



**LES SOINS À DOMICILE AU MANITOBA, EN SASKATCHEWAN,
EN ALBERTA ET EN COLOMBIE-BRITANNIQUE :
STRUCTURES ET DÉPENSES**

Philippe Le Goff
Division de l'économie

Le 9 octobre 2002

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION.....	1
LES SOINS À DOMICILE.....	2
MANITOBA.....	3
A. Responsabilités et objectifs.....	3
B. Les services.....	3
C. Prestation et admissibilité.....	4
1. Prestation des services.....	4
2. Admissibilité.....	4
D. Couverture des services et participation aux coûts.....	5
E. Les dépenses de soins à domicile.....	5
1. Dépenses globales.....	5
2. Dépenses selon l'âge.....	6
SASKATCHEWAN.....	7
A. Responsabilités et objectifs.....	7
B. Les services.....	8
C. Prestation et admissibilité.....	9
1. Prestation des services.....	9
2. Admissibilité.....	9
D. Couverture des services et participation aux coûts.....	9
E. Les dépenses de soins à domicile.....	10
1. Dépenses globales.....	10
2. Dépenses selon l'âge.....	11

	Page
ALBERTA	12
A. Responsabilités et objectifs	12
B. Les services.....	13
C. Prestation et admissibilité.....	13
1. Prestation des services.....	13
2. Admissibilité	14
D. Couverture des services et participation aux coûts	14
E. Les dépenses de soins à domicile	15
1. Dépenses globales	15
2. Dépenses selon l'âge.....	15
COLOMBIE-BRITANNIQUE	16
A. Responsabilités et objectifs	16
B. Les services.....	17
C. Prestation et admissibilité.....	18
1. Prestation des services.....	18
2. Admissibilité	18
D. Couverture des services et participation aux coûts	18
E. Les dépenses de soins à domicile	19
1. Dépenses globales	19
2. Dépenses selon l'âge.....	20
CONCLUSION	20
ANNEXE – DÉFINITIONS ET MÉTHODOLOGIE	



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LES SOINS À DOMICILE AU MANITOBA, EN SASKATCHEWAN, EN ALBERTA ET EN COLOMBIE-BRITANNIQUE : STRUCTURES ET DÉPENSES

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, les dépenses de soins à domicile au Canada connaissent une croissance exponentielle, augmentant à un rythme annuel moyen de 11,3 p. 100. En 2000-2001, ces dépenses (publiques et privées) se chiffraient au total à près de 3,5 milliards de dollars⁽¹⁾. Entre 1980-1981 et 2000-2001, la part des soins à domicile est passée de 1,2 à 3,5 p. 100 des dépenses totales de soins de santé au pays. Plusieurs changements profonds survenus dans le domaine de la santé au Canada et dans la société canadienne en général – notamment le vieillissement de la population – expliquent une grande partie de cette croissance rapide.

Puisque les soins à domicile ne sont pas considérés comme un service « médicalement nécessaire » au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, leur organisation et leurs modalités de prestation ont évolué différemment selon les administrations – davantage que celles des services médicaux et hospitaliers assurés en vertu de la *Loi*. De fait, chaque gouvernement provincial et territorial a actuellement son propre programme de soins à domicile.

Ce document est le dernier d'une série de trois⁽²⁾ qui présentent une description analytique des programmes publics de soins à domicile dans toutes les provinces du Canada. Il porte sur le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique et décrit les caractéristiques des programmes publics de soins à domicile de chacune de ces provinces pour ce qui est :

-
- (1) Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001, Dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux et du secteur privé.
 - (2) Voir P. Le Goff, *Les soins à domicile dans les provinces de l'Atlantique : structures et dépenses* (PRB 02-30F) et *Les soins à domicile au Québec et en Ontario : structures et dépenses* (PRB 02-31F), Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, octobre 2002.

- de la responsabilité et des objectifs;
- des services fournis;
- de la prestation et de l'admissibilité;
- de la couverture offerte et de la participation aux coûts;
- des dépenses publiques et privées – globales et selon l'âge des bénéficiaires.

LES SOINS À DOMICILE

De façon générale, les soins à domicile sont un vaste ensemble de services sociaux et médicaux fournis aux gens chez eux – par opposition aux soins fournis dans des établissements de soins privés ou publics. Les soins à domicile sont associés à de nombreux services reliés à la santé et aux dimensions sociales de la santé, tels que les soins de premier recours, les soins actifs, les soins de longue durée, les soins palliatifs, les programmes de soutien communautaire. Ils peuvent inclure des interventions médicales, des soins infirmiers, des services de soutien variés et l'assistance nécessaire aux membres de la famille et aux aidants naturels. Les soins à domicile comprennent donc tout un éventail de services sociaux ou éducatifs et de services de santé qui permettent aux personnes qui ont besoin d'aide de vivre et d'évoluer dans la société à l'extérieur d'un centre hospitalier de courte ou de longue durée⁽³⁾.

Plus formellement, il existe trois grandes catégories de soins à domicile⁽⁴⁾:

- les *soins d'entretien à domicile* – aident les bénéficiaires atteints d'une maladie chronique ou d'une incapacité à maintenir un niveau de santé stable, qui leur permet de demeurer chez eux;
- les *soins à domicile de longue durée* – remplacent les soins dispensés dans un établissement tel qu'une résidence ou une institution de soins;
- les *soins actifs à domicile (post-hospitalisation)* – sont administrés à des personnes qui ont besoin de traitements médicaux importants à la suite, par exemple, d'une intervention chirurgicale.

