillissement et de l'innovation. Une approche unifiée et fondée sur des données probantes, basée sur l'abordabilité, la responsabilisation et l'inclusion, permettra aux TA de devenir une pierre angulaire de la stratégie canadienne visant à aider les aînés à vivre de façon indépendante, sécuritaire et dans la dignité.

6 Bibliographie

- 9.6 - *Assistive Devices*. (2023, July 24). Récupéré sur <https://www.ontario.ca/document/ontario-disability-support-program-policy-directives-income-support/96-assistive-devices>
- Abhari, S. M.-P. (2024). Exploring the landscape of standards and guidelines in AgeTech design and development: scoping review and thematic analysis. *JMIR Aging*, 7, 1-22. doi:<https://doi.org/10.2196/58196>
- Agboji, A., Freeman, S., Banner, D., Armstrong, J., & Martin-Khan, M. (2025). Value of eReaders to Mitigate Apathy and Reduce the Digital Divide in Long-Term Care Settings. *JAMAIDA*, Vol 26-Issue 1.
- AgeWell. (2017). *Access to assistive technology in Canada: A jurisdictional scan of programs*. Récupéré sur https://agewell-nce.ca/wp-content/uploads/2019/01/age-well_jurisdictional-scan_2017_June-30_FINAL.pdf
- AgeWell. (2017). *Project 8.2: Aging, disability and technology - Understanding and advancing Canadian policies for technology access*. Consulté le 10 10, 2025, sur https://agewell-nce.ca/wp-content/uploads/2019/01/age-well_jurisdictional-scan_2017_June-30_FINAL.pdf?utm_source=chatgpt.com
- AGE-WELL SAM3 National Innovation Hub. (2025, October 13). *Overview*. Récupéré sur AGE-WELL SAM3 National Innovation Hub: <https://carleton.ca/sam3/>
- Ahmmed, T., Alidadi Shamsabadi, A., Zhang, Z., & Chaudhry, A. (2022). The Digital Divide in Canada and the Role of LEO Satellites in Bridging the Gap. *IEEE Communications Magazine*.
- Alberta Government. (s.d.). *Alberta Aids to Daily Living (AADL)*. Consulté le 09 19, 2025, sur <https://www.alberta.ca/alberta-aids-to-daily-living>
- Alberta Health Services. (2015). *Locator device project: Summary report*. Consulté le 09 23, 2025, sur <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/res/if-res-htai-ldp-summary.pdf>
- Alberta Health Services, C. C. (2017). *Alberta Dementia Strategy and Action Plan*. Government of Alberta.
- Alexandru, A. &. (2017). Enabling assistive technologies to shape the future of the intensive senior-centred care: A case study approach. *Studies in Informatics and Control*, 26(3), 343-352.
- Allegue, D. R. (2025). *Effectiveness and Impacts of Assistive Technologies in Supporting Informal Caregivers*. Montreal: Agewell.
- Astell, A., McGrath, C., & Dove, E. (2020). “That’s for old so and so’s!”: does identity influence older adults’ technology adoption decisions? *Ageing & Society*, 40(7), pp. 1550-1576.

- Balta-Ozkan, N., Davidson, R., Bicket, M., & Lorraine, W. (2017). Social barriers to the adoption of smart homes. *Energy Policy*, 63, 363–374.
- Baudin, K., Mullersdorf, M., Sundstrom, A., & Gustafsson, C. (2020). The Policies of Provision of Assistive and Welfare Technology - A Literature Review. *SOcieties*, 10(1), 22. doi:<https://doi.org/10.3390/soc10010022>
- BC Government. (2025, 03 27). *Medical Equipment & Devices*. Consulté le 09 19, 2025, sur Health Supplements & Programs: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/policies-for-government/bcea-policy-and-procedure-manual/health-supplements-and-programs/medical-equipment-and-devices>
- BC Health Technology Assessment. (2023, September 29). *British Columbia*. Récupéré sur https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/health-authorities/bc-health-technology-assessment?utm_source=chatgpt.com
- Bhatia, R. C. (2021). Virtual care use before and during the COVID-19 pandemic: a repeated cross-sectional study. *CMAJ Open*, 9(1), E107-E114. doi:DOI: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200311>
- Blackman, S. M. (2016). Ambient assisted living technologies for aging well: A scoping review. *Journal of Intelligent Systems*, 25(1), 55-69. doi:<https://doi.org/10.1515/jisys-2014-0136>
- Bridge, C., Zmudzki, F., Huang, T., Owen, C., & Faulkner, D. (2021, December 23). Impacts of new and emerging assistive technologies for ageing and disabled housing. *AHURI Final Report No. 372*. doi:10.18408/ahuri7122501
- Callaway, L., Bragge, P., Cong-Lem, N., Delafosse, V., Lennox, A., Hill, K., & Layton, N. (2025). A review of international clinical guidelines that inform the use of assistive technology to support adults living with progressive or complex conditions. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1247-1256. doi:10.1080/17483107.2025.2449993. Epub 2025 Jan 28. PMID: 39873203.
- Canadian Red Cross. (s.d.). *BC Health Equipment Loan Program*. Consulté le 09 19, 2025, sur <https://www.redcross.ca/how-we-help/community-health-services-in-canada/bc-health-equipment-loan-program>
- Carleton University . (2025, October 13). *Overview*. Récupéré sur SAM3 AGE-WELL National Innovation Hub: <https://carleton.ca/sam3/>
- Caron, C., & Keefe, J. (2024). *Obtaining and maintaining assistive devices and technology*. Récupéré sur University of Toronto. Caregiving in the 21st Century: The Canadian Grandparents Study Project (CGSP): <https://cgsp-cpsm.ca/article/obtaining-and-maintaining-assistive-devices-and-technology/>

- CCB National. (2022, February). *ADP Survey Report 02-24-22*. Récupéré sur https://ccbnational.net/shaggy/wp-content/uploads/2023/09/ADP_Survey_Report_02-24-22-compressed.pdf
- Clayton, D., & Astell, A. (2022). Social isolation and the role of AgeTech in a post-COVID world. *Healthcare Management Forum*, 35(5), 291-295.
- Conseil national de recherches Canada. (2025, octobre 13). *Programme Défi « Vieillir chez soi »*. Récupéré sur Conseil national de recherches Canada: <https://nrc.canada.ca/fr/recherche-developpement/recherche-collaboration/programmes/programme-defi-vieillir-soi>
- Defining ICT in a boundaryless world: the development of a working hierarchy. (s.d.). *International Journal of Managing Information Technology (IJMIT) Vol.4, No.3, August 2012*.
- Department of Emergency Medicine, T. (2021, July 9). Year One Evaluation Report. *Real-Time Virtual Support*. Récupéré sur https://emergencycarebc.ca/wp-content/uploads/2022/06/2021-07-09-RTVS-Year-1-Evaluation-Report-v4.0.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Dequanter, S., Fobelets, M., Steenhout, I., Gagnon, M.-P., Bourbonnais, A., Rahimi, S., . . . Gorus, E. (2022). Determinants of technology adoption and continued use among cognitively impaired older adults: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 22, 376-392. doi:<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03048-w>
- Desvequx, L. S. (2017). Examining tensions that affect the evaluation of technology in health care: Considerations for system decision makers from the perspective of industry evaluators. *JMIR Med Inform*, 5(4), 350. doi:doi:10.2196/medinform.8207
- Durocher, E., Wang, R., Bickenbach, J., Schreiber, D., & Wilson, M. (2017, November 17). “Just Access”? Questions of Equity in Access and Funding for Assistive Technology, Ethics & Behavior. *Ethics & Behavior*, 23(9), 172-191.
- Ebuenyi, I. S. (2023). The IDEAL PROCESS for developing assistive technology policy. *Assistive Technology*, 36(3), 224-231. doi:<https://doi.org/10.1080/10400435.2023.2254359>
- Engineering for Change. (2017, 10 17). *Assistive devices in low-income Countries: Adaptability and recent Innovations*. Consulté le 10 10, 2025, sur <https://www.engineeringforchange.org/news/assistive-devices-in-low-income-countries-adaptability-and-recent-innovations/>
- envisAGE. (2025, October 13). *envisAGE Collaborative Projects*. Récupéré sur envisAGE: <https://www.envis-age.ca/en/>
- Extended health benefits*. (s.d.). Récupéré sur <https://www.hss.gov.nt.ca/en/services/extended-health-benefits>

- Extended health benefits.* (s.d.). Récupéré sur <https://www.gov.nu.ca/en/health/extended-health-benefits>
- Fang, M. C. (2019). Exploring privilege in the digital divide: Implications for theory, policy, and practice. *The Gerontologist*, 59(1), 1-15.
doi:doi:10.1093/geront/gny037
- Fournier, H., Kondratova, I., & Molyneaux, H. (2020). Designing Digital Technologies and Safeguards for Improving Activities and Well-Being for Aging in Place. 524–537.
- Fournier, H., Molyneaux, H., & Kondratova, I. (2022). Designing for Privacy and Technology Adoption by Older Adults.
- Genge, C. M. (2023). Technology to support aging in place: key messages for policymakers and funders. *Frontiers in Psychology, Volume 14*.
doi:DOI=10.3389/fpsyg.2023.1287486
- Get help with costs if you have a chronic disease or disability.* (s.d.). Récupéré sur <https://yukon.ca/en/health-and-wellness/care-services/get-help-costs-if-you-have-chronic-disease-or-disability>
- Genge, C., McNeil, H., Debergue, P., & Freeman, S. (2023). Technology to support aging in place: key messages for policymakers and funders. *Frontiers in Psychology, Volume 14*. doi:DOI=10.3389/fpsyg.2023.1287486
- Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (s.d.). *Programme d'accessibilité*. Récupéré sur <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/developpement-social-et-aines/programme-daccessibilite>
- Gouvernement de l'Ontario. (2005, 04). 9.6 — *Appareils et accessoires fonctionnels*. Consulté le 09 19, 2025, sur <https://www.ontario.ca/fr/document/directives-du-programme-ontarien-de-soutien-aux-personnes-handicapees-concernant-le/96>
- Gouvernement de l'Ontario. (2016 (Mis à jour : 2025)). *Programme d'appareils et accessoires fonctionnels*. Consulté le 09 19, 2025, sur <https://www.ontario.ca/fr/page/programme-dappareils-accessoires-fonctionnels>
- Gouvernement de l'Ontario. (s.d.). *Plan pluriannuel d'accessibilité de la FPO pour 2022-2025*. Récupéré sur Accessible à dessein:
<https://www.ontario.ca/fr/page/accessible-dessein-plan-pluriannuel-daccessibilite-de-la-fpo-pour-2022-2025>
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (s.d.). *Équité, accessibilité, inclusion et participation - Cadre stratégique des TNO sur les personnes handicapées : de 2017 à 2027*. Récupéré sur <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/equity-accessibility-inclusion-participation-nwt-disability-framework.pdf>

- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (s.d.). *Santé et Services sociaux*. Récupéré sur Régime d'assurance-maladie complémentaire: <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/r%C3%A9gime-d%E2%80%99assurance-maladie-compl%C3%A9mentaire>
- Gouvernement du Canada. (2024, 11 15). *Services de santé*. Consulté le Sep 23, 2025, sur Service correctionnel Canada / Travailler avec les délinquants: <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/programmes/delinquants/services-sante.html>
- Gouvernement du Canada. (2025, 05 30). *À propos du Fonds pour l'accessibilité*. Consulté le 09 23, 2025, sur Programmes et élaboration de politiques d'EDSC: <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/fonds-accessibilite.html>
- Gouvernement du Canada. (2025, 04 30). *Bourse canadienne pour étudiants à temps plein*. Consulté le 09 23, 2025, sur Aide aux étudiants: <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/education/aide-etudiants/bourses-prets/temps-plein.html>
- Gouvernement du Canada. (2025, 07 14). *Fonds d'intégration pour les personnes handicapées*. Consulté le 09 23, 2025, sur Emploi et Développement social Canada: <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/fonds-integration-personnes-handicapees.html>
- Gouvernement du Canada. (2025, 07 21). *Programme de développement de la technologie accessible*. Consulté le 09 23, 2025, sur Innovation, Sciences et Développement économique Canada: <https://ised-isde.canada.ca/site/ised/fr/programmes-initiatives/programme-developpement-technologie-accessible>
- Gouvernement du Canada. (2025, 05 21). *Programme Défi « Vieillir chez soi »*. *Durée du programme : 2021-2028*. Consulté le 09 23, 2025, sur <https://nrc.canada.ca/fr/recherche-developpement/recherche-collaboration/programmes/programme-defi-vieillir-soi>
- Gouvernement du Canada. (2025, 07 11). *Services de santé, de soutien et d'aide aux blessés*. Consulté le 09 23, 2025, sur Services et avantages sociaux du personnel militaire: <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/avantages-militaires/sante-soutien.html>
- Gouvernement du Canada. (s.d.). *Programme fédéral de santé intérimaire*. Consulté le Sep 23, 2025, sur Couverture temporaire des soins de santé: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire.html>

- Gouvernement du Canada. (s.d.). *Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit*. Consulté le Sep 19, 2025, sur <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1572537161086/1572537234517>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2024). *Loi sur l'accessibilité (projet de loi 47)*. Récupéré sur <https://lois.gnb.ca/fr/document/lc/2024,%20c.27>
- Gouvernement du Nunavut. (s.d.). *Ministère de la Santé*. Consulté le 09 19, 2025, sur Programme de prestations d'assurance-maladie complémentaire: <https://www.gov.nu.ca/fr/sante/programme-de-prestations-dassurance-maladie-complementaire>
- Gouvernement du Québec. (s.d.). *Régie de l'assurance maladie*. Consulté le 09 19, 2025, sur <https://www.ramq.gouv.qc.ca/>
- Gouvernement du Québec. (s.d.). *Une action gouvernementale concertée à l'égard des personnes handicapées. Mise en oeuvre 2021-2024 de la politique entière : Pour un véritable exercice du droit à l'égalité*. Récupéré sur https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/ophq/Administration/Politique-a-part-entiere/RAP_mise-oeuvre-2021-2024.pdf
- Gouvernement du Yukon. (2025, 05 23). *Services de soins*. Consulté le 09 19, 2025, sur Aides aux frais associés à une maladie chronique ou une incapacité: <https://yukon.ca/fr/sante-et-mieux-etre/services-de-soins/aides-aux-frais-associes-une-maladie-chronique-ou-une>
- Gouvernement du Yukon. (s.d.). *Gestion des ressources humaines – Politiques des mesures d'adaptation pour les employés handicapés*. Récupéré sur <https://yukon.ca/fr/gestion-des-ressources-humaines-politiques-des-mesures-dadaptation-pour-les-employes-handicapes>
- Gouvernement du Canada. (2025, avril 5). *Avantage médicaux – programmes de choix (PDC)*. Consulté le Sep 23, 2025, sur <https://veterans.gc.ca/fr/programmes-de-choix>
- Government of Alberta. (2024). *Accessibility Design Guide*. Récupéré sur <https://open.alberta.ca/dataset/ff01dc85-dfa7-4cee-8929-b9524e9c92ad/resource/96bb21ac-f177-481f-980a-b9b94ae55eaa/download/ma-accessibility-design-guide-2024.pdf>
- Government of BC. (2025, 01 01). *Long-term care services*. Consulté le 09 23, 2025, sur <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/long-term-care-services>
- Government of British Columbia. (s.d.). *AccessibleBC*. Récupéré sur British Columbia's Accessibility Plan 2022-2025: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/initiatives-plans-strategies/accessibility-directorate/accessiblebc-plan.pdf>

- Government of Manitoba. (s.d.). *Health Needs and Other Benefits*. Consulté le 09 19, 2025, sur https://www.gov.mb.ca/fs/eia/eia_benefits.html
- Government of Manitoba. (s.d.). *Manitoba Government Accessibility Plan 2025-2026*. Récupéré sur <https://www.gov.mb.ca/accessibility/mgap.html>
- Government of Manitoba. (s.d.). *Materials Distribution Agency*. Consulté le 09 19, 2025, sur <https://www.gov.mb.ca/mda/medical/home-care-equipment.html>
- Government of Newfoundland & Labrador. (s.d.). *Programs Funded through the Department of Health and Community Services*. Consulté le 09 19, 2025, sur <https://www.gov.nl.ca/hcs/personsdisabilities/fundingprograms-hcs/>
- Government of Newfoundland and Labrador. (s.d.). *Government of Newfoundland and Labrador Accessibility Plan 2024-2026*. Récupéré sur <https://www.gov.nl.ca/cssd/files/Government-of-Newfoundland-and-Labrador-Accessibility-Plan-2024-2026.pdf>
- Government of Nova Scotia. (2023, 12 18). *Supports to help seniors stay in their homes*. Consulté le 09 23, 2025, sur Seniors and Long-term Care: <https://news.novascotia.ca/en/2023/12/18/supports-help-seniors-stay-their-homes>
- Government of Nova Scotia. (2025). *Government of Nova Scotia Accessibility Plan 2025-2028*. Récupéré sur <https://novascotia.ca/accessibility/plan/government-accessibility-plan.pdf>
- Government of Nova Scotia. (s.d.). *Continuing Care*. Consulté le 09 19, 2025, sur Seniors Community Wheelchair Loan Program: <https://novascotia.ca/dhw/ccs/wheelchair-loan-program.asp>
- Government of Saskatchewan. (s.d.). *Government of Saskatchewan Accessibility Plan 2024-2027*. Récupéré sur Accessibility Legislation for Saskatchewan: <https://accessiblesk.saskatchewan.ca/government-of-saskatchewan-accessibility-plan-2024-2027>
- Government of Saskatchewan. (s.d.). *Saskatchewan Aids to Independent Living*. Consulté le 09 19, 2025, sur [https://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/health-services-for-people-with-disabilities/sail#:~:text=Saskatchewan%20Aids%20to%20Independent%20Living%20\(SAIL\)%20provides%20assistance%20to%20people,of%20certain%20chronic%20h](https://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/health-services-for-people-with-disabilities/sail#:~:text=Saskatchewan%20Aids%20to%20Independent%20Living%20(SAIL)%20provides%20assistance%20to%20people,of%20certain%20chronic%20h)
- Health Canada. (2022). *Enhancing Equitable Access to Assistive Technologies in Canada*. Ottawa: Her Majesty the Queen in Right of Canada.

- Inclusive Design Research Centre (IDRC) . (2025, October 13). *Inclusive Design Research Centre (IDRC) at OCAD University*. Récupéré sur <https://idrc.ocadu.ca/>: <https://idrc.ocadu.ca/>
- Ishigami, Y., Jutai, J., & Kirkland, S. (2020). Use Among Community-Dwelling Older Adults: A Profile of Canadians Using Hearing, Vision, and Mobility Devices in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 40(1). doi:10.1017/S0714980819000692
- Jacklin, K. B. (2020). *A guide for partnering with Indigenous communities and organizations to conduct technology development research*. Duluth: Aging Technologies for Indigenous Communities in Ontario.
- Jacklin, K., Pitawanakwat, K., Blind, M., Dertinger, M., & Lemieux, A. (2020). *How to partner with Indigenous communities and organizations to conduct technology development research: A guide for working with communities to develop and adapt technology to age in place*.
- Jeyakumaran, T., Eggiman-Ketter, J., Spadzinski, A., & Wolfe, D. L. (2024). Identifying strategies and related principles supporting a co-design approach in an assistive device service delivery and research platform. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5, Article 1364016.
- Kondratova, I., Fournier, H., & Rajabiyazdi, F. (2023). Aging in Place Virtual Care Technology from the User Experience Perspective. In *Human Aspects of IT for the Aged Population* (pp. 131-144). Springer, Cham.
- Labrecque, S. (2024). *The Role of Assistive Devices in Helping Seniors Age at Home*. Toronto: Strategy Corp, Inc.
- Layton, N., Spann, A., Khan, M., Contepomi, S., Hoogerwerf, E. J., Bell, D., & de Witte, L. (2024). Guidelines for assistive technology service provision - A scoping review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 19(8), 2806-2817. doi:<https://doi.org/10.1080/17483107.2024.2327515>
- Lok Yi Wong, K., Sixsmith, A., & Remund, L. (2021). *In Community - Information and Referral Services for Seniors in British Columbia*. Récupéré sur <https://bc.healthyagingcore.ca/files/preview/13784>. Burnaby: 411 Seniors Centre Society and the SFU Star Institute.
- Mantovani, E. a. (2016). Navigating the European landscape of ageing and ICT: Policy, governance, and the role of ethics. Dans *Ageing and Technology, Perspectives from the Social Sciences* (pp. 227-256). doi:DOI:10.1515/9783839429570-011
- Marashinghe, K. M. (2016). Assistive technologies in reducing caregiver burden among informal caregivers of older adults: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(5), 353-360.

