

Association des syndicalistes retraités du Canada-Énoncé de politique de 2011

Soins à domicile – Pour mieux vieillir chez soi – rassembler les éléments nécessaires

Précis – Pour mieux vieillir chez soi

« Vieillir chez soi » s'entend du fait de continuer d'habiter là où l'on habite depuis des années et aussi du fait de vieillir sans devoir déménager, soit habituellement aller vivre dans un centre de soins de santé dont on utilise les produits, les services et les installations. Autrement dit, c'est continuer de vivre dans le foyer de son choix de façon sécuritaire et autonome à mesure que l'on vieillit.

Dignité : Être traité avec respect, indépendamment de sa situation, et jouir de l'estime de soi, c'est-à-dire avoir confiance en soi; se sentir accepté tel que l'on est, indépendamment de son âge, de son état de santé, etc.; être apprécié pour ses réalisations; être respecté pour ses contributions et son rôle passé et présent auprès des proches, de la collectivité et de l'ensemble de la société; être traité comme un être humain digne de respect et comme un membre à part entière de la société.

Participation : S'engager, demeurer actif et participer à la vie collective; être consulté et sentir que le gouvernement tient compte de ses opinions – p. ex. participer à toutes les facettes de la vie (aspect social, économique, politique); jouer un rôle utile dans les affaires quotidiennes; profiter de ce que la vie offre; participer aux programmes et services offerts; participer aux activités de la vie quotidienne (décisions, initiatives dans tous les secteurs et non seulement dans ceux qui sont axés sur les aînés).

Équité : Avoir l'assurance que les besoins réels des aînés, aussi divers soient-ils, sont considérés comme aussi importants que ceux des autres groupes – p. ex. avoir un accès équitable (sur le plan social, économique, politique) aux ressources et aux services disponibles; ne pas subir de discrimination fondée sur l'âge; être traité de façon à maximiser l'intégration des aînés.

Sécurité : Recevoir, en vieillissant, un revenu suffisant et avoir accès à un milieu de vie sûr, qui est source de soutien – p. ex. la sécurité financière pour combler ses besoins quotidiens; la sécurité physique (notamment les conditions de vie, le sentiment d'être à l'abri de la criminalité); l'accès à la famille et aux amis; le sentiment d'avoir des liens personnels étroits et des liens sociaux; le soutien.

Autonomie : Avoir la maîtrise de sa vie; être capable de faire pour soi autant de choses que possible et de faire ses propres choix – p. ex. prendre des décisions sur des questions de la vie quotidienne; être responsable, quand cela est possible et pratique, des choses qui influent sur soi; être libre de décider de son mode de vie; avoir accès à un système de soutien qui assure la liberté de choix et le contrôle de sa vie. L'autonomie et

la sécurité peuvent être liées à la capacité financière afin de permettre aux gens de rester dans leurs foyers ou leurs communautés.

Selon le Journal of Housing for the Elderly, l'autonomie est le fait de ne pas devoir quitter sa résidence afin d'obtenir les services de soutien nécessaires en fonction de l'évolution de ses besoins. À mesure que vieillissent les membres de la génération du baby-boom et qu'augmente la longévité des personnes ayant des troubles du développement, le besoin de services augmente.

Les besoins et les capacités des personnes les plus âgées changent peu à peu avec le temps. Les genres de changements et les moments où ils se produisent varient d'une personne à l'autre. Bien que de nombreuses personnes âgées puissent demeurer actives et indépendantes chez elles, d'autres ont besoin d'un peu d'aide pour continuer à vivre dans leur communauté. De nombreuses personnes âgées peuvent demeurer dans leur communauté sans danger si on les aide à mener leurs activités quotidiennes ou à satisfaire à leurs besoins de base en matière de santé.

Le logement supervisé allie la vie en milieu communautaire dans un appartement sécuritaire aux services de soutien personnalisés. La résidente ou le résident paie un loyer et des frais visant des services de repas, de blanchisserie et d'entretien ménager. Au Manitoba, les soins personnels sont financés par l'entremise de l'office régional de la santé sans que la résidente ou le résident n'ait à payer des frais. L'admissibilité est déterminée dans le cadre du programme de soins à domicile de l'office régional de la santé.

Cette option de logement dans la communauté peut aider les personnes âgées à retarder ou à éviter leur placement dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes jusqu'à ce que des soins intensifs soient nécessaires. Pareille option peut être utile aux personnes âgées qui ont besoin d'un soutien et d'une surveillance à longueur de journée. Au Canada, les lits des établissements de soins de longue durée sont financés par les provinces. En 2008, ces établissements comprenaient 194 178 lits, dont 125 887 ou 65 % étaient administrés par des organismes sans but lucratif et 68 311 ou 35 % étaient administrés par des organismes à but lucratif.

La population du Canada vieillit

Les prévisions indiquent que les personnes âgées représenteront de 23 % à 25 % du total de la population d'ici 2036, soit près du double des 13,9 % de 2009. L'augmentation des niveaux d'immigration ne changerait pas grand-chose au vieillissement prévu de la population canadienne. L'espérance de vie à l'âge de 65 ans augmente elle aussi.

En 1985, une personne de 65 ans pouvait s'attendre à vivre encore 17 années. En 2006, elle pouvait s'attendre à vivre encore 20 ans, soit 18 ans dans le cas d'un homme et 21 ans dans celui d'une femme.

Au 1^{er} juillet 2009, les provinces Maritimes avaient les proportions les plus élevées de personnes de 65 ans ou plus. L'Île-du-Prince-Édouard en comprenait un peu plus de 15 % et le Nouveau-Brunswick ainsi que la Nouvelle-Écosse en comprenaient chacune près de 16 %. À près de 14 %, l'Ontario et le Manitoba avaient les deuxième et troisième proportions de personnes âgées en importance tandis que l'Alberta avait la plus faible, à 10%.

Le vieillissement de la population de la C.-B. provoquera d'importants changements économiques dans cette province. La population de la C.-B. est censée vieillir considérablement au cours des 20 prochaines années, d'après le *Conference Board*. En 2036, l'âge médian le plus élevé se trouverait dans les provinces de l'Atlantique, quel que soit le scénario de vieillissement choisi, alors que le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest auraient l'âge médian le plus bas.

Pension d'invalidité des anciens combattants

La pension d'invalidité des anciens combattants ne peut pas être frappée d'impôt par Revenu Canada et n'est pas considérée comme un revenu. Les anciens combattants ne sont pas tenus d'inscrire cette pension en tant que revenu sur leur déclaration de revenus. En C.-B., en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et dans l'Île-du-Prince-Édouard, cette pension d'invalidité n'entre pas dans le calcul des revenus.

La pension d'invalidité des anciens combattants n'est pas considérée comme un revenu au Nouveau-Brunswick si le ministère des Anciens Combattants a jugé que le besoin de l'ancien combattant en soins de longue durée est lié à la blessure attribuable au service pour laquelle il reçoit une pension. En Ontario, au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador, la pension d'invalidité des anciens combattants entre dans le calcul du revenu total.

Évaluation des besoins

Dans toutes les provinces, l'admission à un établissement de soins infirmiers exige une évaluation du niveau de soins dont la personne a besoin. La procédure d'évaluation varie d'une partie du pays à l'autre.

En C.-B., un gestionnaire de cas indique les services et les ressources de soins à domicile disponibles dans la communauté, recommande des programmes précis aux clientes et clients et assure un suivi auprès d'eux afin de les aider à prendre les dispositions nécessaires ou à apporter des modifications si leurs besoins en services de santé changent. Le genre d'aide et de soutien nécessaire varie selon la personne et peut changer avec le temps dans le cas d'une même personne. Pour évaluer les besoins en soins de la cliente ou du client, le gestionnaire de cas dresse un plan avec la cliente ou le client et sa famille.

En Alberta, l'organisation qui administre l'établissement se charge de l'évaluation, qui exige qu'elle établisse et maintienne une procédure écrite d'évaluation des demandes de

résidence dans un milieu de soutien, y compris les capacités physiques, affectives et intellectuelles de la personne que vise la demande.

En Saskatchewan, un instrument d'évaluation normalisé est employé pour déterminer le niveau de soins dont une personne a besoin. Les foyers de soins personnels répondent habituellement aux besoins des personnes ayant de faibles besoins en soins (niveau 1 ou 2) mais certains fournissent des soins à des personnes ayant des besoins plus importants. Les personnes ayant de forts besoins en soins (niveaux 3 et 4) auxquels les services fournis à domicile ou en milieu communautaire ne peuvent pas répondre sont admises dans des foyers de soins spéciaux.

Au Manitoba, quand une personne ne peut plus habiter chez elle en sécurité en raison d'un handicap ou de ses besoins en soins de santé, l'office régional de la santé détermine ses besoins en soins personnels. La documentation ne mentionne pas de niveau de soins.

En Ontario, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) aident à définir les besoins et la situation en déterminant l'admissibilité à des services à financement public, en trouvant des fournisseurs et en demandant les soins nécessaires. Si vous avez droit à des soins et à des services de soutien personnels à financement public, le CASC prend les dispositions nécessaires à leur prestation et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée les paie. L'admissibilité de la résidente ou du résident est déterminée par le CASC.

Au Québec, si vous êtes admis à une unité de soins d'un centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS) et que vous ne pouvez pas rentrer à la maison, vous devez communiquer avec le responsable de l'unité de soins afin qu'un professionnel puisse évaluer les besoins associés à votre état de santé. L'évaluation dépend de votre santé et de votre degré d'autonomie.

Au Nouveau-Brunswick, les résidentes et les résidents des niveaux 1 et 2 habitent des foyers de soins spéciaux et ceux des niveaux 3 et 4 habitent des foyers de soins infirmiers. Les foyers de soins spéciaux sont prévus pour les personnes ayant besoin d'une certaine surveillance. Les personnes du niveau 3B vivent dans des foyers de soins spéciaux pourvu qu'elles n'aient pas besoin de soins infirmiers et de surveillance professionnelle 24 heures par jour.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, l'évaluation permet de répartir les gens entre cinq niveaux. Les personnes des niveaux 1 à 3 ont droit à des soins à domicile. Le logement avec soins intensifs commence au niveau 4 et les soins des « manoirs » ou foyers de soins infirmiers constituent le niveau 5.

En Nouvelle-Écosse, il faut demander des soins de longue durée dans le cadre du programme du point d'accès unique du ministère de la Santé et du Bien-être. La personne qui les demande fait l'objet d'une évaluation approfondie visant à déterminer le niveau des soins nécessaires et d'une évaluation financière permettant de déterminer les

frais de soins de longue durée qui seront imposés. La documentation ne mentionne pas de niveau de soins.

