Vivre bien et plus longtemps

Rapport soumis au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées sur les recommandations visant à contribuer à la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées

D[r] Samir K. Sinha, M.D., Ph. D., FRCPC
Responsable provincial de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées

20 décembre 2012

Table des matières

Introduction et résumé 4
Le vieillissement de l'Ontario 5

Démarche d'élaboration de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées 9

Cinq principes qui sous-tendent la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées 12
Accessibilité 12
Équité 12
Choix 12
Valeur 13
Qualité 13

Sommaire de nos constatations générales et de nos principales recommandations 14
Soutenir l'aménagement de collectivités-amies des aînés 14
Promotion de la santé et du bien-être 14
Renforcer les soins primaires prodigués aux Ontariennes et aux Ontariens âgés 16
Améliorer la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires 17
Améliorer les soins actifs offerts aux personnes âgées 18
Améliorer les foyers de soins de longue durée de l'Ontario 19
Satisfaire les besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés en matière de soins spécialisés .. 21
Gestion des médicaments des Ontariennes et des Ontariens âgés 22
Soutenir les personnes soignantes 22
Lutter contre l'âgisme et les mauvais traitements envers les personnes âgées en Ontario 23
Combler les besoins particuliers des Autochtones âgés en Ontario 24
Instruments d'habilitation nécessaires pour le soutien d'une stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées 25
Considérations relatives à la gouvernance et à la mise en œuvre 26

Chapitre 1 : Soutenir l'aménagement de collectivités-amies des aînés 28

Chapitre 2 : Promotion de la santé et du bien-être 48

Chapitre 3 : Renforcer les soins primaires prodigués aux Ontariennes et aux Ontariens âgés 68

Chapitre 4 : Améliorer la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires afin de mieux soutenir le vieillissement chez soi 80

Chapitre 5 : Améliorer les soins actifs offerts aux personnes âgées 120

Chapitre 6 : Améliorer les foyers de soins de longue durée de l'Ontario 150

Chapitre 7 : Satisfaire les besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés en matière de soins spécialisés 166

Chapitre 8 : Gestion des médicaments des Ontariennes et des Ontariens âgés 190

Chapitre 9 : Soutenir les personnes soignantes 198

Chapitre 10 : Lutter contre l'âgisme et les mauvais traitements envers les personnes âgées en Ontario 212

Chapitre 11 : Combler les besoins particuliers des Autochtones âgés en Ontario 222

Chapitre 12 : Instruments d'habilitation nécessaires pour le soutien d'une stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées 230

Annexe A : Acronymes 244

Annexe B : Mesures de rendement recommandées 247

Annexe C : Aperçu de la gamme d'instruments d'évaluation interRAI 252

Annexe D : Intervenants consultés 255

À propos du Dr Samir K. Sinha M.D., Ph. D., FRCPC 263

Remerciements 264

Introduction et résumé

Le vieillissement de l'Ontario

Bien que le vieillissement soit inévitable, les Ontariennes et Ontariens n'ont jamais été aussi nombreux à atteindre le « troisième âge ». Nous vieillissons également plus vite que jamais en tant que province. En 2011, on comptait 1 878 325 Ontariennes et Ontariens âgés de 65 ans et plus, soit 14,6 pour cent de l'ensemble de la population de la province[1]. Les *baby-boomers* ont commencé à célébrer leur 65e anniversaire l'année dernière, et cette réalité démographique se manifestera encore longtemps, le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens de 65 ans et plus devant doubler au cours des deux prochaines décennies.

Les Ontariennes et les Ontariens âgés ayant contribué à bâtir ce pays et notre province constituent toujours un élément vital de notre société. Ce sont nos grands-parents, nos parents, nos oncles et nos tantes, nos frères et nos sœurs, nos voisins et nos amis. Ils n'ont cessé d'aider à façonner notre société en partageant leur expérience, leurs connaissances, leur expertise ainsi que leur sagesse, et contribuent à notre économie depuis plus longtemps que n'importe quel autre groupe d'âge au Canada. Les contributions des Ontariennes et des Ontariens âgés sont toujours aussi importantes et diversifiées : ce sont des bénévoles, des mentors, des leaders, des personnes soignantes et des travailleurs compétents qui offrent de l'expérience à revendre à leurs familles, à leurs milieux de travail et à leurs collectivités. À ce titre, la résilience et la viabilité de notre société dépendront également de leurs contributions indéfectibles.

Bien que les Ontariennes et les Ontariens âgés vivent plus longtemps et soient moins affectés par des maladies chroniques ou des invalidités que les générations qui les ont précédées, la vaste majorité est atteinte d'au moins une maladie ou une affection chronique. En effet, en vieillissant, nous voyons le risque d'être atteint d'une maladie chronique ou d'une invalidité augmenter. Même si, dernièrement, 77 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés ont déclaré être en bonne santé[2], nous savons qu'une minorité lutte particulièrement contre plusieurs problèmes complexes et souvent interreliés de soins de santé et d'enjeux sociaux.

Pour bien situer le phénomène, nous savons qu'en Ontario la tranche supérieure de 10 pour cent de la population de personnes âgées considérées comme ayant les problèmes les plus complexes représente 60 pour cent de nos dépenses annuelles en soins de santé pour cette population. Par ailleurs, les 50 pour cent des personnes les plus en santé de notre population de personnes âgées ne représentent que 6 pour cent de l'ensemble de nos dépenses annuelles en soins de santé pour les personnes âgées[3]. Par conséquent, il est clair que l'hétérogénéité de notre population âgée a une incidence considérable sur ses habitudes d'utilisation des services sociaux, de santé et de soins communautaires.

Nous savons que les personnes âgées, et plus particulièrement celles qui ont des problèmes complexes, font en général monter les coûts des soins de santé puisqu'elles utilisent des types de services plus chers et plus intensifs, en particulier dans les établissements de soins actifs. En effet, même si elles ne représentent que 14,6 pour cent de notre population actuelle, près de la moitié de nos dépenses en

1 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, Recensement de 2011, Ottawa (Ontario), 2012.
2 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home* (d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.
3 Institut des sciences de l'évaluation clinique, Wodchis, W. et coll. *High Cost Users of the Ontario Health System: Preliminary Analyses*, Toronto (Ontario), 2012.

soins de santé sont engagées pour cette population[4]. Alors que certains nous mettaient en garde contre la « démographie apocalyptique », peu d'instances ont saisi toute la complexité des maladies et des problèmes sociaux auxquels trop de personnes âgées font face, et les difficultés que ce vieillissement de population posera pour nos systèmes de prestation de soins de santé et de soins sociaux et communautaires dans leur forme actuelle[5].

S'il n'est pas résolu, notre enjeu démographique pourrait conduire la province à la faillite. Cela signifie que cet enjeu devrait constituer une priorité démographique, ce qui représente une occasion très importante pour l'Ontario de mieux comprendre et combler les besoins de sa population vieillissante. Si l'on s'attaque à cette priorité démographique, nous maintiendrons la viabilité de nos programmes de santé, de nos programmes sociaux et communautaires et d'autres programmes qui, en fin de compte, nous définissent comme Canadiens et Ontariens, et définissent la société progressiste dans laquelle nous vivons.

> *« Nous croyons que l'établissement d'un programme entièrement intégré destiné aux Ontariennes et Ontariens âgés s'impose depuis longtemps. » – Rapport du programme Caring, Advocacy and Research for the Elderly (CARE)*

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement de l'Ontario et ses ministères ont lancé un certain nombre de stratégies et de programmes progressistes liés à d'importants efforts d'investissement par le truchement d'initiatives comme la stratégie ontarienne Vieillir chez soi, ce qui a permis au gouvernement de l'Ontario de mieux répondre aux besoins de ses citoyens les plus âgés.

Très récemment, en 2012, le gouvernement de l'Ontario a établi une nouvelle vision audacieuse en vue de faire de l'Ontario l'endroit le plus sain en Amérique du Nord pour grandir et vieillir. En nous efforçant de mieux combler les besoins de notre population vieillissante, nous savons que cette tâche sera particulièrement exigeante, compte tenu des défis budgétaires et démographiques sans précédent qu'il nous faut relever. Par conséquent, afin d'établir notre orientation à cet égard, nous devrons sans aucun doute faire le point et examiner attentivement nos mesures actuelles, et comprendre les enjeux et les occasions actuels et futurs de la province. Cet examen sera intégral afin de faire les meilleurs choix selon nos besoins, nos préférences et nos valeurs en tant qu'Ontariens.

Jamais auparavant nous n'avons eu des raisons aussi impérieuses d'examiner d'un œil attentif la manière dont nous servons les Ontariennes et les Ontariens âgés ainsi que leurs familles et les personnes qui les soignent. Par conséquent, le *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*[6], lancé en janvier 2012 afin d'établir la nouvelle orientation du système de soins de santé de la province, met l'accent sur l'équité, la qualité, l'accessibilité, la valeur et le choix pour s'assurer que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit. L'élaboration d'une *stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées* a été présentée dans le *Plan d'action* comme moyen d'établir à l'échelle provinciale des pratiques exemplaires et des politiques viables qui pourraient soutenir la coordination globale de la prestation de services de soins de santé et de services

4 Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, Ottawa (Ontario), 2011.
5 Sinha, S. K., « Why the Elderly Could Bankrupt Canada and How Demographic Imperatives Will Force the Redesign of Acute Care Service Delivery », *HealthcarePapers*, vol. 11, n° 1, p. 46 à 51 (2011).
6 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine de l'Ontario, 2012.

sociaux et communautaires à l'échelle locale, tout en se concentrant intensément sur le soutien dont les Ontariennes et les Ontariens âgés ont besoin pour demeurer en santé et vivre chez eux plus longtemps.

Le 24 mai 2012, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la nomination du Dr Samir Sinha à titre d'expert responsable de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées au poste de chef expert provincial de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, qui a pour mandat de diriger l'élaboration et la mise en œuvre de cette stratégie, en collaboration avec une équipe de fonctionnaires spécialisés. Le premier mandat de notre équipe a été d'établir et de superviser un processus de consultation provincial à l'appui de l'élaboration de ses constatations et de ses recommandations devant être présentées avant la fin de l'année, sous forme d'un rapport détaillé, au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées.

En se lançant dans cette aventure chargée de l'importante responsabilité de définir une stratégie pour le bien-être des personnes âgées de la province, notre équipe a décidé que la meilleure chose à faire était d'écouter. Cette décision a été fondée sur la reconnaissance du caractère unique de la démarche de l'Ontario. En effet, aucun autre territoire de compétence au Canada ne s'est déjà engagé à élaborer une stratégie traitant aussi largement et de manière aussi approfondie de tous les problèmes liés au vieillissement de la population.

« Ma plus grande source de préoccupation est de pouvoir vivre chez moi le plus longtemps possible. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

En parcourant l'ensemble de la province au cours de l'été, nous avons communiqué avec des milliers d'Ontariennes et d'Ontariens âgés, leurs familles et les personnes qui leur prodiguent des soins, le personnel et les leaders municipaux ainsi que des légions de fournisseurs dévoués de soins de santé et de soins sociaux et communautaires, qui travaillent fort chaque jour pour répondre aux besoins grandissants de cette population. Non seulement ces échanges ont-ils aidé notre équipe à en apprendre autant, mais ils ont également influencé positivement notre manière de penser à bon nombre d'occasions, tandis que nous nous rendions compte de toute l'étendue des défis et des occasions qui existent pour notre province et ses citoyens, plus particulièrement compte tenu de nos impératifs budgétaires et démographiques actuels.

Grâce à nos travaux préliminaires, nous nous sommes rapidement rendu compte que l'élaboration d'une stratégie pour le bien-être des personnes âgées devait aborder des questions allant au-delà des besoins en soins de santé et en soins sociaux et communautaires des personnes âgées. Les gens avec lesquels nous avons discuté souhaitaient tout autant parler de logement et de transport que de soins de santé. En effet, au fil de notre tournée, nous avons constaté que toutes ces questions apparemment différentes sont en fait étroitement liées. Nous nous sommes également rendu compte de la mesure dans laquelle, malgré notre grande diversité géographique et démographique, les Ontariens partageaient de nombreux points communs dans leur manière de penser, leurs valeurs et leurs préférences relativement à la province dans laquelle nous aspirons tous à grandir et à vieillir. De plus, nous avons appris que la plupart des Ontariennes et des Ontariens âgés préféraient maintenant être appelés « personnes âgées » plutôt qu'« aînés ». Ce qui était donc au départ une initiative lancée par le ministère de la Santé et

des Soins de longue durée est rapidement devenu un projet interministériel qui a été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme et de soutien.

Nous devons sans cesse voir le vieillissement de l'Ontario comme une réussite, tout en nous efforçant de déterminer et de mettre en place des façons de mieux faire, à mesure de l'évolution des besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés au cours des années à venir. Dans le cadre de nos échanges, à l'instar du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, on nous a demandé clairement de reconnaître la place des Ontariennes et des Ontariens âgés comme citoyens actifs et engagés dans notre société, de garantir à un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés le droit de choisir l'endroit où ils vieilliront et d'accorder autant d'importance à ajouter de la vie aux années qu'à ajouter des années à la vie. On nous a surtout demandé de percevoir la population vieillissante non pas comme un défi, mais bien comme une occasion pour l'Ontario[7].

« Vieillir n'est pas une maladie. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Dans les pages qui suivent, la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées présente nos constatations et nos recommandations qui, selon nous, contribueront à définir et à façonner l'occasion pour l'Ontario, de manière la plus durable possible, de réaliser son objectif d'être l'endroit le plus sain en Amérique du Nord pour grandir et vieillir.

[7] Gouvernement du Canada, Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, Ottawa (Ontario), 2009.

Démarche d'élaboration de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées

Collecte de renseignements

Une équipe pour diriger l'élaboration de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées a été mise sur pied à la Direction de la mise en œuvre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et a obtenu l'appui du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario. À l'étape initiale de la collecte de renseignements, l'équipe a examiné des données probantes de l'Ontario et d'ailleurs sur les stratégies, les démarches et les pratiques visant à répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Parmi les sources figuraient des rapports, des données, des analyses et des mémoires publiés et non publiés de l'Ontario et de territoires de compétence faisant preuve de chefs de file dans ce domaine d'intérêt. L'élaboration de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées a été plus particulièrement considérée comme une occasion de tirer parti des rapports antérieurs du Ministère et d'autres rapports d'experts comprenant notamment les documents suivants :

- *Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence*[8]
- *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*[9]
- *Améliorer le continuum des soins*[10]
- *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital – Des faits aux gestes*[11]
- *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*[12]

Au cours du processus de consultation subséquent, un certain nombre d'autres rapports, données, analyses et mémoires publiés et non publiés ont été remis à l'équipe, qui les a examinés.

Consultations des intervenants

Notre équipe a procédé à de vastes consultations auprès d'un large éventail d'intervenants pendant six mois en vue d'orienter les constatations et les recommandations qui appuieraient la mise en place d'une stratégie pour le bien-être des personnes âgées.

---

8 Gouvernement de l'Ontario, ministère des Finances, Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, *Des services publics pour la population ontarienne; cap sur la viabilité et l'excellence*, Toronto (Ontario), 2012

9 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, D. Walker, *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*, Toronto (Ontario), 2011.

10 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, *Améliorer le continuum des soins*, Toronto (Ontario), 2011.

11 Gouvernement du Canada, Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés), *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital – Des faits aux gestes*, Ottawa (Ontario), 2006.

12 Gouvernement du Canada, Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, Ottawa (Ontario), 2009.

Consultations interministérielles

Au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, plus de 20 directions ont été consultées dans le but d'obtenir des commentaires particuliers. D'autres ministères du gouvernement de l'Ontario ont aussi été consultés pour obtenir leur rétroaction sur des questions interministérielles se rapportant aux Ontariennes et aux Ontariens âgés, notamment les suivants :

- Affaires autochtones
- Formation et des Collèges et Universités
- Services sociaux et communautaires
- Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario
- Finances
- Travail
- Affaires municipales et du logement
- Transports

Tournée provinciale et discussions avec des intervenants

Dans le cadre de notre mandat de procéder à de vastes consultations, nous avons entrepris une tournée provinciale, appuyée par les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui nous a permis de visiter 19 collectivités durant les mois de juillet, août, septembre et octobre 2012. L'objectif de cette tournée était de mieux comprendre l'incidence des contextes locaux sur les enjeux communs et les occasions de promouvoir la satisfaction des besoins de la population âgée de l'Ontario. La tournée s'est en outre révélée inestimable en permettant de cerner des questions, des priorités et des thèmes communs et particuliers, tout en offrant l'occasion de déterminer, d'observer et de comprendre les pratiques exemplaires qui ont cours.

La visite de chaque RLISS s'est étalée sur une ou deux journées, comprenant souvent la visite de nombreux établissements dans chaque région et des discussions ciblées avec, entre autres, des membres du personnel de direction, des responsables et des administrateurs de première ligne des RLISS, des fournisseurs de soins de santé et de soins communautaires et sociaux qui peuvent collaborer avec :

- des services de soutien communautaire (SSC)
- des centres d'accès aux soins communautaires (CASC)
- des foyers de soins de longue durée (FSLD)
- des hôpitaux
- des centres de santé communautaire (CSC)
- des centres autochtones d'accès aux soins de santé (CAASS)
- des équipes de santé familiale (ESF)
- des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP) et autres modèles de soins primaires
- des Maillons santé (MS)
- des services médicaux d'urgence (SMU)

Des fonctionnaires municipaux ainsi que des membres du public, dont des patients, des personnes soignantes et des défenseurs des droits, ont également participé aux discussions. Une liste des organisations intéressées ayant participé aux visites de RLISS figure à l'annexe D.

L'éventail de points de vue exprimés dans le cadre de ces discussions a permis l'examen et l'étude d'un vaste ensemble de questions relatives à la meilleure façon de régler les questions les plus pertinentes pour les Ontariennes et les Ontariens âgés. Ces discussions ont également permis à notre équipe de tenir compte d'importantes nuances sur les plans rural, urbain, géographique et culturel ayant trait aux grands thèmes qui ont été explorés.

Notre équipe a également collaboré avec plus de 95 groupes d'intervenants provinciaux, nationaux et internationaux représentant les Ontariennes et les Ontariens âgés, les personnes soignantes, les organismes fournisseurs de services, les ordres professionnels et les entreprises privées à but lucratif et sans but lucratif (consulter l'annexe D). En plus des réunions en personne, bon nombre de ces groupes ont présenté des observations écrites. Notre équipe a entretenu des relations avec des groupes et des comités d'experts existants qui appuyaient le travail du gouvernement à l'égard des besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés, notamment les suivants :

- Comité de liaison du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario
- responsable des services des urgences des RLISS de l'Ontario
- comité des médecins-chefs de soins primaires des RLISS de l'Ontario
- des présidents des comités d'experts des services des urgences et des autres niveaux de soins de l'Ontario

En outre, notre équipe a pu consulter des experts du monde entier qui ont donné généreusement de leur temps afin d'expliquer leurs démarches novatrices en matière de soins.

Pour s'assurer que chaque voix a été entendue en Ontario dans le cadre d'un processus de consultation réfléchi, un questionnaire public, qui a récolté près de 5 000 réponses, a été distribué au cours de l'été. Enfin, pour s'assurer que les points de vue des personnes soignantes sont compris, le Ministère a mené des entrevues approfondies et structurées auprès de 800 d'entre elles dans toutes les régions de la province.

Au total, on estime avec prudence que plus de 5000 Ontariennes et Ontariens âgés, plus de 2500 fournisseurs de soins de santé et de soins communautaires et sociaux et fonctionnaires municipaux, et plus de 1000 personnes soignantes ont participé aux entrevues en fournissant leurs points de vue qui se sont révélés inestimables pour l'élaboration des constatations et des recommandations du présent rapport.

Cinq principes qui sous-tendent la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

À mesure que progresse la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées afin de bâtir une province qui valorise, encourage et promeut le bien-être et l'autonomie des Ontariennes et des Ontariens âgés, il sera essentiel de s'assurer que toute proposition de politique, de programme et de service respecte les cinq principes suivants qui, selon ce que les Ontariennes et les Ontariens nous ont dit, leur tiennent à cœur.

Accessibilité

Nos dépenses sont plus élevées que jamais au titre de la prestation des services de santé et des services sociaux et communautaires, mais il demeure que les Ontariennes et les Ontariens âgés, ainsi que leurs familles et les personnes qui leur prodiguent des soins, ont encore parfois de la difficulté à obtenir des soins, au bon moment et au bon endroit. Par conséquent, au moment de la planification, de l'examen et de la prestation des services, nous devons nous demander si nous faisons en sorte que les Ontariennes et les Ontariens âgés, ainsi que leurs familles et les personnes qui leur prodiguent des soins, puissent avoir facilement accès aux services et au soutien dont ils ont besoin de manière efficiente et en temps opportun.

Équité

Nous reconnaissons que l'un de nos principaux atouts en tant que province est notre diversité. Admettant que la diversité est visible et invisible, nous devons nous assurer de tenir compte des besoins non seulement des Ontariennes et des Ontariens âgés appartenant à des groupes ethnoculturels, mais aussi de ceux des membres de nos communautés GLBT, des personnes dont les capacités sont limitées et des personnes qui ont des besoins particuliers, comme celles qui sont confinées à domicile. Par conséquent, au moment de la planification, de l'examen et de la prestation des services, nous devons nous demander si nous faisons en sorte de satisfaire aux besoins des Ontariennes et Ontariens âgés de ces divers groupes d'une manière qui tient compte de leurs besoins particuliers, dans la mesure du possible.

Choix

Nous offrons aux Ontariennes et Ontariens âgés une diversité remarquable de services et de soutiens; toutefois, leur capacité à comprendre leurs options et à exprimer leurs choix n'est pas toujours ce qu'elle devrait être. Les Ontariennes et les Ontariens âgés ont le droit de toujours connaître leurs options et, s'ils en sont capables, de prendre des décisions éclairées avec lesquelles ils se sentent à l'aise. Nous ne remettons jamais en question le droit d'un jeune adulte de prendre de bonnes ou de mauvaises décisions. Nous devons donc aussi nous en rendre compte et admettre que les Ontariennes et les Ontariens âgés devraient recevoir un soutien même s'ils choisissent d'exercer leur droit de prendre des décisions éclairées qui leur feront courir des risques. Par conséquent, au moment de la

planification, de l'examen et de la prestation des services, nous devons nous demander si nous faisons en sorte que les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles et les personnes qui les soignent disposent d'autant d'options qu'il est possible ou raisonnable de leur accorder, et s'ils sont appuyés et habilités par les meilleurs renseignements à leur disposition pour prendre des décisions éclairées.

Valeur

Compte tenu des impératifs budgétaires et démographiques actuels et futurs, nous devons nous assurer de dépenser l'argent des contribuables de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible, de façon à pouvoir garantir la viabilité future de nos systèmes, de nos programmes et de nos services. Par conséquent, au moment de la planification, de l'examen et de la prestation des services, nous devons nous demander si nous faisons en sorte que chaque dollar dépensé offre le meilleur rapport qualité-prix possible.

Qualité

Dans le cadre de notre mandat de contrôle des coûts actuels et futurs, nous devons veiller à ce que cela ne se fasse jamais aux dépens de la qualité. Nous nous rendons compte de plus en plus que, dans de nombreux cas, les soins de meilleure qualité ne coûtent effectivement pas plus cher, et que des soins et des services de qualité supérieure nous permettront non seulement de combler nos attentes, mais aussi d'obtenir les résultats visés qui importent aux deux ordres de gouvernement, aux fournisseurs de services et au public. Par conséquent, au moment de la planification, de l'examen et de la prestation des services, nous devons nous demander si nous faisons en sorte d'axer notre travail sur la qualité.

« Nous devons veiller à ce que les services actuellement offerts aux Ontariennes et Ontariens âgés soient également accessibles à tous, peu importe la race, le groupe linguistique, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la religion et les capacités. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Sommaire de nos constatations générales et de nos principales recommandations

Soutenir l'aménagement de collectivités-amies des aînés

Nos consultations nous ont appris que nos collectivités devaient être la pierre d'assise de toute stratégie visant le bien-être des personnes âgées. Par conséquent, afin d'accomplir la mission du gouvernement, qui est de faire de l'Ontario l'endroit le plus sain en Amérique du Nord pour grandir et vieillir, nous devrons favoriser le développement de collectivités qui tiennent compte de la grande diversité de la population âgée, favorisent son inclusion et ses contributions dans toutes les sphères de la vie communautaire, respectent ses décisions et ses choix en matière de mode de vie, anticipent les préférences et les besoins liés au vieillissement et y répondent avec souplesse.

Nous avons également appris que, pour bâtir les collectivités solides que nous désirons, il nous faudra créer des partenariats avec les administrations municipales, plus particulièrement en ce qui concerne l'offre d'options de logements, de transport et de soins de santé accessibles et abordables qui permettront à plus d'Ontariennes et d'Ontariens de vieillir dans l'endroit de leur choix.

Principales recommandations

- Le gouvernement de l'Ontario devrait soutenir les collectivités ainsi que les citoyennes et les citoyens afin qu'ils aient accès à divers programmes et services de soutien leur permettant d'adapter leurs résidences en fonction de l'évolution de leurs besoins fonctionnels de sorte qu'ils puissent continuer à vieillir chez eux, dans la mesure du possible, aussi longtemps qu'ils le désirent.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Transports et dans le cadre de partenariats avec les RLISS, les municipalités et les organismes sectoriels de soutien communautaire, doit continuer d'améliorer la conception de systèmes de transport sans but lucratif, sécuritaires, empreints de dignité et axés sur les consommateurs, destinés aux Ontariennes et aux Ontariens âgés de l'ensemble des collectivités urbaines et, dans la mesure du possible, des collectivités rurales.

Promotion de la santé et du bien-être

Bien que les Ontariennes et les Ontariens âgés vivent plus longtemps et soient moins affectés par des maladies chroniques ou des invalidités que les générations qui les ont précédés, nos consultations nous ont révélé que leurs familles, les personnes qui leur prodiguent des soins et eux-mêmes veulent un meilleur accès à l'information et aux services qui peuvent leur permettre de rester en bonne santé et de demeurer plus longtemps à la maison. Même si le gouvernement de l'Ontario, les RLISS et les municipalités fournissent à la population ontarienne âgée une gamme très variée de services de santé et de services sociaux et communautaires, un trop grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens ne connaissent pas l'existence de ces services ni la façon d'y accéder, comme dans la langue de leur choix.

Nous avons également appris, grâce à nos consultations, comment la pauvreté peut limiter la capacité des Ontariennes et des Ontariens âgés les moins nantis à demeurer en bonne santé et à conserver leur autonomie. Même si l'Ontario a beaucoup fait pour réduire les niveaux de pauvreté chez les personnes âgées, à des niveaux bien en deçà des niveaux nationaux, nous devons continuer de reconnaître que les divers groupes de personnes âgées ont accès à des revenus et à un patrimoine différents, et que cela peut souvent influer sur les décisions qui permettent aux Ontariennes et aux Ontariens âgés de demeurer plus longtemps en santé et à la maison. Le fait de vivre plus longtemps et en meilleure santé signifie également que nous devons tout mettre en œuvre pour nous assurer que les Ontariennes et les Ontariens ne vieillissent pas dans la pauvreté.

Nous devons aussi fournir un plus grand nombre de services favorisant la santé, l'activité physique et l'entretien de bons rapports avec les autres de manière respectueuse des préférences et des besoins sociétaux, et de notre diversité générale.

Principales recommandations

- Le Secrétariat aux affaires des personnes âgées du gouvernement de l'Ontario devrait activement présenter et favoriser le vieillissement en santé et les avantages de rester actifs pendant la vieillesse en faisant de l'activité physique et du bénévolat, en continuant d'acquérir des connaissances et en occupant un emploi intéressant.
- Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager et soutenir la mise au point de systèmes de communication afin de s'assurer que les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles et les personnes qui les soignent connaissent les divers programmes et services offerts dans leur collectivité, et que l'information soit communiquée de manière accessible.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario soutient ses RLISS afin qu'ils établissent des relations positives axées davantage sur la collaboration avec leurs conseils municipaux respectifs en vue d'augmenter le nombre de centres pour personnes âgées (CPA) en Ontario et de renforcer leur rôle.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait accroître la disponibilité des cours sur les exercices, la prévention des chutes et la promotion de la santé dans toute la province.
- Le gouvernement de l'Ontario devrait appuyer les efforts pour s'assurer que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens âgés admissibles reçoivent les prestations de retraite et jouissent des avantages associés à l'âge auxquels ils ont droit, en maintenant ses engagements actuels et futurs de soutenir financièrement les Ontariennes et les Ontariens âgés à revenu faible et moyen.

Renforcer les soins primaires prodigués aux Ontariennes et aux Ontariens âgés

Nos consultations nous ont appris que le renforcement de la prestation des soins primaires sera essentiel pour assurer la bonne santé des Ontariennes et des Ontariens âgés. Puisque ces personnes sont susceptibles de se débattre avec des questions de soins de santé et de services sociaux complexes, souvent interreliées, elles tireront souvent parti d'une démarche en matière de soins primaires fondée sur le travail d'équipe qui met en priorité une amélioration continue de la qualité. Nos consultations nous ont également appris que la communication entre les fournisseurs de soins primaires, les hôpitaux et en particulier les coordonnateurs des soins communautaires, n'est pas nécessaire et peut donc souvent entraîner des lacunes dans les soins qui, de l'avis de tous, ne devraient pas exister.

De plus, nos consultations nous ont révélé qu'il y a encore des Ontariennes et des Ontariens âgés qui ne peuvent pas facilement trouver un fournisseur de soins primaires. C'est particulièrement le cas pour les personnes confinées à la maison et qui bénéficieraient d'appels à domicile. Nous devons en faire plus pour améliorer les soins primaires aux Ontariennes et aux Ontariens âgés en établissant des modèles de soins de haute qualité et qui répondent mieux à leurs besoins, tout en nous assurant que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens âgés qui veulent avoir un fournisseur de soins primaires le peuvent.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait promouvoir et élaborer des mécanismes conformément aux cadres législatifs et réglementaires pour atteindre l'objectif que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens âgés qui souhaitent avoir un fournisseur de soins primaires en aient un.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'assurer que les plans d'amélioration de la qualité pour les soins primaires et les réseaux de soins pour les patients mettent surtout l'accent sur les soins prodigués aux Ontariennes et aux Ontariens âgés, et la garantie de l'accès aux soins primaires pour les personnes âgées. Il devrait se concentrer sur les aspects des soins qui influencent la santé et le bien-être des personnes âgées.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait ordonner aux coordonnateurs des soins qui œuvrent dans les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), des organismes de soutien communautaire et des organismes communautaires de santé mentale et qui assument des responsabilités de soutien relativement à la coordination des soins ou des services d'identifier le fournisseur de soins primaires d'un patient et de l'informer de leur nom, de leur rôle et de leurs coordonnées ainsi que des services qu'ils coordonnent pour leur patient/client.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait maintenir et augmenter les niveaux de financement afin d'appuyer les fournisseurs de soins primaires qui font des visites à domicile.

Améliorer la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires

Nos consultations nous ont appris que pour fournir les bons soins, au bon moment et au bon endroit, nous devrons renforcer nos secteurs des soins à domicile et des soins communautaires et y investir davantage. En offrant une plus grande gamme de soins à domicile, de services communautaires de soutien et d'options de logement abordable, nous pourrons fournir les soins et le soutien qui permettront à un plus grand nombre de personnes âgées de demeurer autonomes et de vieillir où bon leur semble, plutôt que de choisir des options plus coûteuses et parfois moins souhaitables.

La stratégie Vieillir chez soi de l'Ontario a été le premier effort d'investissement de ce gouvernement dans une plus grande gamme de programmes et des services qui peuvent soutenir l'élaboration d'un continuum de soins plus intégré. Le maintien et le renforcement de cet engagement à investir davantage dans les services à domicile et les services communautaires aideront grandement les Ontariennes et les Ontariens à demeurer en santé et à vivre à la maison plus longtemps.

Enfin, le soutien à l'exploration de l'élaboration de systèmes de financement plus progressifs, plus justes et plus viables à l'appui de nos besoins futurs en matière de soins qui non seulement préservera, mais améliorera dans l'ensemble l'accessibilité, l'équité, la qualité, la valeur et le choix entourant la prestation de services serait bienvenu. Grâce aux leçons apprises dans d'autres provinces, nous pouvons déterminer des manières claires qui non seulement nous permettront probablement d'améliorer la viabilité générale de notre secteur des soins à domicile et des soins communautaires, mais également de servir plus de gens.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait au moins maintenir son engagement d'augmenter de quatre pour cent le financement des secteurs des soins à domicile et des soins communautaires, cet exercice et au cours des deux prochains exercices. On l'encourage à investir les futures hausses budgétaires et les économies qu'il réalisera grâce à des gains d'efficience dans le secteur des soins à domicile et des soins communautaires.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait aider les RLISS, leurs CASC et les organismes de soutien communautaire à officialiser un modèle uniforme de soins axés sur la collaboration, qui permet de répartir les rôles de gestion des listes d'attente fondées sur la sévérité et de coordination des soins entre les CASC et les organismes de soutien communautaire choisis dans chaque RLISS pour offrir la possibilité aux deux organismes sectoriels de tirer parti de leurs forces et de mieux répondre aux besoins des clients.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner les répercussions de la conception d'un système fondé sur le revenu pour la prestation de services de soins à domicile et de soutien communautaire en se fondant sur les expériences et les apprentissages d'autres territoires de compétence. La réalisation de cet examen dans le but de mettre en place un système qui peut accorder la priorité aux principes d'accessibilité, d'équité, de choix, de qualité et de valeur fera partie intégrante de ce processus.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer l'accès aux services de physiothérapie en milieu clinique dans chaque RLISS, particulièrement pour les personnes ayant des revenus limités qui, en raison de leurs moyens financiers, renoncent souvent à ce traitement lorsqu'on le leur prescrit.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Affaires municipales et du logement, devrait promouvoir l'aménagement d'un plus grand nombre de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome en tant que solutions de rechange au placement dans un foyer de soins de longue durée pour les personnes qui profiteraient le plus de ces environnements.

Améliorer les soins actifs offerts aux personnes âgées

Nos consultations nous ont appris que nous pouvons en faire plus pour nous assurer que nos hôpitaux fournissent les soins dont la population âgée de l'Ontario a besoin et seulement lorsqu'elle en a besoin. Les Ontariennes et Ontariens âgés sont à l'origine de plus de la moitié des coûts des soins hospitaliers et, par conséquent, constituent les principaux usagers de ce secteur. Nos hôpitaux doivent donc en faire plus pour prioriser leurs soins. Tous les hôpitaux de l'Ontario doivent être soucieux des personnes âgées et le Ministère doit aider les hôpitaux à admettre que l'adoption de processus et de modèles de soins adaptés aux personnes âgées peut déboucher sur de meilleurs résultats pour les patients, les fournisseurs de soins et le système, notamment des taux d'ANS (autres niveaux de soins) moins élevés. Les hôpitaux nous ont déclaré qu'ils voulaient obtenir un meilleur soutien dans ce cheminement et en avaient besoin, avec un accès à l'expertise qui leur permettra d'atteindre leurs objectifs. En outre, la promotion de modèles novateurs qui nous permettent d'aider les personnes âgées à ne pas aller à l'hôpital ou à retourner à la maison le plus rapidement possible, lorsque cela est indiqué, fera en sorte que les hôpitaux pourront demeurer des éléments efficaces et efficients de notre système de santé.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS et les programmes municipaux de services médicaux d'urgence (SMU), devrait se pencher sur l'élaboration et l'utilisation élargie, partout en Ontario et particulièrement dans les collectivités nordiques et rurales, de programmes de soins communautaires paramédicaux qui pourraient mieux soutenir les grands usagers des services médicaux d'urgence, de façon à éviter les visites aux services des urgences et les hospitalisations, et éventuellement retarder l'admission dans un foyer de soins de longue durée.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les RLISS, devrait soutenir la création et la mise en œuvre du modèle d'hospitalisation à domicile en Ontario. Une démonstration de faisabilité réussie de ce modèle en Ontario fournira l'information nécessaire pour en poursuivre la mise en œuvre partout dans la province.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec les RLISS, devrait continuer de promouvoir l'adoption de principes d'hôpital adapté aux aînés par des ententes de responsabilisation qu'il conclut avec les hôpitaux pour les aider à mettre en œuvre des environnements de soins améliorés destinés aux personnes âgées hospitalisées permettant d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient, le fournisseur et le système.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ses RLISS devraient soutenir les hôpitaux de toute la province dans l'adoption, la mise en œuvre et le renforcement de modèles et de processus de soins qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient et le système, destinés aux personnes âgées, par l'implantation d'un modèle de programme d'encadrement collaboratif, en partenariat avec les hôpitaux de pointe, fondé sur le soutien par les pairs, le transfert et l'échange de connaissances.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait continuer de collaborer avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO) à l'accélération de la mise en œuvre des normes et des processus de transition en matière de soins, ainsi que de leurs résultats et indicateurs de processus connexes recommandés dans le rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, intitulé *Améliorer le continuum des soins*.

Améliorer les foyers de soins de longue durée de l'Ontario

Grâce à nos consultations, nous avons appris que nous pouvions en faire davantage pour aider nos foyers de soins de longue durée à évoluer afin de répondre au changement des besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés. Nos foyers de soins de longue durée fournissent des soins à certaines des personnes âgées les plus vulnérables de notre société, dont les besoins en santé exigent un milieu offrant un haut niveau de soutien en matière de soins.

Nous avons également appris que, alors que les foyers de soins de longue durée étaient autrefois une destination d'où l'on ne revenait pas, de plus en plus d'établissements commencent aujourd'hui à fournir divers services de santé à court terme qui permettent aussi à un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de rentrer chez eux dans la collectivité.

À mesure que les préférences et les besoins en matière de soins des Ontariennes et des Ontariens évolueront, nous devrons mieux comprendre les types et les milieux de soins dont nous aurons besoin. De plus, nous devons nous assurer que le personnel des foyers de soins de longue durée possède les connaissances et les compétences nécessaires pour pouvoir fournir les meilleurs soins possible aux pensionnaires en tout temps.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait entreprendre l'élaboration d'un processus de planification des capacités fondé sur des données probantes afin de répondre aux besoins des populations actuelles et futures admissibles aux soins de longue durée et d'autres personnes qui seraient mieux servies dans un logement avec service de soutien ou d'aide à la vie autonome.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait créer de nouveaux modèles de services reposant sur les foyers de soins de longue durée afin d'optimiser la capacité, d'accroître les programmes qui aident les personnes âgées à vivre plus longtemps dans la collectivité et d'améliorer les programmes qui répondent aux besoins des pensionnaires en hébergement de courte et de longue durée. Il pourrait y parvenir en prenant tout particulièrement les mesures suivantes :
  a) augmenter la capacité des programmes de séjours de courte durée (soins de relève et de convalescence) dans les foyers de soins de longue durée;
  b) permettre aux foyers de soins de longue durée d'offrir des niveaux de soins plus élevés aux personnes ayant des besoins de soins complexes;
  c) explorer la possibilité que les foyers de soins de longue durée agissent à titre de carrefours de soins communautaires qui pourraient offrir des services axés sur la collectivité, notamment des soins à domicile susceptibles d'aider davantage les habitants de la région à vieillir chez eux.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer la circulation des patients entre les services de courts et de longs séjours dans les établissements de soins de longue durée en examinant les processus de demande de place et de transfert et les politiques actuels pour :
  a) envisager la possibilité d'accroître le nombre et le type de foyers choisis;
  b) mieux soutenir les pensionnaires potentiels et, au besoin, leurs mandataires spéciaux et les coordonnateurs des soins dans le processus de sélection.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir la mise en place de mécanismes permettant d'optimiser les connaissances et les compétences du personnel des foyers de soins de longue durée au moyen d'occasions de formation supplémentaire, et aider ces travailleurs à consacrer davantage de temps à la prestation de soins grâce à des initiatives et des programmes d'amélioration des processus et de la qualité comme Priorité aux résidents, Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, l'initiative des coordonnateurs des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de soins de longue durée et les nouveaux centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en matière de soins de longue durée.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait accroître le recours aux équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier dans les foyers de soins de longue durée afin de renforcer la capacité de ces derniers à répondre efficacement aux besoins des patients atteints d'affections plus complexes et de déceler de façon proactive les nouveaux problèmes de santé aigus ou subaigus susceptibles d'entraîner un transfert imprévu vers un service des urgences et une hospitalisation subséquente.

Satisfaire les besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés en matière de soins spécialisés

Nos consultations nous ont appris que, chaque jour, des spécialistes en médecine gériatrique, psychiatrique et palliative démontrent leur valeur en soutenant les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles, les personnes soignantes ainsi que les fournisseurs de soins de santé et de soins sociaux et communautaires afin de mieux résoudre les problèmes complexes et souvent interreliés de soins de santé et de soins sociaux qui menacent souvent la capacité d'une personne à vieillir chez elle et à mourir dans la dignité.

Nous avons également appris que notre dernier engagement à soutenir l'élaboration de services gériatriques spécialisés en Ontario a été pris voici des décennies. L'offre inégale actuelle de financement à l'appui de la prestation de services spécialisés en gériatrie, en santé mentale et en soins palliatifs dans les RLISS de l'Ontario restreint l'accès des Ontariennes et des Ontariens âgés aux soins qu'ils méritent. Elle restreint aussi notre capacité à attirer et à recruter des gériatres, des psychiatres en gériatrie et des spécialistes en soins palliatifs. Nous avons des possibilités évidentes à saisir afin d'optimiser nos ressources pour résoudre ces problèmes. De plus, nous devrions exploiter les possibilités pour sensibiliser davantage les personnes qui travaillent auprès des personnes plus âgées sur la panoplie d'autres besoins particuliers des Ontariennes et des Ontariens âgés afin d'améliorer l'ensemble des soins que nous fournissons.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS devraient créer un groupe de travail provincial composé de gériatres, de médecins de famille prodiguant des soins aux personnes âgées, d'infirmières et d'infirmiers spécialisés, de professionnels paramédicaux et d'autres professionnels afin de contribuer à définir une vision commune provinciale pour la prestation des services gériatriques, ainsi qu'un plan d'établissement des priorités visant à orienter la dotation en personnel à l'échelle locale et le financement des modèles à mesure que les ressources deviennent disponibles.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager les RLISS à tirer profit des partenariats, de la lancée et de la réussite du programme Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario afin d'aider à définir les services gériatriques communautaires de base en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui doivent être financés et offerts. De plus, une démarche normalisée d'évaluation et d'aiguillage et un modèle de prestation de services doivent être créés et mis en œuvre au sein des RLISS.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager les RLISS à élargir les milieux où peuvent être prodigués des soins palliatifs dans leurs régions afin d'y inclure le domicile d'un patient, les maisons de soins palliatifs et les établissements de soins.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager l'inclusion de questions sur la continence, la santé sexuelle, dentaire et alimentaire, ainsi que sur les chutes, dans le cadre d'outils non officiels et officiels utilisés pour évaluer la santé des personnes âgées.

Gestion des médicaments des Ontariennes et des Ontariens âgés

Nos consultations nous ont appris que nous devons en faire davantage pour aider les Ontariennes et les Ontariens âgés, en leur qualité de plus grands consommateurs de médicaments de notre société, à gérer leurs besoins en cette matière. Le besoin des Ontariennes et des Ontariens âgés de prendre plus d'un médicament et souvent d'en prendre un grand nombre chaque jour les expose à un risque accru de réactions indésirables aux médicaments en raison d'effets secondaires ou d'interactions médicamenteuses. Par conséquent, nous devons en faire davantage pour améliorer les connaissances des Ontariennes et des Ontariens âgés qui prennent des médicaments et accroître la sécurité en matière d'ordonnance et d'administration des médicaments. Nous devons aussi commencer à songer à la manière d'élaborer des systèmes de financement viables et plus justes qui peuvent tout de même nous permettre de nous assurer que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens peuvent avoir accès aux pharmacothérapies dont ils ont besoin, sans égard à leur capacité de payer.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait déterminer les tendances des combinaisons inappropriées de médicaments et élaborer des lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires ainsi que des mécanismes de transfert des connaissances afin d'améliorer les pratiques en matière d'ordonnance et de réduire les effets nocifs liés aux interactions médicamenteuses chez les personnes âgées.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mener un examen complet de son programme MedsCheck afin de comprendre dans quelle mesure il a été efficace et de quelle façon ce service peut être amélioré pour :
  a) mieux soutenir les patients qui gèrent plusieurs médicaments;
  b) augmenter la valeur ajoutée.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait poursuivre son travail de réforme du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) afin d'offrir une couverture selon le revenu plutôt qu'en fonction de l'âge, et ainsi envisager d'étendre cette couverture à toutes les Ontariennes et à tous les Ontariens.

Soutenir les personnes soignantes

Nos consultations nous ont appris que nous devons en faire davantage pour aider les personnes soignantes de notre province, plus particulièrement lorsque leur présence explique pourquoi autant d'Ontariennes et d'Ontariens âgés sont en mesure de vieillir où bon leur semble le plus longtemps possible. Cependant, il convient de noter que, bien que les Ontariennes et les Ontariens âgés soient les plus importants bénéficiaires du soutien offert par les personnes soignantes, ils sont également plus susceptibles de jouer le rôle de personnes soignantes bénévoles auprès des membres de leur famille et de leurs amis. La prestation de soins peut être enrichissante sur le plan personnel, mais elle peut aussi être stressante et coûteuse et avoir des répercussions énormes sur la santé et le bien-être de la personne

soignante. C'est toute la population ontarienne qui en profite lorsque les personnes soignantes peuvent accéder aux renseignements et à l'éventail de services de soutien qui leur permettront de continuer à prendre soin des personnes qu'elles aiment.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer la sensibilisation des gens aux services de soutien offerts aux personnes soignantes non rémunérées en améliorant les points d'accès unique. Plus particulièrement, le Ministère devrait s'assurer que ces points d'accès unique reconnaissent l'identité et les besoins uniques des personnes soignantes non rémunérées qui pourraient avoir besoin que les renseignements soient présentés différemment.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère des Finances et le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, devrait sensibiliser les gens et promouvoir l'application des divers programmes (prestations et crédits d'impôt conçus pour alléger les fardeaux financiers imposés aux personnes soignantes non rémunérées).
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager la normalisation des services et des soutiens offerts par le programme Premier lien des sociétés Alzheimer et soutenir la totalité de la mise en œuvre de ce programme dans chaque RLISS de l'Ontario pour assurer que ce programme d'aide et de service essentiel pour les personnes âgées et les personnes soignantes non rémunérées touchées par la démence est accessible à tous.

Lutter contre l'âgisme et les mauvais traitements envers les personnes âgées en Ontario

Nos consultations nous ont révélé que, comme société, nous n'avons pas tendance à valoriser le vieillissement et par conséquent, les Ontariennes et Ontariens âgés comme nous le devrions. Bien que nous ayons bâti une société progressiste à de nombreux égards, il existe toujours des formes déclarées de discrimination fondée sur l'âge de même qu'une « autodiscrimination fondée sur l'âge » au sein de la population ontarienne âgée. Cela restreint les options de certains de mener une vie saine et productive.

Nous avons également appris que, même si la province a fait de la lutte contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées une priorité, trop d'Ontariennes et d'Ontariens âgés en sont victimes chaque année. Une meilleure éducation des Ontariennes et des Ontariens au sujet des mauvais traitements infligés aux personnes âgées, la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées et un meilleur soutien aux victimes peuvent nous assurer qu'un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés peuvent mieux vivre et vivre plus longtemps, dans la dignité et le respect qu'elles méritent.

Principales recommandations

- Le Secrétariat aux affaires des personnes âgées du gouvernement de l'Ontario devrait adopter un processus afin de s'assurer que la législation ou les politiques qui influencent l'accès des Ontariennes et des Ontariens âgés à des services particuliers en fonction de l'âge sont cernées et revues avec les groupes d'usagers plus âgés.
- Le gouvernement de l'Ontario devrait poursuivre ses engagements actuels envers sa Stratégie ontarienne de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées, en partenariat avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, le Secrétariat ontarien des services aux victimes, le ministère du Procureur général et le Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées afin de soutenir les travaux visant à :
  a) renforcer la sensibilisation du public à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes âgées;
  b) offrir une formation au personnel de première ligne;
  c) coordonner les services communautaires afin de mieux aider les personnes âgées victimes de mauvais traitements dans toutes les collectivités de la province.

Combler les besoins particuliers des Autochtones âgés en Ontario

Nos consultations nous ont appris que les Autochtones âgés ont des besoins uniques dont on doit tenir compte. La prise en charge des maladies chroniques jumelée au vieillissement représente un défi pour les Autochtones qui vivent en Ontario. Les Autochtones de l'Ontario commencent à éprouver des problèmes gériatriques à un plus jeune âge que le reste de la société. À l'instar d'autres Ontariennes et Ontariens de diverses origines, ils ont aussi plus de difficulté à accéder à des soins et à des services culturellement acceptables. Nous devons nous engager à mieux comprendre les Autochtones âgés en Ontario et à mieux combler leurs besoins uniques.

Principale recommandation

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario et le ministère des Affaires autochtones, devrait s'engager à entamer un processus pour faire participer de manière significative les Autochtones de toute la province vivant dans les réserves et à l'extérieur ainsi que leurs organismes à la définition d'une stratégie visant les Autochtones âgés.

Instruments d'habilitation nécessaires pour le soutien d'une stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées

Nos consultations nous ont révélé que les ressources humaines de l'Ontario dans le domaine de la santé et celui des services sociaux et communautaires doivent être mieux préparées et soutenues pour répondre aux besoins de la population vieillissante. Il est préoccupant de constater qu'aucune des écoles ontariennes qui forment nos futurs fournisseurs de soins de santé et de soins sociaux et communautaires n'est tenue d'offrir officiellement des cours relatifs aux soins des personnes âgées. Ceux qui ne sont pas exposés aux soins des personnes âgées seront moins confiants à l'égard de leurs connaissances et de leurs compétences, et moins bien préparés à répondre aux besoins de ce groupe d'âge ou moins portés à choisir ce domaine pour exercer leur profession. Grâce à une stratégie qui offre les bonnes études et la bonne formation, nous serons assurés que l'Ontario aura une main-d'œuvre dotée des connaissances et des compétences dont elle a besoin pour cerner les problèmes chez les personnes âgées et leur offrir les bons soins au bon moment et au bon endroit.

Nous avons aussi appris que la recherche et la technologie fournissent de nouvelles possibilités d'offrir des soins de manière plus efficace tout en permettant à plus d'Ontariennes et d'Ontariens de rester à la maison et de conserver leur autonomie. L'utilisation de la technologie pour permettre l'offre de soins plus près du domicile ou même au domicile et renforcer le développement de systèmes d'évaluation intégrée, d'information et d'aiguillage devrait être priorisée.

Principales recommandations

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, devrait préparer tous les futurs fournisseurs de soins de santé et de services sociaux à répondre à l'évolution des besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés en décrétant que les programmes de formation de base en Ontario destinés aux médecins, aux infirmières et aux infirmiers, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes, aux travailleurs sociaux, aux pharmaciens, aux auxiliaires médicaux, aux ambulanciers paramédicaux, aux préposés aux services de soutien à la personne et autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux compétents prévoient du contenu et des possibilités de formation en milieu clinique en gériatrie.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait achever l'établissement de son nouveau programme de diversification du mode de financement (PDMF) en vue de soutenir les gériatres de la province de façon à ne pas restreindre le nombre de gériatres voulant exercer en Ontario ou de favoriser la pratique de la gériatrie.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait offrir plus de soutien à ses préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) en renforçant son nouveau registre des PSSP, en rendant obligatoire l'inscription au registre, en exigeant une norme commune en matière de formation pour tous les futurs inscrits et en élaborant un processus de traitement des plaintes qui peut protéger le public et la profession.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS devraient exiger que les fournisseurs de services de santé et de services sociaux et communautaires simplifient leurs processus d'évaluation et d'aiguillage pour :
  a) éviter de répéter les évaluations, d'imposer un fardeau aux patients et aux clients;
  b) favoriser une prestation plus efficiente des services.

Considérations relatives à la gouvernance et à la mise en œuvre

Nos consultations nous ont appris que le vieillissement de l'Ontario changera sans aucun doute la manière dont nous faisons les choses et nous obligera à faire des choix de société en ce qui a trait à la meilleure façon de répondre aux besoins de notre population vieillissante. De l'avis de notre équipe, nous pouvons soit laisser ce changement survenir en y réagissant passivement, soit considérer ces défis comme des occasions de mieux faire. L'Ontario peut être le meilleur endroit pour grandir et vieillir, et son engagement à élaborer une stratégie complète pour assurer le bien-être des personnes âgées peut à tout le moins nous montrer initialement la voie à suivre en fonction de nos besoins, de nos préférences et de nos valeurs.

Afin de mettre en place une société sans discrimination fondée sur l'âge, dans laquelle les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles et leurs personnes soignantes peuvent avoir accès à des services appropriés, notamment en matière de soutien, au bon moment et au bon endroit, et dans laquelle l'accès aux services de base n'est aucunement restreint par leur revenu, nous devons collaborer comme province et reconnaître l'occasion qui nous est offerte de faire mieux.

Nos consultations nous ont appris que le gouvernement de l'Ontario et ses ministères peuvent jouer un rôle de chef de file plus important en ce qui a trait à la satisfaction des besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés. La mise en œuvre d'une stratégie pour le bien-être des personnes âgées comportera de nombreux éléments qui nécessiteront une coordination intraministérielle et interministérielle. D'autres questions devront faire l'objet d'une collaboration entre l'Ontario et ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de contribuer à la satisfaction des besoins des Canadiens et des Ontariens âgés.

Les pouvoirs publics peuvent jouer un rôle de tout premier ordre concernant l'établissement de structures de direction et de gouvernance ainsi que de règles d'engagement qui uniformisent les mesures incitatives et de responsabilisation pouvant encourager les divers ordres de gouvernement et les fournisseurs sectoriels à faire la promotion d'intérêts communs et leur permettre de le faire. Compte tenu du fait que nous avons tous directement intérêt à pouvoir mieux satisfaire les besoins de nos populations vieillissantes, l'élaboration commune d'une stratégie pour le bien-être des personnes âgées semble offrir une excellente occasion d'y parvenir.

Le financement adéquat constituera un outil habilitant essentiel pour appuyer la mise en œuvre réussie et assurer la durabilité à long terme des recommandations stratégiques et des objectifs énoncés dans le présent rapport. Parallèlement, il est apparu clairement, durant la formulation de ces recommandations, qu'elles ont été préparées durant une période d'intenses restrictions budgétaires,

mais sous un gouvernement qui s'est également engagé à assurer la durabilité et l'efficience du système de soins de santé. Dans cette optique, chacune des recommandations mises de l'avant a été évaluée à la lumière du principe d'optimisation des ressources pour les Ontariennes et les Ontariens, et même, dans certains domaines, à celle des économies pouvant être réalisées grâce à des investissements ciblés et à l'amélioration des processus, de la réduction des iniquités et, enfin, de l'atteinte de meilleurs résultats pour les patients et le système. Il convient plus particulièrement de noter que les recommandations formulées dans le présent rapport ont toutes été conçues en fonction de la notion selon laquelle elles peuvent être mises en œuvre dans les limites des ressources et des budgets existants.

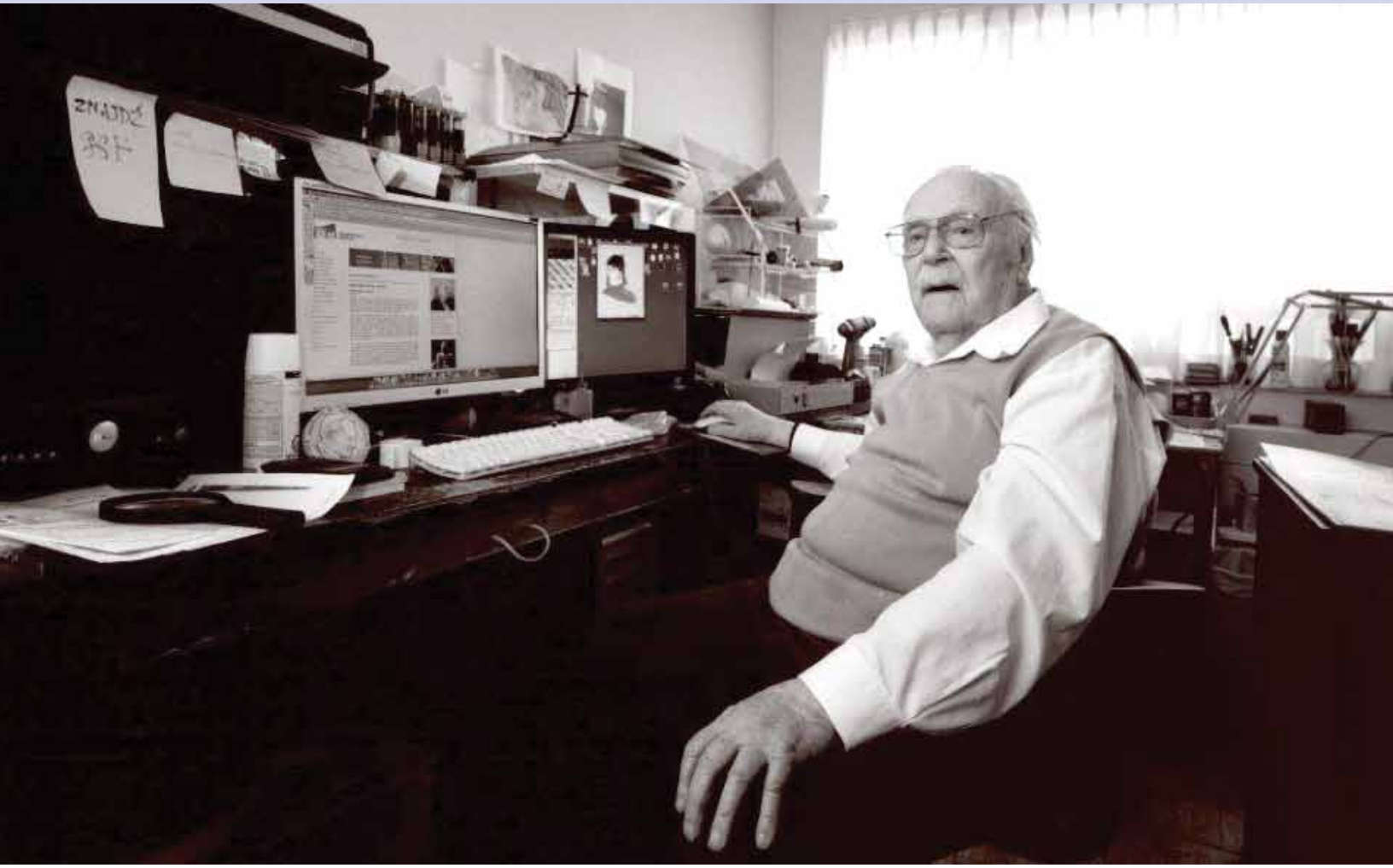
Les constatations et les recommandations présentées dans le rapport ne sont que la première étape. En effet, à partir de maintenant, le vrai travail de mise en œuvre et d'exécution du mandat interministériel indiqué dans le rapport devrait commencer. Par conséquent, la prochaine étape nécessitera l'orientation du gouvernement sur son appui à la mise en œuvre des recommandations énoncées ici. Cette étape devrait mener à l'établissement d'un cadre de gouvernance clairement articulé, aux calendriers de mise en œuvre et à un système de surveillance pour s'assurer de la bonne progression.

Principales recommandations :

- La Direction de la mise en œuvre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, devrait être globalement responsable de la supervision de la mise en œuvre de la Stratégie gouvernementale pour le bien-être des personnes âgées et être tenue de présenter un rapport d'étape trimestriel au ministre, en plus de rapports sur les occasions et les défis qui se sont présentés lors de la mise en œuvre de la Stratégie, et de préparer un rapport annuel qui pourra être communiqué au public.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que chaque RLISS :
  a) désigne un membre de son équipe de direction pour superviser la mise en œuvre de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées;
  b) crée un comité directeur composé d'un large éventail de représentants des fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires de la région, y compris des fournisseurs de services de santé publique et de services paramédicaux, des fonctionnaires municipaux, des patients ainsi que des personnes soignantes, dans le but d'aborder et de planifier les possibilités d'élaboration et de mise en œuvre de services destinés aux Ontariennes et aux Ontariens âgés de leur région.

Le corps du présent rapport renferme des constatations et des recommandations beaucoup plus détaillées qui permettront au gouvernement de développer et de fournir des moyens précis de mettre en œuvre les thèmes et les recommandations soulignés dans le résumé.

Chapitre 1 : Soutenir l'aménagement de collectivités-amies des aînés



En 2011, le gouvernement de l'Ontario a élaboré une nouvelle vision audacieuse en vue de faire de l'Ontario l'endroit le plus sain en Amérique du Nord pour grandir et vieillir. Afin de concrétiser cette vision, nous reconnaissons de plus en plus à quel point les collectivités dans lesquelles nous vivons influencent notre capacité de vivre en santé et de façon autonome et productive. Cependant, nous faisons actuellement face au fait que la façon dont la plupart des villes, des collectivités et de leurs services ont été traditionnellement conçus, organisés et assurés place souvent les personnes âgées en position de désavantage, en particulier celles qui éprouvent des problèmes de santé chroniques.

Comprendre les éléments intégraux aux collectivités-amies des aînés

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé en 2006 son initiative des collectivités-amies des aînés en vue de promouvoir une démarche plus réfléchie d'aménagement des collectivités qui pourrait promouvoir la santé et le bien-être des gens de tout âge et, plus particulièrement, de la population vieillissante. Ces efforts ont contribué à élaborer une vision idéale de ce que les villes et les collectivités du monde entier tentent maintenant de plus en plus de réaliser. Une collectivité-amie des aînés *reconnaît* la grande diversité de la population âgée, *favorise* son inclusion et ses contributions dans toutes les sphères de la vie communautaire, *respecte* ses décisions et ses choix en matière de mode de vie et *anticipe* les préférences et les besoins liés au vieillissement et fait preuve de souplesse en y *répondant*. Il s'agit essentiellement d'un endroit qui encourage le vieillissement actif en optimisant la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés, pour améliorer leur qualité de vie[13].

À mesure que les gens vieillissent, nous savons qu'ils seront plus susceptibles d'avoir besoin du soutien des autres pour demeurer dans leur collectivité. Ce soutien supplémentaire pourrait être offert par un partenaire, des membres de la famille ou des amis, ou dans le cadre de services communautaires et à domicile pouvant être fournis dans leur collectivité. Puisque les Ontariennes et les Ontariens sont moins nombreux à vivre dans des communautés ou des ménages intergénérationnels, ou à participer régulièrement à des activités religieuses ou sociales organisées, un nombre croissant d'Ontariennes et d'Ontariens âgés vivent socialement isolés, surtout s'ils survivent à leur conjoint, aux membres de leur famille et à leurs amis. Sans le soutien de services communautaires et à domicile et la présence de milieux de vie habilitants, la capacité de vieillir à l'endroit de leur choix devient un défi de plus en plus grand à surmonter. Cela les amène parfois à déménager prématurément dans un foyer de soins de longue durée.

Le fait de mieux adapter nos collectivités aux personnes âgées devrait donc être considéré comme une réponse pratique à la promotion de la contribution et du bien-être des aînés de façon à assurer la prospérité de ces collectivités. Les milieux et les services adaptés qui sont accessibles aux personnes âgées ayant divers besoins, et qui les intègrent, les encourageront davantage à participer plus souvent aux activités communautaires. De plus, la création d'une culture qui respecte et intègre également les personnes âgées favorisera l'établissement de liens étroits et la prise en charge personnelle.

La satisfaction des besoins des personnes âgées dans nos collectivités permet en outre de mieux répondre aux besoins de tous les groupes, notamment des personnes handicapées et des très jeunes

[13] Organisation mondiale de la santé, *Guide mondial des villes-amies des aînés*, Genève, Suisse, 2007.

enfants. En effet, comme le disait feu Bernard Isaacs, gériatre britannique reconnu : « L'aménagement conçu pour les jeunes exclut les personnes âgées, alors que celui conçu pour les personnes âgées intègre tout le monde » [traduction]. Ce principe d'aménagement universel permet essentiellement la création de milieux faciles d'accès qui améliorent et favorisent la mobilité et l'autonomie des personnes handicapées, qu'elles soient jeunes ou âgées. Les quartiers sécuritaires permettent en outre aux personnes de tout âge de sortir en toute confiance pour participer à des activités physiques, sociales et de loisir. De plus, l'ensemble des collectivités tire parti de la participation des personnes âgées au travail bénévole ou rémunéré. Les familles, les amis et les personnes soignantes vivent en outre moins de stress lorsque les personnes âgées dont elles prennent soin ont accès aux services communautaires de soutien et de santé dont elles ont besoin.

Au Canada et en Ontario, un certain nombre de collectivités ont pris part à des activités d'aménagement de collectivités-amies des aînés à différentes étapes[14]. Grâce à ces activités, les collectivités participantes ont appris à évaluer leur niveau de « convivialité à l'égard des personnes âgées », comment intégrer la question du vieillissement dans l'aménagement urbain et comment créer des milieux adaptés aux personnes âgées. L'OMS a déterminé huit aspects de la vie communautaire qui influent sur la qualité de vie et la santé des personnes âgées[15]. Nous croyons qu'en appuyant l'intégration de ces huit aspects à la conception et à l'aménagement de nos collectivités, nous contribuerons à soutenir la transformation de ces dernières en collectivités-amies des aînés. Les pages qui suivent abordent plus en détail le respect et l'inclusion sociale, la participation sociale, les communications et l'information, la participation à la vie civique et l'emploi, les espaces extérieurs et les bâtiments, les transports, le logement, ainsi que les services communautaires de soutien et de santé.

Respect et inclusion sociale

L'une des plus grandes forces de l'Ontario est la diversité de sa population. En effet, le fait que plus de 40 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés ont émigré d'un autre pays a clairement contribué à la diversité de la population de la province. Les Ontariennes et les Ontariens âgés proviennent de diverses communautés ethnoculturelles et religieuses. En outre, certains d'entre eux sont issus de communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles et transsexuelles ou sont des personnes qui présentent un éventail de déficiences physiques ou cognitives.

Dans le cadre de son examen des avantages ou des obstacles à la création de collectivités-amies des aînés, l'OMS a interrogé des personnes âgées et constaté que la plupart ont déclaré faire l'objet de types de comportements et d'attitudes conflictuels à leur égard. Bon nombre d'entre elles ont estimé que souvent on les respectait, les reconnaissait et les intégrait, alors que de nombreuses autres ont déclaré faire parfois l'objet d'un manque de considération dans la collectivité et le cadre des services reçus ou au sein de leur propre famille[16]. Ce conflit s'explique par l'évolution des normes sociétales et comportementales, un manque croissant de contact entre les générations et une ignorance généralisée à l'endroit du vieillissement et des personnes âgées. La langue joue un rôle essentiel dans la capacité des personnes âgées de communiquer avec les autres membres de leur collectivité. Elle nuit à l'inclusion

[14] L'Institut urbain du Canada, *Repositionnement des collectivités-amies des aînés : Comment populariser le concept*, Toronto (Ontario), 2011.
[15] Organisation mondiale de la santé, *WHO Global Network of Age-Friendly Cities*, Genève, Suisse, 2009.
[16] *Ibid.*

sociale, particulièrement celle des personnes unilingues dont la langue n'est pas parlée par la majorité des membres de la collectivité. En effet, le respect et l'inclusion sociale sont en outre influencés par des facteurs tels que la culture, le sexe, la santé et le statut économique.

La mesure dans laquelle les personnes âgées participent à la vie sociale, urbaine et économique de leur collectivité est étroitement liée à leur expérience en matière d'inclusion[17]. Les collectivités qui sont conscientes de ces questions et qui favorisent la participation et l'inclusion sociales sont davantage en mesure de protéger la santé de leurs citoyens, notamment ceux qui sont socialement isolés[18]. D'ailleurs, les personnes âgées qui participent activement sont moins susceptibles d'être socialement isolées et plus susceptibles d'avoir le sentiment d'appartenir à leur collectivité. Une collectivité-amie des aînés sera donc celle qui tiendra invariablement compte des divers besoins de tous ses membres âgés afin de s'assurer que les services publics, les médias et les communautés religieuses respectent la diversité des besoins de ces personnes et qui est disposée à y répondre.

Afin d'appuyer ces efforts, le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario élabore actuellement, en partenariat avec la Direction générale de l'accessibilité pour l'Ontario (DGAO), des membres de la communauté universitaire ainsi que d'autres intervenants communautaires, un guide visant à aider les collectivités à effectuer une évaluation et à définir des stratégies pour devenir des amies des aînés.

Recommandation

1. Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager toutes les collectivités à tenir compte des besoins de tous leurs membres âgés et à s'assurer que les services publics, les médias et les communautés religieuses respectent la diversité des besoins des personnes âgées et sont disposés à y répondre.

Participation sociale

La participation sociale et les services sociaux de soutien qui nous permettent de maintenir des relations significatives avec les autres sont étroitement liés à une bonne santé et au bien-être tout au long de la vie[19]. Par conséquent, les occasions de participer à des activités sociales, culturelles, spirituelles et de loisir permettent aux personnes âgées de se sentir respectées et engagées et favorisent le maintien ou l'établissement de relations de soutien et d'empathie[20].

Les Ontariennes et les Ontariens âgés risquent tout particulièrement de devenir socialement isolés. Étant donné que la société est moins susceptible de vivre dans des communautés et des ménages intergénérationnels et de participer régulièrement aux activités des groupes religieux ou sociaux traditionnels, la fragilité sociale accrue qui peut s'ensuivre peut exposer les Ontariennes et les

17 *Ibid.*
18 Veninga, J., *Social Capital and Healthy Aging, Health Policy Research Bulletin*, n° 12, p. 21 à 27 (2006).
19 Rizzuto, D. et coll. « Lifestyle, Social Factors, and Survival after Age 75: Population Based Study », *British Medical Journal*, n° 345, p. e5568 (2012). Tiré du site http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5568.
20 Organisation mondiale de la santé, *WHO Global Network of Age-Friendly Cities*, Genève, Suisse, 2009.

Ontariens âgés à un risque particulier d'isolement social, surtout s'ils survivent à leur conjoint ou partenaire, aux membres de leur famille ou à leurs amis au fil des ans. Toutefois, un rapport portant sur le vieillissement dans les régions rurales et éloignées du Canada a en outre révélé que l'isolement social résulte aussi d'un manque d'options de transport, entre autres facteurs[21]. La toute dernière *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé* a révélé que 27 pour cent des répondants ontariens âgés ont déclaré ne pas avoir de relations sociales avec les autres, tandis que 17 pour cent ont déclaré qu'ils se sentaient isolés[22]. Nous savons que l'isolement social peut avoir une incidence importante sur la santé et le bien-être général d'une personne. Par conséquent, la recherche de moyens de limiter ce phénomène au sein de nos collectivités devrait demeurer prioritaire.

Il existe de nombreuses façons de favoriser la participation sociale dans nos sociétés. À l'heure actuelle, de plus en plus de personnes âgées continuent de faire partie de la population active, tandis que d'autres profitent des occasions supplémentaires d'apprentissage qui leur sont souvent offertes gratuitement ou à prix réduit par les collèges et les universités de la région. Certaines personnes qui cessent de travailler profitent du fait qu'elles ont davantage de temps libre pour contribuer encore plus à la vie des collectivités à titre de bénévoles ou même de personnes soignantes non rémunérées auprès de leurs amis et des membres de leur famille de tout âge. Bon nombre de personnes âgées profitent également d'occasions de participation sociale significative en prenant part à des activités sociales, physiques et de loisir au sein de leur collectivité et au-delà.

En Ontario, de plus en plus de personnes âgées deviennent membres de centres qui existent partout dans la province et qui offrent des programmes qui répondent spécifiquement à leurs besoins. Pour de nombreuses personnes âgées, ces centres se sont révélés être d'excellents endroits pour favoriser la participation sociale, l'inclusion et la socialisation par le renforcement et le développement de nouvelles amitiés et relations avec d'autres personnes âgées. L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité d'options de transport abordables, de même que la promotion des centres existants pour aînés et l'aménagement d'autres centres partout en Ontario peuvent contribuer à favoriser également l'accroissement de la participation sociale. Pour des populations précises de personnes âgées particulièrement fragiles, notamment celles qui sont atteintes de démence, la disponibilité de programmes de jour destinés aux adultes, qui sont principalement offerts par des organismes de soutien communautaire, est en outre particulièrement prisée par les familles et les personnes soignantes, car cela leur offre un certain répit, tout en fournissant aux personnes âgées un plus grand nombre d'occasions de socialisation. En 2011-2012, 39 108 Ontariennes et Ontariens âgés ont participé à des programmes de jour offerts par des organismes de soutien communautaire.

[21] Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide*, Ottawa (Ontario), 2011.