(3) Voir à l'annexe une description plus détaillée de la notion de *soins à domicile* et des notions connexes telles qu'elles sont utilisées dans le présent document.

(4) Classification qui s'inspire de *Les soins à domicile au Canada*, Document de travail de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, mai 2002.

MANITOBA

A. Responsabilités et objectifs

Au Manitoba, le ministère de la Santé est responsable notamment de l'élaboration des politiques et des orientations, de la recherche, de la mise en place de lignes de conduite et de la surveillance et de l'évaluation des programmes. Comme dans la majorité des provinces, le gouvernement a délégué la responsabilité de la planification, de la gestion quotidienne et de la prestation des soins à domicile à des régies régionales (les 11 « Regional Health Authorities »), auxquelles il accorde des ressources budgétaires.

Les objectifs des programmes de soins à domicile au Manitoba (« Manitoba Home Care Program ») sont les suivants :

- prévenir l'hospitalisation;
- réduire la durée des séjours dans les centres hospitaliers de soins actifs en proposant un encadrement et des soins post-hospitalisation;
- fournir une solution de rechange à l'hébergement de longue durée en institution;
- apporter un appui aux aidants naturels.

B. Les services

Chaque régie régionale s'est dotée d'un guichet unique pour coordonner la prestation des services de soins à domicile de courte et de longue durée. Les régies régionales assument les services généraux liés :

- à l'évaluation, à la coordination et à la gestion des cas;
- à la gestion de la qualité de soins;
- à la gestion des services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, etc.);
- à la gestion des services de soutien à domicile;
- au placement de la clientèle en établissement de longue durée en cas de perte d'autonomie très importante.

Les services offerts à la population par l'entremise des régies régionales et de leurs points de services sont les suivants :

- soins infirmiers;
- soins de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, travail social, soins respiratoires, dialyse);
- services liés aux activités quotidiennes (p. ex. habillage, hygiène, alimentation, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement);
- services de répit pour les aidants naturels;
- centres de jour;
- soins palliatifs;
- services liés aux tâches domestiques courantes;
- certaines fournitures médicales et certains équipements;
- logements adaptés et supervisés.

C. Prestation et admissibilité

1. Prestation des services

Au Manitoba, la prestation des services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, etc.) pour la clientèle à domicile est généralement assurée par les employés des régies régionales. Le recours à des ressources privées financées sur les budgets des régies régionales est cependant fréquent pour les soins infirmiers, les services thérapeutiques et les services de soutien à domicile. Le développement des ressources communautaires et locales pour la prestation de services de soutien aux aînés est d'ailleurs encouragé et l'autogestion des services par les bénéficiaires (à l'aide d'une allocation) fait l'objet d'un programme particulier. Les services relatifs à l'approvisionnement du programme en fournitures médicales et en équipement (p. ex. concentrateurs d'oxygène) ont été confiés en sous-traitance à d'autres organismes publics ou privés.

2. Admissibilité

Les critères d'admissibilité pour les soins à domicile au Manitoba sont :

- une preuve de résidence dans la province;
- l'évaluation des soins requis préalable à toute prestation de services;
- l'absence ou le petit nombre d'aidants naturels du bénéficiaire éventuel et le besoin d'aide pour rester dans la communauté;
- le fait que le domicile se prête à la prestation de services;

- le consentement du bénéficiaire éventuel ou de son représentant légal;
- l'accord interprovincial pour les résidents frontaliers de la Saskatchewan.

D. Couverture des services et participation aux coûts

Au Manitoba, tous les citoyens peuvent demander une évaluation de leur droit au programme de soins à domicile. La liste des services offerts par le programme manitobain est exhaustive. Tous les services sont gratuits, mais sont assujettis à des limites, déterminées au cours de l'évaluation. Une fois ces limites atteintes, le client doit assumer certains frais. Pour les services de soutien à domicile, la priorité est accordée aux clients qui n'ont que peu ou pas de services dans leur communauté. Avec l'Ontario et le Québec, le Manitoba est l'une des seules provinces qui n'utilisent pas de processus officiel d'évaluation des revenus ou de la capacité de payer.

E. Les dépenses de soins à domicile

1. Dépenses globales

Le Manitoba possède l'un des systèmes provinciaux de soins à domicile les plus développés au Canada, et cela se reflète dans les dépenses qui y sont consacrées.

Les dépenses de soins à domicile de la province comptaient pour 4,37 p. 100 de ses dépenses totales de soins de santé au cours de l'exercice 2000-2001, soit un niveau nettement supérieur à la moyenne canadienne. Les dépenses par habitant, notamment les dépenses publiques, étaient aussi supérieures à la moyenne canadienne.

Il faut toutefois noter que ces données ne comprennent pas les dépenses directes du gouvernement fédéral, notamment les programmes de soins à domicile de Santé Canada pour les Premières nations.

Le gouvernement fédéral finance la plupart des services de santé fournis aux populations autochtones vivant dans des réserves. Or, le Manitoba compte, avec la Saskatchewan, la plus forte proportion d'Autochtones parmi les dix provinces. En effet, la province comptait, lors du recensement de 1996, 128 910 Autochtones, soit 11,7 p. 100 de sa population totale; 47 215 vivaient dans des réserves, c'est-à-dire plus de 4 p. 100 de la population du Manitoba. Compte tenu de la dynamique démographique de la population autochtone, celle-ci devrait représenter une proportion encore plus grande de la population

manitobaine lorsque seront publiées les données du recensement de 2001. Le fait que le fédéral finance les soins à domicile aux Autochtones vivant dans des réserves permet d'affirmer que le tableau ci-dessous sous-estime les dépenses de soins à domicile par habitant du Manitoba.