À Terre-Neuve-et-Labrador, la résidente ou le résident doit communiquer avec le conseil régional de la santé pour qu'une évaluation soit réalisée afin de déterminer si elle ou il peut être admis à un foyer de soins infirmiers ou à un foyer de soins personnels. La documentation ne mentionne pas de niveau de soins.

Évaluation financière

Sauf les rares personnes âgées riches qui ont les moyens de payer des milliers de dollars par mois pour obtenir des soins personnels, toutes les personnes âgées doivent faire l'objet d'une évaluation financière pour pouvoir recevoir une subvention.

Terre-Neuve-et-Labrador est la seule province qui tient compte de l'avoir pour fixer le coût des soins infirmiers. Le Québec ne se reporte à l'avoir que si la résidente ou le résident n'a pas la capacité de payer. Dans ce cas, il tient compte des liquidités, des biens, du revenu mensuel et de la situation familiale.

Désignation des établissements résidentiels

Dans bien des provinces, on parle d'établissements de soins pour bénéficiaires internes et de logement avec assistance pour désigner la vie autonome avec une certaine assistance.

En Saskatchewan, on emploie le terme « foyer de soins spéciaux » ou « foyer de soins infirmiers ». En Alberta, il est question de soins continus. En Nouvelle-Écosse, les établissements de soins de longue durée sont appelés foyers de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées ou résidences-services. En Colombie-Britannique, on parle de soins en établissement et de soins de longue durée. Au Nouveau-Brunswick, il est question de foyers de soins infirmiers et de foyers de soins spéciaux.

Au Manitoba, il est question de foyers de soins personnels tandis qu'en Ontario, ce sont les foyers de soins infirmiers qui fournissent les soins de longue durée. Au Québec, on parle d'établissements de soins de longue durée. Dans l'Île-du-Prince-Édouard, les établissements de soins de longue durée sont des établissements privés et les foyers de soins infirmiers et les établissements publics sont appelés manoirs ou manoirs gouvernementaux. À Terre-Neuve-et-Labrador, les établissements de soins de longue durée sont des foyers de soins personnels.

L'Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile a réparti les modèles de prestation des soins à domicile utilisés au Canada entre quatre catégories :

Tableau 1 : Modèles de prestation de soins à domicile - Provinces

Modèle de prestation publique	Les services professionnels et de soutien à domicile sont fournis principalement par des membres de la fonction publique. Il en est ainsi au Manitoba, en Saskatchewan, au Québec, dans l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut.
-------------------------------	--

Modèle de prestation publique des services professionnels et de prestation privée du soutien à domicile	Tous les services professionnels sont fournis par des membres de la fonction publique. Les services de soutien à domicile sont donnés à contrat à des organismes privés à but lucratif ou non lucratif. Il en est ainsi au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve et en Colombie-Britannique.
Modèle public-privé	Les fonctions administratives sont remplies par le personnel de la fonction publique. Les services professionnels sont fournis par une combinaison de personnel du secteur public et (principalement) du conseil régional de la santé ou donnés à contrat à des organismes privés. Les services de soutien à domicile sont donnés à contrat à des organismes à but lucratif ou non lucratif. Il en est ainsi en Nouvelle-Écosse et en Alberta.
Modèle contractuel	Des fonctions de coordination de l'accès par un point unique sont remplies par le personnel des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) à financement public. Les services professionnels et de soutien à domicile sont donnés à contrat par le CASC à des organismes privés (à but lucratif ou non lucratif) qui fournissent les soins aux consommatrices et consommateurs. Ce modèle est celui des soins à domicile organisés en Ontario par l'entremise des centres d'accès aux soins communautaires.

Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile (2003)

http://www.cha.ca/documents/pa/Home_Care_HR_Study.pdf Consultée le 14 juillet 2008

Le champ d'application de la Loi canadienne sur la santé comprend les services complémentaires suivants :

- a) soins intermédiaires des foyers de soins infirmiers ;
- b) soins en établissement pour adultes ;
- c) soins à domicile ;
- d) soins ambulatoires.

Loi canadienne sur la santé : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php>

Programmes de soins de longue durée des provinces

Colombie-Britannique

En 2010, la population de 65 ans ou plus constituait 14 % du total. Il est prévu qu'elle en atteindra 25 % d'ici 2030. À mesure que la population de la C.-B. vieillit, l'activité économique est censée continuer de croître.

En juin 2010, environ 26 400 personnes ont reçu des services résidentiels à financement public en C.-B.. En 2008, il y avait 24 616 lits en établissement résidentiel dans la province alors qu'il y en avait 25 420 en 2001.

Sur le territoire du conseil régional de la santé le plus grand de la province, qui dessert le tiers de la population de celle-ci, le niveau de dotation en personnel de prestation directe de soins était de 2,7 heures-résident par jour. Des données plus récentes obtenues de ce conseil indiquent que les heures de soins directs varient de 1,65 heure à 3,8 heures, la moyenne étant de 2,46 heures.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, la quote-part mensuelle des pensionnaires est de 80 % de leur revenu annuel après impôt, sous réserve des taux minimums et maximums. Le taux

quotidien minimum est de 897,00 \$ et le taux quotidien maximum est de 2 932 \$. Le taux applicable aux personnes à faible revenu est de 894,40 \$. Les pensionnaires conservent une allocation de 275 \$ par mois pour satisfaire à leurs besoins personnels.

Les soins fournis en résidence et les services de soutien à domicile à financement public sont fournis par l'entremise des conseils régionaux de la santé de la province, l'admissibilité et l'accès étant déterminés à la lumière d'une évaluation des besoins en soins de santé à laquelle procède le conseil de la santé.

Les personnes recevant un soutien à domicile subventionné en C.-B. peuvent être tenues de payer des frais de service quotidiens. Ces frais sont fixés à la lumière d'une évaluation du revenu après impôt. Des services privés de maintien à domicile peuvent être achetés.

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes en C.-B. fournissent des soins infirmiers professionnels 24 heures sur 24 et assurent une surveillance professionnelle aux personnes dont les besoins en services de santé sont complexes et qui ne peuvent pas bien y satisfaire chez elles ou dans un autre contexte. En 2009, le coût moyen d'un lit dans un établissement de soins privé de la Colombie-Britannique était de 4 718 \$ par mois ou de 56 616 \$ par année.

Intervention de promotion de la santé des aînés frêles de la C.-B.

Résultats après 3 ans	Vivant dans la communauté	Habitant un établissement de SLD ou morts
Groupe		
Groupe de promotion de la santé (N=81)	75,3 % (61)	24,7 % (20)
Groupe témoin (N=167)	58,7 % (98)	42,3 % (69)

(P=0,04) N. Heil et coll., *Canadian Journal on Aging*, 1992; 11(1), pp. 72 à 91

En C.-B., les lits de soins de longue durée sont financés par la province. En 2008, il y avait 17 028 lits dans des établissements à but non lucratif (69 %) et 7 588 lits dans des établissements à but lucratif (31 %) pour un total de 24 616 lits.

Soins à domicile

Tous les services professionnels sont fournis par des membres du personnel de la fonction publique mais donnés à contrat à des organismes privés sans but lucratif ou à but lucratif. Les services de soutien à domicile sont donnés à contrat à des organismes privés sans but lucratif ou à but lucratif. Nous ne savons pas si les services de soutien à domicile sont fournis 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Les services de soutien à domicile à financement public sont fournis par l'entremise des conseils régionaux de la santé, qui déterminent l'admissibilité et l'accès en se fondant sur l'évaluation des besoins en soins de santé à laquelle ils procèdent.

En C.-B., les services de soutien à domicile sont destinés à aider les gens à demeurer autonomes et à vivre chez eux le plus longtemps possible. Les fournisseurs de soutien à domicile offrent une aide personnalisée aux fins d'activités courantes, telles que celles de prendre un bain, de s'habiller, de faire sa toilette et d'accomplir des tâches ménagères légères, à des personnes atteintes de maladies chroniques, ayant un handicap ou dont l'état de santé empire peu à peu et à des personnes qui ont besoin de soins palliatifs ou de courte durée.

Si une aide au maintien à domicile est recommandée, un gestionnaire de cas aide la cliente ou le client à déterminer l'aide qui répondra le mieux à ses besoins et prend les dispositions nécessaires.

La grande majorité des clients des services de soutien à domicile a 65 ans ou plus. De 2000-2001 à 2006-2007, les personnes âgées ont compté pour environ 80 % des heures de soutien à domicile assurées chaque année.¹ Les clientes et clients du soutien à domicile ont en outre tendance à être « des personnes à faible revenu, vulnérables sur le plan économique, principalement des femmes ».²

En 2003, 82 % des clientes et clients avaient des revenus avant impôt inférieurs à 15 000 \$ par année, 80 % avaient 75 ans ou plus et 70 % étaient des femmes, la plupart desquelles vivaient seules.³ Dans un même ordre d'idées, les personnes fournissant les services de maintien à domicile en milieu communautaire sont principalement des femmes dont le changement des conditions de travail et d'emploi nuit à leur sécurité économique.⁴

Comme les soins en établissement, les services de soutien à domicile à financement public sont fournis par l'entremise des conseils régionaux de la santé de la province, qui déterminent l'admissibilité et l'accès en se fondant sur l'évaluation des besoins en soins de santé à laquelle ils procèdent.

La grande majorité des clientes et clients des services de soutien à domicile a 65 ans ou plus. De 2000-2001 à 2006-2007, les personnes âgées ont compté pour environ 80 % des heures de soutien à domicile assurées chaque année.⁵

Les établissements de soins de longue durée sont appelés établissements de soins en résidence et établissements de soins complexes (ceux-ci étaient auparavant appelés soins de longue durée et comprenaient des soins de différents niveaux variant des soins personnels et soins intermédiaires aux soins à plusieurs niveaux et prolongés).

1. Centre canadien de politiques alternatives, mai 2009. La proportion de 80 % exclut les heures relevant du programme Choice in Supports for Independent Living (choix de soutiens de la vie autonome), qui est une solution de rechange « autogérée » aux services de maintien à domicile s'adressant principalement aux jeunes personnes ayant un handicap (voir Centre canadien de politiques alternatives, mai 2009).

2. Centre canadien de politiques alternatives, avril 2009, p. 8.

3. Centre canadien de politiques alternatives, avril 2009.

4. Voir Centre canadien de politiques alternatives, avril 2009; Centre canadien de politiques alternatives, mai 2009.

5

Protecteur du citoyen

La compétence du protecteur du citoyen englobe les conseils régionaux de la santé et les districts hospitaliers régionaux mais il n'a pas le pouvoir de superviser la prestation des soins par les foyers de soins infirmiers ou les établissements de soins de longue durée.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'intégrer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable.