[22] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home* (d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

Dans les cas où les personnes âgées ne peuvent pas facilement quitter leur domicile ou participer à des activités d'intégration, nous devons veiller à la création d'occasions de participation sociale pour elles. Un certain nombre d'organismes communautaires de services de soutien de la province demandent à des bénévoles de faire des visites amicales soit en personne, soit au téléphone afin de soutenir les personnes âgées confinées à domicile. En 2011-2012, 49 866 Ontariennes et Ontariens âgés ont joui de 1 237 015 visites amicales de la part de bénévoles œuvrant pour des organismes de soutien communautaire.

Centre d'attention :

Programme Home for Life du RLISS de Simcoe Nord Muskoka

Un bon exemple de programme grandement apprécié qui appuie la participation sociale continue des personnes âgées fragiles dans la région de la baie Georgienne sud le programme Home for Life du RLISS de Simcoe Nord Muskoka. Ce programme, dirigé par des bénévoles et financé dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi, porte sur l'aide offerte aux personnes âgées confinées à domicile pour qu'elles y vivent en santé, et réduit l'isolement social, la dépression et les hospitalisations évitables en utilisant un concept de « village » où les voisins s'entraident. Les bénévoles font participer les personnes âgées avec lesquelles elles travaillent en les socialisant par le biais de visites amicales qui visent à les aider à apprendre comment s'orienter dans le système et accéder aux services dont elles peuvent avoir besoin pour rester à la maison. Ils leur fournissent en outre du soutien pour les exercices à domicile et des séances de formation en informatique[23].

Recommandation

2. Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager toutes les collectivités à appuyer le maintien et la création d'occasions qui aident les Ontariennes et les Ontariens âgés à conserver et à développer leurs réseaux sociaux.

[23] Comté de Simcoe, Human Services Committee, séance d'information de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur le programme *Home for Life*, 2012.

Participation à la vie civique et emploi

Les Ontariennes et les Ontariens âgés ont acquis une mine d'expérience et de sagesse qu'ils devraient être encouragés à partager avec leur collectivité. Par conséquent, la promotion de moyens d'encourager et d'appuyer la participation significative continue de ces personnes à la population active, aux activités de bénévolat et aux processus décisionnels communautaires fera partie intégrante de l'avenir de toute collectivité.

La participation des Ontariennes et des Ontariens âgés à la population active est passée de 6,7 pour cent en 2000 à 12,6 pour cent en 2011[24]. Le fait d'encourager cette participation continue permet de tirer parti de leur mine d'expérience et de compétences plus longtemps. Elle peut contribuer à accroître la productivité globale de divers secteurs lorsque la formation des nouveaux travailleurs aux mêmes normes que ces travailleurs plus âgés et expérimentés peut prendre beaucoup de temps. Les personnes âgées sont déjà au cœur de la main-d'œuvre bénévole et leur expérience, leurs compétences, leur disponibilité accrue et la souplesse de leur horaire leur permettent de jouer souvent des rôles importants qui peuvent avoir une valeur considérable pour les organismes. Leur expérience et leurs compétences leur permettent également de contribuer de façon importante aux processus décisionnels des collectivités.

Le bénévolat est non seulement une façon de demeurer socialement et physiquement actif, mais aussi un excellent moyen de lutter contre l'isolement social et de promouvoir la santé. Une étude a révélé que les bénévoles âgés sont plus actifs et brûlent plus de calories, qu'ils ont tendance à regarder moins la télévision et à créer des réseaux sociaux plus grands et qu'ils obtiennent en outre de meilleurs résultats globaux en matière de santé comparativement aux personnes âgées ne faisant pas de bénévolat[25]. Le bénévolat et la participation à la population active sont clairement des moyens par lesquels les personnes âgées peuvent continuer de contribuer de façon importante à la société à un âge bien avancé. Cependant, afin d'optimiser leur participation à la population active ou à titre de bénévoles, nous devons en outre nous assurer que l'aménagement d'environnements physiques qui favorisent la participation tout en offrant du soutien aux personnes âgées ayant des limites fonctionnelles.

Recommandation

3. Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager toutes les collectivités à appuyer le maintien et la création d'occasions qui font en sorte que les Ontariennes et les Ontariens âgés aient la possibilité de participer au processus décisionnel communautaire, au marché du travail et à des activités de bénévolat qui mettent à profit leurs capacités et leurs intérêts.

[24] Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, Ottawa (Ontario), 2012. http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/120511/dq120511a-fra.pdf.

[25] Tan, E. J. et coll. *Volunteering: A Physical Activity Intervention for Older Adults – The Experience Corps Program in Baltimore*, *Journal of Urban Health*, vol. 83, n° 5, p. 954 à 969 (2006)

Espaces et milieux améliorés

Bien que nous savons que les personnes âgées ne sont pas toutes aux prises avec des limites fonctionnelles ou des handicaps, la prévalence des limites cognitives ou fonctionnelles ou des handicaps dans notre société est plus élevée parmi les populations âgées. Par conséquent, nous savons que la conception d'espaces physiques qui ne tient pas compte des besoins des personnes aux prises avec des limites fonctionnelles ou cognitives peut créer des milieux moins inclusifs pouvant décourager la participation sociale et renforcer l'isolement social et ses conséquences.

Certains territoires de compétence ont choisi d'élaborer une démarche plus concertée visant à faire en sorte que les espaces physiques, tant intérieurs qu'extérieurs, et les services qui sont créés et offerts dans leurs collectivités sont conçus de manière à répondre aux besoins du plus grand nombre de personnes possible en vertu des principes de ce qu'on appelle souvent la conception universelle. La conception universelle favorise non seulement l'accessibilité, mais elle peut également accroître la sécurité en réduisant le risque d'accident ou de blessure. Elle aide à éliminer les éléments de conception qui tendent autrement à accentuer les limites fonctionnelles d'une personne tout en les décourageant d'interagir avec ces milieux ou ces services mal conçus. De plus, lorsqu'on tient compte des principes de conception universelle et inclusive dès le début du processus de planification et qu'on les intègre à ce dernier, on peut souvent les incorporer sans augmenter les coûts totaux d'un projet. Il importe que les territoires de compétence, au moment de planifier l'aménagement ou la reconception d'espaces ou de services, veillent à tenir compte de tous les utilisateurs potentiels et de leurs besoins particuliers, ainsi que de la meilleure façon d'y répondre, dès le départ.

Un certain nombre de territoires de compétence ont également commencé à mettre en œuvre des politiques de planification qui donnent la priorité au réaménagement des terres ou des espaces publics excédentaires situés à proximité d'autres installations et services essentiels afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées en matière de logement et de services sociaux. En assurant un meilleur accès aux installations et aux services locaux, ces aménagements ont aidé les personnes âgées ayant un revenu limité et celles qui sont aux prises avec des limites fonctionnelles à demeurer actives et à s'engager dans leurs collectivités locales ainsi qu'à y demeurer autonomes.

Recommandations

4. Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager toutes les collectivités à adopter les principes de conception universelle ou inclusive pour orienter la conception et la construction de bâtiments neufs, l'élaboration de nouveaux services ainsi que la rénovation des bâtiments et des locaux existants.
5. Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager ses ministères et toutes les collectivités de la province à adopter des politiques qui incitent à donner la priorité aux terrains ou aux locaux excédentaires situés à proximité d'autres installations et services essentiels afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées en matière de logement et de services sociaux.

Options en matière de logement visant à soutenir le vieillissement à domicile

Les Ontariennes et les Ontariens âgés ont dit clairement qu'ils préfèrent vieillir chez eux et dans leurs propres collectivités le plus longtemps possible. Cependant, il est évident que les options que nous offrons dans nos collectivités sur le plan des programmes et des services peuvent influer fortement sur la capacité d'une personne âgée de vieillir où bon lui semble. Alors que nous nous efforçons de créer une province qui est l'endroit le plus sain pour grandir et vieillir, nous devons nous demander si les Ontariennes et les Ontariens âgés vivent dans des maisons sécuritaires, abordables et bien situées qui favorisent en outre leur autonomie à mesure que leurs besoins fonctionnels évoluent.

Logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome

Lorsque les options de services intermédiaires en matière de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome sont limitées dans une collectivité, le choix d'une personne qui souhaite continuer à vivre dans cette collectivité se fonde sur les soins et le soutien qu'elle peut y trouver. Toutefois, pour une personne aux moyens financiers limités dont les besoins excèdent ceux auxquels peuvent répondre les services locaux de soutien communautaire et à domicile ainsi que sa famille et les personnes soignantes pour lui permettre de vivre chez elle de façon autonome, il n'y a pas d'autre option qu'un placement dans un foyer de soins de longue durée.

Bien que 420 maisons de retraite aient maintenant été construites en Ontario pour répondre à l'accroissement des besoins des personnes âgées qui préfèrent vivre dans un environnement de soins offrant un plus grand soutien, nombre d'entre elles n'ont pas les moyens de vivre dans un tel établissement pour subvenir à leurs besoins. Pour ces personnes, l'existence d'options en matière de logements avec services de soutien devient encore plus cruciale pour aider à s'assurer qu'elles puissent recevoir le soutien qui leur permettra de demeurer plus longtemps dans leurs collectivités, compte tenu du fait que les personnes âgées à faible revenu sont également plus susceptibles d'être institutionnalisées dans des foyers de soins de longue durée[26]. Par conséquent, il sera essentiel d'assurer la disponibilité d'un éventail d'options plus abordables en matière de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome dans la collectivité pour soutenir les personnes âgées qui souhaitent vieillir chez elles, dans leurs collectivités, et reporter ou éviter leur admission dans des foyers de soins de longue durée.

En 2011-2012, 68 037 Ontariennes et Ontariens âgés ont reçu des soins dans le cadre de programmes de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome. Les services de soutien aux personnes vivant dans ces unités, habituellement fournis par des organismes de soutien communautaire, peuvent comprendre des services de soutien à la personne, d'auxiliaires et d'aides familiales essentiels, le personnel étant disponible en tout temps pour gérer les besoins en matière de soins réguliers et d'urgence. Bien que les besoins de bon nombre de ces personnes en matière de soins soient relativement élevés et les rendent admissibles aux soins de longue durée, le coût moyen par jour des soins fournis dans ces établissements l'année dernière s'est élevé à 56,21 $, soit 10 716 $ annuellement.

Si le gouvernement choisit de ne rien faire concernant l'élaboration d'options de rechange en matière de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome par rapport aux soins de longue

[26] Trottier, H. et coll. *Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il?*, *Rapports sur la santé*, vol. 11, p. 49 à 59 (2000).

durée. Il devra presque tripler le nombre actuel de lits de soins de longue durée en Ontario afin de satisfaire à la demande prévue de soins de longue durée au cours des deux prochaines décennies seulement[27]. Étant donné que le coût annuel d'un logement avec services de soutien et d'aide à la vie autonome est inférieur au quart de la subvention provinciale annuelle de 47 940 $ destinée aux soins de longue durée, la proposition manifestement avantageuse que cela représente pour le gouvernement, et qui correspond en outre à ce que souhaite notre population vieillissante, ne devrait pas être négligée et rend tout examen inutile. Par conséquent, le gouvernement devrait envisager sérieusement d'élaborer davantage d'options de rechange qui non seulement sont moins coûteuses, mais qui s'avèrent également plus appropriées pour répondre aux besoins en matière de soins des Ontariennes et des Ontariens âgés qui veulent aussi vivre de façon autonome dans leurs collectivités.

En fait, le Danemark est un bon exemple de pays qui a suivi cette voie et qui a connu un vif succès. Alors qu'il faisait face aux mêmes réalités démographiques et budgétaires il y a quelques décennies, le Danemark a déployé des efforts concertés dans le but d'investir davantage dans les services de soins communautaires et à domicile et d'offrir plus d'options en matière de logements avec services de soutien. Cela lui a permis non seulement d'éviter d'avoir à ouvrir de nouveaux lits de soins de longue durée pendant près de deux décennies[28], mais aussi de réduire de 12 pour cent ses dépenses en soins de longue durée pendant la première décennie[29]. Par conséquent, il serait raisonnable que l'Ontario envisage sérieusement d'élaborer un plan concerté d'investissement stratégique futur dans des options moins coûteuses de services de soutien communautaires et à domicile, qui effectivement correspondent mieux à l'évolution des besoins et des préférences de notre population vieillissante. Ce sujet sera traité plus en détail au chapitre 6.

Enfin, au moment d'aménager des logements avec services de soutien pour les personnes âgées ou d'autres populations aux prises avec des limites fonctionnelles, il faudrait toujours tenir compte de la nécessité de situer ces établissements près des réseaux de transport, des installations communautaires et autres services qui favorisent une plus grande participation et un plus grand engagement social.

Programmes d'adaptation du domicile

Pour bon nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés, vieillir dans sa propre maison continuerait d'être possible si l'on pouvait les soutenir afin qu'ils adaptent leurs résidences pour répondre autant que possible à l'évolution de leurs besoins fonctionnels. Le gouvernement de l'Ontario a adopté des politiques et des mécanismes afin d'aider les personnes souhaitant adapter leurs résidences. Par exemple, le programme Rénovations Ontario, maintenant offert dans la plupart des municipalités, a permis à des personnes âgées à faible revenu et leurs familles de faire de petites rénovations dans le but de maintenir l'accessibilité et l'habitabilité de leurs domiciles. Malheureusement, lorsque ce programme a été récemment transféré aux municipalités, le quart de celles-ci a décidé de ne pas en poursuivre le financement, favorisant d'autres services de logements avec soutien, ce qui a considérablement limité le nombre d'options offertes aux résidants souhaitant vieillir chez eux. Nous avons entendu dire qu'en

[27] Le Conference Board du Canada, *Elements of an Effective Innovation Strategy for Long Term Care in Ontario: Report prepared for the Ontario Long Term Care Association*, Ottawa (Ontario), 2011.

[28] Institut allemand de recherche économique, Schulz, Erika., *The Long-Term Care System in Denmark*, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), German Institute for Economic Research, Allemagne, 2010.

[29] Stuart, M., et M. Weinrich., *Home and Community-Based Long-Term Care: Lessons from Denmark*, *The Gerontologist*, vol. 41, n° 4, p. 474 à 480 (2001).

raison de la disparition du programme, certaines familles ont dû faire admettre prématurément leurs êtres chers dans un foyer de soins de longue durée. Par conséquent, trouver un moyen de s'assurer qu'un programme comme Rénovations Ontario devienne de nouveau universel permettrait à toutes les Ontariennes et à tous les Ontariens de profiter des mêmes possibilités de vieillir chez soi.

Dans certaines parties de la province, des organismes de soutien communautaire ont commencé à donner la priorité aux programmes d'entretien et de réparation du domicile dans le cadre de l'ensemble des services qu'ils offrent. En 2011-2012, 8 071 Ontariennes et Ontariens âgés ont bénéficié de services abordables qui allaient de l'entretien du terrain aux rénovations mineures. Pour bon nombre d'entre eux, la possibilité d'embaucher d'autres personnes pour effectuer ces travaux à leur place les a grandement aidés à demeurer plus longtemps dans leurs maisons. Toutefois, ces services ne sont pas offerts partout dans la province.

Lors de la présentation du Budget de l'Ontario 2012, le gouvernement a annoncé l'approbation éventuelle du crédit d'impôt pour l'aménagement du logement axé sur le bien-être. Compte tenu du fait qu'un nombre croissant de personnes âgées et leurs familles chercheront à adapter leurs maisons, ce crédit d'impôt permettra de couvrir une partie des rénovations à hauteur de 1 500 $. Bien que les rénovations puissent être assez coûteuses, un certain nombre d'Ontariennes et d'Ontariens nous ont dit que cette aide supplémentaire sera la bienvenue pour respecter leur désir de vieillir chez eux.

Logement abordable pour les Ontariennes et les Ontariens âgés

Selon des rapports, presque une personne âgée sur cinq vit légèrement au-dessus du seuil de la pauvreté et cette réalité est plus fréquente chez celles qui vivent seules (particulièrement les femmes divorcées ou séparées), les femmes de plus de 80 ans, les minorités visibles et les immigrants[30, 31]. Par conséquent, il faut favoriser et maintenir des initiatives qui cherchent à accorder un plus grand soutien aux personnes âgées à faible revenu, particulièrement celles qui ont besoin de plus d'options en matière de logement abordable et celles qui, compte tenu de diverses circonstances imprévues, peuvent faire face à une expulsion de leurs domiciles en raison de leur incapacité de payer leur loyer ou leurs factures à temps. Depuis 2003, le gouvernement de l'Ontario a soutenu la création de plus de 17 000 logements abordables supplémentaires et a accordé du soutien pour la mise de fonds et le loyer à plus de 81 000 foyers dans le besoin[32]. La province compte actuellement un total de 107 294 logements abordables, dont le loyer est fixé à 80 pour cent du taux du marché et où vivent actuellement un peu plus de 5 000 personnes âgées. Environ 75 000 autres foyers ontariens vivent dans des logements sociaux, dont le loyer est indexé au revenu, la demande de ce type de logement étant destinée à une population vivant largement de revenus fixes[33].

En 2004, le ministère des Affaires municipales et du logement (MAML) a créé le Programme provincial de banques d'aide au loyer, conçu pour prévenir l'expulsion des locataires ayant des arriérés de loyer à court terme. Depuis la création du programme, un total de 44,5 millions de dollars a permis de prévenir

30 Gouvernement du Canada, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vieillir pauvre au Canada*, Série « Aînés en marge », Ottawa (Ontario), 2005.
31 *Ibid.*
32 Gouvernement de l'Ontario, ministère des Affaires municipales du logement, Demande de données au MSSLD concernant le document intitulé *Seniors and Housing Programs*, 2012. Demande envoyée par courriel le 14 novembre 2012.
33 *Ibid.*

l'expulsion de plus de 32 100 ménages à faible revenu pour non-paiement de loyer. Ce programme est maintenant regroupé avec quatre autres programmes gérés par le ministère des Services sociaux et communautaires dans le cadre d'une initiative élargie récemment annoncée appelée Initiative de prévention de l'itinérance dans les collectivités (IPIC). Au cours de la prochaine année, les services aux municipalités recevront 246 millions de dollars[34] qu'ils pourront utiliser à leur guise afin de mieux répondre aux besoins locaux des personnes sans-abri ou à risque de devenir sans-abri. Bien que la pauvreté soit toujours une préoccupation grandissante, mais continue pour certaines Ontariennes et certains Ontariens âgés, les programmes qui offrent ce type d'aide financière aux personnes âgées continueront d'être nécessaires pour que les Ontariennes et les Ontariens âgés faisant face à cette situation puissent recevoir le soutien à court terme dont ils ont besoin afin de demeurer chez eux, dans leurs collectivités, plus longtemps, plutôt que d'avoir à choisir un placement d'urgence dans un foyer de soins de longue durée ou de faire face à l'itinérance.

En 2011, le gouvernement a lancé le Programme d'investissement dans le logement abordable de l'Ontario (PILAO), qui prévoit 480,6 millions de dollars sur quatre ans en financement provincial et fédéral afin de créer et de réparer environ 7 000 unités de logements abordables à l'échelle de l'Ontario[35]. Cet investissement soutient sept programmes, dont le programme Rénovations Ontario. Bien que les personnes âgées constituent un groupe prioritaire dans le cadre de cette initiative, comme nous l'avons précédemment mentionné, les gestionnaires de services municipaux jouissent de la souplesse voulue pour choisir à quels volets des programmes ils aimeraient participer en fonction des besoins locaux de leurs collectivités en matière de logement. Ainsi, il est évident que, sans eux, bon nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés n'auraient pas été en mesure de vieillir chez eux, ou dans leurs propres collectivités, dans la dignité et le respect. Notre défi sera de faire en sorte qu'à mesure que les besoins à l'égard de ces services augmentent, ils puissent demeurer assez souples pour ne laisser, autant que possible, aucune personne âgée dans l'oubli.

Recommandations

6. Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager et soutenir les collectivités pour qu'elles veillent à maintenir diverses options accessibles en matière de logement qui sont sécuritaires, abordables et bien situées, tout en favorisant l'autonomie à mesure que les besoins fonctionnels des Ontariennes et des Ontariens âgés évolueront.
7. Le gouvernement de l'Ontario devrait soutenir les collectivités ainsi que les citoyennes et les citoyens afin qu'ils aient accès à divers programmes et services de soutien leur permettant d'adapter leurs résidences en fonction de l'évolution de leurs besoins fonctionnels de sorte qu'ils puissent continuer à vieillir chez eux, dans la mesure du possible, aussi longtemps qu'ils le désirent.
8. Le ministère des Affaires municipales et du Logement devrait maintenir ses engagements à l'égard de la nouvelle Initiative de prévention de l'itinérance dans les collectivités (IPIC).

[34] *Ibid.*
[35] *Ibid.*

Options de transport pour soutenir les Ontariennes et les Ontariens âgés

Soutenir les conducteurs âgés

Un grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés en sont venus à dépendre principalement de la conduite d'un véhicule automobile pour se déplacer pendant la majorité de leur vie. Par conséquent, pour eux, être capable de conduire est une importante manière de continuer de mener une vie active et autonome et d'avoir des activités sociales.

Selon Statistique Canada, en 2009, 79 pour cent des Ontariens âgés et 45 pour cent des Ontariennes âgées ont déclaré que leur principal moyen de transport était la conduite de leur propre véhicule. Ce qui est intéressant, c'est que moins de six pour cent utilisaient les transports en commun et trois pour cent la marche ou le vélo, surtout parce qu'en vieillissant, se déplacer dans un véhicule privé en tant que passager devient leur principal moyen de transport[36]. Cette étude a également révélé que la grande majorité des personnes âgées qui étaient titulaires d'un permis de conduire avaient des capacités visuelles et auditives et des facultés cognitives allant de bonnes à très bonnes.

En général, les personnes âgées sont des conducteurs prudents et sont impliquées dans moins de collisions que les conducteurs adolescents. Toutefois, avec l'âge, nous pouvons subir des modifications d'ordre cognitif ou physique qui influencent notre capacité de conduire une automobile. En effet, le sondage réalisé par Statistique Canada dont il est question ci-dessus a aussi démontré que parmi les personnes âgées sondées qui ont déclaré ne pas voir suffisamment bien pour lire le journal ou reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, même en portant des lunettes, 19 pour cent possédaient un permis de conduire et la moitié d'entre elles avaient conduit un véhicule au cours du mois précédant la tenue du sondage. Des personnes âgées sondées qui avaient reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence, 28 pour cent possédaient un permis de conduire et près des trois quarts avaient conduit un véhicule au cours du mois précédant la tenue du sondage[37]. Les statistiques ontariennes indiquent que les conducteurs âgés de 80 ans et plus qui sont impliqués dans des collisions mortelles ou avec blessés sont plus susceptibles d'avoir conduit de manière inappropriée. Les conducteurs âgés qui subissent des blessures dans une collision sont par ailleurs plus susceptibles d'en mourir.

En reconnaissant le besoin de mieux soutenir les conducteurs âgés à évaluer leurs aptitudes à conduire, le ministère des Transports a mis en œuvre un programme de renouvellement des permis qui met l'accent sur la diffusion aux personnes âgées de renseignements sur le vieillissement et la façon de faire preuve de plus de prudence sur la route. Ce programme permet également d'identifier les conducteurs qui pourraient être imprudents et qui devraient limiter ou cesser complètement leurs activités de conduite. Le processus actuel de renouvellement de permis exige que toutes les personnes âgées renouvellent leur permis de conduire lorsqu'elles atteignent l'âge de 80 ans, puis tous les deux ans par la suite[38]. Le processus de renouvellement comprend trois volets :

[36] Gouvernement du Canada, Statistique Canada, Turcotte, Martin. *Profil des habitudes liées au transport chez les aînés*, Ottawa (Ontario), 2012. http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2012001/article/11619-fra.pdf.
[37] *Ibid.*
[38] Gouvernement de l'Ontario, *Renouvellement d'un permis de conduire de catégorie G : personnes âgées*, Toronto (Ontario), 2012. http://www.ontario.ca/fr/conduite-et-routes/renouvellement-dun-permis-de-conduire-de-categorie-g-personnes-agees

1. un examen écrit pour aider les personnes âgées à se préparer en rafraîchissant leurs connaissances des règles de la circulation et de la signalisation routière;
2. une séance de formation de groupe accompagnant l'examen pour les aider à améliorer leur sensibilisation générale à l'égard des situations de conduite qui entraînent le plus de problèmes chez les personnes âgées et leur montrer comment les éviter;
3. un test de vision pour s'assurer que les personnes âgées voient clairement lorsqu'elles conduisent et que leur ordonnance de lunettes est également à jour.

S'il y a indication qu'une personne âgée puisse constituer un danger sur la route, elle devra subir un examen pratique. Toutefois, le fait de devoir subir un examen pratique ne signifie pas que le titulaire perdra son permis. L'examen est gratuit et il est permis de le passer plus d'une fois en cas d'échec au premier essai.

Pour ce qui est d'identifier les conducteurs âgés à risque en raison de problèmes médicaux sous-jacents, il existe actuellement en Ontario un système réactif en vertu duquel on attend de cerner un problème potentiel avant d'exiger que le ministère des Transports en soit averti. En vertu de l'article 203 du *Code de la route* de la province, les médecins ontariens sont tenus de signaler l'identité de tout patient dont l'état de santé est tel « qu'il peut être dangereux pour cette personne d'utiliser un véhicule automobile[39] ». Grâce à ce processus, les conducteurs signalés comme étant à risque voient souvent leurs privilèges suspendus, mais on leur donne l'occasion de participer à un processus leur permettant de voir leur permis rétabli.

Étant donné que les médecins ontariens sont tenus, en vertu de la loi, de signaler les conducteurs qu'ils soupçonnent d'avoir des capacités de conduite réduites, on reconnaît également que ce processus de signalement obligatoire crée des tensions entre les médecins et leurs patients. En effet, ce ne sont pas tous les médecins qui se sentent à l'aise de signaler leurs patients; en fait, nombre d'entre eux sont mal à l'aise de devoir signaler leurs patients âgés par crainte que cela nuise à leur relation avec leurs patients, une condition essentielle aux soins qu'ils offrent. Selon le D[r] Shawn Marshall, du Centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa, « les médecins défendent les intérêts de leurs patients et ils se sentent déchirés, sauf s'il est vraiment, vraiment évident que le patient est incapable de conduire[40] » [traduction]. En outre, dans un grand nombre de cas, même si le médecin *veut* signaler son patient, il est souvent « mal équipé et mal formé pour ce faire[41] » [traduction]. En fait, même si la plupart des provinces ont mis en place des systèmes de signalement obligatoire, les médecins ne disposent toujours pas des outils nécessaires pour cerner les conducteurs à risque.

Le problème est qu'il n'y a pas de test simple que l'on peut utiliser couramment pour évaluer rapidement les capacités de conduire d'une personne âgée. Toutefois, l'initiative canadienne Au volant de la recherche sur les aînés (Candrive) utilise les résultats de ses initiatives de recherche pour mettre au point et en œuvre un outil de dépistage clinique validé et convivial qui permettra aux médecins d'évaluer les aptitudes physiques et mentales nécessaires pour conduire chez les personnes âgées[42]. Grâce à cet

---

39 Gouvernement de l'Ontario, ministère des Transports, ection d'étude des dossiers médicaux, 2012, http://www.mto.gov.on.ca/french/dandv/driver/medical-review/physicians.shtml.

40 Welsh, Moira, et Julian Sher., *Experts Say Ontario Is failing to Weed out At-risk Drivers over 80*, le *Toronto Star*, 12 février 2012. http://www.thestar.com/news/canada/2012/02/12/experts_say_ontario_is_failing_to_weed_out_atrisk_drivers_over_80

41 *Ibid.*

42 Instituts de recherche en santé du Canada, Mise à jour sur le Programme de recherche Candrive, Ottawa (Ontario), 2009.

outil, on espère que le processus par lequel les patients sont évalués et conseillés lorsqu'ils doivent cesser de conduire peut se dérouler de manière objective et empreinte de dignité, sans compromettre les relations entre les médecins et leurs patients[43].

Durant nos consultations, l'idée d'envisager la mise sur pied d'un système de délivrance graduelle de permis à l'intention des personnes âgées a également été soulevée. Par exemple, on a laissé entendre que le fait de demander aux personnes âgées de rencontrer leur fournisseur de soins primaires pour obtenir une attestation médicale confirmant leur capacité de conduire dans le cadre du processus d'examen biennal et de renouvellement après l'âge de 80 ans pourrait permettre aux fournisseurs de soins de santé d'être perçus comme des partenaires qui travaillent avec leurs patients pour assurer leur sécurité et celle du public en général. Les médecins pourraient également soutenir le processus peut-être en étant capables de proposer la personne pour laquelle on devrait envisager un examen de conduite dans le cadre du processus d'évaluation en vue du renouvellement.

Recommandation

9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Transports, doit poursuivre son examen et améliorer ses politiques et ses initiatives de sensibilisation et d'application de la loi pour régler les questions de sécurité du public et de retrait du permis des conducteurs à risque en raison de leur état de santé, d'une façon qui respecte leur dignité et réduise au minimum les répercussions sur les relations entre les patients et leurs fournisseurs de soins.

Options de transport améliorées

Quand des personnes âgées décident de cesser de conduire, il est impératif de s'assurer que des solutions de rechange diversifiées et accessibles en matière de transport soient en place. De nos jours, les personnes âgées vivent habituellement pendant plus d'une décennie après avoir pris la décision de cesser de conduire. Par conséquent, les programmes qui aident les personnes âgées à conserver leur autonomie et leur mobilité et qui leur permettent de se déplacer partout où ils veulent aller dans la collectivité, de façon sécuritaire, accessible et abordable, sont très importants.

[43] *Ibid.*

Centre d'attention :

Grand River Transit, Kitchener-Waterloo, RLISS de Waterloo Wellington (WW)

Dans un grand nombre de régions de l'Ontario, les municipalités et les organismes communautaires trouvent des manières innovantes de mieux répondre aux besoins de transport des personnes âgées. Dans la région de Waterloo, par exemple, la société de transport Grand River Transit a mis sur pied divers programmes de transport en commun pour les résidants âgés de la région.

Le service MobilityPLUS offre un transport porte-à-porte accessible aux personnes éprouvant des difficultés physiques pour accéder aux services traditionnels. Chaque mois, environ 10 000 déplacements sont offerts gratuitement à ses abonnés[44]. Les clients de MobilityPLUS peuvent aussi faire appel à TaxiSCRIP, qui offre aux usagers des déplacements à moitié prix, ou utiliser gratuitement le service de transport en commun ordinaire. En offrant des déplacements gratuits à ses clients MobilityPLUS, Grand River Transit a réussi à augmenter la capacité de son service MobilityPLUS et à réduire ses coûts généraux en évitant de payer dix fois plus pour transporter quelqu'un dans un véhicule MobilityPLUS quand l'autre solution est possible.

Waterloo a également mis sur pied un service d'autobus de banlieue pendant la semaine pour aider les personnes âgées qui participent à des programmes de jour particuliers au sein de la collectivité. Il s'agit d'un service « main dans la main » pour les personnes âgées ayant des problèmes cognitifs qui, tout en étant physiquement aptes, ne peuvent se déplacer seules sans danger.

En outre, Grand River Transit offre un service d'autobus traditionnels à plancher bas facilement accessibles et des séances d'information gratuites sur tous les programmes et services destinés aux personnes âgées. Les résidants intéressés reçoivent même une formation sur les déplacements, c'est-à-dire des séances d'orientation privées ou en groupes destinées aux personnes qui ont besoin d'aide pour apprendre comment utiliser les services de transport. En outre, tout le personnel de Grand River Transit reçoit une formation de sensibilisation portant spécifiquement sur les besoins des personnes âgées ou handicapées.

En Ontario, les organismes de soutien communautaire jouent un rôle important en offrant des services de transport assisté subventionnés aux personnes âgées incapables d'utiliser d'autres moyens de transport[45]. Ces services aident les personnes âgées à vivre de façon autonome au sein de leur collectivité et leur permettent de se rendre à leurs rendez-vous médicaux, de faire leurs courses et de participer à des activités sociales avec leurs amis[46]. En 2011-2012, 123 795 Ontariennes et Ontariens âgés ont profité de 1 720 602 déplacements grâce à ces programmes. Néanmoins, l'Ontario fait face à un défi, à savoir que chaque programme varie légèrement sur le plan des types de services offerts, alors que le coût de ceux-ci varie considérablement. Ces services sont essentiels pour aider les gens à continuer de vivre de façon autonome au sein de la collectivité; ils préviennent l'isolement social et

44 Région de Waterloo, Grand River Transit, *Transit Programs for Senior Residents & Future Transportation Considerations*, 2012.
45 Toronto Ride, *About Toronto Ride*, 2012. http://www.torontoride.ca/aboutus.htm).
46 *Ibid.*

permettent à ces personnes d'accéder aux soins dont ils ont besoin. Il est possible d'apprendre auprès d'autres territoires de compétence en examinant les manières dont d'autres systèmes de transport sans but lucratif, empreints de dignité et axés sur les consommateurs ont été mis sur pied[47].

Recommandation

10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Transports et dans le cadre de partenariats avec les RLISS, les municipalités et les organismes de soutien communautaire, doit continuer d'améliorer la conception de systèmes de transport sans but lucratif, sécuritaires, empreints de dignité et axés sur les consommateurs, destinés aux Ontariennes et aux Ontariens âgés de l'ensemble des collectivités urbaines et, dans la mesure du possible, des collectivités rurales.

Communications et information

Alors que nous nous efforçons de créer une province qui est l'endroit le plus sain pour grandir et vieillir, nous devons nous assurer que les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles et les personnes qui les soignent connaissent la gamme diversifiée de programmes et de services offerts dans leurs collectivités et que ces renseignements leur soient transmis de manières accessibles. En concevant des systèmes de communication efficaces, nous devons aussi nous assurer de comprendre ce qui influe sur la capacité d'une personne âgée, de sa famille ou de la personne qui la soigne d'accéder à l'information et nous devons également remettre en question les hypothèses relatives aux préférences des personnes âgées en matière de communication.

À l'heure actuelle, en plus d'offrir un certain nombre de programmes et de services, les collectivités ont mis en place des points d'accès à l'information qui ont été créés pour soutenir ces programmes et services. Toutefois, un grand nombre de personnes âgées, leurs familles et les personnes qui les soignent ne sont pas certaines de savoir quel point d'accès à l'information est le bon et, parfois, ils continuent d'ignorer lequel répondra le mieux à leurs besoins. Par ailleurs, certains fournisseurs ne connaissent pas nécessairement la meilleure manière d'accéder à la bonne information à l'égard de programmes ou de services particuliers pour leurs patients ou leurs clients.

Pendant les consultations, un grand nombre de personnes ont exprimé le fait qu'elles se sentaient dépassées par la quantité impressionnante de points d'accès à l'information et ont signifié leur préférence pour une quantité moins grande de points, qui seraient susceptibles de les conduire vers la gamme de programmes et services qui les intéressent. En déterminant la meilleure manière de mettre sur pied des points d'accès à l'information appropriés, nous devrons aussi garder à l'esprit que les besoins et les préférences des personnes âgées, de même que la manière dont ils se sentent à l'aise de communiquer avec les autres, évoluent aussi rapidement. Bien que la diffusion de renseignements par Internet devienne le mode de communication privilégié, les consultations ont permis de rappeler que le fait de dépendre de l'information publiée sur la Toile présume d'un niveau d'alphabétisme de base

[47] ITNAmerica, *Our Services*, 2012. http://www.itnamerica.org/what-we-do/our-services

et de la capacité d'une personne d'accéder à Internet. Par conséquent, il faut que le gouvernement fasse preuve d'ouverture d'esprit au moment de concevoir ses stratégies de communication pour s'assurer de comprendre les différentes manières dont le groupe démographique des personnes âgées, en évolution, souhaite accéder à l'information et communiquer avec les autres. Il faut donc soutenir, chaque fois que cela est possible et a du sens, un système de communication robuste qui comprend une variété appropriée d'outils de communication imprimés, téléphoniques et informatiques, accessibles en tout temps et idéalement dans la langue de préférence du destinataire.

> *« Combien de fois j'entends des gens me dire qu'ils n'avaient jamais entendu parler de tels services. De toute façon, ils ne sauraient pas comment y accéder, notamment en raison du multiculturalisme grandissant de notre population, les gens d'autres pays n'ayant pas beaucoup d'idée ou aucune idée de la nature de ces services. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées*

Au cours des dernières années, l'Ontario a créé quelques exemples de services robustes d'information et d'aiguillage qui pourraient être mis à contribution pour améliorer l'accès à l'information sur les services de santé, sociaux et communautaires pour les personnes âgées, leurs familles et les personnes qui les soignent. L'un de ces exemples est le service de renseignements téléphoniques 211 de l'Ontario offert partout dans la province. Ce service offre aux appelants des renseignements sur les services de santé, sociaux et communautaires, les programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, les services gouvernementaux, l'aide financière et l'aide au revenu, ainsi que sur les services d'aide à l'emploi. Il est également offert en tout temps, dans plus de 150 langues et dialectes. Les chapitres suivants poursuivent la discussion sur la coordination des ressources et de l'information.

Recommandation

11. Le gouvernement de l'Ontario devrait encourager et soutenir le développement de systèmes de communication afin de s'assurer que les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles et les personnes qui les soignent connaissent les divers programmes et services offerts dans leur collectivité et que l'information soit communiquée de manières accessibles.

Soutien des services communautaires et des services de santé

Le huitième principe qui sous-tend le concept de collectivité soucieuse des personnes âgées est l'accès de ces dernières aux services de santé et aux services sociaux et communautaires dont elles ont besoin pour demeurer autonomes et en santé. Aux fins du présent rapport, en reconnaissant l'hétérogénéité des Ontariennes et des Ontariens âgés et le fait que l'âge n'est pas toujours en corrélation avec l'état physique ou les besoins, nous avons décidé de classer la population âgée en quatre catégories distinctes :

Les personnes âgées qui ont peu de problèmes de santé ou de besoins en santé ou n'en ont pas du tout

Ces personnes âgées ne souffrent pas de problèmes de santé chronique, et leur état de santé général est stable. Leur mémoire et leurs capacités cognitives sont bonnes, et elles peuvent se déplacer facilement par leurs propres moyens et répondre à leurs besoins en matière de soins personnels. Elles ne reçoivent probablement pas de soins à domicile ou de services de soutien communautaire. En plus d'être en bonne santé physique et mentale, elles sont probablement actives au sein de leurs collectivités et jouissent du soutien d'un bon réseau social.

Les personnes âgées qui ont des problèmes de santé et des besoins en santé chroniques, mais stables

La majorité des personnes âgées de cette catégorie souffrent d'au moins un problème de santé chronique, mais leur état de santé général demeure relativement stable. Dans la plupart des cas, leur mémoire et leurs capacités cognitives sont bonnes, et elles peuvent se déplacer facilement par leurs propres moyens et répondre à leurs besoins en matière de soins personnels, bien qu'elles puissent parfois avoir besoin d'aide. Pour répondre à leurs besoins occasionnels, elles s'adresseront probablement à certains des services de soutien communautaire offerts dans leurs collectivités ou demanderont de l'aide à leurs amis, à leurs familles ou à leurs voisins. Elles sont probablement actives au sein de leurs collectivités et jouissent du soutien d'un bon réseau social.

Les personnes âgées qui ont des problèmes de santé et des besoins en santé chroniques, mais instables

La majorité des personnes âgées de cette catégorie sont susceptibles de souffrir d'au moins deux problèmes de santé chroniques, et leur état de santé général est relativement instable. Dans la plupart des cas, leur mémoire et leurs capacités cognitives sont bonnes, et elles peuvent se déplacer par leurs propres moyens et répondre à leurs besoins en matière de soins personnels. Toutefois, elles sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide. Elles peuvent recevoir certains soins de santé à domicile et bénéficier de services de soutien communautaire, et elles sont plus susceptibles de demander de l'aide à leurs amis, à leurs familles ou à leurs voisins. Elles interagissent fort probablement avec divers fournisseurs de soins de santé et de soins sociaux et communautaires, et présentent par conséquent un risque accru de complications lorsque les transitions entre ces types de soins ne sont pas bien gérées.

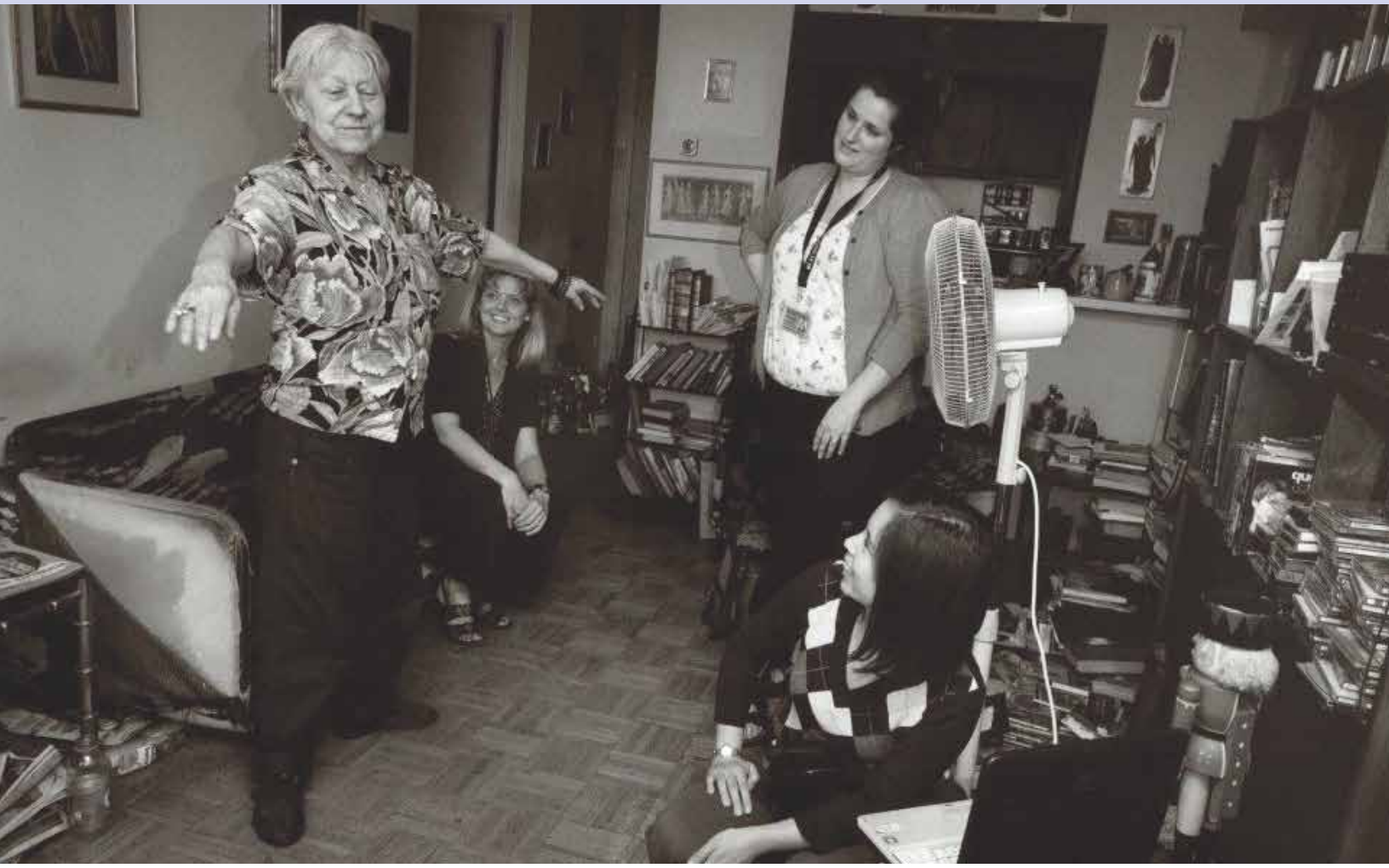
Elles sont moins susceptibles d'être aussi actives au sein de leurs collectivités que les personnes des catégories précédentes, et leurs problèmes de santé peuvent limiter leur capacité à entretenir un bon réseau social.

Les personnes âgées qui ont des problèmes et des besoins de soins complexes

La majorité des personnes âgées de cette catégorie sont susceptibles de souffrir de plusieurs problèmes de santé chroniques, et il est probable que leur état de santé général soit instable et qu'il exige des visites d'urgence fréquentes à l'hôpital. Elles peuvent être plus susceptibles d'avoir des troubles de mémoire et d'humeur et elles ont probablement besoin de l'aide et du soutien d'autres personnes pour se déplacer et répondre à leurs besoins en matière de soins personnels. Elles sont plus susceptibles de vivre dans un établissement d'hébergement et de soins de santé ou dans un logement avec services de soutien ou de dépendre de nombreux services de soins à domicile et de services de soutien communautaire, ainsi que de l'aide d'une personne soignante non rémunérée. Elles interagissent probablement souvent avec plusieurs fournisseurs de soins communautaires et sociaux et de soins de santé en même temps. Elles présentent un risque important de complications lorsque la communication entre ces fournisseurs, surtout au moment des transitions entre les types de soins, n'est pas gérée adéquatement, particulièrement en ce qui a trait aux questions de coordination des soins et de la prise en charge des médicaments. Elles ne sont pas susceptibles d'être aussi actives au sein de leurs collectivités que les personnes des catégories précédentes, et leurs problèmes de santé complexes peuvent limiter sérieusement leurs capacités à entretenir un bon réseau social.

Les chapitres suivants traitent plus en détail de ce principe et présentent en particulier un certain nombre de recommandations visant à favoriser le vieillissement en santé et à du soutien aux Ontariennes et aux Ontariens âgés souhaitant vieillir où bon leur semble et recevoir les bons soins, au bon endroit et au bon moment, et par le fournisseur compétent.

Chapitre 2 : Promotion de la santé et du bien-être



Vivre bien et plus longtemps

Les Ontariennes et les Ontariens vivent maintenant plus longtemps que jamais, conséquence de l'augmentation importante de l'espérance de vie depuis les quelques dernières années. Alors que l'Ontarien moyen aurait pu s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 51 ans en 1900[48], aujourd'hui il peut espérer vivre au moins 79 ans. L'Ontarienne moyenne, elle, peut maintenant espérer vivre au moins 82 ans[49]. Selon les prédictions, ces chiffres ne feront qu'augmenter. Par exemple, les centenaires forment actuellement le deuxième groupe affichant la croissance la plus rapide et leur nombre devrait tripler d'ici 20 ans[50].

La mesure dans laquelle une vie prolongée sera une vie vécue en meilleure santé plutôt qu'une succession d'années de maladie chronique ou d'invalidité aura une incidence importante sur la future demande de services de santé et sociaux. Même si, pendant la vieillesse, il faut s'attendre à traverser des périodes de santé et de maladie, les données probantes démontrent que la plupart de nos années gagnées en espérance de vie semblent être exemptes d'invalidité et de dépenses de santé connexes[51]. Cette tendance soutenue, nommée « compression de la morbidité », a en grande partie fait en sorte que la diminution des années vécues dans l'invalidité continue d'être plus rapide que l'augmentation du nombre total d'années d'espérance de vie prévues[52, 53]. Elle devrait contribuer à réduire la pression démographique haussière qu'exerce notre population vieillissante sur les dépenses de santé.

Au Canada, le terme « vieillissement en santé » est employé pour décrire le processus qui consiste à optimiser les possibilités de maintenir une bonne santé physique, sociale ou mentale pour permettre aux personnes âgées de préserver leur autonomie, de jouir d'une belle qualité de vie et de jouer un rôle actif dans la société, à l'abri de la discrimination[54]. À ce titre, les gouvernements peuvent en faire beaucoup à l'aide de divers programmes, politiques et interventions afin de préserver et d'améliorer les conditions favorisant le vieillissement en santé.

L'importance du maintien d'une bonne santé pour les personnes âgées est bien comprise. Cependant, seulement 43 pour cent (une augmentation par rapport à 36,9 pour cent il y a dix ans) des Ontariennes et des Ontariens âgés ont répondu que leur état de santé était très bon ou excellent lors de la plus récente enquête de Statistique Canada sur le vieillissement en santé[55]. Cette proportion diminue au fur et à mesure que l'âge augmente, et seulement 36 pour cent des personnes âgées de 85 ans et plus ont qualifié leur santé de très bonne ou d'excellente. Dans le but de mieux informer les résultats, l'enquête sur le vieillissement en santé portait également sur un certain nombre de facteurs réputés pour avoir une incidence sur l'état de santé des personnes âgées, notamment leur mode de vie, leur

---

48 Gouvernement du Canada, Bureau de l'actuaire en chef, *Régime de pensions du Canada*, *Étude de mortalité*, *Étude actuarielle n° 7*, Ottawa (Ontario), 2009.

49 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et par province et territoire*, Ottawa (Ontario), 2012. http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health72a-fra.htm.

50 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Les centenaires au Canada*, Ottawa (Ontario), 2011. http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003_1-fra.cfm.

51 Kinsella, K. et coll. Demography of Older Populations in Developed Countries, *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*, J. Grimley Evans, éditeur scientifique, 2e éd., Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2000.

52 Manton, Kenneth G., et Xi Liang Gu., « Disability Declines and Trends in Medicare Expenditures », *Ageing Horizons*, n° 2, p. 25 à 34 (2005).

53 Mor, Vincent., « The Compression of Morbidity Hypothesis: A Review of Research and Prospects for the Future », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 9, p. S308-S309 (2005).

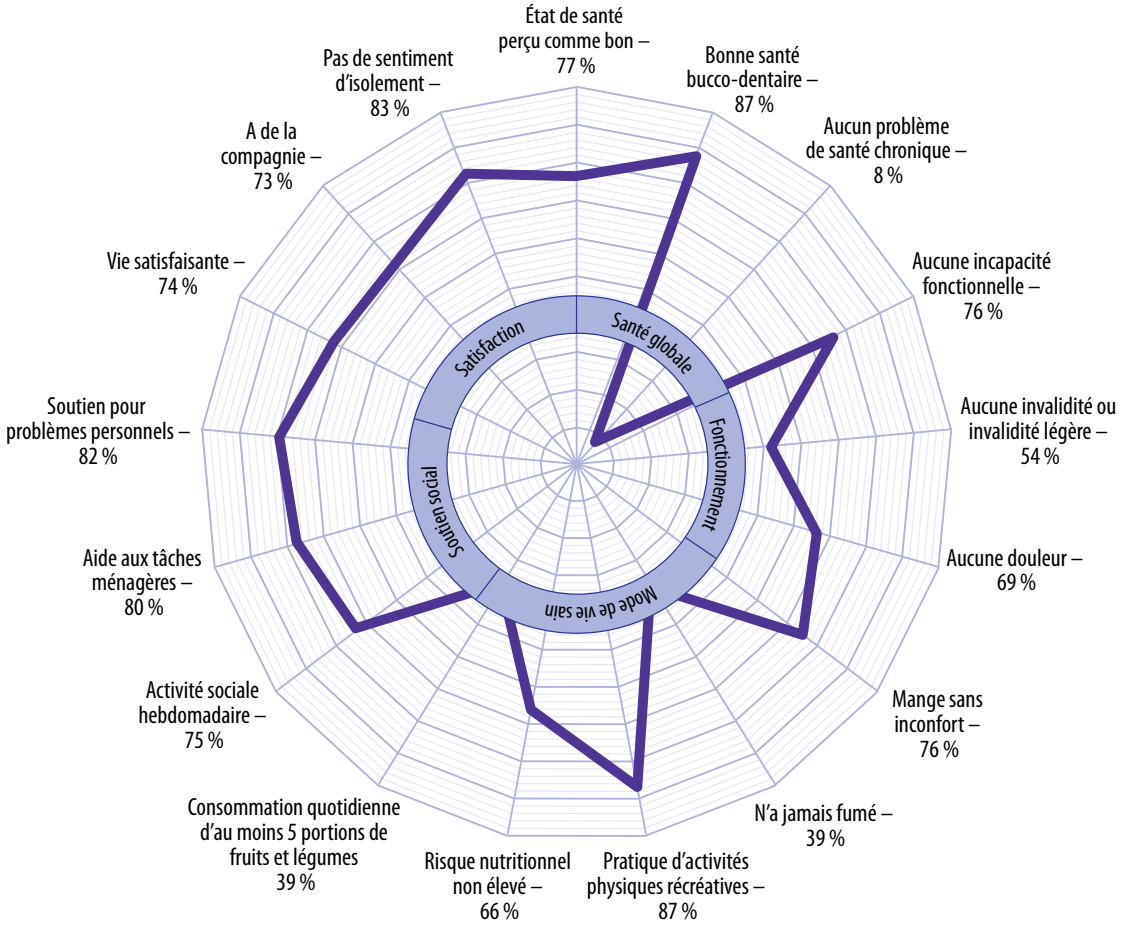
54 Gouvernement du Canada, Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés), *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital – Des faits aux gestes*, Ottawa (Ontario), 2006.

55 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home* (d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

état fonctionnel, leur niveau de soutien social et leur satisfaction à l'égard de la vie, qui sont présentés à la figure 2.1.

Figure 2.1 – État de santé autodéclaré des Ontariennes et des Ontariens âgés

La figure 2.1 indique que, bien que 92 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés se soient dits



atteints d'au moins un problème de santé chronique, 87 pour cent d'entre eux pratiquaient des activités physiques récréatives, 75 pour cent prenaient part à des activités sociales hebdomadaires. Dans l'ensemble, 77 pour cent considéraient toujours leur état de santé comme étant bon ou mieux que bon, alors que 74 pour cent s'estimaient satisfaits de leur vie.

Toutefois, au sein de ce groupe, 34 pour cent étaient considérés comme courant un risque nutritionnel élevé; 31 pour cent ont déclaré ressentir de la douleur, 24 pour cent se sont dits atteints d'une incapacité fonctionnelle et 13 pour cent ont indiqué avoir une mauvaise santé bucco-dentaire.

En outre, les problèmes de soutien et d'isolement étaient évidents chez environ un cinquième des personnes interrogées, puisque 27 pour cent ont répondu qu'elles n'avaient aucun lien social avec les autres, 20 pour cent ont déclaré qu'il leur manquait le soutien nécessaire pour exécuter leurs tâches ménagères et 17 pour cent ont indiqué qu'elles se sentaient isolées.

L'enquête sur le vieillissement en santé a également réparti ses données sur l'état de santé déclaré par ses répondants âgés d'après diverses caractéristiques socioéconomiques, notamment le revenu du ménage et le niveau de scolarité, le statut d'immigrant, l'état matrimonial, les conditions de logement, ainsi que le fait de vivre dans une région urbaine ou rurale.

Le tableau 2.1 illustre l'incidence de ces caractéristiques socioéconomiques sur la santé. Les crochets (√) correspondent aux variables socioéconomiques qui ont une incidence positive statistiquement significative sur les mesures de la santé, et la croix (‡) indique une incidence négative statistiquement significative.

Tableau 2.1 – Incidence des caractéristiques socioéconomiques sur les résultats sur la santé des Ontariennes et des Ontariens âgés

Mesure de santé		Variables socioéconomiques					
		Éducation supérieure	Quintile de revenu le plus élevé	Immigrant(e)	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	Vit avec quelqu'un, c.-à-d. pas seul(e)	Vit dans une région rurale
Santé globale	Santé perçue	√	√		√		
	Santé buccale	√	√		√		√
	Présence de maladies chroniques						
Fonctionnement	Déficience fonctionnelle				√	√	
	Invalidité	√	√		√	√	
	Présence de douleur	√	√				
	Capacité de manger sans inconfort		√				√
Mode de vie sain	Antécédents de tabagisme		‡	√			
	Participation à des activités physiques de loisir				√		
	Risque nutritionnel	√	√	√	√	√	
	Consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et légumes	√	√		√	√	√
Soutien social	Activité sociale hebdomadaire						
	Aide aux travaux ménagers	√	√		√	√	
	Soutien pour problèmes personnels	√	√		√	√	
Satisfaction	Vie satisfaisante	√	√		√	√	
	A de la compagnie	√	√		√	√	
	Sentiment d'isolement				√	√	

√ Variables socioéconomiques ayant une incidence négative sur les mesures de santé.
‡ Variables socioéconomiques ayant une incidence positive sur les mesures de santé.

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, Statistique Canada, 2008-2009.*

Certaines des principales constatations qui peuvent être tirées du tableau 2.1 permettent de voir, selon 10 des 17 mesures de la santé analysées, que les Ontariennes et les Ontariens âgés (65 ans et plus) faisant partie d'un ménage dont au moins un des membres est titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires étaient en bien meilleure santé que les personnes âgées vivant au sein d'un ménage dont les membres n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Une tendance semblable, sans tenir compte des données sur le tabagisme, a été observée chez les Ontariennes et les Ontariens âgés faisant partie du quintile de revenu le plus élevé par rapport à celles faisant partie du quintile de revenu le moins élevé. Les Ontariennes et les Ontariens âgés qui étaient mariés ou en union de fait jouissaient d'une santé considérablement meilleure, selon 12 des 17 mesures de la santé. Dans le même ordre d'idées, les personnes ne vivant pas seules étaient en bien meilleure santé que celles qui vivaient seules, selon 9 des 17 mesures de la santé. Fait intéressant, il convient de noter que le statut d'immigrant n'avait pas tant d'incidence sur l'état de santé et que les Ontariennes et les Ontariens âgés vivant en région rurale étaient plus susceptibles que les habitants des régions urbaines d'avoir une bonne santé buccodentaire, de manger sans inconfort et de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour.

Pris ensemble, ces résultats dressent un portrait positif de l'état de santé global des aînés ontariens et montrent même qu'il s'améliore. Il est également évident qu'il faut les encourager et les aider à demeurer en santé et à surmonter les obstacles au vieillissement en santé. L'accumulation de données probantes porte à croire qu'il existe un certain nombre de mesures que nous pouvons prendre afin de promouvoir une vie plus longue et plus saine. Une récente étude qui a fait date a révélé qu'outre l'adoption d'un mode de vie sain, la pratique régulière d'activités physiques, ainsi que la création et le maintien de solides réseaux sociaux constituent tous d'importantes variables explicatives de la survie globale, même chez les personnes très âgées[56]. Par conséquent, une stratégie axée sur les personnes âgées devrait accorder la priorité au vieillissement en santé en aidant davantage d'Ontariennes et d'Ontariens âgés à vivre une vie saine et productive. Une telle démarche, appuyée par des programmes faisant la promotion de la santé et du mieux-être, est essentielle puisqu'elle peut retarder l'apparition des problèmes de santé chronique et de l'invalidité qui surviennent au troisième âge et en réduire la gravité, en plus de diminuer la demande générale de services sociaux, de santé et de soins communautaires[57].

À l'heure actuelle, il existe divers programmes et endroits en Ontario qui aident les personnes âgées à préserver leur autonomie et à demeurer en contact avec les membres de leur collectivité. Les stratégies et initiatives qui créent des milieux propices à la participation sociale, à l'activité physique, à une alimentation saine et à une vie sûre sont très rentables et peuvent avoir des retombées positives sur la santé et le bien-être des Ontariens de tous âges et des aînés en particulier[58]. Par conséquent, il faut encourager les personnes âgées à utiliser davantage les programmes et ressources de promotion de la santé et du mieux-être afin d'améliorer encore plus les résultats globaux sur la santé et de réduire les besoins futurs de services sociaux, de santé et de soins communautaires.

[56] Rizzuto, D. et coll., Nicola Orsini, Chengzuan Qiu, Hui-Xin Wang et Laura Fratiglioni, « Lifestyle, Social Factors, and Survival after Age 75: Population Based Study », *British Medical Journal*, n° 345, p. e5568 (2012).
[57] Laditka, J. N., « Providing Behavioral Incentives for Improved Health in Aging and Medicare Cost Control: A Policy Proposal for Universal Medical Savings Accounts », *Journal of Health & Social Policy*, vol. 13, n° 4, p. 75 à 90 (2001).
[58] Gouvernement du Canada, Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés), *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital – Des faits aux gestes*, Ottawa (Ontario), 2006.

Recommandation

12. Le Secrétariat aux affaires des personnes âgées du gouvernement de l'Ontario devrait activement décrire et faire la promotion du vieillissement en santé et des avantages de rester actifs pendant la vieillesse en faisant de l'activité physique et du bénévolat, en continuant d'acquérir des connaissances et en occupant un emploi intéressant.

Possibilités de promotion de la santé et de prévention des maladies pour les Ontariennes et les Ontariens âgés

Initiatives de promotion de la santé visant à soutenir un vieillissement en santé

Miser sur les investissements existants dans la promotion de la santé et la prévention des maladies et accroître ceux-ci permettra de soutenir l'autonomie et de favoriser une plus grande participation des personnes âgées au sein de leurs collectivités. Les Maillons santé de l'Ontario, en partenariat avec d'autres organismes communautaires, ont assumé un rôle de chef de file en ce qui a trait à l'offre de divers programmes de promotion et de sensibilisation en matière de santé axés sur l'adoption de styles de vie sains qui visent à lever les obstacles modifiables au vieillissement en santé grâce à l'atténuation de facteurs de risque comportemental afin de réduire le fardeau des maladies chroniques, d'éviter les blessures par la prévention des chutes et de réduire le risque d'effets secondaires liés à l'utilisation de médicaments par la promotion d'une consommation de médicaments plus sécuritaire.

« Éduquer, éduquer, éduquer. Le plus tôt dans la vie nous sommes bien informés, plus grande peut être l'efficacité de nos stratégies relatives à la prévention, à la santé optimale et aux choix de mode de vie. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Ces facteurs de risque comportemental, qui comprennent le tabagisme, une mauvaise alimentation, la consommation d'alcool et le surpoids ou l'obésité, prédisposent souvent les personnes à des problèmes de santé et peuvent contribuer, directement et indirectement, à l'apparition de troubles chroniques et à une mauvaise santé en général. L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé* a révélé que 57 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés étaient en surpoids ou obèses, 34 pour cent étaient considérés comme présentant un risque nutritionnel élevé, 9 pour cent étaient des fumeurs assidus et 4,5 pour cent consommaient de l'alcool de façon excessive.

Par conséquent, dans un but d'amélioration de la santé et de bien-être des Ontariennes et des Ontariens âgés à l'échelon communautaire, le gouvernement a cerné un certain nombre d'initiatives qui offrent la possibilité de soutenir et de promouvoir le vieillissement en santé.

Par exemple, le Fonds pour les communautés en santé (FCS) contribue au financement des projets qui soutiennent les priorités en matière de promotion de la santé, notamment la promotion de l'activité physique, de l'alimentation saine, de la santé mentale ainsi que de la réduction du tabagisme et de

l'exposition aux produits du tabac, la prévention de la consommation excessive d'alcool ou d'autres substances et la prévention des blessures. Chacun de ces thèmes visait des éléments essentiels du vieillissement en santé. Ce fonds permet donc d'offrir des programmes dans ces domaines tout particulièrement pour les personnes âgées.

Les foires d'information « La vie active des aînés », organisées en partenariat avec l'Association des centres pour aînés de l'Ontario (OACAO) et le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, constituent un autre exemple d'initiative de promotion de la santé qui invite les Ontariennes et Ontariens âgés à adopter des pratiques favorisant le vieillissement en santé et un style de vie actif tout en les informant des autres mesures de soutien et services offerts pour les aider à mener une vie autonome dans la collectivité. Jusqu'à maintenant, près de 200 foires ont eu lieu partout dans la province. L'année dernière seulement, 7 000 Ontariennes et Ontariens âgés ont participé à 30 foires.

Au cours des dernières années, le Ministère a financé des ateliers partout en Ontario afin d'offrir aux personnes atteintes de maladies chroniques ou à risque d'en contracter la possibilité d'apprendre à mieux prendre en charge leur santé globale. Fondés sur le modèle du programme d'autoprise en charge des maladies chroniques de Stanford, ces ateliers ont permis d'élaborer une norme provinciale uniformisée de soutien à l'autoprise en charge qui a déjà contribué à préparer les Ontariennes et Ontariens âgés à jouer un plus grand rôle dans la prise en charge de leurs troubles de santé chronique, les décisions quotidiennes en matière de soins de santé et des facteurs de risque, et à leur donner le pouvoir de le faire.

Vaccins essentiels pour les Ontariennes et Ontariens âgés

Il faudrait encourager toutes les Ontariennes et tous les Ontariens, et particulièrement les Ontariennes et les Ontariens âgés, à se protéger en recevant les vaccins appropriés. En vieillissant, le système immunitaire s'affaiblit. Les personnes âgées sont donc plus susceptibles de contracter certaines maladies infectieuses. Il est bien connu que les vaccins sont importants en bas âge. Par contre, nous oublions souvent que la résistance de notre corps à certaines maladies infectieuses peut diminuer au fil du temps et que nous nous exposons à d'autres maladies plus tard dans notre vie. Ainsi, maintenir un calendrier de vaccination approprié doit être considéré comme le processus de toute une vie auquel devraient participer toutes les personnes âgées, comme nous le faisons avec les jeunes Ontariennes et Ontariens.

La décision de financer la vaccination par les deniers publics est déterminée par de nombreux facteurs complexes, tels que les caractéristiques de la maladie, l'efficacité et l'innocuité du vaccin, la mise sur pied de programmes, les recommandations de groupes d'experts provinciaux et nationaux en immunisation, l'efficience et les conséquences sur le système de santé. Actuellement, les taux de vaccination contre la grippe sont en baisse en Ontario. En effet, 68,6 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés ont signalé avoir reçu ce vaccin au cours de la dernière année, par rapport à 74,2 pour cent il y a 10 ans[59]. De plus, parmi les personnes âgées au Canada, les taux de couverture vaccinale

[59] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home* (d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

contre le pneumocoque et le tétanos sont beaucoup plus faibles, à environ 40 pour cent et 30 pour cent, respectivement, même si ces vaccins sont financés par les pouvoirs publics et se sont révélés efficaces pour réduire le taux des maladies associées au vieillissement et leurs taux de morbidité et de mortalité connexes[60].

Le vaccin contre le zona cible également les personnes âgées de façon spécifique. Chaque année, 130 000 nouveaux cas d'herpès zostère, communément appelé « zona » sont signalés au Canada. Cette maladie, qui met davantage à risque les personnes âgées, détériore considérablement la qualité de vie et l'état fonctionnel d'une personne[61]. L'inconfort lié au zona peut persister pendant plusieurs mois après la phase aiguë. Encore plus, le zona peut entraîner de graves complications, voire la mort. Les données portent à croire que le vaccin contre le zona réduit l'incidence de l'herpès zostère de 50 pour cent et des algies postzostériennes de 67 pour cent[62] et qu'il pourrait être efficient, surtout pour les personnes âgées de 65 ans et plus[63]. Pourtant, il est sous-utilisé puisque moins de 10 pour cent des bénéficiaires potentiels ont été vaccinés[64]. Dans ce cas, le faible taux de vaccination est en grande partie attribuable au fait que le vaccin contre le zona n'est pas financé par les deniers publics d'aucun territoire de compétence canadien, y compris l'Ontario. Cette situation s'explique principalement par la nécessité de le garder congelé et entreposé à une température précise pour qu'il demeure efficace. Les craintes liées au gaspillage sont donc trop grandes à l'heure actuelle.

De façon générale, les taux de vaccination des Ontariennes et des Ontariens âgés peuvent encore être améliorés en soutenant les efforts actuellement déployés en matière de sensibilisation et de communication auprès du public et des fournisseurs de soins de santé. Il est essentiel que tous se rendent compte de l'importance de recevoir tôt les bons vaccins pour prévenir les maladies et les risques de morbidité grave et de mortalité pouvant survenir ultérieurement en raison des complications de l'état de santé qui suivent souvent ces infections chez les populations âgées. À l'avenir, encourager le suivi des taux de vaccination dans les cadres d'évaluation de la qualité des soins primaires pourrait également contribuer à promouvoir, dans le cadre d'une pratique courante, ces interventions fondées sur des données probantes.

60 Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, *Enquête nationale sur la vaccination des adultes (ENV des adultes)*, Ottawa (Ontario), 2006.

61 Drolet, M., et coll. « The Impact of Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia on Health-Related Quality of Life: A Prospective Study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 182, n° 16, p. 1731 à 1736 (2010).

62 Oxman, M. N., et coll. « A Vaccine to Prevent Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia in Older Adults », *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 22, p. 2271 à 2284 (2005).

63 Brisson, M., et coll. « The Potential Cost-Effectiveness of Vaccination Against Herpes Zoster and Post-Herpetic Neuralgia », *Human Vaccines*, vol. 4, n° 3, p. 238 à 245 (2008).

64 Lu, P. J., et coll., « Herpes Zoster Vaccination Among Adults Aged 60 Years or Older in the United States, 2007: Uptake of the First New Vaccine to Target Seniors », *Vaccine*, vol. 27, n° 6, p. 882 à 887 (2009).

Recommandations

13. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait appuyer l'élaboration d'une série de guides et d'outils normalisés visant à aider les Ontariennes et les Ontariens âgés à gérer leurs besoins actuels et futurs en matière de soins, à prévenir des maladies et à promouvoir le bien-être.

14. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait miser sur les initiatives existantes de santé publique et de promotion de la santé afin d'encourager le vieillissement en santé et la participation active des Ontariennes et des Ontariens âgés dans la collectivité. Il devrait y parvenir en :

    a) s'assurant que les programmes d'autoprise en charge locaux financés par le Ministère qui utilisent le modèle du programme d'autoprise en charge des maladies chroniques de Stanford dans l'ensemble des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) soient conçus pour les Ontariennes et les Ontariens âgés éprouvant des problèmes de santé chroniques et qu'ils les appuient;
    b) misant sur les investissements existants, tels que l'ensemble des subventions provinciales versées au titre du Fonds pour les communautés en santé, afin de donner la priorité aux initiatives qui aident les Ontariennes et Ontariens âgés à demeurer en santé, y compris l'activité physique, l'alimentation saine, les loisirs, etc., et de les améliorer;
    c) accroissant le nombre de foires d'information « La vie active des aînés » organisées chaque année et en optimisant leur programme afin de répondre aux besoins des divers groupes ethnoculturels et des populations ayant des besoins particuliers;
    d) augmentant le taux d'utilisation des vaccins financés par les pouvoirs publics au moyen d'une sensibilisation accrue et en améliorant l'accès à ces vaccins. Les taux de vaccination devraient être rendus publics dans le réseau de soins aux patients, les RLISS et les Maillons santé;
    e) augmentant le taux d'utilisation du vaccin contre le zona grâce à la sensibilisation à cet égard. L'option de financer ce vaccin par les pouvoirs publics doit être examinée lorsqu'un vaccin plus stable sera offert.

Améliorer l'accès à l'information sur les services de santé et les services sociaux et communautaires

Nous avons entendu encore et encore qu'il demeure nécessaire de mieux coordonner l'information sur les ressources et les services offerts aux Ontariennes et aux Ontariens âgés, à leurs familles et aux personnes qui les soignent. Dans le cadre de consultations auprès des personnes âgées et des personnes soignantes, ces dernières ont régulièrement dit que l'accès à l'information, la compréhension des divers services de santé et services sociaux et communautaires ainsi que la navigation entre ces services constituaient un défi permanent. La difficulté est encore plus importante pour les personnes dont l'anglais n'est pas la langue de communication privilégiée.

Le défi que pose l'accès à l'information est accentué davantage par la complexité inhérente aux systèmes de soins communautaires, sociaux et de santé. En outre, parmi les groupes d'âge adulte, les personnes âgées représentent la plus petite proportion des personnes possédant une bonne littératie en santé[65, 66]. Les personnes âgées, leurs familles et les personnes qui les soignent ont également indiqué qu'il était trop souvent facile de s'y perdre. En effet, le nombre élevé de ressources d'information disponibles offrant des points de vue différents et l'incertitude de la validité des renseignements présentés étaient assez pour les déconcerter. Par conséquent, répondre aux nombreux besoins d'information des personnes âgées, de leurs familles et des personnes qui les soignent par la mise en place de sources de renseignement exclusives serait un bon premier pas vers une diffusion plus rapide des connaissances et une transmission plus efficace des renseignements sur les services offerts pour leur venir en aide.

Recommandation

15. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer l'accès en tout temps aux renseignements sur les services de santé et les services sociaux et communautaires et offrir ces renseignements dans le plus de langues possible par un portail Web et une ligne téléphonique provinciale uniques. Voici comment y arriver :
    a) faire du 211 le numéro principal unique que les Ontariennes et les Ontariens peuvent composer pour accéder à des renseignements sur les fournisseurs de services de santé et de services sociaux et communautaires ainsi que sur l'aiguillage vers ceux-ci;
    b) créer un site Web centralisé, comme Vos options de soins de santé, qui deviendra un guichet Web unique permettant d'obtenir des renseignements sur les services de santé et sur les services sociaux et communautaires.

[65] Conseil canadien sur l'apprentissage, *Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Ottawa (Ontario), 2007.
[66] Centers for Disease Control and Prevention, *Improving Health Literacy for Older Adults: Expert Panel Report*, Atlanta, É.-U., 2009.