Les fournitures et les équipements médicaux (chaises roulantes, appareils d'aide, équipement d'hôpital pour la dialyse, etc.) ainsi que les centres de soins de jour et les logements supervisés ne sont pas inclus dans ces estimations des dépenses, mais sont le plus souvent fournis gratuitement par le programme de soins à domicile du Manitoba⁽⁵⁾.

Dépenses de soins à domicile, 2000-2001				
	Dépenses publiques*	Dépenses privées	Dépenses totales	Soins à domicile en % des dépenses totales de soins de santé
Manitoba				
Dépenses totales (millions de dollars)	163	14	177	4,37
Dépenses par habitant (dollars)	142,01	12,21	154,22	—
L'ensemble des provinces				
Dépenses totales (millions de dollars)	2 690,9	764,3	3 455,2	3,54
Dépenses par habitant (dollars)	87,51	24,86	112,37	—

* Dépenses provinciales (excluant toute dépense du fédéral dans le cadre de ses divers programmes)

Source : Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001; Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, pour certains calculs.

2. Dépenses selon l'âge

Selon les données pour l'exercice 2000-2001, le Manitoba a consacré plus de 75 p. 100 de ses dépenses de soins à domicile aux personnes âgées de 65 ans et plus. Après le Nouveau-Brunswick, il s'agit de la province qui consacre le plus d'argent aux soins à domicile dispensés à ce groupe d'âge.

Au cours des prochaines années, compte tenu du vieillissement de la population, la demande de soins à domicile sera à la hausse. Les projections démographiques de Statistique

(5) Le potentiel de sous-estimation des dépenses de soins à domicile n'est pas particulier au Manitoba. Les grandes disparités entre les programmes provinciaux et les difficultés relatives à la collecte de données fiables font en sorte qu'une certaine dose de prudence a sans aucun doute guidé les estimations.

Canada pour la province indiquent que les aînés (65 ans et plus) représenteront 18,8 p. 100 de sa population en 2021, contre 13,5 p. 100 en 2000, une croissance de 39 p. 100. Cette augmentation est plus modérée que dans la plupart des autres provinces, en raison sans doute de la jeunesse de l'importante composante autochtone.

Toutefois, le Manitoba devra un jour, à l'instar des autres provinces, soit augmenter considérablement ses dépenses de soins à domicile, soit se retirer complètement ou en partie de ce domaine pour en laisser la responsabilité au secteur privé. La province était celle où la part des dépenses privées était la plus faible en 2000-2001, soit moins de 8 p. 100 des dépenses totales de soins à domicile.

Dépenses de soins à domicile selon l'âge, 2000-2001				
	0 à 64 ans	65 ans et plus	85 ans et plus	Total
Manitoba				
Dépenses totales (millions de dollars)	40,3	122,7	52,5	163,0
Dépenses totales par habitant (dollars)	43,41	863,11	2766,58	154,22
Part des dépenses totales de soins de santé affectée aux soins à domicile (%)	2,08	6,78	8,63	4,37
Part des dépenses privées en % des dépenses totales de soins à domicile	6,50	8,36	8,15	7,92

Source : Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001, et Bibliothèque du Parlement.

SASKATCHEWAN

A. Responsabilités et objectifs

En Saskatchewan, les 12 régies régionales de la province (« Regional Health Authorities ») sont responsables de la planification et de la gestion quotidienne des soins à domicile. Le ministère provincial de la Santé accorde une enveloppe budgétaire globale à chaque régie régionale selon une formule qui tient compte des caractéristiques de la population (âge, sexe) à laquelle chaque régie régionale doit fournir des services de santé. Le Ministère est aussi responsable des grandes orientations stratégiques, des politiques, des lignes de conduites et de la surveillance des programmes.

Les objectifs des programmes de soins à domicile en Saskatchewan sont les suivants :

- prévenir ou réduire le recours à l'institutionnalisation;
- permettre de donner rapidement aux patients leur congé des centres de soins actifs;
- aider les personnes en perte d'autonomie à conserver un certain niveau d'indépendance pour leur permettre de continuer à vivre au sein de leur communauté;
- appuyer et bonifier le soutien offert par la famille ou les proches aux personnes en perte d'autonomie;
- fournir des soins actifs et palliatifs à domicile.

B. Les services

Chaque régie régionale s'est dotée d'un guichet unique pour coordonner la prestation des services de soins à domicile de courte ou de longue durée. Les régies régionales assurent les services généraux liés :

- à l'évaluation, à la coordination et à la gestion des cas;
- à la gestion des services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, etc.);
- à la gestion des services de soutien à domicile;
- à la gestion des ressources humaines et financières;
- au placement de la clientèle en établissement de longue durée en cas de perte d'autonomie très importante.

Les services offerts à la population sont les suivants :

- soins infirmiers;
- soins de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, travail social, soins respiratoires, services de laboratoires – la disponibilité des services varie selon les régions);
- services liés aux activités quotidiennes (p. ex. habillage, hygiène, alimentation, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement);
- services de soutien civique (p. ex. accompagnement lors de sorties, aide pour remplir des formulaires, gestion du budget);
- services de répit pour les aidants naturels;
- soins palliatifs;
- services liés aux tâches domestiques courantes dans un logement (p. ex. entretien ménager des aires de vie, entretien des vêtements, approvisionnement en produits de nécessité courante et autres, services de repas).

C. Prestation et admissibilité

1. Prestation des services

En Saskatchewan, la prestation des services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, nutrition, etc.) à la clientèle à domicile est essentiellement assurée par les employés des régies régionales chargées des programmes de soins à domicile ou de santé communautaire. La sous-traitance à des agences privées ou à des organisations communautaires bénévoles ou à but non lucratif est répandue pour les services à domicile.