Alberta

Les prévisions portent à croire que l'Alberta demeurera une des provinces les plus jeunes au cours des prochaines années. De 2011 à 2021, le nombre des personnes âgées passera de 413 100 à 642 100. Pendant cette période, la proportion de la population pour laquelle comptent les personnes âgées passera d'environ 11 % à 15 %. Il est prévu qu'en 2036, l'Alberta comprendra plus d'un million de personnes âgées, soit à peu près un Albertain ou une Albertaine sur cinq.

En 2006, environ 14 500 personnes vivaient dans des établissements de soins de longue durée au sein du système des soins continus. Ce nombre augmentera radicalement à mesure que vieillit la population de l'Alberta. Actuellement, 51 % des résidentes et résidents des établissements de soins de longue durée ont plus de 85 ans et 31 % ont plus de 90 ans.

Le système des soins continus assure aux personnes qui ont des troubles de santé ou des handicaps l'accès aux services dont elles ont besoin pour être autonomes et avoir une bonne qualité de vie. Ces services comprennent les services professionnels, les soins personnels et un éventail d'autres services. Ils peuvent être fournis à court terme ou à long terme. Habituellement, ces services sont fournis dans un établissement de soins de longue durée ou à domicile.

Les services de soins continus se répartissent entre trois volets. Chaque volet de soins peut assurer aux clientes et clients un vaste éventail de soins sanitaires et personnels et de services de logement et d'accueil.

En Alberta, les lits de soins de longue durée sont financés par la province. En 2008, il y avait 10 230 lits dans des établissements sans but lucratif (45 %) et 4 424 lits dans des établissements à but lucratif (30 %) pour un total de 14 654 lits.

Les établissements de soins de longue durée sont également appelés foyers de soins infirmiers ou hôpitaux auxiliaires et peuvent être dirigés par des organisations à but lucratif ou non lucratif ou par les Services de santé de l'Alberta. Le placement dans les

établissements de soins de longue durée est effectué par les professionnels de la santé dans le cadre d'une procédure d'évaluation.

Au 1^{er} février 2011, les tarifs maximums d'hébergement de longue durée étaient les suivants : **chambre individuelle** -55,90 \$ par jour (ou en moyenne 1 700 \$ par mois); **chambre à deux lits** – 48,40 \$ par jour (ou en moyenne 1 472 \$ par mois) par rapport au tarif antérieur de 47,00 \$; et **chambre normale**- 45,85 \$ par jour (ou en moyenne 1 395 \$ par mois), par rapport au tarif antérieur de 44,50 \$.

La province paie les rajustements des clientes et clients du programme du [revenu assuré aux personnes ayant un grave handicap \(AISH\)](#), ce qui signifie que ces résidentes et résidents continuent de toucher un revenu disponible minimal de **315 \$** par mois. Les personnes âgées recevant des prestations dans le cadre du programme de [prestation pour aînés de l'Alberta](#) ont bénéficié, en janvier 2011, d'une augmentation portant leurs prestations à **265 \$** de revenu disponible chaque mois pour des produits tels que les vêtements, les articles de toilette, la papeterie et les journaux.

Soins à domicile

Les services professionnels et de soutien à domicile sont fournis principalement par des membres du personnel de la fonction publique. Des services de soutien à domicile peuvent être fournis directement par les Services de santé de l'Alberta ou dans le cadre de contrats passés avec des organismes communautaires. L'évaluation à domicile est effectuée par une coordinatrice ou un coordinateur des soins communautaires.

La province a un modèle public-privé. Les fonctions administratives sont remplies par le personnel du secteur public. Les services professionnels sont fournis par une combinaison de membres du personnel de la fonction publique et (principalement) des conseils régionaux de la santé ou donnés à contrat à des organismes privés. Les services de soutien à domicile sont donnés à contrat à des organismes à but lucratif ou non lucratif. Nous ne savons pas si les services de soutien à domicile sont fournis 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Certains clients et clientes sont appelés à payer de bas frais de service ménager fondés sur le revenu. Les non-résidents de l'Alberta doivent payer le plein coût des services.

Protecteur du citoyen

Le protecteur du citoyen peut enquêter sur des plaintes concernant les procédures de règlement des sujets d'inquiétude des patientes ou patients des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'incorporer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable. <http://www.seniors.alberta.ca/ContinuingCare/>

Saskatchewan

La population des personnes âgées vieillit et il est prévu qu'elle continuera de vivre plus longtemps, le nombre des personnes de 65 à 74 ans augmentant de 104,9 % d'ici 2036 et celui des personnes de plus de 75 ans augmentant de 39,3 % pendant cette période. Le vieillissement de la population réduit la disponibilité des lits de soins de longue durée pour les personnes les plus âgées.

En Saskatchewan, les établissements de soins de longue durée sont appelés foyers de soins spéciaux ou foyers de soins infirmiers. Les lits de soins de longue durée sont financés par la province. En 2008, il y avait 8 273 lits dans des établissements sans but lucratif (92 %) et 671 lits dans des établissements à but lucratif (8%), pour un total de 8 944 lits.

Au 31 mars 2010, la Saskatchewan avait 112,0 lits par 1 000 membres de la population de 75 ans ou plus, par rapport à la moyenne nationale de 89,5 lits au 31 mars 2009. La Saskatchewan a le deuxième ratio de lits de soins de longue durée en importance parmi les provinces (les Territoire du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon étant exclus).

Au 31 mars 2010, il y avait 8 628 personnes reconnues en tant que résidentes ou résidents d'établissements de soins de longue durée dans la province.

Les foyers de soins spéciaux ont un financement public. Un foyer de soins spéciaux est un établissement qui fournit des soins de longue durée satisfaisant aux besoins des particuliers, soit habituellement de personnes ayant de forts besoins en soins (niveau 3 ou 4) auxquels les soins à domicile et les services communautaires ne peuvent pas répondre.

Les conseils régionaux de la santé peuvent tenir des foyers de soins spéciaux directement ou par contrat d'affiliation. Ils sont désignés par le Ministre dans la *Regional Health Services Act*.

Au 31 mars 2010, les résidentes et résidents de foyers de soins spéciaux recevaient des services dans cent cinquante-cinq (155) foyers de soins spéciaux désignés et dix-neuf (19) hôpitaux ou centres de santé. Le gouvernement provincial finance les foyers de soins spéciaux par l'entremise des conseils régionaux de la santé.

Les foyers de soins personnels sont de propriété privée et exploités par des particuliers ou des entreprises. Ces établissements donnent des options privées de logement et de soins à des adultes qui ont besoin de soins légers. Le ministère de la Santé délivre des permis aux foyers de soins personnels et il les surveille pour voir à ce que les personnes qui les habitent reçoivent des soins sécuritaires et appropriés. Il y a environ 247 foyers de soins personnels comprenant 3 189 lits en Saskatchewan.

Les résidentes et les résidents paient des frais fondés sur le revenu à la lumière du revenu indiqué sur la déclaration de revenus annuelle, qui comprend l'intérêt sur les comptes bancaires et les placements. Il n'est pas tenu compte des biens personnels

(terres, maisons, comptes bancaires, etc.) dans la détermination des frais imposés aux résidentes et résidents.

Au 1^{er} avril 2011, les frais étaient de 993 \$ plus 50 % de la partie du revenu qui se situe entre 1 210 \$ et 3 005 \$. Le ministère de la Santé continue de payer environ 80 % du coût des soins de longue durée dans l'ensemble de la province. La résidente ou le résident conserve une allocation personnelle de 216 \$ à 1 096 \$ selon son revenu.

Dans le cas des résidentes et résidents mariés (y compris les membres de couples en union libre), les revenus du couple sont combinés et divisés également, après quoi la formule susmentionnée est appliquée.

Les résidentes ou résidents mariés qui habitent des résidences séparées pour des raisons indépendantes de leur volonté peuvent remplir un formulaire de désignation facultative pour déterminer la personne à laquelle les frais de résidence doivent être imposés. Il s'ensuit que seul le revenu du conjoint désigné est pris en compte dans le calcul des frais. Il y a lieu de signaler que cette option n'est utile que dans les cas où le revenu du conjoint ou de la conjointe est plus faible que celui de sa conjointe ou de son conjoint.

Des infirmières ou infirmiers sont accessibles à longueur de journée grâce à la ligne d'assistance en matière de santé qui est financée par le ministère de la Santé de la Saskatchewan. Les services aux aînés relèvent du ministère de la Santé.

Soins à domicile

Les services professionnels et les services de soutien à domicile sont fournis principalement par des membres de la fonction publique. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan établit des politiques et verse aux conseils régionaux de la santé des fonds leur permettant de couvrir la majeure partie du coût de la prestation de soins à domicile. Le programme des soins à domicile a été créé en 1978 et est mis en œuvre par le conseil régional de la santé de la région qu'habite la cliente ou le client d'après une évaluation de ses besoins.

Les soins à domicile sont fournis gratuitement à tous les habitants et les habitantes de la Saskatchewan assujettis au régime d'assurance-maladie de la Saskatchewan. Les frais des soins à domicile sont fondés sur le revenu. Nous ne savons pas si les services de soutien à domicile sont fournis 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Les soins à domicile sont fournis ou financés par le conseil régional de la santé. Les services reçus d'organismes privés d'aide ménagère et de soins infirmiers à domicile ne sont pas financés par le conseil régional de la santé.

Les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les soignantes et soignants font partie de différents syndicats. Ils sont employés par les conseils régionaux de la santé.

Les conseils régionaux de la santé procèdent à des évaluations pour déterminer le niveau de soins nécessaire. Il y a des organismes privés mais le gouvernement ne contrôle pas leurs activités et ne les finance pas. Les conseils régionaux de la santé réglementent les heures de prestation de soins qui varient en fonction des besoins évalués des résidentes et résidents. Les régions tiennent cette information.

Les services professionnels, tels que les soins infirmiers et les thérapies, sont fournis gratuitement aux clientes et clients. Pour ce qui est des soins personnels, la cliente ou le client paie 7,32 \$ par unité pour les 10 premières unités du mois (l'unité étant une heure de service ou un repas). Les frais imposés à l'égard des services dépassant les 10 premières unités sont fondés sur un barème et établis en fonction du revenu mensuel rajusté de la cliente ou du client.

Le personnel des soins à domicile est au service du conseil régional de la santé et est rémunéré selon les conventions collectives récentes. Les liquidités ne sont pas prises en compte aux fins des soins à domicile fournis par les conseils régionaux de la santé.

La gestion de cas et l'évaluation des besoins en services infirmiers, de physiothérapie et d'ergothérapie à domicile sont assurés pour aider les personnes ayant besoin de soins de courte durée, palliatifs et de soutien à continuer à mener une vie autonome chez elles.