Faire évoluer le rôle des centres pour personnes âgées en Ontario

Bien que beaucoup d'Ontariennes et d'Ontariens n'aient jamais entendu parler de ces établissements, pour bon nombre des 250 000 personnes âgées qui sont membres des centres pour personnes âgées (CPA), ceux-ci sont devenus une « maison hors de la maison[67] ». Régi par la *Loi sur les centres pour personnes âgées*, ce programme provincial est administré par l'entremise du ministère de la Santé et de Soins de longue durée. Il établit des partenariats avec les municipalités afin de soutenir l'entretien, les activités et les programmes de ces centres, qui sont devenus des carrefours communautaires essentiels offrant la possibilité aux Ontariennes et Ontariens âgés de demeurer engagés dans leurs collectivités en pratiquant des activités de nature récréative, sociale et informative. Bien que leurs tailles varient, un certain nombre de CPA ont également démontré leur capacité à servir de points d'accès officiels et non officiels aux renseignements sur les divers services de santé et de soutien et services sociaux et communautaires existants. Pour cette raison, les CPA ont été cités comme des entités pouvant empêcher les personnes âgées d'entrer inutilement dans le système de soins de santé[68].

Les CPA contribuent de manière importante à la santé physique et au bien-être des Ontariennes et des Ontariens âgés en leur permettant d'entretenir des liens sociaux et en leur offrant la possibilité de demeurer actifs grâce à des programmes axés sur la promotion de la santé et le bien-être. L'Association des centres pour aînés de l'Ontario (OACAO), qui représente bon nombre des 272 CPA et d'autres organismes de la province, signale que plus de 65 pour cent de ses membres visitent leurs centres locaux chaque jour ou deux ou trois fois par semaine[69]. Les cours de conditionnement physique et de promotion de la santé figurent parmi les services les plus utilisés par les Ontariennes et les Ontariens âgés dans ces centres, et on rapporte des taux de satisfaction élevés parmi les utilisateurs[70]. En fait, plus de 90 pour cent des membres ont signalé se sentir moins isolés et plus de 80 pour cent ont signalé avoir maintenu ou amélioré leur santé en participant aux programmes de leurs CPA locaux[71].

> *« Les centres communautaires offrent aux personnes âgées une gamme de services essentiels, par exemple des séances de mise en forme et des séances d'information sur le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer, etc. S'il vous plaît, continuez d'offrir ces services aux personnes âgées. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées*

La mise en place de milieux sains qui offrent un soutien est au cœur du vieillissement en santé. Comme un plus grand nombre de collectivités souhaitent établir un CPA, la province devrait les aider, surtout dans les régions rurales et éloignées où l'accès aux activités de nature récréative, sociale et informative de même qu'aux services de soins de santé et de soutien communautaire est plus limité. De même, afin de rendre compte de façon exacte de l'évolution du rôle des CPA et d'accroître leur visibilité par l'entremise d'un nom uniforme, la province devrait envisager de les rebaptiser « centres pour aînés », un nom jugé préférable par bon nombre des personnes âgées consultées.

67 Association des centres pour aînés de l'Ontario (OACAO), *A User profile of Older Adults Centres in Ontario*, Caledon (Ontario), 2010.
68 Conseil régional de santé de Toronto, *A Critical Juncture: A Review and Directory of Elderly Persons Centres in Toronto*, Toronto (Ontario), 2003.
69 Association des centres pour aînés de l'Ontario (OACAO), *Elderly Person Centres Impact Survey*, Caledon (Ontario), 2012.
70 Association des centres pour aînés de l'Ontario (OACAO), *A User profile of Older Adults Centres in Ontario*, Caledon (Ontario), 2010.
71 Association des centres pour aînés de l'Ontario (OACAO), *Elderly Person Centres Impact Survey*, Caledon (Ontario), 2012.

On devrait en outre faire la promotion des CPA à titre de carrefours communautaires pour les personnes âgées et les organismes communautaires ou les fournisseurs de soins communautaires et sociaux et de soins de santé qui cherchent à entrer en relation avec les personnes âgées de façon significative. Il est également évident qu'il faut renforcer la sensibilisation parmi les fournisseurs de services de santé et de services sociaux, les personnes âgées et le grand public, à l'égard de l'existence et du mandat des CPA. Donner aux CPA la possibilité de devenir des organismes agréés en vertu de la *Loi sur les services de soins à domicile et les services communautaires* pourrait aussi leur permettre de recevoir du financement direct des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour accroître leur capacité à fournir des services sociaux et de santé pouvant compléter leurs autres programmes et activités.

Dans le cadre d'une population vieillissante, une expansion provinciale des CPA et une augmentation de leurs capacités pourraient leur permettre de jouer un rôle beaucoup plus important dans la prestation future de services communautaires, sociaux et de soins de santé tout en répondant mieux aux besoins propres à chaque collectivité qu'ils desservent. Compte tenu des dépenses actuelles de 11,5 millions de dollars annuellement visant à soutenir 272 CPA, ces centres représentent manifestement une initiative qui semble offrir un énorme rendement. Étant donné la valeur potentielle des CPA et leur capacité à éventuellement assumer un plus grand rôle tout au long du continuum de soins, il faut évaluer la possibilité de mieux intégrer les CPA au reste du système, mais sans risque de perdre l'atmosphère décontractée et les aspects sociaux qui attirent d'abord de nombreuses personnes dans ces centres.

Miser sur les CPA pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie de prévention des chutes des RLISS

Les chutes chez les personnes âgées sont courantes. La preuve, 33 pour cent des personnes âgées vivant dans la collectivité et 50 pour cent des personnes âgées de 80 ans et plus ont indiqué faire une chute chaque année[72]. On attribue souvent les chutes à une interaction complexe de facteurs de risque qui comprennent les maladies chroniques et aiguës, la morbidité ou les problèmes d'équilibre, la prise de médicaments et la déficience cognitive. En outre, les personnes âgées qui vivent seules présentent un risque de chute plus élevé.

Les chutes constituent également une préoccupation croissante, car les blessures qu'elles causent peuvent réduire la mobilité et la confiance d'une personne âgée, ainsi que sa capacité à vivre de manière autonome. Trente pour cent des personnes âgées qui ont chuté ont indiqué craindre de chuter à nouveau, et, parmi ce groupe, 40 pour cent ont cessé de participer à des activités en raison de cette crainte[73]. Ces données expliquent pourquoi les chutes sont un important facteur des admissions dans les foyers de soins de longue durée, dont 40 pour cent sont attribuables à une chute[74]. Les chutes constituent en outre une cause principale des admissions dans les hôpitaux pour traumatisme et des décès chez les Ontariennes et les Ontariens âgés.

---

72 Tinetti, Mary E., « Where Is the Vision for Fall Prevention », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 5, p. 676 à 677 (2001).

73 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé*, Ottawa (Ontario), 2011. http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/110401/dq110401e-fra.htm.

74 Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Ottawa (Ontario), 2005.

En 2011-2012, il y a eu en Ontario 107 858 consultations de personnes âgées dans les services des urgences à la suite de chutes, ce qui représente une hausse de sept pour cent au cours de la dernière décennie. Il est encourageant de constater que même si environ 26 602 personnes ont été hospitalisées l'année dernière à la suite d'une chute, une hospitalisation qui signifie habituellement un long séjour à l'hôpital[75], il s'agit d'une baisse de 12 pour cent au cours de la dernière décennie si on tient compte du vieillissement de la population. Cette baisse s'explique aussi probablement par la baisse de 20 pour cent des taux d'hospitalisation liée à une fracture de la hanche au cours de la dernière décennie si l'on tient également compte du vieillissement de la population.

Néanmoins, il y a un intérêt croissant à l'égard de l'élaboration de stratégies de prévention des chutes visant à aider les personnes âgées à atténuer les facteurs de risque et à diminuer la fréquence globale des chutes, entendu qu'elles pourraient également réduire de façon importante le fardeau général qui repose sur le système de soins de santé. En effet, tout porte à croire qu'une diminution de 20 pour cent du nombre de chutes pourrait entraîner une réduction du nombre de séjours à l'hôpital en Ontario d'environ 4 000 amenant des économies de 115 millions de dollars à 157 millions de dollars[76,77,78].

En 2010, les RLISS et les Maillons santé de l'Ontario ont conjugué leurs efforts en vue d'élaborer le Cadre de gestion intégrée pour la prévention des chutes, à l'échelle provinciale. La majorité des chutes peuvent être évitées au moyen d'activités d'information, de sensibilisation, de contrôle, d'évaluation, d'intervention et de prévention. Par conséquent, le cadre indique que bien que les causes des chutes puissent être plurifactorielles de nature, l'une des meilleures façons de prévenir les chutes est de favoriser la participation des personnes âgées à des activités physiques régulières, particulièrement celles qui permettent de maintenir et d'améliorer l'équilibre et la force.

Le présent document fait la promotion de l'idée selon laquelle il faudrait offrir encore davantage de cours sur la prévention des chutes et que ces cours devraient être donnés dans les établissements communautaires accessibles et selon un programme normalisé. Partout en Ontario, les CPA offrent une quantité importante de cours d'exercices de groupe. Ces cours sont gratuits et conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées. Puisque la prévention des chutes contribue de façon importante à aider les Ontariennes et les Ontariens âgés à rester en santé et à demeurer chez elles plus longtemps, un certain nombre de centres commencent maintenant à offrir des cours de prévention des chutes. Comme les CPA commencent à jouer, avec l'appui de la province, un rôle plus important dans les activités de promotion de la santé et de la santé publique, ces centres pourraient être bien positionnés pour offrir plus de cours d'exercices et de prévention des chutes, en partenariat avec les organismes locaux de soutien communautaire et d'autres organismes.

[75] Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés, Scott, V. et coll. *Falls & Related Injuries among Older Canadians: Fall-related Hospitalizations & Prevention Initiatives*, Victoria (Colombie-Britannique), 2010.
[76] Ontario Physiotherapy Association, *Physiotherapy and the Frail Elderly: Recommendations for the Ontario Health System*, Toronto (Ontario), 2012.
[77] Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Ottawa (Ontario), 2005.
[78] Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés, Scott, V. et coll. *Falls & Related Injuries among Older Canadians: Fall-related Hospitalizations & Prevention Initiatives*, Victoria (Colombie-Britannique), 2010.

Recommandations

16. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir ses RLISS afin qu'ils établissent des relations positives axées davantage sur la collaboration avec leurs conseils municipaux respectifs en vue d'augmenter le nombre de centres pour personnes âgées (CPA) en Ontario et de renforcer leur rôle. Il devrait y parvenir en :

    a) accroissant le nombre de CPA et en les rebaptisant « centres pour aînés » (CA) afin de définir une identité plus uniforme qui leur permettra d'accroître leur visibilité et qui aidera le public à comprendre leur rôle;
    b) promouvant le rôle que les CPA peuvent jouer à titre de carrefours communautaires pour les Ontariennes et les Ontariens âgés et les organismes communautaires ou les fournisseurs de soins communautaires et sociaux et de soins de santé qui cherchent à entrer en relation avec les personnes âgées de façon significative.

17. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager l'approbation en tant qu'organismes agréés aux termes de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* les sociétés caritatives qui exploitent actuellement des CPA de sorte que ces sociétés deviennent des fournisseurs directs d'un large éventail de programmes et d'activités.

18. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait augmenter la disponibilité des cours sur les exercices, la prévention des chutes et la promotion de la santé dans toute la province. Il devrait y parvenir en :

    a) demandant aux RLISS de collaborer avec leurs Maillons santé locaux pour financer un seul organisme fournisseur communautaire qui servirait d'organisme responsable de fournir ce programme conformément aux curriculums et aux normes élaborées par la province;
    b) augmentant les possibilités d'offrir ces programmes dans des CPA et dans d'autres locaux accessibles au public situés dans la collectivité. Les CPA devraient servir de locaux pour au moins 25 pour cent des cours financés dans chaque RLISS afin de contribuer à favoriser l'établissement de liens plus étroits entre eux et les fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires.

Réduction de la pauvreté chez les Ontariennes et les Ontariens âgés

Le gouvernement du Canada, en général, et le gouvernement de l'Ontario, tout particulièrement, ont réalisé énormément de progrès pour veiller à ce que les Ontariennes et les Ontariens âgés ne vivent pas dans la pauvreté. Au cours des dernières décennies, le taux provincial d'Ontariennes et d'Ontariens âgés à faible revenu a atteint un sommet de 33 pour cent en 1978 et son niveau le plus bas en 1995, soit deux pour cent. Plus récemment, ce taux a grimpé à 8,8 pour cent en 2008 en raison du ralentissement économique récent. Depuis ce temps, en Ontario, il a chuté à 8,1 pour cent en 2010, comparativement à 12,3 pour cent à l'échelle nationale, et il semble continuer de diminuer globalement une fois de plus[79]. La baisse globale au cours des trente dernières années est principalement attribuable à la maturation du système national de revenu de retraite qui a permis au revenu réel moyen après impôt des ménages de personnes âgées de passer de 46 900 $ à 56 200 $. Des disparités réelles entre les sexes existent toujours étant donné que le revenu moyen après impôt des hommes âgés continue d'être supérieur à celui des femmes âgées, soit de 38 100 $ et 30 700 $, respectivement[80].

Dans l'ensemble, les taux de pauvreté chez les Ontariennes et les Ontariens âgés demeurent bien en deçà de celui chez les enfants et les adultes. Cependant, un Canadien âgé sur cinq vit encore près du seuil de la pauvreté et a du mal à joindre les deux bouts. Les groupes les plus couramment touchés par la pauvreté sont les personnes âgées vivant seules (surtout les femmes qui sont divorcées ou séparées), les personnes de minorités visibles, les immigrants et les femmes très âgées qui n'ont peut-être jamais eu l'occasion de cotiser à un régime de retraite[81, 82]. D'autres Ontariennes et Ontariens âgés, en raison de leur choix d'agir à titre de personnes soignantes non rémunérées pour un membre de leur famille pendant leurs années de travail, peuvent en outre avoir limité leurs possibilités de gains et d'économies ainsi que leur admissibilité, plus tard dans leur vie, au plein montant des prestations de retraite.

Les revenus faibles restreignent les choix personnels, le plus important de ceux-ci étant celui relatif à l'achat d'aliments. Les faibles revenus peuvent avoir une incidence sur l'alimentation, ainsi que des répercussions inévitables importantes sur la santé d'une personne, qui constituent une grande préoccupation lorsqu'on considère qu'au moins 92 pour cent des personnes âgées déclarent être atteintes d'au moins une maladie chronique[83]. Étant donné la hausse des besoins en matière de soins de ces personnes âgées, celles qui ont un faible revenu dépendent davantage de sources d'aide externes pour continuer à vivre de façon autonome. Cette situation est critique puisque les personnes âgées à faible revenu courent un risque accru d'être placées dans des foyers de soins de longue durée[84]. À la lumière de l'impératif démographique actuel de l'Ontario, il serait important d'élaborer des politiques et de fournir des services adaptés afin d'empêcher les personnes âgées de vivre dans la pauvreté.

---

79 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Personnes dans des familles à faible revenu (tableau 202-0802)*, Ottawa (Ontario), 2012. http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=2020802&pattern=&p2=37&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra.

80 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR)*, Ottawa (Ontario), 2012. http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3889&Item_Id=1370&lang=fr.

81 Gouvernement du Canada, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vieillir pauvre au Canada*, Série « Aînés en marge », Ottawa (Ontario), 2005.

82 Gouvernement du Canada, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés des minorités ethnoculturelles.* , Série « Aînés en marge », Ottawa (Ontario), 2005.

83 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home* (d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

84 Trottier, H., et coll. « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 4, p. 55 à 68 (2000).

Prestations de retraite, supplément de revenu et crédits d'impôt

Malgré les efforts déployés par les gouvernements provincial et fédéral en vue d'accroître le taux de participation à leurs programmes de sécurité du revenu et de prestations destinés aux personnes âgées, il y a encore un certain nombre d'Ontariennes et d'Ontariens qui ne tirent pas profit des prestations de retraite, des suppléments de revenu et des crédits d'impôt. La faible participation est principalement attribuable au fait que les personnes âgées ne sont peut-être pas au courant qu'elles ont droit à ces prestations ou qu'elles ne savent peut-être pas comment présenter une demande pour les recevoir. En fait, près de 300 000 personnes âgées au Canada qui sont admissibles au Supplément de revenu garanti (SRG), l'une des principales sources de revenus pour les personnes âgées, ne reçoivent pas ces prestations[85]. Ces dernières sont particulièrement importantes pour les Ontariennes et les Ontariens âgés puisque la province a mis sur pied son Régime de revenu annuel garanti (RRAG) supplémentaire afin d'assurer un revenu minimum garanti à toute la population âgée de l'Ontario.

Afin de réduire davantage le fardeau économique imposé aux Ontariennes et aux Ontariens à faible revenu, notamment aux personnes âgées, la *Loi de 2009 sur la réduction de la pauvreté* a lancé certaines autres initiatives gouvernementales dans le cadre de la Stratégie ontarienne de réduction de la pauvreté[86]. Afin de simplifier l'accès aux importants crédits d'impôt, le gouvernement de l'Ontario a mis en place la Prestation Trillium de l'Ontario pour les personnes âgées à revenu faible et moyen qui combine les versements du crédit de taxe de vente de l'Ontario, du crédit d'impôt de l'Ontario pour les coûts d'énergie et les impôts fonciers et du crédit pour les coûts d'énergie dans le Nord de l'Ontario en un seul paiement global de prestations bonifiées désormais versé mensuellement.

Bon nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés désirent rester chez eux aussi longtemps qu'ils le peuvent. Cependant, la valeur des maisons augmente constamment, alors que la majorité des personnes âgées reçoivent toujours un revenu fixe. Bon nombre d'entre elles se sont donc vues imposer un fardeau plus lourd relativement à la hausse des impôts fonciers. Puisqu'une proportion croissante de leur actif est immobilisée dans leur maison, de plus en plus de personnes âgées ont déclaré ressentir une pression pour vendre leur maison pour payer leurs autres besoins de la vie quotidienne et les besoins en matière de soins, ce qui va à l'encontre de leur première préférence, soit de vieillir à domicile. Dans le but de résoudre ce problème conformément à la stratégie Vieillir chez soi, la Stratégie ontarienne de réduction de la pauvreté a investi 1 milliard de dollars sur cinq ans dans la nouvelle Subvention aux personnes âgées propriétaires pour l'impôt foncier afin de verser aux propriétaires ontariens âgés à revenu faible et moyen un montant annuel pouvant atteindre 500 $ pour payer leurs impôts fonciers.

Plus récemment, le gouvernement a aussi lancé son programme de report de l'impôt foncier pour les personnes âgées à faible revenu comme autre mesure pour aider les personnes âgées à rester chez elles plus longtemps. Ce programme leur permet de reporter les deux éléments de leurs impôts fonciers, soient les taxes municipales et scolaires, et le montant reporté sera remboursé au moment de la vente future ou du transfert de la maison. De plus, la province couvre les intérêts débiteurs de l'impôt foncier reporté. De plus, comme mentionné au chapitre 1, de plus en plus de personnes âgées et leur famille pourront bénéficier du nouveau crédit d'impôt pour l'aménagement du logement axé sur

[85] Gouvernement du Canada, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vieillir pauvre au Canada*, Série « Aînés en marge »,, Ottawa (Ontario), 2005.
[86] Gouvernement de l'Ontario, *Rompre le cycle*, Troisième rapport d'étape annuel, Toronto (Ontario), 2011.

le bien-être, soit un montant pouvant atteindre 1 500 $, dans le but de les aider à adapter leur maison pour appuyer davantage leur désir de plus en plus de personnes âgées de vieillir à domicile. Qui plus est, l'investissement combiné de 481 millions de dollars récemment annoncé par les gouvernements provincial et fédéral dans le cadre du Programme d'investissement dans le logement abordable de l'Ontario contribuera à améliorer davantage l'accès à un logement adéquat, adapté et abordable pour la population âgée de l'Ontario.

Ensemble, ces programmes permettront à bon nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de continuer de vivre dans leur maison ou leur collectivité avec dignité et respect. Par conséquent, ce genre d'initiatives devrait recevoir du soutien continu du gouvernement provincial et des municipalités, surtout compte tenu des coûts élevés associés aux autres conditions de logement et aux soins que la province aurait à financer si la population âgée de l'Ontario était obligée de déménager prématurément dans des établissements de soins.

Aider les Ontariennes et les Ontariens âgés à faible revenu à vieillir en étant « autonomes à domicile »

De nombreuses personnes âgées ainsi que leur famille, leurs personnes soignantes et leurs fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires ont affirmé que le coût d'un appareil et d'une modification mineure au domicile ou une dépense inattendue ou impossible à gérer pourrait souvent faire la différence entre le vieillissement à domicile et l'admission prématurée dans un foyer de soins de longue durée. D'ailleurs, de nombreux fournisseurs de soins ont déclaré qu'une dépense exceptionnelle pourrait se traduire par une situation difficile où une personne âgée peut même demeurer à l'hôpital en nécessitant un autre niveau de soins (ANS) jusqu'à ce qu'elle puisse trouver un moyen de payer une petite dépense personnelle qui lui permettrait de retourner chez elle. Entre-temps, le système doit assumer l'ensemble des coûts liés au séjour prolongé dans un établissement coûteux. Effectivement, il était clair, durant les consultations, que l'accès à un financement flexible pour aider les personnes âgées à faible revenu à faciliter l'adaptation de leurs soins est essentiel et doit être offert dans chaque réseau local d'intégration des services de santé (RLISS).

Bien que des programmes comme l'Initiative de prévention de l'itinérance dans les collectivités (IPIC) et le programme Rénovations Ontario soient deux programmes qui pourraient offrir du soutien, ils ne sont pas actuellement administrés uniformément dans l'ensemble des municipalités. De plus, ces programmes ne sont parfois pas assez souples pour répondre aux besoins immédiats d'une personne dans sa transition de soins. Des RLISS comme celui d'Érié St-Clair et du Centre-Est ont déjà utilisé de façon autonome leurs fonds au titre de la stratégie Vieillir chez soi en vue de créer des fonds discrétionnaires pour la réinstallation ou le « vieillissement chez soi ». Ces fonds se sont avérés indispensables pour aider les RLISS à appuyer la transition des patients et à garder plus de gens dans leur maison ou à les y renvoyer. Par conséquent, la création d'un fonds pour « l'autonomie à domicile » constamment accessible dans chaque RLISS, administré, sans trop de paperasserie, par un organisme de services communautaires de soutien responsable aurait probablement une incidence importante sur le nombre de patients nécessitant d'ANS à l'échelle de la province ainsi que sur les longues listes d'attente pour les soins de longue durée qui sont restées inchangées au cours la dernière année. Ce fonds pourrait encourager l'achat de fournitures ou de matériel médical de base, apporter

des modifications mineures au domicile, payer un loyer ou une hypothèque, des arriérés de services publics, le loyer du premier et du dernier mois ainsi que les coûts de déménagement ou financer l'achat de nouveaux meubles et autres articles qui appuieront la capacité des Ontariennes et Ontariens âgés à vivre de façon autonome.

Recommandation

19. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager et soutenir les RLISS à créer un fonds souple pour l'« autonomie à domicile » afin de couvrir les coûts des patients qui nécessitent des services de santé et des services sociaux ou communautaires non traditionnels, dans le but de les soutenir lorsqu'ils rentrent chez eux ou d'éviter leur admission précoce à l'hôpital ou dans un foyer de soins de longue durée.

À la recherche de la viabilité future des programmes ontariens

La viabilité future de l'ensemble du système ontarien de soins de santé et de soins sociaux et communautaires pourrait éventuellement exiger que les services soient déterminés non pas selon l'âge ou l'actif, mais plutôt par le biais d'un système de mise sous condition de ressources plus transparent fondé sur le revenu. Étant donné que de nombreux autres territoires de compétence ont mis en œuvre des systèmes de quote-part en vue d'améliorer la viabilité de leurs programmes, l'Ontario devra probablement commencer à examiner cette option de plus près. Comme discuté dans les chapitres suivants, il faut s'assurer que la discussion reste centrée sur l'objectif de créer des systèmes de financement qui permettront aux gens de toujours obtenir les soins dont ils ont besoin. Ces systèmes devront veiller à ce que les Ontariennes et les Ontariens âgés à faible revenu ne paient pas pour les services qu'ils ne pourraient pas autrement se permettre, surtout lorsque leur incapacité de financer leurs soins à domicile leur fait courir le plus haut risque de placement en établissement[87].

Les expériences des autres provinces ont en outre démontré que le fait de rendre ces programmes universels et non fondés sur l'actif semble être le moyen le plus équitable d'aider les personnes à contribuer à certains aspects de leurs soins, comme le coût de leurs médicaments ou des services de soins à domicile et de soins communautaires qu'elles reçoivent. Toutefois, il existe suffisamment de preuves provenant des territoires de compétence pour indiquer que la mise sous condition de la prestation des services de soins de santé primaires ou actifs pousse souvent les gens à tarder à obtenir les soins dont ils ont besoin. Par conséquent, lorsque, inévitablement, le gouvernement de l'Ontario prendra part à ces discussions et qu'il cherchera une façon de garantir la viabilité de ses systèmes de soins de santé et de service sociaux et communautaires, il devra toujours maintenir les principes d'équité au cœur de ces discussions.

Enfin, deux commissions gouvernementales récentes – la Commission de la réforme des services publics de l'Ontario et la Commission d'examen du système d'aide sociale de l'Ontario – ont examiné l'incidence, sur les Ontariennes et les Ontariens âgés à faible revenu, des structures actuelles de

[87] Trottier, H., et coll. « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 4, p. 55 à 68 (2000).

prestations fondées sur le revenu et ont formulé des recommandations au gouvernement notamment sur l'examen des systèmes existants de prestations et de transfert fiscal en vue d'améliorer, de manière efficace, les résultats pour les clients. Les observations seront précieuses pour comprendre les meilleures démarches pour administrer les programmes de prestations dans le futur, pour mieux rationaliser et coordonner l'aide sociale afin d'améliorer l'équité du système et, surtout, pour éliminer les obstacles et de trouver une façon pour chaque Ontarienne et Ontarien de se sortir de la pauvreté[88].

Recommandations

20. Le gouvernement de l'Ontario devrait appuyer les efforts pour s'assurer que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens âgés reçoivent les prestations de retraite et jouissent des avantages associés à l'âge auxquels ils ont droit et il devrait maintenir ses engagements actuels et futurs afin de soutenir financièrement les Ontariennes et les Ontariens âgés à revenu faible et moyen.
21. Le gouvernement de l'Ontario devrait tenir compte des conseils de la Commission de la réforme des services publics de l'Ontario et de la Commission d'examen du système d'aide sociale de l'Ontario lorsqu'il examine la meilleure façon d'administrer les programmes de prestations.

[88] Gouvernement de l'Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires, Commission d'examen du système d'aide sociale de l'Ontario, *Brighter Prospects: Transforming Social Assistance in Ontario*, Toronto (Ontario), 2012.

Chapitre 3 : Renforcer les soins primaires prodigués aux Ontariennes et aux Ontariens âgés

Améliorer l'accès aux soins primaires

Grâce aux progrès dans le domaine de la médecine, un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés vivent plus longtemps tout en jouissant d'une santé relativement bonne. Cependant, à mesure qu'une personne vieillit, la probabilité que son état de santé général devienne de plus en plus complexe et fragile augmente si la personne est atteinte de plus de problèmes de santé chroniques ou de déficiences fonctionnelles ou cognitives. De façon générale, ces Ontariennes et ces Ontariens âgés fragiles, qui se débattent avec des questions de soins de santé et de services sociaux complexes, souvent interreliées, et qui doivent collaborer avec divers fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires, sont également confrontés à une coordination et une communication inadéquates tout au long du continuum des soins. Il s'agit d'un problème important, surtout pour les quelque 100 000 personnes âgées fragiles vivant dans la collectivité en Ontario[89]; une partie de celles-ci étant en outre confinées à domicile. La réalité est que la fragilité, lorsqu'elle est jumelée à des soins primaires complets inadéquats, donne souvent lieu à davantage de déplacements pour consulter un médecin, à davantage de prescriptions de médicaments, à davantage de visites aux services des urgences et à davantage d'admissions à l'hôpital[90].

Au cours de la dernière décennie, l'Ontario a réalisé d'importants progrès en ce qui concerne l'amélioration de la prestation de services de soins primaires et de l'accès à ceux-ci. Grâce à l'élargissement et à la création de nouveaux modèles de prestation de soins primaires, un plus grand nombre de médecins de soins primaires et d'infirmiers praticiens collaborent maintenant avec des infirmiers, des adjoints au médecin, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des thérapeutes et d'autres personnes au sein d'équipes interprofessionnelles intégrées. En offrant une démarche fondée davantage sur le travail d'équipe en ce qui concerne les soins, les équipes de santé familiale (ESF), les centres de santé communautaires (CSC), les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les centres autochtones d'accès aux soins de santé (CAASS) ont permis de donner à plus de 2,1 millions d'Ontariennes et d'Ontariens, qui n'en avait pas il y a dix ans, un fournisseur de soins de santé primaires[91]. Même s'il y a plus d'Ontariennes et d'Ontariens que jamais qui ont accès à un fournisseur de soins de santé primaires, un trop grand nombre de personnes âgées ont encore du mal à accéder aux soins primaires de grande qualité dont elles ont besoin.

Accès Soins

L'Ontario a lancé en 2009 le programme Accès Soins dans le but d'améliorer l'accès à des fournisseurs de soins primaires partout dans la province. Les équipes d'Accès Soins, qui sont présentes dans chaque réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), aident les Ontariennes et les Ontariens sans fournisseur de soins primaires à en trouver un qui accepte de nouveaux patients dans leur collectivité. De plus, le personnel d'Accès Soins s'efforce d'abord de jumeler les patients plus vulnérables ayant des besoins médicaux complexes.

---

89 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Demande spéciale de données sur les soins primaires de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto (Ontario), 2012.

90 Nie, J. X., et coll. « Health Care Service Utilization Among the Elderly: Findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project) », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 14, nº 6, p. 1044 à 1049 (2008).

91 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012.

Depuis son lancement en février 2009, un total de 227 342 patients, dont 28 570 Ontariennes et Ontariens âgés, se sont inscrits au programme (données de septembre 2012). De plus, 9,6 pour cent des patients qui s'y sont inscrits étaient considérés comme vulnérables et ayant des besoins complexes. Dans l'ensemble, 73 pour cent des patients inscrits et 74 pour cent des patients désignés comme vulnérables et ayant des besoins complexes ont été aiguillés vers un fournisseur de soins primaires. Plus particulièrement, 82,7 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés qui ont recours au programme Accès Soins et 88 pour cent des personnes âgées vulnérables et ayant des besoins complexes ont été aiguillées vers un fournisseur de soins primaires.

Bien que le programme Accès Soins ait réussi à jumeler un nombre important d'Ontariennes et d'Ontariens, plus particulièrement des patients âgés, à des fournisseurs de soins primaires, il existe encore des lacunes dans la satisfaction des besoins en matière d'accès aux soins primaires de la population âgée de l'Ontario. Selon l'*Enquête sur l'accès aux soins primaires* de 2011, 97,6 pour cent des Ontariennes et des Ontariens qui étaient âgés d'au moins 75 ans avaient un fournisseur de soins primaires. Cependant, cela signifie encore qu'au moins 19 000 Ontariennes et Ontariens âgés d'au moins 75 ans n'en ont pas[92].

« Mon médecin de famille prend sa retraite. Je suis à la recherche d'un nouveau médecin depuis déjà un certain temps. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés ont indiqué qu'il était particulièrement difficile de trouver un nouveau fournisseur lorsque leur fournisseur de soins primaires prend sa retraite. Parce que les patients âgés sont susceptibles d'avoir des besoins plus complexes et souvent interreliés en matière de soins de santé et de services sociaux, il peut en effet être difficile pour eux de trouver un fournisseur de soins primaires prêts à les accepter comme patient. En outre, les patients qui sont particulièrement fragiles et confinés à domicile ont le plus de difficulté à continuer d'accéder à des services de soins primaires courants. Parallèlement, partout dans la province, des CSC et des ESF ont déclaré ne pas avoir atteint leurs objectifs négociés en matière de capacité d'accueil de patients, notamment dans les régions où l'accès aux soins primaires constituait un problème particulier pour les personnes âgées. Ces données des CSC et des ESF ont fait ressortir une occasion évidente de résoudre les problèmes d'accès aux soins dans certaines régions où les CSC se sont particulièrement engagés à répondre aux besoins des populations vulnérables.

D'ailleurs, les données du programme Accès Soins ont révélé que la moyenne des temps d'attente, du moment de l'inscription à l'aiguillage vers un fournisseur de soins primaires par l'entremise du programme, était de 43 jours en 2011. Même si certains RLISS ont réussi à jumeler des patients en moins de 30 jours, il y a encore certaines régions de la province qui procèdent au jumelage bien au-delà de ce délai. Cependant, pour les personnes âgées fragiles, il est problématique d'attendre plus d'un mois avant d'être jumelée avec un nouveau fournisseur de soins primaires, puisqu'elles ont souvent des ordonnances à faire renouveler ou des besoins en matière de soins de santé et de services sociaux nouveaux ou chroniques qui doivent être satisfaits en temps opportun. Dans le but d'aider d'une

[92] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Enquête sur l'accès aux soins primaires, vagues 20 à 23 (octobre 2010 à septembre 2011)*, Toronto (Ontario), 2011.

certaine façon ces personnes vulnérables, les pharmaciens ont récemment obtenu la permission de renouveler des ordonnances pour des troubles chroniques. Néanmoins, de nombreux patients et leur famille ou leurs personnes soignantes qui trouvent dans ces situations ont simplement affirmé qu'ils devraient encore avoir recours à d'autres formes de soins dans des cliniques sans rendez-vous ou même dans des services des urgences, ce qui, parfois, fragmenterait ou compliquerait davantage leur prise en charge globale. L'Ontario doit être plus efficace pour s'assurer que sa population de personnes âgées peut avoir accès aux services d'une équipe de soins primaires complets dont elle a besoin pour répondre à ses besoins particuliers.

Recommandations

22. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait promouvoir et élaborer des mécanismes conformément aux cadres législatifs et réglementaires pour atteindre l'objectif que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens âgés qui souhaitent avoir un fournisseur de soins primaires en aient un. Il faut en outre reconnaître que les personnes âgées ayant des besoins complexes et souvent interreliés en matière de soins de santé et de services sociaux tirent souvent parti d'une démarche interprofessionnelle en matière de soins fondée sur le travail d'équipe.
23. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner le programme Accès Soins pour déterminer comment ce dernier pourrait mieux appuyer le jumelage des personnes âgées avec un fournisseur de soins primaires. Il devrait également faire l'examen de la structure de primes accordées aux médecins qui acceptent de nouveaux patients aiguillés par le programme ainsi qu'étudier la surveillance de routine et de la production de rapports publics, dans un RLISS, relativement au nombre total de personnes âgées, aux taux d'aiguillage et d'accès aux services et au temps d'attente du service Accès Soins.
24. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait appuyer la multiplication des possibilités en vue d'optimiser la capacité des centres de santé communautaires (CSC), des équipes de santé familiale (ESF), des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP) et des centres autochtones d'accès aux soins de santé (CAASS) de mieux répondre aux besoins complexes des personnes âgées fragiles et vulnérables de leur collectivité qui n'ont peut-être pas de médecin de soins primaires.
25. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'assurer que des mécanismes sont en place où il le faut pour : a) surveiller l'accès des personnes âgées aux soins primaires; b) modifier les accords de responsabilisation, les objectifs de rendement et les autres mécanismes afin d'améliorer l'accès et le jumelage aux services de soins primaires.

Améliorer la qualité des soins primaires

Comme l'ont affirmé un trop grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens durant les consultations, ce n'est pas parce qu'elles ont un fournisseur de soins primaires qu'elles ont nécessairement accès au fournisseur quand elles en ont besoin. Les données de l'Ontario tirées du Sondage international 2011 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès de grands malades adultes ont révélé que seulement 50 pour cent des grands malades adultes pouvaient consulter un médecin ou un infirmier le jour même ou le lendemain et que 37 pour cent de ceux-ci s'étaient présentés aux services des urgences des hôpitaux pour un trouble qui, selon eux, aurait pu être traité par leur médecin habituel si ce dernier avait été disponible. D'ailleurs, un trop grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés ont affirmé encore avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain, ou des soins après les heures d'ouverture auprès de leur fournisseur de soins primaires.

Au cours de la dernière décennie, l'Ontario a décidé d'agir et d'investir plus d'argent dans la prestation de soins primaires prodigués par des équipes. Des études ont révélé que les soins prodigués par des équipes se sont avérés les plus efficaces pour permettre aux patients, aux fournisseurs et au système d'obtenir de meilleurs résultats[93, 94], surtout pour les patients ayant des problèmes de santé mentale ou de multiples problèmes de santé chroniques[95, 96]. Toutefois, quelques études ontariennes récentes ont révélé que les avantages possibles des soins primaires prodigués par des équipes peuvent être perdus lorsque l'accès aux soins le jour même, le lendemain ou après les heures d'ouverture n'est pas assuré. Dans ces cas, le taux d'utilisation des services des urgences par les patients était même plus élevé que ce qu'il aurait dû être normalement[97].

> *« Avec tant de personnes ayant des besoins physiques, émotionnels et sociaux complexes, il faut recourir beaucoup plus à des ÉQUIPES de professionnels de la santé plutôt qu'à seulement des médecins. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées*

L'Ontario devrait continuer d'investir pour accroître la prestation de soins primaires prodigués par des équipes; cependant, elle doit assurer un meilleur suivi et veiller à ce que ces aspects qui influent sur la qualité globale des soins, notamment l'accès à ceux-ci, soient également pris en compte. Pour les patients âgés qui reçoivent des soins primaires, il importe d'accorder la priorité à leurs besoins particuliers en matière de santé. Par exemple, l'administration d'un vaccin antigrippal annuel constitue une norme en matière de soins de santé très reconnue pour les personnes âgées; cependant, comme mentionné précédemment, les taux d'utilisation des autres vaccins financés par les pouvoirs publics, comme le vaccin contre la pneumonie, sont deux fois moins élevés que ce qu'ils devraient être en Ontario. Les Ontariennes et les Ontariens âgés devraient en outre être encouragés et soutenus, par leurs établissements de soins primaires, à établir des plans de soins préalables, puisqu'ils devront fort

93 Van Den Hombergh, P., et coll. « Saying 'goodbye' to Single-Handed Practices; What do Patients and Staff Lose or Gain? », *Family Practice*, vol. 22, n° 1, p. 137 à 147 (2005).
94 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, Khan, S., et coll. *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*, Série de documents de travail de la recherche sur la santé, Ottawa (Ontario), 2009.
95 *Ibid.*
96 Suter, E., et coll. « Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration », *Healthcare Quarterly*, n° 13, p. 16 à 23 (2009).
97 Glazier, R. H., et coll. « Capitation and Enhanced fee-for-Service Models for Primary Care Reform: A Population-based Evaluation », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, n° 11, p. 72 à 81 (2009).

probablement faire face à des situations où d'importantes décisions en matière de soins devront être prises.

Dans le cas des hôpitaux ontariens, l'obligation d'élaborer des plans d'amélioration de la qualité a permis de mettre davantage l'accent sur la détermination et le règlement des questions relatives à la qualité des soins. Par conséquent, il y a une possibilité de mettre en œuvre des plans d'amélioration de la qualité pour les soins primaires afin de promouvoir la surveillance et le règlement des questions pertinentes en matière de qualité des soins qui sont importantes pour tous les patients dans ce secteur et particulièrement pour les patients âgés fragiles.

Recommandation

26. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'assurer que les plans d'amélioration de la qualité pour les soins primaires et les Maillons santé mettent surtout l'accent sur les soins prodigués aux Ontariennes et aux Ontariens âgés, et la garantie de l'accès aux soins primaires pour les personnes âgées. Consulter l'annexe B pour une liste des indicateurs proposés qui peuvent être dévoilés publiquement et qui peuvent aider à évaluer la qualité des soins primaires qu'une personne âgée reçoit.

Améliorer la communication pour favoriser les transitions et la coordination des soins

Améliorer la communication entre les fournisseurs de soins primaires et les coordonnateurs de soins

Pour conserver leur autonomie, les personnes âgées fragiles nécessiteront fort probablement un soutien plus intensif de leur fournisseur de soins primaires, et le soutien d'un coordonnateur de soins communautaires afin de faciliter l'organisation des soins à domicile et des services communautaires de soutien.

Par contre, selon les fournisseurs de soins primaires et communautaires, il semble que les coordonnateurs de soins des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) ne collaborent pas aussi souvent que requis avec les fournisseurs de soins primaires. Il est en outre manifeste que le manque de communication entre ces deux groupes de professionnels empêche la transmission de renseignements importants qui pourraient leur permettre de mieux soutenir les personnes âgées avec qui ils travaillent. Même si les deux groupes de professionnels souhaitent une relation de travail plus intégrée, les efforts volontaires actuellement déployés pour favoriser une telle relation de travail ne produisent clairement pas les résultats souhaités. Par conséquent, le Ministère devra recourir à des règlements pour exiger la communication entre les coordonnateurs des soins et les fournisseurs de soins primaires pour contribuer à favoriser davantage d'intégration de la même manière dont on l'a fait avec les spécialistes et les pharmaciens qui travaillent de concert avec les fournisseurs de soins primaires. Ces derniers ont particulièrement bien accueilli cette idée. Dans le chapitre suivant, l'importance de la coordination des soins et la formulation d'autres recommandations pour l'améliorer sont abordées plus en détail.

Recommandation

27. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait ordonner aux coordonnateurs des soins qui œuvrent dans les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les services de soutien communautaire (SSC) et les organismes communautaires de santé mentale et qui assument des responsabilités de soutien relativement à la coordination des soins ou des services d'identifier le fournisseur de soins primaires d'un patient et de l'informer de leur nom, de leur rôle, de leurs coordonnées et des services qu'ils coordonnent pour leur patient/client. Les coordonnateurs de soins doivent encourager les patients identifiés comme n'ayant pas de fournisseur de soins primaires, mais qui en veulent un, à s'inscrire au programme Accès Soins conformément aux cadres législatifs et réglementaires applicables.

Améliorer la communication entre les fournisseurs de soins primaires et les hôpitaux

Lorsqu'un patient âgé reçoit des soins durant un épisode de soins actifs, il n'est pas rare qu'on lui prescrive des médicaments supplémentaires ou que l'on change ceux qu'il prend actuellement. Le patient peut également faire l'objet d'un plan de suivi important qui doit être appuyé ou mis en œuvre par le fournisseur de soins primaires. Plus important encore, ce dernier peut posséder des renseignements précieux sur son patient que les fournisseurs de soins actifs peuvent ne pas connaître et qui pourraient aider globalement à gérer les soins du patient durant un épisode de soins actifs. Les coordonnateurs des soins et les fournisseurs de soins primaires ne travaillent pas habituellement d'une manière intégrée; il en va de même pour les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires.

On a entendu trop souvent que les fournisseurs de soins primaires ne sont pas informés lorsque leurs patients reçoivent des soins à l'hôpital. Cette situation pourrait expliquer en partie la raison pour laquelle les taux de suivi dans les sept jours suivant un congé après des soins actifs et les taux de réadmission après 30 jours n'atteignent pas les niveaux souhaités dans l'ensemble de la province. Il est manifeste que le manque de communication entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires empêche la transmission de renseignements importants qui pourraient leur permettre de mieux soutenir les personnes âgées avec qui ils travaillent.

Les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires souhaitent également établir une relation de travail plus intégrée. Cependant, les efforts volontaires pour favoriser une meilleure coordination des soins ne produisent pas les résultats souhaités. Par conséquent, le recours à des règlements sur la communication entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires constituera probablement un mécanisme nécessaire pour favoriser la prestation de soins plus homogènes et plus intégrés dans l'ensemble du continuum des soins. L'importance de maintenir la continuité des soins d'un patient âgé avant, pendant et après une hospitalisation pour soins actifs ou une visite aux services des urgences est abordée plus en détail au chapitre 6.

Recommandation

28. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait ordonner aux hôpitaux et aux autres fournisseurs institutionnels de répondre aux besoins en matière de soins primaires de leurs patients des façons suivantes :

    a) lorsqu'ils admettent un patient, les hôpitaux doivent communiquer avec son fournisseur de soins primaires dans les 24 heures de son admission pour l'informer de l'admission, préciser la raison de celle-ci et fournir un sommaire de congé à la date du congé;
    b) l'équipe de soins en établissement doit encourager les patients identifiés comme n'ayant pas de fournisseur de soins primaires, mais qui en veulent un, de s'inscrire auprès du programme Accès Soins au moment de leur admission à l'hôpital ou durant une consultation aux services des urgences.

Améliorer la prestation d'un plus grand nombre de soins primaires à domicile pour les personnes confinées à domicile

Le besoin grandissant d'un plus grand nombre de soins primaires à domicile en Ontario

Il a été démontré qu'en comparaison avec l'ensemble des personnes âgées, celles qui sont fragiles et confinées à domicile présentent des taux d'affections comorbides complexes plus élevés, notamment la démence[98] et les déficiences fonctionnelles. De plus, les soins primaires traditionnels offerts en établissement ne répondent généralement pas bien aux besoins de cette population; en effet, de nombreux patients ne consultent pas régulièrement leur médecin de soins primaires en raison de la multitude de difficultés qu'ils éprouvent à avoir accès à des soins[99]. Par conséquent, bon nombre de personnes âgées confinées à domicile ont souvent recours à des solutions de soins ponctuelles qui sont moins qu'idéales, comme l'accès aux services des urgences ou aux services d'un médecin effectuant des visites ponctuelles à domicile, à des interventions en santé qui n'offrent pas la continuité des soins qui pourrait prévenir la dégradation des problèmes médicaux.

Par conséquent, les personnes âgées fragiles confinées à domicile, qui comptent parmi les populations de patients les plus vulnérables et marginalisés, sont deux fois plus susceptibles de nécessiter une hospitalisation que les autres patients âgés, ce qui peut entraîner encore plus de détérioration fonctionnelle[100]. Ainsi, le risque d'admission permanente dans un foyer de soins de longue durée augmente[101]. Au total, les visites aux services des urgences, ainsi que les admissions à l'hôpital et dans les établissements de soins de longue durée qui auraient pu être évitées, coûtent plus à ces patients et

98 Qiu, W., et coll. « Physical and Mental Health of Homebound Older Adults: An Overlooked Population », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 58, n° 12, p. 2423 à 2428 (2010).
99 Pereles, L., « Home Visits: An Access to Care Issue for the 21st Century », *Canadian Family Physician*, vol. 46, p. 2044 à 2048 (2000).
100 Desai, N. R.,et coll. « The Positive Financial Contribution of Home-based Primary Care Programs: The Case of the Mount Sinai Visiting Doctors », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 56, n° 4, p. 744 à 749 (2008).
101 Sinha, S. K., « Why the Elderly Could Bankrupt Canada and How Demographic Imperatives Will Force the Redesign of Acute Care Service Delivery », *HealthcarePapers*, vol. 11, n° 1, p. 46 à 51 (2011).

au système que la prestation de soins primaires complets et préventifs[102]. Par conséquent, puisque le nombre de personnes âgées fragiles atteintes d'affections complexes augmente de façon constante, la nécessité d'étudier la structure des soins primaires visant à mieux soutenir ces patients devient de plus en plus importante, tout comme l'intégration des systèmes de soins de santé et de services sociaux et communautaires[103].

Les besoins de cette population s'accroissent de façon constante, alors que le nombre de médecins qui effectuent des visites à domicile au Canada est en baisse continue[104]. Cependant, cela n'est pas le cas en Ontario et, en fait, environ la moitié des fournisseurs ontariens de soins primaires et un certain nombre de spécialistes offrent chaque année des soins à domicile à des dizaines de milliers de patients. En 2011-2012, 5 850 médecins de famille et 553 spécialistes ont effectué, au total, 228 159 visites à domicile à 89 740 patients différents, la grande majorité étant des personnes âgées. En Ontario, le nombre de patients qui ont reçu des visites à domicile a en outre continuellement augmenté au cours des cinq dernières années. En 2007-2008, 83 337 patients différents ont reçu des visites à domicile. Le nombre de visites à domicile est néanmoins loin de celui des années 1940 où les médecins fournissaient plus du tiers de leurs soins à des patients à domicile[105]. Il est concevable que les visites à domicile soient devenues moins fréquentes à mesure que les médecins ont compté de plus en plus sur la technologie et les modèles traditionnels de paiement à l'acte qui récompensent continuellement le volume élevé et les épisodes de soins de courte durée[106]. Les obstacles aux visites à domicile sont désormais bien documentés; par exemple, les fournisseurs de soins primaires praticiens ont soulevé à maintes reprises les contraintes de temps, la rémunération insuffisante et les préoccupations en matière de transport et de sécurité[107].

Plusieurs études qui se sont penchées sur l'efficacité des soins primaires à domicile démontrent clairement leur capacité d'assurer l'amélioration de la satisfaction des patients, de la qualité de vie et des résultats pour les patients. Même si la prestation de soins primaires à domicile est incontestablement un modèle exigeant beaucoup de ressources, elle permet d'offrir une commodité accrue et un meilleur accès aux soins primaires continus et de réduire l'ensemble des coûts en prévenant les dépenses de santé plus coûteuses liées aux hospitalisations imprévues, aux visites aux services des urgences évitables et aux admissions dans des établissements de soins de longue durée[108]. Les données probantes démontrent en outre qu'il faut adopter une démarche fondée sur le travail d'équipe en ce qui concerne les soins pour produire de meilleurs résultats. D'ailleurs, la prestation de soins primaires à domicile devrait être facilitée par un médecin de famille ou des équipes interprofessionnelles dirigées par du personnel infirmier praticien et appuyée par des professionnels paramédicaux et des services sociaux,

---

102 Chang, C., et coll. « Impact of a Home-based Primary Care Program in an Urban Veterans Affairs Medical Center », *Journal of American Medical Directors Association*, vol. 10, n° 2, p. 133 à 137 (2009).

103 Smith-Carrier, T., et coll. « Home-based Primary Care for Older Homebound Adults: An Innovative Solution of a 21st-Century Challenge », *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*, vol. 2, n° 1, p. 26 à 29 (2012).

104 Collège des médecins de famille du Canada, *Sondage national des médecins*, Ottawa (Ontario), 2010. http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/2010-sondage/resultats-du-sondage-2010/

105 Leff, B. A., et J. R. Burton., « The Future History of Home Care and Physician House Calls in the United States », *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 56, n° 10, p. M603 à M608 (2001).

106 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Liste des prestations pour les services de médecin aux termes de la* Loi sur l'assurance-santé, Toronto (Ontario), 2011.

107 Eaton, B., « Why We do not Make Housecalls », *Canadian Family Physician*, vol. 46, p. 1945 à 1947 (2000).

108 Chang, C. et coll. « Impact of a Home-based Primary Care Program in an Urban Veterans Affairs Medical Center », *Journal of American Medical Directors Association*, vol. 10, n° 2, p. 133 à 137 (2009).

y compris les coordonnateurs de soins. Les soins primaires à domicile devraient être, de préférence, accessibles après les heures d'ouverture pour les problèmes nécessitant des soins urgents[109, 110].

Centre d'attention :

Le programme de visites à domicile, Toronto, RLISS du Centre-Toronto

Le meilleur modèle de soins primaires à domicile en Ontario est le programme de visites à domicile offert par le RLISS du Centre-Toronto. Le programme de visites à domicile, initialement mis en place en 2007 en tant que projet pilote ancré dans un organisme de soutien communautaire, a été doté d'un financement permanent en 2009 dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi. Le programme, qui dessert exclusivement les personnes âgées fragiles confinées à domicile, vise à soutenir les patients et leurs personnes soignantes afin qu'ils demeurent en sécurité dans la collectivité le plus longtemps possible tout en procurant simultanément de meilleurs résultats globaux aux patients et au système, notamment une réduction des hospitalisations et des visites aux services des urgences ainsi qu'une capacité accrue de finir ses jours à domicile[111].

L'équipe de soins primaires du programme, qui se compose de trois médecins de famille, d'un infirmier praticien, d'un travailleur social, de deux ergothérapeutes, d'un physiothérapeute ainsi que de deux coordonnateurs de soins, bénéficie du soutien additionnel de deux coordonnateurs de soins œuvrant dans un CASC, un gériatre et un gérontopsychiatre. Ce programme est en outre ancré dans SPRINT, un organisme de soutien communautaire, afin de veiller à ce que les soins qu'il offre à ses patients puissent tirer davantage parti d'autres services, notamment l'aide familiale, des repas à domicile, des programmes de jour destinés aux adultes, des services de transport et des visites amicales de la part des employés et des bénévoles qui sont « les yeux et les oreilles » de l'équipe.

Le programme de visites à domicile offre des soins à près de 400 patients par année et le nombre moyen de clients desservi chaque jour s'approche de 250 patients âgés en moyenne de 87 ans. Ce programme, décrit comme une « équipe de santé familiale mobile », a démontré une réduction de 29 pour cent du taux de réadmissions imprévues à l'hôpital après trois mois, comparativement au taux global du RLISS du Centre-Toronto, chez les patients qui s'y sont inscrits immédiatement après une hospitalisation de référence, et a permis à 67 pour cent de ses patients étaient en mesure de finir leurs jours à domicile.

[109] Beales, J. L., et T. Edes., « Veteran's Affairs Home Based Primary Care », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 25, n° 1, p. 149 à 154, viii-ix (2009).
[110] National Health Policy Forum, Leff, B. A., et coll. *Medical Care for the Elderly Living at Home: Home-based Primary Care (HBPC) and Hospital-at-Home Programs*, 2011. http://www.nhpf.org/library/details.cfm/2864.
[111] Smith-Carrier, T., et coll. « Home-based Primary Care for Older Homebound Adults: An innovative Solution for a 21st Centruy Challenge », *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*, vol. 2, n° 1, p. 26 à 29 (2012).

Faire évoluer les modèles de soutien de la prestation de soins primaires à domicile

L'utilisation des nouveaux modèles élargis de soins primaires axés sur le travail d'équipe, comme les équipes de santé familiale (ESF), les centres de santé communautaire (CSC) et les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP), a donné lieu à une augmentation des visites à domicile offertes par ces établissements, tandis que les visites à domicile ont en réalité diminué dans le cadre de modèles indépendants adoptés par les spécialistes et les médecins seuls ou les médecins de soins primaires. Puisque les données probantes démontrent qu'une équipe interprofessionnelle peut prodiguer des soins primaires complets à domicile, il faut encourager et appuyer une augmentation de ces services à l'avenir.

Même si certaines ESF et certains CSC ont mis en place de solides programmes de soins primaires à domicile, d'autres ont indiqué qu'ils n'ont pas accordé la priorité à la prestation de soins primaires complets à domicile offerts par leurs établissements, pour certains, en raison d'un manque d'intérêt et de la nécessité d'obtenir des directives et du soutien pour pouvoir présenter ces modèles de soins. Il est clair que le besoin en matière de soins primaires à domicile chez les patients âgés fragiles ne fera qu'augmenter au cours des prochaines décennies. Par conséquent, la promotion et le soutien de l'élaboration de modèles de soins primaires à domicile qui permettent aux fournisseurs de se sentir capables et à l'aise d'élargir ce type de soins pour répondre aux besoins de leurs patients doivent être une priorité.

Le maintien et même l'augmentation de la rémunération actuelle, pour soutenir les fournisseurs de soins primaires de l'Ontario qui offrent des soins primaires à domicile aux patients, encourageront assurément à effectuer davantage de visites à domicile. Parallèlement, la promotion du nouveau plan de diversification des modes de financement pour les soins prodigués aux personnes âgées qui offrira un salaire concurrentiel aux fournisseurs de soins primaires qui commencent à consacrer au moins 50 pour cent de leur temps à offrir des soins primaires continus complets à domicile permettra en outre la création d'un nouveau groupe de spécialistes des soins primaires qui fournira ce type de soins aux patients âgés qui en ont besoin.

Recommandation

29. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait maintenir et augmenter les niveaux de financement afin d'appuyer les fournisseurs de soins primaires qui font des visites à domicile. Pour y parvenir, le Ministère devrait :

    a) accroître la rémunération des médecins qui effectuent des visites à domicile et promouvoir le nouveau plan de diversification des modes de financement pour les soins prodigués aux personnes âgées afin de soutenir les fournisseurs de soins primaires qui désirent offrir des soins primaires continus à domicile aux personnes âgées fragiles dans le cadre de leur pratique quotidienne;

    b) soutenir tous les fournisseurs de soins primaires qui offrent des soins primaires à domicile aux personnes âgées fragiles au moyen d'un mécanisme de financement stable et évolutif pour appuyer la mise sur pied d'équipes interprofessionnelles qui fournissent ces soins.

Chapitre 4 : Améliorer la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires afin de mieux soutenir le vieillissement chez soi

Répondre aux besoins actuels et futurs des Ontariennes et des Ontariens âgés en matière de soins communautaires

Étant donné que de plus en plus d'Ontariennes et d'Ontariens âgés souhaitent rester autonomes chez eux aussi longtemps que possible, la demande subséquente pour des services de soins à domicile et de soutien communautaire auprès des secteurs public et privé atteint de nouveaux sommets et continuera de croître.

> *« Si le gouvernement continue de préconiser que les Ontariennes et Ontariens âgés vieillissent chez eux, il doit offrir les services nécessaires à cette fin. »*
> *– Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées*

Pour les Ontariennes et les Ontariens âgés, l'accessibilité à des services professionnels tels que des soins infirmiers et thérapeutiques et du soutien personnel pour se laver, s'habiller et exécuter des travaux ménagers peut faire la différence entre pouvoir rester à la maison et devoir demander des soins en établissement dans une maison de retraite ou un foyer de soins de longue durée. À l'heure actuelle, la demande à l'endroit du système public de soins de longue durée excède sa capacité. De plus, si aucun changement n'est apporté à la façon de fournir les soins à domicile et les soins communautaires, il faudra prévoir tripler le nombre de lits de soins de longue durée au cours des 20 prochaines années[112]. Par conséquent, l'importance d'un secteur des soins à domicile et des soins communautaires vigoureux n'a jamais été si grande.

D'autres pays aux prises avec des problèmes semblables ont axé de façon générale leurs investissements en santé sur la mise en place d'un secteur de soins à domicile et de soins communautaires plus solide. Le Danemark, qui a fait face à des réalités démographiques et budgétaires similaires il y a plusieurs années, a choisi de donner la priorité aux investissements dans leur secteur des soins à domicile et des soins communautaires et à la construction d'un plus grand nombre de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome. Ainsi, il a pu non seulement maîtriser les coûts des soins de santé, mais aussi réduire grandement la demande globale pour des soins de longue durée. En fait, le Danemark a réussi à éviter de construire de nouveaux foyers de soins de longue durée pendant presque 20 ans[113] et à réduire de 12 pour cent ses dépenses en soins de santé pendant la première décennie[114].

Plus tôt cette année, le gouvernement de l'Ontario a fait part de son intérêt soutenu à l'égard de l'élargissement des services de soins à domicile et de soutien communautaire financés par les pouvoirs publics en s'engageant à augmenter ses investissements dans ce secteur de quatre pour cent par année au cours des trois prochaines années – les plus importantes augmentations de financement visant un secteur des soins de santé jamais vues. En plus de l'augmentation du financement, le secteur aura besoin d'une vision et d'une orientation claires sur la façon de financer, d'organiser et de fournir les futurs services de soins à domicile et de soins communautaires. Le Ministère se lance maintenant dans l'élaboration d'un plan nécessaire et ambitieux visant à promouvoir l'intégration des soins primaires et la création de Maillons santé mieux intégrés dans chaque réseau local d'intégration des services de santé (RLISS). Une stratégie efficace visant à mieux intégrer la prestation des services de soins à

[112] Le Conference Board du Canada, *Elements of an Effective Innovation Strategy for Long Term Care in Ontario*, Ottawa (Ontario), 2011.
[113] Institut allemand de recherche économique, Schulz, Erika., *The Long-Term Care System in Denmark*, Berlin, Allemagne,, 2010.
[114] Stuart, M., et M. Weinrich., « Home and Community-Based Long-Term Care: Lessons from Denmark », *The Gerontologist*, vol. 41, n° 4, p. 474 à 480 (2001).

domicile et de soins communautaires aux soins offerts par d'autres secteurs aidera davantage un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés à vieillir où bon leur semble, ainsi qu'à réduire la demande globale pour plus de soins institutionnels coûteux et à diminuer la pression exercée sur ces soins.

Organisation de la prestation de services de soins à domicile et de soins communautaires

Bien que la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires dans toute la province varie, elle est en règle générale organisée autour du réseau provincial composé de 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et de 644 organismes de soutien communautaire. En Ontario, les CASC contribuent à l'organisation et à la négociation de la prestation de services professionnels spécialisés par des fournisseurs de services contractuels pouvant répondre aux besoins en matière de soins cliniques et personnels à domicile d'une personne. Les organismes de soutien communautaire sont financés par les pouvoirs publics afin de fournir un ensemble de services de soins à domicile et de soutien communautaire subventionnés comprenant des programmes de jour, des services de repas à domicile, des visites amicales et des services de transport. De plus, certains organismes de soutien communautaire sont également autorisés à fournir des services de soutien personnel et d'aides familiales. Les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles et les personnes qui les soignent peuvent en outre payer pour d'autres services de soutien professionnels et non professionnels fournis par des organismes de soutien communautaire à but lucratif ou sans but lucratif pouvant aussi fournir des services contractuels de soins à domicile et de soins communautaires accessibles dans les CASC et les RLISS.

Centres d'accès aux soins communautaires

La mise en place de CASC en Ontario dans les années 1990 a assuré une plus grande cohérence à l'échelle de la province en ce qui a trait à la démarche en matière de prestation et de coordination des soins au domicile des clients, y compris les fonctions administratives telles que la planification, le financement et l'attribution de contrats de services de soins à domicile dans toute la province. En 2007, les CASC ont été restructurés afin de respecter les territoires des RLISS, nouvellement créés, ce qui a ramené leur nombre de 42 à 14. Bien que l'intégration des CASC aux RLISS ait été envisagée à l'époque, les nouveaux CASC ont plutôt été conçus comme des entités séparées relevant des RLISS.

Au cours de la dernière décennie, le financement des CASC a augmenté de 69 pour cent alors que le nombre de clients qu'ils desservent a crû de 83 pour cent[115, 116]. En 2011-2012, afin de leur permettre d'exécuter leurs mandats, les CASC ont reçu plus de 2,1 milliards de dollars en financement du Ministère, et les RLISS auxquels ils sont rattachés ont employé 6 053 personnes, dont environ

[115] Gouvernement de l'Ontario, vérificateur général de l'Ontario, *Chapitre 3 – Services de soins à domicile*, Rapport annuel 2010, Toronto (Ontario), p. 113 à 131 (2010).
[116] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Demande de données sur l'exercice 2011-2012, Toronto (Ontario), 2012.

3 500 coordonnateurs de soins[117, 118] pour organiser les soins destinés à 616 000 Ontariennes et Ontariens au total, et à environ 300 000 personnes chaque mois. Environ 60 pour cent des clients des CASC sont des Ontariennes et des Ontariens âgés, alors que 20 pour cent sont des personnes ayant des besoins très complexes[119]. Les services fournis par les CASC l'année dernière comprenaient :

- 20 millions d'heures de soins personnels offerts par des préposés au soutien personnel;
- 6 millions de visites par du personnel infirmier ayant effectué 1,7 million de quarts en soins infirmiers;
- 1,2 million de visites de thérapeutes;
- 0,4 million de visites d'autres professionnels paramédicaux tels que des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des psychothérapeutes et des fournisseurs de soins de relève;
- 2,1 millions de visites de coordonnateurs de soins qui supervisaient tous ces soins[120].

Lorsque des personnes demandent des services de soins à domicile, des coordonnateurs de soins, qui sont des professionnels de la santé réglementés ayant surtout de l'expérience en soins infirmiers, évaluent leurs besoins au moyen d'un instrument d'évaluation RAI Home Care (HC) afin de déterminer leur admissibilité aux services offerts. Ils élaborent un plan de soins, puis ils prennent des dispositions à l'égard des services de soins à domicile et de soins communautaires au nom de leurs clients par l'entremise de fournisseurs de services de soins de santé d'organismes à but lucratif et sans but lucratif. Ces services supervisés par les CASC comprennent les services de soins infirmiers, de soins et de soutien personnel, de physiothérapie et d'ergothérapie, d'orthophonie, de diététique et de travail social. Les CASC fournissent également des services d'information et d'aiguillage au public concernant les services communautaires qu'ils fournissent et prennent en charge toutes les évaluations pour les foyers de soins de longue durée et les admissions dans ceux-ci. Ils ont le pouvoir de gérer l'admission de personnes aux programmes de jour pour adultes et l'attribution des lits réservés aux soins complexes de longue durée et des lits réservés aux services de réadaptation dans les hôpitaux publics, mais ils n'ont pas nécessairement assumé ce rôle dans la majorité des territoires de compétence.

[117] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, Demande de données sur les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) pour 2011-2012, Toronto (Ontario), 2012.

[118] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Demande de données sur l'exercice 2011-2012, Toronto (Ontario), 2012.

[119] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, Demande de données sur les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) pour 2011-2012, Toronto (Ontario), 2012.

[120] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *Le rapport trimestriel*, *printemps-été*, Toronto (Ontario), 2011.

Services de soutien communautaire

L'année dernière, dans le secteur des soins à domicile et des soins communautaires, 644 organismes de soutien communautaire sans but lucratif, de différentes tailles, ont employé 24 011 personnes et ont obtenu le soutien de 100 000 bénévoles pour fournir des services visant à soutenir 814 459 Ontariennes et Ontariens âgés vivant pour la majorité dans la collectivité, notamment :

- le soutien personnel et l'aide familiale;
- des services dans des milieux d'aide à la vie autonome;
- des services de repas à domicile;
- des programmes de transport;
- des services de relève et des programmes de jour pour adultes;
- d'autres services.

En 2011-2012, les organismes de soutien communautaire ont fourni aux Ontariennes et aux Ontariens un éventail de services, dont 3 874 009 heures de services de soutien personnel et d'aide familiale, 2 763 285 repas dans le cadre de programmes de repas à domicile, 1 720 602 déplacements grâce aux services de transport et 1 237 015 visites amicales à domicile. Ils ont également fourni des services de logements avec soutien à 68 037 personnes et ont servi 39 108 personnes dans le cadre de programmes de jour pour adultes[121].

La majorité des organismes de soutien communautaire reçoivent de 50 pour cent à 70 pour cent de leurs ressources des RLISS et d'autres sources de financement public, pour un total de 661 millions de dollars reçus chaque année. On ajoute ensuite à ces fonds environ 140 millions de dollars en financement annuel supplémentaire provenant de dons de charité et de la quote-part de clients soumis à la mise sous condition des ressources. De plus, les 4 373 000 heures de services données par les 100 000 bénévoles l'année dernière sont évaluées à une valeur de 71 330 920 $.

Lorsque des personnes demandent des services de soins à domicile et de soins communautaires plus intensifs, les coordonnateurs de soins de ce secteur, qui, de leur part, ne sont nécessairement pas des professionnels de la santé réglementés, évaluent leurs besoins au moyen d'un instrument normalisé d'interRAI servant à l'évaluation de la santé communautaire, afin de déterminer leur admissibilité aux services offerts. Ensuite, ils élaborent un plan de soins, prennent, au nom de leurs clients, des dispositions à l'égard des services de soins à domicile et de soins communautaires offerts par leur organisme en particulier et aiguillent leurs clients vers d'autres organismes ou des CASC s'ils ont relevé d'autres besoins en matière de services. Les organismes de soutien communautaire fournissent également des services de renseignements et d'aiguillage au public relativement aux services communautaires qu'ils offrent ou offerts par d'autres organismes.

[121] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, Demande de données sur le Système de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario (SPRSSO) des SSC pour la période 2011-2012, Toronto (Ontario), 2012.

Difficultés et possibilités actuelles liées à la prestation de soins à domicile et de soins communautaires

Démontrant un intérêt croissant à l'égard du transfert des soins à la collectivité et du soutien au vieillissement chez soi, les CASC et les organismes de soutien communautaire aident aussi de plus en plus de personnes âgées ayant des besoins complexes et souvent interreliés en matière de soins de santé et de services sociaux à demeurer chez elles ou à y retourner, particulièrement après une hospitalisation. Grâce à l'augmentation du financement au cours des trois dernières années, principalement par l'entremise de la stratégie Vieillir chez soi, 12 500 autres Ontariennes et Ontariens ayant des besoins très complexes reçoivent de l'aide leur permettant de vieillir chez eux de la part des CASC et des organismes de soutien communautaire. Ces investissements supplémentaires ont également permis de réduire les listes d'attente pour les soins de longue durée de 6 400 patients et de faire passer le temps d'attente pour les placements dans les foyers de soins de longue durée en Ontario de 100 jours à 93 jours[122]. On évalue à 210 millions de dollars les économies découlant du soutien d'un plus grand nombre de personnes à domicile plutôt que dans des foyers de soins de longue durée, les coûts des soins à domicile correspondant toujours à une fraction des coûts des soins en établissement.

Néanmoins, la demande pour des soins à domicile et du soutien communautaire subventionnés et financés par les pouvoirs publics continue d'augmenter. Le rapport de 2010 du vérificateur général a bien montré les iniquités existantes dans la façon dont les CASC étaient et continuent d'être financés et, par conséquent, dans les soins qui sont offerts aux Ontariennes et aux Ontariens[123]. Le financement étant toujours principalement fondé sur les attributions historiques plutôt que les besoins des clients évalués localement, le financement par habitant varie encore de façon importante, particulièrement dans les régions où la population locale a fait l'objet de changements importants. Pour cette raison, les CASC ont eu de la difficulté à se conformer à la politique ministérielle qui les oblige à administrer les programmes d'une manière uniforme afin d'assurer un accès juste et équitable, peu importe le lieu de résidence d'une personne dans la province.

Il en résulte que partout dans la province, la prestation des services varie, à l'instar des critères de priorité des services, de l'accessibilité de ceux-ci et de la probabilité qu'une personne reçoive les services auxquels elle est admissible en temps opportun. En 2010, le vérificateur général a noté que 11 des 14 CASC ont indiqué avoir créé des listes d'attente pour des services en raison d'un manque de ressources financières ou de spécialistes. Il y avait alors plus de 10 000 personnes qui attendaient de recevoir divers services pendant une période pouvant atteindre plusieurs mois[124]. À la suite d'augmentations subséquentes du financement, en novembre 2012 ce nombre avait diminué à 6 100 à l'échelle de 10 des 14 CASC, dont trois qui ont déclaré avoir plus de 1 000 personnes en attente de services. Bien qu'aucun client ne soit en attente de services de soins infirmiers en Ontario, 3 300 de ces clients étaient en attente de soutien personnel et le reste de thérapie à domicile et de services sociaux[125]. Ensemble, les facteurs qui ont mené à la création de listes d'attente pour des services ont réellement

[122] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *Le rapport trimestriel*, printemps-été, Toronto (Ontario), 2011.
[123] Gouvernement de l'Ontario, vérificateur général de l'Ontario, *Chapitre 3 – Services de soins à domicile*, Rapport annuel 2010, Toronto (Ontario), p. 113 à 131 (2010).
[124] *Ibid.*
[125] Association ontarienne des Centres d'accès aux soins communautaires (AOCASC), Demande spéciale de données sur la liste actuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée reçue le 5 décembre 2012, Toronto (Ontario), 2012.

entraîné une diminution de la confiance des Ontariennes et des Ontariens à l'égard des services de soins à domicile et de soins communautaires financés par les pouvoirs publics. Parallèlement, ils ont limité la capacité des CASC de répondre aux demandes justifiées faites à leur endroit pour une administration des programmes, tels que ceux offerts en vertu de l'initiative Chez soi avant tout, plus uniforme et conforme à des directives normalisées en matière de prestation de services.

Les organismes de soutien communautaire ont aussi eu de la difficulté à faire face à l'intensification de la demande pour une administration uniforme de leurs programmes communs, même au sein d'un RLISS. Étant donné la variation dans la taille, le mandat, les niveaux de financement, le soutien bénévole et les définitions des services entre les nombreux organismes, il est plus difficile pour eux d'assurer un accès équitable aux programmes communs qu'ils offrent partout dans la province. De plus en plus de RLISS demandent que leurs organismes de soutien communautaire élaborent de manière uniforme des définitions de leurs programmes et de leurs activités, des critères d'admissibilité, des coûts unitaires et des normes de vérification des ressources afin de déterminer les frais de services facturés aux clients. L'élaboration de modèles de prestation et de financement des principaux organismes en vue de soutenir la prestation de services communs par un certain nombre d'organismes de soutien communautaire a contribué à améliorer l'uniformité des services. En effet, bien que quelques RLISS aient réalisé des progrès à ce chapitre, exécuter cette tâche à l'échelle provinciale également permettrait au Ministère et aux RLISS de mieux planifier et de soutenir la prestation de services par ces organismes.