- Marcotte, A.-A. (2023). *Digital literacy interventions for older adults in Canada*. Visions for Change Policy Challenge 2022–2023.
- Mc Guinness, E., Patel, D., Patrick, M., & Austin, V. (2025). Outcomes of assistive technology use by sex and gender; a scoping review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 20(8), pp. 2666-2690. doi:10.1080/17483107.2025.2516615
- McDiarmid, C. (2025, July 9). *Factors associated with unmet needs for disability supports, 2022*. Récupéré sur Statistics Canada: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2025005-eng.pdf>
- McGrath, C. E. (2019). *'That's for old so and so's!': does identity influence older adults' technology adoption decisions?* London: Western University.
- McMaster Health Forum. (2017). *Evidence brief: Enhancing equitable access to assistive technologies in Canada*. McMaster University. Consulté le 09 23, 2025, sur https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/evidence-briefs/asst-tech-eb.pdf?sfvrsn=37b155d5_9
- McMaster University. (2021, August 11). *Harnessing the potential of technology to strengthen the long-term care sector (part 1)* . Récupéré sur McMaster Optimal Aging Portal: [https://www.mcmasteroptimalaging.org/blog/detail/blog/2021/08/11/harnessing-the-potential-of-technology-to-strengthen-the-long-term-care-sector-\(part-1\)](https://www.mcmasteroptimalaging.org/blog/detail/blog/2021/08/11/harnessing-the-potential-of-technology-to-strengthen-the-long-term-care-sector-(part-1))
- McMaster University. (2024, December 26). *Assistive Technology Made Easy: Exploring the AccessATCanada Navigation Portal*. Récupéré sur McMaster Optimal Aging Portal: <https://www.mcmasteroptimalaging.org/blog/detail/blog/2024/12/26/assistive-technology-made-easy--exploring-the-accessatcanada-navigation-portal>
- Ministry of Health Ontario. (2023, July 1). *Policies and procedures manual: Assistive Devices Program*. Récupéré sur Ministry of Health Ontario: <https://files.ontario.ca/moh-adp-policies-and-procedures-manual-assistive-devices-program-2023-07-01.pdf>
- Mishra, S. L.-L. (2024). Assistive technology needs, access and coverage, and related barriers and facilitators in the WHO European region: a scoping review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 19(2), 474-485. doi:DOI: <https://doi.org/10.1080/17483107.2022.2099021>
- Mishra, S., Laplante-Lévesque, A., Barbareschi, G., DeWitte, L., Abdi, S., Spann, A., . . . Allen, M. (2022, July 29). Assistive technology needs, access and coverage, and related barriers and facilitators in the WHO European region: a scoping review. *Assistive technology needs, access and coverage, and related barriers and facilitators in the WHO European region: a scoping review*, 19(2), pp. 474-485. doi:10.1080/17483107.2022.2099021

- MNP LLP. (2021). *Improving Quality of Life for Residents in Facility-Based Continuing Care*. Edmonton: Alberta Health.
- Mohammadnejad, F., Freeman, S., Klassen-Ross, T., Hemingway, D., & Banner, D. (2024). Use of Antivibration Technology to Reduce Demands for In-Home Nursing Care and Support in Rural Settings for Persons with Essential Tremors: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 714.
- Moharana, S., Bennett, C. L., Buehler, E., Madaio, M., Tibdewal, V., & Kane, S. K. (2025). "Accessibility people, you go work on that thing of yours over there": Addressing. doi:<https://doi.org/10.48550/arXiv.2508.16607>
- Munoz, J., Samira, M., Li, Y., Basharat, A., Middleton, L. E., Cao, S., . . . Boger, J. (2022). Immersive Virtual Reality Exergames for Persons Living With Dementia: User-Centered Design Study as a Multistakeholder Team During the COVID-19 Pandemic. *JMHIR Publications, Volume 10, No. 1*, 1.
- Neal, D., Craven, M. P., Cross, J., Evans, S., Fox, C., Oksnebjerg, L., . . . Meiland, F. J. (2025). Digital assistive technologies for community-dwelling people with dementia: A systemic review of systemic reviews by the INDERM AI & assistive technology taskforce. *Assistive Technologies in Dementia Care: Beyond the Pandemic - Review article*, 11(1-15). doi:10.1177/20552076251362353
- Nunavummi Disabilities Makinnasuaqtiit Society. (2025). *Disability*. Récupéré sur <https://nuability.ca/resource/disability/>
- Pasetto de Freitas, M., Piai, V. A., Farias, R. H., Fernandes, A. M., Graciela de Moraes Rossetto, A., & Leithardt, V. R. (2022). Artificial Intelligence of Things Applied to Assistive Technology: A Systematic Literature Review. *Sensors*, 22(21). doi:<https://doi.org/10.3390/s22218531>
- Perry, N., Sun, C., Munro, M., Boulton, K. A., & Guastella, A. J. (2024). AI Technology to support adaptive functioning in neurodevelopmental conditions in everyday environments: a systemic review. *NPJ Digit Medicine*, 7(1), pp. 1-15. doi:<https://doi.org/10.1038/s41746-024-01355-7>
- Pianosi, R., Presley, L., Buchanan, J., Lévesque, A., Savard, S.-A., & Lam, J. (2023, December 1). Canadian Survey on Disability, 2022: Concepts and Methods Guide. *Reports on Disability and Accessibility in Canada*. Récupéré sur https://publications.gc.ca/collections/collection_2023/statcan/89-654-x2023004-eng.pdf
- Public Health Ontario. (2023). *Barriers and strategies to equity in digital health programs and services*. Toronto: King's Printer for Ontario.
- Raina, P., Wolfson, C., Kirkland, S., & Griffith, L. (2010-2015). The Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) Report on Health and Aging in Canada.

- Findings from Baseline Data Collection 2010-2015*. Récupéré sur www.clsa-elcv.ca/wp-content/uploads/2023/06/clsa_report_en_final2_web.pdf
- Report to the Task Team on Equitable Access to Virtual Care. (2021). *Enhancing equitable access to virtual care in Canada: Principle-based recommendations for equity: Principle-based recommendations for equity*. Santé Canada. Récupéré sur <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/enhancing-access-principle-based-recommendatio>
- Santé Canada. (2021). *Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité*.
- Schroeder, T., Dodds, L., Georgiou, A., Gewald, H., & Siette, J. (2023). Older Adults and New Technology: Mapping Review of the Factors Associated With Older Adults' Intention to Adopt Digital Technologies. *JMIR Aging*, 6, e44564. doi:10.2196/44564
- Science and Technology for Aging Research (STAR) Institute. (2019). *Key Issues in Aging in the 21st Century*. Vancouver: Science and Technology for Aging Research (STAR) Institute.
- SENSE-MD, Carleton University. (2025). *Welcome to the SENSE-MD Information Hub*. Récupéré sur <https://carleton.ca/sense-md/>
- Silvera-Tawil, D., Higgins, L., Packer, K., Bayor, A. A., Walker, J. G., Li, J., . . . Freyne, J. (2025, April 2). AI-enabled AT Framework: a principles-based approach to emerging assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology. Advance online publication.*, 20(7), pp. 1955-1974. doi:<https://doi.org/10.1080/17483107.2025.2479838>
- Smith, E. M., Huff, S., Wescott, S., Daniel, R., Ebuenyi, I. D., O'Donnell, J., . . . MacLachlan, M. (2024). Assistive technologies are central to the realization of the Convention on the rights of persons with disabilities. 19(2), pp. 486-491. doi:<https://doi.org/10.1080/17483107.2022.2099987>
- Spiro, G. M., O'Connell, M. E., Ryan, C., Warren, L., (NWAC), N., & Walker, J. D. (2025, June 24). Cultural and contextual relevance of the Indigenous data in the Canadian longitudinal study on aging. *Canadian Journal of Public Health*. doi:10.17269/s41997-025-01087-5
- Statistics Canada. (2025). *Hearing Disabilities, 2022 [Infographic]*. Récupéré sur StatsCan: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-627-m/11-627-m2025012-eng.pdf?st=iYpltNNF>
- Statistics Canada, C. (2025, March 3). Hearing disabilities, 2022. *Statistics Canada*. Récupéré sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2025012-eng.htm>