Les soins primaires à domicile comprennent l'évaluation, la gestion de cas et la coordination des soins, les soins infirmiers, les services ménagers englobant les soins personnels, les soins de relève et les services d'économie domestique ainsi que le service de repas. Les soins à domicile supplémentaires peuvent comprendre l'entretien ménager, des programmes de bénévolat tels que les programmes de visites et les vérifications de sécurité ainsi et des services de transport et des thérapies s'il y a lieu.

Des frais sont imposés pour payer une partie du coût des soins à domicile suivants : services ménagers (y compris les soins personnels, les soins de relève et les services d'économie domestique), les repas et l'entretien ménager. Ces frais sont fondés sur le revenu et le volume des services fournis.

Soins de longue durée

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan verse aux conseils régionaux de la santé des fonds leur permettant de couvrir la majeure partie du coût de la prestation de soins de longue durée dans des foyers de soins spéciaux, des foyers de soins infirmiers, des centres de santé et des hôpitaux. Pour couvrir le reste de ce coût, la résidente ou le résident doit payer de sa poche des frais fondés sur son revenu.

Les personnes qui ont besoin de soins de niveau 1 d'après l'évaluation et qui sont admises à un établissement de soins de longue durée doivent payer le plein coût des services. Les séjours dans des foyers de soins personnels (établissements résidentiels fournissant aux adultes le logement, les repas et de l'aide aux soins personnels) ne sont pas couverts.

Les foyers de soins personnels, bien qu'ils doivent obtenir un permis du ministère de la Santé et qu'ils soient surveillés par celui-ci, sont possédés et exploités par le secteur privé.

Le genre des soins fournis par les foyers de soins personnels varie selon le foyer. Ils satisfont habituellement aux besoins des personnes ayant besoin de soins légers mais certains foyers de soins personnels s'occupent de personnes ayant des besoins plus importants (par exemple en soins palliatifs).

Dans tous les cas, le foyer de soins personnels doit assurer des soins sécuritaires et suffisants à chaque résidente ou résident. Cela comprend l'accès aux services de professionnels de la santé (tels que les médecins et les infirmières) au besoin.

Tout foyer de soins personnels doit obtenir un permis d'exploitation à ce titre s'il fournit le logement, les repas et une aide ou une surveillance aux fins des activités de la vie courante à une personne non apparentée de 18 ans ou plus. Les foyers de soins personnels peuvent fournir des soins à un seul résident ou à de nombreux résidents. Le titulaire du permis impose des frais à l'égard des soins et la résidente ou le résident doit payer le plein coût des soins qui lui sont fournis.

Il n'est pas nécessaire de prouver le besoin d'être admis dans un foyer de soins personnels. Les gens y sont admis simplement parce qu'ils choisissent cette option de service.

Protecteur du citoyen

Il ne relève pas de la compétence du protecteur du citoyen de superviser la prestation des soins dans les foyers de soins infirmiers ou les établissements de soins de longue durée.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'incorporer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable.

<http://www.health.gov.sk.ca/home-care>

<http://www.health.gov.sk.ca/special-care-homes>

<http://www.health.gov.sk.ca/personal-care-homes>

Manitoba

De 2006 à 2026, la proportion de la population du Manitoba ayant 65 ans ou plus passera de 14,1 % à 19,9 %. En 2031, le nombre de personnes de 85 ans ou plus devrait atteindre 36 000, soit 2,7 % de la population du Manitoba. En 2026, il y aura presque autant de personnes de 70 à 74 ans que d'enfants de moins de 4 ans.

Au Manitoba, les lits de soins de longue durée sont financés par la province. En 2008, il y avait 7 280 lits dans des établissements sans but lucratif (74 %) et 2 553 lits dans des établissements à but lucratif (26 %) pour un total de 9 833 lits.

Les établissements de soins de longue durée sont appelés foyers de soins personnels. Ces foyers se répartissent entre ceux qui sont à but lucratif et ceux qui sont à but non lucratif. Les foyers à but non lucratif se répartissent entre ceux qui sont autonomes et ceux qui sont attenants à un autre établissement de soins de santé.

Soins à domicile

Le Programme de soins à domicile, établi sous sa forme actuelle en septembre 1974, est le programme provincial universel global le plus vieux du Canada. Des soins à domicile sont fournis aux Manitobains et Manitobaines de tous les âges en fonction d'une évaluation des besoins et compte tenu des autres ressources dont une personne peut profiter, y compris sa famille, les ressources communautaires et d'autres programmes. Les services professionnels et de soutien à domicile sont fournis principalement par des membres du personnel du secteur public.

En 2007-2008, le nombre mensuel moyen de clientes et clients recevant des soins à domicile coordonnés était de 22 986 et environ 39 000 Manitobains et Manitobaines ont reçu des soins à domicile pendant l'année. La plupart d'entre eux sont des personnes âgées.

Les offices régionaux de la santé assument la responsabilité opérationnelle à l'égard des soins à domicile, y compris leur planification, leur prestation et leur gestion suivie. Les travailleurs et les travailleuses du soutien et des soins à domicile sont syndiqués. Ils font partie du Syndicat des employés de la fonction publique et des employés généraux du Manitoba et leur employeur est l'office régional de la santé. Il y a onze offices régionaux de la santé dans la province.

Les travailleurs et travailleuses directs se rendent à domicile pour aider les gens à mener des activités telles que préparer les repas, accomplir des tâches ménagères légères et faire la lessive. Ils peuvent aider les gens à marcher, à monter dans un fauteuil roulant et à en descendre et à procéder à des soins personnels comme prendre un bain, s'habiller et faire sa toilette et ils peuvent relever la soignante ou le soignant attiré à domicile pendant de courtes périodes.

Les infirmières ou infirmiers peuvent fournir des services d'enseignement sanitaire, de counselling et de soins infirmiers. Des physiothérapeutes peuvent enseigner des exercices spéciaux et des ergothérapeutes peuvent aider à planifier les activités courantes de la vie autonome.

À mesure que leurs besoins en soins changent, les personnes âgées peuvent profiter d'autres options pour vieillir chez elles dans leur communauté. Ces options peuvent

comprendre le logement supervisé, les établissements de vie en groupe et les soutiens spécialisés.

Protecteur du citoyen

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'incorporer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'incorporer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable.

Foyers de soins infirmiers

Au Manitoba, les foyers de soins infirmiers sont appelés foyers de soins personnels. Ces foyers répondent aux besoins des personnes qui nécessitent une surveillance infirmière 24 heures par jour et 7 jours par semaine et qui ne peuvent plus vivre en sécurité chez elles à cause de troubles de santé. Le ministère de la Santé du Manitoba fixe les frais imposés par les foyers de soins personnels et inspecte ceux-ci.

Les personnes habitant les foyers de soins infirmiers ne paient pas les médicaments qui leur sont prescrits par le médecin et sont assujetties au Programme de soins à domicile du Manitoba. Toutefois, les médicaments ne relevant pas de ce régime doivent être payés par les résidentes et les résidents.

En août 2010, les frais normaux payés par la résidente ou le résident étaient de 930,75 \$ par mois. La résidente ou le résident conserve 271,00 \$ par mois d'allocation personnelle. <http://www.gov.mb.ca/health/homecare/guide.html>

Ontario

La population de l'Ontario passera de près de 13,1 millions à 16,1 à 19,4 millions de 2009 à 2036, selon le scénario employé. D'après le scénario de croissance moyenne, elle compterait pour 40,5 % de la population nationale en 2036, alors qu'elle en représentait 38,7 % en 2009.

Les termes employés pour décrire les établissements de soins de longue durée dans cette province sont les suivants : foyers de soins infirmiers (principalement à but lucratif), foyers de bienfaisance (sans but lucratif) et foyers pour personnes âgées (principalement possédés et tenus par les administrations municipales).

En 2008, le gouvernement de l'Ontario a subventionné 75 958 lits, dont 35 748 dans des établissements à but non lucratif (47 %) et 40 210 dans des établissements à but lucratif

(53 %). En Ontario, les stratégies permettant de vieillir chez soi ont reçu un soutien financier considérable.

Soins à domicile

Les 14 centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario sont chargés de fournir des soins à domicile aux plus d'un demi-million de personnes qui, à défaut de ces soins, seraient peut-être obligées de vivre dans des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée.

L'Ontario utilise un modèle contractuel dans le cadre duquel les fonctions de coordination de l'accès à partir d'un point unique sont remplies par le personnel des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) à financement public. Les services professionnels et les services de soutien à domicile sont donnés à contrat par les CASC à des organismes privés (à but lucratif ou non lucratif) qui fournissent les soins aux consommateurs et consommatrices. Ce modèle est celui des soins à domicile de l'Ontario organisés par l'entremise de ses centres d'accès aux soins communautaires.

L'Ontario est la seule province qui a soumis tous les soins à domicile à des appels d'offres. Elle a les soins à domicile les plus privatisés du pays.

Environ 10 000 Ontariens et Ontariennes font la file pour recevoir des soins à domicile, d'après un rapport publié par le vérificateur général de la province et cité dans le Toronto Star en décembre 2010.

En 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a divisé la province en 14 organismes sans but lucratif : les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Ces organismes reposent sur le principe selon lequel il vaut mieux que les soins communautaires soient planifiés, coordonnés et financés localement par les personnes qui habitent les communautés.

Le 1^{er} avril 2007, les RLISS ont assumé la pleine responsabilité à l'égard des services de santé dans leurs communautés. Les principaux rôles des RLISS consistent à planifier, à financer et à intégrer localement les services de santé, y compris ceux des hôpitaux et des centres d'accès aux soins communautaires, les services de soutien communautaires, les soins de longue durée, les services de santé mentale et de toxicomanie et les services des centres de soins communautaires.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) versent des fonds aux fournisseurs de services de santé et peuvent ainsi affecter les fonds de santé de manière à répondre aux besoins les plus importants d'après les priorités de la communauté. Les RLISS collaborent avec les communautés à l'intégration des services de santé afin qu'ils soient mieux coordonnés et plus efficaces.