L'élaboration de normes plus uniformes sur le plan de la qualité des services à l'échelle de la province aidera les Ontariennes et les Ontariens âgés, leurs familles et les personnes qui les soignent à mieux comprendre leurs options en ce qui a trait aux soins accessibles financés par les pouvoirs publics et à ce que seront leurs propres obligations au moment de prévoir leurs besoins à venir en matière de soins.

Le Ministère soutient le secteur des soins à domicile afin d'améliorer la gestion des contrats entre les CASC et les fournisseurs de services à domicile pour veiller à ce que la transparence et le rendement fondé sur les résultats soient les facteurs au cœur d'une meilleure prestation de soins au meilleur prix. En vertu de ces améliorations, le processus d'approvisionnement concurrentiel ne s'appliquerait que dans des circonstances précises, par exemple, si un fournisseur de services ne fournit pas des soins de qualité. Parce que les CASC et les fournisseurs de services cherchent à être plus efficients en ce qui a trait aux heures qu'ils consacrent aux clients, ils négocient ou organisent de plus en plus les services de soutien en blocs d'heures qui peuvent ne pas suffire à répondre aux besoins de certains clients en matière de soins et ils laissent peu de souplesse pour prodiguer les soins qui sont réellement nécessaires. Ainsi, un nombre croissant de personnes âgées, de membres de leurs familles, de personnes qui les soignent et de préposés aux services de soutien personnel se sont plaints que l'importance accrue accordée aux soins centrés sur les tâches peut parfois ne pas correspondre aux besoins et aux souhaits réels du client, et restreindre également l'autonomie des préposés aux services de soutien personnel et la qualité de leur milieu de travail[126]. Certains clients ont en outre indiqué qu'ils sont réticents à soulever la question auprès de leur coordonnateur de soins de peur que leurs heures soient réduites en raison de leur plainte. Il est clair qu'il faut garder à l'esprit que la qualité et l'efficience des soins reposent sur un équilibre fragile qui exige des efforts accrus de la part de chacun.

[126] Herhalt, C., « Health Minister Touts Home-Care Commitment », *Waterloo Region Record*, Waterloo (Ontario), 31 août 2012, V1.

Recommandations

30. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger de tous les RLISS, en particulier de ceux qui partagent des régions ou qui entretiennent des relations de travail avec des fournisseurs de soins de santé régionaux, qu'ils cherchent également à normaliser leurs politiques et leurs procédures orientant l'établissement des priorités et l'accessibilité des services ainsi que l'affectation des ressources afin d'accroître la confiance du public à l'égard d'une prestation et d'une attribution uniformes et équitables des services des RLISS partout en Ontario.

31. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger de tous les CASC qu'ils assurent une qualité des services uniforme partout dans la province, notamment par la normalisation des politiques et procédures des principaux programmes, des critères d'évaluation et d'admissibilité et des niveaux de service connexes, afin d'accroître la confiance du public à l'égard d'une prestation et d'une attribution uniformes et équitables des services des CASC partout en Ontario.

32. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait faire en sorte que les CASC et les fournisseurs de services avec lesquels ils ont conclu un contrat fassent preuve de prudence au moment de négocier et d'établir les attributions des soins centrées sur les tâches, puisque les besoins de certains clients peuvent exiger davantage de temps que celui alloué pour certains services (p. ex., un bain de 15 minutes). Les plans de soins devraient être élaborés en fonction des besoins et des désirs réels du client, d'une manière respectueuse de l'autonomie des préposés aux services de soutien à la personne et de la qualité de leur milieu de travail. Le Ministère devrait s'assurer que les CASC intègrent les paramètres de satisfaction des clients et du personnel qui portent sur cette question et produisent un rapport sur le sujet.

33. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que tous les organismes de soutien communautaire normalisent leurs politiques et méthodes des principaux programmes et activités, leurs critères d'admissibilité, leurs grilles tarifaires et les systèmes de mise sous condition des ressources.

Consulter l'annexe B pour une liste des indicateurs proposés susceptibles d'être dévoilés publiquement et d'aider à évaluer et à surveiller la prestation des services de soins de santé à domicile et l'accès opportun à ceux-ci.

Vers un modèle de soins communautaires intégrés et axés sur la collaboration

Au sein de presque chaque RLISS, les CASC ou les organismes de soutien communautaire géraient des listes d'attentes pour leurs services, obligeant souvent les personnes ayant les besoins reconnus les moins complexes à attendre de longues périodes avant de commencer leurs soins. Toutefois, comme bon nombre de personnes âgées, de familles, de personnes soignantes et de fournisseurs de soins de santé à domicile et de services de communautaires de soutien l'affirment, la capacité d'offrir du soutien en temps opportun, même aux patients ayant des besoins minimaux en matière de soins à domicile ou de soutien communautaire, peut aider à empêcher l'augmentation considérable de leurs besoins en matière de soins personnels ou actifs.

Les CASC de la province, qui disposent de ressources toujours limitées, concentrent de plus en plus leurs ressources sur les patients ayant des besoins complexes. Afin de mieux aider les personnes ayant des besoins moins pressants, les CASC collaborent davantage avec les organismes de soutien communautaire au sein de leurs RLISS pour transférer la coordination et la prestation des soins prodigués à ces personnes à certains organismes de soutien communautaire qui offrent des services de soutien personnel. Ces efforts de collaboration ont donné lieu à de sérieuses discussions, qui visaient à déterminer si les organismes de soutien communautaire devraient assumer un rôle plus officiel dans le secteur des soins à domicile et des soins communautaires en administrant les listes d'attente et en répondant aux besoins en matière de soins des clients évalués comme présentant un faible risque et ayant des besoins moins complexes. Si les organismes de services communautaires de soutien assumaient ce rôle, les CASC auraient la possibilité de centrer leurs efforts sur les clients à risque élevé et ayant des besoins en matière de soins plus complexes et axés sur les services cliniques.

> *« L'offre d'un plus grand nombre de services de santé préventive et de soins à domicile peut faire en sorte que les personnes ne deviennent pas frêles et malades prématurément; il en coûte ainsi moins cher au système de santé. »*
> *– Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées*

La création à venir de Maillons santé en Ontario pour améliorer l'ensemble du traitement des patients, en particulier les Ontariennes et les Ontariens ayant des besoins complexes, viendra en tête des priorités et exigera de tous les fournisseurs qu'ils collaborent et qu'ils fassent de leur mieux. Au cours de ce processus, il est probable qu'il faudrait réfléchir soigneusement à des questions structurelles comme permettre à des fournisseurs qui souhaitent approfondir d'autres modèles novateurs de soins communautaires mieux intégrés de le faire. Assurer une plus grande souplesse à l'égard du choix des personnes qui coordonnent les soins pour divers types de clients et de patients, tout en améliorant les options en matière prestation de soins à domicile et de soins communautaires, pourrait permettre d'atteindre l'objectif qui consiste à fournir les bons soins, au bon endroit et au moment.

En effet, il est probable qu'il sera bientôt possible, dans le cadre de la planification de la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires dans cette province, d'envisager une meilleure répartition des rôles et des responsabilités entre les fournisseurs relevant des organismes de soutien communautaire et les fournisseurs relevant des CASC. Cette répartition devrait être fondée sur les besoins des patients dans le but de renforcer l'aspect préventif des services de soins à domiciles et de soutien communautaire financés par les pouvoirs publics. On pourrait y parvenir en permettant aux

RLISS de poursuivre leurs travaux actuels effectués en collaboration avec les CASC et les organismes de soutien communautaire dans le cadre de leurs initiatives actuelles liées à des modèles de soins axés sur la collaboration. Ces partenariats ont été témoin du transfert de fonds des CASC aux organismes de soutien communautaire choisis offrant des services de soutien personnel et d'aide familiale. Ces derniers assument la responsabilité des services et la coordination des soins eu égard à la gestion des clients à faible risque dans leurs RLISS.

Les travaux actuels sur le modèle de soins axés sur la collaboration ont permis de déterminer que l'utilisation des désignations de la Method for Assigning Priority Levels (méthode d'attribution des niveaux de priorité) d'interRAI est une manière fiable et exacte de déterminer les types de clients avec lesquels les organismes de soutien communautaire pourraient commencer – les clients à faible risque sont définis comme ayant des désignations MAPLe de 1 ou 2, sur une échelle de 5, déterminées au moyen de n'importe quel outil d'interRAI pour l'évaluation des besoins en matière de soins communautaires. De cette façon, la fonction et le niveau de coordination des soins requis peuvent être déterminés selon la gravité de l'état du client. Par conséquent, les coordonnateurs de soins des CASC, à titre de professionnels de la santé réglementés, seraient affectés principalement aux clients présentant des degrés de complexité clinique plus élevés, alors que les coordonnateurs des services cde soutien communautaire (SSC), qui ne doivent pas nécessairement être des professionnels de la santé réglementés, seraient affectés principalement aux clients présentant un faible degré de complexité clinique. Ce modèle complète également le modèle de soins aux clients axés sur la population, au moyen de normes de soins, comme la coordination des soins, définies en fonction des besoins des populations et des sous-populations spécifiques de clients. Après avoir été mis en œuvre avec succès par le CASC du Centre-Toronto, ce modèle est maintenant mis en œuvre par tous les autres CASC de l'Ontario. La figure 4.1 présente le cadre conceptuel de ce modèle de soins axés sur la collaboration relatif à la coordination des soins.

Figure 4.1 – Cadre conceptuel soutenant un modèle de coordination des soins axés sur la collaboration

Résumé des descripteurs et caractéristiques clés associés à chacun des groupes de population

Personnes âgées en santé

- L'état de santé de ces personnes âgées est stable et ces dernières ne sont pas susceptibles d'être aux prises avec un problème de santé chronique qui amoindrit leurs capacités fonctionnelles.
- Elles sont capables de subvenir à leurs besoins personnels et ne sont pas susceptibles de recevoir de l'aide des services de soins à domicile ou des services communautaires de soutien. En fait, elles peuvent elles-mêmes offrir ces services à d'autres personnes à titre de personnes soignantes non rémunérées ou de bénévoles.
- Ces personnes âgées veulent demeurer en bonne santé, actives et engagées sur le plan social, et elles se tournent souvent vers des sources de renseignements qui peuvent les aider à s'orienter facilement dans le système.

Personnes âgées ayant des problèmes et des besoins de santé chroniques et stables (Méthode d'attribution des niveaux de priorité [MAPLe 1-2])

- En règle générale, ces personnes âgées sont aux prises avec au moins un problème de santé chronique; toutefois, leur état de santé global demeure relativement stable. Ces patients bénéficient d'un accès aux services de soins primaires courants.
- Bien qu'elles aient besoin d'une certaine aide de temps à autre, ces personnes peuvent généralement gérer leurs soins personnels et elles sont plutôt susceptibles de demander certains services de soins à domiciles ou services de soutien communautaire, ainsi que de demander le soutien de leurs amis, des membres de leur famille ou de leurs voisins.

Personnes âgées ayant des problèmes et des besoins de santé chroniques et instables (MAPLe 3-4)

- La plupart des personnes âgées appartenant à cette catégorie sont susceptibles d'être aux prises avec au moins deux problèmes de santé chroniques, et leur état de santé global demeure relativement stable; cependant, elles sont enclines à des périodes d'instabilité sur le plan de leur santé, qui peuvent entraîner des visites inutiles aux services d'urgence des hôpitaux si elles ne peuvent pas voir leurs fournisseurs locaux de soins primaires ou spécialisés en temps opportun. Elles sont susceptibles d'interagir avec un certain nombre de fournisseurs de soins de santé et de soins communautaires et sociaux et elles sont à risque de complications, qui se produisent dans les transitions qui ne sont pas coordonnées de façon efficace. Ces patients bénéficient d'un accès à des services complets de soins primaires en équipe.
- En règle générale, ces personnes âgées peuvent vivre de façon indépendante dans la communauté et gérer leurs besoins personnels en matière de soins de santé, mais elles reçoivent de l'aide de services de soins à domicile et de services de soutien communautaire et(ou) d'une personne soignante non rémunérée.

Personnes âgées ayant des problèmes et des besoins de santé complexes (MAPLe 4-5)

- La plupart des personnes âgées de cette catégorie ont de nombreux problèmes de santé chroniques et leur état de santé global est susceptible d'être décrit comme étant instable. Elles doivent souvent de rendre aux services d'urgence des hôpitaux. Elles ont probablement besoin d'aide et de soutien d'autres personnes pour se déplacer et les aider à gérer leurs besoins personnels en matière de soins de santé. Elles sont susceptibles de vivre dans des établissements de soins, dans des centres d'hébergement ou à domicile. Elles peuvent être très frêles et en perte d'autonomie cognitive ou physique et dépendre des services de soins intensifs à domicile et des services de soutien communautaire et (ou) d'une personne soignante non rémunérée si elles vivent dans la communauté.
- Elles interagissent de façon fréquente avec divers fournisseurs de soins de santé et de soins communautaires et sociaux et elles sont à risque de complications, qui peuvent se produire lorsque la communication entre les fournisseurs n'est pas coordonnée de façon efficace, en particulier au cours des transitions de soins. Ces patients bénéficient le plus d'un accès à des services complets de soins primaires en équipe.

Coordination des soins et meilleure orientation à l'intérieur du continuum de soins

Les deux sections suivantes décrivent les éléments et les interactions clés nécessaires pour appuyer la mise en œuvre efficace du cadre conceptuel.

Établissement de partenariats entre les fournisseurs de soins primaires et les coordonnateurs de soins communautaires. Ces partenariats veillent à ce que les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et complexes disposent d'un plan de soins de santé complet qui coordonne les aspects médicaux, sociaux et fonctionnels de leurs soins et précise les rôles et les responsabilités de chacun des fournisseurs et organismes qui participe au cercle de soins du patient, à l'intention de ce dernier, des membres de sa famille, des personnes soignantes, ainsi que pour chacun par rapport aux autres.

Préciser davantage les rôles et les responsabilités fera en sorte que :

- Les **fournisseurs de soins primaires** seront chargés de coordonner les besoins médicaux en soins primaires, spécialisés et en phase postaiguë en partenariat avec les coordonnateurs de soins communautaires.
- Les **coordonnateurs de soins des centres d'accès aux soins communautaires (CASC)** appuieront les fournisseurs de soins primaires en se chargeant de la coordination des équipes de prestation de services intégrés de soins à domicile et de services de soutien communautaire pour les personnes ayant des besoins plus complexes.
- Les **coordonnateurs de soins des services de soutien communautaire (SSC)** appuieront les fournisseurs de soins primaires en se chargeant de la coordination des équipes de prestation de services intégrés de soins à domicile et de services de soins communautaires pour les personnes ayant des besoins non complexes.

Recommandations

34. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager ses CASC à compléter la mise en œuvre de leur modèle de soins aux clients axés sur la population pour la prestation des services, qui permet aux coordonnateurs de soins désignés de surtout mettre l'accent sur les besoins des personnes âgées ayant des besoins complexes.
35. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait aider les RLISS, leurs CASC et les organismes de soutien communautaire à officialiser un modèle uniforme de soins axés sur la collaboration, qui permet de répartir les rôles de gestion des listes d'attente fondées sur la sévérité et de coordination des soins entre les CASC et les organismes de soutien communautaire choisis, ce qui permet à ces deux organismes sectoriels d'offrir des services de soutien personnel financés par les pouvoirs publics dans chaque RLISS. Cela permet aux deux organismes sectoriels de tirer parti de leurs forces et de mieux répondre aux besoins des clients.

Promouvoir un modèle de coordination des soins communautaires principal

Dans le cadre d'un modèle de coordination des soins améliorée et intégrée, où la coordination est centrée sur la complexité et les besoins, il faut un mécanisme qui fait en sorte que le bon coordonnateur des soins prenne en charge les soins prodigués à un client lorsque les besoins de ce dernier changent. Par exemple, si la situation d'un client ayant des besoins majeurs évoluait et que ses besoins devenaient mineurs, il y aurait une méthode claire pour transférer la coordination de ses soins d'un coordonnateur des soins d'un CASC à un coordonnateur des soins d'un organisme de soutien communautaire et vice versa. Pour ce faire, dans le cadre d'essais menés en ce sens dans le RLISS de Hamilton Haldimand Niagara Brant, on a mis au point un modèle de coordination des soins principal dont font même partie des coordonnateurs des soins d'organismes communautaires de santé mentale.

Essentiellement, un client qui a besoin des services de plusieurs organismes aura accès à un coordonnateur rattaché à chaque organisme pour aider à organiser les soins dont cet organisme est responsable. Cependant, ces coordonnateurs des soins acceptent de jouer un rôle de soutien auprès du coordonnateur des soins rattaché à l'organisme qui doit le plus s'occuper des soins du client à un moment donné. Dans le cadre d'un modèle amélioré de coordination des soins axé sur la collaboration, comme celui décrit ci-dessus ou comme d'autres qui sont susceptibles d'apparaître au fil du temps, l'importance de veiller à ce que le fournisseur de soins primaires demeure toujours informé et engagé au centre des soins du client est claire.

Progression des pratiques de coordination des soins améliorée

Une coordination des soins améliorée et intégrée doit être considérée comme un processus complet et systématique qui englobe un dépistage, une évaluation, de la planification, de l'organisation, de la coordination et la surveillance des résultats d'un plan de soins qui relie souvent des services et des ressources dans le secteur des soins de santé et à l'extérieur. Il s'agit également d'un processus proactif qui vise à rendre les soins plus adéquats, à offrir davantage d'uniformité, de choix et de souplesse dans la prestation des services et à accroître l'efficacité des services, les résultats positifs pour les patients ainsi que la collaboration entre les fournisseurs. Par ailleurs, les données probantes établissent clairement qu'un manque de coordination et des transitions bâclées entre les milieux de soins peuvent souvent entraîner des retards ou des écarts dans les soins, des renvois inutiles vers des spécialistes, des dédoublements d'examens, des effets secondaires, des coûts évitables habituellement associés aux transitions ratées entre la collectivité et les hôpitaux et les services des urgences, de l'insatisfaction pour les patients et les personnes soignantes, ou d'autres problèmes qui ont des répercussions défavorables ou mettent en danger la santé ou le bien-être d'un patient.

Les caractéristiques communes aux programmes de coordination des soins fructueux sont les suivantes : une évaluation multidisciplinaire complète des besoins médicaux, fonctionnels et psychosociaux accompagnée d'un suivi continu; une coordination proactive des soins entre les différents fournisseurs qui est préventive en tout temps; d'intenses efforts d'éducation en matière de santé et du soutien en vue de la modification du mode de vie; et la surveillance des progrès d'un patient entre les visites[127]. En outre, des études révèlent que tous les programmes de soins intégrés couronnés de succès qui s'adressent aux personnes âgées fragiles offrent une coordination des soins et une prestation de soins interprofessionnels qui reposent sur des évaluations et des instruments de planification des soins communs, ainsi que sur des systèmes de données intégrés. Idéalement, les fournisseurs de soins primaires serviront de « plaque tournante » pour la gestion des besoins de soins de santé et des besoins sociaux complexes et souvent interreliés de leurs patients. Cependant, afin d'assurer une coordination efficace des soins globaux de leur patient, les fournisseurs de soins primaires doivent être en mesure d'intégrer les idées provenant de plusieurs sources à un plan de soins complet centré sur la personne, qui favorise une communication accrue et une meilleure circulation des renseignements entre tous les fournisseurs de services. Par conséquent, la nécessité d'offrir et de coordonner des soins en partenariat avec les CASC et les organismes de soutien communautaire devient évidente.

Soutenir l'intégration des soins primaires et communautaires

L'intégration des soins primaires et communautaires étant, de l'avis de nombreuses personnes, un objectif nécessaire qui tarde à être réalisé, il importe d'analyser les obstacles qui nuiraient au niveau d'intégration voulu et les occasions qui le faciliteraient, tout particulièrement dans le cas des soins aux personnes âgées. Le défi le plus important pour l'élaboration d'autres modèles de coordination des soins améliorée et intégrée ou la promotion de l'intégration des soins primaires, est que les CASC continuent d'éprouver de la difficulté à interagir de façon proactive avec les fournisseurs de soins primaires, notamment ceux qui œuvrent dans les centres de santé communautaire (CSC), comme

[127] Macadam, Margaret., « Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review », *Rapport de recherche des RCRPP*, Toronto (Ontario), avril 2008.

les équipes de santé familiale (ESF), et d'autres milieux de soins individuels ou d'équipe[128]. À l'heure actuelle en Ontario, seulement une fraction des 12 000 fournisseurs de soins primaires de la province sont officiellement rattachés à des coordonnateurs de soins de CASC locaux et encore moins le sont à des coordonnateurs de soins d'organismes de soutien communautaire.

Les fournisseurs de soins primaires déclarent souvent qu'ils ne sont pas au courant des services que leurs patients reçoivent au sein de la collectivité, même s'ils les ont aiguillés vers un CASC ou un organisme de soutien communautaire de la région afin de faire évaluer leurs besoins de services. Par conséquent, lorsque surviennent des problèmes qui pourraient nécessiter davantage de soins à domicile et de soins communautaires, dans bien des cas, il est impossible pour les fournisseurs de soins primaires de savoir exactement quelle est la meilleure façon de joindre le coordonnateur des soins d'un patient. En outre, les fournisseurs de soins primaires avec lesquels nous avons discuté un peu partout dans la province ont souvent indiqué qu'ils ne connaissaient pas l'éventail d'options de soins à domicile et de soins communautaires appropriés qui permettraient d'éviter que leurs patients aient ultérieurement besoin de soins plus actifs.

Ce manque d'intégration complète se répercute tout particulièrement sur les personnes ayant des besoins de soins de santé et des besoins sociaux complexes et souvent interreliés. Ce sont ces personnes qui passent le plus régulièrement d'une partie du système de soins de santé à une autre et tirent le plus grand avantage des services de soins à domicile et de soins communautaires. Il semble que la première étape de l'élaboration d'un modèle de coordination des soins améliorée et intégrée consistera à exiger que toute personne qui coordonne des soins dans la collectivité identifie le fournisseur de soins primaires d'un patient et l'avise qu'il relève d'elle, lui indique comment la joindre et l'informe de ce qu'elle fait pour soutenir le patient de ce fournisseur de soins primaires. Lorsque des modifications apportées aux plans de soins, il faudrait également faire d'autres mises à jour. L'Ontario Medical Association (OMA) en a fait la recommandation dans son mémoire traitant de l'élaboration de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, indiquant que « les médecins croient que les soins communautaires sont un "trou noir" où les renseignements concernant l'urgence des besoins des patients ne sont pas pris en compte et la rétroaction sur les soins que leurs patients reçoivent (ou non) est limitée, voire inexistante[129] » [traduction]. En effet, la plupart des fournisseurs de soins primaires de première ligne auxquels nous nous sommes adressés ont fait part de ces mêmes préoccupations, sauf lorsqu'ils avaient le rare privilège de compter un coordonnateur des soins au sein de leur cabinet. Comme doivent le faire, en vertu des règlements, dans certains cas, d'autres professionnels de la santé réglementés, les coordonnateurs des soins devraient être obligés de communiquer avec les fournisseurs de soins primaires. L'OMA a également proposé d'établir des délais en fonction desquels les coordonnateurs des soins remettraient aux fournisseurs de soins primaires un rapport au sujet de leurs patients, et d'adopter une disposition obligeant les fournisseurs de soins primaires à répondre en temps opportun aux demandes des organismes de soutien communautaire et des CASC[130].

[128] Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO), *Seniors Care Strategy: Where Every One Matters*, mémoire présenté au Dr Sinha, Toronto (Ontario), 2012.
[129] Ontario Medical Association (OMA), *Mémoire concernant la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées* présenté par l'OMA au Dr Samir Sinha, Toronto (Ontario), 2012.
[130] *Ibid.*

Recommandations

36. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que les responsables de la coordination des soins dans les CASC et les organismes de soutien communautaire adoptent et normalisent un mécanisme favorisant, en temps opportun, la communication continue avec le fournisseur de soins de primaires désigné, l'échange de renseignements et la mise à jour de l'état d'un patient ou d'un client avec celui-ci.
37. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que les CASC soutiennent l'établissement de liens obligatoires entre leurs coordonnateurs des soins et les fournisseurs de soins primaires dans le but d'améliorer la communication officielle et officieuse et la compréhension entre les deux secteurs.

Améliorer l'échange de renseignements à l'intérieur du cercle de soins d'une personne

Aux fins de la création de Maillons santé qui mettront l'accent sur une coordination des soins améliorée et intégrée parmi les professionnels des soins de santé, sociaux et communautaires, il faudra que les fournisseurs qui font partie du cercle de soins d'un patient aient accès à tous les renseignements susceptibles de les aider dans leurs activités. Cependant, malgré l'utilisation d'évaluations réalisées au moyen des instruments interRAI, les coordonnateurs des soins de première ligne des CASC et des organismes de soutien communautaire se sont dits frustrés de ne pas pouvoir vérifier facilement si leur client a été évalué précédemment par un coordonnateur des soins de l'autre organisme fournisseur et, lorsque c'est le cas, de ne pouvoir consulter ces évaluations antérieures. Il arrive donc parfois qu'un même client doive subir une évaluation en double, et que, par le fait même, le coordonnateur des soins perde de son précieux temps.

Afin de corriger la situation, le Ministère a investi des fonds dans la création d'un référentiel de renseignements sur les évaluations en milieu communautaire appelé Dossier d'évaluation médicale intégré (DEMI). Le DEMI a été créé afin que toutes les évaluations de clients réalisées par les CASC et les organismes de soutien communautaire y soient téléchargées de sorte que tous les fournisseurs de services et de soins faisant partie du cercle de soins d'un client puissent consulter ces évaluations antérieures. Malheureusement, le secteur des soins à domicile et des soins communautaires n'est pas encore entièrement connecté à ce système. Par conséquent, le Ministère devra peut-être envisager d'obliger tous les fournisseurs du secteur de se connecter au système afin de mieux soutenir l'intégration globale des soins.

Recommandation

38. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait obliger les CASC et les organismes de soutien communautaire à verser les évaluations des clients (p. ex., celles réalisées avec les instruments RAI-HC et CHA) dans le DEMI afin que les autres fournisseurs de services et cliniciens qui font partie du cercle de soins d'un patient ou qui viennent à en faire partie aient plus facilement accès aux évaluations et aux renseignements sur les services.

Mettre à niveau des instruments et des protocoles actuels d'évaluation et de planification des soins

Encourager les CASC à mettre à niveau leur version actuelle de l'instrument d'évaluation des clients (RAI HC) et les aider à passer à la toute dernière version de l'outil (interRAI HC) leur permettra de tirer avantage des protocoles de planification des soins améliorés que produit l'instrument et d'assurer la pleine harmonisation de leurs travaux avec ceux des organismes de soutien communautaire qui utilisent l'instrument interRAI CHA. Il importe d'avoir recours à de bons protocoles de planification des soins afin de bien cerner les besoins des clients et de comprendre quelles seront les mesures nécessaires pour y répondre.

Bien que les instruments d'évaluation interRAI donnent des pointages calculés selon des barèmes d'évaluation précis, l'élaboration et l'utilisation du « pointage RAI » par certains CASC pour orienter les décisions de planification des soins se révèlent quelque peu problématiques. C'est parce que ce pointage est généré en tant que produit additif d'autres pointages et ne constitue pas une façon validée de mesurer les besoins des clients. Ainsi, la prise de décisions en matière de soins fondées sur ce pointage peut être problématique à l'occasion, tout particulièrement lorsque le pointage ne projette pas correctement les besoins réels d'un client. Des coordonnateurs des soins des CASC nous ont déjà fait part de ce problème à maintes reprises, tout comme des fournisseurs de soins primaires et d'autres soins communautaires qui estimaient que la détermination des services aux clients fondée sur le « pointage RAI » faisait fi, dans certains cas, d'autres raisons évidentes pour lesquelles le client avait encore besoin d'un certain niveau de services, ainsi que de leur jugement professionnel. Même si l'utilisation du « pointage RAI » devrait être abandonnée en Ontario, encourager les CASC à mettre à niveau leurs instruments interRAI actuels désuets aidera leurs coordonnateurs à profiter de la version mise à jour de ses protocoles de planifications des soins.

Recommandations

39. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait aider les CASC à mettre à niveau leur outil d'évaluation des clients (l'instrument RAI HC 2.0) pour passer à l'instrument interRAI Home Care en vue d'une compatibilité complète avec l'instrument interRAI CHA axé sur les organismes de soutien communautaire, et à profiter des protocoles de planification des soins améliorés qui sont associés à la plus récente version de cet outil.
40. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait ordonner que les CASC éliminent l'utilisation du « pointage RAI » non validé au moment de déterminer l'admissibilité des clients aux services, puisque le pointage ne tient pas réellement compte des besoins des clients.

Améliorer la prestation de services communautaires de renseignements et d'aiguillage

Nous avons été préoccupés d'apprendre qu'un certain nombre d'Ontariens, qu'il s'agisse de patients, de personnes soignantes ou de professionnels des soins de santé ou sociaux, ne sont au courant ni des services offerts par les CASC et les organismes de soutien communautaire ni de la meilleure façon d'y accéder. Cette situation a été mise en évidence par des études antérieures, qui ont révélé que plus de la moitié des patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS) qui étaient hospitalisés et attendaient d'être placés dans un foyer de soins de longue durée ne bénéficiaient pas des services de CASC malgré de nombreux contacts avec le système de soins de santé au cours de l'année précédente[131]. En outre, une importante proportion des Ontariennes et des Ontariens âgés ne reçoivent des services de CASC qu'après leur hospitalisation, plutôt que dans un cadre plus proactif et préventif qui pourrait réduire le risque futur d'hospitalisation et améliorer la continuité des soins offerts au patient.

Il est devenu évident, aux yeux de nombreuses personnes, que la méthode actuelle de prestation de services de renseignements et d'aiguillage doit être appliquée par tous les fournisseurs de soins de santé, sociaux et communautaires d'une façon beaucoup plus uniforme et accessible. En effet, un grand nombre de personnes âgées, de membres de leur famille et de personnes qui les soignent ont affirmé qu'ils ne savaient pas exactement quel était le meilleur endroit où obtenir des renseignements fiables au sujet des services de santé, sociaux et communautaires d'une manière qui soit également accessible. De plus, bien que les CASC aient mis en place diverses formes de services de renseignements et d'aiguillage, les organismes de soutien communautaire et d'autres fournisseurs de soins de santé, sociaux et communautaires ont déclaré qu'ils n'avaient pas toujours l'impression que les CASC étaient suffisamment bien placés ou outillés pour assurer un suivi des soins de santé, sociaux et communautaires offerts dans leur territoire de compétence. Dans certains cas, devant la capacité limitée de certains CASC et d'autres sources d'information à transmettre des renseignements et à aiguiller des patients, des RLISS ont décidé d'aider leurs fournisseurs de soutien communautaire à créer leurs propres systèmes d'information et d'aiguillage, comme le Community Navigation and Access Program (CNAP) du RLISS du Centre-Toronto ou le Care Dove Information and Referral System du RLISS de Waterloo Wellington.

En tenant compte de l'investissement du Ministère dans son site Web Vos options de soins de santé et de son intention, récemment annoncée, de mettre à niveau ses capacités d'échange de renseignements, de même que de la création et de la récente expansion du service d'information, d'aiguillage et d'assistance téléphonique 211 du gouvernement de l'Ontario, il existe de toute évidence des occasions de collaboration accrue dans le domaine des services de renseignements et d'aiguillage. Amener les secteurs des soins de santé, sociaux et communautaires à prendre conscience des nouvelles possibilités d'offrir des services de renseignements et d'aiguillage plus intégrés et accessibles grâce à une source de renseignements claire et spécialisée, adoptée d'un commun accord et qui peut également être bien annoncée contribuera également à éviter le dédoublement des efforts entre les fournisseurs et permettra aux Ontariens d'accéder facilement aux renseignements et aux conseils dont ils ont besoin.

[131] Institut des sciences de l'évaluation clinique (ISEC), Bronskill, S. E., et coll. *Historical Health System Use by Alternate Level of Care (ALC) Patients*,, rapport non publié, 2012.

Recommandation

41. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que tous les CASC et les organismes de soutien communautaire participent aux activités de renseignements et d'aiguillage. Les organismes de soutien communautaire et les CASC devraient être tenus de travailler de concert avec le service 211 pour améliorer ce dernier afin qu'il devienne le premier et unique point de contact où obtenir des services de renseignements et d'aiguillage à l'égard des services sociaux, communautaires et de santé de l'Ontario (consulter la recommandation 15).

Les répercussions futures de l'intégration des soins primaires sur les CASC et les organismes de soutien communautaire

Dans son *Plan d'action en matière de soins de santé*, le Ministère a indiqué qu'il souhaite que ses RLISS supervisent l'organisation et l'intégration des soins primaires dans le cadre de leurs fonctions élargies de surveillance de la planification et de la prestation des services, tout comme la façon dont ils encadrent actuellement les secteurs des soins hospitaliers, de longue durée et de soins communautaires. Il s'agira d'une autre mesure habilitante, alors que le gouvernement entreprend d'établir des Maillons santé dans ses RLISS afin de soutenir l'intégration accrue des soins destinés à des groupes de patients désignés.

L'intégration des soins primaires devenant maintenant une priorité de base du Ministère et de ses RLISS, on discute beaucoup du rôle et des fonctions futurs des CASC et de l'occasion de mieux harmoniser leurs travaux au sein des structures existantes des RLISS. Bien que certains aient soutenu qu'il y aurait lieu d'éliminer les CASC[132, 133], il faut reconnaître qu'ils assument d'importantes fonctions et responsabilités qui sont essentielles au maintien de l'efficacité du système de soins de santé. Néanmoins, puisque les RLISS et les CASC sont conçus comme des organes de planification qui délèguent et supervisent la prestation des soins, on peut comprendre pourquoi la Commission de réforme des services publics de l'Ontario a fortement recommandé d'améliorer l'harmonisation entre les CASC et les RLISS ou même de donner aux RLISS davantage de souplesse pour leur permettre de régir les fonctions des CASC ou encore de les intégrer dans une structure améliorée des RLISS[134]. Si une réforme structurelle a lieu, il convient de noter que le processus pourrait avoir des effets très perturbateurs et décevoir en fin de compte si la proposition de valeur n'est pas bien comprise et exprimée clairement.

Dans la mesure où l'on comprend que, pour améliorer la prestation des soins primaires, il faudra l'intégrer davantage à la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires, la mise en œuvre de Maillons santé constitue peut-être toujours une bonne occasion de revoir les rôles et les fonctions des CASC et des RLISS. Au fil de l'évolution des Maillons santé, il faudra peut-être habiliter les RLISS à planifier et à financer les modèles de soins les mieux intégrés en permettant, s'il

[132] Parti progressiste-conservateur de l'Ontario, « Paths to Prosperity: Patient-Centred Health Care », *Livre blanc du caucus*, 2012.
[133] L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), *Enhancing Community Care for Ontarians. A Three Year Plan*, Toronto (Ontario), 2012.
[134] Gouvernement de l'Ontario, ministère des Finances, Commission de réforme des services publics de l'Ontario, *Public Services for Ontarians: A Path to Sustainability and Excellence*, Toronto (Ontario), 2012.

y a lieu, que les fonctions de coordination des soins et d'attribution des services soient enchâssées dans des organes de soins primaires comme les équipes de santé familiale et les centres de soins communautaires et assurées par eux, ainsi que par l'intermédiaire de modèles de soins hospitaliers spécialisés.

Récemment, les CASC ont commencé à tenir d'autres rôles dans la prestation des soins proprement dite. Cependant, nous ne savons pas avec certitude s'ils possèdent l'infrastructure et la capacité appropriées pour offrir des soins directs et si la prestation de soins contredit encore plus leur mandat initial consistant à créer un modèle de prestation de services plus objectif, comprenant la séparation de l'acheteur et du fournisseur. Le rôle plus direct des CASC dans la prestation des soins de première ligne a suscité des critiques de la part de fournisseurs de services de santé communautaires, lesquels estiment qu'ils seront injustement mis en concurrence avec les CASC, puisqu'il n'existe aucun mécanisme clair pour surveiller la capacité des CASC d'offrir des soins efficaces ou de qualité aux patients ou aux clients. Cet estompement des frontières entre les rôles a incité ces fournisseurs de services de santé à soutenir qu'ils devraient eux aussi être autorisés à jouer un rôle plus direct dans la coordination des soins.

Dans un contexte de soins de santé en évolution, il est de toute évidence nécessaire de préciser les mandats, les rôles et les processus liés à la surveillance et à la prestation des soins. Par conséquent, il devrait être souhaitable d'examiner comment les rôles et les fonctions des CASC pourraient être mieux définis et harmonisés ou même changés afin de fonctionner au sein des structures des RLISS, d'une façon qui favorise un système de soins primaires et communautaires plus intégré et renforcé. De plus, toutes les occasions de réaffecter une partie du financement de l'administration aux soins directs qui pourraient en découler devraient être bienvenues, mais uniquement s'il est possible de définir une proposition de valeur claire.

Recommandations

42. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait collaborer avec les RLISS et les CASC afin de les aider à explorer et à approfondir des solutions leur permettant d'améliorer l'harmonisation de leurs fonctions et de leurs activités. Cette collaboration pourrait donner aux RLISS et à leurs CASC la possibilité de centraliser davantage ses fonctions administratives et opérationnelles et de les intégrer au besoin, ce qui leur ferait réaliser des économies qui pourraient être réinvesties dans la prestation d'une quantité accrue de soins et l'amélioration de l'utilisation globale des ressources.
43. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait offrir aux RLISS la possibilité (lorsque les moyens existent) de décider qui coordonne les soins pour divers types de patients et leurs besoins variés dans leur région, ainsi que la souplesse voulue pour prendre ces décisions.

Financer les soins à domicile et les soins communautaires pour l'avenir

Pour faire la promotion de la santé et du bien-être, les Canadiennes et les Canadiens mettent en œuvre depuis longtemps des programmes universels non fondés sur les ressources en ce qui a trait à la prestation de services de soins de santé et de services sociaux et communautaires. Ce type de démarche est presque entièrement inexistant aux États-Unis. Cependant, nous avons de plus en plus de mal à maintenir la viabilité de nos services de soins de santé et services sociaux et communautaires, contrairement à d'autres nations dotées de systèmes de soins de santé universels. Bien que les données probantes indiquent clairement que les quotes-parts liées aux services de soins de santé primaires ou actifs peuvent décourager les gens d'accéder aux soins essentiels dont ils ont besoin, il n'en va pas de même pour les services de soins à domicile et de soins communautaires. Par conséquent, la question à se poser est donc la suivante : si nous cherchons d'autres moyens de financer les services de soins à domicile et de soins communautaires, pouvons-nous trouver un moyen qui veillera à ce que nous puissions obtenir les soins dont nous avons besoin d'une façon qui est sûre et qui protège les personnes les plus vulnérables de notre société?

Quand il est question du système de soins de santé, l'un des éléments formidables qui unissent la population de l'Ontario et du Canada est la préférence pour une démarche communautaire. Aucun d'entre nous ne sait ce que le futur peut nous réserver en ce qui concerne notre santé; nous nous sommes donc engagés à créer un système qui peut s'avérer efficace pour répondre aux besoins de tout le monde, peu importe leur capacité de payer. Les difficultés avec lesquelles l'Ontario et d'autres territoires de compétence doivent composer surgissent lorsque les soins qu'ils peuvent se payer ne répondent pas aux demandes futures et encore moins aux demandes actuelles.

L'une des choses que nous avons clairement entendues cet été, c'est que notre système actuel de soins à domicile et de soins communautaires est terriblement sous-financé. Bien que près du quart des Ontariennes et des Ontariens âgés reçoivent certains types de soins à domicile (rémunérés, non rémunérés ou les deux), quatre pour cent ou près de 175 000 Ontariennes et Ontariens âgés ont encore déclaré, dans le cadre de la plus récente *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, avoir des besoins en matière de soins à domicile qui ne sont pas satisfaits. Comme il a été mentionné précédemment, les personnes qui ne reçoivent que des soins à domicile non rémunérés étaient les plus susceptibles de déclarer avoir des besoins en matière de soins à domicile non satisfaits[135].

Lorsqu'ils gèrent des budgets serrés, les CASC sont souvent obligés de faire des choix à l'égard de la quantité de services qui peuvent être offerts. Ces choix ne conviennent ni aux coordonnateurs des soins, ni à leurs clients qui ont besoin de plus de soins. D'ailleurs, nous avons souvent entendu dire qu'en offrant seulement plus d'heures, nous pourrions encourager encore plus de personnes à vieillir chez elles, mais nous ne pouvons offrir d'autres soins. Le manque de financement explique peut-être la raison pour laquelle les taux d'ANS sont demeurés stables depuis maintenant près d'un an et qu'ils ne présentent aucune tendance actuelle à la baisse, puisque les personnes qui restent hospitalisées sont surtout les personnes dont les besoins ne peuvent actuellement pas être satisfaits avec les ressources existantes offrant les soins à domicile et les soins communautaires.

[135] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

Comment passer à la création d'un système qui pourra répondre aux besoins actuels et futurs de l'Ontario tout en protégeant les personnes les plus vulnérables de notre société? La première option consiste simplement à augmenter les taxes provinciales, bien que la plupart des gens y soient opposés, particulièrement compte tenu du contexte économique actuel. La deuxième option consiste à supprimer complètement certains services afin que la province puisse utiliser ses ressources limitées pour couvrir moins de services plus adéquatement, même si nous avons entendu dire de la part des Ontariennes et des Ontariens que les services de soins à domicile et de soins communautaires que nous couvrons actuellement sont essentiels. La troisième option consiste à envisager sérieusement de mettre en place un système où les Ontariennes et les Ontariens commenceraient à payer pour leurs services lorsqu'ils le pourront.

Étudier des modèles de prestation de services de soins à domicile fondés sur le revenu

L'idée de payer une partie des coûts liés aux soins à domicile et aux soins communautaires d'une personne n'est pas nouvelle dans cette province. Le fait que l'approche globale actuelle du gouvernement en ce qui concerne le partage des coûts liés au financement des soins d'une personne dans la collectivité n'est pas cohérente et aussi complète qu'elle devrait l'être est une question plus problématique. Par exemple, les services professionnels de soins cliniques et personnels sont fournis gratuitement dans les CASC. En Ontario, les organismes de soutien communautaire sont en outre subventionnés par le gouvernement et bon nombre d'entre eux fournissent des services de soins personnels subventionnés selon la capacité d'une personne de payer. Sinon, les services offerts par les organismes de soutien communautaire ne sont pas gratuits, à moins qu'un CASC local leur confie la prestation de ces services de soins personnels.

Puisque les budgets des CASC se sont resserrés en raison de la hausse du nombre de clients ayant des besoins élevés, les personnes âgées ayant davantage de besoins préventifs de base, comme l'aide familiale, sont aiguillées vers des fournisseurs de services de soutien communautaire (SSC), ce qui signifie inévitablement qu'elles sont obligées de payer pour des services qu'elles ont peut-être reçus gratuitement dans le passé. Il semble que le système de santé public actuel soit devenu un système à double palier qui valorise les soins en aval plutôt qu'en amont et qui ne tient pas entièrement compte de l'incapacité de certaines personnes âgées à faible revenu de payer même pour une partie des services de soins préventifs à domicile fournis par des organismes de soutien communautaire qui favoriseraient mieux leur autonomie globale.

Dans d'autres territoires de compétence, une démarche de plus en plus populaire a été adoptée pour établir les taux des clients fondés sur le revenu pour tous les services publics de soins à domicile et de soins communautaires dans le but de répondre aux demandes actuelles et futures de services de soins à domicile. Il s'agit de la démarche utilisée depuis longtemps dans six des 10 provinces canadiennes pour l'administration de leurs programmes de soins à domicile (consulter le tableau 4.1), qui a été bien reçue par le public. En Colombie-Britannique, afin de simplifier le processus et de le rendre transparent, on demande aux clients, lorsqu'ils sont évalués pour les services, de signer un formulaire de consentement qui autorise l'organisme qui offre des soins à domicile à vérifier leur revenu auprès de l'Agence du revenu du Canada. Le client paie ensuite un modeste taux quotidien fondé sur le revenu

pour ses soins, peu importe l'évolution de ses niveaux de service. La même procédure s'applique aux services de soins de longue durée et d'aide à la vie autonome.

Tableau 4.1 – Description des modèles canadiens de prestation de services de soins à domicile fondés sur le revenu

Province	Description
Colombie-Britannique	Le programme de soutien à domicile est fondé sur le critère de revenu. Toutefois, cette province fait une exception à cette règle, en accordant deux semaines de soutien à domicile après la prestation de soins de courte durée ou de soins palliatifs.
Alberta	Cette province fournit sans frais des services évalués de gestion professionnelle des cas, de soins de santé professionnels, de soins personnels et de soutien des fournisseurs de soins. Un processus provincial et un barème d'honoraires sont en voie d'élaboration pour déterminer les frais des clients pour les soins à domicile et les services de soutien communautaire.
Saskatchewan	Des frais fondés sur le critère de revenu sont imposés à la clientèle, après l'épuisement des dix premières unités de service au cours d'un même mois. Après l'épuisement de ces unités de service, les frais reposent sur le revenu mensuel ajusté. La contribution exigée du client est fondée sur le critère de revenu pour les services de soutien à domicile par l'entremise de Ressources humaines et Développement social Canada.
Nouveau-Brunswick	Dans cette province, les frais relatifs aux services de soutien à long terme et de soins en établissement sont déterminés par le critère de revenu, plus précisément par le revenu net.
Nouvelle-Écosse	Cette province n'impose aucuns frais aux clients dont le revenu net s'inscrit dans la catégorie désignée par le programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse, dont le revenu est inférieur à cette catégorie, ou qui reçoivent des prestations gouvernementales fondées sur le critère de revenu (p. ex., le Supplément de revenu garanti, l'aide au revenu, les prestations familiales). Aucuns frais ne sont facturés pour les services de soins infirmiers ou de soins personnels fournis par les infirmières autorisées ou les infirmières auxiliaires autorisées ou pour les services des médecins fournis par le truchement de l'assurance pour les services médicaux.
Terre-Neuve	Cette province n'a défini aucun critère de revenu à l'endroit des personnes faisant appel à des services professionnels de santé ou devant obtenir du soutien à domicile de courte durée. Toutefois, elle procède à une évaluation financière dans le cadre des services prolongés de soutien à domicile.

Source : Association canadienne de soins et services à domicile, Rapport présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2012.

En Australie, il existe un système similaire qui impose des taux fondés sur le revenu et plafonne les montants annuels et viagers qu'un client devrait en outre verser pour couvrir le coût de ses soins. Le principe clé qui devrait être mentionné en ce qui concerne tous ces modèles est que les personnes âgées à faible revenu ne payent pas pour les services qu'elles reçoivent et que le revenu supplémentaire qui est perçu par les organismes qui offrent des soins à domicile a permis à des milliers d'autres personnes de recevoir des soins d'une manière beaucoup plus exhaustive[136].

Malgré les investissements importants récemment faits dans les soins à domicile et les soins communautaires, il est essentiel que l'Ontario comprenne qu'il doit en réalité dépenser plus d'argent dans les services de soins à domicile et de soins communautaires afin d'appuyer sa vision globale de son système de soins de santé. Par conséquent, nous devons avoir une conversation franche sur ce que nous pouvons faire pour renforcer la prestation de services de soins à domicile et de soins communautaires que nous rendons accessibles dans les CASC et les organismes de soutien communautaire. Il faut commencer à mettre l'accent une fois de plus sur les soins préventifs et le soutien qui offriront à un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens la possibilité de vieillir chez eux tout en recevant les soins dont ils ont besoin.

Recommandation

44. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner les incidences de la conception d'un système fondé sur le revenu pour la prestation de services de soins à domicile et de services soutien communautaire en se fondant sur les expériences et les apprentissages d'autres territoires de compétence. La réalisation de cet examen dans le but de mettre en place un système qui peut accorder la priorité aux principes d'accessibilité, d'équité, de choix, de qualité et de valeur fera partie intégrante de ce processus.

Modèles de financement direct

Au cours de la dernière décennie, il y a eu une demande grandissante pour avoir une plus grande souplesse et un meilleur contrôle en ce qui a trait à la gestion des services de soins de santé personnels. Parallèlement, les gouvernements se sont de plus en plus concentrés sur la recherche de moyens pour trouver des façons plus efficaces de fournir des services de soins à domicile et des services de soutien communautaire. Cela a mené à l'examen et à l'élaboration d'un certain nombre de modèles de financement autogérés afin de mieux répondre aux besoins en constante évolution d'un large éventail de clients nécessitant des soins à domicile et des soins communautaires ainsi que de leur famille et de leurs personnes soignantes.

La philosophie de l'autonomisation sous-jacente aux modèles de soins autogérés permet aux personnes, à leur famille et à leurs personnes soignantes de tous les groupes d'âge de faire plus de choix et d'avoir un plus grand contrôle sur les services de soins à domicile et de soins communautaires qui répondent à leurs besoins, le choix des personnes qui les fournissent et la manière dont ils sont fournis. Dans

[136] Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Ageing, *Living Longer. Living Better.*, Canberra, Australie, 2012.

ces modèles, les ressources liées aux soins à domicile et aux soins communautaires sont mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise d'un versement de paiements directs ou de bons.

En Ontario, les soins à domicile et les soins communautaires financés par le gouvernement sont fournis par le biais d'un réseau d'organismes fournisseurs de services avec l'aide des coordonnateurs de soins œuvrant dans des CASC ou des organismes de soutien communautaire, dont le rôle consiste à évaluer les besoins et à créer ensuite des ensembles de soins en fonction des services auxquels les gens ont accès. Les coordonnateurs de soins travaillent de plus en plus de concert avec des familles, des personnes soignantes et des clients beaucoup plus engagés qui désirent opter pour une démarche axée sur le client et la personne soignante plus souple en ce qui a trait à la prestation de soins à domicile et de soins communautaires qui va au-delà de la prestation de services professionnels de soins. Il est clair que les options de financement autogérées peuvent accroître l'utilisation des ressources limitées en réalisant des économies, en améliorant la prestation de services ainsi qu'en améliorant l'expérience du client et ses résultats en matière de santé. On devrait donc tenir compte de la possibilité pour ces options de financement autogéré d'aider les gens à éviter l'hospitalisation et le placement en foyer de soins de longue durée, et de leur capacité accrue de le faire, lorsqu'on envisagera d'adopter de nouveaux modèles de financement pour appuyer la prestation de soins à domicile et de soins communautaires en Ontario.

Certaines recherches ontariennes ont déjà démontré que les modèles de financement direct peuvent réduire les coûts unitaires pour les mêmes niveaux de services ou des niveaux accrus. Par exemple, le programme pilote de financement direct des services d'auxiliaires autogérés de l'Ontario[137] destinés aux adultes atteints d'une incapacité physique permanente s'est avéré rentable en raison de la diminution des coûts unitaires découlant de la prestation des services et de l'utilisation plus efficace de ceux-ci. Une autre étude qui s'est penchée sur l'incidence des modèles de financement direct a révélé que les coûts liés aux hospitalisations et aux soins de longue durée étaient, respectivement, 30 pour cent et 64 pour cent plus bas pour les clients qui utilisent des modèles de soins autogérés. La baisse des coûts découle de la réduction de l'utilisation de ces services[138].

Les modèles de soins autogérés qui offrent une plus grande souplesse concernant la façon dont les fonds sont utilisés ont contribué à la réduction des pressions qui s'exercent sur les ressources humaines dans le domaine de la santé en raison de la possibilité de tirer profit des soins prodigués par des personnes soignantes non rémunérées, comme les membres de la famille, les amis et les voisins à qui le bénéficiaire fait confiance pour répondre à ses besoins en matière de soins personnels. De cette façon, ces modèles peuvent s'avérer particulièrement efficaces pour soutenir les personnes qui vivent dans des régions rurales, éloignées et des régions du Nord qui peuvent avoir un accès limité à du personnel prodiguant des soins à domicile et des soins communautaires.

Dans l'ensemble, les recherches qualitatives qui ont examiné les modèles de financement autogérés ont été positives. En effet, les bénéficiaires de soins déclarent être plus satisfaits de la qualité des soins qu'ils choisissent plutôt que de ceux qui leur sont imposés et ils ont l'impression que la qualité de

[137] Roeher Institute, *Individualized Quality of Life Project: Final Evaluation Report*, Farsta, Suède, 2000.
[138] Kim, K. M., et coll. « Comparing Outcomes of Persons Choosing Consumer-Directed or Agency-Directed Personal Assistance Services », *Journal of Rehabilitation*, vol. 72, n° 2, p. 32 à 43 (2006).

ceux-ci est meilleure. Leur bien-être émotionnel, social et physique qui y est associé est meilleur[139,140]. Les personnes soignantes ont aussi signalé des effets positifs semblables en ce qui concerne leur qualité de vie globale et n'ont signalé aucune répercussion[141]. De plus, le bien-être psychologique des personnes soignantes était lié à des éléments précis des programmes de financement autogérés, comme la souplesse globale et les niveaux de financement de l'ensemble des services reçus, la prise de dispositions habituelles avec les fournisseurs qualifiés et l'occasion de prendre un répit des soins continus qu'elles offrent à leur bénéficiaire.

Au cours de la dernière décennie, des modèles de financement autogérés ont été adoptés à l'échelle internationale pour la prestation de soins à domicile et de soins communautaires aux personnes handicapées. L'élargissement de ces modèles de financement pour répondre aux besoins des personnes âgées fragiles est en outre examiné, notamment dans les collectivités ontariennes plus rurales et celles du Nord. Bien qu'une démarche commune mise en œuvre à grande échelle qui appuie les modèles de financement autogérés destinés aux personnes âgées n'ait pas encore été définie, il est clair que la réussite de ces modèles dépend de l'élaboration d'exigences bien définies en matière d'admissibilité et de responsabilité, des clients bien informés et soutenus, des familles et des personnes soignantes qui comprennent l'éventail complet des options qui s'offrent à elles ainsi que les paramètres qui sont liés à chaque option, et de la compréhension complète de l'incidence de certaines décisions concernant les soins de personnes âgées.

Dans d'autres territoires de compétence, l'un des modèles privilégiés de prestation visait à confier l'administration des exigences de financement et de production de rapports à un coordonnateur de soins et à définir un modèle de planification des soins en collaboration qui permet vraiment au bénéficiaire des soins de veiller à la satisfaction de ses besoins personnels et de ses préférences en ce qui a trait à ses soins. En comprenant que les options de financement autogérées peuvent offrir une gamme de démarches qui diffèrent sur le plan de la prise de décisions, de l'autonomie individuelle, de la participation des professionnels et des organismes, des responsabilités du client par rapport à celles de l'organisme de coordination et de nombreux autres éléments, il sera important que tout modèle futur établi en Ontario pour favoriser la prestation de soins aux personnes âgées veille à ce que tous ces facteurs soient pris en compte dans le cadre de son élaboration.

Recommandation

45. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager l'élaboration de modèles de financement direct qui habilitent les Ontariennes et les Ontariens âgés (ou aux personnes qui agissent en leur nom) à jouer un rôle prépondérant dans l'achat ou l'organisation des services de soins qui répondent à leurs besoins en matière de soins à domicile plutôt que de recevoir des soins organisés par un organisme approuvé. La prestation d'un programme de financement direct qui offre une plus grande souplesse aux clients et leur permet de contrôler leurs services de soins de santé appuiera l'objectif du Ministère à l'égard des soins orientés vers la personne.

[139] Deakin University, Uniting Care Community Options, Ottmann, G., et coll. *Self-Directed Community Aged Care for People with Complex Needs: A Literature Review*, Melbourne, Australie, 2009.
[140] Université de la Saskatchewan, Université communautaire de l'Institut pour la recherche sociale, Chopin, N. S., et I. M. Findlay., *Exploring Key Informants' Experiences with Self-Directed Funding: A Research Report*, Saskatoon (Saskatchewan), 2010.
[141] The University of York, Social Policy Research Unit, Glendinning, C., et coll. The Individual Budgets Pilot Projects: Impact and Outcomes for Carers, *Document de travail n° 2298*, York, Royaume-Uni, 2009.

Élaborer un cadre d'évaluation et de rétablissement visant à soutenir le vieillissement à domicile

En Ontario, 45 pour cent des personnes âgées vivant dans la collectivité ont été décrites comme étant « en perte d'autonomie » ou « à risque » de perte fonctionnelle. La perte des capacités fonctionnelles est ce qui menace le plus l'autonomie d'une personne âgée, exigeant souvent un soutien accru de la part de la famille, des amis et des personnes soignantes ainsi que des services officiels de soins à domicile et de soutien communautaire pour maintenir la capacité globale d'une personne de vivre de manière autonome. Lorsque ces services de soutien ne suffisent pas à répondre aux besoins fonctionnels d'une personne, la nécessité de lui prodiguer des soins dans des milieux offrant des services d'aide à la vie autonome et des soins en établissement, dans un foyer de soins de longue durée ou en milieu hospitalier se fait plus pressante, selon le niveau de complexité clinique et de besoin de la personne âgée. Actuellement, environ 26 pour cent des personnes âgées de 75 ans et plus reçoivent une certaine forme de soins en établissement chaque année en Ontario.

Un trouble de santé grave qui précipite l'admission d'une personne âgée à l'hôpital augmente le risque de perte fonctionnelle chez cette personne. Les hospitalisations aux soins actifs représentent 73 pour cent de tous les soins en établissement prodigués aux personnes âgées de 75 ans et plus chaque année en Ontario. Il n'est pas rare que des personnes âgées qui tombent malades ressentent davantage de fatigue et de faiblesse. Si l'on ajoute à cela la perte de masse musculaire et osseuse qui suit généralement une immobilisation, on peut expliquer pourquoi plus du tiers des personnes âgées ayant reçu leur congé de l'hôpital subissent une perte fonctionnelle générale par rapport à leur niveau fonctionnel habituel et pourquoi 50 pour cent de ces personnes ne retrouvent jamais les capacités qu'elles ont perdues. Cette situation pourrait empêcher ces personnes âgées de vivre à nouveau de façon autonome chez elles[142]. Chez les personnes âgées ayant des capacités réduites, l'alitement peut entraîner une perte fonctionnelle pouvant atteindre cinq pour cent par jour, par rapport à 10 pour cent par semaine chez les personnes plus jeunes[143]. C'est cette perte de capacités essentielles à l'exécution des activités quotidiennes de base telles que la marche, la toilette ou le bain qui réduit l'autonomie au sein de la collectivité et augmente la probabilité d'une admission prématurée et évitable dans un établissement. Ce déclin fonctionnel et cette extrême faiblesse évitables chez les personnes âgées en perte d'autonomie, à la suite d'une hospitalisation prolongée, sont en partie également responsables des conséquences négatives comme l'augmentation de la durée des séjours, les congés reportés et difficiles, les réadmissions, la perte de la capacité de vivre de manière autonome, un risque accru d'institutionnalisation et même la mort. Bon nombre de ces conséquences négatives de l'hospitalisation sont évitables.

Bien que les soins hospitaliers qui donnent la priorité aux pratiques plus soucieuses des personnes âgées, telles que la mobilisation précoce, puissent atténuer en partie cette perte fonctionnelle, certains patients âgés fragiles subiront inévitablement une perte fonctionnelle pendant un séjour à l'hôpital à un degré tel que, sans soins de rétablissement, ils deviendront incapables de reprendre une vie autonome dans la collectivité. De plus, au-delà du déclin fonctionnel causé par une hospitalisation prolongée,

[142] Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2011 – Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa (Ontario), 2011.
[143] Creditor, M. C. « Hazards of Hospitalization », *Annals of Internal Medicine*, vol. 118, n° 3, p. 219 à 223 (1993).

les personnes âgées vivant dans la collectivité peuvent aussi se présenter devant des fournisseurs de soins de santé en milieu hospitalier dans un mauvais état, en raison des effets d'une maladie aiguë ou chronique. Cela peut compliquer davantage la prestation des soins et les options de congé d'une personne.

Par conséquent, il est essentiel d'assurer un accès rapide à des services d'évaluation, de prévention et de rétablissement appropriés et ciblés si l'on souhaite minimiser la fréquence et la portée de la porte fonctionnelle que subissent les personnes âgées à risque. Le Dr David Walker a conclu, à la suite de son analyse minutieuse de la question des autres niveaux de soins (ANS) en Ontario, qu'une philosophie axée sur l'évaluation et le rétablissement doit devenir l'élément central des soins prodigués aux personnes âgées et que le système de soins de santé devrait offrir des programmes visant le rétablissement et la réactivation du niveau de fonctionnement d'un patient âgé pendant son séjour à l'hôpital, y compris la possibilité pour une personne âgée d'être transférée chez elle et de recevoir des services de soutien accrus et continus appropriés. Dans son rapport, il incite les RLISS à investir dans la création de services spécialisés d'évaluation et de rétablissement partout dans la province. Ces services ont été reconnus parmi les principaux facteurs contribuant à la stabilisation du nombre de patients devant recevoir d'autres niveaux de soins dans la province au cours de la dernière année.

La province a besoin d'une intervention organisée à l'échelle du territoire qui cible ces personnes âgées à risque et qui inverse la tendance actuelle des interventions « par défaut » auprès de ce groupe de personnes vulnérables. Cette intervention doit reconnaître la capacité de rétablissement des personnes âgées malgré des limites fonctionnelles apparentes ainsi que les avantages des services spécialisés axés sur la personne qui sont coordonnés, ciblés, efficaces et opportuns.

L'intervention provinciale devrait également se fonder sur les données probantes indiquant que, pour certains états de santé et les personnes âgées, « le temps est une fonction » et la trajectoire clinique et fonctionnelle d'une personne âgée qui a récemment subi une perte fonctionnelle liée à une affection aiguë est en réalité modifiable. La détection rapide des personnes à risques, le recours à des processus d'évaluation valides et conformes, l'aiguillage en temps opportun et les interventions efficaces facilement accessibles tout au long du continuum de soins – et particulièrement dans la collectivité – seront essentiels à l'accroissement de la probabilité que les Ontariennes et Ontariens âgés conservent le niveau fonctionnel dont ils ont besoin pour maximiser leurs possibilités de mener une vie autonome.

L'évolution de la philosophie axée sur l'évaluation et le rétablissement vers une philosophie qui accorde autant d'importance et de priorité à la prévention est un appel clair à l'adoption de mesures dans le cadre de la stratégie provinciale pour le bien-être des personnes âgées. Compte tenu du défi que pose l'annulation des répercussions du déconditionnement et de ses conséquences fonctionnelles une fois le déconditionnement établi, il faut donner la priorité aux occasions de promouvoir la prévention de la perte fonctionnelle. Dans le cas des personnes pouvant nécessiter des soins après hospitalisation, cette démarche devrait contribuer à rationaliser les services actuels de soins de réadaptation gériatrique et de soins pour affections « subaiguës » trop complexes qui sont reliés à divers paramètres et processus opérationnels et de financement qui empêchent l'accès des patients à ces services et leur cheminement au sein de ceux-ci. L'Ontario, par exemple, est la seule province du Canada ayant un secteur désigné de soins continus complexes. Au cours de la dernière décennie, la variation quant au type de soins

fournis en fonction de la durée du séjour, de la quantité de soins de réadaptation et de soins médicaux prodigués et de la destination suivant un congé, entre autres facteurs, s'est accentuée.

Aujourd'hui, bon nombre de lits d'hôpitaux réservés aux soins continus complexes servent à fournir une quantité importante de soins de rétablissement à court terme, souvent présumés relever du secteur des soins de rétablissement. De plus, le secteur des soins de longue durée (SLD) a mis en œuvre des services de soins de convalescence qui semblent chevaucher les services fournis dans les établissements de soins de réadaptation aux patients hospitalisés. L'évolution des secteurs des soins postactifs et des SLD en vue de mieux répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, renforcée par des systèmes de paiement qui remboursent les fournisseurs en fonction des soins réellement prodigués dans un lit, améliorera l'accès de cette cohorte de personnes vulnérables et la viabilité globale du système.

De même, il convient de reconnaître que les personnes qui subissent une perte fonctionnelle ne profiteront pas toutes de cette démarche axée sur l'évaluation et le rétablissement. En effet, cette démarche doit cibler le sous-ensemble des personnes âgées fragiles qui ont récemment subi une perte fonctionnelle qui risque de leur faire perdre leur autonomie, pour qui cette perte fonctionnelle est réversible et qui peuvent tirer parti d'une période de soins pour affections subaiguës ou de soins de réadaptation gériatrique pour patients hospitalisés, et pour qui un renvoi à domicile n'est pas une option sécuritaire ou efficiente. Si la perte fonctionnelle est irréversible, d'autres services axés sur l'adaptation ou le maintien fonctionnel peuvent convenir davantage.

Définir les éléments d'un cadre provincial d'évaluation et de rétablissement

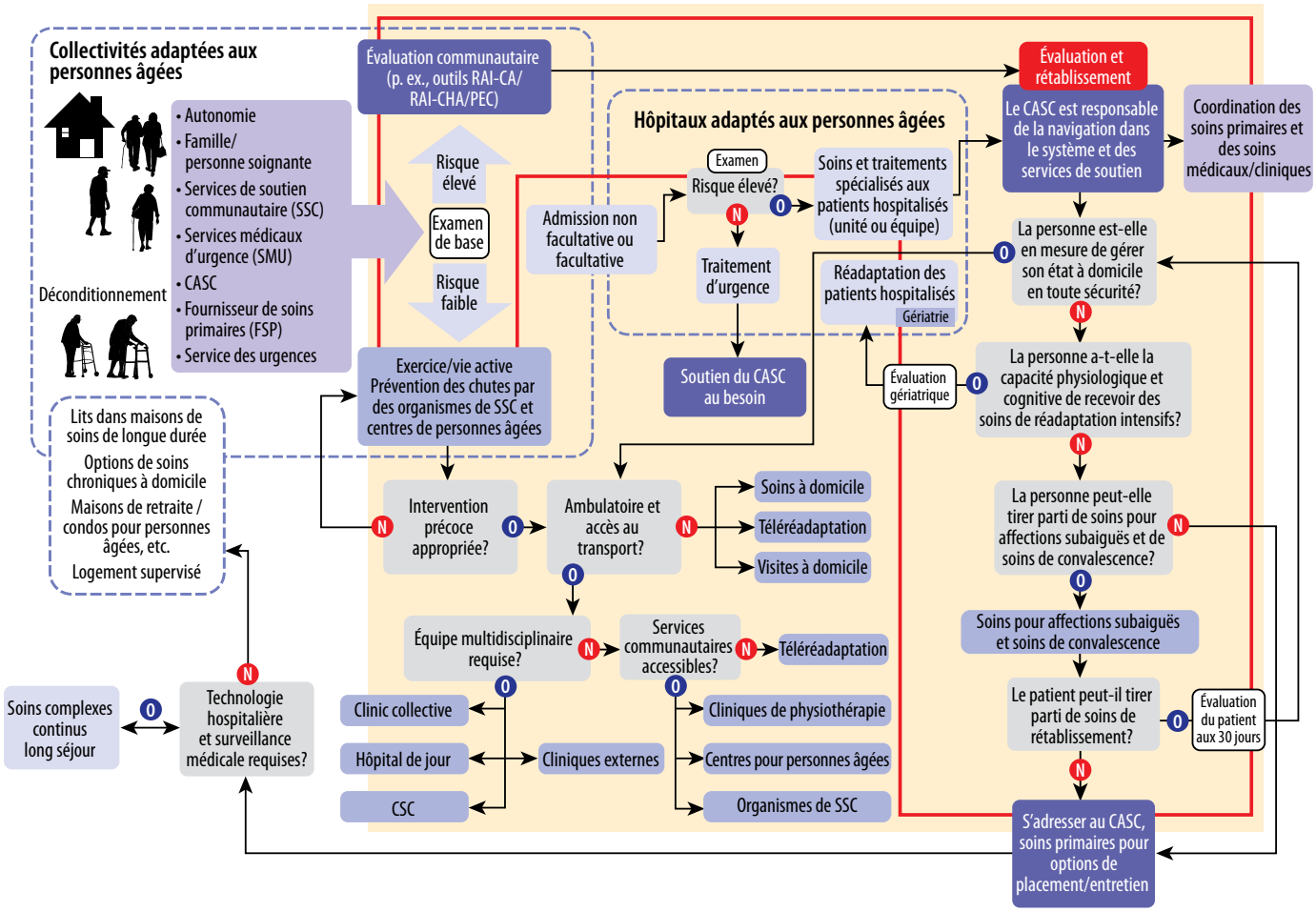
La figure 4.2 ci-dessous illustre les relations et les concepts préliminaires suggérés pour une démarche provinciale d'évaluation et de rétablissement (et de prévention). En vertu de cette démarche, le processus d'évaluation et de rétablissement commence dans les collectivités-amies des aînés et les hôpitaux adaptés à ces personnes, avec des outils simples, mais fiables de dépistage des risques, dont peuvent se servir les personnes soignantes officielles et non officielles dans un large éventail d'établissements, y compris le domicile de la personne, les cabinets des fournisseurs de soins primaires, les services des urgences et services hospitaliers de soins actifs. Ces outils, liés à de simples processus d'accès direct, permettraient aux personnes ayant été désignées comme étant à faible risque d'institutionnalisation à la suite d'une perte d'autonomie fonctionnelle d'être aiguillées vers des services communautaires d'exercice, d'activation et de prévention des chutes offerts dans des centres pour personnes âgées et autres établissements communautaires locaux.

Une personne désignée comme étant à risque, en revanche, serait aiguillée vers son CASC qui, en coordination avec le fournisseur de soins primaires, assumerait la responsabilité d'une évaluation officielle plus approfondie des besoins en matière de soins (p. ex., au moyen d'outils interRAI existants) et dirigerait ensuite la personne vers l'établissement et le ou les fournisseurs de soins appropriés. Lorsqu'une évaluation indique que l'on soignerait mieux une personne âgée à risque dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée parce qu'il ne serait pas sécuritaire ou efficient de lui fournir les soins dont elle a besoin à domicile ou dans une clinique, la personne serait aiguillée vers les services de soins de rétablissement lui convenant le mieux :

- *soins de convalescence pour affections subaiguës :* visent les personnes âgées dont les capacités physiques et cognitives leur permettent de participer à des activités de rétablissement « légères », p. ex., une séance de thérapie d'activation quotidienne d'au plus une heure;
- *soins de réadaptation gériatrique pour patients hospitalisés :* visent les personnes âgées dont les capacités physiques et cognitives sont suffisantes pour leur permettre de participer à des activités de rétablissement d'une intensité plus élevée, y compris des soins de réadaptation prodigués directement par des professionnels de la santé réglementés;
- *soins complexes pour affections subaiguës :* visent les personnes âgées qui ont besoin d'une période de récupération après un traitement ou une maladie exigeant des soins actifs, p. ex., pour régler des déséquilibres sur le plan de la médication ou permettre au délire postopératoire de s'estomper. Le rétablissement est axé sur la préparation à des soins plus actifs. Les services comprennent une surveillance médicale quotidienne et un accès aux soins infirmiers en tout temps.

Enfin, une fois qu'un patient a atteint ses objectifs cliniques ou fonctionnels et qu'il est prêt à retourner dans la collectivité, le CASC, en collaboration avec le fournisseur de soins primaires, l'aiguillerait vers les fournisseurs appropriés de soins préventifs et de soins continus.

Figure 4.2 – Proposition de cadre d'évaluation et de rétablissement visant à soutenir le vieillissement à domicile



La démarche proposée nécessitera des investissements en amont dans les ressources de dépistage et de prévention et les services de réadaptation à domicile et dans la collectivité, les stratégies de mobilisation précoce plus proactives dans les hôpitaux et les services de réadaptation mieux adaptés aux patients hospitalisés. Compte tenu du fait que les personnes âgées à risque bénéficient des services de bon nombre des secteurs de soins de santé traditionnels, cette démarche doit rassembler les nombreux fournisseurs de soins engagés auprès de ces personnes et en expliciter les rôles et les responsabilités.

Par exemple, selon ce modèle, tous les hôpitaux devraient inclure dans leurs normes de pratique les efforts de « mobilisation précoce » prévoyant des interventions en temps opportun dans le but de maximiser le rétablissement de la capacité fonctionnelle. Le fait d'exiger d'asseoir les patients sur une chaise pour tous leurs repas, de mettre l'accent sur le fait que la mobilisation des patients âgés est la responsabilité de tous et que tous les patients, soignants et membres du personnel devraient être encouragés à soutenir la mobilisation des patients âgés en établissement afin de prévenir la perte fonctionnelle, d'intégrer rapidement les thérapeutes aux soins d'un patient, particulièrement si on a détecté une perte de capacités fonctionnelles par rapport au niveau de fonctionnalité habituel du patient, et d'offrir des services thérapeutiques tous les jours ne sont que quelques exemples de la façon dont cette démarche pourrait influer sur les soins de première ligne.

Les données probantes indiquent non seulement que cette démarche globale n'entraînera probablement pas de coûts supplémentaires, mais qu'elle générera éventuellement des économies pour l'ensemble du système en raison de la réduction probable du nombre de visites dans les services d'urgence et d'hospitalisations, de la demande de services de soins à domicile et d'aide à la vie autonome et du nombre de placements dans des foyers de soins de longue durée. On prévoit que la rationalisation accrue de cette démarche multisectorielle mettre en évidence les économies et les possibilités de valoriser encore davantage la multitude de services d'évaluation et de rétablissement existants dont la portée, les résultats et les processus varient grandement à l'heure actuelle.