- Sweeting, A., Warncken, K. A., & Patel, M. (2024, July 30). The Role of Assistive Technology in Enabling Older Adults to Achieve Independent Living: Past and Future. *J Med Internet RES*. doi:10.2196/58846
- Task Team on Equitable Access to Virtual Care. (2021). *Enhancing Equitable Access to Virtual Care in Canada: Principle-based Recommendations for Equity*. Ottawa: Minister of Health.
- TD Bank. (2024, August 14). *TD Launches New Accessibility Tool to Drive Inclusive Online Experiences for Users*. Récupéré sur TD Stories: <https://stories.td.com/us/en/article/td-accessibility-adapter>
- Treviranus, J., Chandrashekar, S., Paprica, A., Lewis, C., Birch, G., Weigelt, J., . . . Molladavoudi, S. (2025, March). *CAN-ASC-6.2: Accessible and Equitable Artificial Intelligence Systems*. Récupéré sur <https://accessible.canada.ca/creating-accessibility-standards/asc-62-accessible-equitable-artificial-intelligence-systems/>
- Tsertsidis, A., Kolkowska, E., & Hedström, K. (2019). Factors influencing seniors' acceptance of technology for ageing in place in the post-implementation stage: A literature review. 129, 324-333.
- UHN Kite Research Institute. (2025, October 13). *The Kite Research Institute*. Récupéré sur UHN Kite Research Institute: <https://kite-uhn.com/>
- UNICEF. (2022). *Framework for building capacity for assistive technology and alternative augmentative communication for children*.
- W3C Web Accessibility Initiative. (2018, 01 18). *Developing websites for older people: How web content accessibility guidelines (WCAG) 2.0 applies*. Consulté le 09 24, 2025, sur <https://www.w3.org/WAI/older-users/developing/>
- W3C Web Accessibility Initiative. (2020, 05 05). *Involving users in web projects for better, easier accessibility*. Consulté le 09 24, 2025, sur <https://www.w3.org/WAI/planning/involving-users/>
- Wang, R. H., & Wilson, M. G. (2022). It is time for a national strategy on equitable access to assistive technology in Canada. 35(6), pp. 356-362. doi:<https://doi.org/10.1177/08404704221113742>
- Wang, R., Zdaniuk, N., Durocher, E., & Wilson, M. (2022). Policymaker and stakeholder perspectives on access to assistive technologies in Canada: challenges and proposed solutions for enhancing equitable access. 17(1), 61-73. doi:10.1080/17483107.2020.1765033
- WHO. (2016). *Priority Assistive Products List*. WHO. Récupéré sur <https://www.who.int/publications/i/item/priority-assistive-products-list>

- WorkBC. (s.d.). *Assistive Technology Services*. Consulté le 09 23, 2025, sur <https://www.workbc.ca/discover-employment-services/assistive-technology-services>
- World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). *Global report on assistive technology*. Geneva.
- World Health Organization. (s.d.). *Assistive TEchnology*. Récupéré sur World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/assistive-technology#tab=tab_1
- World Health Organization. (n.d.). *Global Cooperation on Assistive Technology (GATE)*. Récupéré sur World Health Organization: [https://www.who.int/initiatives/global-cooperation-on-assistive-technology-\(gate\)](https://www.who.int/initiatives/global-cooperation-on-assistive-technology-(gate))
- Yamout, Y., Yeasar, T., Iqbal, S., & Zulkernine, M. (2024). Beyond smart homes: an in-depth analysis of smart aging care system security. *ACM Computing Surveys*, 56(2), 1–35.
- Zallio, M., & Ohashi, T. (2022). The Evolution of Assistive Technology: A Literature Review of Technology Developments and. Récupéré sur <https://arxiv.org/pdf/2201.07152>
- Zhang, B., Ma, M., & Wang, Z. (2023). Promoting active aging through assistive product design innovation: a preference-based intetrated design framework. *Frontiers in Public Health*, 11. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1203830>
- Zuppo, C. M. (2012). Defining ICT in a boundaryless world: the development of a working hierarchy. *International Journal of Managing Information Technology (IJMIT)* Vol.4, No.3, 10.

7 Annexes

Annexe A - Résumé de l'entretien avec les informateurs clés

Au total, six entrevues ont été réalisées avec des informateurs clés. Les organismes consultés comprennent :

- AGE-WELL
- Le Centre de recherche sur le vieillissement de Terre-Neuve-et-Labrador – Université Memorial de Terre-Neuve-et-Labrador
- L'Alliance pour l'égalité des Canadiens aveugles (AEBC)
- Centre for Aging + Brain Health Innovation (CABHI)
- Centre for Health and Innovation in Aging – Mount Royal University
- Vancouver Coastal Health

Les principales conclusions et les thèmes tirés des entretiens sont présentés ci-dessous⁹.

7.1 Politiques FTP

7.1.1 Points forts

Les informateurs clés ont noté plusieurs exemples de points forts des politiques FPT en matière de TA :

- Il existe une compréhension technique générale élevée des TA, y compris des outils et de l'infrastructure.
- Il existe des programmes fédéraux qui soutiennent le développement de la recherche pour trouver des occasions d'accélérer la technologie.
- Il existe des programmes provinciaux qui réduisent le fardeau des coûts d'achat des TA. Par exemple, en Colombie-Britannique, il existe un programme de la Croix-Rouge qui offre des prêts d'équipement gratuits aux patients ou à la collectivité (avec des restrictions). Les gens peuvent louer de l'équipement à court terme (3 à 6 mois) pour en faire l'essai et voir si cela fonctionne pour eux, ce qui contribue à favoriser le vieillissement à domicile.

« La politique peut aider en couvrant l'étendue et la profondeur de la variabilité pour les personnes qui cherchent à accéder aux TA. »

⁹ Pour en savoir plus sur le processus d'entrevue avec les informateurs clés, consultez la section Méthodologie du présent rapport.

« Je constate que certaines personnes âgées hésitent à essayer de l'équipement médical, parfois à cause de la stigmatisation, car elles se disent : « si j'ai trop d'équipement médical chez moi, ce sera un peu comme un hôpital. » Ainsi, le fait de pouvoir essayer l'équipement sans avoir à y investir de l'argent aide les gens à se rendre compte que cet équipement peut être utile et qu'il peut les aider à vieillir à domicile et à demeurer chez eux plus longtemps en toute sécurité. »

7.1.2 Lacunes

Les informateurs clés ont également partagé les lacunes des politiques :

- Les définitions, le financement et la disponibilité des TA diffèrent d'un bout à l'autre du Canada, ce qui entraîne un accès inéquitable.
- L'accès aux TA s'étend sur plusieurs administrations; naviguer dans ce paysage est difficile.
- Le financement des équipements de TA est limité. Le plus souvent, les personnes âgées ou les membres de la famille doivent payer pour l'équipement médical, avec une couverture limitée par l'assurance.
- Les collectivités rurales peuvent ne pas être au courant des options en matière de TA ou avoir un accès limité aux TA en raison de la distance physique et des coûts supplémentaires associés.
- Une majorité de l'éducation se concentre sur les universitaires, l'industrie et les chercheurs, mais les prestataires de soins de santé ont besoin de plus de formation sur la façon de soutenir l'utilisation des TA.
- Les entreprises en démarrage liées aux TA sont innovantes et prometteuses, mais le manque de financement empêche la mise en marché des produits.
- La *Loi canadienne sur la santé* devrait être mise à jour afin d'améliorer l'accès aux technologies d'aide et leur utilisation.
- Les provinces ont tendance à être réticentes à partager les données sur la santé; de l'excellent travail est mené à travers le pays et les données/meilleures pratiques connexes devraient être partagées afin que tout le monde puisse en bénéficier et apporter des améliorations.

« Tout le monde suit la trajectoire du vieillissement [...], mais dans les débats sur les politiques publiques et l'accès aux services, on aborde souvent cette réalité principalement sous l'angle de l'incapacité. Il existe un cadre qui est plus centré sur les droits de la personne et qui se concentre davantage sur le niveau de capacité à participer aux activités quotidiennes. Cette perspective n'est pas centrée uniquement sur les aînés ou les personnes en situation de handicap. »

« Il est important de se concentrer sur le droit individuel de vivre dans la dignité et de façon indépendante, et pas seulement sur la réduction des coûts ou le maintien des personnes chez elles et hors de l'hôpital. Le Canada devrait lier ses politiques à une approche plus large fondée sur les droits. »

7.2 Mobiliser les acteurs clés

Les informateurs clés ont suggéré de :

- Mobiliser le personnel de soins de première ligne (p. ex., les infirmières en santé communautaire, les soins de longue durée, les soins de santé publics), les personnes âgées, les personnes proches aidantes et les familles des personnes qui ont une expérience vécue.
- Rencontrer les gens de la manière qui leur convient le mieux (p. ex., des endroits pratiques ou des espaces accessibles en ligne, s'assurer que les participants disposent d'un Internet fiable).
- S'assurer que les acteurs clés sont rémunérés équitablement et remerciés sincèrement pour leur temps et leur énergie; faire en sorte que les acteurs clés se sentent reconnus comme étant des participants avec une importante expertise.
- Comprendre que les données qualitatives et la narration sont précieuses.
- Accéder aux témoignages des patients en matière de TA; cela aidera à montrer l'incidence réelle et les améliorations qui changent la vie des personnes âgées.
- Le gouvernement devrait collaborer plus étroitement avec les entreprises privées, car celles-ci sont à l'origine de nombreuses innovations. Il est essentiel de s'inspirer de leurs activités et de leurs enseignements pour les transposer dans le domaine public afin de créer des partenariats. Cela devrait être facilité par une politique qui encourage la collaboration plutôt que la concurrence.

« Les politiques ont beaucoup plus de chances d'être efficaces et porteuses d'une réelle incidence lorsque les personnes concernées participent directement à leur élaboration. C'est pourquoi les approches de création conjointe et de mobilisation dès les premières étapes du processus sont particulièrement essentielles. »

« Posez des questions qui invitent à des réponses authentiques, permettant aux personnes de raconter réellement leur histoire. Les questionnaires à choix ou à cocher ne font souvent que refléter ce que l'intervieweur souhaite entendre. »

7.3 Indicateurs et cadres d'évaluation

Les informateurs clés ont indiqué ce qui suit :

- Les cadres à utiliser pourraient comprendre : RE-AIM, le cadre d'évaluation des avantages d'Inforoute Santé du Canada (ISC) ou le cadre GATE 5P de l'OMS.
- Les indicateurs doivent être propres aux différents secteurs des TA.
- Les options d'indicateurs pourraient inclure : la qualité de vie liée à la santé; le nombre de réadmissions à l'hôpital, aux urgences ou chez un prestataire de soins de santé; le nombre de transitions de la maison aux établissements de vie assistée; les échelles de mesure des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou des activités de la vie domestique (AVD); la progression des maladies chroniques; le

niveau d'épuisement professionnel des personnes proches aidantes; la satisfaction des clients/cliniciens; un accès accru aux soins; ou une diminution du fardeau financier pour l'achat de TA.