Les RLISS contribuent grandement à l'amélioration de l'accès des patientes et patients à des services coordonnés et intégrés grâce à une planification appropriée et en faisant

fond sur la force des organisations locales de la santé afin d'améliorer les communications entre les fournisseurs.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont chargés de gérer le système de santé local pour voir à ce que les services soient intégrés et coordonnés, de faciliter la circulation des patientes et patients au sein du système de santé, d'améliorer l'accès aux services dans la communauté et de planifier et affecter plus efficacement les ressources pour assurer un meilleur accès aux services de santé dans l'ensemble du système.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont le pouvoir d'intégrer des services et des programmes de santé locaux. Ils ne prennent pas isolément les décisions sur l'intégration; ils collaborent étroitement avec les fournisseurs de services de santé locaux à la détermination des moyens de réduire le double emploi dans le système de santé et d'améliorer les services de santé de l'Ontario.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) n'ont pas le pouvoir d'ordonner des fusions ou des modifications des conseils d'administration des fournisseurs, d'ordonner aux fournisseurs de mettre un terme à des activités ni d'ordonner la fermeture d'un hôpital.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont la latitude nécessaire pour répondre à des besoins ou à des priorités en matière de santé qui sont propres à la population locale sans compromettre la qualité, l'accès ou l'efficacité des services de santé.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont des organismes sans but lucratif régis par des conseils d'administration dont les membres sont nommés par la province à l'issue d'une rigoureuse sélection en fonction des compétences et du mérite.

Le conseil d'administration de chaque RLISS comprend neuf (9) membres. Il est chargé d'assurer la gestion et le contrôle des affaires du RLISS et il est le principal point d'interaction avec le Ministère.

Voici la liste des sites Web des treize RLISS de l'Ontario où vous pourrez obtenir de plus amples renseignements :

<http://www.eriestclairlhin.on.ca/>

<http://www.southwestlhin.on.ca/>

<http://www.waterloowellingtonlhin.on.ca/>

<http://www.hnhblhin.on.ca/>

<http://www.centralwestlhin.on.ca/>

<http://www.mississaugaahaltonlhin.on.ca/>

<http://www.torontocentrallhin.on.ca/>

<http://www.centralhin.on.ca/>

<http://www.southeastlhin.on.ca/>

<http://www.champlainlhin.on.ca/>

<http://www.nsmllhin.on.ca/>

<http://www.nelhin.on.ca/>

<http://www.northwestlhin.on.ca/>

Soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée diffèrent des résidences pour personnes âgées parce qu'ils visent à répondre aux besoins de personnes nécessitant des soins et une surveillance 24 heures par jour.

Les 650 établissements privés de soins de longue durée de l'Ontario comprennent 75 000 résidentes et résidents. Le tarif horaire des membres du personnel des services ménagers dépend de leur classification et de l'entreprise pour laquelle ils travaillent. Le gouvernement a établi un salaire minimum de 12,50 \$ par heure pour les travailleurs et les travailleuses des soins personnels.

En 2001, 48 % des soins à domicile étaient fournis par des entreprises privées. L'Ontario a les soins à domicile les plus privatisés du pays. Elle est la seule province qui a soumis tous les soins à domicile à des appels d'offres.

Les foyers municipaux sont obligés d'admettre des résidentes et résidents indépendamment de leurs besoins en services de santé ou de la quantité des soins qu'il leur faut. Les foyers privés n'ont pas cette obligation. Dans le secteur privé, les foyers peuvent refuser et refusent bel et bien d'accueillir des personnes qui leur imposeraient une lourde charge de travail infirmier.

La majorité des personnes âgées qui ont besoin de soins à domicile ne font l'objet d'une évaluation que « très tard » sinon jamais, selon un rapport publié en 2010 par l'Institut de recherche en services de santé et l'Ontario Home Care Research Network sur la montée en flèche des temps d'attente d'admission dans les foyers de soins infirmiers. Le temps d'attente médian d'un placement en foyer de soins infirmiers ou foyer pour personnes âgées est passé de 45 jours à 103 jours de 2004 à 2009.

Protecteur du citoyen

En Ontario, il ne relève pas de la compétence du protecteur du citoyen d'enquêter sur des plaintes relatives aux établissements de soins de longue durée et aux foyers de soins infirmiers.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'incorporer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable.

Foyers de soins infirmiers

Il y a 603 foyers de soins infirmiers : 103 municipaux, 51 tenus par des organismes de bienfaisance (sans but lucratif) et 449 tenus par une combinaison d'organismes à but

lucratif et à but non lucratif. Il n'y a pas de minimum d'heures de soins. Le nombre des lits des foyers de soins infirmiers est d'environ 70 000. Les logements avec assistance peuvent comprendre ceux des foyers pour personnes âgées mais aussi ceux des établissements de vie en groupe pour les personnes ayant des maladies mentales et d'autres milieux de soutien des personnes ayant des handicaps.

En juillet 2010, la résidente ou le résident payait 1 619,08 \$ par mois pour une chambre normale (quatre lits), 1 862,41 \$ pour une chambre à deux lits et 2 166,58 \$ pour une chambre individuelle. Des dispositions d'exception sont prises en cas de faible revenu. Il est possible d'obtenir une subvention au logement de base. La résidente ou le résident conserve une allocation personnelle de 130,00 \$ par mois.

http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/ltc/12_residential_mn.html

http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/ltc/8_home_comm_mn.html

Québec

Le nombre des personnes de 65 ans ou plus augmentera au cours des quelques prochaines décennies. Le *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) se préoccupe de l'augmentation et il a pris et prendra des mesures pour assurer le bien-être de ce groupe et voir à ce que le réseau de la santé et des services sociaux témoigne de cette réalité.

Selon le scénario A de référence, le nombre de Québécoises et Québécois de 65 ans ou plus passera de 1,07 million à 1,97 million de 2006 à 2026, soit une augmentation de 85 %. Au cours de la même période, la part des aînés dans la population totale progressera de 14,1 % à 24,4 %, c'est-à-dire une hausse d'un peu plus de 10 points de pourcentage.

Ce vieillissement démographique, en nombre et en proportion, sera-t-il observable dans toutes les régions ? Oui. Cependant, il n'évoluera pas de la même manière partout.

Au Québec, les établissements de soins de longue durée s'appellent centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en français et « residential and long-term care centres » en anglais.

Les établissements privés se répartissent entre ceux qui sont enregistrés (conventionnés) et ceux qui ne le sont pas (non conventionnés).

Au Québec, les lits de soins de longue durée sont financés par la province et classés en fonction de la propriété du centre. En 2008, les centres sans but lucratif comptaient 35 748 lits et les centres à but lucratif en comptaient 40 210 pour un total de 75 958 lits.

En 2008-2009, 175 270 personnes ont partagé les 5 012 087 interventions de soins à domicile dans le cadre du programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement mis en œuvre par les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Source : MSSS, http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=142,263,0,0,1,0

Les seules données générales dont nous disposons sur les listes d'attente et le délai entre l'évaluation des besoins et la première intervention est que ce délai est en moyenne de 21,3 jours au Québec. Le MSSS ne publie pas de données sur le temps que les personnes âgées passent à attendre une évaluation.

Source : MSSS, Crédits 2010-2011, Réponses aux questions particulières vol. 1, Question 181, page 12

Soins à domicile

Les soins à domicile fournis par le CLSC sont assujettis à l'assurance-maladie (soins professionnels). Il y a un programme d'aide financière s'adressant aux personnes qui recourent aux services ménagers offerts par des entreprises d'économie sociale. Ce programme comprend deux niveaux : un service fixe pour tous les clients et les clientes admissibles et un service variable qui s'ajoute au premier dans le cas des personnes à faible revenu.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est chargé de fournir des services aux aînés de concert avec le ministère de la Famille et des Aînés.

Tous les soins et les services professionnels sont fournis par le CLSC. Les services d'aide à domicile peuvent être assurés par le CLSC mais il est plus courant qu'ils soient fournis par des organisations privées.

Les personnes qui décident d'engager elles-mêmes une aide ou un aide peuvent, pourvu que le CLSC y consente, recevoir directement une indemnité pour aider à payer les frais (chèque du service d'emploi).

Source : MSSS, *Chez soi le premier choix : Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004, pages 27 et 28.

Soins à domicile privés ou publics

Tous les soins et les services professionnels sont fournis par le CLSC. Les services d'aide à domicile peuvent être assurés par le CLSC mais il est plus courant qu'ils soient fournis par des organisations privées.

Chaque établissement de santé offre les services d'un commissaire aux plaintes. De plus, il est possible de porter plainte au protecteur du citoyen, qui présente des rapports à l'assemblée nationale.

Source : Registre des résidences privées, 8 février 2011

Source : MSSS, Statistiques, - CHSLD http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=134,84,0,0,1,0, consultée le 8 février 2011

Dans les résidences privées, il n'y a pas de règles sur les heures de soins. L'état des clientes et clients varie de l'autonomie à « la grave perte d'autonomie ». Dans les

établissements publics, les besoins de la cliente ou du client sont évalués à l'aide d'un questionnaire. Les cas les plus graves, soit ceux qui nécessitent au moins trois heures de soins par jour, sont déferés à des foyers de soins infirmiers (CHSLD). Il y a 2 188 résidences privées et 212 CHSLD (publics) comptant pour 40 181 lits (2009).

Il y a des ressources non institutionnelles qui ne sont pas d'une importance aussi capitale que celles des CHSLD et qu'on appelle ressources intermédiaires. Ces ressources donnent des places qui ne se trouvent pas dans un établissement public mais qui sont financées par l'État.

Pour les personnes éprouvant une perte d'autonomie en raison du vieillissement, il y a 296 ressources reconnues comprenant 4 316 lits. (2009)

Source : MSSS, Crédits 2010-2011, Réponses aux questions particulières vol. 1, Question 228, page 270

Les frais sont payés par l'établissement public (CSSS) qui adresse la patiente ou le patient à la ressource et la personne qui reçoit les services. La contribution minimale de l'utilisatrice ou de l'utilisateur ne peut pas dépasser 36,73 \$ par jour (2011) et elle est payable mensuellement à l'établissement public.

Source : MSSS, Circulaire 2009-042 mise à jour 2010-12-07

En 2011, le maximum mensuel des contributions est fixé à 1 720,81 \$ dans le cas d'une chambre individuelle, à 1 438,40 \$ dans celui d'une chambre à deux lits et à 1 069,19 \$ dans le cas d'une chambre à trois lits ou plus. Dans les résidences privées, le coût varie selon le bail et les services. Au CHSLD, les résidentes ou résidents doivent payer le coût du logement et des repas selon une échelle mobile. Pour ce qui est de ceux qui n'ont pas la capacité de payer, on tient compte des liquidités, des biens, du revenu mensuel et de la situation familiale. Les résidentes et les résidents conservent une allocation personnelle de 189,00 \$ par mois.

Protecteur du citoyen

Le protecteur du citoyen a compétence pour enquêter sur des plaintes au sujet de la procédure de règlement des sujets d'inquiétude des patientes et patients des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée et des foyers de soins infirmiers.

Source : MSSS, Circulaire sur la contribution des adultes hébergés
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/>

Nouveau-Brunswick

Actuellement, le nombre des personnes âgées que comprend le Nouveau-Brunswick est de 119 000, soit 15,8 % de la population de la province. Cette proportion a augmenté de 2,2 % depuis 2001. Elle est plus élevée que la moyenne canadienne (14,1 %) et est censée atteindre 25 % d'ici 2036.