2. Admissibilité

Les critères d'admissibilité pour les soins à domicile en Saskatchewan sont :

- une preuve de résidence dans la province;
- l'évaluation des soins requis préalable à toute prestation de services;
- l'absence ou le petit nombre d'aidants naturels du bénéficiaire éventuel;
- le fait que le domicile se prête à la prestation de services;
- le consentement du bénéficiaire éventuel ou de son représentant légal;
- l'accord interprovincial pour les résidents frontaliers de l'Alberta et du Manitoba.

D. Couverture des services et participation aux coûts

La gamme des services de soins à domicile est très étendue en Saskatchewan. Certaines disparités de services existent entre les régies régionales, mais il s'agit généralement de services périphériques (p. ex. services de laboratoire). Certaines régions rurales et éloignées peuvent connaître des pénuries de personnel qui influent sur l'étendue des services offerts à la population. Les organismes communautaires bénévoles jouent un rôle important pour ce qui est des services de soutien à domicile, mais la prépondérance du secteur public dans la prestation des soins professionnels est caractéristique du modèle de la Saskatchewan,

La priorité d'accès aux services est accordée aux personnes les plus démunies ou aux cas les plus lourds ne bénéficiant pas de soutien familial ou d'aide bénévole. Les services professionnels sont gratuits pour tous, mais la participation de la clientèle au coût des services de soutien à domicile est importante. En 2000-2001, les frais de service pour les soins à domicile ont atteint 5,2 millions de dollars.

Couverture publique et participation aux coûts des services de soins à domicile	
Couverture des services professionnels	Soins professionnels gratuits. Plusieurs régies régionales imposent de manière non officielle un quota de soins à domicile, y compris les services de répit pour les aidants naturels, équivalant à 2 500-3 000 \$ par mois. Il s'agit du coût approximatif de la prestation des mêmes soins dans un centre hospitalier de soins de longue durée.
Couverture des services de soutien à domicile	Selon la disponibilité des services et les ressources financières de la clientèle.
Participation aux coûts	Les clients doivent verser 5,75 \$ ⁽⁶⁾ pour chaque unité de service de soutien à domicile (soit une heure de service ou un repas), jusqu'à un maximum mensuel de 10 unités de service. Par la suite, les frais de services dépendent du revenu du client et de sa capacité de payer, jusqu'à concurrence de 347 \$ par mois.

Sources : Santé Canada, *CARP's Report Card on Home Care in Canada 2001*, site Web des différents ministères provinciaux concernés et Bibliothèque du Parlement.

E. Les dépenses de soins à domicile

1. Dépenses globales

Selon les données de Santé Canada, les dépenses de soins à domicile comptaient pour 3,08 p. 100 des dépenses totales de soins de santé de la Saskatchewan au cours de l'exercice 2000-2001, soit un niveau inférieur à la moyenne canadienne. Les dépenses par habitant étaient elles aussi, selon les estimations, inférieures à la moyenne canadienne. Cependant, la vaste gamme des services de soins à domicile offerte par l'entremise du réseau des régies régionales de la santé de la Saskatchewan donne à penser que ces chiffres sont sous-estimés.

Une étude attentive des états financiers du ministère de la Santé de la Saskatchewan pour l'exercice 2000-2001 révèle que Santé Canada semble n'avoir considéré que la rubrique « Home Based Services » dans l'estimation des dépenses publiques de soins à domicile. Or, certaines régies régionales comptabilisent seulement les dépenses relatives aux services de soutien à domicile sous cette rubrique. Par exemple, les services de réadaptation offerts à domicile sont parfois comptabilisés sous la rubrique « Rehabilitation Services », alors que les soins infirmiers et les soins palliatifs le sont sous d'autres rubriques. Par conséquent, il est plus que probable que les dépenses publiques de soins à domicile de la Saskatchewan sont beaucoup plus près de la moyenne canadienne – sinon supérieures.

(6) Saskatchewan Health, *Saskatchewan Health Annual Report 2000-01*, p. 25.

Comme au Manitoba, une partie des dépenses de soins à domicile pour la population autochtone (13 p. 100 de la population totale de la Saskatchewan) est assumée par le gouvernement fédéral. Vu l'importance de la population autochtone en Saskatchewan, cette situation fait en sorte que le tableau suivant sous-estime la dépense provinciale par habitant pour les soins à domicile.

Dépenses de soins à domicile 2000-2001				
	Dépenses publiques*	Dépenses privées	Dépenses totales	Soins à domicile en % des dépenses totales de soins de santé
Saskatchewan				
Dépenses totales (millions de dollars)	82,1	16,9	99	3,08
Dépenses par habitant (dollars)	80,16	16,55	96,71	—
L'ensemble des provinces				
Dépenses totales (millions de dollars)	2 690,9	764,3	3 455,2	3,54
Dépenses par habitant (dollars)	87,51	24,86	112,37	—

* Dépenses provinciales (excluant toute dépense du fédéral dans le cadre de ses divers programmes)

Source : Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001; Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, pour certains calculs.

2. Dépenses selon l'âge

Compte tenu des observations formulées plus haut sur les données de Santé Canada concernant les dépenses de soins à domicile en Saskatchewan, il n'y pas lieu de s'attarder sur la ventilation des données selon l'âge. La majeure partie des conclusions générales concernant le vieillissement de la population et son incidence sur les dépenses futures de soins à domicile valent aussi bien pour la Saskatchewan que pour les autres provinces.