- Outre les indicateurs, il est important de considérer la question plus large des résultats que les gens espèrent obtenir en utilisant les TA.
- Les modèles doivent couvrir l'ensemble du processus et inclure les éléments relatifs à l'adoption, à la mise en œuvre et à la maintenance des technologies d'assistance.
- Les études à grande échelle et longitudinales peuvent être utiles pour recueillir des données; cependant, les études à long terme peuvent être difficiles à réaliser avec les populations plus âgées.

« Ces cadres touchent une multitude d'aspects. Il y a les aides à la mobilité et les aides cognitives, et l'ensemble est tellement vaste qu'un seul indicateur ne suffirait probablement pas. En revanche, disposer d'indicateurs uniformes pour l'ensemble des types d'appareils, par exemple, pourrait contribuer à une certaine normalisation. »

« Le cadre sur lequel vous devriez aboutir doit être bien équilibré et tout le monde doit être représenté. Parce que si vous faites progresser la mise en œuvre/l'adoption des TA, vous ne pouvez pas penser uniquement à la personne proche aidante. Vous devez également penser à l'utilisateur final lui-même, au système ou au gouvernement. Tout le monde joue un rôle, en particulier dans un système public et vous devez vous assurer qu'il y a un retour sur investissement ou un bénéfice concret au bout du tunnel. »

7.4 Obstacles à l'accès aux TA

Les informateurs clés ont commenté les obstacles à l'accès aux TA, tels que :

- Le manque de connaissance des TA existantes.
- Le coût élevé de l'équipement, la couverture d'assurance limitée et les obstacles au financement.
- La difficulté à naviguer dans le système pour accéder aux TA.
- Les personnes âgées ont généralement une compréhension plus faible de la technologie et les TA peuvent être intimidantes, car on s'attend parfois à ce qu'une personne apprenne rapidement à les utiliser avec peu de conseils. Dans ce contexte, il a également été noté que les stéréotypes selon lesquels les personnes âgées ne peuvent pas ou ne veulent pas apprendre à utiliser la technologie peuvent conduire à l'exclusion des discussions sur l'adoption ou l'utilisation des TA.
- La stigmatisation entourant l'utilisation des TA.

- Les personnes âgées peuvent ressentir de la peur et de la méfiance si elles ont l'impression d'être constamment surveillées par les TA.
- Des politiques strictes en matière de construction faisant en sorte qu'un gestionnaire de copropriété ou d'immeuble n'autorisera pas de modifications pour des TA (p. ex., si un trou doit être percé pour des barres d'appui).
- Le manque de durabilité des produits et la réparation des TA peuvent être coûteux.

Certains obstacles mentionnés pour des groupes visés par l'équité comprenaient :

- Les systèmes de discrimination (par exemple, le capacitisme, l'homophobie, la transphobie, la misogynie) doivent être pris en considération lors de l'analyse de l'accès des différents groupes aux TA ou aux soins dans le système de santé au sens large.
- Un accès limité pour les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées.
- Les Autochtones, les nouveaux arrivants ou les personnes qui vivent dans la rue peuvent ne pas toujours avoir une carte d'assurance-maladie.
- Les nouveaux arrivants plus âgés sont moins susceptibles d'apprendre les langues officielles du Canada et peuvent rencontrer des obstacles de compréhension ou des problèmes de traduction qui les empêchent d'accéder aux TA ou de les utiliser correctement.
- Les notions préconçues relatives à l'incapacité peuvent empêcher des personnes de recevoir des soins et des TA qui tiennent compte de leurs identités intersectionnelles.

« La plupart des gens considèrent l'accessibilité comme un plafond et non comme un plancher. »

Les obstacles observés pour les personnes ayant des incapacités multiples ou complexes comprenaient :

- Le manque de compréhension de leurs difficultés fonctionnelles ou problèmes cognitifs (démence, Alzheimer) peut faire en sorte que les personnes âgées sont moins susceptibles d'utiliser des TA.
- Le manque de soutien communautaire et l'isolement social peuvent entraîner des pratiques dangereuses chez les personnes âgées qui ne se rendent pas compte qu'elles sont à risque.

7.5 Améliorer l'accès aux TA pour les communautés visées par l'équité

« Lorsqu'on conçoit quelque chose pour qu'il soit accessible aux personnes en situation de handicap, on améliore en réalité l'expérience de tous. »

Les suggestions d'amélioration comprenaient :

- Augmenter le soutien financier.

- Améliorer les temps d'attente, l'accès aux principaux proches aidants, l'accès aux références et l'accès aux analyses et aux essais.
- Être proactif en fournissant des informations aux personnes âgées pour la planification du vieillissement à domicile (p. ex., tenir des brochures dans les cabinets de médecin) et la sensibilisation aux équipements de TA disponibles.
- Accroître la sensibilisation en organisant des séances de démonstration des TA financées par des fonds publics, des campagnes de sensibilisation communautaire en langage clair ou une sensibilisation par l'intermédiaire de médecins communautaires.
- Promouvoir les TA dans les endroits où les personnes âgées se rassemblent.
- Réduire la paperasserie pour que les personnes âgées soient approuvées pour le financement de l'équipement et accorder plus d'autonomie aux travailleurs de la santé autres que les médecins pour prescrire des TA en toute sécurité.
- Offrir davantage de soutiens communautaires qui comprennent des postes rémunérés, et non seulement des bénévoles.

7.6 Rôle des personnes proches aidantes et des organismes de services aux aînés

Les informateurs clés ont confirmé que la famille, les personnes proches aidantes et les organismes de services aux aînés jouent un rôle essentiel dans le soutien à l'utilisation des TA, notant :

- Les personnes proches aidantes et les familles sont préoccupées par la santé et incitent les personnes âgées à utiliser les TA, à les mettre en place avec des appareils et des soutiens, et couvrent souvent le coût des TA.
- Les organismes de services aux aînés disposent souvent d'un éventail d'experts qui peuvent apporter leur expérience vécue et leur expertise importante aux conversations sur l'amélioration de l'accès aux TA.

Certains défis dans les rôles des personnes proches aidantes ont été nommés comme suit :

- Les personnes proches aidantes peuvent agir en tant que gardiens de l'accès aux TA d'une personne âgée. Soutenir les besoins des personnes proches aidantes aux côtés des personnes âgées est crucial.
- Les aidants rémunérés et bénévoles ne bénéficient pas toujours d'un soutien suffisant pour aider les personnes âgées à adopter et à utiliser les TA. Une formation et des informations sont nécessaires pour que les aidants se sentent à l'aise avec l'utilisation des TA.

- Une porte tournante de personnes proches aidantes pour les personnes âgées peut entraîner des incohérences dans les soins.

« Plus la famille est impliquée, plus l'adhésion des âgés augmente. La participation familiale constitue également le meilleur moyen d'assurer un suivi soutenu et une utilisation constante de l'équipement. »

7.7 Pratiques exemplaires pour soutenir le vieillissement à domicile

Les informateurs clés ont partagé des pratiques exemplaires, notamment :

- Soutenir et éduquer les familles et les personnes proches aidantes, qui jouent un rôle important dans l'adoption, l'approvisionnement et le suivi de l'utilisation des TA.
- Permettre aux personnes âgées d'essayer l'équipement sur une base d'essai. Cela les aidera à comprendre pourquoi il est nécessaire et à se familiariser avec son utilisation.
- Créer des politiques plus fluides et adaptables qui prennent en compte la diversité des besoins de ceux qui utilisent et soutiennent l'utilisation des TA.
- Rationaliser la navigation du système pour accéder aux TA.
- Créer des centres ou des réseaux d'information et de soutien localisés auxquels les personnes âgées peuvent accéder.
- Augmenter les interactions sociales et les soutiens pour favoriser la participation des personnes âgées à la vie de la collectivité. Veiller à ce que les espaces communautaires d'interaction soient physiquement accessibles.
- Concevoir les TA selon les principes de conception universelle et créer des produits avec l'aide des personnes ayant une expérience vécue.
- Se concentrer sur le droit d'un individu à une vie dans la dignité et l'indépendance, au lieu de voir les TA d'un point de vue principalement financier qui met de côté la composante humaine. Mettre l'accent sur la prévention et un mode de vie sain, plutôt que d'agir de manière réactive une fois qu'une personne âgée commence à rencontrer des problèmes liés au vieillissement.

7.8 Innovations prometteuses

« La technologie la plus prometteuse est celle que les gens peuvent se permettre et qui est accessible. »

Les informateurs clés ont nommé des innovations établies et prometteuses dans le monde des TA :

- Les TA tels que : les dispositifs de détection des chutes, les caméras de surveillance, les douches de plain-pied, les télésièges, les cuisinières à minuterie, les bidets, les barres murales adaptées aux appartements, la biométrie ou la synthèse vocale.
- D'autres innovations telles que : Steadiwear, NovaSense, Swift Medical, Xandar Kardian, Linggo, Molecular You, Braze Mobility et Cosm Medical.

- Le concept de soins du Hogeweyk Dementia Village aux Pays-Bas.

« Nous observons bien certaines réussites ponctuelles ou des projets pilotes prometteurs, mais sans mécanisme de financement durable, il devient difficile d'assurer l'accès aux technologies d'assistance pour les personnes qui en ont besoin. C'est d'ailleurs ce que met en évidence ce document : la nécessité d'intensifier les efforts de représentation et d'obtenir un financement accru de la part du gouvernement. »

Annexe B - Cadres d'évaluation

7.9 Éléments constitutifs du cadre

Parmi les sources examinées, l'équipe de recherche a identifié un petit ensemble d'éléments de base utilisables plutôt qu'un « cadre d'évaluation des TA » complet. Ces éléments aident les décideurs à juger de l'intégration, de l'accessibilité et de la faisabilité de la main-d'œuvre.