Au Nouveau-Brunswick, il y a 10 400 lits de soins infirmiers et 744 personnes âgées qui attendent d'être placées dans un foyer de soins infirmiers. Les services aux aînés relèvent du ministère du Développement social de la province.

Foyers de soins infirmiers

Le Nouveau-Brunswick comprend 65 foyers de soins infirmiers, dont trois (3) sont exploités par des entreprises privées et 62 sont tenus par des sociétés sans but lucratif qui sont dirigées par des conseils d'administration composés de bénévoles. 46 foyers de soins sont syndiqués. En juin 2011, 744 personnes âgées attendaient d'être placées dans des foyers de soins, dont 485 étaient hospitalisées.

La résidente ou le résident conserve une allocation personnelle de 108 \$ par mois pour satisfaire à ses besoins personnels. Il y a 4 400 lits. Au 1^{er} mai 2011, les frais quotidiens pour une chambre à un, deux ou quatre lits (normale) étaient de 95 \$. 800 résidents et résidentes paient le plein coût de leur poche alors que d'autres reçoivent une subvention fondée sur leur revenu. Le crédit d'impôt pour TPS et la prestation pour personnes âgées à faible revenu de 400 \$ ne sont pas considérés comme des revenus.

Tous les résidents et les résidentes doivent faire l'objet d'une évaluation de leurs besoins en soins par le personnel de la fonction publique. Les foyers de soins infirmiers fournissent des soins des niveaux 3 et 4. Les heures de soins par résidente ou résident sont de 3,1. Il est tenu compte du revenu familial total au cours de l'examen des demandes de subvention.

Des inspections inopinées sont effectuées dans les établissements de soins infirmiers du Nouveau-Brunswick mais les rapports ne sont pas soumis à l'examen du public.

Foyers de soins spéciaux

Il y a 430 foyers de soins spéciaux qui comprennent 6 000 lits, tous de propriété privée. Tous les résidents et les résidentes doivent faire l'objet d'une évaluation par la fonction publique du niveau de soins dont ils ont besoin. Les foyers de soins spéciaux fournissent des services des niveaux 1 et 2. Actuellement, ils comptent 1 400 patientes et patients au niveau 1 et 4 000 au niveau 2.

Tous les foyers de soins spéciaux sont agréés pour fournir des soins des niveaux 1 et 2. Dix-sept (17) foyers sont agréés pour fournir des soins à des résidentes ou résidents du niveau 3B, qui reçoivent 16 \$ supplémentaires par jour. Les frais quotidiens sont de 74 \$ par jour. Les résidentes ou résidents du niveau 3B n'ont pas besoin de soins infirmiers ou de surveillance professionnelle 24 heures par jour. Il y a 222 lits pour les résidentes ou résidents du niveau 3B.

La résidente ou le résident conserve 135 \$ par mois pour satisfaire à ses besoins personnels. Nous ne savons pas combien de résidentes ou résidents paient entièrement les frais de leur poche.

Quand une personne décide de quitter un foyer de soins spéciaux, l'exploitant peut garder le paiement pour la partie du mois se situant entre le jour du départ et la fin du mois.

Si une résidente ou un résident passe à un autre établissement résidentiel pour adultes, l'exploitant de celui-ci ne reçoit pas de paiement du ministère pour la partie du mois qui s'écoule entre la date d'arrivée et la fin du premier mois, à moins que cela ne soit approuvé par le superviseur des soins de longue durée en raison de circonstances atténuantes. On encourage les résidentes et les résidents à quitter le foyer de soins spéciaux vers la fin du mois.

Soins à domicile

Les soins à domicile sont donnés à contrat à des organismes privés sans but lucratif ou à but lucratif et l'État verse 15 \$ par heure à leur égard. Les soignantes ou soignants sont rémunérés par les organismes à un taux initial de 9,50 \$ par heure.

Les soignantes et les soignants n'ont pas d'avantages sociaux ni de pension car ils ne travaillent pas 40 heures par semaine. Une formation est donnée aux frais du travailleur ou de la travailleuse du soutien à domicile. Bon nombre des travailleurs et travailleuses du soutien à domicile, qui comptent principalement des femmes, ne reçoivent pas d'indemnité de parcours à l'égard de l'utilisation de leur propre véhicule pour se rendre aux foyers des personnes recevant les services. C'est l'agence de soins à domicile qui détermine qui recevra pareille indemnité.

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (que bien des gens appellent « l'hôpital sans murs ») fournit un plein éventail de soins de santé aux habitantes et habitants de la province chez eux et dans leur communauté à la demande de leur médecin, principalement après un séjour à l'hôpital. Il assure des soins à domicile de qualité aux personnes admissibles s'il est possible de satisfaire à leurs besoins dans la collectivité de façon sécuritaire.

Le coût du programme est couvert par l'assurance-maladie. Le programme relève du Réseau de santé Horizon. Il y a deux réseaux de santé dans la province.

Tous les résidents et les résidentes font l'objet d'une évaluation par la fonction publique visant à déterminer le niveau de soins dont ils ont besoin. Le nombre maximal d'heures que peut viser la subvention, en fonction des besoins, est de 336. Nous ne savons pas combien de résidents ou résidentes paient entièrement les frais de leur poche. Le gouvernement subventionne actuellement 4 400 résidentes ou résidents.

Au Nouveau-Brunswick, 62 lits de soins de longue durée sont financés par la province. En 2008, il y avait 4 175 lits dans des établissements sans but lucratif (95 %) et 216 lits dans des établissements à but lucratif (5 %), pour un total de 4 391 lits.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'incorporer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable. Toutefois, si la pension d'invalidité n'est pas associée à la blessure pour laquelle des services sont reçus, elle entre dans les revenus aux fins des services infirmiers.

Protecteur du citoyen

Le protecteur du citoyen du Nouveau-Brunswick n'a pas le pouvoir de superviser la prestation des services par les foyers de soins infirmiers ni la capacité d'enquêter sur des plaintes. Le Réseau de santé Horizon, auquel appartiennent les hôpitaux et qui dirige tous les services des hôpitaux, relève de la compétence du protecteur du citoyen.

http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/aines.html

Nouvelle-Écosse

Il y a actuellement 1 512 000 personnes de plus de 65 ans en Nouvelle-Écosse, soit 16 % du total de la population provinciale. C'est plus que la moyenne nationale de 14,1 %. De 2007 à 2033, la population de la Nouvelle-Écosse est censée diminuer de 4,7 %, mais le nombre des personnes de plus de 65 ans est censé augmenter. Ces tendances accroîtront la proportion de la population qui a plus de 65 ans et souligneront l'importance de fournir des services suffisants.

En Nouvelle-Écosse, les établissements de soins de longue durée sont appelés foyers de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées. Le gouvernement provincial finance les lits de soins de longue durée. En 2008, il y avait 5 986 lits, dont 4 190 ou 70 % se trouvaient dans des établissements sans but lucratif et 1 796 ou 30 % se trouvaient dans des établissements à but lucratif.

Soins à domicile

Il s'agit d'un modèle public-privé dans le cadre duquel les fonctions administratives sont remplies par des membres de la fonction publique et les services professionnels sont fournis par une combinaison de membres du personnel de la fonction publique et (principalement) des conseils régionaux de la santé ou donnés à contrat à des organismes privés.

Les services de soutien à domicile sont donnés à contrat à des organismes à but lucratif ou non lucratif. Nous ne savons pas si les services de soutien à domicile sont fournis 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Les services de soutien à domicile s'adressent aux personnes de tous les âges qui ont besoin d'aide chez elles ou dans leur collectivité. Ces services sont fournis par l'entremise de la Direction des soins continus du ministère de la Santé. Ils sont censés ajouter à l'aide apportée bénévolement.

Les soins à domicile permettent à des personnes de tous les âges de demeurer le plus autonomes possible le plus longtemps possible. Les frais des soins à domicile varient selon le revenu individuel.

L'évaluation porte sur les services accessibles en fonction des besoins de la personne. Les soins à domicile ne sont que le complément de l'aide déjà disponible dans la communauté ; ils ne sont pas censés la remplacer. Voici les services fournis : soutien à domicile (p. ex., soins personnels, soins de relève et aide aux tâches ménagères légères), changement de pansements, soins du cathéter, intraveineuses, thérapies et entretien du dispensateur d'oxygène à domicile.

Le coût des soins à domicile varie selon le revenu personnel. Le tarif horaire est de 11,21 \$. En cas d'annulation, des frais de 56,05 \$ par visite sont imposés. Il n'y a pas de tarif pour les soins infirmiers et palliatifs. Des frais sont imposés pour l'entretien du dispensateur d'oxygène. Ils varient en fonction du revenu et commencent à 67,26 \$. Environ 80 % des utilisateurs et utilisatrices de soins à domicile ne paient pas de frais. Les 20 % restants paient un tarif horaire à l'égard des soins à domicile (excluant les services infirmiers).

Les utilisateurs et utilisatrices des services d'oxygénothérapie à domicile paient des frais fondés sur le revenu et la taille du ménage. Des frais mensuels sont fixés à l'égard des soins à domicile et de l'oxygénothérapie à domicile. Il s'agit d'un maximum fondé sur le revenu et la taille du ménage. Si vous utilisez ces services, votre coordinateur ou coordinatrice des soins pourra vous aider à déterminer vos frais mensuels maximums.

Si vous recourez à la fois aux soins à domicile et au service d'oxygénothérapie à domicile, vos frais mensuels maximums correspondront à votre maximum mensuel pour les soins à domicile. Par exemple, si le maximum mensuel de vos frais de soins à domicile est de 112,10 \$, le maximum que vous devrez payer sera vos frais d'oxygénothérapie de 67,26 \$ et 44,84 \$ pour les soins à domicile, pour un total de 112,10 \$ par mois.

Les services infirmiers fournis dans le cadre des soins à domicile et les soins à domicile fournis dans le cadre du programme des soins palliatifs établi le 1^{er} mars 2007 ne comportent pas de frais pour le bénéficiaire. La majoration des frais s'applique en outre au programme de soins autogérés.

Établissements de soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée relèvent du ministère de la Santé et du Bien-être et servent principalement les personnes âgées, et ils comprennent les options communautaires et les établissements auxquels des permis sont délivrés en vertu de la *Homes for Special Care Act* (loi sur les foyers de soins spéciaux).

Les résidences communautaires sont des foyers familiaux dans lesquels le logement et une surveillance minimale sont assurés à trois personnes âgées ou moins qui ne font pas

partie de la famille immédiate de l'exploitant. Le foyer aide la résidente ou le résident à développer son autonomie en matière de santé.