Selon les projections démographiques de Statistique Canada pour la province, les aînés (65 ans et plus) compteront pour 19,5 p. 100 de sa population en 2021, contre 14,4 p. 100 en 2000, une croissance de 35 p. 100. Pour sa part, le gouvernement de la Saskatchewan estime que le nombre de citoyens âgés de 85 ans et plus augmentera de 20 à 30 p. 100 au cours des 20 prochaines années. De plus, d'ici 50 ans, la population autochtone représentera le tiers de la population totale de la province, contre 13 p. 100 aujourd'hui. À l'heure actuelle, les aînés et les

Autochtones sont de grands consommateurs de soins de santé, et les perspectives démographiques de ces deux groupes auront une incidence importante sur les dépenses de soins de santé en général et de soins à domicile en particulier.

ALBERTA

A. Responsabilités et objectifs

La mission du programme de soins à domicile de l'Alberta est de permettre aux Albertains de demeurer autonomes et en bonne santé le plus longtemps possible à domicile. À l'origine, seules les personnes qui avaient besoin de l'intervention d'un professionnel de la santé en raison de problèmes médicaux pouvaient participer au programme. Avec le temps, le programme a été étendu aux personnes ayant besoin de services de soutien à domicile et de soins palliatifs.

En Alberta, les soins à domicile sont assurés par 17 régies régionales (« Regional Health Authorities »), auxquelles le gouvernement provincial a délégué la responsabilité de la planification des soins, de la gestion quotidienne et de la prestation des soins à domicile. Le ministère provincial de la Santé est responsable notamment de l'élaboration des politiques et des orientations, de la recherche, de la mise en place de ligne de conduites, de la surveillance et de l'évaluation des programmes et de l'allocation des fonds. Le Ministère accorde une enveloppe budgétaire globale à chaque régie régionale selon une formule de capitation. Le financement par région tient compte de divers critères démographiques et socioéconomiques, ainsi que de l'importance des services qu'une région fournit aux autres régions. Dans le cas des soins à domicile, le calcul du financement s'appuie aussi sur un système de collecte de données (« Home Care Information System ») qui collige les renseignements sur le type de services reçus et les coûts associés pour chaque bénéficiaire.

Les objectifs des programmes de soins à domicile en Alberta sont les suivants :

- prévenir ou réduire le recours à l'institutionnalisation;
- permettre de donner rapidement aux patients leur congé des centres de soins actifs;
- aider les personnes en perte d'autonomie à conserver un certain niveau d'indépendance pour leur permettre de continuer à vivre au sein de leur communauté;
- appuyer et bonifier le soutien offert par la famille ou les proches aux personnes en perte d'autonomie;
- fournir des soins actifs et palliatifs à domicile.

B. Les services

Chaque régie régionale s'est dotée d'un guichet unique pour coordonner la prestation des services de soins à domicile de courte ou de longue durée. Les régies régionales assurent les services généraux liés :

- à la planification des services, à l'évaluation, à la coordination et à la gestion des cas;
- à la gestion des services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, etc.);
- à la gestion des services de soutien à domicile à court terme;
- à la gestion des ressources humaines et financières.

Les services offerts à la population sont les suivants :

- soins infirmiers;
- soins de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, audiologie, travail social, nutrition, soins respiratoires);
- services liés aux activités quotidiennes (p. ex. habillage, hygiène, alimentation, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement);
- services de soutien civique (p. ex. accompagnement lors de sorties, compagnonnage);
- services de répit pour les aidants naturels;
- soins palliatifs;
- services liés aux tâches domestiques courantes;
- fournitures médicales et équipements par l'intermédiaire du Alberta Aids to Daily Living Program;
- logements supervisés (« group homes »).

C. Prestation et admissibilité

1. Prestation des services

En Alberta, la grande majorité des fournisseurs de services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, nutrition) travaillent pour les régies régionales. Certaines régies régionales sous-traitent cependant les soins infirmiers directs. Les services non professionnels de soins à domicile (services de soutien) sont fournis par des agences privées, des organisations communautaires et des bénévoles. Les services de soutien à domicile peuvent être fournis par le truchement d'un programme d'autogestion aux bénéficiaires qui y ont droit.

2. Admissibilité

Les critères d'admissibilité pour les soins à domicile en Alberta sont :

- une preuve de résidence dans la province;
- l'évaluation des soins requis préalable à toute prestation de services;
- l'absence ou le petit nombre d'aidants naturels du bénéficiaire éventuel;
- le fait que le domicile se prête à la prestation de services;
- le consentement du bénéficiaire éventuel ou de son représentant légal;
- l'accord interprovincial pour les résidents frontaliers de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan.

D. Couverture des services et participation aux coûts

Tous les Albertains ont droit aux soins à domicile. Les principes directeurs du programme provincial énoncent que les bénéficiaires doivent participer aux coûts des services, mais que la capacité de payer ne doit pas empêcher quiconque de se prévaloir des services dont il a besoin.