Recommandations

Dépistage et détection accrus de la perte fonctionnelle

46. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir la mise au point d'un outil de dépistage simple, fondé sur des données probantes, que l'on peut utiliser soi-même ou qui peut l'être par un fournisseur de soins de santé ou de services sociaux pour aider une personne âgée ou une personne soignante à déterminer si un cours local d'exercices ou de prévention des chutes peut être profitable ou s'il est préférable de procéder à une évaluation plus officielle effectuée par un coordonnateur de soins communautaires.
47. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS devraient s'assurer, à l'aide de divers mécanismes (p. ex., des ententes de responsabilisation), que les hôpitaux effectuent des dépistages précoces réguliers et qu'ils consignent les activités de la vie quotidienne (AVQ) d'un patient âgé au moment de son admission et avant celle-ci afin de faciliter le dépistage de celles qui ont subi une perte fonctionnelle.

48. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS devraient s'assurer, à l'aide de divers mécanismes (p. ex., les ententes de responsabilisation, les lignes directrices stratégiques, etc.) que les planificateurs des congés des CASC emploient un processus en vertu duquel ils évaluent les patients hospitalisés ou vivant chez eux pour qui on envisage des soins de longue durée afin de déterminer si un traitement de réadaptation fonctionnelle offert dans un établissement approprié peut les aider à recouvrer leur autonomie.

Amélioration de la prestation des services d'évaluation et de rétablissement

49. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer l'accès aux services de physiothérapie en milieu clinique dans chaque RLISS, particulièrement pour les patients ayant des revenus limités qui renoncent souvent à ce traitement lorsqu'on le leur prescrit, en raison de leurs moyens financiers limités.

50. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir les RLISS afin qu'ils améliorent la disponibilité et l'accessibilité des programmes de soins pour affections subaiguës et de soins de réadaptation gériatrique et favorisent l'accès à ces programmes à partir directement de la collectivité, et non seulement des hôpitaux, et qu'ils assurent un accès en temps opportun aux services d'évaluation et de rétablissement, tant pour les patients hospitalisés que pour ceux vivant dans la collectivité. Grâce à divers mécanismes, dont les ententes de responsabilisation, les RLISS devraient soutenir l'adoption systémique de pratiques exemplaires relatives au recours aux services d'évaluation et de rétablissement, sans égard à l'emplacement.

51. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager les CASC à accélérer la mise en œuvre de leurs plans de gestion des placements dans des lits de soins de réadaptation et de soins continus complexes et du programme de jour, en se fondant sur des critères d'admission et des outils d'évaluation uniformes tels que l'instrument d'évaluation interRAI pour les soins postactifs, et au moyen de systèmes automatisés tels que le système d'aiguillage et de mise en adéquation des ressources.

52. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait assouplir le système de classification et de financement des soins auxquels ne s'applique aucune procédure fondée sur la qualité afin de veiller à ce que les personnes âgées ayant des affections complexes reçoivent, pendant le temps qu'il faut, le niveau de soins pour affections subaiguës et de soins de réadaptation jugé nécessaire pour obtenir des résultats optimaux. Cette orientation sera appuyée de manière optimale par des politiques ministérielles qui :

    a) simplifient la classification des soins pour affections subaiguës destinés aux personnes âgées en deux catégories de soins prodigués aux patients alités, soit les soins complexes et les soins de convalescence, et veillent à ce que la prestation de ces services soit uniforme dans tous les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux offrant des soins continus complexes et les petits hôpitaux en milieu rural;
    b) normalisent la portée des programmes de réadaptation gériatrique pour les patients hospitalisés en Ontario, ainsi que les attentes à l'égard de ces programmes, et rationalisent ces services avec les autres modèles de prestation de services existants;

c) établissent les rôles explicites des services de soins pour affections subaiguës et de soins de réadaptation gériatrique fournis dans les établissements de soins de réadaptation aux patients hospitalisés, y compris les processus accélérés d'admission et d'aiguillage, ainsi que les relations entre ces services;
d) relient le taux de financement par lit et par jour au type de classification des soins et aux exigences connexes;
e) ne fixent pas de limite maximale au nombre de jours durant lesquels une personne peut être admissible à l'une de ces catégories de soins pour affections subaiguës ou de soins de réadaptation gériatrique et exigent un examen tous les 30 jours des besoins d'un patient pour ce type ou un type différent de soins.

53. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer l'accès aux programmes de courts séjours dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) en simplifiant et en accélérant le processus d'aiguillage (c.-à-d. en éliminant l'obligation d'évaluer la capacité des patients ayant besoin de soins de convalescence). (Consulter les sections intitulées « Hôpitaux adaptés aux aînés » et « Foyers de soins de longue durée ».)

54. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, devrait favoriser les changements requis sur le plan de la prestation pour assurer la mise en œuvre complète des pratiques exemplaires relatives aux soins de réadaptation prodigués aux patients qui se rétablissent d'une arthroplastie de la hanche et du genou, d'une fracture de la hanche ou d'un AVC, dont il est question dans la Réforme du financement du système de santé.

Étendre aux foyers de soins de longue durée les solutions de rechange communautaires en matière de logement avec services de soutien

Logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome

Depuis quelques années, on accorde de plus en plus d'importance aux logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome afin de fournir aux personnes âgées la possibilité de rester autonomes au sein de leurs collectivités malgré des besoins accrus en matière de soins. Bien que divers types de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome existent depuis des années, ce n'est que depuis la mise en œuvre de la stratégie Vieillir chez soi qu'on a attribué des fonds importants aux RLISS afin de leur permettre de prodiguer davantage ce type de soins, particulièrement aux personnes âgées à faibles revenus de leurs régions qui, sinon, auraient besoin d'être placées prématurément dans un foyer de soins de longue durée. En effet, dans certains RLISS, jusqu'à la mise en place de cette stratégie, certaines régions de l'Ontario n'offraient aucune option de logement avec services de soutien. Les RLISS financent actuellement divers programmes de logement avec services de soutien et d'aide à la vie autonome, tels que la Politique des services d'assistance pour les personnes âgées à risque élevé et la Politique en matière de services d'assistance et de logement avec services de soutien, qui vise les personnes souffrant de handicaps physiques, de traumatismes crâniens ou du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou qui ont contracté le virus de l'immunodéficience

humaine (VIH). En 2011-2012, 68 037 Ontariennes et Ontariens, pour la plupart âgés, ont bénéficié des programmes de logement avec services de soutien et d'aide à la vie autonome.

« Les logements avec services de soutien devraient être la solution aux soins de longue durée pour la plupart des personnes âgées souffrant de maladies chroniques. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

En Ontario, les logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome visent à fournir des auxiliaires aux personnes ayant des besoins spéciaux, notamment les personnes âgées. En règle générale, ces personnes exigent des services d'aide à domicile plus fréquents ou d'une intensité plus élevée que les services de soins à domicile habituellement fournis par les CASC. Parallèlement, ces personnes n'ont pas besoin de la surveillance clinique constante offerte dans un foyer de soins de longue durée. Ces programmes ont évolué au cours des dernières années afin de fournir aux clients des services de soutien personnel soit sur place pour les personnes âgées vivant comme locataires dans des établissements résidentiels désignés, comme les résidences pour personnes âgées, soit dans un établissement de voisinage qui pourrait même permettre à ces personnes d'accéder à ce niveau de soins à leur propre domicile, à condition que celui-ci se situe près des fournisseurs de soins. Ces différents modèles de prestation ont été appelés « modèles en étoile » de logement avec services de soutien et d'aide à la vie autonome, qui fonctionnent particulièrement bien dans les régions urbaines. Selon ces modèles, les soins prodigués à de nombreux adultes ayant besoin de ces services, mais souhaitant demeurer chez eux, même s'ils les reçoivent dans la collectivité, peuvent être regroupés dans une petite zone géographique, rendant ces services pratiques et leur prestation efficiente.

La majorité des programmes de logement avec services de soutien et d'aide à la vie autonome sont fournis par des organismes sans but lucratif, dont les services de soutien communautaire, la prestation des services de soutien étant souvent subventionnée par le Ministère et ses RLISS. Cela permet à certaines personnes de recevoir sans frais des services de soutien personnel ou des services auxiliaires et des services d'aides familiales essentiels. En ce qui a trait au volet logement du service, si la personne qui reçoit les soins ne vit pas chez elle, il existe généralement une relation locataire-propriétaire en vertu de laquelle le client doit payer un loyer en fonction de son revenu, ainsi que d'autres coûts réguliers liés à la vie dans la collectivité. Les services de soutien qui peuvent être fournis dans un logement avec services de soutien et dans le cadre des services d'aide à la vie autonome varient selon les besoins cernés, mais peuvent comprendre du soutien à la personne, des services auxiliaires et des services d'aides familiales essentiels, le personnel étant disponible en tout temps pour gérer les besoins en matière de soins réguliers et d'urgence. Ces services visent également à promouvoir le bien-être et à améliorer la santé des résidants en assurant un niveau de service qui leur permet, malgré leurs maladies ou leurs limites physiques, de vivre dans la collectivité avec un degré d'autonomie élevé et de s'intégrer autant que possible à la vie communautaire. Dans de nombreux cas, ces modèles ont permis de retarder l'institutionnalisation, même pour les clients ayant des besoins relativement élevés.

La proposition de valeur d'une stratégie en matière de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome

Malgré le succès concluant de ces modèles de soins, il n'existe toujours aucun mécanisme de financement établi uniforme permettant soit de soutenir la construction d'un plus grand nombre de logements avec services de soutien, soit de financer les soins qui s'y rattachent. Cela contraste avec le système de soins de longue durée, dont les enveloppes de financement destinées à l'aménagement de nouveaux lits et à la prestation de nouveaux soins sont associées à une infrastructure qui soutient la création de nouvelles places de soins de longue durée dès que le financement correspondant est disponible. En ce qui a trait aux logements avec services de soutien, toutefois, l'aménagement de nouvelles unités est habituellement financé par le ministère des Affaires municipales et du logement, alors que les soins sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Par conséquent, l'aménagement réussi de nouveaux logements avec services de soutien repose fortement sur une meilleure coordination à l'échelle des ministères et l'harmonisation simultanée des intérêts et de la disponibilité des fonds. Bien que l'Ontario compte des dizaines de milliers de logements avec services de soutien, le besoin en la matière demeure très élevé. Ce qui encore plus convaincant est le fait que l'enveloppe annuelle de 10 716 $ attribuée aux soins prodigués dans ce type de logement correspond au moins au quart des coûts annuels de 47 940 $ que représente la prise en charge d'une personne dans un foyer de soins de longue durée.

Des investissements plus importants dans les soins à domicile et les soins communautaires ainsi que dans les logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome éviteront, dans une large mesure, d'avoir à ouvrir des lits de soins de longue durée à un coût bien plus élevé[144]. Cette démarche a entraîné une réduction importante de la demande de soins de longue durée dans des pays comme le Danemark, qui a mis ces politiques en œuvre[145]. Par conséquent, il est possible de créer un mécanisme de financement aussi solide pour les logements avec services de soutien en Ontario, qui peut être lié eux efforts de planification de la capacité déployés par des RLISS donnés. Cela pourrait permettre à ces régions d'aménager le type de logement avec services de soutien qui serait le plus demandé sur leur territoire, à un coût global probablement avantageux qui pourrait contribuer à rééquilibrer les options en matière de soins de sorte qu'elles puissent mieux répondre aux besoins réels de la population et probablement à un coût global moindre.

Compte tenu du fait que la capacité de réaménager certains lits de soins de longue durée plus anciens aux normes les plus récentes pose un défi plus important que prévu, cela pourrait aussi donner l'occasion de redéfinir la raison d'être des établissements plus anciens et de leurs lits et d'en faire des milieux axés davantage sur les services de soutien et d'aide à la vie autonome.

144 RLISS de Mississauga Halton, Bowyer, J., et coll. *Supports for Daily Living Resource Manual*, Mississauga (Ontario), 2012.
145 Institut allemand de recherche économique, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), German Institute for Economic Research, Schulz, Erika. *The Long-Term Care System in Denmark*, Berlin, Allemagne, 2010.

Recommandations

55. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Affaires municipales et du logement, devrait promouvoir l'aménagement d'un plus grand nombre de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome en tant que solutions de rechange au placement dans un foyer de soins de longue durée pour les personnes qui profiteraient le plus de ces environnements. On pourrait y parvenir en :

    a) étudiant la possibilité de transformer certains foyers de soins de longue durée plus anciens désignés en logements avec services de soutien conformément aux plans des RLISS de création de telles solutions de rechange à l'échelon local;
    b) élaborant, conformément aux futures exigences de planification de la capacité, un autre modèle de financement équivalent qui soutiendrait l'aménagement de lits de soins de longue durée parallèlement à un modèle qui pourrait soutenir l'aménagement de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome plutôt que de contenir la demande future d'établissements de soins de longue durée exigeant davantage de ressources, compte tenu du fait qu'il existe actuellement moins d'options en matière de logement avec services de soutien et plus de besoins non comblés à cet égard pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Consulter l'annexe B pour une liste des indicateurs proposés qui pourraient également être dévoilés publiquement et qui peuvent aider à évaluer et à surveiller la disponibilité de services de logement avec services de soutien et d'aide à la vie autonome et l'accès opportun à ceux-ci.

56. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait favoriser l'élaboration de modèles de soins regroupés permettant une utilisation plus efficiente de la capacité du personnel de soins communautaires, améliorant la continuité des soins et assurant une meilleure conciliation travail-vie personnelle pour les professionnels des services communautaires, particulièrement les préposés aux services de soutien à la personne. Le Ministère devrait renforcer l'idée selon laquelle les CASC et les organismes de soutien communautaire devraient négocier ou mettre en œuvre avec prudence les affectations à des soins axés sur les tâches.

Favoriser des soins plus sûrs dans les maisons de retraite

De plus en plus d'Ontariennes et d'Ontariens âgés choisissent de vivre de préférence dans des maisons de retraite. Un grand nombre d'entre eux choisissent la vie en maison de retraite pour une variété de raisons et les services et les modes de vie qu'elles offrent peuvent répondre à un certain nombre de préférences et de besoins différents. À l'heure actuelle, il existe 420 maisons de retraite en Ontario, totalisant 43 380 logements.

Jusqu'à tout récemment, les maisons de retraite, qui servent de résidences privées où les particuliers payent pour les services d'hébergement et de soins, n'étaient assujetties à aucune norme réglementaire, contrairement aux foyers de soins de longue durée qui sont très réglementés. Il y a quelques années, pour reconnaître que les maisons de retraite sont non seulement des résidences, mais également des

endroits où les personnes choisissent de vivre pour recevoir des soins personnels et cliniques, le gouvernement a adopté une loi pour faire en sorte que cette option de résidence et de soins de plus en plus populaire respecte les normes élevées dont les gens et, en particulier, les personnes âgées vulnérables ont besoin pour vivre dans la dignité et le respect.

La *Loi de 2010 sur les maisons de retraite* réglemente maintenant toutes les maisons de retraite de l'Ontario définies comme étant des ensembles d'habitation :

- comptant au moins un logement locatif qui est occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus;
- sont occupés ou destinés à être occupés par au moins six personnes qui ne sont pas liées à l'exploitant de la maison;
- mettent au moins deux services en matière de soins, directement ou indirectement, à la disposition des résidants.

La Loi a par ailleurs permis la création d'un office de réglementation qui a le pouvoir d'accorder des permis à ces maisons, d'effectuer des inspections et des enquêtes et de faire respecter la Loi, notamment en imposant des amendes ou en révoquant les permis, au besoin. Il détermine en outre les normes en matière de soins obligatoires et de sécurité et exige des plans de mesures d'urgence, des programmes de prévention et de lutte contre les infections, une évaluation des besoins en matière de soins et la planification de ceux-ci, des vérifications des dossiers de police et la formation du personnel.

Enfin, la Loi définit les droits des pensionnaires, notamment le droit de connaître le véritable coût des soins et de l'hébergement et celui de vivre dans un environnement qui promeut une politique de tolérance zéro à l'égard de la violence ou de la négligence.

Avant que les maisons de retraite ne soient réglementées en vertu de la Loi, certains professionnels de la santé, des services sociaux et des soins communautaires hésitaient, avec raison, à recommander ou à appuyer des maisons de retraite pour l'hébergement de leurs patients ou de leurs clients. Même si une certaine hésitation persiste, on espère que, grâce à la Loi et aux pouvoirs qu'elle confère, les professionnels et les particuliers seront en mesure de constater que ces maisons fournissent un niveau d'hébergement et de soins élevé à ceux qui peuvent se permettre ce mode de vie dans la collectivité. Tout comme il sera important de s'assurer que les Ontariennes et les Ontariens âgés et leurs familles sont au courant de l'existence de ces options d'hébergement, il sera important de faire en sorte qu'ils comprennent l'ensemble des autres options d'hébergement et de soins, ainsi que les coûts associés à chacune d'entre elles, qu'il s'agisse de demeurer dans leur propre maison et de recevoir des soins à domicile, de vivre dans un logement avec services de soutien ou même dans un foyer de soins de longue durée.

En aidant les Ontariennes et les Ontariens âgés à prendre des décisions éclairées, il faut aussi s'assurer que ceux qui vivent dans des maisons de retraite sont au courant que, pendant qu'ils vivent dans une résidence privée, ils ont quand même accès à des soins à domicile ainsi qu'à des services de soutien communautaire financés ou subventionnés par le gouvernement et offerts par l'entremise des CASC ou des organismes de soutien communautaire, peu importe leur capacité de payer. Ce dernier élément est particulièrement important parce que certaines personnes âgées ont déclaré qu'on leur demandait des coûts excessifs pour recevoir des soins auxquels ils ignoraient pouvoir accéder gratuitement par

l'intermédiaire de leur CASC local. Dans d'autres cas, des personnes âgées ont pu avoir été informées qu'elles pourraient ne pas être admissibles aux services des CASC parce qu'elles avaient les moyens de payer pour recevoir des soins privés. Il est évident que, pour des raisons d'équité, chaque Ontarienne et Ontarien a le droit de connaître la gamme complète d'options offertes de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées concernant leurs besoins et leurs préférences en matière de soins.

Recommandations

57. L'Office de réglementation des maisons de retraite devrait poursuivre le déploiement de son plan actuel de mise en œuvre et d'application de la réglementation en vertu de la Loi de 2010 pour que tous les aspects de celle-ci soient en vigueur d'ici 2014.
58. Le gouvernement de l'Ontario devrait maintenir son engagement législatif à l'égard de l'examen quinquennal de l'efficacité de la Loi dans le but de soutenir et d'améliorer davantage l'expérience et la sécurité des pensionnaires des maisons de retraite.
59. Le gouvernement de l'Ontario devrait continuer de soutenir les efforts visant à faire en sorte que les pensionnaires des maisons de retraite soient au courant de la disponibilité des services qu'offrent les CASC et les organismes de soutien communautaire dans les maisons de retraite et de leur admissibilité à ces services.

Le modèle de placement familial des personnes âgées

Le système de placement familial qu'un grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens connaissent sûrement est celui qui a été conçu pour trouver un foyer pour les enfants abandonnés et victimes de violence. Toutefois, aux États-Unis et ailleurs, le placement familial est en voie de devenir une solution de plus en plus populaire pour aider les personnes âgées à rester dans une maison et au sein des collectivités qu'elles connaissent, entourées de l'affection d'une famille. Un grand nombre de territoires de compétence estime que ce modèle, dont les coûts mensuels moyens sont de l'ordre de 1 000 $ pour soutenir une personne âgée en placement familial, peut permettre à la fois d'économiser de l'argent et d'offrir aux personnes âgées une plus grande liberté au moment de choisir un lieu de vie sûr et confortable.

Aux États-Unis, on estime que des dizaines de milliers de personnes âgées dont l'âge et la situation varient sont placées dans des familles. Il est intéressant de noter que des services de placement familial pour adultes sont déjà offerts ici en Ontario, bien qu'on ait peu insisté sur ce type de soins. Même si la province de l'Ontario établit des normes obligatoires de soins et délivre des permis aux organismes qui offrent des services de placement familial aux enfants, aucune norme ne semble exister en Ontario à l'égard du placement familial pour adultes, bien que certains organismes agréent les résidences pour adultes en vertu des mêmes normes et protocoles que ceux qui s'appliquent au placement des enfants.

Tout comme le placement familial des enfants, celui des personnes âgées prévoit le paiement d'une somme d'argent à une personne ou une famille qui accepte d'accueillir d'autres personnes, de leur fournir le gîte, d'en assurer la garde et de répondre à leurs besoins de base. Contrairement aux enfants,

qui sont placés en foyers d'accueil lorsque d'autres personnes décident que c'est ce qu'il y a de mieux à faire, les personnes âgées, pour leur part, choisissent ce type de soin elles-mêmes. Habituellement, c'est un organisme gouvernemental ou à but non lucratif qui effectue le jumelage de la famille et du participant. Même si des préoccupations à l'égard de la sécurité des personnes sont souvent soulevées, peu de cas de violence ont été signalés dans les autres territoires de compétence. Pour un grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dont les besoins n'exigent pas de soins de longue durée, mais qui ne vivent peut-être pas dans des conditions permettant que les soins leur soient offerts dans leur propre maison – que ce soit parce qu'elles n'ont pas de famille, parce qu'elles ont besoin d'une supervision plus importante que celle qu'elles peuvent s'offrir personnellement ou parce qu'elles vivent dans des logements inférieurs aux normes, non sécuritaires ou insalubres –, les modèles de placement familial des personnes âgées leur offrent des logements où elles peuvent recevoir des soins, lorsque le fait de vivre dans la collectivité et non dans un établissement est important pour elles.

Fait intéressant, nous avons découvert au cours de nos consultations que, jusqu'à tout récemment, dans la région de Niagara, un programme officiel de placement familial était offert aux personnes âgées financièrement marginalisées dont l'état de santé était stable, qui disposaient de soutiens sociaux limités et qui étaient considérées comme étant à risque de placement prématuré en établissement de soins de longue durée. Dans le cadre de ce programme de logement avec services de soutien, les membres de la collectivité qui avaient des chambres libres à la maison et un intérêt authentique à soutenir des aînés étaient jumelés avec une ou plusieurs personnes âgées. En recrutant des personnes soignantes pour ce modèle, on a découvert qu'un grand nombre d'entre elles avaient déjà été parents d'accueil à un plus jeune âge, mais qu'elles trouvaient que ce programme correspondait maintenant mieux à ce qu'elles pouvaient offrir. Les familles d'accueil concluaient une entente avec la région, en partenariat avec l'exploitant d'un foyer local de soins de longue durée pour assurer la qualité des soins et l'accès à des programmes récréatifs et autres programmes de soutien ainsi qu'à des conseils professionnels pour soutenir le foyer d'accueil. Même si ce programme a récemment pris fin, il semble exister un énorme potentiel d'officialisation de ce type de modèle de soins pour lui permettre d'être reconnu comme une autre solution réaliste de soins que les personnes âgées de l'Ontario pourraient souhaiter de plus en plus.

Recommandation

60. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait étudier la faisabilité d'instaurer un modèle de « placement familial » plus officiel destiné aux Ontariennes et aux Ontariens âgés qui n'ont pas de personnes soignantes qui souhaitent rester dans la collectivité, dans une maison, avec une nouvelle personne soignante.

Chapitre 5 : Améliorer les soins actifs offerts aux personnes âgées

Raison de la nécessité de disposer d'une stratégie de soins actifs pour les personnes âgées

Comparativement au reste de la population, les Ontariennes et les Ontariens âgés ne font pas qu'utiliser les services hospitaliers plus souvent; ils le font aussi de manières différentes. Même s'ils ne représentent que 14,6 pour cent de la population de la province, les personnes âgées effectuent 20 pour cent de la totalité des visites aux services des urgences et représentent 40,4 pour cent de la totalité des hospitalisations et 58,8 pour cent des jours d'hospitalisation dans toute la province[146], étant donné qu'elles ont tendance à effectuer des séjours plus longs, comparativement à la moyenne, lorsqu'elles sont hospitalisées[147]. Les personnes âgées sont également plus susceptibles que les autres de se présenter dans les services des urgences avec des problèmes urgents ou graves et sont au moins deux fois plus susceptibles d'être hospitalisées en quittant le service des urgences, même si la majorité d'entre elles réintègrent la collectivité après avoir été traitées[148].

Bien que les personnes âgées soient dans l'ensemble les plus grands usagers de services hospitaliers, un certain nombre d'études longitudinales ont invariablement démontré que seule une petite proportion d'entre elles utilise réellement les services hospitaliers de façon fréquente. Dans le cadre de l'étude marquante de Wolinsky et coll.[149], les habitudes en matière d'hospitalisation de 7 527 personnes âgées d'au moins 70 ans ont été observées pendant près d'une décennie. Elle a permis de constater que 42,6 pour cent de ces personnes n'ont jamais été hospitalisées, alors que 24,6 pour cent ont très peu utilisé les services hospitaliers, puisqu'elles n'ont été hospitalisées qu'une fois au cours de cette période. On a par contre découvert que les autres étaient des usagers fréquents, puisque 4,8 pour cent ont utilisé les services hospitaliers à une fréquence élevée et constante et 6,8 pour cent, à une fréquence élevée, mais non constante. Dans le cas de ces deux derniers groupes, trois facteurs semblaient caractériser ces usagers fréquents : le fait d'être atteint de multiples problèmes de santé chroniques, celui d'avoir des handicaps fonctionnels qui privent la personne atteinte de son autonomie et le fait d'être socialement fragile, en ce sens que le soutien social et communautaire est inadéquat à la maison. Par conséquent, comprendre que le patient âgé moyen qui se présente fréquemment à l'hôpital est caractérisé par des problèmes sociaux et de santé complexes et souvent interreliés, comparativement aux patients plus jeunes, soulève la question de savoir pourquoi ses soins nécessitent une démarche générale différente.

Les dangers de l'hospitalisation

La majorité des personnes âgées se rendent à l'hôpital quand un problème de santé les force à se présenter au service des urgences. La complexité clinique des patients âgés ajoute aux défis auxquels sont confrontés les urgentologues, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé qui doivent les soigner. On reconnaît depuis longtemps qu'au sein de cette population, les maladies

[146] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, Demande de données au MSSLD concernant le document intitulé *Current ED Utilization Rates among Seniors*, demande envoyée par courriel le 21 novembre 2012.

[147] Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa (Ontario), 2011.

[148] Keim, S. M., et A. B. Sanders. « Geriatric Emergency Department Use and Care », dans Stephen W. Meldon, O. John Ma, Robert Woolard, éd., *Geriatric Emergency Medicine*, New York, New York, McGraw-Hill, 2004.

[149] Wolinsky, F.D., et coll. « Hospital Utilization Profiles among Older Adults over Time: Consistency and Volume among Survivors and Decedents », *Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 50, n° 2, p. S88 à S100 (1995).

courantes se présentent plus souvent de façon atypique, les comorbidités peuvent déjouer les démarches standard, notamment l'interprétation de tests de diagnostics courants, la polypharmacie est omniprésente, on doit s'attendre à une réduction des réserves physiologiques et à des déficiences cognitives et les systèmes de soutien social traditionnels peuvent être compromis[150]. Il n'est pas surprenant qu'il soit plus difficile de traiter ces patients et que cela prenne plus de temps dans les services des urgences, comparativement aux patients plus jeunes[151, 152].

En outre, bien que, de tous les groupes d'âge, les patients âgés aient tendance à recevoir les soins nécessitant le maximum de ressources aux services des urgences, leurs problèmes sont moins susceptibles d'être diagnostiqués avec justesse, en raison notamment de la lenteur de l'actualisation d'un grand nombre des principes évoqués ci-dessus et établis depuis longtemps relativement au travail auprès des patients âgés dans le cadre des pratiques courantes. Par conséquent, ces patients sont plus susceptibles de recevoir leur congé des services des urgences sans que leurs problèmes aient été cernés et traités[153, 154, 155]. D'autres facteurs contribuent à la prestation de soins sous-optimaux. Il semble qu'il soit plus compliqué de produire une évaluation optimale et de planifier le congé des patients âgés dans les services des urgences, où les contraintes de temps et le besoin de passer rapidement d'un patient à l'autre sont considérés comme étant primordiaux[156]. Un manque relatif de connaissances de la part du personnel professionnel des services des urgences à l'égard des principes et des pratiques de soins gériatriques peut accroître la tension résultant des efforts déployés pour essayer de combler adéquatement les besoins sociaux et de santé souvent complexes et interreliés des patients âgés[157]. Tous ces facteurs peuvent justifier les taux plus élevés de conséquences négatives, y compris une autre visite au service des urgences, l'hospitalisation, un déclin fonctionnel et la mort, dont les personnes âgées font l'expérience dans les mois qui suivent une visite répertoriée au service des urgences, comparativement aux autres[158].

Le principal problème est que, même si les patients ont changé, nos systèmes sont restés les mêmes. Les modèles de soins actifs actuels, par exemple, ont été mis au point il y a des années à l'époque où la majorité des adultes ne vivaient pas au-delà de 65 ans ou souffraient de maladies chroniques et qu'ils se rendaient habituellement à l'hôpital pour un seul problème de santé[159]. Même si ce modèle fonctionne encore bien pour les patients plus jeunes, on reconnaît de plus en plus que la manière dont les services de soins actifs des hôpitaux sont actuellement dotés en personnel, organisés et offerts désavantage souvent les personnes âgées atteintes de problèmes de santé chroniques[160].

---

150 Aminzadeh, F., et W. B. Dalziel. « Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions », *Annals of Emergency Medicine*, n° 39, p. 238 à 247 (2002).

151 Strange, G. R., et E. H. Chen. « Use of Emergency Departments by Elder Patients: A Five-Year Follow-up Study », *Academic Emergency Medicine*, n° 5, p. 1157 à 1162 (1998).

152 McNamara, R. M., et coll. « Geriatric Emergency Medicine: A Survey of Practicing Emergency Physicians », *Annals of Emergency Medicine*, n° 21, p. 796 à 801 (1992).

153 Baum, S. A., et L. Z Rubenstein. « Old People in the Emergency Room: Age Related Differences in Emergency Department Use and Care », *Journal of the American Geriatric Society*, n° 35, p. 398 à 404 (1987).

154 Sanders, A. B., et J. E. Morley. « The Older Person and the Emergency Department », *Journal of the American Geriatric Society*, n° 41, p. 880 à 882 (1993).

155 Grief, C. L. « Patterns of ED Use and Perceptions of the Elderly Regarding Their Emergency Care: A Synthesis of Recent Research », *Journal of Emergency Nurses*, n° 29, p. 122 à 126 (2003).

156 Hwang, U., et R. S. Morrison. « The Geriatric Emergency Department », *Journal of the American Geriatric Society*, n° 55, p. 1873 à 1876 (2007).

157 McNamara, R. M., et coll. « Geriatric Emergency Medicine: A Survey of Practicing Emergency Physicians », *Annals of Emergency Medicine*, n° 21, p. 796 à 801 (1992).

158 Aminzadeh, F., et W. B. Dalziel. « Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions », *Annals of Emergency Medicine*, n° 39, p. 238 à 247 (2002).

159 Sinha, S. K. « Why the Elderly Could Bankrupt Canada and How Demographic Imperatives Will Force the Redesign of Acute Care Service Delivery », *HealthcarePapers*, vol. 11, n° 1, p. 46 à 51 (2011).

160 Thorne, S. E. *Negotiating Health Care: The Social Context of Chronic Illness*, Londres, Angleterre, Sage, 1993.

On en vient également à comprendre comment la perte de capacités fonctionnelles que subissent un grand nombre de personnes âgées, combinée à nos modèles de soins traditionnels, non seulement coûte cher, mais augmente le risque de conséquences négatives pour nombre de patients âgés à risque, notamment les chutes, le délire, les interactions médicamenteuses, le déclin fonctionnel et la mort, en raison notamment de taux plus élevés de polymorbidité et de polypharmacie et d'une tendance à nécessiter des hospitalisations prolongées[161]. Tous ces facteurs contribuent à augmenter la durée des séjours, les réadmissions et la perte des capacités permettant de vivre de manière autonome, ce qui fait que les patients nécessitent souvent d'autres niveaux de soins (ANS). En effet, les personnes âgées hospitalisées représentent actuellement 79 pour cent de la totalité des patients ontariens désignés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins. En octobre 2012, on comptait 3 343 patients âgés nécessitant un autre niveau de soins dans des établissements de soins actifs et postactifs, dont 55 pour cent attendaient une place dans un foyer de soins de longue durée et 12 pour cent attendaient de retourner chez eux pour y recevoir les services d'un centre d'accès aux soins communautaires (CASC)[162]. Ces chiffres ont du sens quand on songe qu'une personne âgée sur trois qui reçoit son congé de l'hôpital repart avec un niveau de handicap supérieur à celui qui la caractérisait au moment de son admission et que la moitié de ces personnes sont incapables de récupérer leur perte fonctionnelle[163]. Ce qui est plus préoccupant toutefois, c'est que la plupart des gens ne sont pas encore conscients qu'on peut prévenir un grand nombre de ces conséquences négatives.

Réorienter le secteur des soins actifs

Bien qu'on ne puisse nier que des réformes des soins primaires et des soins communautaires soient nécessaires, des personnes âgées devront toujours être hospitalisées, même dans les meilleures circonstances. Par conséquent, nous avons l'occasion de réduire le fardeau de la maladie, d'améliorer l'accès et la capacité et, en fin de compte, de promouvoir la santé par l'élaboration et la mise en œuvre de modèles de soins novateurs et la création de liens entre eux, à la fois en établissements de soins actifs et à l'extérieur de ceux-ci[164]. Les tentatives faites dans le passé pour fournir des directives aux hôpitaux concernant la mise en place de services gériatriques reposaient souvent davantage sur des anecdotes que sur des données probantes convaincantes[165, 166, 167]; elles ont rarement démontré l'efficacité de ces services. Toutefois, les travaux de recherche réalisés au cours des deux dernières décennies ont amélioré notre compréhension des facteurs de risque associés aux conséquences négatives et des interventions efficaces pouvant prévenir de telles conséquences. Nous savons maintenant que la mise en œuvre de modèles spécifiques et d'interventions aux points de service dans des endroits comme le

[161] Brennan, T. A., et coll. « Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 6, p. 370 à 376 (1991).
[162] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division du rendement et de la responsabilisation du système de santé, Direction de la mise en œuvre, *ALC Current Performance Summary, October 2012*, Données brutes, Toronto (Ontario), 2012.
[163] Covinsky, K. E., et coll. « Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, n° 4, p. 451 à 458 (2003).
[164] Siu, A. L., et coll. « The Ironic Business Case for Chronic Care in the Acute Care Setting », *Health Affairs*, n° 28, p. 113 à 125 (2009).
[165] Coakley, D., *Establishing a Geriatric Service*, Londres, Royaume-Uni, Croom Helm, 1982.
[166] Eisdorfer, C., et G. L. Maddox., *The Role of Hospitals in Geriatric Care*, New York, New York, Springer, 1988.
[167] Persily, N. A. *Eldercare: Positioning Your Hospital for the Future*, Chicago, Illinois, American Hospital Publishing, Inc., 1991.

service des urgences[168, 169, 170] et les environnements de soins aux patients hospitalisés[171, 172], de soins de transition[173], de soins aux patients externes et de soins communautaires[174] peut améliorer les résultats globaux et réduire la durée des séjours, les admissions, les réadmissions et l'utilisation inappropriée des ressources. Ces modèles améliorent ainsi la capacité et l'efficacité générales du système.

Toutefois, la mise en œuvre de modèles de soins novateurs qui remettent en question les méthodes traditionnelles de soins profondément enracinées dans nos habitudes s'avère un défi de taille[175]. Il importe par ailleurs de reconnaître que les fournisseurs de soins actifs subissent des pressions considérables pour réduire les coûts globaux, compte tenu de la mise en œuvre des nouvelles réformes du financement du système de santé dans le cadre de l'actuel *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*. Dans un tel climat, la possibilité de faire preuve d'innovation sur le plan de la prestation des services de santé pourrait se limiter à « faire la même chose avec moins ». Étant donné que les taux de croissance par personne des coûts des soins actifs progressent plus rapidement dans le cas des personnes âgées et que l'on s'attend à ce que ces taux continuent d'augmenter, il est impératif de concentrer nos efforts sur l'élaboration de nouveaux modèles qui tiennent compte des coûts et qui peuvent répondre aux besoins complexes des patients âgés tout au long du continuum de soins, améliorer la capacité et l'efficacité globales du système et, dans la mesure du possible, fournir des soins moins coûteux et plus près du domicile du patient.

Promouvoir des solutions de rechange aux soins hospitaliers

Évolution du rôle des soins communautaires paramédicaux

Lorsque des personnes âgées deviennent gravement malades pendant qu'elles vivent au sein de la collectivité, les premiers fournisseurs de soins qu'elles s'attendent à voir et dont elles dépendent sont habituellement les ambulanciers paramédicaux. Les personnes âgées sont les plus importants utilisateurs de services paramédicaux et ambulanciers au Canada[176]. Toutefois, il importe de noter que, bien que la majorité des appels auxquels les ambulanciers paramédicaux répondent soient médicalement nécessaires, il ne s'agit pas de situations critiques ou menaçant la vie[177]. Pour être plus précis, les ambulanciers paramédicaux estiment souvent que les personnes âgées avec lesquelles ils sont les plus susceptibles d'avoir un contact font partie d'un petit sous-ensemble de personnes aux prises avec des problèmes de polymorbidité, de handicaps fonctionnels et de fragilité sociale.

168 Leff, B., et coll. « Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program to Provide Hospital-level Care at Home for Acutely Ill Older Patients », *Annals of Internal Medicine*, n° 143, p. 798 à 808 (2005).
169 McCusker, J., et coll. « Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial », *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 49, p. 1272 à 1281 (2001).
170 Mion, L. C., et coll. « Case Finding and Referral Model for Emergency Department Elders: A Randomized Clinical Trial », *Annals of Emergency Medicine*, n° 41, p. 57 à 68 (2003).
171 Inouye, S. K., et coll. « The Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 48, p. 1697 à 1706 (2000).
172 Landefeld, C. S., et coll. « A Randomized Trial of Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve the Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients », *The New England Journal Medicine*, n° 332, p. 1338 à 1344 (1995).
173 Naylor, M., et coll. « Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders: A Randomized Clinical Trial », *The Journal of American Medical Association*, n° 281, p. 613 à 620 (1999).
174 Boult, C., et coll. « A Randomized Clinical Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 4, p. 351 à 359 (2001).
175 Sinha, S. K. « Why the Elderly Could Bankrupt Canada and How Demographic Imperatives Will Force the Redesign of Acute Care Service Delivery » *HealthcarePapers*, vol. 11, n° 1, p. 46 à 51 (2011).
176 Nolan, M., et coll. *Year in Review 2011-2012*, Emergency Medical Services Chiefs of Canada, p. 57 à 68, 2012.
177 Ontario Association of Paramedic Chiefs (OAPC), Gale, N., *Community Paramedicine and the Ontario's Seniors Care Strategy*, 2012, présenté au Dr Sinha le 21 septembre 2012.

Ce qui complique davantage les choses est que, contrairement aux autres professionnels de la santé et des services sociaux de l'Ontario, les ambulanciers paramédicaux ne sont pas tenus de suivre une formation officielle sur la manière d'évaluer et de gérer les problèmes auxquels sont couramment confrontées les personnes âgées. Même si les ambulanciers paramédicaux sont des professionnels de la santé très qualifiés et que leur profession fait l'objet d'une réglementation sévère, ils ont encore en grande partie le mandat de fournir une intervention d'urgence et des services de transport, et c'est ce sur quoi ils concentrent leurs efforts. La réalité est que les ambulanciers paramédicaux voient de plus en plus de personnes âgées confrontées à des situations de précrise, qui ont besoin de types d'intervention qui les aident davantage à vieillir chez elles. Ainsi, bien que l'un des appels non urgents les plus fréquents soit l'aide pour se relever, un grand nombre d'ambulanciers paramédicaux savent que le temps que consacrerait une équipe appropriée de professionnels à l'étude des causes sous-jacentes des chutes des patients et à leur solution réduirait l'incidence future des chutes, des blessures, des hospitalisations, voire des placements dans des foyers de soins de longue durée. Le problème est qu'en raison de la manière dont leurs services ont été traditionnellement organisés et structurés, les ambulanciers paramédicaux travaillent souvent d'une manière qui les isole des autres professionnels de la santé et des services sociaux et communautaires, au moment où les services et les fournisseurs de soins doivent être davantage intégrés pour mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Modèles de soins communautaires paramédicaux

La nécessité de travailler différemment pour mieux répondre aux besoins des patients a accentué la croissance du mouvement des soins communautaires paramédicaux en Ontario et au-delà. En permettant aux ambulanciers de jouer des rôles moins traditionnels et d'aider à répondre aux besoins des personnes vulnérables en matière de soins de santé, il est de plus en plus évident que les programmes de soins communautaires paramédicaux peuvent réduire de beaucoup les appels d'urgence aux services ambulanciers, réduisant par le fait même le nombre d'hospitalisations et de visites aux services des urgences.

Hamilton, Ottawa, Niagara, Toronto et le comté de Renfrew sont autant d'exemples de régions où les programmes de soins communautaires paramédicaux commencent à donner de meilleurs résultats, tant pour les patients que pour le système. Le succès de ces programmes repose largement sur le fait qu'on permet aux ambulanciers paramédicaux d'élargir leur champ traditionnel d'exercice grâce à des modèles qui permettent une meilleure intégration avec les autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires.

On a remarqué que certains des plus grands utilisateurs des services médicaux d'urgence (SMU) sont des personnes âgées vulnérables qui sont souvent isolées et qui n'ont pas de lien avec les fournisseurs de soins traditionnels. Cela a fait en sorte qu'un certain nombre de services dans l'ensemble de la province ont lancé des programmes d'aiguillage vers les partenaires communautaires par les services médicaux d'urgence dans le but de jumeler les personnes dont les besoins ne sont pas comblés à des fournisseurs de soins de la collectivité afin de mieux évaluer leurs besoins et de les prendre en charge. Dans la plupart des cas, les personnes âgées ne connaissent pas les services offerts au sein de leur collectivité ou, dans d'autres cas, elles ne sont simplement pas conscientes du fait qu'elles ont besoin d'aide ou qu'elles pourraient tirer profit des services de soins à domicile et de soutien

communautaire[178]. Les programmes d'aiguillage vers les partenaires communautaires par les services médicaux d'urgence donnent aux clients l'occasion de recevoir à domicile des soins de santé et des services de soutien social et communautaire, améliorant ainsi leur qualité de vie et leur permettant de demeurer autonomes. En jumelant les patients avec les services de soins et de soutien, les programmes d'aiguillage vers les partenaires communautaires par les services médicaux d'urgence contribuent à aborder et à résoudre les problèmes chroniques ou émergents qui peuvent survenir dans la vie d'une personne.

Les données probantes recueillies révèlent que ces programmes ont non seulement bien fonctionné pour jumeler des patients à des services de soutien communautaire existants, mais qu'ils ont aussi été marqués par des réductions remarquables du nombre d'appels subséquents et de transports vers les services des urgences. En 2011, le programme d'aiguillage vers les partenaires communautaires par les services médicaux d'urgence de Toronto a identifié 904 adultes susceptibles de tirer profit d'un aiguillage vers le CASC, pour lesquels cet aiguillage a été effectué. En évaluant l'incidence du programme six mois avant et après un aiguillage, on a remarqué une réduction de 50,6 pour cent (2 715 c. 1 340) du nombre d'appels effectués au 911 et une diminution de 64,8 pour cent (1 654 c. 582) du nombre de transports vers les services des urgences, ce qui représente des économies d'environ 321 600 $ au seul chapitre de la réduction du nombre de transports[179]. La capacité d'offrir ce service relativement simple qui ne nécessite pas de ressources ambulancières paramédicales supplémentaires a aidé un grand nombre de ces services à endiguer la demande croissante de services ambulanciers.

Les services paramédicaux d'Ottawa et du comté de Renfrew ont par ailleurs contribué à la mise sur pied de services de soins communautaires paramédicaux en soutenant la recherche et la mise au point de l'outil d'évaluation du risque en trois points par les ambulanciers paramédicaux PERIL (*Paramedics assessing Elders at Risk for Independence Loss*)[180]. L'outil d'évaluation du risque PERIL peut repérer les personnes âgées qui courent un risque élevé de subir des conséquences préjudiciables comme la mort, l'hospitalisation ou le retour au service des urgences après avoir rencontré pour la première fois un ambulancier paramédical des services médicaux d'urgence. L'outil attribue un point à toute réponse affirmative à n'importe laquelle des trois questions suivantes :

1. En tenant compte de la situation actuelle à la maison, existe-t-il des problèmes qui empêcheraient ce client de recevoir son congé du service des urgences et de retourner à la maison sans danger ou qui contribueraient à une utilisation récurrente des services médicaux d'urgence ou du service des urgences?
2. Le client a-t-il habituellement besoin d'aide de façon régulière?
3. Le patient a-t-il composé le 911 au cours des 30 derniers jours?

Ce simple outil de dépistage en trois points, qui a été validé, peut facilement être intégré aux pratiques courantes et permettre à n'importe quel ambulancier paramédical d'évaluer le risque que ses patients composent le 911, soient hospitalisés ou meurent dans les 30 jours suivants. Certains ambulanciers paramédicaux de la province utilisent déjà l'outil d'évaluation du risque PERIL pour repérer les patients à risque élevé dont le pointage est de deux ou trois, afin de déterminer qui devrait faire l'objet d'un suivi

[178] Ville de Toronto, Division des services médicaux d'urgence, *Toronto EMS Community Paramedicine CREMS Program*, 2012.
[179] Ville de Toronto, Division des services médicaux d'urgence, *Preliminary 2011 Statistics from Toronto EMS CREMS Program*, Toronto (Ontario), 2011.
[180] *Ibid.*

dans la collectivité dans le cadre d'un programme d'aiguillage vers les partenaires communautaires par les services médicaux d'urgence ou d'autres services.

Centre d'attention :

Programme de soins communautaires paramédicaux « Vieillir chez soi », comté de Renfrew, RLISS de Champlain

En attendant une place dans un foyer de soins de longue durée, les personnes âgées ont des contacts fréquents avec le système de soins de santé et affichent des taux élevés d'utilisation des services des urgences[181]. Par conséquent, dans la municipalité rurale de Deep River (Ontario), le service d'ambulanciers paramédicaux du comté de Renfrew a lancé, avec l'aide financière du réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain, un programme unique de soins communautaires paramédicaux pour soutenir les personnes âgées qui sont admissibles à un foyer de soins de longue durée ou en attente d'une place, pour qu'elles puissent rester dans leur propre maison plus longtemps[182]. Grâce à ce programme efficient, les ambulanciers paramédicaux, en collaboration avec d'autres partenaires de la collectivité, ont mis au point un système pour offrir des services à domicile de soins primaires et communautaires flexibles, proactifs et améliorés à ces personnes âgées, qui a réduit l'utilisation globale des services hospitaliers et des urgences et amélioré l'état de santé des patients en retardant, voire en évitant complètement, leur admission au foyer de soins de longue durée de leur localité[183].

Somme toute, il est clair que l'on pourrait tirer d'importants avantages de l'adoption, partout en Ontario, de l'outil d'évaluation du risque PERIL et de l'élaboration de normes de pratique paramédicale issues des programmes d'aiguillage vers les partenaires communautaires par les services médicaux d'urgence, ce qui permettrait d'améliorer les résultats pour les patients et le système de manière plus intégrée. En outre, dans les régions où la capacité permet d'offrir des services de prévention ou de sensibilisation ou dans celles où des ressources supplémentaires peuvent contribuer à atteindre cette capacité, les avantages supplémentaires que peuvent procurer les ambulanciers paramédicaux communautaires dont le champ d'exercice a été élargi commencent déjà à susciter de l'intérêt à l'égard des rôles qu'ils pourraient éventuellement jouer. C'est particulièrement le cas dans les régions rurales et nordiques, où les ressources humaines dans le domaine de la santé sont particulièrement rares. Une évaluation supplémentaire pourrait également contribuer à en soutenir l'utilisation étendue, surtout dans les cas où une proposition de valeur peut être préparée.

Il convient également de reconnaître que la croissance des services de soins communautaires paramédicaux dans la province a été et sera remise en question du fait que ces services sont financés à la fois par la province et les municipalités, que leurs priorités sont influencées localement et que les limites ne correspondent pas à celles des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et autres fournisseurs de soins de santé, et de services sociaux et communautaires. Néanmoins, avec l'appui des chefs de file de la profession, le fait

[181] Institut de recherche en services de santé, *Health System Use by Frail Ontario Seniors: An In-Depth Examination of Four Vulnerable Cohorts*, Toronto (Ontario), 2011.
[182] Nolan, M., et coll. *Year in Review 2011-2012*, Emergency Medical Services Chiefs of Canada, p. 57 à 68, 2012.
[183] Services médicaux d'urgence du comté de Renfrew, *Community Paramedicine Briefing Note*, 2012, présenté au Dr Sinha le 11 septembre 2012.

que l'on constate graduellement que les modèles de soins communautaires paramédicaux peuvent donner de meilleurs résultats pour les patients et le système, ainsi que sur le plan financier, permettra probablement à ces modèles de se développer et de se répandre partout dans la province au fil du temps[184]. Enfin, pour faire progresser cette profession, il sera essentiel d'exiger que la formation de base et la formation continue des ambulanciers paramédicaux comprennent du contenu pertinent pour aider à comprendre les besoins des personnes âgées et les prendre en charge.

Recommandation

61. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS et les programmes municipaux de services médicaux d'urgence (SMU), devrait se pencher sur l'élaboration et l'utilisation élargie, partout en Ontario et particulièrement dans les collectivités nordiques et rurales, de programmes de soins communautaires paramédicaux qui pourraient mieux soutenir les grands utilisateurs des services médicaux d'urgence, de façon à éviter les visites aux services des urgences et les hospitalisations et éventuellement retarder l'admission dans un foyer de soins de longue durée. La mise en œuvre devrait :
    a) comprendre le programme d'aiguillage vers les partenaires communautaires par les services médicaux d'urgence qui aiguillent les personnes âgées identifiées comme étant à risque élevé de subir des conséquences négatives vers le coordonnateur de soins d'un CASC;
    b) appuyer l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque en trois points par les ambulanciers paramédicaux PERIL pour repérer les Ontariennes et les Ontariens âgés les plus à risque d'utiliser les services des urgences de façon récurrente, d'être hospitalisées ou de mourir dans les 30 jours et les aiguiller vers leur fournisseur de soins primaires ou le coordonnateur de soins d'un CASC pour une évaluation approfondie et une prise en charge.

Le modèle d'hospitalisation à domicile

Si, pendant une maladie grave, des personnes âgées doivent choisir entre obtenir des soins de niveau hospitalier, qui sont sûrs et de qualité supérieure, dans le confort de leur domicile plutôt qu'à l'hôpital, la majorité d'entre elles choisira la première option[185]. En fait, des études comparant les résultats obtenus chez les personnes âgées recevant des soins de niveau hospitalier à domicile plutôt qu'à l'hôpital pour traiter des maladies courantes ont clairement démontré que les patients hospitalisés à domicile sont moins susceptibles de souffrir de complications cliniques comme le délire et le déclin fonctionnel, plus susceptibles d'être encore vivants dans six mois et, tout comme leur famille, d'être satisfaits des soins qu'ils reçoivent, et moins stressés, ce qui peut permettre des économies globales de près du tiers.

En Amérique du Nord, le modèle de l'hospitalisation à domicile a été élaboré par des chercheurs des facultés de médecine et de santé publique de l'Université Johns Hopkins pour servir de modèle

[184] Ontario Association of Paramedic Chiefs (OAPC), Gale, N. *Community Paramedicine and the Ontario's Seniors Care Strategy*, 2012, présenté au Dr Sinha le 21 septembre 2012.
[185] Leff, B., et coll. « Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program to Provide Hospital-level Care at Home for Acutely Ill Older Patients », *Annals of Internal Medicine*, n° 143, p. 798 à 808 (2005).

novateur dont le rôle est de fournir aux personnes âgées la chance de recevoir à domicile des soins de niveau hospitalier pour remplacer complètement les soins actifs hospitaliers. Le modèle offre aux patients âgés admissibles qui se sont présentés à un service des urgences, qui doivent être admis à l'hôpital en raison de certains problèmes de santé, la chance de recevoir à domicile leur traitement et leurs soins. Ces problèmes sont, par exemple, la pneumonie acquise dans la société, l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire obstructive chronique, la cellulite, la déshydratation, une infection ou une septicémie des voies urinaires, les thromboses veineuses profondes et l'embolie pulmonaire[186]. Les patients qui pourraient être considérés comme admissibles à recevoir des soins de niveau hospitalier à domicile – en règle générale 30 pour cent des patients âgés présentant l'état de santé décrit ci-dessus –, sont généralement considérés comme représentant un risque peu élevé de détérioration clinique s'ils reçoivent les soins appropriés, et sont moins susceptibles de nécessiter des techniques ou des consultations hospitalières de niveau technique élevé[187]. Non seulement le modèle a permis d'obtenir de meilleurs résultats de soins pour des coûts généralement inférieurs, mais les patients et les membres de leur famille ont jugé la qualité des soins offerts par l'intermédiaire du modèle d'hospitalisation à domicile supérieure à celle des soins prodigués dans un hôpital de soins actifs[188]. En outre, ils ont découvert que leurs relations avec les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé étaient plus globalement satisfaisantes et qu'en fait, ils préféraient réellement le processus d'admission et de congé de l'hospitalisation à domicile[189] plutôt que le processus de l'hôpital habituel, sans doute à cause des niveaux de communication améliorés qui sont essentiels dans le cadre du modèle d'hospitalisation à domicile.

Le modèle d'hospitalisation à domicile comprend quatre composants principaux :

1. ***évaluation :*** le clinicien détermine que le patient souffre d'une maladie grave qui pourrait être traitée à domicile;
2. ***transport :*** le patient est alors transporté chez lui avec tout l'équipement nécessaire, accompagné d'un infirmier ou d'un médecin;
3. ***soins à domicile :*** l'infirmier désigné reste avec le patient et prodigue les soins nécessaires, avec l'aide d'un médecin traitant, en collaboration avec le fournisseur de soins de santé primaires du patient;
4. ***congé :*** l'équipe de soins, comprenant le patient, sa famille ou la personne soignante et le médecin, élabore des directives de mise en congé et un plan de suivi.

En Australie, le modèle d'hospitalisation à domicile de l'État de Victoria, qui est maintenant un modèle établi de soins actifs vivement apprécié des patients et des personnes soignantes et utilisé pour traiter une gamme de problèmes de santé, a permis d'obtenir des résultats similaires. Étant donné que presque tous les hôpitaux de l'état offrent ces soins, 32 462 patients ont été traités dans le cadre de ce modèle en 2008-2009[190]. Même si le modèle ne représentait que 2,5 pour cent de la totalité des admissions des patients hospitalisés et cinq pour cent de la totalité des jours d'hospitalisation dans l'état cette année-là, des analyses ont montré qu'il avait permis à l'état d'économiser sur les

[186] Leff, B., et coll. *Hospital Care Is Not Always Best for Older Adults*, 2012. http://www.hospitalathome.org/about-us/overview.php.
[187] Leff, B., et coll. *Which Patients Are Good Candidates for Hospital at Home?*, 2012. http://www.hospitalathome.org/about-us/candidate.php.
[188] Leff, B., et coll. *Hospital at Home Care Is Safe and the Quality of Care Is High*, 2012. http://www.hospitalathome.org/about-us/safety-quality.php.
[189] *Ibid.*
[190] Hospital in the Home Society of Australasia, *Economic Analysis of Hospital in the Home (HITH)*, Kingston, Victoria, 2011.

coûts généraux l'équivalent de la construction d'un hôpital de 500 lits[191]. Somme toute, le programme a connu un succès remarquable en produisant des résultats sur la santé comparables ou meilleurs, comparativement aux soins hospitaliers de routine, pour la plupart des groupes de patients et a permis d'accroître de manière importante la capacité générale du système de soins actifs, en réduisant le besoin d'agrandir les hôpitaux et en faisant meilleur usage de l'infrastructure hospitalière existante[192].

Au Canada, on a mené des essais à petite échelle de modèles remplaçant les services hospitaliers de soins actifs par des soins actifs prodigués à domicile. Toutefois, il semble que ces modèles se distinguent entre eux par le type de clients qu'ils desservent, leur conception et les ressources qu'ils utilisent. Un grand nombre de ces essais initiaux n'étaient pas entièrement des modèles de substitution, se sont traduits par le dédoublement de services de soins à domicile et n'étaient pas conçus d'une manière durable pouvant être intégrée au système de soins de santé global[193].

Les essais qui ont été effectués ont permis de produire un modèle plus solide, bien documenté et bien testé d'hospitalisation à domicile. Entre-temps, le paysage des soins à domicile et communautaires de l'Ontario a changé considérablement; le système plus évolué maintenant en place peut offrir des services de soins prodigués par du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé hautement spécialisés par l'intermédiaire des CASC de la province. Par conséquent, l'Ontario devrait envisager de tester et instaurer un modèle d'hospitalisation à domicile qui repose sur l'expérience d'autres territoires de compétences, consulter les principales parties prenantes, examiner les ressources existantes et établir des critères clairs de mesure afin de déterminer la démarche appropriée de mise en œuvre. Étant donné la capacité démontrée du modèle à améliorer les résultats pour les patients et le système, un tel modèle pourrait entraîner une baisse importante du nombre d'hospitalisations, des besoins d'autres niveaux de soins et des taux d'admission dans des foyers de soins de longue durée qui s'ensuivent, tout en continuant de poursuivre le but du Plan d'action qui est d'offrir plus de soins à domicile aux Ontariennes et aux Ontariens.

Recommandation

62. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, devrait soutenir la création et la mise en œuvre du modèle d'hospitalisation à domicile en Ontario. Une démonstration de faisabilité réussie de ce modèle en Ontario fournira l'information nécessaire pour en poursuivre la mise en œuvre partout dans la province.

[191] Montalto, M. « The 500-Bed Hospital That Isn't There: The Victorian Department of Health Review of the Hospital in the Home Program », *Health Care Reform*, vol. 193, n° 10, p. 598 à 601 (2010).
[192] Martin, C. M., et coll. « Acute Hospital Services in the Home: New Role for Modern Primary Health Care? », *Canadian Family Physician*, vol. 50, p. 965 à 968 (2004).
[193] *Ibid.*

Des services des urgences et des hôpitaux plus sûrs et mieux adaptés aux besoins des personnes âgées

Même si les personnes âgées sont depuis longtemps les plus grands utilisateurs des services hospitaliers ontariens, jusqu'à récemment, seule une poignée d'hôpitaux accordaient la priorité aux soins qu'on leur prodiguait. En reconnaissant progressivement que répondre aux besoins uniques des patients âgés hospitalisés pouvait produire des avantages importants pour le patient, le fournisseur et le système, les RLISS se sont engagés, en 2010, à poursuivre la mise en œuvre d'une stratégie des hôpitaux adaptés aux aînés dans le cadre d'un engagement plus vaste qui consiste à améliorer les soins hospitaliers prodigués aux personnes âgées.

Pour cerner des thèmes communs concernant les soins hospitaliers prodigués aux personnes âgées partout dans la province, notamment des pratiques et des occasions encourageantes pour hausser le niveau des organismes et du système, les RLISS ont demandé aux 155 hôpitaux de l'Ontario traitant des personnes âgées de participer à un processus d'auto-évaluation, avec l'aide des programmes régionaux de soins gériatriques de l'Ontario. Les principales conclusions de ce processus étaient irréfutables. Bien qu'il existe une reconnaissance croissante de la nécessité de mieux adapter les soins aux besoins des aînés dans les hôpitaux et les services des urgences, l'exercice d'auto-évaluation effectué dans toute la province a révélé que seulement 49 pour cent des hôpitaux ontariens avaient déclaré avoir mis en œuvre des protocoles de soins spécifiquement conçus pour tenir compte des domaines où le risque pour les personnes âgées est confirmé. Toutefois, il pourrait s'agir d'un reflet du fait que seulement 39 pour cent des hôpitaux ontariens ont déterminé des objectifs précis quant à la prestation de soins mieux adaptés aux besoins des aînés dans le cadre de leurs plans stratégiques; seulement 30 pour cent de ces hôpitaux s'étaient engagés, à l'échelon du conseil d'administration, à s'adapter aux besoins des aînés; et seulement 31 pour cent avaient mis sur pied des comités pour diriger l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives de soins adaptées aux besoins des aînés[194].

Parce qu'elle tenait compte des meilleures données probantes relatives aux soins des personnes âgées en milieu hospitalier, l'initiative « Hôpitaux adaptés aux aînés » a permis aux RLISS d'adopter une série de 12 recommandations générales réparties dans cinq domaines – apparaissant au tableau 5.1 – pour soutenir leurs hôpitaux dans l'amélioration de leurs capacités à prodiguer de meilleurs soins à leurs patients âgés. Elle a également proposé aux RLISS une structure leur permettant de soutenir leurs hôpitaux dans la mise en œuvre de ces recommandations, dans le cadre d'efforts de planification systémique plus vastes visant à améliorer dans leur ensemble les soins offerts aux personnes âgées.

[194] RLISS de l'Ontario, *Soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de l'Ontario : Rapport sommaire et recommandations*, Toronto (Ontario), 2011.

Tableau 5.1 – Recommandations pour les hôpitaux, visant à soutenir la création d'hôpitaux adaptés aux aînés

Soutien organisationnel
1. Obtenir du conseil d'administration ou intégrer au plan stratégique des engagements de planification favorisant l'adaptation aux besoins des aînés.
2. Désigner un cadre supérieur/chef médical de l'hôpital pour prendre en charge les initiatives d'adaptation aux besoins des aînés à l'échelle de l'organisation.
3. Former et habiliter un ou des champions en gériatrie clinique pour agir à titre de ressource auprès des pairs et pour faciliter les changements sur le plan des pratiques et des politiques à l'échelle de l'hôpital.
4. Former et perfectionner le personnel en matière d'acquisition de compétences axées sur les personnes âgées.
Protocole de soins
5. Mettre en œuvre dans les services des hôpitaux des protocoles interprofessionnels visant à optimiser les fonctions physiques, cognitives et psychosociales des patients âgés. Ces protocoles pourraient inclure le dépistage des personnes à risque, des mesures de prévention, des stratégies de gestion et des protocoles de surveillance et d'évaluation.
6. Soutenir la transition entre les soins en appliquant des pratiques et en établissant des partenariats qui favorisent la collaboration interorganisationnelle avec les services communautaires et postactifs.
Milieu émotionnel et comportemental
7. Donner à tous les membres du personnel, clinicien et non clinicien, une formation de sensibilisation visant à promouvoir une culture adaptée aux besoins des aînés dans tous les services de l'hôpital.
8. Insérer une perspective d'adaptation aux besoins des aînés dans les pratiques de soins axés sur le patient et sur la diversité, afin que l'hôpital favorise la participation maximale des patients âgés et des familles/personnes soignantes à leurs soins en respect de leurs valeurs personnelles (sur le plan culturel, linguistique, spirituel, etc.).
Éthique dans les soins et la recherche clinique
9. Mettre un éthicien ou un service de consultation éthique à la disposition du personnel de soutien, des patients et des familles aux prises avec des problèmes éthiques délicats.
10. Élaborer des pratiques et politiques formelles visant à assurer que les capacités et l'autonomie des patients âgés soient respectées.
Milieu physique
11. Utiliser des ressources de conception adaptées aux besoins des aînés, en plus de lignes directrices en matière d'accessibilité, pour guider les activités de planification, d'approvisionnement et de maintenance des installations.
12. Réaliser régulièrement des vérifications du milieu physique et mettre en œuvre des améliorations basées sur les principes de conception adaptée aux besoins des aînés et sur le personnel ayant reçu une formation sur les besoins des personnes fragiles.

Les constatations du sondage ont également conduit à la recommandation de faire du déclin fonctionnel, du délire et de la transition entre les soins des priorités cliniques systémiques pour tous les hôpitaux traitant des personnes âgées. En reconnaissant l'importance de ces enjeux, des plans d'action visant les priorités cliniques suivantes ont été proposés :

1. ***Déclin fonctionnel :*** Mettre en œuvre des protocoles interprofessionnels de mobilisation précoce dans tous les services des hôpitaux afin d'optimiser les fonctions physiques des patients.
2. ***Délire :*** Mettre en œuvre des protocoles interprofessionnels de dépistage, de prévention et de gestion du délire dans tous les services des hôpitaux afin d'optimiser les fonctions cognitives des patients.
3. ***Transitions entre les soins :*** Soutenir la transition entre les soins en appliquant des pratiques et en établissant des partenariats qui favorisent la collaboration interorganisationnelle avec les services communautaires et postactifs.

Le processus d'auto-évaluation des RLISS a permis de cerner des pratiques encourageantes qui se penchent particulièrement sur les enjeux du déclin fonctionnel, du délire et des transitions entre les soins. Il a aussi permis de reconnaître quelques rares hôpitaux à l'avant-garde de la province dans ces domaines et affichant une amélioration des résultats pour le patient, le fournisseur et le système à la suite de leurs initiatives.

Centre d'attention :

L'Hôpital Mount Sinaï, prototype des hôpitaux adaptés aux besoins des aînés, Toronto, RLISS du Centre-Toronto

L'Hôpital Mount Sinaï de Toronto, par exemple, a pris les devants pour devenir le premier centre de sciences de la santé universitaire de soins actifs en Ontario à faire de la gériatrie l'une de ses priorités stratégiques, en se donnant le mandat de faire preuve d'excellence dans les soins aux patients, l'enseignement et les activités de recherche en lien avec les soins aux personnes âgées.

Comme d'autres hôpitaux de pointe dans ce domaine, le Mount Sinaï a vu ses cadres cliniques et administratifs, ainsi que ses fournisseurs de soins de première ligne, se regrouper au sein d'un comité directeur des services gériatriques qui tient une réunion chaque mois depuis maintenant cinq ans. Grâce à son travail, le comité a réussi à faire valoir que les soins aux personnes âgées devaient être une priorité stratégique, et que cette priorité devait disposer d'un important soutien de la part de l'hôpital. Le comité a supervisé la mise en œuvre, dans le continuum de soins, de modèles particuliers fondés sur des données probantes et des interventions pratiquées dans des points de services, pour améliorer les résultats pour le patient, le fournisseur et le système.

En vertu de sa stratégie de soins actifs pour aînés, le comité a mis en œuvre une série d'interventions fondées sur des données probantes, mais conçues sur mesure (c.-à-d. le programme d'évaluation des personnes âgées à risque ISAR, le programme d'appui des infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques, le programme de soins actifs pour aînés, des soins orthogériatriques, le programme HELP (Hospital Elder Life Program), le programme NICHE d'amélioration des soins infirmiers prodigués aux personnes âgées, etc.) qui sont présentées au tableau 5.2. Toutefois,

l'hôpital a fait un pas de plus en reliant entre eux tous les modèles, pour créer un modèle harmonieux de prestation de services intégrés, qui couvre le continuum de soins et qui est rendu possible grâce à une démarche de soins offerts par l'intermédiaire d'une collaboration interprofessionnelle fondée sur le travail d'équipe et quelques innovations propres aux technologies de l'information. L'hôpital a par ailleurs fait valoir l'importance d'une collaboration entre des partenaires communautaires comme le réseau local d'intégration des services de santé (CASC) du Centre-Toronto et les organismes de soutien communautaire locaux pour favoriser la réussite de la transition et permettre à un nombre plus grand de personnes âgées de rester chez elles.

Pour soutenir et surveiller cette démarche, l'Hôpital Mount Sinaï a élaboré un plan d'action réparti sur plusieurs années, qui mesure ses progrès à l'aide d'un tableau de bord équilibré comprenant des paramètres principaux et un système d'analyse comparative. Ce système lui a permis de comparer trimestriellement son rendement à celui d'autres hôpitaux régionaux de nature similaire et de cerner les éléments qui pourraient faire l'objet d'améliorations supplémentaires. Grâce à cette démarche, l'hôpital a constaté une diminution de la durée des séjours et du nombre de réadmissions, ainsi qu'une augmentation du taux de ses patients qui peuvent retourner à la maison et a atteint des niveaux supérieurs de satisfaction[195].

Tableau 5.2 – Exemples d'interventions fondées sur des données probantes dans des hôpitaux adaptés aux besoins des aînés

Outils de dépistage des risques élevés
Les outils de dépistage fondés sur des données probantes, notamment le programme d'évaluation des personnes âgées à risque ISAR et l'algorithme interRAI Assessment Urgency Algorithm, ont été conçus pour identifier rapidement et efficacement les personnes représentant un risque accru de subir des conséquences négatives, notamment le déclin fonctionnel, la réadmission et l'institutionnalisation[196, 197]. L'utilisation de ces outils doit s'accompagner de processus de suivi, notamment une évaluation clinique en bonne et due forme.
Modèle d'appui des infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques
Les infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques sont des infirmiers de pratique avancée travaillant dans les services des urgences dont le travail consiste exclusivement à évaluer les besoins des patients âgés fragiles et à y répondre, tout en aidant à mettre en lien ces patients avec les services gériatriques spécialisés, les soins à domicile et les services communautaires de soutien, selon le cas. Les infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques sont utiles pour prévenir les admissions non nécessaires, faciliter la prestation des soins des patients âgés qui pourraient avoir besoin d'une évaluation à l'hôpital et de soutien supplémentaire[198].

[195] Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa (Ontario), 2011.
[196] McCusker, J., et coll. « Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes after an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 47, n° 10, p. 1229 à 1237 (1999).
[197] Hirdes, J. P., et coll. *interRAI Contact Assessment: Screening Level Assessment for Emergency Department and Intake from Community/Hospital Assessment Form and User's Manual*, Washington, D.C., 2009.
[198] Sinha, S. K., et coll. « A Systematic Review and Qualitative Analysis to Inform the Development of a New Emergency Department-based Geriatric Case Management Model », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, n° 6, p. 672 à 682 (2011).

Hospitalisation à domicile

Le modèle d'hospitalisation à domicile offre, au domicile du patient, des soins actifs du calibre de ceux offerts en milieux hospitaliers, pour remplacer ceux-ci.

Les patients reçoivent les soins d'un médecin et d'un infirmier, un diagnostic ainsi que des interventions thérapeutiques qui sont habituellement effectuées à l'hôpital, selon la gravité de leur maladie[199]. Ce modèle offre des soins équivalents à coût inférieur, avec moins de conséquences négatives, comme le délire ou le déclin fonctionnel, et des niveaux de satisfaction plus élevés. On peut également le déployer pour permettre à un patient de quitter plus rapidement un hôpital de soins actifs[200].

Unités de soins actifs pour aînés

Les unités de soins actifs pour aînés sont installées dans une salle spécialement conçue de l'hôpital qui vise à combiner les évaluations gériatriques, l'amélioration de la qualité, un environnement spécialement planifié, des visites d'équipes interprofessionnelles, des examens fréquents des soins médicaux et la planification globale des congés. On a démontré que les unités de soins actifs pour aînés permettaient de réduire la durée des séjours, le nombre de réadmissions et de placements dans des foyers de soins de longue durée, tout en aidant les personnes âgées hospitalisées à conserver l'autonomie fonctionnelle nécessaire à leurs activités quotidiennes.

Services orthogériatriques

L'orthogériatrie est un modèle de prise en charge conjointe qui réunit les gériatres et les chirurgiens orthopédiques dans le cadre des soins de personnes âgées ayant subi une fracture de la hanche. En améliorant les soins de ces patients grâce à des évaluations gériatriques globales au moment de l'admission et en soutenant les patients pendant toute la durée de leur séjour, ces modèles ont montré qu'ils pouvaient diminuer l'incidence du délire et, par conséquent, réduire la durée des séjours[201, 202, 203].

Mise en œuvre du programme HELP (Hospital Elder Life Program)

Le programme HELP est un modèle fondé sur le bénévolat, conçu pour prévenir le délire en aidant les patients âgés à rester concentrés sur leur environnement, à répondre à leurs besoins nutritionnels et à leurs besoins de sommeil, et à les garder mobiles, dans les limites de leur condition physique[204]. Le programme HELP a montré qu'il était efficace pour diminuer l'incidence du délire et du déclin fonctionnel dans les hôpitaux.

Modèle d'intervention pendant les transitions de soins

Dans le cadre de ce modèle, les patients d'un hôpital sont jumelés à un ou une responsable des transitions qui les aide à acquérir des compétences en autogestion dès leur congé. Le responsable, un infirmier spécialement formé, aide les patients à apprendre à gérer les ordonnances multiples, à suivre les recommandations propres à leur convalescence et à donner à leurs fournisseurs de soins de santé les renseignements dont ils ont besoin[205].