Les petits foyers assurent un soutien et une surveillance à trois personnes âgées ou moins dans une habitation achetée ou louée. Le foyer aide la résidente ou le résident à développer sa capacité à prendre soin de lui-même. Un personnel ayant reçu la formation nécessaire se trouve sur les lieux en tout temps.

Les frais de logement en vigueur au 1^{er} novembre 2010 étaient les suivants : 96,00 \$ par jour pour les foyers de soins infirmiers, 59,50 \$ par jour pour les établissements de soins pour bénéficiaires internes et 49,00 \$ par jour pour les options communautaires. La résidente ou le résident conserve 231 \$ d'allocation personnelle. Le crédit d'impôt pour TPS n'entre pas dans le calcul des revenus.

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes fournissent une surveillance et/ou des soins personnels dans un contexte de résidence à quatre personnes ou plus. Un personnel ayant reçu la formation nécessaire se trouve sur les lieux en tout temps.

Les foyers de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées, ci-après appelés foyers de soins infirmiers, fournissent des soins personnels et/ou des soins infirmiers spécialisés dans un contexte résidentiel à des personnes qui ont besoin de la disponibilité d'une infirmière autorisée sur les lieux en tout temps.

Protecteur du citoyen

Les foyers de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée relèvent de la compétence du protecteur du citoyen.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'intégrer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable.

<http://www.gov.ns.ca/health/>
<http://www.gov.ns.ca/health/ccs/>

Île-du-Prince-Édouard

Les 22 200 personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard comptent pour 15 % de la population totale de la province. Cette proportion est plus élevée que la moyenne nationale canadienne de 14,1%.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, les établissements de soins de longue durée sont appelés foyers de soins infirmiers s'ils sont privés et manoirs ou manoirs gouvernementaux s'ils sont publics.

Les foyers de soins infirmiers comprennent des manoirs tenus par le secteur public et des lits de soins infirmiers dans des foyers privés auxquels des permis ont été délivrés.

Un foyer de soins infirmiers est un établissement de soins de longue durée fournissant le logement, des soins de surveillance, des soins personnels et des services infirmiers et médicaux 24 heures par jour.

L'évaluation et l'admission dans un foyer de soins infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard sont gérées par le ministère de la Santé de la province. Les soins dont les résidentes ou résidents ont besoin sont classés selon une échelle de 1 à 5, les soins infirmiers correspondant à 4 ou plus et les soins à domicile correspondant aux niveaux de 1 à 3. L'aide à la vie autonome commence au niveau 4 et les soins intégraux se situent au niveau 5.

Pour être admissible à un foyer de soins infirmiers, il faut être une citoyenne ou un citoyen ou une résidente ou un résident permanent du Canada, vivre six mois ou plus par année dans l'Île-du-Prince-Édouard, détenir une carte valide de l'assurance-maladie de cette province et avoir fait l'objet d'une évaluation indiquant qu'on a besoin du niveau de soins assuré par un foyer de soins infirmiers.

Le programme des soins à domicile prévoit des soins de santé et des *services de soutien* qui comprennent l'évaluation. Les services de soutien sont fournis en fonction des besoins déterminés par l'évaluation. Le programme est destiné à aider les gens à atteindre et à maintenir une autonomie sanitaire et personnelle dans la communauté et à constituer le complément des soins et des soutiens pouvant être apportés par des parents et amis.

Les personnes qui ont été ou qui désirent être admises à un foyer de soins infirmiers et qui ont un revenu suffisant pour payer les frais imposés par ce foyer ne sont pas tenues de subir une évaluation du revenu. Les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les tarifs normaux peuvent demander que leurs frais soient réduits en fonction d'une évaluation financière fondée sur le revenu.

Dans ce cas, elles devront présenter l'information la plus récente au sujet de l'impôt sur leur revenu (Avis de cotisation produit par l'Agence du revenu du Canada). Les personnes admissibles recevront une subvention. Le ministère de la Santé paiera la différence entre le revenu de la résidente ou du résident et ses frais d'hébergement.

Le ministère de la Santé finance les soins de santé de base de toutes les personnes qui vivent dans les manoirs et les foyers de soins infirmiers privés. Ces soins englobent les soins infirmiers et les soins personnels fournis 24 heures par jour et 7 jours par semaine, y compris l'administration de médicaments et l'aide aux activités de la vie courante.

Ils comprennent en outre les services et les fournitures nécessaires aux soins tels que la surveillance de la glycémie, la gestion des soins de la peau, la gestion de l'incontinence, le contrôle de l'infection, les analyses en laboratoire, les fournitures de base d'hygiène et de soins personnels, l'équipement d'usage général et les soins des pieds.

Anciens combattants

Les anciens combattants ne sont pas tenus d'intégrer leur pension d'invalidité à leur revenu imposable.

En janvier 2009, les manoirs et les foyers de soins infirmiers privés imposaient des frais de 69,30 \$ par jour. Les résidentes et les résidents peuvent demander une subvention si leur revenu est inférieur à 26 500 \$. Ils conservent une allocation personnelle de 103 \$ par mois qu'ils peuvent accumuler.

Protecteur du citoyen

L'Île-du-Prince-Édouard est la seule province qui n'a pas de protecteur du citoyen.

<http://www.gov.pe.ca/infopei/seniors>

Terre-Neuve-et-Labrador

Il y a 77 600 personnes âgées à Terre-Neuve-et-Labrador et ce groupe ainsi que l'ensemble de la population augmentent et vieillissent plus rapidement que dans le reste du Canada. Les personnes âgées représentent 15,2 % de la population provinciale, et plus du tiers de celle-ci a plus de 50 ans.

D'ici 2016, les personnes âgées compteront pour près de 20 % de la population de la province et il est prévu que d'ici 2026, 27 % de celle-ci auront plus de 65 ans. Le ministre de la Santé et des Services communautaires est le ministre responsable du Vieillessement et des Aînés. À Terre-Neuve, les établissements de soins de longue durée sont appelés foyers de soins infirmiers.

À Terre-Neuve, les lits de soins de longue durée sont financés par la province et classés en fonction de la propriété de l'établissement. Les 2 757 lits se trouvent à 100 % dans des établissements sans but lucratif.

Il y a différentes options de soins en résidence. Le ministère de la Santé et des Services communautaires verse des fonds aux conseils régionaux de la santé pour qu'ils subventionnent les personnes âgées admissibles habitant des foyers de soins infirmiers, des foyers de soins personnels et des résidences communautaires avec protection.

Il y a 21 foyers de soins infirmiers, dont 14 sont attenants à des établissements de soins actifs ou à des centres de soins de santé, particulièrement dans les régions rurales.

Soins de longue durée

Dans l'ensemble de Terre-Neuve-et-Labrador, les soins de longue durée sont fournis dans des foyers de soins de longue durée (foyers de soins infirmiers) et dans certains

hôpitaux ou centres de santé jumelant les soins de longue durée aux soins actifs. Ces établissements fournissent des soins du niveau 3 et du niveau 4.

Tous les établissements fournissent des soins infirmiers 24 heures par jour et différents degrés de services médicaux, pharmaceutiques et sociaux, de services de réadaptation, de pastorale, de diététique, de soins palliatifs et de relèvements et de loisirs. Certains établissements maintiennent des programmes et des unités spécialisés à l'intention des groupes qui ont des besoins spéciaux (p. ex., les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

L'admissibilité à un lit de soins de longue durée est déterminée d'après une évaluation des besoins à laquelle procède le personnel du conseil régional de la santé. Une évaluation financière est également effectuée pour déterminer si la résidente ou le résident doit payer des frais et à quelle hauteur. Des soins de longue durée sont en outre fournis par des foyers de soins personnels possédés et exploités par des intérêts privés. Pour être admis à ceux-ci, il faut également avoir fait l'objet d'une évaluation par le personnel du conseil régional de la santé.

Il y a 94 foyers de soins personnels qui sont des organismes privés à but lucratif auxquels des permis ont été accordés et qui fournissent des soins dans un milieu résidentiel à des personnes âgées ayant besoin de soins des niveaux 1 et 2 d'après leur évaluation.

La différence entre un foyer de soins infirmiers et un foyer de soins personnels se trouve dans la propriété du foyer et le niveau des soins qu'il fournit.

Les foyers de soins infirmiers tenus par le secteur public fournissent des services professionnels sanitaires et infirmiers sur les lieux tandis que les foyers privés assurent une aide aux soins personnels et aux activités de la vie courante et profitent de visites d'un professionnel de la santé désigné par le conseil régional de la santé.

Les frais imposés à la résidente ou au résident du foyer de soins personnels qui paie ses propres frais peuvent varier en fonction du foyer choisi. Avant d'aller vivre dans un foyer, une personne peut demander une évaluation financière pour déterminer si elle aura droit à une subvention provinciale.

Il y a 18 foyers de soins communautaires qui sont des établissements privés agréés fournissant des soins à des personnes atteintes de maladies mentales chroniques. La province comprend un seul établissement de soins infirmiers à but lucratif. Elle n'a pas de norme minimale sur les heures de soins dans les foyers de soins infirmiers.

Soins et soutien à domicile

Les services de soutien à domicile sont destinés à constituer le complément plutôt qu'un remplacement des services fournis par des parents ou le réseau de soutien d'une personne. Ils sont fournis par un organisme approuvé de soutien à domicile ou par une travailleuse ou un travailleur du soutien à domicile engagé par un particulier ou sa famille. Environ 80 % des soins sont fournis par des parents et amis.

Les services peuvent être achetés à titre privé ou grâce à une subvention jusqu'à un montant maximal. La prestation de services de soutien à domicile à financement public peut être recommandée par le conseil régional de la santé à la demande de toute personne, y compris celle qui a besoin de ces services. L'évaluation des moyens financiers est effectuée par le conseil régional de la santé.

Environ 80 % des soins sont fournis par des parents et amis. Les services de soutien à domicile sont destinés à constituer le complément plutôt qu'un remplacement des services fournis par des parents ou le réseau de soutien d'une personne. Ces services excluent les services professionnels et sont fournis par un organisme approuvé de soutien à domicile ou par une travailleuse ou un travailleur du soutien à domicile engagé par un particulier ou sa famille.

Il y a des établissements résidentiels privés pour les personnes âgées et les adultes d'un certain âge qui ont besoin d'une aide à la vie autonome. Les personnes admises aux foyers de soins personnels n'ont pas besoin de services sanitaires ou infirmiers sur les lieux mais il se peut qu'elles aient besoin des services d'un professionnel itinérant. Ces foyers sont exploités en vertu de permis délivrés par les conseils régionaux de la santé.