Couverture et participation aux coûts des services de soins à domicile	
Couverture des services professionnels	Tous les services professionnels sont disponibles et gratuits, mais leur diversité peut varier d'une régie régionale à l'autre, selon la disponibilité des ressources.
Couverture des services de soutien à domicile	Les services de soutien à domicile peuvent être obtenus directement du programme de soins à domicile ou par l'entremise de l'option d'autogestion, auquel cas une somme d'argent est allouée au client.
Participation aux coûts	<p>Les services de soutien à domicile sont assujettis à des frais d'utilisation basés sur le revenu et le nombre de personnes à charge du bénéficiaire. La participation aux coûts est plafonnée à 300 \$ par mois. Le service d'entretien ménager coûte 5 \$ par heure et les repas, 5 \$ chacun.</p> <p>En règle générale, les soins à domicile (soins professionnels et soutien) ne doivent pas dépasser l'équivalent de 3 000 \$ par mois.</p> <p>Concernant les fournitures médicales et les équipements (AADL)⁽⁷⁾, le bénéficiaire participe à hauteur de 25 p.100 des coûts, jusqu'à concurrence de 500 \$ par an par famille. Les personnes bénéficiant d'un programme de soutien du revenu n'ont rien à payer, et les personnes à faible revenu peuvent recevoir une aide financière.</p>

Sources : Santé Canada, *CARP's Report Card on Home Care in Canada 2001*, site Web des différents ministères provinciaux concernés et Bibliothèque du Parlement.

(7) Alberta Aids to Daily Living Program.

E. Les dépenses de soins à domicile

1. Dépenses globales

Pour l'exercice 2000-2001, les dépenses publiques de soins à domicile de l'Alberta se comparent à la moyenne canadienne. Les dépenses privées sont cependant beaucoup moins élevées que la moyenne nationale, selon les estimations de Santé Canada.

En Alberta, les dépenses totales de soins à domicile occupent une place modeste (2,87 p. 100) dans l'ensemble des dépenses de soins de santé. En fait, seule l'Île-du-Prince-Édouard consacre une part moins importante de ses dépenses totales de santé aux soins à domicile.

Dépenses de soins à domicile, 2000-2001				
	Dépenses publiques*	Dépenses privées	Dépenses totales	Soins à domicile en % des dépenses totales de soins de santé
Alberta				
Dépenses totales (millions de dollars)	260,4	29,5	289,9	2,87
Dépenses par habitant (dollars)	86,89	9,85	96,74	—
L'ensemble des provinces				
Dépenses totales (millions de dollars)	2 690,9	764,3	3 455,2	3,54
Dépenses par habitant (dollars)	87,51	24,86	112,37	—

* Dépenses provinciales (excluant toute dépense du fédéral dans le cadre de ses divers programmes)

Source : Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001; Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, pour certains calculs.

2. Dépenses selon l'âge

La population de l'Alberta est la plus jeune au Canada : en 2000, seulement 10,1 p. 100 des Albertains étaient âgés de 65 ans ou plus. Selon Statistique Canada, cette proportion devrait toutefois atteindre 17,1 p. 100 en 2021. C'est en partie la raison pour laquelle les dépenses de soins à domicile par habitant de cette province sont inférieures à la moyenne nationale.

En Alberta, près de 90 p. 100 des dépenses de soins à domicile sont assumées par le secteur public et le rôle du secteur privé dans la prestation des soins à domicile est quatre fois moins important qu'au Québec. Cette situation est assez paradoxale, puisque les gouvernements qui se sont succédé au cours des dernières décennies en Alberta ont été plutôt favorables au secteur privé⁽⁸⁾.

Dépenses de soins à domicile selon l'âge, 2000-2001				
	0 à 64 ans	65 ans et plus	85 ans et plus	Total
Alberta				
Dépenses totales (millions de dollars)	95,5	194,4	74,2	289,9
Dépenses totales par habitant (dollars)	35,42	645,43	2 320,28	96,74
Part des dépenses totales de soins de santé affectée aux soins à domicile (%)	1,52	5,11	7,47	2,87
Part des dépenses privées en % des dépenses totales de soins à domicile	8,48	11,00	10,70	10,18

Source : Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001, et Bibliothèque du Parlement.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

A. Responsabilités et objectifs

En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé est responsable pour l'ensemble de la province des questions relatives à la planification, aux orientations stratégiques, au financement, aux ressources humaines et à la qualité des services et des soins à domicile. Le Ministère accorde à chaque régie régionale une enveloppe budgétaire particulière pour les soins actifs et les soins à domicile et communautaires selon une formule de capitation. Le niveau de financement par région tient compte de critères démographiques et socioéconomiques, du coût de la prestation des services dans une région donnée et de la consommation des soins de santé dans chacune des régions.

La gestion des programmes (planification, évaluation des besoins régionaux, évaluation de la conformité des programmes aux normes provinciales, etc.) revient à cinq régies

(8) En effet, puisque les soins à domicile ne sont pas assujettis à la *Loi canadienne sur la santé*, le secteur privé joue un rôle important dans plusieurs provinces, tant sur le plan de la prestations des soins que sur celui des dépenses engagées pour ces soins.

régionales de la santé. La prestation des services s'effectue au niveau des 16 régions sanitaires de la province (« health service delivery areas »).

Les objectifs des programmes de soins à domicile en Colombie-Britannique sont essentiellement les suivants :

- prévenir ou réduire le recours à l'institutionnalisation;
- permettre de donner rapidement aux patients leur congé des centres de soins actifs;
- aider les personnes en perte d'autonomie à conserver un certain niveau d'indépendance pour leur permettre de continuer à vivre au sein de leur communauté;
- appuyer et bonifier le soutien offert par la famille ou les proches aux personnes en perte d'autonomie;
- diriger la clientèle vers les ressources d'hébergement de longue durée en cas de perte d'autonomie trop importante.

B. Les services

En Colombie-Britannique, les soins à domicile et communautaires comprennent un ensemble complexe de services à la population qui s'articulent autour d'un guichet unique. Les régies régionales assurent les services généraux liés :

- à la planification des services, à l'évaluation, à la coordination et à la gestion des cas;
- à la gestion des services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, etc.);
- à la gestion des services de soutien à domicile à court terme;
- à la gestion des ressources humaines et financières.