Normes du programme Ambient Assisted Living (AAL)

La littérature sur le programme AAL définit une famille de technologies qui aident les personnes âgées à vivre en toute sécurité et de manière autonome (p. ex., capteurs domestiques, détection de chute, surveillance à distance, aides à la communication). Deux points de référence récurrents sont :

- **AALIANCE2**, qui est une feuille de route européenne/initiative de normalisation qui définit l'architecture, l'interface et les attentes de conformité utiles comme critères d'approvisionnement et d'interopérabilité;
- **universAAL**, qui est une spécification de plate-forme/référence ouverte qui permet le prêt à l'emploi sur tous les appareils et services d'aide à la vie autonome.

Ces normes ne répertorient pas les indicateurs, mais servent de points d'ancrage de conformité pratiques pour les évaluations qui prétendent à une « intégration à grande échelle » (Blackman, et al., 2016; Abhari, et al., 2024). Elles peuvent assurer des liens plus fiables (p. ex., des dispositifs portables liés aux services d'urgence ou des capteurs à domicile liés aux équipes de soins) et l'interopérabilité signifie moins de verrouillage du fournisseur.

Référence en matière d'accessibilité numérique (WCAG 2.0)

Parce que les programmes de TA s'appuient de plus en plus sur des portails et des formulaires numériques, les Règles pour l'accessibilité des contenus Web (WCAG) 2.0 offrent des critères pouvant être mis à l'essai dans le but de savoir si les aînés et les personnes proches aidantes peuvent trouver, comprendre et utiliser les informations du programme (Developing websites for older people: How web content accessibility guidelines (WCAG) 2.0 applies, 2018).

Approches de processus en matière de politique et de suivi

Le **processus IDEAL** (Inclusive Design for Equitable and Accessible Living) associe deux outils de l'OMS pour examiner les résultats et la capacité : rATA (Rapid Assistive Technology Assessment) fournit des indicateurs au niveau de la population sur les besoins, l'accès et les besoins non satisfaits en produits d'assistance (par le biais d'une courte enquête auprès des ménages), tandis que l'ATA-C (Assistive Technology Capacity Assessment) évalue la capacité du système dans les domaines de la gouvernance, du financement, des produits, de la prestation de services, de la main-d'œuvre et de l'information (Ebuenyi, The IDEAL PROCESS for developing assistive

technology policy, 2023). Ensemble, rATA répond à la question « Les gens obtiennent-ils ce dont ils ont besoin? » et l'ATA-C répond à la question « Le système peut-il répondre aux besoins de manière durable? »

7.10 Cadres suggérés par les informateurs clés

Un informateur clé a mentionné 2 cadres à partir desquels s'inspirer :

- [RE-AIM](#) : Il s'agit d'un cadre pour guider la planification et l'évaluation des programmes en fonction des 5 résultats clés de RE-AIM : la portée, l'efficacité, l'adoption, la mise en œuvre et le maintien.
- [Cadre d'évaluation des avantages d'Inforoute Santé du Canada \(ISC\)](#) : Conçu pour les domaines de la santé numérique, ce cadre vise à mettre l'accent sur la relation entre la mise en œuvre d'une solution efficace, l'adoption de cette solution et son incidence.

Comme l'a mentionné un informateur clé,

« Le cadre sur lequel vous devriez aboutir doit être bien équilibré et tout le monde doit être représenté. Parce que si vous faites progresser la mise en œuvre/l'adoption des TA, vous ne pouvez pas penser uniquement à la personne proche aidante. Vous devez également penser à l'utilisateur final lui-même, au système ou au gouvernement. Tout le monde joue un rôle, en particulier dans un système public et vous devez vous assurer qu'il y a un retour sur investissement ou un bénéfice concret au bout du tunnel. »

7.11 Indicateurs

La littérature cible une gamme d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour évaluer l'intégration, l'accessibilité et l'incidence des TA et de la gérontechnologie dans les systèmes de santé et sociaux, notamment :

- ceux explicitement décrits dans la base de données probantes;
- ceux qui émergent des lacunes du système, des défis de mise en œuvre et des expériences des utilisateurs documentées dans les études.

Seuls certains indicateurs ont été appliqués dans le monde réel des TA ou des évaluations du programme AAL, et le cas échéant, les preuves sur les résultats sont résumées ci-dessous.

7.11.1 Indicateurs explicitement cités dans la littérature

Plusieurs sources ciblent des indicateurs concrets que les décideurs et les responsables du système peuvent utiliser pour surveiller l'accès aux TA, l'équité et les résultats, notamment :

Indicateur	Description de l'indicateur	Résultat mesuré
Suivi de l'utilisation et de l'équité	Les indicateurs comprennent la proportion d'interactions réalisées à l'aide de la technologie, ventilée par	Adoption équitable des technologies d'assistance; identification des écarts

	des facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le revenu, la ruralité et l'état de santé (Bhatia, et al., 2021). Les différences dans l'adoption et l'utilisation continue selon les caractéristiques sociodémographiques.	d'accès entre les différents groupes de population ; utilisation durable dans le temps plutôt qu'adoption ponctuelle (Bhatia et al., 2021). Réduction des disparités en matière de capacités fonctionnelles, de sécurité et de participation chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (Bhatia et al., 2021; Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022).
Accès et abordabilité	Les indicateurs au niveau du système comprennent les besoins non satisfaits, les coûts directs, les temps d'attente et les écarts d'équité entre les revenus, l'emplacement géographique et la situation de handicap (Mattison, Wilson, Wang, & Waddell, 2017).	Réduction des besoins non satisfaits en matière de technologies d'assistance, amélioration de l'accessibilité financière et accès rapide à des appareils et services adaptés (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022; Mattison et al., 2017)
Accessibilité numérique	Les niveaux de conformité WCAG 2.0 fournissent un indicateur d'accessibilité pour les portails, les formulaires et les interfaces numériques (Developing websites for older people: How web content accessibility guidelines (WCAG) 2.0 applies, 2018).	Environnements numériques utilisables et accessibles qui permettent aux personnes en situation de handicap d'accéder de manière autonome aux services, aux informations et aux outils de communication (Développement de sites web pour les personnes âgées : comment s'appliquent les directives d'accessibilité du contenu web (WCAG) 2.0, 2018).
Thèmes des résultats du	Les études ciblent des domaines de résultats cohérents tels que la sécurité	Amélioration de la sécurité, possibilité de

programme Ambient Assisted Living (AAL)	(p. ex., les alertes aux chutes, la détection des dangers), la capacité à rester à la maison, la qualité de vie, la participation sociale et le lien avec les services de santé et sociaux (Blackman, et al., 2016).	continuer à vivre chez soi, amélioration de la qualité de vie et meilleur accès aux services sociaux et de santé (Blackman et al., 2016).
Efficacité fonctionnelle des TA	La mesure dans laquelle un dispositif ou un système d'assistance permet à un utilisateur d'effectuer les activités quotidiennes prévues de manière plus efficace, plus sûre et plus autonome qu'il ne le pourrait sans cette technologie (Rapport mondial sur les technologies d'assistance, 2022; Borgnis et al., 2023).	Amélioration des performances dans les activités quotidiennes telles que la mobilité, les soins personnels, la communication et l'autonomie.
Satisfaction des utilisateurs vis-à-vis des TA (QUEST 2.0)	Satisfaction à l'égard des appareils et accessoires fonctionnels et des services connexes (Demers et al., 2002).	Grande satisfaction à l'égard des appareils fonctionnels et des services connexes, ce qui se traduit par une utilisation soutenue et une réduction du nombre d'appareils abandonnés.
Participation sociale et qualité de vie	La mesure dans laquelle les technologies d'assistance permettent aux individus de participer aux activités sociales, familiales et communautaires qui leur tiennent à cœur, tout en favorisant leur bien-être général, leur autonomie et leur satisfaction dans la vie quotidienne (Borgnis et al., 2023).	Participation accrue à la vie familiale, communautaire et sociale et amélioration de la qualité de vie globale.
Résultats définis par les personnes aînées	(par exemple, dignité, autonomie, sentiment de sécurité)	Résultats qui reflètent ce qui est important pour les personnes âgées dans leur vie quotidienne, favorisant une évaluation des TA centrée sur la personne et adaptée à la culture (Ebuenyi, 2023).