Programme NICHE d'amélioration des soins infirmiers prodigués aux aînés

Le programme NICHE offre des outils cliniques et organisationnels, ainsi que des ressources éducatives, pour soutenir une modification systémique de la culture propre aux établissements de soins de santé. NICHE soutient les organismes pour qu'ils réussissent à prodiguer des soins axés sur le patient dans les cas de patients âgés hospitalisés. Plusieurs hôpitaux nord-américains et d'autres établissements de soins de santé y ont fait appel pour favoriser des améliorations systémiques dans les soins des personnes âgées[206].

---

199 Shepperd, S., et S. Iliffe., Hospital at *Home Versus In-patient Hospital Care*, The Cochrane Library, Chichester, Royaume-Uni, 2004.
200 Landefeld, C. S., et coll. « Clinical Intervention Trials: The ACE Unit », *Clinical Geriatric Medicine*, vol. 14, p. 831 à 849 (1998).
201 Gilchrist, W. J., et coll. « Prospective Randomised Study of an Orthopaedic-Geriatric Inpatient Service », *British Medical Journal*, n° 297, p. 1116 à 1118 (1988).
202 Martinez-Reig, M., et coll. « The Orthogeriatrics Model of Care: Systematic Review of Predictors of Institutionalization and Mortality in Post-Hip Fracture and Evidence for Interventions », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 13, n° 9, p. 770 à 777 (2012).
203 Beasley, A. W. « Orthogeriatrics Comprehensive Orthopaedic Care for the Elderly Patient », *Australia and New Zealand Journal of Surgery*, vol. 63, n° 3, p. 244 et 245 (2008).
204 Inouye, S. K., et coll. « Dissemination of the Hospital Elder Life Program: Implementation, Adaptation, and Successes », *Journal of American Geriatric Society*, vol. 54, n° 10, p. 1492 à 1499 (2006).
205 Coleman, E. A., et coll. « The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 17, p. 1822 à 1828 (2006).
206 Mezey, M., et coll. « Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE): Implementation of Best Practice Models », *The Journal of Nursing Administration*, vol. 34, n° 10, p. 451 à 457 (2004).

La démarche 48/6 de la Colombie-Britannique

D'autres territoires de compétence ont également élaboré des stratégies pour soutenir la prestation de soins hospitaliers qui répondent aux besoins des aînés. La Colombie-Britannique, par exemple, a mis en œuvre son modèle de soins 48/6 destiné aux aînés hospitalisés. Ce modèle de soins intégrés fait appel aux pratiques exemplaires en matière de soins prodigués aux personnes âgées hospitalisées. Dans ce modèle, les patients font l'objet d'un dépistage et d'une évaluation dans les 48 heures suivant leur admission dans six secteurs interreliés d'intérêt :

1. le contrôle des fonctions de l'intestin et de la vessie;
2. les fonctions cognitives;
3. la mobilité fonctionnelle;
4. la gestion de la pharmacothérapie;
5. l'alimentation et l'hydratation;
6. le soulagement de la douleur.

Des plans de soins sont ensuite élaborés en collaboration avec le patient, en fonction de ces évaluations, pour faciliter un congé et un retour à domicile sécuritaires et rapides, lorsque c'est possible.

La démarche 48/6 nécessite la surveillance continue des six secteurs de soins pendant la durée du séjour d'un patient à l'hôpital pour garantir que toutes les questions cernées sont gérées adéquatement. Les premiers constats indiquent que cette démarche de soins intégrés peut aider les patients à conserver un niveau supérieur de fonctionnalité, ce qui se traduit par l'obtention du congé et le retour plus rapide à domicile ou dans la collectivité[207].

L'initiative « Hôpitaux adaptés aux aînés » des RLISS, ainsi que les consultations qui se sont déroulées l'été dernier dans les hôpitaux ontariens, a permis de démontrer qu'il existe quelques hôpitaux, surtout ceux de petite taille et desservant des collectivités rurales, qui estiment qu'ils ne disposent pas de l'expertise nécessaire pour faire appel à ces stratégies de soins. Pour offrir une aide à l'échelle du secteur, les programmes régionaux de soins gériatriques de l'Ontario ont lancé une trousse d'outils de l'hôpital adapté aux aînés permettant de soutenir les hôpitaux pendant chaque étape de mise en œuvre de la stratégie; bon nombre d'entre eux l'ont trouvée utile. Par le passé, le Ministère a soutenu les hôpitaux dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques novatrices, en leur offrant un modèle servant à les encadrer. Ces modèles se sont avérés particulièrement efficaces là où ils ont été orientés/dirigés par le secteur d'activité et ses chefs de file, et là où on offrait l'occasion de cerner et de relever des défis causés par les variations locales et les difficultés de mise en œuvre.

Dans le respect de cette démarche, les RLISS, en partenariat avec l'Hôpital Mount Sinaï, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, le programme NICHE, le centre IVEY pour la santé internationale et le Ministère, ont joint leurs efforts, l'automne dernier, pour élaborer l'initiative ECHO de collaboration adaptée aux besoins des aînés destinée aux hôpitaux de l'Ontario. Cette initiative vise à tabler sur le travail antérieur et à établir un programme novateur d'encadrement entre pairs et de traduction/d'échange de connaissances, de manière à promouvoir l'adoption et la mise en œuvre réussie de modèles de soins et de processus

[207] Gouvernement de la Colombie-Britannique, ministère de la Santé, *Hospital Care for Seniors: 48/6 Approach*, Victoria (Colombie-Britannique), 2010.

adaptés aux besoins des aînés dans les hôpitaux de soins actifs de la totalité de l'Ontario. L'objectif de cette initiative est de créer un hôpital principal adapté aux besoins des aînés dans chaque RLISS et d'aider cet hôpital à agir comme un chef de file pour soutenir d'autres hôpitaux de sa région et faire progresser cette préoccupation globale en matière de soins.

Amélioration des soins des services des urgences

Dans les services des urgences de toute la province, une quantité importante de travail a été entreprise pour améliorer les soins prodigués aux personnes âgées. Les services des urgences étant des endroits occupés et bruyants, le temps consacré à attendre des soins ou pour être transféré dans un environnement de soins plus approprié après avoir été évalué peut influencer de manière significative la qualité générale des soins que reçoivent les patients âgés[208].

Le Ministère a investi plus de 359,5 millions de dollars au cours des quatre dernières années pour aider les services des urgences à prodiguer des soins plus rapidement. Somme toute, le programme a réussi à réduire de 16 pour cent la durée médiane du séjour des patients âgés dans les services des urgences, la ramenant de 14,7 heures à 12,4 heures, alors que la durée de temps médiane pendant laquelle les patients âgés ont attendu un lit a également chuté de 23 pour cent, ramenée de 6,1 heures à 4,7 heures.

Les services des urgences de toute la province ont également travaillé pour adapter leurs processus et leurs environnements de soins de manière à mieux répondre aux besoins des patients âgés qu'ils servent. Ainsi, les hôpitaux Mount Sinaï et St. Michael's ont élaboré leurs propres initiatives de santé mentale gériatrique d'urgence, qui offrent une formation spécifique aux médecins, aux infirmiers et aux autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux de première ligne, sur des enjeux comme la reconnaissance et la gestion des problèmes découlant de la démence, du délire, de la dépression et d'autres troubles de santé mentale dont souffrent des patients âgés qui se présentent aux services des urgences.

Infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques

L'une des initiatives ayant sans doute eu la plus grande influence est l'engagement de dizaines d'infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques et la création de postes de coordonnateurs de soins dans les CASC de toute la province. Les infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques sont des infirmiers de pratique avancée travaillant dans les services des urgences dont la tâche consiste exclusivement à identifier les personnes âgées fragiles qui se présentent dans les services des urgences avec des problèmes médicaux, fonctionnels ou psychologiques complexes et qui présentent un risque élevé de perdre leur autonomie, à les évaluer et à répondre à leurs besoins.

Grâce à leurs évaluations, les infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques préparent une liste de recommandations et travaillent avec les patients, leurs familles et leurs personnes soignantes pour aider à créer des liens entre eux et leurs fournisseurs de soins primaires pour leur recommander des services gériatriques spécialisés et d'autres services de soins à domicile et de soutien communautaire susceptibles de les aider à conserver leur autonomie, de façon à assurer la réussite du

[208] Sinha, S. K., et coll. « A Systematic Review and Qualitative Analysis to Inform the Development of a New Emergency Department-based Geriatric Case Management Model », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, n° 6, p. 672 à 682 (2011).

retour au sein de la collectivité, ce qui réduit l'éventualité de visites répétées au service des urgences et d'hospitalisations[209].

Les infirmiers spécialisés dans les urgences gériatriques sont également utiles pour mettre en lien des patients âgés identifiés comme ne bénéficiant pas de soins primaires avec des fournisseurs de soins primaires de leur localité, ce qui facilite également les soins aux patients âgés qui pourraient avoir besoin d'une évaluation supplémentaire en milieu hospitalier et de soutien. Même si les pratiques des infirmiers spécialisés dans les urgences gériatriques pourraient être mieux normalisées grâce à l'utilisation de démarches fondées sur des données probantes qui guideraient leur travail, il est clair qu'investir dans ces fonctions a aidé les services des urgences de toute la province à améliorer davantage les soins aux personnes âgées dans ces environnements.

En misant sur le travail des services des urgences, d'autres investissements en soins infirmiers communautaires récemment annoncés, les infirmiers d'intervention rapide et de télésoins à domicile, ainsi que sur des programmes plus établis, comme les équipes d'intervention infirmière en soins de longue durée et le programme Home at Last, décrits dans d'autres documents, nous améliorerons la transition entre l'hôpital et le domicile ainsi que les liens avec d'autres ressources communautaires qui peuvent mieux soutenir les personnes âgées vivant dans la collectivité.

Encourager et soutenir les pratiques exemplaires

Pour encourager et soutenir l'élaboration de pratiques exemplaires entourant les soins des personnes âgées prodigués en milieu hospitalier, le Ministère et ses RLISS devraient envisager l'utilisation d'ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) et de plans d'amélioration de la qualité (PAQ) pour faire du travail dans ce domaine une priorité et fixer des cibles de rendement en matière de soins des personnes âgées qui entraîneront une amélioration importante du système de santé. Ils devraient comprendre pour les hôpitaux l'obligation d'élaborer des plans d'action qui leur permettraient de s'adapter aux besoins des aînés, d'en surveiller la mise en œuvre et d'en faire rapport. Ces plans devraient également prioriser le soutien de la continuité et des transitions, au sein de l'hôpital et à l'extérieur, en collaboration avec les fournisseurs de soins primaires et de services communautaires.

Agrément Canada s'engage également à offrir les soins aux patients et la sécurité de la qualité la plus élevée qui soit par l'imposition de normes de soins de santé nationales, et est responsable de l'agrément de tous les hôpitaux ontariens. Par conséquent, il faudrait envisager l'intégration des principes d'hôpital adapté aux aînés dans les normes d'agrément des hôpitaux, ce qui permettrait sans nul doute de contribuer à l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins que les personnes âgées hospitalisées reçoivent en Ontario.

[209] *Ibid.*

Recommandations

63. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager l'élargissement et le perfectionnement de programmes d'infirmiers spécialisés en gestion des urgences gériatriques fondés sur les données probantes et de protocoles de dépistage des risques élevés dans les services des urgences de toute la province, pour favoriser la détection précoce des problèmes gériatriques qui nécessitent une attention, soutenir un retour à la collectivité plus sécuritaire ou, lorsque nécessaire, encourager des admissions à l'hôpital qui permettent de réduire les risques.
64. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec les RLISS, devrait continuer de promouvoir l'adoption de principes d'hôpital adapté aux aînés par l'intermédiaire des ententes de responsabilisation qu'il conclut avec les hôpitaux pour les aider à mettre en œuvre des environnements de soins améliorés destinés aux personnes âgées hospitalisées permettant d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient, le fournisseur et le système.
65. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait faire valoir à Agrément Canada que les principes d'hôpital adapté aux aînés devraient être une norme d'agrément.
66. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ses RLISS devraient soutenir les hôpitaux de toute la province dans l'adoption, la mise en œuvre et le renforcement de modèles et de processus de soins qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient et le système, destinés aux personnes âgées, par la mise en œuvre d'un modèle de programme d'encadrement collaboratif, en partenariat avec les hôpitaux de pointe, fondé sur le soutien par les pairs, le transfert et l'échange de connaissances.

Améliorer les transitions en matière de soins

Étant donné que les personnes âgées, à mesure qu'elles vieillissent, ont tendance à vivre davantage de difficultés complexes et souvent interreliées en matière de soins de santé et de services sociaux, elles doivent souvent établir plus de contacts avec divers fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires, dans divers établissements. Un nombre plus élevé de fournisseurs et d'établissements exige souvent plus de transferts, augmentant ainsi la possibilité d'une fragmentation accrue des soins et d'incidents indésirables.

Dans le cadre d'un récent sondage de l'organisme The Change Foundation, un nombre trop élevé d'Ontariennes et d'Ontariens âgés ont signalé ressentir de la confusion ou de l'incertitude à propos des prochaines étapes de leurs parcours dans le système de santé. Par exemple, 55 pour cent ont indiqué avoir vécu des problèmes au moment d'un transfert dans le système de soins de santé, alors que moins de 16 pour cent ont déclaré n'avoir vécu aucun problème de ce genre. La situation semble découler de la difficulté qu'ont ces personnes à naviguer dans le système, sans orientation claire, et d'une mauvaise communication entre les fournisseurs et les patients, particulièrement au moment du

congé de l'hôpital[210]. En effet, des études ont démontré qu'en raison de transferts mal gérés, 49 pour cent des patients vivent au moins un incident indésirable, notamment des erreurs médicales, et des réadmissions dans les hôpitaux en partie dues à la mauvaise qualité des directives et des soins de suivi qu'ils ont reçus[211, 212, 213].

Les réadmissions dans les hôpitaux sont souvent attribuables à des lacunes beaucoup trop fréquentes sur les plans des soins et des communications au moment du transfert des patients des hôpitaux vers leur prochain établissement de soins. Elles reflètent les complexités des transferts dans un système de soins de santé où les soins sont prodigués par de multiples fournisseurs de soins de santé et de soins sociaux et communautaires relevant de différentes entités[214].

La meilleure façon d'assurer des transferts respectueux, coordonnés et efficients entre les établissements de soins de santé est de veiller à ce que les patients, leurs familles et les personnes qui les soignent soient perçus comme une partie intégrante de l'équipe de soins, pouvant collaborer avec les fournisseurs de soins au moment des prises de décisions liées à leurs soins. Il est également essentiel de veiller à affecter un fournisseur de soins primaires aux patients et que ces derniers participent à la bonne gestion de leurs transferts entre les établissements de soins.

Dans le cadre de consultations, de trop nombreux fournisseurs de soins primaires ont toutefois affirmé qu'ils n'étaient souvent pas informés en temps opportun que leurs patients avaient été admis à un hôpital ou qu'ils avaient visité des services des urgences, ni que leur état de santé et les plans de soins globaux qui en découlent avaient subi des changements importants. Malheureusement, ces situations surviennent fréquemment partout en Ontario, ce qui est démontré par l'augmentation continue du taux de réadmissions dans les hôpitaux dans un délai de 30 jours.

Le rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, intitulé *Améliorer le continuum des soins* indique que le taux de réadmission dans les hôpitaux dans un délai de 30 jours pour l'Ontario, au moment de la publication du rapport, était de 15,92 pour cent. Ce taux est élevé comparativement à celui observé dans d'autres systèmes de santé de premier plan. Il est également coûteux, ayant entraîné environ 705 millions de dollars en frais hospitaliers en 2008-2009, surtout qu'un bon nombre de ces réadmissions ont été jugées comme évitables[215]. D'autres analyses démontrent également que les réadmissions sont plus fréquentes chez les personnes âgées souffrant d'affections complexes, et que certains diagnostics et affections en particulier, tel que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC), sont actuellement associés aux taux les plus élevés de réadmission, soit 19,42 pour cent et 22,47 pour cent respectivement en 2011. Le fait que les taux globaux de réadmission ont varié considérablement en 2011 entre les 14 RLISS, soit de 13,3 pour cent à 18,68 pour cent, donne à penser qu'on peut faire mieux en Ontario.

210 The Change Foundation, *Loud and Clear: Seniors and Caregivers Speak Out About Navigating Ontario's Healthcare System*, Toronto (Ontario), 2012.
211 Forster, A., et coll. « Adverse Events Among Medical Patients after Discharge from Hospital », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, p. 345 à 349 (2004).
212 Moore, C., et coll. « Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an In-patient to an Out-patient setting », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, p. 646 à 651 (2003).
213 Marcantanio, E. R., et coll. « Factors Associated with Unplanned Hospital Readmission Among Patients 65 Years of Age and Older in a Medicare Managed Care Plan », *American Journal of Medicine*, vol. 107, p. 13 à 17 (1999).
214 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, *Améliorer le continuum des soins*, Toronto (Ontario), 2011.
215 *Ibid.*

Ce qui est encore plus préoccupant est que seulement 63,8 pour cent des Ontariennes et des Ontariens font l'objet d'un suivi par leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital. Un constat inquiétant puisque les faibles taux de suivi semblent fortement liés à des taux plus élevés de réadmission. Par exemple, dans le RLISS ayant présenté le taux global de réadmission le plus élevé en 2011-2012, le taux de suivi d'un patient par un fournisseur de soins primaires dans un délai de sept jours ne s'est élevé qu'à 51,3 pour cent, soit le taux de suivi le plus bas dans la province.

Dans son rapport qui fera date, *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*[216], le Dr David Walker a fait ressortir le besoin immédiat de promouvoir la création et l'adoption de pratiques exemplaires dans tous les RLISS en ce qui a trait aux soins, aux congés et à la circulation des patients nécessitant un ANS et des patients à risque de nécessiter un ANS. Toutefois, il a aussi souligné la nécessité de normaliser les processus et les pratiques d'évaluation, d'aiguillage, d'admission et de mise en congé dans tous les secteurs, afin de contribuer à l'atteinte de cet objectif.

En novembre 2011, le Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, présidé par le Dr Ross Baker, a publié sont rapport intitulé *Améliorer le continuum des soins*[217], qui reconnaît que la réduction du taux de réadmissions évitables de patients ayant reçu un congé de l'hôpital est l'un des domaines importants en Ontario où il faut améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé et rendre l'utilisation de ressources en soins de santé plus efficace[218]. Pour ce faire, tous les membres de l'équipe de soins de santé, en collaboration avec les fournisseurs de soins communautaires, doivent travailler ensemble afin d'assurer une communication et une coordination efficaces visant à soutenir des transferts sécuritaires et efficaces dans tous les secteurs du continuum de soins. Le Comité a reconnu que les données probantes indiquent que des interventions efficaces servant à améliorer les transferts en matière de soins et à réduire le taux de réadmissions évitables comprennent plusieurs éléments communs, notamment :

- le dépistage précoce visant à cerner les patients à risque élevé de réadmissions;
- l'utilisation d'outils d'évaluations uniformes;
- des cheminements cliniques définis qui appuient la planification rapide des congés;
- des transferts sans heurt et l'utilisation efficace de la technologie;
- des mécanismes de communication améliorés de transmission des évaluations;
- des plans de congé;
- des listes de médicaments et d'autres renseignements avec les patients et tous leurs fournisseurs de soins;
- un bilan comparatif et une gestion des médicaments lorsque le patient rentre chez lui;
- la sensibilisation des patients et des personnes soignantes;
- un suivi en temps opportun des soins primaires dans la collectivité.

Selon les membres du Comité, afin de soutenir une mise en œuvre réussie de pratiques exemplaires relatives aux transitions entre les types de soins, il faut également définir clairement les rôles et

---

[216] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Walker, D., *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*, Toronto (Ontario), 2011.

[217] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, *Améliorer le continuum des soins*, Toronto (Ontario), 2011.

[218] *Ibid.*

les responsabilités des fournisseurs, y compris la désignation du responsable à chaque étape et l'utilisation de paramètres communs pour surveiller les résultats auxquels les fournisseurs et les secteurs seraient tenus responsables collectivement. Ils ont en outre suggéré de rendre ces données facilement accessibles et rapidement disponibles aux professionnels de la santé et des services sociaux et communautaires afin de faciliter les efforts d'amélioration rapide de la qualité.

Recommandation

67. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait continuer de collaborer avec QSSO à l'accélération de la mise en œuvre des normes et des processus de transition en matière de soins, ainsi que de leurs résultats et indicateurs de processus connexes recommandés dans le rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, intitulé *Améliorer le continuum des soins*. Consulter l'annexe B pour une liste des indicateurs proposés qui pourraient également être dévoilés publiquement et qui peuvent aider à évaluer la qualité et les résultats des transitions en matière de soins que vivent les personnes âgées.

Initiatives d'amélioration des transitions en matière de soins dirigées par le personnel infirmier

Au cours des dernières années, le Ministère a réalisé d'importants investissements visant à renforcer les ressources humaines dans les secteurs des soins à domicile et des soins communautaires afin de soutenir l'objectif d'amélioration des transitions en matière de soins. Plus particulièrement, il a mis l'accent sur d'importants investissements dans un certain nombre d'initiatives dirigées par le personnel infirmier de divers établissements de soins communautaires qui jouent un rôle essentiel dans la planification des congés, la gestion efficace des transitions et la gestion des problèmes de santé afin de réduire la probabilité d'admissions et de réadmissions dans des établissements de soins actifs. Parmi ces initiatives, notons les suivantes :

- ***Personnel infirmier d'intervention rapide*** – vise à soutenir le transfert, de l'hôpital au domicile, de personnes âgées et d'autres personnes à risque élevé de réadmission en veillant à documenter, à transmettre et à comprendre les plans de congé, à mettre en place un suivi avec un fournisseur de soins primaires et à établir d'autres services à domicile et de soutien communautaire.
- ***Personnel infirmier prodiguant des télésoins à domicile*** – vise à soutenir les patients souffrant de maladies chroniques et leurs fournisseurs de soins primaires au moyen d'un matériel de surveillance à domicile afin de contribuer à gérer de façon proactive les problèmes pouvant survenir. Le programme est axé particulièrement sur l'habilitation des patients à mieux prendre en charge eux-mêmes leurs maladies chroniques. L'objectif est de réduire le nombre d'hospitalisations et de visites dans les SU évitables.
- ***Équipes d'intervention infirmière*** – vise à fournir une équipe de personnel infirmier de pratique avancée afin de mieux soutenir les pensionnaires d'établissements de soins de longue durée et leurs fournisseurs de soins. Ces équipes sont axées sur l'aide aux pensionnaires pouvant souffrir d'une affection exigeant des soins actifs que l'on peut gérer dans le foyer de soins de longue durée ou par une visite ciblée et facilitée dans un hôpital local. Le programme est centré particulièrement sur la capacité du personnel infirmier et d'autres membres du personnel de première ligne prodiguant

des soins de longue durée à bien gérer les problèmes exigeant des soins actifs dans le foyer de soins de longue durée et, par conséquent, à réduire le nombre d'hospitalisations et de visites dans les SU évitables.

- ***Personnel infirmier prodiguant des soins palliatifs*** – vise à soutenir la prestation de services de soins palliatifs à domicile par des équipes interprofessionnelles communautaires. En servant de ressource supplémentaire pour les patients et leurs familles afin de les aider à prendre en charge les soins en fin de vie à domicile, ces infirmières et infirmiers essaient d'habiliter davantage de patients qui souhaitent recevoir leurs soins palliatifs chez eux.
- ***Personnel infirmier spécialisé en gestion des urgences gériatriques*** – vise à soutenir les personnes âgées fragiles et à risque élevé qui se présentent aux SU avec des évaluations gériatriques ciblées permettant l'élaboration de plans de soins qui contribuent à faciliter un transfert efficace à domicile autant que possible. Le programme est axé particulièrement sur le renforcement de la capacité du personnel des SU à mieux reconnaître et prendre en charge les problèmes propres aux personnes âgées fragiles.

Malgré l'intérêt récent envers l'amélioration des soins en matière de transition et les investissements dans ces soins, il reste plusieurs problèmes à résoudre. L'ensemble du système de santé demeure fragmenté, puisque la majorité des secteurs travaillent toujours en vase clos avec les patients, sans partage des responsabilités ni mesures liées au rendement du système en général. Les patients, leurs familles et leurs personnes soignantes doivent en grande partie coordonner leurs propres soins sans comprendre pleinement leurs options en la matière. Enfin, aucun processus de communication normalisé n'est en place actuellement afin de favoriser la transmission des évaluations et des renseignements entre les fournisseurs et leurs patients. Pour bon nombre des nouveaux postes du personnel infirmier, il s'agit d'un problème puisqu'on commence à peine à fixer des normes communes de pratique et de surveillance des résultats. Néanmoins, l'établissement de normes communes de pratique et de surveillance des résultats permettra de déterminer les secteurs de réussite et les secteurs d'amélioration afin que ces postes puissent continuer à être redéfinis afin de pouvoir contribuer de manière significative au rendement du système global.

Recommandation

68. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait veiller à ce que les RLISS favorisent l'intégration et la surveillance complètes, au moyen de paramètres clairs, des nouveaux modèles de soins infirmiers communautaires présentés (p. ex., le personnel infirmier spécialisé en gestion des urgences gériatriques, les équipes d'intervention infirmière en soins de longue durée, le personnel infirmier d'intervention rapide et le personnel infirmier prodiguant des télésoins à domicile) afin de soutenir les transferts de soins en douceur de l'hôpital vers le domicile (y compris les foyers de soins de longue durée), particulièrement entre tous les fournisseurs de soins primaires et tous les autres fournisseurs. Le financement destiné aux programmes qui ne sont pas en mesure de démontrer des avantages devrait être réaffecté aux initiatives plus efficaces dans un RLISS donné.

La démarche Chez soi avant tout

À l'avenir, il sera essentiel que les RLISS, en collaboration avec leurs hôpitaux et leurs fournisseurs de soins à domicile et de soutien communautaire, mettent en œuvre des pratiques exemplaires qui assureront la prestation de soins axés sur les patients et répondant aux besoins établis de ceux-ci et qui soutiendront, autant que possible, un transfert en douceur des hôpitaux vers la collectivité.

Par exemple, la stratégie Chez soi avant tout a été lancée en 2008 par le RLISS de Mississauga Halton, avant de s'étendre à tous les autres RLISS de la province. Étant perçue comme une « philosophie » plutôt qu'un programme ou un projet spécifique, la démarche Chez soi avant tout a été adoptée différemment dans divers RLISS en fonction des besoins et des contextes locaux. Bon nombre des initiatives liées à Chez soi avant tout, financées au titre de la stratégie Vieillir chez soi, ont contribué à résoudre une grande partie des enjeux associés aux ANS. Faisant appel à un partenariat entre les hôpitaux, les CASC et les organismes de soutien communautaire, la démarche Chez soi avant tout se veut un virage important dans la façon de penser aux soins de santé, qui vise aujourd'hui à faire en sorte que tous les efforts seront déployés afin de s'assurer d'obtenir les ressources adéquates en matière de soins à domicile et de soins communautaires, dans la mesure du possible, pour aider les personnes admises dans un hôpital à rentrer chez elles. Les initiatives inspirées de la démarche Chez soi avant tout visent à a) venir en aide aux patients âgés fragiles considérés comme à risque élevé de perte d'autonomie et à risque de nécessiter une admission dans un établissement de soins de longue durée et b) à réduire la demande et les listes d'attente pour des soins de longue durée en évaluant correctement les besoins de ces personnes après leur épisode aigu et en veillant à ce que seuls les patients qui ont réellement besoin de soins de longue durée en fassent la demande. Les premiers RLISS qui ont adopté cette philosophie sont ceux où il est possible d'observer les répercussions les plus importantes à ce jour. Toutefois, tous les RLISS en tirent maintenant des avantages importants.

Depuis le lancement du programme, 12 des 14 RLISS ont indiqué avoir contribué au transfert de 28 000 clients de l'hôpital à leur domicile par suite de leurs initiatives et au maintien d'une majorité d'entre eux au sein de la collectivité. Les premiers RLISS à avoir adopté le projet ont signalé que les taux de patients nécessitant un ANS ont chuté de presque 50 pour cent, ces RLISS ayant contribué à réduire le nombre de patients en attente, à l'hôpital ou à domicile, de soins de longue durée. Au cours des trois dernières années, le nombre global de patients en attente de soins de longue durée dans les hôpitaux ontariens a chuté de 32 pour cent, de 3 145 à 2141[219]. En effet, comme on en discutera dans le prochain chapitre, les réductions de la demande pour des soins de longue durée dans toute la province sont probablement attribuables en partie aux investissements et à la démarche que Chez soi avant tout a soutenue en vue d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient et le système. Actuellement, le défi est que les taux d'attente pour un ANS sont demeurés les mêmes depuis un an, ce qui comprend les personnes en attente de soins de longue durée. Par conséquent, ceci peut être le signe que pour tirer parti des gains précédents et résoudre ce problème, il faudra maintenant des investissements plus importants dans les soins à domicile et les soins communautaires, ainsi qu'un plus grand nombre de démarches et d'investissements proactifs et préventifs.

[219] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division du rendement et de la responsabilité du système de santé, Direction de la mise en œuvre, Sommaire du rendement des ANS de novembre 2009 à octobre 2012. *Résultats du sondage sur les ANS de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) et données sur les ANS provenant du Access to Care Wait Time Information System (WTIS: ATC)*, Toronto (Ontario), 2012.

Outre le financement accru d'un plus grand nombre de services de soins à domicile et de soutien communautaire visant à permettre à davantage de personnes âgées ayant des besoins complexes de demeurer dans la collectivité, d'autres initiatives en matière de pratiques exemplaires complètent la philosophie de Chez soi avant tout et pourraient être renforcées et uniformisées dans toute la province, notamment le programme Home at Last, administré par les organismes de soutien communautaire de nombreux RLISS, et le programme Wait at Home, administré par les CASC de nombreux RLISS.

Home at Last

Home at Last est devenu une initiative en matière de pratiques exemplaires financée par un certain nombre de RLISS par l'entremise de la stratégie Vieillir chez soi. Le programme aide les personnes âgées qui peuvent ne pas recevoir le soutien d'une personne soignante à franchir les obstacles liés à un congé et à assurer un retour sécuritaire chez elles après une visite aux SU ou une admission à un hôpital. Ce service de transfert de l'hôpital au domicile peut comprendre l'affectation au patient d'un préposé aux services de soutien à la personne afin de reconduire ou d'accompagner le patient chez lui, passer prendre des médicaments ou l'épicerie, prodiguer certains soins personnels ou certains services d'aides familiales au moment du retour à domicile, faire un suivi par téléphone ou des visites pour s'assurer du bien-être du patient et aiguiller ce dernier vers d'autres services de soins à domicile ou de soutien communautaire dont il pourrait avoir besoin. De nombreux RLISS ont indiqué que ce programme leur a permis de réduire le taux de réadmissions dans les hôpitaux ou les SU en assurant un transfert en douceur de ces patients vulnérables à leur domicile.

Waiting at Home

Waiting at Home est une autre initiative en matière de pratiques exemplaires financée par un certain nombre de RLISS par l'entremise de la stratégie Vieillir chez soi et administrée par leurs CASC. Ce programme a été conçu pour soutenir les patients ayant besoin de soins de longue durée après un séjour dans un établissement de soins actifs, mais pouvant être pris en charge chez eux pendant la période d'attente provisoire, pour une période maximale de 90 jours, au moyen de services améliorés de soins à domicile et de soins communautaires. De nombreux RLISS, de même que leurs hôpitaux, ont indiqué que ce programme leur a permis en particulier de réduire le taux de patients nécessitant un ANS.

L'un des principaux problèmes que posent ces programmes est que leurs critères d'admissibilité et les services qu'ils permettent d'offrir ne sont pas toujours les mêmes d'un RLISS à l'autre. Cette différence crée de la confusion chez les fournisseurs de soins ou les patients, leurs familles et leurs personnes soignantes, qui peuvent ne pas comprendre les frontières géographiques ni leurs répercussions sur les soins qu'ils reçoivent. Certains ont évoqué une « loterie du code postal » pour parler des soins, et la perception étant que les soins sont offerts de manière inéquitable et en fonction de normes et de niveaux de service variables. Par conséquent, l'ensemble des RLISS et de leurs CASC devrait essayer d'uniformiser les critères d'admission ainsi que les normes et les niveaux de service.

Recommandation

69. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec les RLISS, devrait favoriser des pratiques de planification de mises en congé précoces avec le soutien des CASC et des coordonnateurs de soins œuvrant dans des organismes de services communautaires de soutien. Les CASC, les organismes de soutien communautaire et les hôpitaux doivent collaborer pour uniformiser et renforcer davantage l'adoption de pratiques exemplaires définies par la philosophie Chez soi avant tout, qui peuvent assurer une désignation proactive des destinations appropriées (provisoires et permanentes) au moment des congés, au moyen de critères d'admission uniformes à l'échelle du système et favorisée par des systèmes automatisés tels que le système d'orientation et de mise en adéquation des ressources. Cette démarche peut permettre de mener à bien le transfert à leur domicile de patients qui, dans d'autres circonstances, auraient pu être désignés comme patients nécessitant un ANS dans un milieu de soins qui n'est pas requis.

Adopter des mesures uniformes de la qualité et du rendement

Afin de soutenir et de surveiller la capacité des hôpitaux à obtenir de meilleurs résultats en ce qui a trait au système et aux patients et, tout particulièrement, aux personnes âgées, un ensemble d'indicateurs de rendement obligatoires de base devrait être inclus dans tous les futurs plans d'amélioration de la qualité (PAQ) également. Ces indicateurs pourraient aider à se concentrer davantage sur le niveau d'efficacité de la collaboration entre les hôpitaux et les fournisseurs locaux de soins primaires et communautaires, qui vise à assurer que les soins actifs de qualité supérieure et les transferts efficaces en matière de soins sont soutenus par les fournisseurs au moment du congé, en mettant l'accent de façon particulière sur le vieillissement chez soi.

Recommandation

70. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ses RLISS devraient exiger l'ajout à tous les futurs PAQ des hôpitaux d'indicateurs de rendement de base qui peuvent aider à évaluer la qualité des soins hospitaliers reçus par une personne âgée, en mettant un accent particulier sur les résultats pour le patient et les systèmes, l'intégration et les transferts en matière de soins. Consulter l'annexe B pour une liste des indicateurs proposés qui pourraient être dévoilés publiquement.

Considérations particulières

Coordination des soins pour des populations précises

Dans le cadre du modèle de coordination de soins communautaires idéal dont il est question au chapitre 5, une coordination sans heurt des soins nécessitera une intégration de la planification des soins par les fournisseurs dans tout le continuum de soins, qu'il s'agisse des CASC, des organismes de soutien communautaire, des organismes de services communautaires en santé mentale, des fournisseurs de soins primaires ou des hôpitaux. Il est évident que, bien que les CASC, les organismes de soutien communautaire et les organismes de services communautaires en santé mentale seront mieux outillés pour diriger la coordination des soins à domicile ou des soins communautaire en partenariat avec les fournisseurs de soins primaires, dans certains cas, il pourrait être nécessaire que les hôpitaux reçoivent du soutien pour la création de structures ciblées de coordination des soins et de modèles de prestation de soins à domicile et de soins communautaires afin de répondre aux besoins de populations précises qui nécessitent une plus grande coordination des soins ou un ensemble de ces services spécialisés et limités dans le temps, à domicile ou dans la collectivité. Compte tenu des succès obtenus par de tels modèles de soins regroupés pour des populations précises au centre de soins de santé St. Joseph de Hamilton, l'orientation de la prestation de soins dans cette direction devrait être fortement envisagée dans d'autres régions de la province et pour les populations qui en tireraient le plus grand bénéfice.

Recommandation

71. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait favoriser l'application étendue ainsi que la mise à l'essai de modèles de coordination des soins par l'hôpital et de soins à domicile pour les populations choisies. Ces modèles doivent constituer des compléments aux structures de coordination des soins en milieu communautaire déjà en place et aux fournisseurs de soins primaires des patients.

Hôpitaux des collectivités rurales et du Nord

Dans de nombreuses collectivités rurales et du Nord de l'Ontario, de petits hôpitaux peuvent parfois être les seuls organismes ayant la capacité de fournir des soins aux patients âgés fragiles dans leurs localités. Dans certaines de ces collectivités, il peut même n'y avoir aucun fournisseur de services de soins à domicile local disponible pour soutenir les personnes âgées chez elles. Par conséquent, pour bon nombre de ces hôpitaux, une partie importante des lits est occupée par des patients âgés nécessitant un ANS, puisque les autres établissements de soins qui peuvent prendre en charge ces patients sont souvent peu nombreux, voire inexistants. Les petits hôpitaux pourraient améliorer considérablement les soins offerts aux personnes âgées dans ces collectivités et aider un plus grand nombre de personnes âgées à vieillir à domicile si on leur accordait plus de souplesse quant à leur financement et si on les encourageait à répondre aux besoins de leurs populations locales.

Recommandation

72. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait reconnaître que les petits hôpitaux et ceux qui sont situés en milieu rural peuvent s'avérer les seuls fournisseurs de soins en établissement d'une région. Il devrait leur accorder du mérite puisqu'ils sont une partie intégrante des soins aux personnes âgées fragiles. Ces petits hôpitaux devraient être financés au moyen de mécanismes de financement plus souples qui aident à classer les soins fournis et à les financer en conséquence. Ils devraient en outre avoir des compétences élargies leur permettant de déplacer les soins de l'hôpital au domicile d'un patient s'ils peuvent prendre en charge le retour d'un patient à domicile et respecter son désir de vieillir chez soi.

Chapitre 6 : Améliorer les foyers de soins de longue durée de l'Ontario

Adapter les services de longue durée aux besoins changeants

Le secteur des foyers de soins de longue durée de l'Ontario se trouve actuellement à la croisée des chemins. Traditionnellement, les foyers de soins de longue durée ont été bâtis, organisés et dotés de ressources dans le but exclusif d'offrir des milieux de soins de longue durée en établissement pour les Ontariens qui avaient besoin de soins et de soutien continus; ceux qui ne pouvaient plus compter sur les membres de leur famille ni sur les services de soins à domicile et communautaires pour répondre à leurs besoins chez eux. Maintenant, avec l'évolution des besoins et des préférences des Ontariens en matière de soins, le secteur consacre un temps considérable à essayer de comprendre et de définir ce que son futur rôle sera et devrait être au sein du continuum de soins élargi et en constante évolution. Cette évolution pourrait nous obliger à redéfinir la terminologie que nous utiliserons pour décrire les foyers de soins de longue durée à l'avenir. Dans son rapport intitulé *Why Not Now?*, le groupe appelé Long-Term Care Innovation Expert Panel fait valoir la nécessité de donner une nouvelle image au secteur, puisque les foyers de soins de longue durée offrent actuellement beaucoup plus que de simples soins de longue durée en établissement et devraient continuer de le faire[220].

Totalisant près de 78 000 lits, les 634 foyers de soins de longue durée de l'Ontario offrent chaque année des soins spécialisés, de l'hébergement et des services à plus de 112 000 personnes qui comptent sur eux pour mieux répondre à leurs besoins de soins en raison d'une maladie avancée, d'une blessure ou du contexte social. Vu le taux d'occupation global de 99 pour cent en tout temps et les 19 700 Ontariens qui attendent actuellement de recevoir des soins de longue durée, la solution qui semble la plus simple serait d'exiger la construction d'autres foyers de soins de longue durée. En effet, en supposant que notre population vieillissante continuera de croître et ses besoins de soins concomitants aussi, près de 238 000 adultes pourraient avoir besoin des niveaux de soins actuellement offerts dans les foyers de soins de longue durée d'ici 2035[221]. Si on ne met pas d'autres options de soins et de logement avec services de soutien, souvent plus rentables, à la disposition des Ontariennes et Ontariens âgés, cela n'aura pour effet que de créer un écart grandissant entre l'offre et la demande de soins de longue durée.

Malgré le vieillissement continu de la population de l'Ontario, la demande de soins de longue durée a diminué de 6,9 pour cent au cours des deux dernières années, de 115 à 107,1 par tranche de 1 000 Ontariens âgés de 75 ans et plus[222]. Parallèlement, l'offre globale de places en hébergement pour soins de longue durée a diminué de 2,7 pour cent, de 88,1 à 85,7 lits par tranche de 1 000 Ontariens âgés de 75 ans et plus, tandis que le taux de placement en soins de longue durée a chuté de 26 pour cent et a été ramené de 5,8 à 4,3 par tranche de 1 000 Ontariens âgés de 75 ans et plus[223]. Simultanément, les temps d'attente médians pour les placements en soins de longue durée ont continué de s'améliorer, en particulier dans la collectivité; ils se situent maintenant à 146 jours du domicile et à 64 jours de l'hôpital. On peut y voir des retombées des investissements importants effectués dans le secteur des soins à domicile et communautaires au cours des dernières années dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi du gouvernement de l'Ontario et de ses initiatives Chez soi avant tout qui aident maintenant plus de personnes à vieillir chez elles. Bien qu'au cours des trois dernières années, le nombre global de

[220] Long Term Care Innovation Expert Panel, *Why Not Now? A bold, Five-Year Strategy for Innovating Ontario's System of Care for Older Adults*, Toronto (Ontario), 2012.
[221] Le Conference Board du Canada, *Elements of an Effective Innovation Strategy for Long-Term Care in Ontario*, Ottawa (Ontario), 2011.
[222] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *Le rapport trimestriel*, printemps-été, 2012.
[223] *Ibid.*

patients en attente de soins de longue durée dans les hôpitaux ontariens ait chuté de 32 pour cent, de 3 145 à 2 141, notre défi actuel est que les taux des autres niveaux de soins (ANS) sont demeurés les mêmes depuis un an, ce qui comprend les personnes en attente de soins de longue durée.

Il existe également des données probantes qui donnent à penser que nous n'utilisons pas de façon optimale les lits de soins de longue durée dont nous disposons afin de veiller à ce que les Ontariennes et Ontariens âgés obtiennent toujours les bons soins, au bon endroit et au bon moment. En 2011, une étude a souligné que jusqu'à 37 pour cent des patients nécessitant un ANS qui attendaient un placement en soins de longue durée avaient des besoins de soins qui n'étaient ni plus urgents ni plus complexes que ceux des personnes soignées à domicile[224].

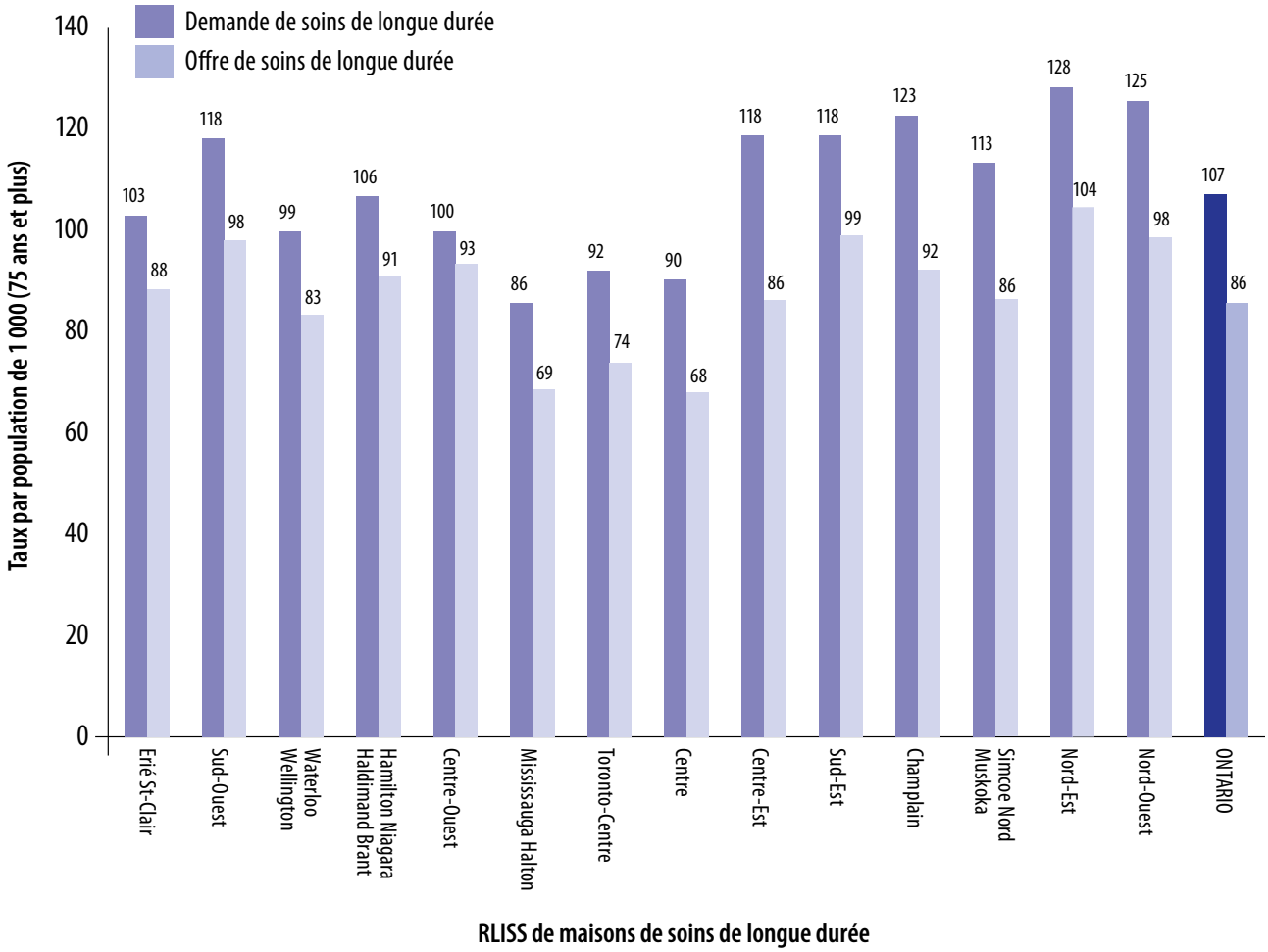
« Les soins de longue durée nécessitent des dirigeants spécialisés et un personnel compétent pour prendre soin de certaines des personnes les plus vulnérables dans notre société. » – Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée

Bien que certains observateurs aient laissé entendre que la simple création d'autres lits de soins de longue durée suffira à calmer la crise des ANS. Dans son rapport sur les ANS, le Dr Walker a fait remarquer qu'un soutien approprié à une population vieillissante ne peut, ni ne devrait, reposer uniquement sur le simple agrandissement des établissements de soins de longue durée actuels. Il a souligné l'inefficacité antérieure de ces politiques et, dans nombre de cas, leur stérilité[225]. Il donne pour exemple les sommes considérables investies dans quelque 15 000 nouveaux lits de soins de longue durée entre 2002 et 2004, qui ont mené au placement en foyers de soins de longue durée de nombreuses personnes ne répondant pas aux critères de besoins, sans toutefois avoir d'incidence durable sur les taux d'occupation des lits par des patients nécessitant un ANS[226].

Fait intéressant, la demande de soins de longue durée varie entre les différents réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Alors qu'on présumerait que les RLISS disposant du plus grand nombre de lits afficheraient la plus faible demande de soins de longue durée, c'est presque l'opposé qui se produit dans certains milieux. Comme l'illustre la figure 6.1, l'exemple le plus frappant était celui du RLISS de Mississauga Halton, qui, non seulement offre le nombre le moins élevé de lits de soins de longue durée par habitant, mais affiche également la plus faible demande de soins de longue durée par habitant. Dans chaque RLISS, il est devenu évident que l'offre de logements avec services de soutien et d'aide à la vie autonome, ainsi que la disponibilité accrue de services de soins à domicile et communautaires influaient tout autant sur la demande de soins de longue durée que l'offre globale de lits.

[224] The Change Foundation, *Because this is the Rainy Day: A Discussion Paper on Home Care and Informal Caregiving for Seniors with Chronic Health*, Toronto (Ontario), 2011.
[225] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Walker, D., *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante: la question des autres niveaux de soins*, Toronto (Ontario), 2011.
[226] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé, *ALC Analysis*, Toronto (Ontario), 2011.

Figure 6.1 – Demande et offre de foyers de soins de longue durée par tranche de 1 000 habitants (âgés de 75 ans et plus) par RLISS, T2 2011-2012



Source : Base de données CPRO – Long-Term Care Home System Reports, MSSLD, extrait en mai 2012.
Remarque : Selon les données les plus récentes du rapport trimestriel de la Direction de l'analytique en matière de santé.

Alors, combien de lits et de quels types?

Tout le monde s'entend pour dire que nous devrons un jour bâtir plus de foyers de soins de longue durée en Ontario. Toutefois, nombreux sont ceux qui croient qu'il existe d'importantes possibilités de détourner la demande de soins de longue durée vers d'autres milieux de soins qui seraient probablement plus rentables et correspondraient davantage aux préférences des patients. C'est tout particulièrement vrai lorsque l'on considère que le Ministère a investi 3,7 milliards de dollars dans les soins de longue durée et seulement 3,1 milliards de dollars dans le secteur des soins à domicile et communautaires. Par ailleurs, une très grande majorité d'Ontariennes et d'Ontariens âgés ont indiqué, lors de nos consultations, qu'ils préféreraient rester chez eux ou dans la collectivité le plus longtemps possible, plutôt que de recevoir des soins en établissement de façon prématurée ou inutile. Pourtant, tous les Ontariens souhaitent avoir l'assurance qu'un solide et vigoureux secteur des soins de longue durée sera en place pour leur offrir ces soins advenant qu'ils en aient besoin.

Suivant cette ligne de pensée, dans leur récent rapport intitulé *Why Not Now?* qui décrit leur nouvelle stratégie d'innovation dans les soins de longue durée, le groupe Long-Term Care Innovation Expert Panel, mis sur pied par l'Ontario Long-Term Care Homes Association (OLTCA), et l'Ontario Association of Non-Profit Home and Services for Seniors (OANHSS), a prédit que l'Ontario pourrait éviter d'avoir à créer des lits de soins de longue durée supplémentaires au cours des prochaines années[227]. Leur stratégie, qui prend en considération l'évolution des besoins et des préférences en matière de soins des Ontariens, souligne que pour atteindre cet objectif, il faudrait déployer des efforts accrus pour veiller à la mise en place d'une gamme complète de mesures de services de soutien à domicile et communautaires dans l'ensemble de la province. Il faudrait rééquilibrer l'éventail actuel de lits des foyers de soins de longue durée afin d'offrir davantage de séjours de courte durée, de services de relève et de soins de convalescence et réserver les lits servant aux séjours de longue durée aux personnes ayant les plus lourds besoins de soins.

D'autres territoires de compétence, comme le Danemark, ont également été cités en exemple pour les méthodes novatrices qu'ils emploient afin de répondre aux besoins changeants de leur population vieillissante tout en habilitant leur secteur des soins de longue durée à demeurer un partenaire actif dans la transformation de leur système de soins de santé. En accordant la priorité aux investissements stratégiques dans les soins à domicile et communautaires et à des mesures qui améliorent la capacité des personnes âgées à continuer de vivre chez elles, le Danemark a évité la création de lits de soins de longue durée pendant 20 ans[228]. Puisque la création d'un nouveau lit de soins de longue durée coûte environ 150 000 $ aux contribuables et que le coût moyen annuel de la prestation de soins à un seul habitant se chiffre à 47 940 $ ou 131,34 $ par jour, les conséquences financières de l'évolution des demandes connexes de soins de longue durée seront considérables.

Depuis quelques années, de plus en plus de foyers de soins de longue durée deviennent également des fournisseurs de soins plus spécialisés et transitoires. Dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi du Ministère, un grand nombre de RLISS ont financé la création de lits de soins transitoires ou de convalescence de courte durée, de soins de relève ou de soins provisoires dans leurs foyers de soins de longue durée. Par exemple, le Programme de soins de convalescence du Ministère cible les patients aux besoins majeurs, souvent après une hospitalisation, qui sont à risque de perdre leur autonomie dans la collectivité et nécessitent des soins fortement axés sur la réadaptation dans un milieu de soins en établissement pour une durée allant jusqu'à 90 jours. Le programme actuel est d'envergure relativement modeste, avec 485 lits répartis dans 34 foyers situés dans 13 RLISS, mais l'an dernier, il a servi 2 295 patients dont 85 pour cent sont rentrés chez eux. En ce qui concerne les services de relève et de soutien en cas de troubles comportementaux, il existe actuellement 404 lits financés aux fins de soins de relève et 58 lits réservés aux services de soutien en cas de troubles comportementaux en Ontario, bien que l'accès à ces lits et leur taux d'utilisation varient entre les différents RLISS.

Alors que trois pour cent des lits de soins de longue durée actuellement disponibles ont été convertis en lits consacrés aux séjours de courte durée en soins de relève, de convalescence ou provisoires, 97 pour cent sont toujours des lits de soins de longue durée qui représentent souvent la destination

[227] Long Term Care Innovation Expert Panel, *Why Not Now? A Bold, Five-Year Strategy for Innovating Ontario's System of Care for Older Adults*, Toronto (Ontario), 2012.
[228] Institut allemand de recherche économique, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), German Institute for Economic Research, Schulz, Erika. *The Long-Term Care System in Denmark*, Berlin, Allemagne, 2010.

finale de nombreux Ontariennes et Ontariens âgés. Bien que la prestation de soins de longue durée aux personnes ayant des besoins complexes et peu de possibilités de rester chez elles au sein de la collectivité constituera toujours le but premier de ce secteur, accroître sa capacité à offrir divers services de soins de courte durée permettrait de mieux répondre aux besoins et aux préférences des patients âgés en matière de soins transitoires et d'aider un plus grand nombre d'entre eux à rentrer chez eux un jour ou à demeurer autonomes à domicile plus longtemps. Effectivement, il existe maintenant des assises sur lesquelles appuyer ce changement afin d'offrir davantage de soins transitoires dans ce secteur, et un intérêt réel de la part des fournisseurs du secteur à jouer un rôle plus important dans la prestation de ce type de soins. Cette transition doit également englober la prestation de services de soins palliatifs améliorés, et l'acquisition de l'expertise nécessaire pour l'assurer, dans les foyers de soins de longue durée afin de permettre à plus de pensionnaires de mourir dans ces foyers plutôt que dans les hôpitaux.

Dans le but de déterminer les configurations futures des programmes de séjours de longue et courte durée qu'il faudrait adopter, le Ministère devra également mieux comprendre comment évoluera la demande à l'égard de ces types de services tant à l'échelle du système que des régions, ainsi que par rapport aux changements qui se produiront dans d'autres secteurs grâce à des initiatives élargies de transformation du système des soins de santé. En effet, l'établissement d'un solide cadre de planification des capacités reposant sur des données probantes permettant au Ministère, aux RLISS et au secteur de prendre des décisions de planification équitables concernant l'organisation et la prestation des services tout en tenant compte des besoins locaux constituera une première étape cruciale de ces initiatives et doit débuter immédiatement. Le processus devrait également soutenir la prise de décisions centrées sur l'élaboration de modèles de prestation de services nouveaux ou plus étendus qui comblent les lacunes du système, et sur l'emplacement des services de soins de longue durée plus spécialisés, comme les unités de soutien en cas de troubles comportementaux, afin de favoriser la qualité et l'efficacité de la prestation des services à l'échelon local. En définitive, une planification efficace des capacités aidera ce secteur à garder le cap sur une prestation de soins novatrice, efficace et de qualité supérieure grâce à la reconfiguration du système et à son expansion, lorsqu'il y a lieu, tout en assurant une utilisation optimale des ressources et capacités existantes.

Enfin, en 2007, le Ministère a annoncé son intention de réaffecter environ 35 000 lits de soins de longue durée des catégories « B », « C » et « D reclassés » de sorte qu'ils puissent offrir un hébergement de qualité aux pensionnaires et être utilisés de façon optimale pour répondre aux besoins changeants. Cependant, le taux de participation à la phase 1 du programme de réaffectation a été moins élevé que prévu. Le secteur a répondu qu'il faudrait apporter des améliorations au programme et à ses politiques connexes afin d'augmenter le taux d'acceptation. Ainsi, en vue de faciliter davantage la réaffectation, le Ministère devrait étudier les options qui s'offrent à lui pour soutenir l'amélioration des paramètres opérationnels et renforcer les incitatifs à la réaffectation des lits.

Recommandations

73. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait entreprendre l'élaboration d'un processus de planification des capacités fondé sur des données probantes afin de répondre aux besoins des populations actuelles et futures admissibles aux soins de longue durée et d'autres personnes qui seraient mieux servies dans un logement avec service de soutien ou d'aide à la vie autonome ou chez eux avec des soins à domicile.

74. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait créer de nouveaux modèles de services reposant sur les foyers de soins de longue durée afin de maximiser la capacité, d'accroître les programmes qui aident les personnes âgées à vivre plus longtemps dans la collectivité et d'améliorer les programmes qui répondent aux besoins des pensionnaires en hébergement de courte et de longue durée. Il pourrait y parvenir en prenant tout particulièrement les mesures suivantes :

    a) augmenter la capacité des programmes de séjours de courte durée (soins de relève et de convalescence) dans les foyers de soins de longue durée;
    b) permettre aux foyers de soins de longue durée d'offrir des niveaux de soins plus élevés aux personnes ayant des besoins de soins complexes;
    c) explorer la possibilité que les foyers de soins de longue durée agissent à titre de carrefours de soins communautaires qui pourraient offrir des services axés sur la collectivité, notamment des soins à domicile susceptibles d'aider davantage les habitants de la région à vieillir chez eux.

75. Le secteur des soins de longue durée devrait envisager de renommer ses foyers « foyers de soins » plutôt que « foyers de soins de longue durée », comme ce fut le cas dans d'autres territoires de compétence, en vue de mieux illustrer la diversité croissante des services de soins en établissement qu'ils offrent.

76. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer la qualité de l'hébergement dans les foyers de soins de longue durée en instaurant des conditions plus propices à la réaffectation de quelque 35 000 lits restants des catégories « B », « C » et « D reclassés ».

Les besoins de soins changeants des pensionnaires de foyers de soins de longue durée

Les CASC, qui ont pu normaliser et centraliser la coordination des admissions dans les foyers de soins de longue durée, ont amélioré la transparence et l'efficacité globales du processus et ont fait en sorte que de plus en plus, seuls les candidats auxquels les soins de longue durée conviendraient le plus sont admis en priorité. En mettant en œuvre la philosophie Chez soi avant tout et en évaluant les patients au moyen d'un instrument normalisé interRAI HC (soins à domicile) afin de déterminer si leur cas justifiait une admission, les coordonnateurs des soins des CASC ont réussi à réduire globalement la demande de soins de longue durée, tirant plutôt parti de l'aide offerte par les soignants familiaux, des services de soins à domicile et communautaires et des logements avec services de soutien.

Au cours des trois dernières années, les besoins de soins des personnes admises en soins de longue durée ont augmenté considérablement, de sorte que les foyers de soins de longue durée répondent de plus en plus aux besoins des personnes âgées fragiles qui ne peuvent être soignées ailleurs. Grâce à l'indice de la méthode d'attribution des niveaux de priorité d'interRAI (MAPLe), nous savons actuellement que 85 pour cent des nouveaux patients admis qui proviennent de la collectivité et que 78 pour cent des patients qui sont transférés des hôpitaux sont classés dans les catégories de besoins cliniques élevés (niveau 4) ou très élevés (niveau 5) selon MAPLe, alors que moins de 1 pour cent de toutes les admissions se classent dans les catégories de besoins cliniques faibles (niveau 1) ou modérés (niveau 2). Le secteur prédit que pratiquement toutes les personnes admises dans des foyers de soins de longue durée à l'avenir feront partie de ces deux catégories de besoins[229].

Selon l'ICIS, à l'heure actuelle en Ontario, les trois quarts des pensionnaires des foyers de soins de longue durée sont totalement dépendants ou ont besoin de beaucoup d'aide pour exécuter les activités de la vie quotidienne, un peu plus des trois quarts sont atteints d'une déficience cognitive, tandis que le tiers manifestent des comportements réactifs, et plus de la moitié montrent des signes d'une santé instable[230]. Au fur et à mesure que les besoins des pensionnaires de soins de longue durée deviendront de plus en plus complexes, nous devrons veiller à ce que les foyers de soins de longue durée disposent des ressources appropriées et que leurs 40 000 membres du personnel en soins directs soient correctement formés pour s'occuper de ces pensionnaires. Cela revêt une importance particulière puisque les hôpitaux de soins actifs et postactifs demeurent toujours confrontés au défi que représentent les patients nécessitant un ANS et auxquels les milieux de soins communautaires ou de soins de longue durée traditionnels ne conviennent pas en raison de leurs besoins cliniques. Ces sous-groupes de patients des ANS qui présentent des besoins de soins majeurs, souffrent de démence, manifestent des comportements réactifs et ont besoin de ventilation assistée et de dialyse sont souvent hospitalisés pendant de très longues périodes, parfois des années, car aucun autre milieu de soins ne peut les prendre en charge[231]. Il faut étudier la possibilité d'habiliter les foyers de soins de longue durée à offrir des niveaux de soins plus élevés, tout particulièrement puisque ce secteur se montre intéressé et de plus en plus compétent à cet égard.

Offrir la possibilité de choisir l'endroit où un futur pensionnaire recevra des soins de longue durée demeurera un objectif important en matière de politique gouvernementale. À l'heure actuelle, on peut restreindre le flux de futurs patients en soins de longue durée provenant des hôpitaux ou de la collectivité si leurs choix de foyers potentiels sont également limités. On peut souvent accorder un choix accru en : a) veillant à ce que les pensionnaires prospectifs, leur famille et leurs personnes soignantes comprennent le processus de choix d'un foyer; b) assurant un niveau et une qualité de soins uniformes dans l'ensemble des foyers, une mesure déjà en cours grâce à l'initiative Priorité aux résidants et à la restructuration du système d'inspection des foyers de soins de longue durée; c) diversifiant l'éventail de lits afin de mieux répondre aux besoins et aux préférences des patients nécessitant des soins, un processus déjà appuyé par le renouvellement prévu des 35 000 lits à réaffecter en Ontario.

---

229 Ontario Long Term Care Association (OLTCA), *Building on Strength: Long-Term Care's Contribution to Specialized Seniors Care in Ontario*, Présenté au D[r] Sinha, 2012.

230 Institut canadien de l'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa (Ontario), 2011.

231 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Walker, D., *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante: la question des autres niveaux de soins*, Toronto (Ontario), 2011.

Cependant, dans le cas des pensionnaires en séjour de courte durée et de ceux qui ont des besoins spécialisés, il se pourrait que le « choix » d'un programme de soins de longue durée doive être limité dans une certaine mesure si le programme s'inscrit dans un cheminement clinique convenu à la suite d'un séjour à l'hôpital, ou si seulement quelques foyers l'offrent pour aider les pensionnaires d'autres foyers ou les personnes désirant demeurer dans la collectivité. Par ailleurs, à mesure de l'augmentation du nombre de programmes de séjours de courte durée, des améliorations devraient également être apportées aux dispositions sur l'occupation, ainsi qu'aux processus d'admission et de congé afin de faciliter l'accès à ces milieux de soins spécialisés et la circulation des patients au sein de ces milieux.

Enfin, le Ministère devrait en outre envisager d'appliquer les protections garanties par la Charte à tout pensionnaire devant être confiné pour ses soins et sa sécurité. Ces dispositions sont mentionnées, mais pas édictées dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Alors que la proportion de pensionnaires manifestant des comportements réactifs dus à la démence ou à d'autres troubles neurologiques continue d'augmenter, il sera crucial de veiller à ce que les protections en matière de procédure soient offertes à ces pensionnaires vulnérables.

Recommandation

77. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer la circulation des patients entre les services de courts et de longs séjours dans les établissements de soins de longue durée en examinant les processus de demande de place et de transfert et les politiques actuels afin d'envisager la possibilité d'accroître le nombre et le type de foyers choisis et de mieux soutenir les pensionnaires potentiels et, au besoin, leurs mandataires spéciaux et les coordonnateurs des soins dans le processus de sélection. Il pourrait y parvenir en prenant tout particulièrement les mesures suivantes :

    a) mettre en œuvre un modèle d'aiguillage pour les programmes de séjours de courte durée comme les soins de relève, les soins en cas de troubles comportementaux, les soins palliatifs et les soins de convalescence qui ne devrait pas nécessiter un onéreux processus d'évaluation des capacités pour déterminer l'admissibilité d'une personne à ces soins;
    b) inciter les foyers de soins de longue durée qui font partie de continuums de soins élargis à désigner de façon plus proactive les personnes qui devraient être encouragées à faire la demande d'une place en soins de longue durée lorsqu'on prévoit qu'elles auront besoin de ce niveau de soins, en comprenant bien le délai d'attente habituel que ce choix peut supposer.

Améliorer la sécurité et la qualité de vie des résidants

L'importance soutenue accordée à la qualité fera partie intégrante de l'évolution du secteur des soins de longue durée. Les Ontariennes et les Ontariens s'attendent à ce que le secteur des soins de longue durée offre de l'hébergement de grande qualité et un environnement sûr à chacun de ses résidants. Le récent rapport du Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, intitulé *Un plan d'action pour contrer les mauvais traitements et la négligence dans les foyers de soins de longue durée*, formule de nombreuses recommandations visant à faire des foyers de soins de longue durée des endroits où les résidants se sentent en sécurité, respectés et bien traités de façon à mieux contrer et réduire les problèmes de mauvais traitements et de négligence[232]. Ce rapport a également mis en évidence la nécessité de renforcer la formation des membres du personnel des établissements de soins de longue durée sur la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées et d'accroître leur confiance et leurs compétences en ce qui a trait à la prise en charge des résidants difficiles[233]. Veiller à ce que les résidants et leur famille connaissent leurs droits et leurs responsabilités peut favoriser la sécurité et la satisfaction des résidants. Le cadre juridique actuel prévoit un sondage annuel sur la satisfaction des résidants et de leur famille. Les résultats du sondage et les mesures prises par les titulaires de permis en réaction à ces derniers sont transmis aux résidants, à leur famille, aux conseils des résidants et aux conseils des familles.

Le Ministère a déjà investi dans de nombreuses initiatives axées sur l'amélioration de la qualité qui sont en cours dans les foyers de soins de longue durée, par exemple l'initiative Priorité aux résidants et le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement. En 2011, le Ministère s'est engagé à investir environ 40 millions de dollars par année pour embaucher des travailleurs de la santé ayant des compétences spécialisées afin d'améliorer les services et de soutenir les résidants manifestant des comportements difficiles et complexes dans les foyers de soins de longue durée ou d'autres milieux communautaires. Le programme vise à réduire les transferts de résidants entre les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux, les hospitalisations de personnes manifestant ces comportements et la durée des séjours à l'hôpital, puisque des mesures de soutien appropriées seront offertes dans d'autres milieux. Bien que cette initiative ait suscité une rétroaction initiale positive, le Ministère devrait continuer de surveiller ces investissements afin de s'assurer qu'ils sont mis en œuvre avec succès et qu'ils atteignent leurs objectifs, c'est-à-dire accroître la confiance et les compétences du personnel dans le but d'offrir des soins de la plus grande qualité qui répondent aux besoins de soins cliniques de plus en plus complexes des résidants des foyers de soins de longue durée.

Le Ministère devrait également veiller à ce que la capacité acquise grâce à son initiative Priorité aux résidants perdure dans le secteur. Le programme d'amélioration de la qualité met l'accent sur la réalisation de gains d'efficience au travail en ayant recours à la formation LEAN afin d'affecter le personnel à la prestation des soins plutôt qu'aux tâches administratives. À l'heure actuelle, le programme comprend des trousses de changement portant sur l'utilisation des services des urgences, la réduction des plaies de pression, la prévention des chutes, la promotion de la continence, la permanence des affectations de préposés aux services de soutien de la personne, les comportements réactifs, la prise en charge de la douleur et la sécurité des médicaments. Il a déjà aidé un certain

[232] Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, *Un plan d'action pour contrer les mauvais traitements et la négligence dans les foyers de soins de longue durée*, Toronto (Ontario), 2012.
[233] *Ibid.*

nombre de foyers de la province à cerner et à saisir des occasions d'améliorer les processus et ainsi à accroître considérablement la qualité globale des soins offerts.

Le Ministère devrait également chercher à tabler sur ses nouveaux centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour soutenir les efforts d'amélioration de la qualité et les mesures de sensibilisation et de formation du personnel qui font progresser l'ensemble du secteur.

En plus de se doter de nouveaux modèles de services et de maximiser l'utilisation des ressources actuelles, le secteur des soins de longue durée devra renforcer sa capacité de répondre aux besoins des futurs résidants en optimisant ses ressources humaines du domaine de la santé. Pour ce faire, il lui faudra accroître son aptitude à recruter des travailleurs et à les maintenir en poste, perfectionner les connaissances et les compétences du personnel qui prodigue les soins directs, améliorer l'efficience des processus opérationnels des soins de longue durée et tirer parti des investissements existants dans les ressources humaines du domaine de la santé.

Puisque les ressources humaines et que la formation sont limitées dans les foyers de soins de longue durée et que la formation ne constitue pas une priorité, il faudrait étudier les façons d'habiliter les foyers de soins de longue durée à mieux se concentrer sur le perfectionnement des connaissances et des compétences de leur personnel à plein temps. Le Ministère a un rôle à jouer pour aider les foyers de soins de longue durée à recruter du personnel qualifié, le former et le maintenir en poste, en travaillant en collaboration avec les établissements d'enseignement, comme les collèges et les universités, afin de créer une formation visant à accroître les connaissances et les compétences et de la donner au personnel.

Recommandations

78. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait appuyer les initiatives suivantes afin de mieux comprendre et promouvoir la satisfaction des résidants :
    a) aider l'Ontario Residents Council Association à mettre à jour et distribuer à chaque résidant ou son mandataire spécial un manuel expliquant leurs droits et leurs responsabilités;
    b) collaborer avec le secteur afin de mettre en œuvre un outil d'évaluation de la satisfaction des résidants et de leur famille, dont les résultats devraient être rendus publics.
79. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait veiller à la sécurité des résidants et améliorer la qualité de vie dans les foyers de soins de longue durée au moyen d'initiatives et de programmes d'amélioration des processus et de la qualité comme Priorité aux résidants, le Programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et les nouveaux centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée.
80. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir la mise en place de mécanismes permettant de maximiser les connaissances et les compétences du personnel des foyers de soins de longue durée au moyen d'occasions de formation supplémentaire et aider ces travailleurs à consacrer davantage de temps à la prestation de soins grâce à des initiatives et des programmes d'amélioration des processus et de la qualité comme Priorité aux résidants, le Programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, l'initiative des coordonnateurs des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de soins de longue durée et les nouveaux centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en de longue durée.

Mettre à niveau les instruments et les protocoles d'évaluation et de planification des soins

Au fur et à mesure que les profils changeants des bénéficiaires de soins de longue durée deviendront de plus en plus complexes, il sera important que le personnel des CASC et des foyers de soins de longue durée utilise des instruments d'évaluation et de planification plus précis afin d'améliorer la planification et la coordination des soins. L'instrument d'évaluation et de planification des soins interRAI, le RAI-MDS 2.0, bien que désuet, demeure un bon instrument d'évaluation qui permet de consigner de façon appropriée et avec précision les besoins cliniques des résidants. Cependant, il déclenche trop de recommandations de soins cliniques qui créent parfois un surcroît de travail pour le personnel.

Toutefois, la version suivante de l'instrument, appelée Formulaire d'évaluation pour soins de longue durée en établissement interRAI (InterRAI LTCF) comporte des déclencheurs plus pertinents et, par conséquent, pourrait mieux aider le personnel de première ligne à gérer les besoins des résidants en matière de soins et à y répondre. Dans l'ensemble, il est également crucial que les données consignées au moyen d'un instrument d'évaluation interRAI soient précises et qu'elles reflètent toujours de façon appropriée les besoins cliniques des résidants du foyer, à plus forte raison si ces données sont liées au financement que reçoivent les foyers de soins de longue durée et qu'elles seront importantes aux fins des futures initiatives d'amélioration de la qualité des soins et de planification de la capacité. Par conséquent, le Ministère devrait se prévaloir de ses options législatives, y compris des sanctions financières appropriées pour veiller à l'intégrité et à la qualité des données interRAI collectées.

Recommandations

81. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait aider les foyers de soins de longue durée à mettre à niveau leur instrument d'évaluation des résidants et de planification des soins, c'est-à-dire passer du Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI MDS) 2.0 à l'outil interRAI LTCF, en vue d'une compatibilité et d'une interopérabilité complètes avec les instruments interRAI actuels axés sur les soins communautaires, et à profiter des protocoles améliorés de planifications des soins qui sont associés à la plus récente version de l'évaluation.
82. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait passer en revue les options législatives et de politiques existantes pour s'occuper des foyers de soins de longue durée qui saisissent leurs données de manière incorrecte dans le RAI MDS 2.0. Ces options devraient comprendre l'application de sanctions financières, en vertu des lois existantes, lorsque les données probantes justifient une telle mesure.