Les services offerts à la population sont les suivants :

- soins infirmiers;
- soins de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, travail social et nutrition);
- services de répit pour les aidants naturels;
- soins palliatifs;
- soins respiratoires;
- services liés aux activités quotidiennes (p. ex. habillage, hygiène, alimentation, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement);

- services liés aux tâches domestiques courantes;
- logements supervisés (« Supportive Living BC »)⁽⁹⁾.

C. Prestation et admissibilité

1. Prestation des services

En Colombie-Britannique, la grande majorité des fournisseurs de services professionnels (soins infirmiers, réadaptation, nutrition) travaillent pour les régies régionales. Les services non professionnels de soins à domicile (services de soutien) sont fournis par des agences privées, des organisations communautaires et des bénévoles. Les services de soutien à domicile peuvent être fournis par le truchement d'un programme d'autogestion (« Choice in Supports for Independent Living ») aux bénéficiaires qui y ont droit.

2. Admissibilité

Les critères d'admissibilité pour les soins à domicile en Colombie-Britannique sont :

- une preuve de résidence dans la province;
- l'évaluation des soins requis préalable à toute prestation de services;
- l'absence ou le petit nombre d'aidants naturels du bénéficiaire éventuel;
- le fait que le domicile se prête à la prestation de services;
- le consentement du bénéficiaire éventuel ou de son représentant légal;
- certains délais de carence, selon la gravité de la perte d'autonomie;
- l'accord interprovincial pour les résidents frontaliers de l'Alberta.

D. Couverture des services et participation aux coûts

Tous les services professionnels sont gratuits. Les services de soutien à domicile sont cependant sujets à la participation financière du bénéficiaire, qui est basée sur son revenu net. Les services reçus par un bénéficiaire sont également assujettis à un plafond mensuel, selon son degré de perte d'autonomie.

(9) Renseignements détaillés sur le site Web de BC Housing (http://www.bchousing.org/Supp_Liv/).

Couverture publique et participation aux coûts des services de soins à domicile	
Couverture des services professionnels	En théorie, tous les services professionnels sont disponibles et gratuits. Les soins professionnels sont toutefois sujets à des quotas mensuels en fonction du degré d'autonomie du bénéficiaire. De plus, la rareté des ressources humaines peut entraîner la formation de listes d'attentes, notamment pour les services thérapeutiques. Cette situation n'est pas particulière à la Colombie-Britannique.
Couverture des services de soutien à domicile	En fonction du revenu du client et de son degré de perte d'autonomie dans le cas des services de soutien à domicile, des services de répit et des repas.
Participation aux coûts	Pour les <i>soins actifs</i> , la durée maximale des soins, y compris les fournitures médicales, est de deux semaines. Pour les <i>soins de longue durée</i> , les soins personnels sont dispensés à raison d'un maximum de 40 heures par mois. Cette limite peut cependant être dépassée si les besoins du client l'exigent.

Sources : Santé Canada, *CARP's Report Card on Home Care in Canada 2001*, site Web des différents ministères provinciaux concernés et Bibliothèque du Parlement.

E. Les dépenses de soins à domicile

1. Dépenses globales

Pour l'exercice 2000-2001, les dépenses totales de soins à domicile en Colombie-Britannique ont atteint 388,1 millions de dollars ou 95,50 \$ par habitant. Il s'agit d'un niveau plus faible que la moyenne canadienne de 112,37 \$. Selon les estimations de Santé Canada, les dépenses de soins à domicile représentaient près de 3 p. 100 des dépenses totales de soins de santé de la province.

Dépenses de soins à domicile, 2000-2001				
	Dépenses publiques*	Dépenses privées	Dépenses totales	Soins à domicile en % des dépenses totales de soins de santé
Colombie-Britannique				
Dépenses totales (millions de dollars)	292,3	95,8	388,1	2,99
Dépenses par habitant (dollars)	71,93	23,57	95,50	—
L'ensemble des provinces				
Dépenses totales (millions de dollars)	2 690,9	764,3	3 455,2	3,54
Dépenses par habitant (dollars)	87,51	24,86	112,37	—

* Dépenses provinciales (excluant toute dépense du fédéral dans le cadre de ses divers programmes)

Source : Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001; Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, pour certains calculs.

2. Dépenses selon l'âge

Le gouvernement de la Colombie-Britannique entend consacrer 10,2 milliards de dollars aux soins de santé au cours de l'exercice 2002-2003, soit environ 40 p. 100 de son budget. Comme dans les autres provinces, une forte proportion des dépenses de santé, notamment pour les soins à domicile, est destinée aux personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les projections de Statistique Canada, la population âgée de 65 ans et plus passera de 13 à 18,8 p. 100 de la population totale entre 2000 et 2021. Plusieurs annonces et certaines orientations prises récemment par le gouvernement provincial permettent de croire que les conséquences du vieillissement de la population sont bien comprises et que le développement du secteur des soins à domicile s'accélérera au cours des prochaines années⁽¹⁰⁾. Le développement des soins à domicile permettra sans doute d'atténuer la pression sur les finances publiques dans un contexte de croissance rapide des dépenses de soins de santé.

Dépenses de soins à domicile selon l'âge, 2000-2001				
	0 à 64 ans	65 ans et plus	85 ans et plus	Total
Colombie-Britannique				
Dépenses totales (millions de dollars)	76,2	311,9	127,3	388,1
Dépenses totales par habitant (dollars)	21,55	591,20	2 126,62	95,50
Part des dépenses totales de soins de santé affectée aux soins à domicile (%)	1,04	5,51	6,69	2,99
Part des dépenses privées en % des dépenses totales de soins à domicile	22,31	25,27	26,32	24,68

Source : Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001 – Annexe statistique*, août 2001, et Bibliothèque du Parlement.