7.11.2 Indicateurs démontrés dans les études sur les TA/le programme AAL et résultats rapportés

Un sous-ensemble d'indicateurs a été appliqué dans les études empiriques sur les TA et sur le programme AAL, avec des preuves claires de l'incidence, notamment :

Indicateur	Explication
Sécurité	Les indicateurs de sécurité (y compris la détection des chutes, la détection des dangers environnementaux et les alertes d'urgence) sont parmi les plus couramment utilisés dans les évaluations. Des études rapportent une réduction des admissions à l'hôpital, des sorties plus précoces et des transitions retardées vers les soins de longue durée pour les utilisateurs de systèmes d'alarme de première génération (Blackman, et al., 2016). Les systèmes de deuxième et de troisième génération démontrent une meilleure détection des chutes, de l'errance et des dangers tels que les fuites de gaz, au profit des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (Blackman, et al., 2016).
Capacité à rester à la maison/vie autonome	Les systèmes du programme AAL ont été évalués pour mesurer leur incidence sur la vie autonome. Les preuves montrent que les systèmes d'alarme et les capteurs à domicile peuvent retarder l'entrée dans un établissement de soins de longue durée et favoriser le maintien à domicile (Blackman, et al., 2016). Les technologies appuyant les activités de la vie quotidienne, telles que les outils de soutien cognitif, ont réduit le besoin de supervision par les personnes proches aidantes et permis une plus grande indépendance (Blackman, et al., 2016).
Qualité de vie et participation sociale	Des études utilisant des compagnons robotisés, des appareils de téléprésence et des technologies de communication font état d'améliorations de la connectivité sociale, de la stimulation cognitive et de la participation générale (Blackman, et al., 2016). Une utilisation plus large des technologies de l'information et de la communication (TIC) est également associée à une réduction de l'isolement social et à une diminution de la dépression chez les personnes âgées (L'impact de la connectivité Internet et des outils technologiques sur la réduction de l'isolement social et de la solitude des personnes âgées pendant la pandémie et au-delà, 2025).
Résultats définis par les personnes âgées	Il a été démontré que les évaluations participatives utilisant des approches telles que le processus IDEAL améliorent l'alignement entre les priorités des personnes âgées et les mesures de résultats sélectionnées, améliorant ainsi l'autonomisation et la participation significative (Ebuanyi, The IDEAL PROCESS for developing assistive technology policy, 2023).
Suivi de l'utilisation	Bien qu'ils soient surtout utilisés dans le domaine de la santé numérique plutôt que dans les études propres aux TA, les indicateurs d'utilisation ont servi à suivre l'adoption, l'accessibilité et l'équité des soins reposant sur des technologies. Par exemple, l'utilisation des soins virtuels en Ontario est passée de 1,8 % des consultations en 2019 à 70 % en 2020 à la suite de changements apportés aux politiques en raison de la COVID (Bhatia, et al., 2021), démontrant comment les politiques et mesures sociales qui ont donné la priorité aux soins virtuels favorisent leur utilisation.

7.12 Intégration dans le système de santé

La littérature met en évidence plusieurs indicateurs qui aident à évaluer la qualité de l'intégration des TA dans les systèmes de santé et sociaux. Ces indicateurs se répartissent en deux grands groupes :

- ceux qui sont directement mesurables et qui figurent dans des études empiriques ou des orientations stratégiques;
- ceux qui émergent des lacunes documentées du système, des défis de mise en œuvre et des facteurs structurels décrits dans les sources.

Ensemble, ils fournissent une image complète de la façon dont les TA peuvent soutenir le rendement du système, les flux de travail cliniques et l'accès aux services.

7.12.1 Indicateurs identifiés dans la littérature comme pertinents pour l'intégration du système

Ces indicateurs figurent directement dans la littérature et sont réalisables pour mesurer les éléments suivants :

Indicateur	Explication
Utilisation des interactions basées sur la technologie	Le suivi de la fréquence d'utilisation de la technologie dans la prestation de services (et par qui) éclaire les modèles d'accès, d'adoption et de durabilité. Des études sur l'adoption des soins virtuels en Ontario illustrent comment le suivi de l'utilisation peut montrer l'adoption de la technologie, la répartition entre les groupes de population et l'évolution des politiques (Bhatia, et al., 2021).
Participation et mobilisation des prestataires	Le suivi de l'utilisation, par les cliniciens, des voies prises en charge par les TA et des changements de participation en réponse aux incitatifs de remboursement ou de politique peut révéler la faisabilité, l'acceptation et le niveau de préparation opérationnelle au sein du système (Bhatia, et al., 2021).
Résultats du système influencés par les TA	Les données des études sur le programme AAL montrent que les technologies réduisent les admissions évitables à l'hôpital, permettent des sorties plus précoces et aident les personnes âgées à rester à la maison plus longtemps. Ces résultats reflètent une intégration significative du système et une réduction de la demande de soins en établissement (Blackman et al., 2016; Boger et al., 2017).
Résultats définis par l'utilisateur alignés sur les objectifs du système	L'autonomisation, la participation, le fonctionnement et d'autres résultats priorisés par les personnes âgées contribuent à un système plus centré sur la personne et sont mesurables à l'aide d'approches participatives comme celles démontrées dans le processus IDEAL (Ebuenyi, 2023).

7.12.2 Indicateurs supplémentaires suggérés par les lacunes du système et les défis de mise en œuvre

Dans l'ensemble des sources, plusieurs autres indicateurs apparaissent comme importants pour comprendre l'intégration du système, même s'ils ne sont pas encore mesurés de manière routinière dans les études sur les TA. Ils reflètent les véritables obstacles décrits par les personnes âgées, les personnes proches aidantes, les cliniciens et les acteurs du système.

Indicateur	Explication
Interopérabilité et échange de données	Mesure dans laquelle les technologies d'assistance peuvent échanger des données en toute sécurité avec les systèmes cliniques, administratifs et de prestation de services. Cet indicateur reflète la capacité du système à soutenir la continuité des soins, la coordination interdisciplinaire et le suivi des résultats dans tous les contextes, en comblant les lacunes largement identifiées dans le partage et l'utilisation des données dans les systèmes de TA (Global Alliance of Assistive Technology, 2022 ; Abhari et al., 2024 ; Blackman et al., 2016).
Évaluation, prescription et capacité de navigation	La disponibilité et la cohérence des évaluateurs formés, des autorités prescriptrices et des aides à la navigation dans l'ensemble des programmes de TA. Cet indicateur démontre dans quelle mesure la fragmentation des parcours, le manque de clarté des rôles et les capacités limitées de la main-d'œuvre créent des obstacles à un accès rapide et équitable aux technologies d'assistance (Global Alliance of Assistive Technology, 2022 ; Mattison et al., 2017 ; Genge et al., 2023).
Alignement entre les programmes	Le degré d'harmonisation des critères d'admissibilité, des processus d'évaluation et de la couverture des prestations entre les ministères, les bailleurs de fonds et les prestataires de services. Cet indicateur reflète la mesure dans laquelle les systèmes de TA réduisent la fragmentation et favorisent la coordination, la prestation à l'échelle du système et la mesure des résultats (Global Alliance of Assistive Technology, 2022).

Annexe C - Programmes de TA provinciaux et territoriaux actuellement disponibles

Source (AgeWell, 2017) : Mise à jour par l'équipe de recherche – janvier 2026

Province/Territoire	Programme principal	Appareils couverts	Points saillants de l'admissibilité	Modèle de financement	Remarques
Colombie-Britannique*	Medical Equipment & Devices Program (MSDPR)	Équipement médicalement essentiel (p. ex., fauteuils roulants, marchettes, lits, ascenseurs).	Résidents en situation de handicap à faible revenu, y compris les aînés; nécessite une prescription et une approbation médicales.	Basé sur le revenu; financement total ou partiel en fonction des besoins évalués.	Plus limité que les modèles universels ON/AB; lié à l'admissibilité au revenu <i>*remplace le programme AIL de la Colombie-Britannique.</i>
Colombie-Britannique*	Programme de prêt d'équipement médical de la Croix-Rouge (HELP) (soutenu par la province)	Aides à la mobilité et à la vie quotidienne (fauteuils roulants, marchettes, lits d'hôpital, aides au bain, etc.).	Résidents référés par un professionnel de la santé réglementé; le programme à long terme nécessite l'ordonnance d'un médecin et des critères supplémentaires.	Modèle de prêt (prêts gratuits à court terme; prêts à long terme avec frais administratifs).	Largement utilisé; équipement prêté, non détenu; la capacité dépend des dons.
Colombie-Britannique*	Services de technologie d'assistance WorkBC	TA en milieu de travail, appareils ergonomiques, technologie de	Personnes en situation de handicap à la recherche d'un emploi.	Financé par le gouvernement par l'entremise de WorkBC.	Lié à l'emploi; complète d'autres programmes de la Colombie-Britannique.

		communication et audition.			
Alberta	Aides à la vie quotidienne de l'Alberta (AADL)	Mobilité, communication, audition, vision.	Nécessite une prescription et une évaluation.	75 % gouvernement, 25 % client.	Couvre une large gamme, mais les temps d'attente et la quote-part sont des obstacles.
Alberta*	Revenu assuré pour les personnes ayant une incapacité grave (AISH) – Prestations personnelles liées à la santé	Équipement médical non couvert par l'AADL (appareils/fournitures de PEPC, entretien des fauteuils roulants/scooters, orthèses, piles pour prothèses auditives, etc.).	Bénéficiaires de l'AISH (programme pour les personnes en situation de handicap fondé sur le revenu).	Basé sur le revenu; couverture complète des articles approuvés.	Suppléments AADL; aide à combler les lacunes pour les bénéficiaires à faible revenu.
Saskatchewan	Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL)	Mobilité, audition, communication.	Résidents avec une carte d'assurance maladie valide.	Complet ou partiel.	Couverture limitée des TA en matière de santé cognitive/mentale.
Manitoba	Programme de services de soins à domicile du Manitoba	Mobilité, communication.	Clients des soins à domicile uniquement.	Modèle de prêt (à court/long terme).	Certaines technologies d'assistance sont prêtées par les offices régionaux de santé.
Manitoba	Aide à l'emploi et au revenu (AER) – Besoins en matière de santé	Appareils d'assistance, aides à la mobilité, prothèses auditives/piles, sièges personnalisés, ascenseurs/rampes	Bénéficiaires de l'AER (en fonction du revenu).	Couverture complète si admissible.	Fournit une couverture lorsqu'elle n'est pas offerte par l'entremise des services de soins

		pour fauteuils roulants, etc. (s'ils ne sont pas couverts ailleurs).			à domicile ou d'autres régimes.
Ontario	Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)	Large : mobilité, communication, audition, vision, certaines fonctions cognitives.	Besoin médical + prescription.	75 % financement, 25 % utilisateur.	L'une des catégories d'appareils les plus complètes et les plus claires.
Ontario*	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)	Complète les appareils du PAAF; couvre les quotes-parts et les écarts.	Clients du POSPH ayant une incapacité admissible (le POSPH est fondé sur le revenu).	Supplémentaire; peut apporter une couverture jusqu'à 100 %.	Important pour les personnes à faible revenu; comble les lacunes du PAAF.
Québec	Programmes de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie)	Mobilité, audition, vision.	Doit être sur la liste officielle; diagnostics précis.	Entièrement ou partiellement financé.	Les listes provinciales définissent les appareils approuvés; les aides à la communication sont limitées.
Québec	Aide sociale – Prestations spéciales	Articles médicaux précisés avec autorisation préalable.	Bénéficiaires d'une aide de dernier recours en fonction de leur revenu.	Couverture complète pour les articles autorisés.	Complète les programmes de la RAMQ; au cas par cas.
Québec	Programmes d'aides techniques	Déficiência visuelle, auditive, motrice, linguistique, intellectuelle.	Personnes présentant un handicap physique ou	Modèle de prêt à couverture complète.	Les personnes souffrant d'un handicap

			intellectuel ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) évalué par un professionnel de santé.		temporaire ne sont pas éligibles.
Québec	Programme d'aides à la vie quotidienne et à la vie domestique		Personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou un TSA; doivent recevoir de l'aide d'un centre intégré de services de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de services de santé et de services sociaux (CIUSS).	Couverture complète avec une seule exception pour les appareils.	Utilisateur responsable de l'assurance de l'appareil.
Nouveau-Brunswick	Services de santé, développement social	Audition, mobilité (limitée).	Basé sur l'incapacité et le revenu.	Au cas par cas.	De nombreux besoins ne sont pas satisfaits ou sont référés à des organismes de bienfaisance.
Nouvelle-Écosse	Assurance-médicaments pour les aînés,	Audition, mobilité, communication.	Aînés et personnes	Complet ou partiel.	Les services destinés aux enfants sont plus