83 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait utiliser les options législatives et autres existantes afin de s'assurer que les foyers ayant un rendement moins élevé obtiennent de l'encadrement et du soutien par les pairs, bénéficient de transferts de connaissances et font l'objet de sensibilisation afin d'accroître leur rendement.

Améliorer les rôles et l'incidence des équipes d'approche de soins de longue durée dirigées par du personnel infirmier

La complexité médicale croissante qui caractérise les bénéficiaires de soins de longue durée signifie que leur état peut changer de façon radicale dans un laps de temps relativement court. Il faut donc procéder à des évaluations en temps opportun et lancer des interventions appropriées afin de réduire les résultats négatifs. Parfois, l'évolution de l'état des résidants des foyers de soins de longue durée que ne sont pas décelés et pris en charge de façon proactive peuvent entraîner des transferts évitables vers l'hôpital. Ceci peut également occasionner de l'anxiété chez les résidants, donner lieu à de longs délais d'attente dans les services des urgences, ce qui peut créer des risques supplémentaires pour la santé, accroître l'éventualité d'une admission et constituer une utilisation inefficiente des ressources des SMU. Par conséquent, la réduction des hospitalisations potentiellement évitables offre une importante possibilité d'améliorer les soins et de réduire les coûts globaux des soins de santé pour les résidants des foyers de soins de longue durée. On peut également rehausser la qualité des soins en général en renforçant la capacité du personnel de soins de longue durée grâce au perfectionnement des connaissances et à des communications interprofessionnelles et au moyen d'évaluations d'urgence effectuées au téléphone ou sur place dans les foyers de soins de longue durée pour éviter les transferts vers les services des urgences ou faciliter les transferts ciblés vers des établissements de soins actifs quand il le faut.

En 2008, le Ministère a mis sur pied des équipes d'approche de soins de longue durée dirigées par du personnel infirmier dans chaque RLISS. Il s'agissait là de l'un des projets mis en œuvre dans le cadre de sa stratégie pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins (SU/ADNS). Les équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier réunissent des professionnels dévoués du domaine des soins infirmiers afin de donner aux bénéficiaires de soins de longue durée et à leurs fournisseurs de soins un accès opportun à des soins urgents de grande qualité dans le confort de leur domicile. Le modèle des équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier met l'accent sur trois éléments essentiels :

1. ***la prévention :*** les membres des équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier visitent les foyers de soins de longue durée auxquels ils sont affiliés afin de renforcer la capacité des fournisseurs de soins de première ligne de détecter les changements importants dans l'état d'un résidant et à réagir en conséquence;
2. ***l'évitement :*** les fournisseurs de soins de loin de longue durée communiquent avec les membres des équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier pour que ces derniers effectuent des évaluations et de l'encadrement au téléphone ainsi que des visites sur place afin de participer à l'évaluation de problèmes urgents, de déterminer si des soins hospitaliers sont nécessaires et de pratiquer des interventions comme des traitements intraveineux, la gestion d'antibiotiques, l'administration d'oxygène et la prestation de soutien palliatif au domicile d'un résidant, lui évitant ainsi un transfert inutile vers un établissement de soins actifs;
3. ***le flux :*** les membres des équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier travaillent en partenariat avec les services des urgences et les fournisseurs de soins hospitaliers de leur région dans le but d'assurer un transfert, une intervention et un congé rapides pour les résidants qui ont besoin de soins dans un établissement de soins actifs.

Le modèle des équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier vise à minimiser les transferts évitables vers les services des urgences et les admissions dans les hôpitaux, à abréger la durée des séjours à l'hôpital des résidants qui peuvent être renvoyés chez eux plus tôt avec un soutien et un suivi appropriés et à renforcer la capacité clinique des fournisseurs de soins de longue durée en leur transmettant des connaissances sur la prise en charge des problèmes urgents et palliatifs.

Bien que ce modèle semble avoir une incidence généralement positive, le manque d'uniformisation sur le plan de sa mise en œuvre au sein des RLISS et sur la façon dont les données sont collectées en vue d'évaluer les retombées globales des programmes fait en sorte qu'il est difficile de comparer ces programmes. Par suite de la récente annonce de l'augmentation du financement global des programmes, les sources de données et les méthodologies de collecte ont été normalisées afin qu'il soit plus facile d'évaluer, de peaufiner et de faire évoluer ce modèle et de le relier à d'autres initiatives concernant les soins de longue durée.

Aux États-Unis, les Centres for Medicare and Medicaid ont parrainé l'élaboration de l'initiative INTERventions to avoid Acute Care Transfers (INTERACT) II, qui est axée sur les interventions permettant d'éviter les transferts vers les soins actifs. Ce programme a été mis en œuvre dans le but d'accroître les capacités cliniques de première ligne en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués aux résidants des établissements de soins de longue durée grâce à la mise en place d'un système d'outils d'évaluation, de protocoles et de cheminements cliniques reposant sur des données probantes. Les évaluations de ce modèle ont révélé qu'il pouvait encourager la collaboration interprofessionnelle aux fins de la création de plans de soins pour les résidants, éviter les transferts inutiles vers les services des urgences et faciliter les transferts qui s'avéraient nécessaires[234,235]. Ce programme permettrait fort probablement d'effectuer le travail des équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier en Ontario. Par conséquent, le Ministère devrait sérieusement envisager de faire appel à ces équipes pour soutenir la mise en œuvre d'INTERACT II dans ses foyers de soins de longue durée également.

Recommandation

84. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait accroître le recours aux équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier dans les foyers de soins de longue durée afin de renforcer la capacité de ces derniers de répondre efficacement aux besoins des patients atteints d'affections plus complexes et de déceler de façon proactive les nouveaux problèmes de santé aigus ou subaigus susceptibles d'entraîner un transfert imprévu vers un service des urgences et une hospitalisation subséquente. Les mesures précises qui peuvent améliorer ce modèle de soins devraient consister notamment à :

    a) promouvoir la normalisation et une conformité plus rigoureuse aux principes fondamentaux du modèle ainsi que des systèmes de mesure des résultats qui peuvent déterminer l'efficacité globale du modèle à satisfaire les besoins d'une région;

[234] Tena-Nelson, R., et coll. « Reducing Potentially Preventable Hospital Transfers: Results from a Thirty Nursing Home Collaborative », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 13, n° 7, p. 651 à 656 (2012).

[235] Ouslander, J. G., et coll. « Interventions to Reduce Hospitalizations from Nursing Homes: Evaluation of the INTERACT II Collaborative Quality Improvement Project », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 59, n° 4, p. 745 à 753 (2011).

b) surveiller le rendement des foyers concernés en ce qui a trait aux résultats comme les taux de transfert imprévu réels vers les services des urgences, les jours d'hospitalisation, de même que la satisfaction des patients, des résidants et des fournisseurs;
c) lier l'évolution des modèles d'équipes d'approche dirigées par du personnel infirmier au déploiement du programme INTERACT II dans les foyers de soins de longue durée afin de soutenir la prise en charge proactive de maladies courantes qui pourrait réduire davantage le nombre global de transferts vers des établissements de soins actifs que les résidants subiraient peut-être autrement.

Adopter des critères de mesure de la qualité et du rendement normalisés

Enfin, l'accroissement de la transparence et de la responsabilisation du secteur grâce à de meilleurs systèmes de prise en charge des patients et à une meilleure déclaration des résultats peut constituer le principal moteur d'amélioration de la qualité. La reconduction des ententes de responsabilisation en matière de soins de longue durée (ER-SLD), prévue le 1er avril 2013, offre une occasion de réévaluer et de réviser les indicateurs actuels et d'en établir de nouveaux. Il sera essentiel d'établir des indicateurs qui favoriseront les améliorations sectorielles et s'harmoniseront avec les efforts de transformation globale du système qui sont particulièrement significatifs pour les résidants et leur famille. Il permettra également aux décideurs et aux fournisseurs de soins de cerner et de régler de façon plus précise les problèmes de sécurité des résidants et de qualité des soins pour ainsi améliorer l'expérience générale des résidants.

Recommandation

85. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que les foyers de soins de longue durée ajoutent à toutes leurs ER-SLD et à tous leurs PAQ des indicateurs de base qui peuvent aider à évaluer la qualité des soins de longue durée que reçoit une personne âgée, en mettant un accent particulier sur les résultats pour le patient et les systèmes, l'intégration et les transferts en matière de soins. Consulter l'annexe B pour consulter la liste des indicateurs proposés susceptibles d'être signalés publiquement

Chapitre 7 : Satisfaire les besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés en matière de soins spécialisés

De plus en plus de personnes âgées atteignent un âge avancé en meilleure santé. Cependant, à mesure que nous vieillissons, l'ensemble de nos besoins en matière de soins risque d'augmenter et pourrait devenir encore plus complexe, selon des facteurs particuliers auxquels nous pourrions faire face et qui pourraient avoir une incidence sur notre santé et notre bien-être général. Le fait de constater que la population âgée est un groupe hétérogène nous aide à comprendre pourquoi il serait préférable d'adopter une démarche plus holistique en matière de soins afin que nous puissions prêter une attention particulière aux divers problèmes que la population âgée pourrait éprouver. Dans le présent chapitre, une attention particulière sera davantage accordée à certains besoins en matière de soins spécialisés qui peuvent avoir une incidence sur la vie des personnes âgées et sur celle de sa famille et de ses personnes soignantes. Afin de favoriser le vieillissement en santé, il sera essentiel d'envisager l'élaboration de programmes et de services gériatriques spécialisés qui aident à répondre à ces besoins.

La prestation de services gériatriques spécialisés

Conscients de l'évolution et de la croissance des besoins de notre population vieillissante, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont de leur propre chef investi des sommes importantes dans l'élaboration de programmes spécialisés d'évaluation et de traitement en matière de soins gériatriques dans les hôpitaux, les cliniques et les établissements communautaires. Bien que les besoins régionaux aient influé la conception de ces programmes, la disponibilité du financement et, ce qui est plus important encore, la combinaison idéale de professionnels pour les doter en personnel ont grandement influencé les services accessibles dans l'ensemble de la province.

Malgré le grand nombre de personnes âgées ayant recours aux services de soins de santé en Ontario, il y a un manque critique de gériatres et de médecins ayant une expertise dans les soins aux personnes âgées[236]. En octobre 2012, 122 médecins ontariens actifs détenaient un certificat de spécialisation en gériatrie pour une population de 1 878 325 personnes âgées de 65 ans et plus; cela représente un ratio de 0,65 gériatre pour 10 000 Ontariennes et Ontariens âgés[237, 238]. En revanche, en octobre 2012, 1 538 médecins ontariens actifs détenaient un certificat de spécialisation en pédiatrie pour une population de 2 180 775 jeunes âgés de 0 à 14 ans; cela représente un ratio de 7,05 pédiatres pour 10 000 enfants.

Étant donné que le nombre de gériatres et de médecins de famille ontariens prodiguant des soins aux personnes âgées est si faible, il est impressionnant de constater le niveau de participation et d'engagement de ces médecins en matière de prestation de services dans l'ensemble de la province. Puisque la gériatrie a été la première à avoir recours aux soins dispensés en collaboration, la capacité de tirer parti du soutien d'autres professionnels des soins de santé et des services sociaux et communautaires pour la création de modèles de soins interprofessionnels et axés sur le travail d'équipe a permis à des dizaines de milliers de personnes âgées en perte d'autonomie de profiter de l'expertise collective en soins gériatriques de tous ces professionnels qui travaillent en collaboration.

[236] Wong, R., *« Who is Going to Look After our Aging Canadians? » The Province*, 24 octobre 2011.
[237] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *All Doctors Search*, Toronto (Ontario), 2012.
[238] Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Recensement de 2011*, Ottawa (Ontario), 2012.

La mise en place de programmes régionaux de soins gériatriques dans les années 1980 a été la première tentative provinciale de création d'un réseau de services gériatriques spécialisés dans l'ensemble de l'Ontario, enraciné dans les cinq premiers réseaux universitaires de sciences de la santé. Au fil du temps, cela a mené à la mise sur pied d'excellents services. Cependant, la stagnation des enveloppes historiques de financement et l'incapacité de mettre en place une structure commune de prestation de services ont limité la marge de manœuvre des organismes, qui ont créé des modèles de services cliniques dans moins de la moitié des RLISS existants. L'iniquité sur le plan de l'attribution historique du financement aux cinq programmes régionaux de soins gériatriques a causé des difficultés empêchant ces organismes de répondre entièrement aux besoins des régions qu'ils desservent. Au cours de nos consultations, nous avons observé que les RLISS qui n'avaient pas accès à ce financement historique avaient dû financer leurs propres services à partir des fonds de la stratégie Vieillir chez soi et, parfois, au détriment d'autres priorités. Dans le cadre de nos consultations, nous avons également constaté que, dans les territoires de compétence bénéficiant ou non du financement du Programme régional de soins gériatriques, la stabilité des programmes qui avait tendance à dépendre d'un financement non spécifique et de la bonne volonté des gens était constamment considérée comme étant à risque si d'autres pressions financières avaient préséance.

Dans l'ensemble, l'absence de plan provincial bénéficiant d'un financement spécifique pour la prestation de services gériatriques spécialisés a davantage contribué à l'iniquité en matière de prestation de ces services dans l'ensemble de la province. Les ressources insuffisantes ont en outre contribué à la difficulté de pouvoir surveiller et comprendre l'efficacité des pratiques locales ainsi que les types d'investissements dans la prestation de services locaux pouvant entraîner les meilleurs résultats et conférer la meilleure valeur.

À l'heure actuelle, la prestation de services gériatriques varie entre les RLISS et même au sein de ceux-ci. Bien que chaque RLISS ait enfin bénéficié de la présence effective d'un gériatre à temps plein cette année, la répartition réelle des 122 gériatres en exercice varie considérablement, la majorité d'entre eux étant situés à proximité des cinq premiers centres universitaires des sciences de la santé de l'Ontario. Les gériatres de la province effectuent des consultations internes et externes, en plus de fournir certains services d'approche communautaires. La mesure dans laquelle ces services sont intégrés aux fournisseurs de soins primaires varie également.

Tabler sur les points forts

Le D[r] Walker a déterminé qu'il fallait mettre au point un modèle provincial de cliniques d'évaluation gériatrique qui tient compte des modèles de soins primaires existants afin de permettre aux gériatres et autres professionnels des soins de santé et des services sociaux de collaborer avec les fournisseurs de soins primaires et communautaires et de les soutenir.

Il a expliqué que la supervision de la réalisation d'évaluations complètes des besoins des personnes âgées en matière de soins pendant qu'elles vivent dans la collectivité pourrait s'avérer l'étape la plus cruciale pour les aider à rester en santé, loin des hôpitaux, et à vivre à la maison plus longtemps[239]. La

[239] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Walker, D., *Caring for Our Aging Population and Addressing Alternate Level of Care*, Toronto (Ontario), 2011.

plupart des gériatres partageraient cet avis, bien que les mécanismes de paiement à l'acte antérieurs aient rendu la capacité de faire des consultations externes financièrement impossible. Cela a fait en sorte que cette spécialité se soit principalement retrouvée dans les hôpitaux, où les gériatres sont plus susceptibles d'avoir accès au soutien des équipes interprofessionnelles. Grâce aux récentes réformes du système de paiement, les gériatres sont désormais rémunérés d'une manière qui rend leur travail en consultation externe beaucoup plus viable. Cependant, l'importance de bénéficier du soutien des ressources communautaires sera essentielle à la progression de la vision qu'a suggérée le Dr Walker.

Les rôles du modèle d'évaluation des soins gériatriques qu'ont définis les RLISS de Champlain et du Nord-Est constituent un moyen innovateur par lequel les gériatres de la région ont pu étendre leur portée au sein des établissements de soins primaires et communautaires. Dans ce modèle, des infirmières ou d'autres professionnels paramédicaux œuvrant dans des établissements de soins primaires ou communautaires ont reçu une formation pour procéder à des évaluations complètes des patients avant que ceux-ci consultent le gériatre. Cela permet à l'évaluateur et au gériatre d'examiner un certain nombre de patients en une seule séance, alors que l'évaluateur a effectué à l'avance une bonne partie du travail plutôt routinier, mais nécessaire.

Les gériatres se sont en outre intégrés en plus grand nombre à des équipes de santé familiale (ESF) ainsi qu'à d'autres modèles d'équipes de soins primaires de la province afin d'offrir des modèles consultatifs axés davantage sur la collaboration qui favorisent le renforcement de la capacité en matière de soins primaires et l'établissement de relations de travail plus étroites axées sur la collaboration. Par exemple, dans le RLISS du Centre-Toronto, les gériatres de l'Hôpital Mount Sinaï font partie d'une équipe qui prodigue des soins primaires à domicile à des personnes âgées en perte d'autonomie et ils font également partie de l'ESF de l'hôpital, où ils ont mis sur pied une clinique de gériatrie fournissant des soins primaires afin de mener des consultations en collaboration avec le fournisseur de soins primaires du patient âgé.

Centre d'attention :

Cliniques de la mémoire et de soins primaires, RLISS de Waterloo Wellington et au-delà

Un gériatre et un médecin de soins primaires, qui partagent un intérêt à l'égard de la démence et qui œuvrent au sein du RLISS de Waterloo Wellington, ont contribué à mettre sur pied 31 cliniques interdisciplinaires de la mémoire et de soins primaires qui desservent environ 450 cabinets de soins primaires dans six RLISS[240]. À l'aide d'un programme de formation normalisé agréé mis sur pied en collaboration avec l'Ontario College of Family Physicians, ce modèle a permis aux médecins de soins primaires d'acquérir plus de compétences et de confiance pour dépister, diagnostiquer et prendre en charge les cas courants de démence et de déficience cognitive légère. Cela a donné lieu à une utilisation beaucoup plus efficace des ressources limitées qui sont accessibles en gériatrie, permettant ainsi aux gériatres de la région d'intervenir de façon beaucoup plus opportune afin d'aider les médecins de soins primaires à gérer les cas plus difficiles.

[240] Lee, L., et coll. « Enhancing Dementia Care: A Primary Care Based Memory Clinic », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 58, n° 11, p. 2197 à 2204 (2010).

Grâce à des modèles de pratique plus axés sur les soins primaires et communautaires, les gériatres ainsi que d'autres membres du personnel infirmier spécialisé en gériatrie et d'autres professionnels paramédicaux ont démontré leur capacité d'améliorer les résultats pour les patients et le système dans les services des urgences, de même que dans les établissements de soins actifs pour les patients hospitalisés et les établissements de soins de réadaptation et de soins postactifs. Par conséquent, l'expertise en soins gériatriques et la démarche axée sur le travail d'équipe en matière de soins peuvent clairement ajouter de la valeur tout au long du continuum de soins.

Toutefois, la capacité de mettre sur pied un système de soins gériatriques plus coordonné dans l'ensemble de la province nécessitera un financement plus stable et plus spécifique dans chaque RLISS dans le but de soutenir la création de modèles de soins gériatriques axés sur le travail d'équipe dans divers établissements. La mise en œuvre et l'achèvement des modèles de rémunération du plan de diversification des modes de financement (PDMF) dans le domaine de la gériatrie et des soins aux personnes âgées permettront en outre de faire en sorte qu'un système de rémunération plus prévisible devienne un catalyseur pour les gériatres qui n'auraient pas autrement choisi les modèles de pratique communautaires. Puisque les modèles de paiement à l'acte favorisaient précédemment le travail dans les hôpitaux plutôt que dans la collectivité, les nouveaux PDMF continueront, espérons-le, de contribuer à renverser ces tendances précédentes en matière de pratique. De plus, le déplafonnement du nombre de gériatres qui pouvaient travailler en vertu de ce modèle aidera à attirer plus de diplômés en médecine vers les programmes avancés de formation en médecine gériatrique et pourrait en outre inciter un plus grand nombre de gériatres d'autres territoires de compétence à déménager en Ontario.

Grâce à la présence actuelle de gériatres dans chaque RLISS et grâce aux améliorations apportées aux structures précédentes de rémunération des gériatres et des médecins de famille prodiguant des soins aux personnes âgées, la prochaine étape nécessaire est de travailler de concert avec les gériatres, les médecins de famille prodiguant des soins aux personnes âgées, le personnel infirmier spécialisé, les professionnels paramédicaux et autres professionnels de la province afin d'établir une vision commune visant l'élaboration d'une démarche régionale en matière de soins gériatriques qui pourrait être adoptée dans chaque RLISS. L'objectif est de créer un modèle évolutif qui permet à ces praticiens spécialistes d'œuvrer au sein de leur RLISS en vue d'établir un modèle de prestation de services dont la portée et la variété ne cessent de croître en fonction de la disponibilité des ressources humaines à l'échelle locale et du financement nécessaire pour les appuyer. Cette planification viendrait assurément compléter d'autres initiatives de transformation du système de santé comme la planification actuelle et future entourant la création de Maillons santé dans chaque RLISS. Ce travail peut mettre davantage l'accent sur l'idée de créer un réseau de cliniques d'évaluation gériatrique qui peut travailler plus particulièrement avec les fournisseurs de soins primaires et les soutenir, en plus de compléter les modèles existants de soins primaires.

De façon générale, une démarche plus normalisée de prestation de services gériatriques spécialisés dans l'ensemble de la province veillera à ce que les patients âgés puissent bénéficier de l'expertise de ces spécialistes pour répondre aux besoins globaux de notre population vieillissante de la meilleure façon qui soit.

Recommandations

86. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS devraient créer un groupe de travail provincial composé de gériatres, de médecins de famille prodiguant des soins aux personnes âgées, d'infirmières et infirmiers spécialisés, de professionnels paramédicaux et d'autres professionnels afin de contribuer à définir une vision commune provinciale pour la prestation des services gériatriques ainsi qu'un plan d'établissement des priorités visant à orienter la dotation en personnel à l'échelle locale et le financement des modèles à mesure que les ressources deviennent disponibles.
87. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, conformément aux recommandations du groupe de travail provincial proposé, devrait encourager l'adoption de modèles uniformes fondés sur des éléments probants qui priorisent les cliniques communautaires et les services de consultation à domicile proactifs, les modèles de pratique infirmière en urgence gériatrique dans les services des urgences, les équipes de consultation pour les patients hospitalisés et les unités de soins spécialisés, et accorder la priorité au financement de ces modèles.
88. Les RLISS, conformément aux recommandations du groupe de travail provincial proposé, devraient jouer un rôle plus important en matière de planification des services locaux spécialisés de médecine gériatrique et des services psychiatriques en fonction des besoins de la localité et de l'expertise dont on dispose, c'est-à-dire les gériatres et les psychiatres en gériatrie. Ce travail devrait être intégré dans la planification future encourant la création de réseaux de soins des patients.

Faire évoluer le rôle des programmes régionaux de soins gériatriques

Des programmes régionaux de soins gériatriques ont été mis sur pied pour tirer profit de l'expertise des gériatres œuvrant dans des centres universitaires de sciences de la santé afin d'améliorer la qualité des services gériatriques fournis par les hôpitaux de soins actifs et pour malades chroniques et d'améliorer les initiatives locales en matière de sensibilisation à l'égard des services gériatriques et de renforcement de la capacité.

Les directives provinciales, en vertu desquelles ces initiatives ont été établies, en ont défini l'objectif qui consiste à mettre sur pied des systèmes complets et coordonnés de services de santé destinés aux aînés d'une région dans le but de les aider à vivre de façon autonome dans leur propre collectivité, prévenant ainsi le placement inutile et inapproprié en établissement. Au total, cinq programmes régionaux de soins gériatriques ont été créés à compter du milieu des années 1980 et ont été affiliés aux premiers centres universitaires de sciences de la santé à Ottawa, Kingston, Hamilton, London et Toronto.

En se fondant sur les mêmes lignes directrices, les cinq centres universitaires de sciences de la santé ont employé différentes structures et stratégies pour élaborer différents types de programmes visant à répondre à leurs besoins régionaux. Chaque programme fournit, à divers degrés, une combinaison d'unités d'évaluation des patients hospitalisés et d'équipes de consultation, de cliniques externes,

d'hôpitaux de jour et d'équipes d'approche communautaire. Les programmes régionaux de soins gériatriques permettent en outre de favoriser l'échange de connaissances et le renforcement de la capacité chez les fournisseurs de services communautaires et les cliniciens en ce qui a trait aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Lorsque les RLISS ont été mis sur pied, les programmes régionaux de soins gériatriques ont perdu leur autonomie en ce qui a trait à leurs ressources cliniques lorsque ces fonds ont été intégrés au financement de base des hôpitaux, d'où les programmes étaient issus à l'origine. Par conséquent, la souplesse de réaffecter les fonds entre les hôpitaux et les autres fournisseurs a été largement perdue. Cela devient particulièrement problématique dans les cas où l'ensemble des priorités d'un hôpital évolue et que l'importance de la prestation de ces services s'en trouve amoindrie, ou si ce dernier perd des membres de son personnel clé en soins gériatriques dont la présence serait essentielle à l'utilisation d'un modèle particulier de soins. On s'est en outre de plus en plus inquiété du fait qu'en l'absence d'une supervision accrue des budgets de prestation des services cliniques, il est possible que ces fonds, en période de pressions financières, puissent ne pas être réaffectés de la manière idéale. De plus, le fait d'avoir perdu le contrôle autonome de ces fonds a beaucoup diminué la capacité des programmes régionaux de soins gériatriques d'en tirer parti pour attirer un plus grand nombre de ressources provenant des organisations de fournisseurs de services tels que les hôpitaux.

Certains RLISS se sont en outre inquiétés du fait que les affectations antérieures des fonds avaient par inadvertance créé des iniquités en matière de prestation de services qui les ont empêchés d'attirer, de maintenir en poste et de soutenir les gériatres et, par conséquent, de fournir des services gériatriques spécialisés sans l'adoption d'un modèle de financement spécifique.

Dans le but d'examiner les préoccupations susmentionnées et d'étudier les possibilités de renforcer la prestation de services gériatriques plus simples dans l'ensemble de la province, le Ministère et les RLISS ont récemment mis sur pied un groupe de travail afin d'évaluer l'harmonisation des programmes et des services des programmes régionaux de soins gériatriques aux initiatives provinciales et locales. Une démarche provinciale normalisée est utilisée pour l'examen, qui comprendra une analyse de la situation actuelle et un examen du respect des lignes directrices relatives à la prestation de services. Un accent sera mis sur la détermination de la façon dont on pourrait tirer parti des points forts des programmes régionaux de soins gériatriques en vue de faire avancer les priorités actuelles et futures du Ministère et des RLISS, comme la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, les hôpitaux adaptés aux aînés et les initiatives de la stratégie Vieillir chez soi.

Recommandations

89. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS devraient accélérer leur examen des programmes régionaux de soins gériatriques afin de vérifier si leur utilisation a été optimisée et de déterminer la façon dont ils s'harmonisent aux priorités gouvernementales actuelles. Ils devraient ensuite formuler des recommandations concernant l'adoption d'un modèle futur pour les programmes régionaux de soins gériatriques en Ontario.

90. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner le mécanisme de financement actuel des programmes de soins gériatriques dans certains hôpitaux pour s'assurer que les ressources fournies sont optimisées et déployées équitablement pour encourager le renforcement de la capacité et soutenir la création d'une plus vaste gamme de services gériatriques communautaires et hospitaliers afin de répondre aux besoins en constante évolution de la région.

Troubles de santé mentale et de dépendance et prestation de services de santé mentale gériatriques

« Les problèmes de santé mentale sont très importants et en augmentation chez les personnes âgées. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

La prévalence de la majorité des troubles de santé mentale est jugée la même parmi les Ontariennes et les Ontariens âgés que parmi les autres groupes d'âge, sauf pour les troubles mentaux associés à l'âge comme la démence et le délire[241]. Les maladies mentales les plus courantes chez les personnes âgées sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, les troubles cognitifs et les troubles mentaux en raison d'un état pathologique (y compris la démence et le délire) ainsi que les troubles psychotiques. Les Ontariennes et les Ontariens âgés sont également particulièrement à risque de développer une maladie mentale grave durant certaines transitions critiques, y compris à la suite de la perte d'un conjoint, de la prise en charge des soins d'un conjoint atteint de démence, de leur déménagement dans un foyer de soins de longue durée ou lorsqu'ils deviennent invalides pour travailler[242]. Les immigrants peuvent être particulièrement à risque, puisque le risque d'être touché par la dépression augmente en fonction du temps que la personne demeure dans le pays[243]. Dans de nombreux cas, faire face à des enjeux liés au logement, au revenu et au transport ainsi qu'à d'autres déterminants sociaux de santé peut influer sur la capacité d'une personne à composer avec la maladie mentale ou les troubles de dépendance. De plus, la stigmatisation associée à ces problèmes exerce un effet de dissuasion qui empêche la détection et le traitement précoces.

[241] Association canadienne pour la santé mentale, *Demographic and Prevalence Statistics*, Ontario, 2012. www.ontario.cmha.ca/seniors.asp?cID=5801.
[242] Dudgeon, S., et P. Reed. *Older Adults Behavioural Support System*, The Distance Learning Group: Ontario BSS, juillet 2010.
[243] MacKenzie, C. S., et coll. *Mental Health Services for Older Adults from Racialized Groups*, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Across Boundaries Research, 2009.

Bon nombre des maladies chroniques courantes contractées à un âge avancé ont des corrélations connues avec la maladie mentale. La présence de maladies concomitantes complexifie davantage l'établissement d'un diagnostic précis de maladie mentale : il peut être difficile de distinguer les symptômes des maladies physiques de ceux des maladies mentales comme la dépression et, si les fournisseurs de soins de santé ne reçoivent pas une formation adéquate et s'ils ne prêtent pas suffisamment attention, des maladies pouvant être soignées peuvent ne pas être décelées, ce qui est souvent le cas. Des recherches laissent entendre que les personnes âgées souffrant d'une maladie mentale et de dépendances ne sont souvent pas traitées. Une des principales raisons est l'incapacité des fournisseurs de soins primaires à déterminer les personnes à risque[244].

Dépression et anxiété

La dépression est le problème de santé mentale le plus courant chez les personnes âgées[245] et, par ailleurs, environ 15 pour cent des personnes âgées vivant dans la collectivité présentent des symptômes de dépression importants[246]. Les taux de dépression sont plus élevés dans les foyers de soins de longue durée, où jusqu'à 44 pour cent des pensionnaires peuvent faire l'objet d'un diagnostic de dépression ou présenter des symptômes de dépression importants[247]. En général, chez les personnes âgées, la prévalence de la dépression est plus grande chez les personnes de 80 ans et plus et chez les femmes sans égard à l'âge.

La dépression chez les personnes âgées peut se manifester différemment que chez les personnes plus jeunes et peut être confondue avec les symptômes d'autres maladies ou peut également être considérée comme un élément normal du vieillissement, ce qui fait en sorte que cette maladie est souvent négligée[248]. La dépression non diagnostiquée ou non traitée adéquatement mène à une plus grande morbidité, à un déclin fonctionnel, à la négligence des soins personnels, à une diminution de la qualité de vie, à une utilisation accrue des services de soins de santé et au décès[249].

Les troubles anxieux ont tendance à persister lorsqu'on avance en âge et de nouveaux symptômes d'anxiété sont souvent la cause de l'apparition de troubles de l'humeur et de troubles cognitifs. Les personnes âgées représentent également le groupe ayant le taux le plus élevé d'hospitalisations en raison de troubles d'anxiété[250].

244 MacKenzie, C. S., et coll. « Do Family Physicians Treat Older Patients with Mental Disorders Differently from Younger Patients? », *Canadian Family Physician*, vol. 45, p. 1219 à 1224 (1999).
245 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), *Lignes directrices nationales pour la santé mentale de la personne âgée: Évaluation et prise en charge de la dépression*, Toronto (Ontario), 2006.
246 *Ibid.*
247 Institut canadien d'information sur la santé, *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement*, Ottawa (Ontario), 2010.
248 Commission de la santé mentale du Canada, *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*, Ottawa (Ontario), 2011.
249 Markle-Reid, M., et coll. « Reducing Depression in Older Home Care Clients: Design of a Prospective Study of a Nurse-Led Interprofessional Mental Health Promotion Intervention », *BMC Geriatrics*, vol. 11, n° 50, p. 1 à 21 (2011).
250 Société pour les troubles de l'humeur du Canada, *Quelques faits: Maladie mentale et toxicomanie au Canada*, 3 éd., 2009.

Démence

Les démences, dont la maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante, sont des maladies débilitantes progressives qui minent les capacités cognitives et fonctionnelles. Il y a actuellement près de 200 000 personnes âgées atteintes de démence en Ontario et on s'attend à ce que ce nombre s'accroisse de 30 pour cent d'ici 2020[251]. Les personnes âgées souffrant de démence utilisent les ressources en soins de santé de façon intensive. Elles sont deux fois plus susceptibles d'être hospitalisées, de se présenter aux services des urgences pour des affectations pouvant être évitées et d'être en attente d'un ANS, comparativement aux personnes qui ne souffrent pas de cette maladie[252, 253, 254]. Les personnes âgées atteintes de démence vivant dans la collectivité sont également plus susceptibles de recevoir les services d'un médecin et ont un plus grand nombre de médicaments à prendre que les personnes ne souffrant pas de démence[255].

Lorsque les déficiences cognitives et fonctionnelles causées par la démence s'accentuent, les patients doivent souvent être placés dans des établissements de soins, où 65 pour cent des bénéficiaires de soins font l'objet d'un diagnostic de démence[256]. À mesure que la prévalence de la démence augmente, la demande pour des soins de longue durée augmente également. Puisque de plus en plus de personnes âgées atteintes de démence choisissent de continuer à vivre dans la collectivité, il faudra investir de façon importante dans les services communautaires, y compris les services de santé mentale, les programmes de jour et de soins de relève, ainsi que les soins à domicile. Ces services devront être adaptés afin de répondre aux besoins des personnes âgées à tous les stades de la maladie. Certaines personnes, aux stades les plus avancés de la démence, ne sont en mesure que de s'exprimer dans leur langue maternelle[257]. Ce fait doit être pris en considération puisque seulement 58 pour cent de la population canadienne a déclaré l'anglais comme étant sa langue maternelle[258]. Les services devront donc tenir compte des besoins linguistiques des personnes âgées en Ontario.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, que présentent jusqu'à 90 pour cent des personnes atteintes de démence au cours de leur maladie, sont habituellement les plus difficiles à vivre pour les personnes atteintes de cette maladie et pour leurs personnes soignantes[259]. Par conséquent, des services de santé mentale gériatriques doivent être accessibles particulièrement pour aider les fournisseurs de soins primaires et communautaires à gérer les symptômes comportementaux et psychologiques, notamment la psychose, la dépression, l'agressivité, l'agitation et la désinhibition[260]. Un rôle tout aussi important des services de santé mentale gériatriques est d'aider les fournisseurs de soins primaires à faire la distinction entre la déficience cognitive légère et la démence précoce ainsi qu'entre la démence et la dépression.

---

251 Alzheimer Society Ontario, *Dementia Evidence Brief: Ontario*, Toronto (Ontario), 2012.
252 *Ibid.*
253 Pedone, C., et coll. « Elderly Patients with Cognitive Impairment Have a High Risk for Functional Decline During Hospitalization: The GIFA Study », *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 60, n° 12, p. 1576 à 1580 (2005).
254 Zilkens, R. R., et coll. « Clinical Epidemiology and In-patient Hospital Use in the Last Year of Life (1990-2005) of 29,884 Western Australians with Dementia », *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 17, n° 2, p. 399 à 407 (2009).
255 Tranmer, J., et coll. « Dementia in Ontario: Prevalence and Health Services Utilization », *Canadian Journal on Aging*, vol. 22, n° 4, p. 369 à 379 (2003).
256 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Long-Term Care Report Sector Overview*, rapport non publié, Toronto (Ontario), 2012.
257 Société Alzheimer de la Colombie-Britannique, *Memory Loss*, 2011. http://www.alzheimerbc.org/getdoc/ff587995-bdf8-4fc0-bae4-393e3e790b0c/Memory-Loss-Handout.aspx.
258 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Recensement 2006*, Ottawa (Ontario), 2007.
259 Cerejeira, J., et coll. « Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia », *Frontiers in Neurology*, vol. 3, n° 73 (2012). http://www.frontiersin.org/Dementia/10.3389/fneur.2012.00073/abstract.
260 Brodaty, H., et coll. « Nursing Home Staff Attitudes Towards Residents with Dementia: Strain and Satisfaction with Work », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 44, n° 6, p. 583 à 590 (2003).

Les répercussions sur la santé mentale des personnes soignantes peuvent également être importantes. Il a été prouvé que les membres de la famille ou les amis qui agissent à titre de soignants pour des personnes âgées souffrant de dépression ou de déficiences cognitives présentent des taux élevés de détresse[261] et qu'environ un tiers des soignants membres de la famille pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences présentent des symptômes de dépression[262]. Par conséquent, il serait essentiel d'offrir des soins de relève, des services de consultation et d'autres services de soutien afin de permettre aux personnes soignantes de continuer à prendre soin de la personne à domicile et d'éviter une admission précoce dans un établissement de soins de longue durée.

Délire

Le délire est un problème de santé mentale commun qui occasionne des troubles de la conscience, de la perception, de la pensée et de la mémoire et qui touche principalement les personnes âgées souffrant de démence. Il est de plus en plus reconnu comme un trouble grave ayant un potentiel élevé d'influer négativement sur la qualité de vie des personnes âgées, de prolonger leur séjour et d'augmenter leur risque de placement en établissement et de décès, particulièrement dans les cas plus graves. Les personnes âgées qui souffrent de délire sont également plus à risque de développer une démence.

Contrairement à la démence ou à la dépression, les symptômes du délire fluctuent au cours de courtes périodes (des heures ou des jours) et alternent avec des périodes de lucidité et peuvent durer jusqu'à six mois, dans certains cas. Les symptômes peuvent survenir en réaction à des facteurs de stress comme une chirurgie, des infections générales, une consommation abusive d'alcool et une suppression de médicaments ou des interactions entre les médicaments ainsi qu'une malnutrition. Puisque le délire peut être confondu ou coexister avec d'autres troubles mentaux, il est quelque peu difficile de l'évaluer[263].

Environ 10 pour cent à 15 pour cent des personnes âgées admises à l'hôpital présentent des symptômes de délire, puis 15 pour cent à 25 autres pour cent de personnes commencent à présenter ce trouble à la suite d'une admission[264]. Malgré son incidence élevée et son importance clinique, le délire n'est pas diagnostiqué ou est mal diagnostiqué dans au moins 30 pour cent à 60 pour cent des cas[265]. Les données indiquent que jusqu'à 40 pour cent des cas de délire hospitaliers peuvent être évités[266] et étant donné les conséquences négatives qui y sont associées, sa prévention ainsi qu'une prise en charge plus efficace au moyen de lignes directrices établies et fondées sur des données probantes doivent devenir une priorité, tout particulièrement dans les hôpitaux de l'Ontario.

[261] Institut canadien d'information sur la santé, *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement*, Ottawa (Ontario), 2010.
[262] Alzheimer's Association, *Alzheimer's Disease Facts and Figures*, Washington, D.C., 2012.
[263] Association canadienne pour la santé mentale, *Seniors and Delirium*, Ontario. http://www.ontario.cmha.ca/seniors.asp?cID=5803.
[264] *Ibid.*
[265] Rudolph, J. L., et E. R. Marcantonio. « Diagnosis and Prevention of Delirium », *Geriatrics and Aging*, vol. 6, n° 10, p. 14 à 19 (2003).
[266] McAiney, C., et coll. « A Quality Assurance Study to Assess the One-Day Prevalence of Delirium in Elderly Hospitalized Patients », *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 15, n° 1, p. 8 à 15 (2012).

Alcoolisme

L'alcoolisme est le problème de consommation le plus commun chez les personnes âgées; 6 à 10 pour cent d'elles ont signalé avoir des problèmes de consommation d'alcool[267]. Environ un tiers des personnes âgées aux prises avec des problèmes d'alcool ont commencé à consommer de l'alcool de façon abusive à un âge avancé268. Toutefois, étant donné les changements physiques associés au vieillissement, les personnes âgées sont beaucoup plus vulnérables aux effets négatifs de l'alcool sur le plan cognitif et émotionnel et sur le plan de la santé physique en général. La consommation abusive de substances entraîne souvent des déficiences cognitives, de la dépression ou de l'anxiété grave et à long terme et contribue de façon importante aux chutes, aux accidents et aux fractures[269].

Suicide

Le suicide est cinq fois plus probable chez les personnes âgées que dans les groupes d'âge plus jeunes; on enregistre le taux de mortalité attribuable au suicide le plus élevé chez les hommes âgés de 80 ans et plus. Les facteurs de risque comprennent la dépression, l'anxiété, les maladies physiques, les antécédents d'accident vasculaire cérébral ainsi que le fait d'être veuf et de vivre seul. L'incertitude et la peur à propos de sa capacité à influencer sa propre mort et une lassitude de la vie peuvent également constituer des facteurs de risque. Bien que les personnes âgées soient moins susceptibles que les personnes plus jeunes d'indiquer leurs intentions suicidaires, 50 pour cent des personnes âgées qui commettent une tentative de suicide parviennent à leurs fins, comparativement à un peu plus de 10 pour cent chez les jeunes. Il semble que cela serait attribuable au fait que les personnes âgées ayant des intentions suicidaires tendent à être nettement plus décidées à réaliser leurs intentions.

La prestation de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances destinées aux personnes âgées

Un des principaux enjeux de la prestation de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances est le manque de coordination au sein du secteur. Le rapport de 2011 du Comité spécial de la santé mentale et des dépendances indiquait que « [l'] un des principaux problèmes du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario est l'absence de cohérence[270] ». Le Comité spécial a indiqué avoir « été frappé de constater qu'aucune personne ni organisation n'a le mandat d'assurer la cohésion de ces différents éléments » ou « de briser les cloisons » et de s'assurer que les services et le soutien sont offerts de manière uniforme et exhaustive dans l'ensemble de l'Ontario[271]. La Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances : Esprit ouvert, esprit sain indique également que pour que la stratégie soit réussie, « nous avons besoin d'une ferme direction – à l'échelle provinciale et locale[272] ».

---

267 Conférence d'Addictions Ontario, Sullivan, N. *Working with Older Persons with Substance Use Concerns*, 2012. http://www.addictionsontario.ca/pdf/conference-2012/presentations/mc5pour cent20-pour cent20substancepour cent20usepour cent20problemspour cent20inpour cent20olderpour cent20persons.pdf.

268 Gouvernement de la Colombie-Britannique, ministère de la Santé, Groupe de travail sur les soins de santé mentale destinés aux personnes âgées [traduction], *Guidelines for Elderly Mental Health Care Planning for Best Practices for Health Authorities*,, Victoria (Colombie-Britannique), 2002.

269 Commission de la santé mentale du Canada, *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale*, Ottawa (Ontario), 2011.

270 Gouvernement de l'Ontario, Comité spécial de la santé mentale et des dépendances de l'Assemblée législative de l'Ontario, *Sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes*, Toronto (Ontario), 2010.

271 *Ibid.*

272 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances : Esprit ouvert, esprit sain*, Toronto (Ontario), 2011.

Cette observation s'applique au traitement des problèmes de santé mentale et de dépendance, au soutien des personnes âgées qui souffrent de tels problèmes et aux services qui sont offerts à ces personnes. La prestation de services s'effectue à de multiples endroits, y compris dans les établissements de soins primaires, les organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée. Tout au long de nos consultations, il est ressorti à maintes reprises qu'en dépit des nombreux services offerts, un trop grand nombre de personnes âgées, de leurs personnes soignantes ou de leurs fournisseurs de soins trouvaient encore difficile de comprendre quels services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances leur étaient offerts et la manière d'y avoir accès. Il est clair qu'il faut améliorer le système de gouvernance en ce qui a trait à la gestion des problèmes de santé mentale et de dépendance dans l'ensemble de ces établissements afin de s'assurer que les personnes âgées reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit.

Il sera également nécessaire de s'assurer que les fournisseurs de soins de santé et de soins communautaires et sociaux actuels et futurs suivent une formation précise afin de réussir à bien cerner et à bien gérer ces problèmes. Par ailleurs, on a constaté que le nouvel outil d'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) pour la prestation des services de santé mentale ne constitue pas un outil efficace d'évaluation pour les clients souffrant de démence. On doit donc s'assurer qu'un nouvel outil d'évaluation de la santé mentale axé sur les soins gériatriques soit adopté. Dans certaines régions de la province, des modèles d'évaluation, de traitement et de sensibilisation novateurs ont été élaborés, y compris pour les personnes de communautés ethnoculturelles[273]. Par conséquent, il faudrait examiner attentivement ces modèles à mesure que l'on met en œuvre un système de santé mentale plus intégré pour les personnes âgées.

Dans le cadre de la Stratégie ontarienne de soutien en cas de troubles du comportement, certains RLISS ont élaboré des outils indiquant les pratiques exemplaires à suivre afin d'aider les fournisseurs de soins primaires à recenser plus rapidement les personnes âgées qui présentent un risque de développer une démence et d'autres déficiences cognitives et d'intervenir plus rapidement auprès de celles-ci. La prestation accrue de services gériatriques spécialisés en matière de santé mentale en milieu communautaire, en collaboration avec les organismes de soutien communautaire comme les sociétés Alzheimer locales, qui jouent un rôle important dans l'éducation, la sensibilisation et le soutien communautaires par l'intermédiaire de cette initiative, a été encourageante. Ces collaborations aident également à l'élaboration d'une démarche plus rationnelle, proactive et systémique relativement à la gestion des patients aux prises avec des troubles de comportement importants dans les collectivités de la province. Ces initiatives contribuent également à accroître la sensibilisation par rapport à la manière dont les problèmes de comportement et de santé mentale peuvent souvent être aggravés par d'autres déterminants sociaux et à la manière de créer un meilleur système afin de cerner et de gérer ces problèmes. Le succès instantané du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement devrait servir de guide pour l'élaboration future des services de santé mentale gériatriques en milieu communautaire.

[273] Lee, L., et coll. « Enhancing Dementia Care: A Primary Care Based Memory Clinic », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 58, n° 11, p. 2197 à 2204 (2010).

Recommandations

91. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager les RLISS à tirer profit des partenariats, de la lancée et de la réussite du Programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement afin d'aider à définir les services gériatriques communautaires de base en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui doivent être financés et offerts. De plus, une démarche normalisée d'évaluation et d'aiguillage et un modèle de prestation de services doivent être créés et mis en œuvre au sein des RLISS.

92. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager les RLISS à créer un organisme principal et des modèles de coordination principaux qui peuvent normaliser la prestation de services, réduire la fragmentation des services, faciliter les transitions de soins et assurer une plus grande efficacité des fonctions administratives qui soutiennent la prestation de ces services dans les régions. Ce travail devrait s'harmoniser à la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances du gouvernement qui vise à définir un modèle de gouvernance global pour son système complet de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

93. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner l'adoption d'un outil d'évaluation normalisé axé sur les soins gériatriques comme InterRAI – santé mentale plutôt que l'outil d'ECBO pour les programmes qui fournissent particulièrement des services de santé mentale gériatriques. L'adoption de l'instrument interRAI – santé mentale permettra que les renseignements relatifs à l'évaluation et à la planification des soins soient plus facilement échangés avec d'autres évaluations interRAI afin d'éviter et de réduire le dédoublement des efforts d'évaluation. De plus, une démarche normalisée d'évaluation et d'aiguillage doit être créée et mise en œuvre.

Enjeux et services – soins palliatifs et en fin de vie

Des analyses longitudinales sur l'économie de la santé indiquent que c'est la mort imminente, plutôt que l'âge en tant que tel, qui est le principal moteur démographique des coûts associés aux soins de santé. Toutefois, les soins palliatifs de qualité supérieure prodigués plus tôt pendant le cours d'une maladie sont moins coûteux et correspondent mieux aux préférences personnelles. Bien que la plupart des Canadiennes et des Canadiens aiment avoir accès à des soins palliatifs, ce n'est pas le cas pour environ 70 pour cent d'entre eux[274] et, lorsque c'est le cas, souvent, ces soins ne sont pas offerts de manière équitable pour tous les diagnostics. À l'heure actuelle, la moitié de tous les décès en Ontario se produisent dans des hôpitaux, ce qui va à l'encontre des préférences de la plupart des Ontariennes et Ontariens qui souhaitent mourir dans d'autres endroits, comme leur propre foyer, ce qui comprend les foyers de soins de longue durée, les maisons de soins palliatifs ou d'autres établissements communautaires.

[274] Quality Hospice Palliative Care Coalition of Ontario, *Creating an Integrated Hospice Palliative Care System in Ontario, Setting the Stage for Change*, Toronto (Ontario), 2010.

Dans le système actuel, les soins que reçoivent les personnes à l'approche de la fin de leur vie sont souvent réactifs, épisodiques, plus coûteux et moins appropriés pour leurs besoins et leurs préférences. La plupart des personnes à qui on dispense des soins palliatifs n'y arrivent que lorsqu'approche la fin de leur vie ou lorsque la mort est imminente, et les soins sont habituellement prodigués dans les établissements de soins les plus coûteux. Toutefois, il est prouvé par l'expérience d'autres territoires de compétence que la prestation de soins palliatifs proactifs peut se traduire par des avantages fiscaux pour tout le système, grâce à l'utilisation plus appropriée de thérapies, de traitements et de recherches et la réduction des visites aux services des urgences et des admissions à l'hôpital[275,276,277,278,279]. En Ontario, l'admission plus hâtive à des soins palliatifs de qualité supérieure prodigués à domicile a également montré qu'elle permettait de réduire les hospitalisations pour soins actifs et les coûts subséquents en fin de vie de 35 pour cent à 50 pour cent[280]. Par conséquent, il existe de nombreuses preuves indiquant qu'une stratégie efficace de soins en fin de vie qui comprend l'accès à des soins palliatifs et officialise le processus de planification de soins avancés pourra réduire les coûts du système de santé et soutenir la viabilité à long terme de ce dernier.

En avril 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'est publiquement engagé à effectuer un examen provincial des services de soins palliatifs et a annoncé une augmentation du financement pour la prestation des services de soins palliatifs offerts dans des maisons de soins palliatifs. Par la suite, le Ministère, les RLISS et la Quality Hospice Palliative Care Coalition ont lancé une stratégie de mobilisation des intervenants afin de faire progresser la prestation de soins palliatifs de qualité et de valeur supérieures en Ontario. La stratégie a conduit à la création du rapport *Declaration of Partnership and Commitment to Action* qui comprend une vision et des objectifs communs pour le système, des mesures clés de succès pour guider sa transformation et des plans d'action destinés aux RLISS et à chaque secteur pour aider à atteindre et à surveiller les améliorations sur une base annuelle à l'égard de la prestation des soins palliatifs partout dans la province. En créant des programmes de soins palliatifs plus solides prodigués dans la collectivité, un certain nombre de RLISS ont commencé à démontrer qu'il était possible de réaliser des économies principalement en évitant des coûts, en faisant moins appel aux services de soins actifs.

Consentement aux soins de santé et planification de soins avancés

Hospice Palliative Care Ontario, l'Association canadienne de soins palliatifs et la clinique de défense des intérêts des personnes âgées de l'Ontario (Advocacy Centre for the Elderly), notamment, ont collectivement fait valoir l'importance du consentement aux soins de santé et de la planification des soins avancés, ainsi que la nécessité d'accroître la sensibilisation à ce sujet.

[275] Fassbender, K., et coll. « Utilization and Costs of the Introduction of System-Wide Palliative Care in Alberta, 1993-2000 », *Palliative Medicine*, vol. 19, p. 513 à 520 (2005).
[276] Gomez-Batiste, X., et coll. « Resource Consumption and Costs of Palliative Care Services in Spain: A Multicenter Prospective Study », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 31, n° 6, p. 522 à 532 (2006).
[277] Hauptman, P., et P. Havranek. « Integrating Palliative Care Into Heart Failure Care », *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, p. 374 à 378 (2005).
[278] Temel, J., et coll. « Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 363, n° 8, p. 733 à 742 (2010).
[279] Morrison, R., et coll. « Cost Savings Associated with US Hospital Palliative Care Consultation Programs », *Archives of Internal Medicine*, vol. 168, n° 16, p. 1783 à 1790 (2008).
[280] Seow, H., *The Use of End-of-Life Homecare Services in Ontario: Is it Associated with Using Less Acute Care Services in Late Life?*, dissertation non publiée, 2009.

Le consentement aux soins de santé n'est pas la simple confirmation d'une entente relative à un traitement particulier ou une option de soins. Il devrait comprendre un plan de soins visant à aider les personnes concernées à prendre les décisions concernant les soins et le traitement en fonction de leur état de santé actuel. La planification des soins avancés, une activité connexe, est un processus de réflexion et de communication par lequel une personne confirme ou choisit le futur mandataire spécial qui agira en son nom et informe les autres de ses préférences à l'égard de ses soins de santé et personnels futurs, dans l'éventualité où elle deviendrait incapable de consentir ou de refuser un traitement ou des soins. Ces préférences sont appelées « désirs » dans la *Loi sur le consentement aux soins de santé*.

En permettant à la famille, aux amis, aux personnes soignantes et aux fournisseurs de soins de santé de connaître les objectifs généraux d'une personne en matière de soins et de préférences de soins en fin de vie, il est possible de soutenir une démarche plus proactive de soins palliatifs qui peut réduire la souffrance et améliorer la qualité de vie des personnes qui vivent avec une maladie limitant l'espérance de vie ou qui sont en train d'en mourir. Il est également prouvé que la présence de bonnes pratiques de consentement aux soins de santé et de plans de soins avancés favorisait l'utilisation plus appropriée de thérapies, de traitements et d'examens ainsi qu'une plus grande chance qu'une personne meure dans l'environnement de son choix.

Le défi associé à ces plans de soins avancés est que les préférences ou les souhaits peuvent changer, particulièrement lorsque l'état de santé change, ou que les options de traitement évoluent avec le temps. En outre, si quelqu'un n'est pas précis au moment d'exprimer ses désirs, cela peut conduire à des erreurs d'interprétation et les mauvais soins pourraient être prodigués. On doit donc toujours considérer les plans de soins avancés comme l'expression de désirs ou de préférences et, par conséquent, la seule manière dont un fournisseur devrait décider d'un traitement au nom d'un patient est de chercher à obtenir le consentement de celui-ci, quand il est apte à prendre des décisions relatives à son traitement, ou de son mandataire spécial, lorsque ce n'est pas le cas.

Les consultations ont permis de découvrir qu'au sein de notre système de soins de santé, des établissements et des fournisseurs de soins ne cherchent pas toujours à obtenir un consentement éclairé avant de prodiguer un traitement, peu importe sa nature. En outre, certains organismes font un mauvais usage des plans de soins avancés ou des formulaires de « niveau de soins », puisqu'ils les considèrent comme un consentement à l'égard de futures décisions de soins, et ne cherchent pas à obtenir de consentement actuel, que ce soit de leurs patients ou des mandataires spéciaux. Par conséquent, tout effort ultérieur pour encourager l'utilisation des plans de soins avancés ou des outils de planification des soins, comme les formulaires de niveau de soins, devrait être jumelé à la sensibilisation des patients, des mandataires spéciaux et des fournisseurs de soins sur le consentement à l'égard des soins de santé et l'utilisation appropriée des plans de soins avancés.

En encourageant les fournisseurs de soins primaires à faire participer leurs patients à des discussions sur le consentement aux soins de santé et la mise en œuvre de plans de soins avancés, nous pourrions favoriser une meilleure compréhension de ces sujets avant qu'une crise des soins de santé ne se produise. Il est également important que les fournisseurs de soins de santé entament des discussions sur la procuration pour les soins personnels pour les couples homosexuels, étant donné que leur union pourrait ne pas être entièrement reconnue dans toutes les situations s'ils ne sont pas mariés, en dépit du

fait que la *Loi sur le consentement aux soins de santé* inclut les unions de fait, de personnes de même sexe et de personnes de sexe opposé dans la définition de « conjoint ». S'assurer que des discussions sur le consentement des soins de santé et les plans de soins avancés se déroulent rapidement après une admission dans un établissement de soins actifs ou un foyer de soins de longue durée permettrait au processus décisionnel à l'égard des soins appropriés d'être suivi selon les choix et les préférences du patient.

Recommandations

94. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait établir des partenariats avec ses RLISS, la Quality Hospice Palliative Care Coalition et d'autres organismes afin de mettre en pratique la vision et le plan d'action définis dans le rapport Declaration of Partnership and Commitment to Action élaboré dans le cadre des efforts déployés par les RLISS afin de mettre en œuvre leurs plans triennaux relatifs aux soins palliatifs ou en fin de vie.
95. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager les RLISS à élargir les milieux où peuvent être prodigués des soins palliatifs dans leurs régions afin d'y inclure le domicile d'un patient, les maisons de soins palliatifs et les établissements de soins.
96. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir la normalisation et l'adoption de processus d'obtention de consentement des soins de santé et de planification des soins avancés qui aident les Ontariennes et les Ontariens à comprendre leur rôle dans la prise de décisions entourant leurs soins, tout en leur offrant l'occasion d'exprimer leurs préférences et leurs souhaits par l'intermédiaire de plans de soins avancés. Renseigner les mandataires spéciaux sur le consentement aux soins de santé devrait faire partie de ces processus, pour s'assurer qu'ils comprennent leur rôle et leurs responsabilités à l'égard du prestataire de soins que ces mandataires spéciaux pourraient devoir représenter.
97. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait collaborer avec les RLISS et la Quality Hospice Palliative Care Coalition pour élaborer une stratégie pour que le consentement aux soins de santé et la planification des soins avancés deviennent des activités normalisées pour tous les fournisseurs de soins travaillant avec des personnes âgées.

Enjeux supplémentaires qui devraient faire l'objet d'une attention spéciale su sujet des personnes âgées

Incontinence

Même si l'incontinence urinaire et fécale n'est pas une maladie associée à l'âge en soi, le risque d'en être atteint augmente beaucoup avec l'âge. L'incontinence urinaire et fécale influence tous les aspects de la vie d'une personne et, par extension, ceux de sa personne soignante, notamment les interactions sociales, l'intimité et la participation à la vie communautaire. Un grand nombre de personnes âgées atteintes de l'un de ces problèmes ou des deux et vivant dans la collectivité estiment que ces problèmes restreignent de façon importante leur capacité de faire de l'exercice et de rester socialement engagé, et qu'ils peuvent conduire à l'isolement, au déconditionnement physique et à la dépression. Si elle n'est pas traitée, l'incontinence peut empirer avec le temps, ce qui conduit à d'autres problèmes nécessitant davantage de traitements, notamment la dépression, des chutes, des fractures et des lésions cutanées.

Selon les rapports, la prévalence de quelque degré que ce soit d'incontinence urinaire chez les personnes âgées s'élève à 5,4 pour cent chez les hommes et à 29 pour cent chez les femmes[281], et la prévalence générale de l'incontinence fécale est de 15,3 pour cent[282]. Malgré ces pourcentages élevés, il arrive fréquemment que les personnes âgées ne demandent pas de traitement parce qu'elles ont honte, qu'elles craignent le stigmate social ou parce qu'elles estiment qu'il s'agit d'une conséquence normale du vieillissement. En fait, on estime que seulement 26 pour cent des personnes atteintes demandent de l'aide professionnelle[283]. Ce qui ajoute au problème, c'est que les professionnels de la santé et des services sociaux et communautaires ignorent souvent les symptômes de l'incontinence[284], en partie à cause de la réticence de leur patient à soulever la question, mais également parce que les professionnels de soins de santé ne s'enquièrent habituellement pas eux-mêmes de la question ou, lorsqu'ils le font, peuvent poser une question ambiguë, ce qui ne contribue pas à briser les stigmates et à mener à des échanges significatifs[285].

Il existe également un manque d'intérêt général parmi les professionnels de soins de santé, de services sociaux et communautaires à entamer des échanges avec les patients âgés à propos du problème de l'incontinence et de sa gestion. Néanmoins, en renseignant le public et les professionnels sur la manière d'échanger davantage sur ce problème, on permettra à plus de personnes aux prises avec ces problèmes d'être identifiées et de recevoir de l'aide. S'assurer que les examens de santé de routine des personnes âgées soulèvent cette question contribuera à faire de ce problème une priorité.

[281] Herschorn, S., et coll. « Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence », *Neurology and Urodynamics*, vol. 22, n° 5 (2003).
[282] Whitehead, W. E., et coll. « Fecal Incontinence in US Adults: Epidemiology and Risk Factors », *Gastroenterology*, vol. 137, n° 2, p. 512 à 517 (2009).
[283] Herschorn, S., et coll. « Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence », *Neurology and Urodynamics*, vol. 22, n° 5 (2003).
[284] Swanson, J. G., et coll. « Urinary Incontinence in Canada », *Canadian Family Physician*, vol. 48, p. 86 à 92 (2002).
[285] La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada), *Incontinence: Une perspective canadienne*, 2007, p. 1 à 45.

Santé bucco-dentaire

Il est essentiel pour la santé générale et le bien-être des personnes âgées qu'elles aient une bonne santé bucco-dentaire. Une bouche saine, libre de toute douleur et de tout problème de mastication permet de profiter des plaisirs d'une diversité d'aliments nutritifs tout en facilitant l'élocution, le sommeil, le fait d'avoir une image de soi positive, des interactions sociales satisfaisantes et une qualité de vie globale plus élevée.

Des études récentes ont montré des liens entre une mauvaise santé bucco-dentaire et des problèmes médicaux, comme la pneumonie, le diabète, la maladie cardiovasculaire, l'ostéoporose et la polyarthrite rhumatoïde[286]. Peu importe si ces problèmes graves et parfois menaçants de la vie contribuent à la mauvaise santé bucco-dentaire ou si la mauvaise santé bucco-dentaire est un signe de ces problèmes, ceux-ci démontrent la nécessité, pour les personnes âgées, de subir régulièrement des évaluations, des examens et des traitements réalisés par des professionnels en médecine dentaire.

Les coûts de la plupart des services offerts par les professionnels en médecine dentaire comprennent les examens, le nettoyage, les ajustages de prothèses et les services de soins actifs, comme les obturations et les extractions qui ne sont pas financées par les fonds publics pour la plupart des Ontariennes et des Ontariens. 32 pour cent des Canadiens n'ont pas d'assurance de soins dentaires[287] et un grand nombre de ces personnes sont des personnes âgées qui perdent leur couverture lorsqu'elles prennent leur retraite ou pour qui les soins dentaires professionnels ne sont pas abordables. À l'heure actuelle, la plupart des initiatives gouvernementales offrant des soins dentaires aux Ontariennes et aux Ontariens à faible revenu visent les enfants et les jeunes, par l'intermédiaire du programme Beaux sourires Ontario. En outre, dans le cas des adultes admissibles, Ontario au travail et le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées offrent du financement destiné aux soins de base et aux services d'urgence. Par conséquent, le coût des soins dentaires préventifs constitue un obstacle pour les Ontariennes et les Ontariens à faible revenu dont la capacité financière est limitée et qui ne disposent pas d'assurance de soins dentaires. Pour y remédier, certaines municipalités ont optimisé l'infrastructure de leurs cliniques dentaires Beaux sourires pour financer et mettre en œuvre des programmes comme le programme de soins dentaires pour aînés de santé publique de la région de Peel, qui couvre les coûts des soins de base (nettoyages, obturations, prothèses dentaires) pour les aînés à faible revenu qui, autrement, n'auraient accès à aucune forme de soins dentaires. La liste d'attente d'un an de ce programme témoigne du besoin de créer davantage de programmes comme celui-ci partout dans la province.

Il existe également un manque d'intérêt général parmi les professionnels de soins de santé, de services sociaux et communautaires à entamer des échanges avec les patients âgés à propos de leur santé bucco-dentaire. Néanmoins, renseigner les professionnels sur l'évaluation des besoins en santé bucco-dentaire de leurs patients peut aider à intégrer les soins de santé dentaire aux soins de santé de routine dans la collectivité et les établissements de santé, surtout lorsque le traitement proactif de problèmes de santé bucco-dentaire peut empêcher que ne surviennent des problèmes de santé plus

[286] Association dentaire de l'Ontario, *Seniors Oral Care: Providing Oral Hygiene Care to the Frail Elderly at Home*, Your Oral Health.ca. http://www.oda.on.ca/seniors97/seniors-special-report.
[287] Centre canadien de politiques alternatives, Ito, D., *Oral Health for All Ontarians: Why not a future reality?*, *Putting Our Money Where Our Mouth Is: The Future of Dental Care in Canada*, Ottawa (Ontario), 2011, p. 18 et 19.

graves. S'assurer que les examens de santé de routine des personnes âgées soulèvent cette question contribuera à faire de ce problème une priorité.

Nutrition

Pour vieillir en santé, il importe d'avoir une alimentation adéquate qui contribue à assurer la santé et à retarder l'apparition de la maladie et l'incapacité. La plupart des personnes âgées pourraient bénéficier d'une éducation en matière d'alimentation qui fait la promotion de la qualité de vie et du maintien de la santé[288]. En outre, la prévalence croissante des maladies chroniques associées à l'âge et le besoin de modifier les régimes alimentaires pour retarder la progression de la maladie rendent essentielle l'information sur la bonne nutrition à l'intention des personnes âgées.

Un grand nombre de facteurs influençant les habitudes culinaires et les habitudes d'achat sont perçus comme des facteurs de risque d'alimentation pauvre; ces facteurs comprennent le revenu, les connaissances sur la nutrition, les compétences en cuisine, la santé physique et les handicaps, ainsi que l'accès aux moyens de transport. Dans un récent sondage sur l'alimentation et la nutrition, 69 pour cent des personnes âgées interrogées ont été identifiées comme présentant un risque sur le plan nutritionnel, les facteurs de risque à cet égard pouvant comprendre le changement de poids, les restrictions alimentaires, la faible consommation de fruits et de légumes, la difficulté à mastiquer, les compétences culinaires ou les achats d'aliments ainsi qu'un manque d'appétit[289]. Ainsi, certaines études ont permis de démontrer que 57 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés affichaient un surplus de poids ou étaient obèses et que 34 pour cent étaient considérés comme représentant un risque élevé sur le plan nutritionnel[290]. Une mauvaise alimentation peut entraîner l'obésité, mais elle peut également être associée à une perte de poids non intentionnelle qui peut toucher jusqu'à 27 pour cent des personnes âgées fragiles vivant dans la collectivité[291]. Par conséquent, à moins que les personnes âgées ne fassent l'objet d'un dépistage périodique de perte de poids et de risque sur le plan nutritionnel et qu'on ne les renseigne sur les ressources communautaires offertes, elles représenteront un risque de malnutrition systémique.

« Il est important de fournir aux personnes âgées et aux personnes soignantes de l'information factuelle et fiable sur une alimentation saine, mais il faut aussi tenir compte des questions de sécurité, d'accessibilité et d'acceptabilité des aliments. » – Rapport de Les diététistes du Canada

Certaines personnes âgées vont chercher de l'aide pour mieux se nourrir, mais nombre d'entre elles ne connaissent pas les ressources et les sources d'aide qui leur sont offertes. En raison de la pénurie actuelle de diététiciens, le Ministère a contribué à créer Saine Alimentation Ontario pour offrir, par l'entremise d'un site Web multilingue ou d'une ligne téléphonique, un accès gratuit à des conseils en matière de

---

288 More, C., et H. Keller, « Community Nutrition Policy For Older Adults in Canada », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 69, n° 4, p. 198 à 200 (2008).

289 Keller, H. « Nutritional risk in vulnerable community-living seniors », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 64, n° 4, p. 195 à 201 (2003).

290 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home (*d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

291 Payette, H., et coll. « Nutrition Risk Factors for Institutionalization in a Free-Living Functionally Dependent Elderly Population », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 53, nº 6, p. 579 à 587 (2000).

nutrition et d'alimentation saine provenant de diététiciens autorisés. Bien que cette ressource puisse être utile aux personnes qui ont accès à de la nourriture, il faudrait informer les personnes vivant dans l'insécurité alimentaire des options existantes. En 2011-2012, 45 042 Ontariennes et Ontariens âgés ont reçu 2 763 285 repas grâce à un programme de service de repas à domicile. Un certain nombre d'organismes de services communautaires de soutien et de centres pour personnes âgées ont mis sur pied une programmation visant précisément à soutenir une alimentation saine chez les personnes âgées, comme les courses en groupe, les potagers, les cuisines et les repas communautaires.

Chutes

Comme le chapitre 2 en fait état, les chutes sont une des principales causes des admissions à l'hôpital et peuvent souvent entraîner une perte d'autonomie chez les personnes âgées. Les chutes sont le plus souvent causées par une combinaison de facteurs, notamment : faiblesse musculaire, déséquilibre causé par des problèmes sensoriels, handicap visuel et auditif, baisses brutales de la tension artérielle lorsque la personne est debout, démence, effets secondaires de médicaments et environnement physique inapproprié.

Les interventions les plus efficaces nécessitent une approche multifactorielle à la modification des risques, notamment des séances d'exercice pour améliorer la force et l'équilibre, l'utilisation d'appareils fonctionnels, un examen médical, un traitement des problèmes médicaux contribuant aux problèmes et des modifications de l'environnement. Les meilleures démarches nécessitent de faire appel à une équipe multidisciplinaire de praticiens qui fournit des évaluations et des traitements. En outre, parce que les chutes sont souvent un indicateur d'autres problèmes, leur occurrence et leur fréquence devraient faire l'objet d'un contrôle de routine par quiconque prend soin d'un patient âgé.

Hygiène sexuelle

La sexualité fait partie de la vie de l'être humain, peu importe son âge, et comprend un grand nombre de dimensions, notamment les relations, le sexe, le désir, l'orientation, les pratiques et les comportements. La santé sexuelle a été définie comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social; non pas uniquement par l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité[292]. Même si le vieillissement est associé à des changements naturels, physiques et émotionnels, il peut également influencer l'expérience des personnes et la manière dont elles expriment leur sexualité. Pour les personnes âgées, les relations personnelles prennent une importance accrue, à mesure que diminue celle associée au fait d'élever des enfants ou de bâtir une carrière. Le besoin d'intimité est universel et n'a pas d'âge. Peu importe l'état civil, l'orientation sexuelle ou le genre, les besoins d'affection, de rapprochement émotionnel et d'amour intime sont permanents. Bien que les changements physiologiques associés au vieillissement puissent réduire la fréquence des relations sexuelles ou la capacité de s'y adonner, ils n'éliminent pas complètement l'importance de l'intimité et du sexe pour la majorité des hommes et des femmes âgées[293].

[292] Organisation mondiale de la santé, *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, Genève, Suisse, 2002.
[293] Tessler, L., et coll. « A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States », *The New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 8, p. 762 à 774 (2007).

Les personnes âgées craignent souvent de parler à leur médecin de sexe ou de problèmes sexuels, ou sont mal à l'aise à l'idée de le faire, et un grand nombre de professionnels de la santé n'abordent tout simplement pas le sujet de l'activité sexuelle avec leurs patients âgés. Il s'agit toutefois d'un problème, étant donné que le manque d'éducation des personnes âgées à l'égard des rapports sexuels protégés, associé à la mise au point de médicaments traitant la dysfonction érectile, a entraîné une augmentation des infections transmises sexuellement chez les personnes âgées. Par exemple, les taux de syphilis infectieuse, de chlamydia et de gonorrhée parmi les personnes âgées sont restés stables ou ont légèrement augmenté au cours des cinq dernières années en Ontario[294], et l'incidence nationale du VIH chez les personnes âgées a connu une hausse de 4,7 pour cent au cours de la dernière décennie. De plus, la cause la plus souvent déclarée d'infection transmise sexuellement chez les personnes âgées est la non-utilisation du condom. Renseigner les personnes âgées et les professionnels sur l'importance de promouvoir les rapports sexuels protégés contribuera à réduire la propagation d'infections transmises sexuellement.

Répondre aux besoins des personnes âgées gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres

L'orientation sexuelle va au-delà du comportement sexuel et comprend les concepts d'attirance ou d'auto-identification. Le genre a également une forte définition culturelle, en plus de composants biologiques et psychosociaux précis et nombreux[295]. De nos jours, un grand nombre de personnes âgées gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres (GLBT) ont vécu leur jeunesse et leur vie de jeunes adultes dans des environnements hostiles (à des degrés variables) avant l'arrivée des normes modernes plus inclusives. Pour certaines personnes, des sentiments de stigmates importants et de honte continuent d'influencer leur vie, les obligeant souvent à adopter comme stratégie de survie la dissimulation de leur orientation sexuelle. En outre, des expériences présentes ou passées négatives avec des professionnels de la santé peuvent avoir créé des obstacles à l'obtention de soins de santé appropriés, laissant les personnes âgées membres des collectivités des GLBT aux prises avec des besoins précis de soins de santé qui sont largement non reconnus par les professionnels de la santé296.