CONCLUSION

Les modèles d'organisation et de prestation des soins à domicile dans les quatre provinces de l'Ouest présentent plusieurs similitudes et certaines différences. Le Manitoba se distingue sûrement par la très forte présence du secteur public sur le plan du financement des soins à domicile et le fait que la province n'utilise pas de processus officiel d'évaluation des

(10) Programme de compensation financière pour les aidants naturels, Programme de construction de logements supervisés pour personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

revenus ou de la capacité de payer pour régir l'accès aux soins à domicile financés par le secteur public.

Comme les autres provinces, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique sont aux prises avec l'explosion des coûts des soins de santé, et les soins à domicile sont considérés comme une solution moderne pour contenir la croissance des dépenses. À ce chapitre, les gouvernements des provinces de l'Ouest ont tous entrepris des réformes, même timides, qui favorisent nettement le secteur des soins à domicile.

Les provinces de l'Ouest ont aussi en commun la problématique de la santé de leurs citoyens autochtones, qui constituent une part importante de leur population. Pareillement, la problématique de la santé en milieu rural et de la prestation de soins à domicile dans les régions éloignées se pose de façon aiguë dans ces provinces, où hormis quelques grandes régions métropolitaines, la population est dispersée sur de vastes territoires.

Enfin, la politique de logement social dans ces provinces est de plus en plus liée à celle de la prestation de soins à domicile. À prime abord, cela n'a rien d'étonnant, puisque c'est souvent la même clientèle qui bénéficie le plus de ces deux volets de la politique sociale. Or, si depuis longtemps les gouvernements ont construit des ensembles de logements sociaux pour personnes âgées et si le secteur privé joue un rôle dans le domaine des résidences pour personnes âgées semi-autonomes, les deux systèmes (logement et santé) n'ont jamais été réellement intégrés sur une grande échelle, exception faite des institutions de soins de longue durée fortement médicalisées, qui sont en réalité plus des hôpitaux que des logements. Le logement et la santé constituent néanmoins deux assises fondamentales du bien-être des ménages.

La prestation de soins à domicile est de toute évidence moins efficace lorsque les conditions de logement sont inadéquates, mais – toutes les études le confirment – les personnes en perte d'autonomie préfèrent demeurer chez elles plutôt que dans des centres hospitaliers de soins de longue durée. À cet égard, la multiplication des initiatives de logements supervisés dans les provinces de l'Ouest, sans être réellement novatrice, est positive et marque un progrès de plus dans l'élaboration d'une politique sociosanitaire cohérente.

ANNEXE

DÉFINITIONS ET MÉTHODOLOGIE

Les paragraphes qui suivent expliquent la façon dont les différentes notions auxquelles il est fait appel dans le présent document ont été définies.

- Les *dépenses de soins à domicile* présentées dans cette publication comprennent les soins infirmiers et les services de soutien reçus à domicile en raison d'une maladie ou d'une mauvaise condition physique. Cette définition exclut les services de soutien à domicile offerts aux personnes pour des raisons autres que des raisons de santé (p. ex. les services sociaux).
- Les *services de soins à domicile* comprennent :
 - l'évaluation et la gestion de cas (guichet d'entrée unique, renseignements et consultation);
 - les services de traitement et de soins de santé (soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, thérapie respiratoire, conseils en nutrition);
 - les services personnels de soutien (aide à domicile, soins personnels, services de repas);
 - l'entretien et les réparations domestiques mineures;
 - les services d'assistance sociale, les contacts sociaux et les services de sécurité (visites amicales, réconfort téléphonique), lorsque ces services sont fournis à une personne en raison d'une maladie, d'une mauvaise condition physique ou d'un besoin relié des problèmes de santé.

Les médicaments, les fournitures et les équipements médicaux (chaises roulantes, appareils d'aide, équipement d'hôpital pour la dialyse, etc.) ne sont pas inclus dans ces estimations.

- Les *services de répit* (qui fournissent une interruption ou une assistance provisoire aux dispensateurs de soins – souvent les membres de la famille – qui prennent soin d'une personne dans leur propre domicile) sont inclus dans la mesure où ils sont fournis à domicile. Les services de répit fournis par les établissements, les centres de soins de jour et les maisons de groupe ne sont pas inclus.
- Les *soins à domicile du secteur public* visent les dépenses de soins à domicile financées par les gouvernements provinciaux et ne comprennent celles engagées par les commissions des accidents du travail et les dépenses faites directement par le gouvernement fédéral (p. ex. les programmes de soins à domicile de Santé Canada pour les Premières nations et ceux d'Anciens Combattants Canada pour les anciens combattants). Les soins à domicile financés par les hôpitaux sont inclus dans les estimations.
- Les *dépenses publiques de soins à domicile* ont été estimées par Santé Canada à l'aide des comptes publics, des rapports annuels, des budgets, de demandes spéciales faites auprès des ministères de la Santé et des Services sociaux des provinces, et de la Base des données sur les dépenses de santé maintenue par l'Institut canadien d'information sur la santé.
- Les *dépenses de soins à domicile privés* ont été estimées par Santé Canada, qui a utilisé les résultats des enquêtes de Statistique Canada ainsi que les données provenant des fournisseurs privés de services de soins à domicile. Toutefois, la partie des soins à domicile payée par les assureurs privés n'a pas été évaluée et n'est donc pas comprise.