	Hearing & Speech Nova Scotia		référéées par un médecin.		efficaces que ceux offerts aux adultes.
Nouvelle-Écosse*	Programme de prêts communautaires de fauteuils roulants pour les aînés	Fauteuils roulants (manuels/électriques).	Aînés évalués par un professionnel de la santé.	Modèle de prêt.	Portée importante mais limitée; équipement prêté non détenu.
Nouvelle-Écosse*	Programme de soutien aux personnes en situation de handicap (PSPH) – Besoins spéciaux	Orthèses, prothèses, autres dispositifs pour besoins spéciaux.	Adultes en situation de handicap, y compris les aînés.	Basé sur le revenu.	Aide avec les coûts de l'appareil au-delà des programmes de santé.
Île-du-Prince-Édouard	Soutien pour personnes en situation de handicap	Limité (mobilité principalement).	Évaluation au cas par cas.	Discrétionnaire.	Manque de programme de TA structuré; financement limité des appareils.
Île-du-Prince-Édouard	Programme d'accessibilité	Aides techniques/appareils fonctionnels (au-delà de la mobilité).	Résidents en situation de handicap, besoin évalué.	Basé sur le revenu.	Portée plus large que le PSPH; prise en charge plus structurée des appareils.
Île-du-Prince-Édouard	Programme de remise sur les appareils auditifs pour aînées et aînés	Audition.	Aînés évalués par un professionnel de la santé.	Basé sur le revenu.	Modèle de service principalement réactif et non proactif.

Île-du-Prince-Édouard	<u>Programme de prêt d'équipement médical à court terme de la Croix Rouge canadienne</u>	Mobilité.	Orientation par un professionnel de la santé.	Modèle de prêt.	Portée importante, mais limitée; l'équipement est prêté à court terme et n'est pas la propriété des utilisateurs.
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>Special Assistance Program (SAP)</u>	Audition, mobilité (certains éléments).	Aînés ou personnes en situation de handicap.	Subventions partielles.	Modèle de service principalement réactif et non proactif.
Yukon	<u>Programme d'aide pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité (PAPAMCI)</u>	Mobilité, audition, appareils de communication.	Doit avoir un diagnostic de maladie chronique ou d'incapacité.	Couverture complète pour les appareils approuvés.	Pas de programme de TA formel; les services sont intégrés dans des prestations de santé plus larges.
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	<u>Régime d'assurance-maladie complémentaire (RAMC)</u>	Mobilité, communication, audition.	Aînés (60 ans et plus).	Complet ou partiel.	Couverture complète pour les produits énumérés sous les SSNA.
Nunavut	<u>Prestations d'assurance-maladie complémentaire (PAMC)</u> , Services de santé non assurés (SSNA)	Aides à la mobilité de base, prothèses auditives, vision (limitée).	Basé sur le statut inuit (SSNA) ou les maladies chroniques (PAMC).	Principalement des SSNA fédéraux pour les Inuits; des PAMC territoriales pour les autres.	Infrastructure limitée; difficultés d'accès en raison de l'emplacement géographique et du manque de prestataires de services.

– fédéral pour
les Inuits)

* Indique qu'il s'agit d'un nouveau programme ou d'un programme modifié (c.-à-d. non inclus dans le résumé original d'AgeWell)

Annexe D - Lois et programmes fédéraux en matière de TA

Source (AgeWell, 2017) : Mise à jour par l'équipe de recherche – sept. 2025

Programmes du gouvernement fédéral					
Anciens Combattants Canada – Avantages médicaux (PDC)	Anciens combattants et membres de la GRC.	Aides à la vie quotidienne, prothèses auditives, prothèses, appareils de mobilité, aides à la vision, services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie.	Complet ou partiel (basé sur la grille).	Doit avoir une carte de soins de santé d'Anciens Combattants; la couverture dépend du groupe d'admissibilité (A ou B).	Pré-autorisation requise; administré par Croix Bleue Medavie.
<u>SSNA – Services de santé non assurés (Santé Canada)</u>	Premières Nations et Inuits inscrits.	Aides à la mobilité, prothèses auditives, orthèses, prothèses, appareils de vision (limités), fournitures.	Complet (s'il n'y a pas de couverture ailleurs).	Doit être une personne des Premières Nations inscrite ou un Inuit reconnu; couverture secondaire aux régimes privés/territoriaux.	Exclusions étendues (p. ex., équipement de thérapie, appareils cosmétiques); l'accès varie selon l'emplacement.
<u>Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)</u>	Réfugiés, demandeurs d'asile, victimes de la traite.	Prothèses auditives, aides à la mobilité, prothèses, orthèses, aides personnelles.	Complet (aucune quote-part autorisée).	Doit être admissible à la couverture du PFSI; l'accès prend fin une fois que la couverture provinciale est obtenue.	Approbation préalable nécessaire; les appareils doivent être sur la grille approuvée.
<u>Services correctionnels Canada –</u>	Détenus dans les établissements	Fauteuils roulants, scooters, appareils orthopédiques, prothèses auditives, autres TA de base.	Complet (système interne).	Doit être un détenu dans un établissement	Certains appareils nécessitent l'approbation du

<u>Services de santé</u>	correctionnels fédéraux.			correctionnel fédéral.	responsable clinique.
<u>Défense nationale et Forces armées canadiennes – Services de santé</u>	Membres actifs et réservistes des FAC.	Aides à la mobilité, aides à la vision/à l'audition, prothèses, orthèses.	Complet (des limites s'appliquent).	Doit être un membre de la Force régulière ou de la Force de réserve admissible.	Les chirurgiens de la base peuvent approuver jusqu'à 15 000 \$ par année.
<u>Bourse d'études canadienne pour l'obtention d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité</u>	Étudiants de niveau postsecondaire ayant une incapacité permanente.	Appareils de vision/audition/communication; logiciels d'assistance.	Subvention (jusqu'à 8 000 \$ par année).	Doit être inscrit dans un établissement désigné et recevoir une aide financière aux étudiants.	Nécessite la documentation de l'incapacité et la justification des coûts par un professionnel qualifié.
<u>Postes Canada – Service Cécogramme</u>	Personnes aveugles et institutions.	Braille, livres audio, articles tactiles (envoi uniquement).	Service postal gratuit.	Doit être considéré comme une personne aveugle ou ayant une déficience visuelle.	

* Indique qu'il s'agit d'un nouveau programme ou d'un programme modifié par rapport au résumé original d'AgeWell

Législation du gouvernement fédéral régissant les programmes de TA			
Nom du programme	Ministère ou service responsable	Lois et règlements applicables	Remarques
<u>Anciens Combattants Canada – Avantages médicaux (PDC)</u>	Anciens Combattants Canada	- <i>Loi sur le ministère des Anciens Combattants</i> (RSC 1985, c V-1)	La législation établit les droits et les avantages médicaux; liés à

		- <i>Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants</i> (DORS/90-594) - <i>Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des membres et anciens combattants des Forces canadiennes</i> (SC 2005, c 21) - <i>Règlement sur l'indemnisation</i> (DORS/2006-50)	la couverture en cas d'incapacité.
Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC)	- <i>Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés</i> (LC 2001, ch. 27) - <i>Décret concernant le Programme fédéral de santé intérimaire</i> (TR/2012-26) - Document de politique du PFSI (lignes directrices internes)	Fournit une couverture temporaire des TA pour les demandeurs d'asile et les personnes protégées admissibles.
Services de santé non assurés (SSNA)	Santé Canada (Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits)	- <i>Loi sur les Indiens</i> - <i>Politique sur la santé des Indiens</i> (1979)	Les SSNA offrent une couverture des TA aux personnes admissibles des Premières Nations et des Inuits.
Services correctionnels Canada – Services de santé	Sécurité publique et Protection civile (SPC)	- <i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i> (LC 1992, ch. 20) - <i>Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i> (DORS/92-620)	Régit les soins de santé des détenus, y compris la fourniture de TA dans les établissements correctionnels.

Forces armées canadiennes – Services de santé	Ministère de la Défense nationale	Politiques internes en vertu de la <i>Loi sur la défense nationale</i> et des directives médicales; politiques précises non codifiées publiquement	Approche basée sur les politiques; les chirurgiens de la base ont le pouvoir délégué pour l'approvisionnement en TA.
Bourse d'études canadienne pour l'obtention d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité	Emploi et Développement social Canada (EDSC)	- <i>Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants</i> - <i>Règlement fédéral sur l'aide financière aux étudiants</i> (non explicitement cité dans le rapport)	Les subventions ont été légiférées dans le cadre plus large de l'aide aux étudiants.