Le maximum des frais qui peuvent être imposés à une personne habitant un foyer de soins infirmiers est de 2 800 \$ par mois. Toute personne désirant aller vivre dans un foyer de soins personnels doit faire l'objet d'une évaluation par le personnel du conseil régional de la santé. Si une subvention est demandée, une évaluation des moyens financiers est effectuée afin de déterminer le montant de la subvention à laquelle la personne peut avoir droit.

Une personne seule peut garder 10 000 \$ et un couple peut garder 20 000 \$ de liquidités. Les liquidités comprennent les biens ou les objets de valeur qui se présentent sous forme d'argent comptant ou qui peuvent facilement être convertis en argent comptant sans perdre de valeur ou en n'en perdant que peu. En voici quelques exemples : les espèces, les comptes bancaires et les certificats de placement garanti. Le conseil régional de la santé peut vous aider à minimiser vos pertes s'il faut payer une amende en cas de liquidation avant l'échéance.

Si vous disposez de moins de liquidités que le montant permis, les frais imposés à l'égard de vos soins et de votre hébergement seront fondés sur votre revenu (dont pourront être soustraites certaines dépenses ou dettes). Si vos liquidités dépassent le montant permis, vous devrez payer le plein coût. Tous les résidents et les résidentes conservent 150 \$ par mois à des fins personnelles. Tous les foyers de soins infirmiers retiennent une allocation de 150 \$ par mois pour les vêtements et les besoins personnels.

Il n'est pas nécessaire de vendre votre maison si vous allez habiter un foyer de soins infirmiers ou un foyer de soins personnels. Toutefois, les revenus que vous pouvez tirer de la location ou de la vente de votre maison peuvent être pris en compte dans l'évaluation des moyens financiers et cela peut influencer la décision sur toute demande de subvention.

Une personne seule habitant un foyer de soins personnels ou de soins infirmiers peut garder suffisamment de revenus pour entretenir sa maison pendant une période de trois mois.

Il est possible de composer un numéro 1-800 pour obtenir des conseils d'infirmières ou d'infirmiers autorisés au sujet de différents symptômes.

Les services de soutien à domicile sont fournis par un organisme approuvé de soutien à domicile ou un travailleur ou une travailleuse du soutien à domicile engagé par un particulier ou sa famille. Le particulier choisit l'organisme approuvé parmi ceux dont les noms figurent sur une liste mise à sa disposition par le conseil régional de la santé.

Les organismes sont tenus d'imposer la TVH sur les frais des services. Des services de soutien à domicile peuvent être fournis initialement pour une période de deux semaines. Il n'est possible d'obtenir d'autres services de soutien à domicile qu'en se prêtant à une évaluation de l'admissibilité financière. L'évaluation des moyens financiers porte sur l'avoir mais exclut les services de téléphone et de câblodistribution. L'individu doit s'engager à payer sa quote-part avant que toute subvention ne soit approuvée.

Il y a 18 organismes de soins à domicile dans la province. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria sont le seul organisme privé sans but lucratif qui fournit des services de soutien à domicile. Les autres organismes sont des organismes privés à but lucratif. Nous ne connaissons pas pour le moment les salaires que reçoivent les travailleuses et les travailleurs du soutien à domicile.

Protecteur du citoyen

Le protecteur du citoyen a compétence pour enquêter sur des plaintes au sujet de la procédure de règlement des sujets d'inquiétude des patientes et patients des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée et des foyers de soins infirmiers.

Anciens combattants

Nous ne savons pas si la pension d'invalidité des anciens combattants entre dans le calcul du revenu aux fins des soins infirmiers.

<http://www.health.gov.nl.ca/health/seniors/index.html>

Ouvrages de référence

- 1 Source : Page 3 du *Home and Community Care Information Guide for the New Residential Care Rate Structure* publié par le gouvernement de la C.-B. en novembre 2009. Consultée le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.health.gov.bc.ca/hcc/pdf/ResCareRateInfoGuide.pdf>
 - 2 Source : Calculé d'après les tarifs quotidiens (44,50 \$ pour une chambre normale, 47,00 \$ pour une chambre à deux lits et 54,25 \$ pour une chambre individuelle) publiés sur le site Web du gouvernement de l'Alberta concernant les personnes âgées et les soutiens communautaires, consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.seniors.alberta.ca/continuingcare/lcicare.asp>
 - 3 Source : Site Web du ministère de la Santé du gouvernement de la Saskatchewan consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.health.gov.sk.ca/special-care-charges>
 - 4 Source : Calculé d'après les tarifs quotidiens minimums et maximums (de 30,60 \$ à 71,80) publiés dans la publication du ministère de la Santé et de la Vie saine du Manitoba intitulée *Services de soins personnels : Guide des frais et des services au Manitoba* et en vigueur du 1^{er} août 2009 au 31 juillet 2010. Consultés le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/pcs/index.fr.html>
 - 5 Source : Site Web du ministère de la Santé de l'Ontario consultés le 19 juillet 2010 à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/french/public/programf/lcfc/15_facilitiesf.html
 - 6 Source : Site Web du gouvernement du Québec consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=11412& sujet=82
 - 7 Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.health.gov.nl.ca/health/faq/nhltfaq.html#3>
 - 8 Source : Site Web des Services offerts dans les foyers de soins du gouvernement du Nouveau-Brunswick consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://app.infoaa.7700.gnb.ca/gnb/Pub/EServices/ListServiceDetailsFr.asp?ServiceID1=9615&ReportType1=ALL>
- La même information sur le tarif maximum se trouve à la page 5 de la publication intitulée *Aller vivre dans un foyer de soins* qui se trouve sur le site Web du Service public d'éducation et d'information juridiques du Nouveau-Brunswick et qui a été publiée en mars 2009 et consultée le 19 juillet 2010 à l'adresse http://www.legal-info-legale.nb.ca/fr/publications/planning Ahead/managing_your_financial_and_personal_affairs/Going_to_a_Nursing_Home_FR.pdf
- 9 Source : Page 4 de la Resident Charge Policy publiée par la Direction des soins continus du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Révisée le 12 février 2010. Consultée le 19 juillet 2010 à l'adresse http://www.gov.ns.ca/health/ccs/lc/policyManual/Resident_Charge_Policy.pdf
 - 10 Source : *Manor charges: PEI Department of Health, Long-term Care in Nursing Homes in PEI – Fact Sheet*, Janvier 2009. Consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse http://www.gov.pe.ca/photos/original/HLTH_LTC_FS_5.pdf
- Private Nursing Home charges: Taking Care Inc. Long Term Care in Prince Edward Island 2009*. Octobre 2009. Consulté le 27 juillet 2010 à l'adresse [https://hermes.manulife.com/canada/repsrcfm-dir.nsf/Public/ThecostoflongtermcareinPrinceEdwardIsland/\\$File/PEI_LTC_CostReport.pdf](https://hermes.manulife.com/canada/repsrcfm-dir.nsf/Public/ThecostoflongtermcareinPrinceEdwardIsland/$File/PEI_LTC_CostReport.pdf)
- 11 Source : Page 3 du *Home and Community Care Information Guide for the New Residential Care Rate Structure* publié par le gouvernement de la C.-B. en novembre 2009 et consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.health.gov.bc.ca/hcc/pdf/ResCareRateInfoGuide.pdf>
 - 12 Source : Gouvernement de la C.-B. (2009) cité dans Cohen, M., J. Tate et J. Baumbusch. 2009. *An Uncertain Future for Seniors: BC's Restructuring of Home and Community Health Care, 2001–2008* (p. 36). Les 63 % sont la proportion des résidentes et résidents dont les revenus (en 2009) étaient restreints aux prestations de la SV et du SRG leur donnant 229,50 \$ par mois pour couvrir les dépenses non comprises dans les frais des établissements de SLD.
 - 13 Source : Site Web des personnes âgées et des soutiens communautaires du gouvernement de l'Alberta, consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.seniors.alberta.ca/continuingcare/lcicare.asp>
 - 14 Source : Lettre du 2 août 2010 adressée par Irene Jansen, agente de recherche principale, à Carol Wodak, de Citizen Watch: « En 2004-2005, 8 100 des résidentes et résidents admissibles des établissements de SLD recevaient la subvention pour SLD associée à la prestation pour aînés de l'Alberta (Rapport annuel de 2004-2005, Alberta Seniors and Community Supports, 2004-2005, première partie), qui est calculée pour laisser à chaque résidente ou résident 265 \$ de plus que les frais d'hébergement. Il s'agit d'environ 68 % des 11 839 personnes âgées habitant des établissements de SLD. »

- 15 Source : Le revenu disponible des résidentes et résidents de la Saskatchewan peut varier de 212 \$ à 1 096 \$ d'après le tableau sur les exemples de frais imposés aux résidentes et résidents de différents niveaux de revenu qui est présenté sur le site du ministère de la Santé du gouvernement de la Saskatchewan intitulé « Special Care Home Resident Charges », consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.health.gov.sk.ca/special-care-charges> . Le site Web de la Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins du N-B, consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://coalitionnb.blogspot.com/2008/10/accomodation-fees.html>, indique lui aussi que le revenu disponible des résidentes et résidents de la Saskatchewan se situe entre 212 \$ et 1 096 \$ selon le revenu.
- 16 Source : Page 5 de la publication du ministère de la Santé et de la Vie saine du Manitoba intitulée *Services de soins personnels : Guide des frais et des services au Manitoba* et en vigueur du 1^{er} août 2009 au 31 juillet 2010. Consultée le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/pcs/index.fr.html>
- 17 Source : Site Web des lois en ligne de Service Ontario, Règlement de l'Ontario 175/10, consulté le 19 juillet 2010 at http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/english/2010/elaws_src_regs_r10175_e.htm. Cette information a également été trouvée à la page 3 du bulletin de juillet 2010 de l'OANHSS consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse http://www.oanhss.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Action_Update3&CONTENTID=6832&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&SECTION=Action_Update3
- 18 Source : Site Web du gouvernement du Québec consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=11412& sujet=82
- 19 Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador consulté le 19 juillet 2010 à l'adresse <http://www.health.gov.nl.ca/health/faq/nhitfaq.html#3>
- 20 Source : Correspondance du 8 août 2010 avec Cecile Cassista, de la Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins du N-B : « Les résidents des foyers de soins infirmiers qui ont reçu une subvention conservent 108 \$ par mois d'allocation de menues dépenses. » [.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=11412& sujet=82](http://www.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=11412& sujet=82)
[Soins de longue durée en établissement au Canada : Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés \(rapport intégral\) 113 pages](http://scfp.ca/updir/SCFP_soins_longue_dur%0E9e-notre_vision-r%0E9sum%0E9.pdf)
<http://scfp.ca/updir/SCFP-soins-longue-duree-notre-vision.pdf>