Les GLBT âgés peuvent souffrir des mêmes syndromes gériatriques que les hétérosexuels âgés, et ont besoin des mêmes conseils et du même appui pour rester en santé. Toutefois, il existe un certain nombre de problèmes médicaux qui nécessitent une attention particulière chez les GLBT âgés, notamment : un dépistage régulier à l'égard du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles parmi les hommes gais et bisexuels, des taux plus élevés de risques de maladie cardiovasculaire en raison des taux élevés d'obésité et du syndrome métabolique, de l'usage de la cigarette et de l'alcool chez les femmes lesbiennes et bisexuelles[297], ainsi qu'une plus grande prévalence globale de troubles et de détresse psychologiques[298]. Ce dernier problème est particulièrement important puisque le traitement

[294] Santé publique Ontario, Pritchard, J. *Sexually Transmitted Infections Among Older Adults in Ontario*, 2012. http://ricn.on.ca/photos/custom/Marchpour cent2022pour cent202012pour cent20STIspour cent20inpour cent20olderpour cent20peoplepour cent20jenniferpour cent20pritchardpour cent20fullpour cent20slidespour cent20.pdf.

[295] Dean, L., et coll. « Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns », *Journal of the gay and lesbian medical association*, vol. 4, n° 3, p. 101 à 151 (2000).

[296] Université McGill, École de service social, Brotman, S., et B. Ryan. *Healthy Aging for Gay and Lesbian Seniors in Canada: An Environmental Scan*, Montréal (Québec), 2008.

[297] Valanis, B. G., et coll. « Sexual orientation and health: Comparisons in the women's health initiative sample », *Annuals of Behavioural Medicine*, vol. 9, n° 9, p. 843 à 853 (2000).

[298] Mays, V. M., et S. D. Cochran. « Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11, p. 1869 à 1876 (2001).

des facteurs de stress sociaux, notamment les préjugés, la stigmatisation, la violence et l'homophobie intériorisée pendant de longues périodes, peuvent se traduire par des risques plus élevés de dépression, de suicide, de comportement à risque et d'abus de substance chez les GLBT âgés.

« Nous devons veiller à ce qu'une acceptation positive, et pas uniquement de la tolérance, soit témoignée aux personnes âgées gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre. »
– Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Des expériences antérieures négatives avec des professionnels de la santé, des services sociaux et communautaires peuvent également faire hésiter les GLBT âgés à faire appel à des services de soutien. Les GLBT âgés peuvent en outre disposer de moins de choix de personnes soignantes, puisqu'ils sont moins susceptibles d'avoir des enfants ou des petits-enfants[299] et qu'ils peuvent être isolés de leur famille d'origine. Même s'ils peuvent avoir besoin de soins à domicile et de services de soutien communautaire, ils déclarent souvent qu'ils sont réticents à demander des services, par crainte de faire l'objet de discrimination dans leur propre foyer, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur qualité de vie générale[300]. Les GLBT âgés qui sont admis dans des environnements résidentiels ou de soins de longue durée, ou qui ont besoin de soins actifs, ont déclaré avoir des préoccupations similaires, ce qui fait que certains d'entre eux, et leurs partenaires, ont déclaré se sentir forcés à dissimuler leur identité également dans ces environnements, par crainte de faire l'objet de discrimination.

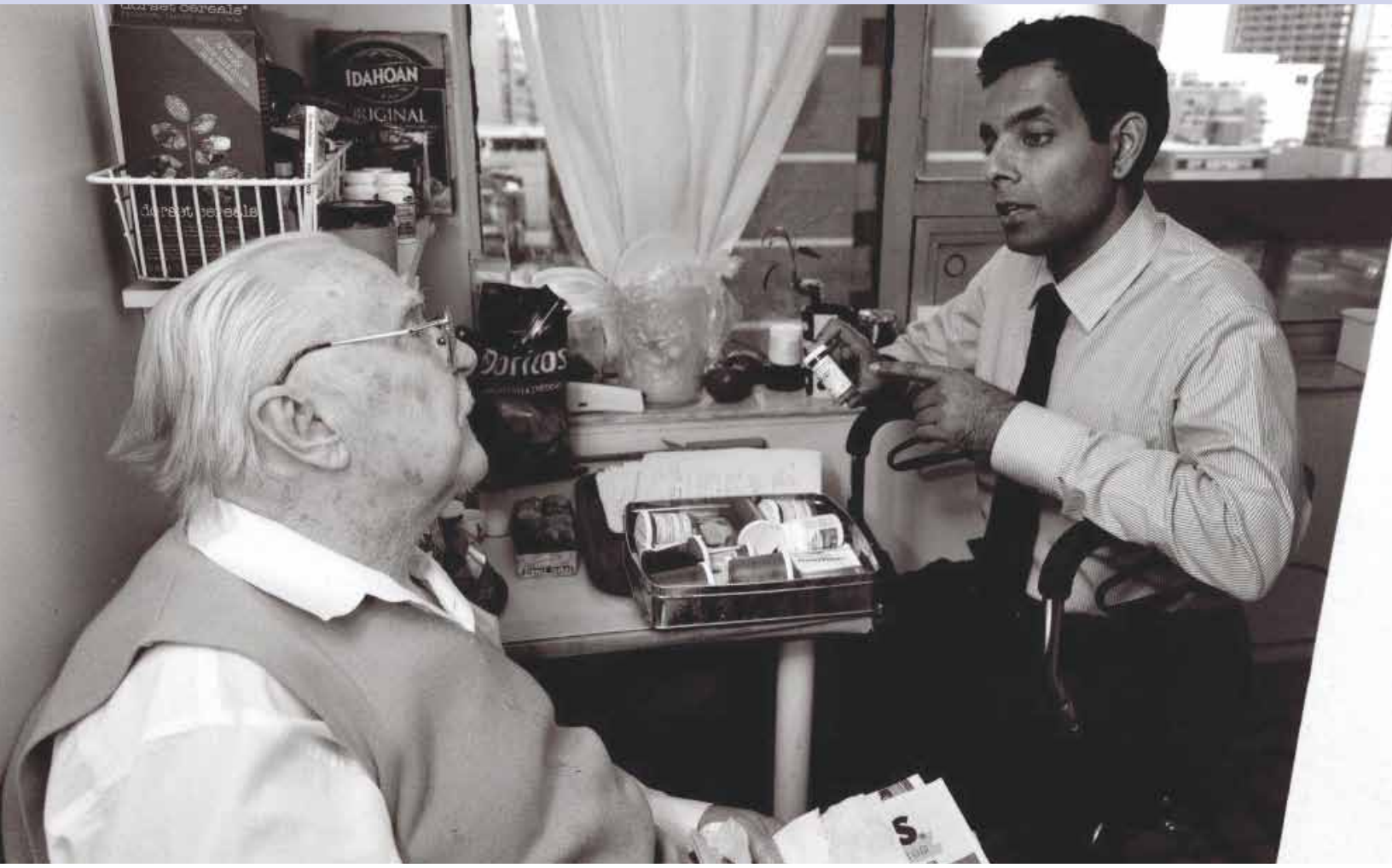
Par conséquent, au même titre que les fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et communautaires qui reçoivent une formation leur permettant de mieux comprendre et de répondre aux besoins ethnoculturels des patients, nous devons faire en sorte que les processus de soins que nous élaborons soient offerts de manière sécuritaire, inclusive et adaptée aux GLBT âgés. Cette formation pourrait faire en sorte que les fournisseurs répondent aussi à leurs besoins de soins de santé, de services sociaux et communautaires de manière appropriée.

Recommandations

98. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager l'inclusion de questions sur la continence, la santé sexuelle, bucco-dentaire et alimentaire, ainsi que sur les chutes, dans le cadre d'outils non officiels et officiels utilisés pour évaluer la santé des personnes âgées.
99. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait promouvoir l'élaboration d'une formation sur les compétences culturelles destinée à tous les fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et communautaires, pour que les GLBT âgés et les autres minorités « invisibles » reçoivent des soins sécuritaires prodigués de manière compétente, dans un environnement inclusif.

[299] Barker, J. C., et coll. « Social support in the lives of lesbians and gay men at midlife and later », *Sexuality Research & Social Policy: Journal*, vol. 3, n° 2, p. 1 à 23 (2006).
[300] Brotman, S. « Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada », *Gerontologist*, vol. 47, n° 4, p. 490 à 503 (2007).

Chapitre 8 : Gestion des médicaments des Ontariennes et des Ontariens âgés



Déterminer les besoins en matière de gestion de médicaments des Ontariennes et des Ontariens âgés et y répondre

La consommation de médicaments tend à augmenter avec l'âge[301]. Environ 80 pour cent des personnes âgées souffrent d'au moins un trouble chronique qui exige la prise de médicaments[302]. De plus, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a récemment fait remarquer que près des deux tiers des Canadiennes et des Canadiens âgés vivant dans la collectivité consomment au moins cinq catégories de médicaments prescrits, dont un peu plus d'une de ces personnes âgées sur cinq consomme au moins dix types de médicaments prescrits, alors qu'un peu plus d'une sur vingt consomme au moins 15 catégories différentes de médicaments[303].

Bien que les médicaments permettent à un bon nombre de personnes âgées de fonctionner à une capacité élevée et de vivre plus longtemps qu'elles l'auraient pu si elles n'avaient pas accès à ces traitements pharmaceutiques, ils les exposent également à des risques potentiels additionnels pour la santé, comme des événements iatrogènes médicamenteux[304].

« Nous devons favoriser les examens périodiques des médicaments pour faire en sorte que les médicaments soient toujours adéquats et ne fassent l'objet d'aucune contre-indication. » – Présentation à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Avec l'âge, notre corps n'a plus la même capacité naturelle de supporter les médicaments; nous devenons parfois sensibles à une dose d'un médicament que nous prenons depuis des années. Cette situation devient problématique, particulièrement si nous commençons à éprouver des problèmes avec notre foie ou nos reins qui jouent tous deux un rôle important dans la manière dont notre corps supporte les médicaments. En fait, on sait que les personnes âgées sont plus que deux fois plus sensibles aux effets secondaires liés à la prise de médicaments comparativement aux personnes plus jeunes et que ces effets secondaires sont souvent assez graves pour nécessiter que la personne consulte un médecin ou se rende à l'hôpital[305]. Au cours de l'année 2011-2012, environ 16 000 Ontariennes et Ontariens âgés ont été hospitalisés en raison d'un événement iatrogène médicamenteux[306].

Les personnes âgées font face à un risque plus élevé de souffrir d'interactions médicamenteuses que les jeunes personnes puisqu'elles sont plus susceptibles de consommer beaucoup de médicaments à la fois. Pour venir compliquer davantage les choses, les personnes âgées sont plus susceptibles de se faire prescrire des médicaments à une dose trop puissante ou qui ne l'est pas assez ou même de continuer à prendre des médicaments qui n'offrent plus aucune valeur thérapeutique. Le problème de ces scénarios est que les trois peuvent entraîner la prescription de médicaments supplémentaires afin

---

301 National Patient Safety Agency, National Reporting and Learning Service, *Safety in Doses: Improving the use of medicines in the NHS, Learning from National Reporting 2007*, Londres, Angleterre, 2009.

302 Aldrich, N., et W. F. Benson. « Disaster Preparedness and the Chronic Disease Needs of Vulnerable Older Adults, Preventing Chronic Disease: Public Health Research », *Practice and Policy*, vol. 5, n° 1, p. 1 à 7 (2008).

303 Institut canadien d'information sur la santé, *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008, Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits*, Ottawa (Ontario), 2010.

304 Merck Manual, *Aging and Drugs*, 2009. http://www.merckmanuals.com/home/older_peoples_health_issues/aging_and_drugs/aging_and_drugs.html?qt=&sc=&alt.

305 *Ibid.*

306 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, Demande de données au MSSLD concernant *le taux d'hospitalisation pour des événements iatrogènes médicamenteux chez les aînés*, demande envoyée par courriel le 29 novembre 2012.

de gérer des symptômes continus de la maladie ou même des effets secondaires d'autres médicaments. Cette situation, souvent appelée une « cascade médicamenteuse » occasionnera des effets secondaires et des événements iatrogènes supplémentaires[307].

La gestion de la consommation de médicaments chez les personnes âgées doit toujours être axée sur la recherche du bon équilibre par rapport aux résultats positifs que ces traitements peuvent apportés, notamment une meilleure qualité de vie grâce à une meilleure gestion des symptômes et de la douleur et une meilleure espérance de vie grâce à une plus vaste gamme de traitements salutaires, en même temps de traiter et d'atténuer le risque accru de souffrir des effets secondaires ou des événements iatrogènes médicamenteux, dans la mesure du possible.

Programmes du Ministère visant à promouvoir des pratiques et une consommation sécuritaires de médicaments

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a pris diverses mesures visant à atténuer les risques liés à la consommation de médicaments et a collaboré avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments à la mise en œuvre du Programme de soutien pour la sécurité des médicaments qui propose diverses initiatives provinciales afin d'aider les pharmaciens et d'autres professionnels travaillant dans les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les pharmacies communautaires un peu partout en Ontario à mettre en œuvre des stratégies et des mesures de protection pour la prévention des blessures chez les patients qui sont attribuables à la consommation de médicaments. Le Ministère appuie le travail de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments et compte sur lui pour veiller à ce que la sécurité des médicaments continue d'être en tête des priorités et que des initiatives appropriées soient élaborées et mises en œuvre, notamment :

- des bilans comparatifs des médicaments dans la collectivité et l'établissement de normes relatives au bilan comparatif des médicaments avant, pendant et après une hospitalisation en soins actifs (en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé);
- la campagne sur l'utilisation sécuritaire des médicaments chez les personnes âgées;
- l'élaboration d'indicateurs de l'utilisation sécuritaire des médicaments;
- le programme d'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments.

Bien que les initiatives actuelles du Ministère soient utiles pour améliorer les pratiques de prescription, on considère de plus en plus que la formation officielle sur les principes de prescription de base et sur les services de gestion de médicaments offerts aux patients âgés demeure rudimentaire ou même absente des programmes de formation pour les professionnels des soins de santé et des services sociaux et communautaires en Ontario (y compris les pharmaciens). Étant donné que plus des deux tiers des Ontariennes et des Ontariens âgés souffrent d'au moins un trouble chronique qui l'utilisation de médicaments, il sera capital que des programmes de formation appropriés soient créés et que des efforts en matière d'information du public soient déployés, afin que les patients âgés, leurs familles et leurs personnes soignantes en collaboration avec leurs professionnels des soins de santé et des services sociaux et communautaires soient en mesure de mettre en œuvre la meilleure démarche en

[307] Rochon, P., et J. Gurwitz, « Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade », *British Medical Journal*, vol. 315, n° 1096 (1997).

ce qui a trait à la gestion de leurs médicaments. De plus, il sera essentiel de favoriser la disponibilité des ressources servant à soutenir les besoins continus d'information du public et des professionnels à cet égard afin de mieux soutenir les besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés pour lesquels la pharmacothérapie est envisagée ou prescrite.

Recommandations

100. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait chercher des moyens de transmettre le contenu des demandes présentées par les bénéficiaires dans le cadre du PMO aux autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux à l'intérieur du cercle de soins afin de leur permettre de mieux comprendre les antécédents du patient en matière de consommation de médicaments, particulièrement lorsque celui-ci est admis aux services des urgences ou à l'hôpital. Actuellement, l'accessibilité est limitée puisqu'il est seulement possible d'y accéder par l'intermédiaire du Visualiseur des profils pharmaceutiques du PMO.
101. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait déterminer les tendances des combinaisons inappropriées de médicaments et élaborer des lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires ainsi que des mécanismes de transfert des connaissances afin d'améliorer les pratiques en matière de prescription et de réduire les effets nocifs liés aux interactions médicamenteuses chez les personnes âgées.
102. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager la formation en gériatrie pour les pharmaciens, y compris des programmes de reconnaissance professionnelle, le cas échéant, ou des programmes qui font partie des programmes d'étude en pharmacie.

Élargir le rôle des pharmaciens dans les soins prodigués aux personnes âgées

Il est évident que les pharmaciens en Ontario joueront un rôle crucial dans la mise en œuvre de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées. Ils sont déjà bien placés pour travailler dans les différents milieux de soins avec tous les autres professionnels des soins de santé et des services sociaux et communautaires afin de déterminer et d'appuyer les démarches visant à garantir la prescription appropriée de médicaments pour les personnes âgées et la consommation appropriée de médicaments par celles-ci.

En reconnaissant la fonction unique que les pharmaciens pourraient remplir dans le soutien des besoins en matière de gestion des ordonnances et des médicaments des personnes âgées, le Ministère, en collaboration avec l'Association des pharmaciens de l'Ontario (APO) et d'autres intervenants ont appuyé les pharmaciens à élargir leur champ d'exercices afin de mieux répondre à ces besoins. On reconnaît de manière générale qu'il serait important d'examiner de façon régulière les médicaments des personnes âgées lorsqu'elles en prennent un bon nombre afin de vérifier qu'elles prennent adéquatement les médicaments qui leurs ont été prescrits, qu'elles comprennent ce qu'on leur a prescrit et pour quelle raison, qu'elles savent comment les prendre et afin de s'assurer qu'elles ont établi un système pour gérer leurs médicaments plus facilement. Prendre part à des examens réguliers peut les aider à s'assurer qu'elles tirent le maximum de leurs médicaments et permet que leur régime

médicamenteux soit modifié au besoin afin d'améliorer la réaction et la conformité aux médicaments et, ainsi, d'éviter les événements iatrogènes, dans la mesure du possible[308].

Le Ministère et l'APO avec l'aide notamment du Conseil des pharmaciens de l'Ontario ont mis en œuvre le programme MedsCheck en 2007 qui appuie les examens des médicaments en personne entre les pharmaciens communautaires et les patients qui prennent au moins trois médicaments sur ordonnance dans le but de gérer leurs troubles chroniques. Le programme MedsCheck est conçu pour aider les patients à mieux comprendre leur traitement médicamenteux et s'assurer que les médicaments sont pris comme prescrits. Le pharmacien doit examiner de façon plus approfondie toute préoccupation potentielle liée aux médicaments soulevée durant l'examen des médicaments. Un examen dans le cadre du programme MedsCheck a pour but de permettre aux patients d'obtenir une liste de médicaments signée et datée qu'ils peuvent transportés avec eux et partagés avec les autres, au besoin. Le Ministère a mis en œuvre deux variantes du programme MedsCheck en 2010 afin de cibler particulièrement les personnes âgées vivant dans les foyers de soins de longue durée (MedsCheck pour les résidants de foyers de soins de longue durée) et les personnes âgées fragiles confinées à domicile qui sont incapables de se rendre à la pharmacie de leur quartier en personne (MedsCheck à domicile).

Les pharmaciens peuvent offrir du soutien aux personnes âgées, particulièrement aux personnes atteintes de déficiences cognitives, relativement à l'administration de leurs médicaments grâce à des méthodes qui améliorent la conformité à leur pharmacothérapie – comme les plaquettes alvéolaires ou les dosettes. Dans l'ensemble, le nombre de pharmaciens offrant ces services continue à augmenter; toutefois, certains pharmaciens éprouvent des difficultés en raison de contraintes de temps et de ce que certains considèrent comme une rémunération inadéquate associée à la prestation de ces services.

Le rôle traditionnel des pharmaciens en Ontario continue d'évoluer et, plus récemment, on leur a donné des fonctions supplémentaires afin d'élargir leur champ d'exercices auprès des patients. Ces fonctions leur permettent de renouveler certaines ordonnances, de prescrire certains médicaments, d'offrir de la formation officielle sur l'utilisation de certains médicaments et même d'administrer des vaccins contre la grippe. Afin de comprendre dans quelle mesure ces nouvelles fonctions imposeront des contraintes de temps additionnelles aux pharmaciens ainsi que d'autres facteurs qui influencent la prise en charge de ces rôles et responsabilités supplémentaires dans la pratique courante, il sera important que le Ministère, l'APO, le Conseil des pharmaciens de l'Ontario, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et d'autres intervenants surveillent la situation au cours des années à venir.

Le Ministère et l'APO ont déjà convenu qu'une évaluation officielle du programme MedsCheck devrait être menée, puisqu'il est en place depuis quelques années. Cette évaluation aidera à déterminer son efficacité et ses répercussions globales et également à déterminer les points à améliorer et les secteurs possibles pour la poursuite de la mise en œuvre. Par exemple, alors que, selon les règlements pertinents, un pharmacien doit communiquer avec le fournisseur de soins primaires du patient dans le cadre de la prestation des services de renouvellement des ordonnances, il n'y est pas obligé dans le cadre d'un examen des médicaments et d'une consultation du programme MedsCheck. Après avoir étudié cette question plus en profondeur, il ressort clairement de cela que les fournisseurs de soins

[308] National Patient Safety Agency, National Reporting and Learning Service, *Safety in Doses: Improving the use of medicines in the NHS, Learning from National Reporting 2007*, Londres, Angleterre, 2009.

primaires désirent savoir ce que les autres professionnels de soins de santé et de services sociaux et communautaires ont recommandé à leurs patients et qu'ils aimeraient que ces renseignements soient inclus dans ce service afin de garantir une bonne communication sur la gestion des médicaments d'une personne âgée. Par ailleurs, avec l'adoption en Ontario des dossiers médicaux électroniques intégrés, on s'attend à ce que les dossiers de gestion de médicaments de MedsCheck soient utilisés pour prendre des décisions par les autres fournisseurs de soins de santé. Finalement, l'expansion d'un programme amélioré vers les hôpitaux et les pharmaciens des équipes de soins primaires a déjà été examinée comme une possibilité de poursuivre la mise en œuvre de ce programme.

Recommandation

103. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mener un examen complet de son programme MedsCheck afin de comprendre dans quelle mesure il a été efficace et de quelle façon ce service peut être amélioré dans le but de mieux soutenir les patients qui gèrent plusieurs médicaments et d'augmenter la valeur ajoutée, y compris :

    a) renforcer les collaborations entre le pharmacien et le médecin en ce qui concerne la gestion de la pharmacothérapie;
    b) établir des points de référence ou des protocoles clairs relatifs aux pratiques exemplaires en vue de mettre en œuvre des systèmes qui veilleront à ce que les pharmaciens fournissent les meilleurs antécédents pharmaceutiques possible. Cela comprend d'informer les médecins de manière utile des recommandations de modifications à apporter à la thérapie, accompagnées d'un suivi et de plans d'action convenablement résumés;
    c) sensibiliser les membres du public à mieux gérer leurs médicaments, les renseigner sur le programme MedsCheck et les faire participer à celui-ci.

Financer les besoins futurs en médicaments des Ontariennes et des Ontariens âgés

Un autre domaine dans lequel le gouvernement de l'Ontario a réalisé des progrès est l'examen et la révision de la manière dont les médicaments sont financés par les pouvoirs publics dans la province. Le PMO actuel couvre toutes les Ontariennes et tous les Ontariens âgés de 65 ans et plus et certaines autres populations pour plus de 3 800 médicaments sur ordonnance énumérés dans le formulaire provincial et 850 médicaments additionnels par l'intermédiaire du Programme d'accès exceptionnel de la province. En 2011-2012, le PMO fournissait une couverture de médicaments à plus de 3,6 millions d'Ontariennes et d'Ontariens à un coût total de 4,4 milliards de dollars, duquel 3 milliards de dollars étaient consacrés aux Ontariennes et aux Ontariens âgés.

En Ontario, il y a plusieurs années, comme dans la plupart des autres provinces et territoires du Canada, une politique uniforme a été adoptée qui offrait une garantie que l'intégralité des coûts des médicaments serait couverte à partir de l'âge de 65 ans, à l'exception d'une petite quote-part déductible. Toutefois, nos impératifs budgétaires et démographiques actuels et futurs sont maintenant combinés au fait que les coûts des médicaments représentent actuellement la composante du budget des soins de santé connaissant la croissance la plus rapide. Il faut s'inquiéter que les politiques de couverture

actuelles pourraient ne pas être viables à moins d'augmenter les impôts ou de réduire le financement dans d'autres secteurs du système de soins de santé.

À l'instar des autres Canadiennes et Canadiens, les Ontariennes et les Ontariens apprécient désormais la démarche communautaire élaborée pour la prestation des soins de santé, qui est fondée sur les besoins et non sur la capacité de payer. En Ontario, le Programme de médicaments Trillium offre une couverture aux personnes qui ne sont pas admissibles autrement au Programme de médicaments de l'Ontario et qui ont des coûts de médicaments élevés par rapport à leur revenu. En 1995, l'Ontario a été l'une des premières provinces à mettre en œuvre ce type de programme. Il constitue un filet de sécurité auquel tous les ménages doivent présenter une demande chaque année. Conformément à cette philosophie, la Colombie-Britannique est allée encore plus loin en révisant son programme d'assurance-médicaments provincial au cours de la dernière décennie afin de couvrir tous les citoyens à faible revenu, peu importe leur âge, puisqu'elle a déterminé que certains citoyens âgés avaient la capacité de payer pour leurs médicaments sans l'aide d'une subvention publique. En adoptant cette démarche, le programme a élargi sa couverture globale, tout en continuant de garantir que l'incapacité de payer d'une personne, peu importe son âge, ne l'empêcherait pas d'obtenir les médicaments nécessaires. Une étude ultérieure en 2006 a montré que le programme révisé de la Colombie-Britannique a entraîné une réduction de 16,9 pour cent des dépenses publiques sans influer sur l'accès[309].

Le gouvernement de l'Ontario a déjà commencé à examiner et à mettre en œuvre des modèles de couverture plus équitables afin de soutenir la viabilité globale de son système. Le budget de l'Ontario de 2012 a présenté les premiers changements importants au PMO qui fait en sorte qu'à compter d'août 2014, les personnes âgées à revenu élevé en Ontario ne paieront plus la franchise normalisée lorsqu'ils paieront leurs médicaments, mais plutôt une nouvelle franchise fondée sur le revenu qui augmente progressivement selon le revenu net. En même temps que ces changements aideront à garantir que le PMO continue d'offrir des avantages aux personnes âgées en Ontario, ils garantissent également que le plus grand soutien est fourni aux personnes ayant les besoins les plus importants. Dans un sondage mené par l'Association canadienne des individus retraités (ACIR) à ce sujet, 62 pour cent de ses membres étaient d'accord avec ce changement vers l'assurance-médicaments fondée sur le revenu plutôt que la démarche actuelle[310]. En effet, il semble que les Ontariennes et les Ontariens soient prêts à discuter d'autres changements qui appuieront la viabilité et l'équitabilité du programme. De plus, il apparaît évident que cette conversation devrait se faire le plus tôt possible.

En outre, puisque les assureurs privés et les groupes d'employeurs qui offrent des régimes privés d'assurance-médicaments commencent désormais à reconnaître la nécessité de mieux gérer la viabilité future de leurs programmes de couverture, ils devraient saisir l'occasion de travailler plus étroitement avec le Ministère sur les enjeux communs qui touchent le financement des médicaments sur ordonnance, tout particulièrement en ce qui a trait à l'élaboration des formulaires et des ententes d'inscription de produits avec les fabricants et la création d'une manière plus uniforme de traiter les questions de transition en matière de couverture des médicaments sur ordonnance lorsque les personnes passent d'une couverture de médicaments fournie par un assureur privé à la couverture fournie par le programme public.

[309] Morgan, S., et coll. « Income-Based Drug Coverage in British Columbia: Lessons for BC and the Rest of Canada », *Healthcare Policy*, vol. 2, n° 2, p. 115 à 127 (2006).
[310] Association canadienne des individus retraités, *Health Care Reform Poll Report*, Toronto (Ontario), 2012.

Enfin, depuis plus d'une décennie, l'Ontario et les autres provinces reconnaissent la valeur potentielle que l'établissement d'une stratégie et d'un programme nationaux en matière d'assurance-médicaments pourrait avoir sur l'application des données probantes afin de comprendre les avantages que présente la couverture de nouveaux médicaments, l'établissement de prix moindres et, par conséquent, la réduction des coûts globaux, d'une manière semblable à celle utilisée par bon nombre d'autres pays[311]. Les premiers ministres provinciaux ont récemment convenu de faire progresser ce programme[312] et ils devraient le faire en appuyant l'élaboration d'une Stratégie pour le bien-être des personnes âgées.

Recommandations

104. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait continuer à utiliser les meilleures preuves possibles afin de comprendre les avantages que présente la couverture de nouveaux médicaments.

105. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec des assureurs privés et des groupes d'employeurs, devraient discuter des enjeux communs liés au financement des médicaments sur ordonnance. Voici quelques exemples d'enjeux communs :

    a) s'assurer que les décisions en matière de financement prises par les assureurs privés sont fondées sur des données probantes;
    b) examiner les problèmes de transition relativement à la couverture des médicaments sur ordonnance lorsque les patients passent d'une couverture de médicaments fournie par un assureur privé à la couverture fournie par le programme public;
    c) examiner les ententes d'inscription de médicaments avec les fabricants.

106. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait poursuivre son travail de réforme du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) afin d'offrir une couverture selon le revenu plutôt qu'en fonction de l'âge et ainsi envisager d'étendre cette couverture à toutes les Ontariennes et à tous les Ontariens.

107. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait poursuivre ses efforts de collaboration avec les autres ministères fédéral, provinciaux et territoriaux du secteur afin d'élaborer une stratégie et un programme nationaux en matière d'assurance-médicaments qui permettraient de favoriser l'achat de produits pharmaceutiques courants à un coût global inférieur.

[311] Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, *A National Pharmacare Strategy, Canadian Federation of Nurses Unions Backgrounder*, Ottawa (Ontario), 2011.

[312] Conseil de la fédération, Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, *De l'innovation à l'action : premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé*, Ottawa (Ontario), 2012.

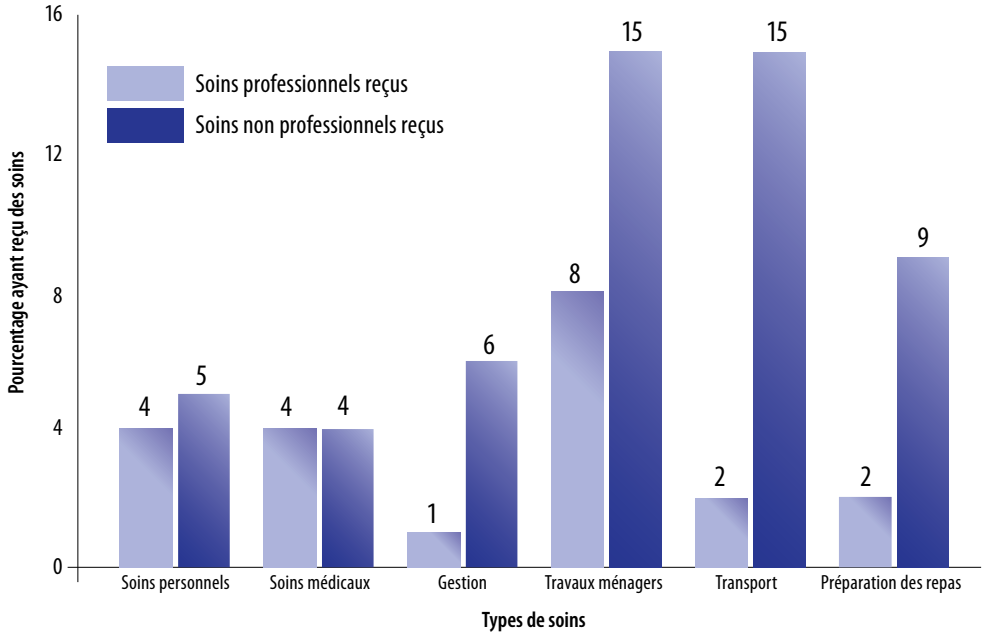
Chapitre 9 : Soutenir les personnes soignantes

Comprendre l'apport et les défis des personnes soignantes

Pour un certain nombre d'Ontariens et d'Ontariennes âgés, les personnes soignantes non rémunérées représentent souvent les membres les plus importants de leur équipe de soins. Ces personnes soignantes offrent un soutien non seulement aux membres de leur famille, mais également à leurs amis et à leurs voisins en les aidant à exécuter des activités qui leur permettent de préserver leur autonomie au sein de la collectivité. Le soutien inestimable qu'offrent quotidiennement les personnes soignantes non rémunérées dans l'ensemble de la province est ce qui permet à un grand nombre de personnes âgées désirant vieillir chez elles de demeurer autonomes au sein de leur collectivité plutôt que de devoir se tourner vers d'autres milieux de soins, comme les établissements de soins.

Selon la plus récente enquête sur le vieillissement en santé, 29 pour cent des personnes qui fournissaient des soins à domicile non rémunérés aux Ontariens et aux Ontariennes âgés étaient leurs enfants, 29 pour cent étaient leur conjoint ou conjoint de fait et 14 pour cent étaient des amis ou des voisins. Au total, 62 pour cent des personnes soignantes non rémunérées étaient des femmes. Les types de soins généralement fournis par les personnes soignantes non rémunérées peuvent varier énormément selon la situation, mais il s'agit souvent d'offrir de l'aide pour exécuter des tâches ménagères, faire l'épicerie et préparer les repas, offrir des services de transport ainsi que des soins personnels et médicaux et, dans bon nombre de cas, d'aider le bénéficiaire de soins à s'orienter dans le système de santé et d'intervenir en son nom. Comme l'illustre la figure 9.1, les Ontariennes et les Ontariens âgés sont plus susceptibles de recevoir tous les types de soins, à l'exception des soins médicaux, de la part de personnes soignantes non rémunérées.

Figure 9.1 – Types de soins fournis aux Ontariennes et les Ontariens âgés par des personnes soignantes rémunérées et non rémunérées



Source des données : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé*, Statistique Canada, 2008-2009.

Même si près d'un quart des Ontariennes et des Ontariens âgés reçoivent une forme ou une autre de soins à domicile (rémunérées, non rémunérées ou les deux), selon la plus récente enquête sur le vieillissement en santé, quatre pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés, soit environ 175 000 d'entre eux, ont déclaré ne pas bénéficier de tous les soins à domicile dont ils avaient besoin. Une analyse approfondie des caractéristiques de ces personnes âgées a permis de déterminer que celles qui vivaient seules, celles qui faisaient partie des plus faibles catégories de revenu, celles qui accusaient les degrés d'incapacité fonctionnelle ou d'invalidité les plus importants, celles qui se disaient en mauvaise santé et celles qui ne recevaient qu'une aide à domicile non rémunérée étaient les plus susceptibles de déclarer ne pas bénéficier de tous les soins dont elles avaient besoin. En fait, le dernier facteur était celui qui permettait le plus de prédire les besoins de soins à domicile non satisfaits[313].

« La prestation de soins doit être assurée 24 heures par jour, sept jours par semaine. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Depuis des années, la documentation sur les politiques en matière de santé traite de la notion que plus un gouvernement offre de soutien aux soins à domicile à ses citoyens, moins il est probable que les membres des familles, les amis et les voisins continuent d'agir à titre de personnes soignantes non rémunérées. En Ontario particulièrement, ce n'est toutefois pas le cas. Bien qu'un certain nombre d'Ontariennes et d'Ontariens âgés bénéficient du soutien de personnes soignantes rémunérées par l'intermédiaire de divers fournisseurs de soins à domicile, même dans ces circonstances, 98 pour cent d'entre eux reçoivent vraisemblablement aussi l'aide d'une personne soignante non rémunérée[314]. Manifestement, l'avantage financier que procurent les personnes soignantes non rémunérées aux systèmes de soins de santé, social et communautaire de l'Ontario grâce à la valeur économique des soins qu'elles offrent est considérable. En fait, pour l'ensemble du Canada, on estime que les personnes soignantes non rémunérées, tout particulièrement celles qui œuvrent auprès des personnes âgées font économiser de 24 à 31 milliards de dollars par année aux systèmes de soins de santé, social et communautaire[315].

Les défis que doivent relever les personnes soignantes

La prestation de soins à un proche est monnaie courante en Ontario où environ un Ontarien sur cinq agit à titre de soignant auprès d'un membre de sa famille et répond à plus de 70 pour cent de tous ses besoins de soins[316]. Alors que beaucoup de personnes soignantes non rémunérées sont des personnes âgées à la retraite, un grand nombre d'entre eux travaillent également. L'étude nationale menée en 2012 sur la conciliation du travail et de la prestation de soins au Canada a révélé que la moitié des répondants qui travaillaient consacraient du temps chaque semaine à s'occuper d'enfants et que 23 pour cent passaient en moyenne 6,9 heures par semaine à prendre soin de personnes âgées à leur

313 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home (*D'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

314 Gouvernement du Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Duxbury, L., et coll. *Balancing Paid Work and Caregiving Responsibilities: A Closer Look at Family Caregivers in Canada*, Ottawa (Ontario), 2009.

315 Hollander, M. J., et coll. « Who Cares and How Much? The Imputed Economic Contribution to the Canadian Health Care System of Middle-Aged and Older Unpaid Caregivers Providing Care to the Elderly », *Healthcare Quarterly*, vol. 12 n° 2, p. 42 à 49 (2011).

316 Stobert, S., et K. Cranswick., *Canadian Social Trends: Looking after Seniors: Who does What for Whom?*, Ottawa (Ontario), 2004.

charge et à pratiquer des activités avec elles[317]. En outre, au fur et à mesure que le nombre de personnes âgées continuera d'augmenter en Ontario, les pressions exercées sur les personnes soignantes non rémunérées ne feront que s'intensifier, puis la vaste majorité des Ontariennes et des Ontariens âgés qui dépendent de soins, ainsi que les personnes qui les leur fournissent, expriment continuellement leur préférence de plus en plus marquée pour le vieillissement à domicile et pour les soins à domicile ou communautaires plutôt que les soins en établissement[318].

Bien que la prestation de soins puisse être une expérience très épanouissante et gratifiante pour beaucoup de gens, pour les personnes soignantes non rémunérées, elle peut aussi s'avérer difficile, stressante et coûteuse. Selon l'enquête sur le vieillissement en santé, plus de la moitié des personnes soignantes interrogées ont indiqué qu'elles n'éprouvaient aucune difficulté et beaucoup d'entre elles ont déclaré que l'expérience la plus gratifiante pour elles était la satisfaction personnelle qu'elles ressentaient à s'occuper de quelqu'un[319]. Cependant, dans un certain nombre de cas, le fardeau de la prestation de soins peut également peser très lourd sur la santé et le bien-être d'une personne en raison des coûts importants qu'assument souvent les personnes soignantes sur les plans économique, social, physique et psychologique. Les personnes soignantes sont susceptibles d'engager des frais, de subir d'importantes pertes de revenu viager et de voir leur avancement professionnel limité parce qu'elles s'absentent du travail, en plus de vivre fréquemment du stress, de l'isolement social et un sentiment de culpabilité[320]. Selon l'étude nationale de 2012 sur la conciliation du travail et de la prestation de soins au Canada, un travailleur sur cinq a déclaré subir une forte pression, découlant majoritairement des difficultés physiques que comporte la prestation de soins à un adulte, du sentiment d'être dépassé par son expérience de soignant et des contraintes financières liées à la prestation de soins[321]. L'enquête sur le vieillissement en santé a également révélé que parmi les personnes soignantes qui avaient déclaré éprouver des difficultés, 36 pour cent avaient l'impression que leur rôle de soignant était exigeant sur le plan affectif et 23 pour cent estimaient qu'il leur occasionnait du stress. Selon l'enquête, les personnes soignantes étaient également plus susceptibles d'éprouver de la détresse lorsque la personne dont elles s'occupaient était physiquement ou verbalement violente à leur égard, souffrait d'un déficit cognitif ou avait reçu un pointage élevé ou très élevé à l'évaluation selon la méthode d'attribution des niveaux de priorité (MAPLe) d'interRAI[322, 323].

À la fin de 2011, l'organisme The Change Foundation a mené une série de consultations provinciales auprès de personnes âgées atteintes de problèmes de santé chroniques et de leurs personnes soignantes non rémunérées dans le but de comprendre leur point de vue et de savoir comment elles s'orientaient dans le système de soins de santé. Trop souvent, les répondants mentionnaient le manque de cohésion du système, tout particulièrement avec leurs fournisseurs de soins primaires; le manque de communication et de suivi; l'incapacité manifeste de certains fournisseurs à inclure les personnes âgées et leur famille ou les personnes soignantes dans les décisions concernant la planification des soins qui avaient des répercussions sur leur vie et le fait que trop fréquemment, les personnes qui se heurtent à des obstacles aux soins restent à la traîne[324].

---

317 Gouvernement du Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, L. Duxbury, L., et coll. *Balancing Paid Work and Caregiving Responsibilities: A Closer Look at Family Caregivers in Canada*, Ottawa (Ontario), 2009.

318 Grunfeld, E., et coll. « Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 157, n° 8, p. 1101 à 1105 (1997).

319 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home (*d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

320 Institut de recherche en politique publique, Keefe, J., *Supporting Caregivers and Caregiving in an Aging Canada*, Montréal (Québec), 2011.

321 L. Duxbury et coll., *Revisiting Work-Life Issues in Canada: The 2012 National Study on Balancing Work and Caregiving in Canada*, Ottawa (Ontario), 2012.

322 Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, Direction de l'analytique en matière de santé, *In Focus: Seniors in Ontario – Staying Healthy, Staying at Home (*d'après l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : vieillissement en santé* de Statistique Canada, 2008-2009), *Le rapport trimestriel*, automne-hiver, version préalable à la publication, 2012.

323 Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, *Analyse des données de 2011-2012 du RAI-HC*, 2012.

324 The Change Foundation, *Loud and Clear – Seniors and Caregivers Speak Out About Navigating Ontario's Healthcare System*, Toronto (Ontario), 2012.

Ce que l'enquête auprès des personnes soignantes ontariennes nous a révélé

Reconnaissant l'importance des personnes soignantes non rémunérées dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie axée sur les personnes âgées, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée désirait entendre directement les personnes soignantes des quatre coins de l'Ontario afin de mieux comprendre leur réalité et leurs besoins, ainsi que déterminer les obstacles qui se dressent sur leur chemin lorsqu'elles fournissent des soins et du soutien aux personnes âgées. C'est pour cette raison qu'en avril 2012, le Ministère a réalisé 800 entrevues en profondeur avec les personnes soignantes de personnes âgées. Dans l'ensemble, ces entrevues ont révélé que 25 pour cent des personnes soignantes interrogées étaient elles-mêmes des personnes âgées, tandis que 40 pour cent le deviendront bientôt. Néanmoins, plus de la moitié des répondants ont déclaré qu'ils travaillaient à l'extérieur du domicile, dont un tiers à temps plein. Parmi les travailleurs à temps plein, 27 pour cent ont indiqué qu'ils fournissaient des soins à un bénéficiaire quotidiennement et au moins 57 pour cent fournissaient des soins chaque semaine.

Une proportion importante des personnes soignantes interrogées ont déclaré que le stress associé à la prestation de soins avait une incidence négative sur leur carrière et qu'elles avaient besoin d'horaires de travail plus souples afin de mieux gérer leurs responsabilités de soins. C'est compréhensible, puisque 40 pour cent des personnes soignantes interrogées ont déclaré assumer seules la majeure partie des responsabilités de la prestation des soins, et que bon nombre d'entre elles auraient voulu pouvoir partager ce fardeau avec d'autres ou faire une pause à l'occasion. Voilà qui est logique, car, au dire des répondants, la prestation de soins exigeait souvent un investissement de temps important et constituait une tâche quotidienne pour 39 pour cent des personnes soignantes qui s'occupaient d'une personne âgée ayant besoin de soins complexes. Les personnes soignantes ont également déclaré que 24 pour cent d'entre elles coordonnaient les soins d'une personne, alors que seulement 21 pour cent ont dit que les soins étaient coordonnés par le fournisseur de soins primaires ou d'autres fournisseurs officiels de soins, tandis que dans 54 pour cent des cas, personne ne les aidait à coordonner les soins du bénéficiaire. Ce qui était encore plus préoccupant, c'est que plus les problèmes de santé des bénéficiaires de soins devenaient complexes, moins le fournisseur de soins primaires semblait jouer un rôle de coordination, rôle qu'en venaient à assumer les personnes soignantes.

Le fardeau de la prestation de soins s'est aussi manifesté dans les réponses des personnes soignantes qui étaient moins enclines que leurs bénéficiaires de soins à souhaiter que ces derniers restent chez eux devant la complexité croissante des soins nécessaires. Bien que 89 pour cent des bénéficiaires de soins ayant des besoins les plus complexes et nécessitant un niveau de soins très élevé aient exprimé clairement leur désir de rester chez eux, seulement 58 pour cent des personnes soignantes se montraient d'accord, comparativement à 81 pour cent des personnes soignantes s'occupant des bénéficiaires de soins nécessitant un niveau de soins moins élevé. Dans l'ensemble, de leur propre chef, les personnes soignantes interrogées ont nommé les finances et le travail comme principales sources de stress. C'est également sur le plan des finances qu'elles nous ont confié avoir le plus besoin de soutien, tout particulièrement puisqu'elles peuvent être appelées à dépenser jusqu'à 4 200 $ par an pour soigner une personne âgée nécessitant des soins complexes[325].

Le tableau 9.2 définit encore plus clairement les divers domaines dans lesquels les personnes soignantes ont déclaré avoir besoin d'un soutien accru, d'après les quatre grandes catégories présentées au chapitre 1 qui ont été élaborées dans le but de caractériser l'hétérogénéité de la population âgée. Comme on s'y attendait, dans l'ensemble, les besoins de soutien des personnes soignantes augmentaient souvent au même rythme que la complexité de l'état de santé et des besoins de soins des bénéficiaires.

[325] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Research Among Informal Caregivers to Seniors – How Can We Most Effectively Support Their Efforts?*, Toronto (Ontario), 2012. Rapport non publié.

Tableau 9.2 – Domaines dans lesquels les personnes soignantes ont déclaré avoir besoin d'un soutien accru relativement à la santé et aux besoins de soins des personnes dont elles s'occupent

Domaines dans lesquels les personnes soignantes et les bénéficiaires de soins ont déclaré avoir besoin d'un soutien accru	Personnes âgées qui ont peu de problèmes de santé ou de besoins en santé ou n'en ont pas du tout (161 répondants)	Personnes âgées qui ont des problèmes de santé et des besoins en santé chroniques, mais stables (365 répondants)	Personnes âgées qui ont des problèmes de santé et des besoins en santé chroniques, mais instables (158 répondants)	Personnes âgées qui ont des problèmes et des besoins de soins complexes (116 répondants)
Littéracie du soignant et aide à l'orientation				
Une personne-ressource unique avec laquelle discuter des soins	22 %	31%	32%	39%
Renseignements sur les services gouvernementaux, sociaux et communautaires	23%	26%	22%	24%
Renseignements pratiques pour s'orienter dans le système de soins de santé	20%	19%	19%	14%
Aide pratique au vieillissement à domicile				
Trouver des fournisseurs de services à domicile formés et fiables	9%	13%	20%	22%
Accès facile aux transports pour se rendre à des rendez-vous médicaux	16%	21%	25%	19%
Aide à l'entretien de leur domicile	26%	23%	35%	27%
Aide pour faire les courses et préparer les de repas	19%	17%	28%	26%
Aide aux soins personnels (p. ex., s'habiller, prendre son bain)	4%	14%	22%	54%
Appareils fonctionnels pour aider la mobilité à domicile	11%	12%	24%	38%
Modification du domicile visant à en améliorer l'accessibilité	6%	9%	26%	21%
Besoins relatifs au système de soins de santé				
Soins de santé mieux coordonnés de la part des fournisseurs	12%	25%	38%	32%
Accès plus rapide aux soins médicaux	19%	20%	29%	26%
Soins médicaux à domicile (p. ex, médicaments, thérapie)	2%	6%	16%	36%
Visites à domicile du médecin de famille	7%	10%	20%	22%
Besoins de soutien affectif et autres soutiens				
Soutien affectif ou à la santé mentale	8%	19%	27%	40%
Pouvoir faire une pause de la prestation de soins	13%	16%	16%	23%
Soutien et reconnaissance dans les lois et par les professionnels				
Reconnaissance et soutien officiels (dans les lois) des personnes soignantes	8%	19%	15%	21%
Soutien professionnel de la part de l'employeur (horaires variables, partage de poste, télétravail, etc.)	14%	10%	10%	13%

Ce que nous avons appris cet été, c'est que bien qu'il existe divers crédits d'impôt et programmes de soutien à l'intention des personnes soignantes, ces mesures sont parfois insuffisantes pour répondre aux besoins réels des personnes soignantes ou, pire encore, demeurent inconnues d'elles. En fait, dans le cadre de l'enquête du Ministère, nous avons été stupéfaits d'apprendre qu'un grand nombre de personnes soignantes interrogées ignoraient quels services liés à la prestation de soins s'offraient à elles et ne savaient pas trop comment y accéder. Bon nombre d'entre elles désiraient un point d'accès unique pour obtenir des conseils pratiques sur la façon de s'orienter dans le système de soins de santé et des renseignements au sujet des services gouvernementaux, sociaux et communautaires. On a souligné qu'il n'y avait aucune source d'information définie vers laquelle les personnes soignantes pourraient se tourner, probablement parce qu'il n'existait pas de ressources qui sont adaptées précisément à leurs besoins.

En effet, par exemple, dans l'enquête menée par le Ministère auprès des personnes soignantes de l'Ontario, nous avons constaté que 38 pour cent des répondants connaissaient peu les services des CASC et que seulement 24 pour cent avaient entendu parler du programme Accès soins qui peut aider les bénéficiaires à trouver un fournisseur de soins primaire en cas de besoin. Par ailleurs, les personnes soignantes ont clairement indiqué qu'elles avaient besoin que les soins de leur bénéficiaire soient plus intégrés, coordonnés et proactifs, de façon à leur permettre de recevoir le soutien nécessaire en temps opportun et à domicile lorsque c'est possible. En plus de demander davantage de soutien afin d'alléger le fardeau financier de la prestation de soins, ainsi qu'une souplesse accrue de leurs horaires de travail, les personnes soignantes ont également indiqué qu'elles accordaient une grande importance à la possibilité de profiter de services de répit à domicile et en établissement plus souples[326].

Dans l'ensemble, il est évident que les personnes soignantes non rémunérées jouent un rôle essentiel dans notre système de soins de santé, car elles améliorent considérablement la qualité de vie des personnes dont elles s'occupent, diminuent le recours aux services de personnes soignantes professionnels et permettent souvent d'empêcher qu'une personne soit inutilement placée en établissement[327]. Compte tenu de nos impératifs financiers et démographiques actuels, il ne fait aucun doute que les personnes soignantes non rémunérées demeureront un élément essentiel de l'équipe de soins d'une personne âgée, mais que nous devons leur offrir plus de soutien.

[326] Wilkins, K., et M. P. Beaudet. « Changes in social support in relation to seniors use of home care », *Health Reports*, 2000, vol. 11, n° 4, p. 39 à 47 (2000).
[327] *Ibid.*

Soutenir les personnes soignantes de l'Ontario

En 2009, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a déterminé quatre formules de soutien public des personnes soignantes :

1. les services directs aux personnes soignantes, qui leur offrent de l'information, de la formation, du counseling et de la relève;
2. le paiement direct, par lequel les personnes soignantes reçoivent des indemnités ou un dédommagement ou encore se font rembourser leurs dépenses;
3. des politiques améliorées en matière de travail, ce qui comprend les mesures en milieu de travail, les normes et les programmes d'assurance-emploi (p. ex., les prestations de soignant);
4. les dédommagements indirects, c'est-à-dire les crédits d'impôt, les droits à pension et les retraits aux fins de pension[328].

Somme toute, ces orientations en matière de politique sont celles qui semblent encore trouver une oreille attentive auprès des personnes âgées, de leurs familles et de leurs personnes soignantes, aussi bien qu'auprès des fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et communautaires de partout en Ontario qui ont formulé leur opinion dans le cadre de la consultation. Ces orientations reconnaissent également qu'à mesure que la population ontarienne avance en âge, sa dépendance envers les personnes soignantes non rémunérées ne fera que croître. Par conséquent, il sera primordial d'assurer que soit en place l'infrastructure appropriée pour soutenir celles et ceux qui souhaitent ou doivent devenir des personnes soignantes non rémunérées. Ainsi, pour démontrer notre appui et notre reconnaissance continus envers les personnes soignantes, il sera impératif de prendre le temps de comprendre leurs défis et leurs besoins uniques et en constante évolution, pour pouvoir en tenir compte de manière appropriée.

Pour élaborer avec succès une stratégie destinée aux personnes soignantes, il est essentiel de s'engager à comprendre comment celles-ci réussissent à maintenir un équilibre entre leurs besoins personnels et ceux de la personne dont elles ont la responsabilité. Les personnes soignantes ont soulevé à maintes reprises pendant les consultations l'importance de les traiter comme des partenaires plutôt que comme de simples ressources, ce qui est plus respectueux de leur apport. Cette philosophie reconnaît également l'importance d'inclure leurs besoins dans les plans de soins des bénéficiaires de soins âgés, et d'examiner comment ils ont accès au soutien et aux services qui peuvent répondre à leurs propres besoins spécifiques[329].

Outre les services de soins à domicile traditionnels, les personnes soignantes ont parlé de l'importance que représentaient pour elles les programmes de jour offerts et les services de relève. Ces services étaient essentiels pour leur permettre de passer un peu de temps seules, pour qu'elles puissent faire une pause ou s'occuper d'autres besoins, tout en sachant que quelqu'un s'occupe convenablement de la personne dont elles ont la responsabilité. Ce qui était clair pour les personnes soignantes qui se sont exprimées est le fait que chaque situation est différente et que les personnes qui reçoivent des soins, de

[328] Gouvernement du Canada, Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, Ottawa (Ontario), 2009.
[329] Infirmières de l'Ordre de Victoria au Canada, *Learning To Listen, Listening to Learn: A new way of caring for Caregivers*, Ottawa (Ontario), 2004.

même que celles qui prodiguent ces soins, ont souvent des besoins différents selon leur état de santé général et leurs conditions de vie.

Même si la plupart des personnes soignantes ont déclaré que leur région ne leur offrait pas suffisamment de soins à domicile, de programmes de jour ou de services de relève, elles ont par ailleurs insisté sur le fait que ce qui est important est de disposer d'une gamme de formes de soutien pour répondre à leurs besoins uniques et en constante évolution. Un grand nombre a également parlé de l'intérêt de pouvoir influencer davantage la planification des services de soins à domicile auxquels le bénéficiaire dont elles ont la responsabilité était jugé admissible. Dans certaines parties de la province, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, certains fournisseurs, comme ceux du RLISS du Nord-Ouest, font l'expérience du paiement direct, qui permet aux personnes soignantes de gérer un budget de soins personnels, de services de relève et d'autres services dont elles pourraient avoir besoin. Somme toute, les personnes soignantes ont exprimé un désir de faire partie de l'équipe de planification des soins et d'avoir accès à un processus qui reconnaît également leurs besoins et qui, dans la mesure du possible, y répond.

Les personnes soignantes ont aussi déclaré à quel point les services de formation, de counseling et de soutien qui leur sont destinés étaient essentiels pour les aider à surmonter une expérience qui, autrement, serait susceptible de les isoler et d'augmenter leur stress. Il existe en outre une demande croissante pour la mise sur pied de services conçus non seulement pour répondre aux besoins émotionnels et psychologiques des personnes soignantes, mais également pour les aider à comprendre l'état de santé de la personne dont elles ont la responsabilité, à savoir ce à quoi elles devraient s'attendre et comment soigner la personne pendant les différentes phases de la maladie. Ces programmes d'aide aux personnes soignantes pourraient par ailleurs contribuer à éviter qu'elles s'épuisent et, par conséquent, retarder l'admission du bénéficiaire de soins dans un établissement de soins[330].

Il est clair qu'à titre d'Ontariennes et d'Ontariens nous disposons de nombreuses options pour agir et que, si nous n'agissons pas, nous pourrions subir de graves conséquences. En effet, nous pourrons être aux prises avec une population de personnes soignantes moins déterminées et moins responsabilisées, ainsi qu'avec une dépendance et une demande croissantes à l'égard des services des foyers financés par les contribuables, les soins communautaires et les soins de longue durée[331].

[330] Bakker, C., et coll. « Predictors of the Time to Institutionalization in Young- Versus Late-Onset Dementia: Results From the Needs in Young Onset Dementia (NeedYD) Study », *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2012. Publié en ligne avant l'impression le 9 novembre 2012.
[331] Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Caring-About-Caregivers: Caregiving for the future of Ontario. Long-Range Scenario Planning Supporting Caregiving into 2033*, Toronto (Ontario), 2009.

Recommandations

108. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer la sensibilisation des gens aux services de soutien offerts aux personnes soignantes non rémunérées en améliorant les points d'accès unique (consulter la recommandation 15). Plus particulièrement, le Ministère devrait s'assurer que ces points d'accès unique reconnaissent l'identité et les besoins uniques des personnes soignantes non rémunérées qui pourraient avoir besoin que les renseignements soient présentés différemment.

109. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait améliorer l'accès aux soins de relève communautaires ainsi qu'aux programmes et aux services de soutien à domicile grâce au financement actuel et nouveau et aux cadres de politique, notamment ceux qui soutiennent les options de paiement direct. On devrait mettre l'accent sur la prestation :

    a) de programmes de jour/de relève qui reconnaissent les besoins différents des patients/clients et des personnes soignantes pour soutenir les patients/clients et les personnes soignantes pendant toutes les phases de la maladie;
    b) de programmes qui offrent du counseling et de l'encadrement sur la façon de gérer les situations propres aux personnes soignantes non rémunérées;
    c) de programmes de soins communautaires qui incluent les besoins des personnes soignantes non rémunérées en plus de ceux des clients eux-mêmes, pour assurer de créer un environnement et des conditions de soins plus efficaces.

110. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait déterminer des mécanismes pour améliorer l'accès aux services de soutien destinés aux personnes soignantes non rémunérées et pour réduire les obstacles à l'accès à ces services de soutien. Il devrait y parvenir en :

    a) explorant la possibilité d'élaborer des modèles de financement direct pour encourager les personnes soignantes à prendre la responsabilité de la gestion des services nécessaires (consulter le chapitre 4 sur le financement direct);
    b) améliorant l'accès aux lits réservés aux soins de relève offerts dans les foyers de soins de longue durée (SLD) par la modification de la réglementation en vigueur sur le financement fondé sur le taux d'occupation qui peut dissuader les fournisseurs de veiller à l'occupation de ces lits;
    c) se penchant sur l'élimination ou l'introduction d'un processus d'examen des ressources fondé sur le revenu en ce qui a trait à la quote-part quotidienne versée pour les services de relève qui sont offerts dans les foyers de SLD aux Ontariennes et aux Ontariens à faible revenu;
    d) examinant d'autres obstacles cernés, au besoin.

Soutenir les besoins financiers des personnes soignantes

Pour un grand nombre de personnes soignantes non rémunérées, la réalité, en Ontario, est qu'elles sont forcées de choisir entre occuper un emploi rémunéré et devenir une personne soignante. Par conséquent, éliminer certains obstacles financiers auxquels sont confrontées les personnes soignantes non rémunérées permettra à nombre d'entre elles de continuer d'offrir les précieux soins qu'elles prodiguent aux membres de leur famille, à leurs voisins et à leurs amis, et encouragera d'autres Ontariennes et Ontariens à devenir eux aussi des personnes soignantes, tout en les habilitant à le faire.

Les consultations ont permis de découvrir la nécessité de réviser en profondeur les politiques existantes en matière d'aide financière et d'aide aux employés et les prestations accordées aux personnes soignantes non rémunérées et la nécessité d'étudier la possibilité d'en élaborer de nouvelles. De plus, elles ont permis de déterminer qu'un grand nombre de personnes âgées, leurs familles et leurs personnes soignantes ne connaissent toujours pas la vaste gamme de programmes de prestations et de crédits d'impôt qui ont été conçus pour répondre à leurs besoins uniques et qui sont en place à l'heure actuelle. Pour mieux aider ces Ontariennes et ces Ontariens à accéder plus facilement aux renseignements relatifs à ce qui est offert pour les soutenir, le Répertoire des prestations et des programmes d'aide de l'Ontario a conçu un point d'accès simple, convivial et pratique pour trouver des renseignements sur un grand nombre de programmes de prestations et de crédits d'impôt, confirmer l'admissibilité à ces programmes, s'y inscrire, obtenir des mises à jour sur les modifications apportées à un programme et des renseignements sur les nouveaux programmes.

Le Répertoire des prestations et des programmes d'aide dresse une liste des programmes de crédit d'impôt fédéral et provincial et des programmes de prestations offerts en Ontario auxquels les personnes soignantes non rémunérées ou les personnes âgées qui sont bénéficiaires de soins pourraient être admissibles :

- Crédit d'impôt aux soignants naturels
- Crédit d'impôt pour personnes handicapées à charge
- Crédit d'impôt pour une personne à charge admissible
- Crédit d'impôt pour personnes handicapées
- Crédit d'impôt pour frais médicaux
- Crédit d'impôt pour frais médicaux des aidants naturels au titre de personnes à charge
- Prestations de soignant/Congé familial pour raison médicale
- Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada – Programme d'aide à la vie autonome
- Programme d'appareils et accessoires fonctionnels

Il est évident que le manque de sensibilisation à toutes ces prestations existantes signifie qu'il faut trouver une façon plus efficace de rendre ces renseignements plus accessibles à l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens. En outre, certains des crédits d'impôt et programmes existants ne sont offerts qu'aux personnes soignantes qui aident des personnes atteintes de maladies et de handicaps persistants et permanents, et ils excluent les personnes atteintes d'un problème de santé épisodique ou qui ont été récemment hospitalisées et qui ont besoin d'aide pendant une brève période de temps

pour se rétablir. Par conséquent, il serait bon d'examiner les options offertes aux personnes soignantes aux prises dans de telles situations, surtout s'il y a possibilité que la *Loi de 2012 sur le congé familial pour les aidants naturels* refasse surface et soit enrichie.

Recommandations

111. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère des Finances et le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, devrait sensibiliser les gens et promouvoir l'application des divers programmes (prestations et crédits d'impôt conçus pour alléger les fardeaux financiers imposés aux personnes soignantes non rémunérées).

112. Le ministère des Finances devrait tenir compte des problèmes de santé/handicaps épisodiques au moment de passer en revue ses crédits d'impôt existants ou d'en créer de nouveaux, pour s'assurer que, dans de telles circonstances, les personnes soignantes peuvent également y être admissibles.

113. Le gouvernement de l'Ontario devrait soutenir le retour du projet de loi 30, *Loi de 2012 sur le congé familial pour les aidants naturels* (modifications aux normes d'emploi).

    a) Le gouvernement de l'Ontario devrait travailler avec le gouvernement fédéral pour soutenir l'admissibilité aux prestations d'assurance-emploi des personnes soignantes qui font appel au congé familial pour les aidants naturels, de la même façon que la plupart des Ontariennes et des Ontariens qui prennent un congé familial pour raison médicale sont soutenus par l'assurance-emploi, en vertu du programme de prestations de soignant.

114. En collaboration avec le gouvernement fédéral, le gouvernement de l'Ontario devrait également évaluer la possibilité d'élaborer une disposition similaire dans le cadre du Régime de pensions du Canada afin de soutenir les personnes qui quittent le marché du travail pour aider à prodiguer des soins, comme il le fait en vertu de la clause pour élever des enfants.

Encourager l'amélioration des programmes d'aide aux employés

Même si les gouvernements fédéral et provincial sont en mesure d'alléger le fardeau financier des personnes soignantes, ils devraient également continuer d'encourager les employeurs qui offrent des programmes d'aide aux employés à prévoir un soutien particulier pour leurs employés qui sont les personnes soignantes d'une personne âgée. Nous avons appris que certains programmes d'aide aux employés d'avant-garde en Ontario prévoient un soutien particulier pour les personnes soignantes de personnes âgées en offrant un accès à des services de counseling et de soutien à la planification des soins, des soins d'urgence à domicile destinés aux parents âgés d'un employé ou ceux de son conjoint, ainsi que des politiques de congé pour responsabilité parentale ou congé de soignant pour permettre aux employés de s'absenter pendant de brèves périodes de temps pour s'acquitter de responsabilités familiales/personnelles visant à soutenir un membre de la famille malade ou non autonome.

Recommandation

115. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère du Travail, devrait encourager la mise sur pied de programmes d'aide aux employés organisationnels qui répondent mieux aux besoins des employés ontariens qui agissent également en tant que personnes soignantes d'une personne âgée.

Soutenir les Ontariennes et les Ontariens atteints de démence et leurs personnes soignantes

Grâce à un financement annuel supplémentaire de 2,4 millions de dollars versés dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi de l'Ontario, les 38 sociétés Alzheimer offrent maintenant les services Premier lien[MD] par l'intermédiaire de 12 des 14 RLISS de l'Ontario. Ce service a pour objectif de réunir les fournisseurs de soins primaires et les autres professionnels de la santé pour qu'ils offrent des services et des traitements aux personnes atteintes de démence, à leurs familles et à leurs personnes soignantes, dès le diagnostic et jusqu'à la fin de la vie de la personne atteinte. Fondé sur les *Canadian Consensus Guidelines on Dementia* (directives du consensus canadien sur la démence), le programme est spécialement conçu pour donner aux patients atteints de démence et à leurs familles et personnes soignantes un lien direct avec l'information et un réseau de services de formation et de soutien offerts au sein de leur collectivité, adaptés à leur cas et pouvant les aider à vivre avec la maladie et ses conséquences.

Le programme Premier lien[MD] a contribué à réduire la durée moyenne du temps écoulé entre le diagnostic et l'aiguillage vers les sociétés Alzheimer locales, la faisant passer de 18 à sept mois. Parce que le programme Premier lien[MD] se concentre sur la coordination des services, les ressources et la planification, les familles et les personnes soignantes deviennent mieux préparées pour créer des plans de soins qui traitent des futurs besoins juridiques, financiers et médicaux; les clients gagnent en confiance et participent davantage à leurs propres soins, ce qui contribue à réduire le fardeau général sur les soins primaires, les soins de longue durée et les services des urgences.

En reconnaissant le rôle que peut avoir un programme normalisé et facilement disponible comme Premier lien[MD] pour répondre aux besoins d'un nombre croissant d'Ontariennes et d'Ontariens âgés atteints de démence, de leurs familles, de leurs personnes soignantes et de leurs fournisseurs de soins sociaux et communautaires, on donne à ce programme la chance de jouer un rôle de plus en plus important pour mieux répondre aux besoins des patients atteints de démence et à ceux de leurs personnes soignantes.

Recommandation

116. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager la normalisation des services et des soutiens offerts par le programme Premier lien des sociétés Alzheimer et soutenir la totalité de la mise en œuvre de ce programme dans chaque RLISS de l'Ontario pour assurer que ce programme d'aide et de service essentiel pour les personnes âgées et les personnes soignantes non rémunérées touchées par la démence soit accessible à tous.

Chapitre 10 : Lutter contre l'âgisme et les mauvais traitements envers les personnes âgées en Ontario

Comprendre l'âgisme et ses conséquences

L'âgisme, ou la discrimination fondée sur l'âge, font référence au processus systématique qui consiste à véhiculer un stéréotype à l'égard de personnes ou de groupes et à pratiquer une discrimination contre des personnes ou des groupes en raison de leur âge, comme le racisme et le sexisme le font avec la couleur de la peau et le sexe[332]. Bien que le terme puisse s'appliquer à tous les groupes d'âge, il décrit tout particulièrement la discrimination occasionnelle ou systématique des personnes âgées dans la société.

« En ce qui concerne les mauvais traitements qui leur sont infligés, bon nombre de personnes âgées souffrent en silence, et certaines ne savent pas comment et où aller chercher de l'aide. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

L'âgisme a de multiples facettes et se manifeste de plusieurs façons, notamment des attitudes préjudiciables envers des personnes âgées, le troisième âge et le processus de vieillissement; des pratiques discriminatoires à l'égard des personnes âgées, ainsi que des pratiques et des politiques institutionnelles qui perpétuent les stéréotypes des personnes âgées[333, 334]. Bien que des efforts aient été déployés au Canada et à l'étranger afin d'éliminer l'âgisme, le problème semble encore très présent dans le système de santé et est pris moins au sérieux que d'autres formes de discrimination[335].

Les attitudes à l'égard des Ontariennes et des Ontariens âgés peuvent avoir d'importantes conséquences sur leur santé, leur bien-être et leur participation au sein des collectivités. L'âgisme peut influer sur la manière dont nous prenons les décisions concernant les autres, en fonction de l'âge et de nos préjugés découlant de ce que peuvent être nos perceptions d'une personne âgée. Des manifestations d'âgisme existent dans tous les domaines comme les soins de santé lorsque l'âge d'une personne, plutôt que son état général, influence la décision d'effectuer un examen ou d'offrir un traitement, ou même sur le marché du travail, où l'âge d'une personne, plutôt que son expérience et ses compétences, influence la décision de l'embaucher. La retraite obligatoire n'a été éliminée au Canada qu'en décembre 2006, lorsque le gouvernement fédéral a officiellement abrogé l'article de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui la permettait. Malgré tout, selon un récent sondage, 74 pour cent des Canadiennes et des Canadiens sont d'avis que la discrimination fondée sur l'âge est toujours un problème dans le milieu de travail[336]. Enfin, lorsque le gouvernement omet de tenir compte que les personnes âgées peuvent avoir des besoins spéciaux auxquels il doit répondre d'une manière différente dans le cadre de ses services, il laisse entendre qu'il pourrait ne pas valoriser cette population autant qu'il le devrait.

Au gouvernement de l'Ontario, le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario crée un vaste éventail de programmes et de services afin de répondre aux besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés et de les aider à mener une vie sécuritaire, active et saine. Il établit en outre des partenariats avec des organismes qui représentent les personnes âgées partout en Ontario et oriente,

---

332 Butler, R., *Why Survive? Being Old in America*, Johns Hopkins University Press, Maryland, Johns Hopkins University Press,1975.
333 Wilkinson, J., et K. Ferraro., Thirty Years of Ageism Research, Dans Nelson, T. (éd.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*, Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, Massachusetts, 2002.
334 Nelson, T., éd. *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*, Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, Massachusetts, 2002.
335 Stall, N. « Time to End Ageism in Medical Education », *Canadian Medical Association Journal*, 2012, vol. 184, n° 6, p. 728 (2012).
336 Lewis, Silkin. *Canadians Believe Employers Discriminate Against Older Workers*, agediscrimination.info, http://www.agediscrimination.info/News/Pages/ItemPage.aspx?Item=657.

au nom de ces dernières, l'élaboration de politiques et de programmes à l'échelle du gouvernement. De plus, le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario défend les questions importantes pour les personnes âgées à l'échelon intergouvernemental et a participé, avec d'autres territoires de compétence, à l'élaboration d'un guide intitulé *Le guide sur les politiques relatives aux aînés : Un guide pour l'élaboration et l'évaluation des politiques et des programmes à l'intention des aînés*. Le guide favorise la prise en compte des points de vue des personnes âgées et de leur diversité au moment de l'élaboration des politiques et des programmes.

Recommandations

117. Le Secrétariat aux affaires des personnes âgées du gouvernement de l'Ontario devrait adopter un processus afin de s'assurer que la législation ou les politiques qui influencent l'accès des Ontariennes et des Ontariens âgés à des services particuliers en fonction de l'âge soient cernées et revues avec les groupes d'usagers plus âgés.
118. Le gouvernement de l'Ontario et les municipalités devraient encourager les fournisseurs de services locaux à conclure des ententes qui énoncent clairement que les personnes âgées constituent une priorité sur le plan local ainsi que sur le plan provincial, et que toute forme d'âgisme est inacceptable.
119. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Services sociaux et communautaires devraient s'engager à s'assurer que les services de santé seront prodigués, non en fonction de l'âge, mais uniquement selon le besoin clinique et que les services sociaux n'évoqueront pas l'âge comme critère d'admissibilité ou dans leurs politiques d'admissibilité afin de restreindre l'accès aux services offerts.

Soutenir la prise de décisions éclairées parmi les Ontariennes et les Ontariens âgés

Nous avons tous le droit de prendre une décision éclairée au mieux de nos capacités. Bien qu'une personne puisse ne plus être en mesure de prendre certaines décisions, nous devrions toujours évaluer sa capacité à participer au processus décisionnel ou au moins lui donner l'occasion d'énoncer ses besoins ou ses préférences autant que possible.

Assurer l'établissement et la mise en place de pratiques et de processus uniformes permettant d'obtenir le consentement éclairé des bénéficiaires de soins ou des mandataires qui prennent les décisions en matière de soins en leur nom créera davantage de possibilités pour les bénéficiaires de participer de façon significative à la prestation de leurs propres soins. Faire en sorte que les fournisseurs de soins soient informés de ces principes et de la façon de faire participer les bénéficiaires de soins ou leurs mandataires aux processus décisionnels permettra de soutenir la prestation de soins de qualité supérieure. Dans certains établissements, des guides à l'intention des clients et des bénéficiaires de soins peuvent assurer que le consentement est obtenu à des moments précis où des décisions sont nécessaires et que les clients, les bénéficiaires de soins et leurs mandataires comprennent leurs droits.

Recommandation

120. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait appuyer la création de processus et de pratiques uniformes afin d'obtenir le consentement éclairé des clients et des bénéficiaires des soins ou des personnes qui prennent les décisions en matière de soins en leur nom. Il devrait appuyer et exiger la formation continue des fournisseurs afin de combler les lacunes sur le plan des connaissances dans ce domaine.

Lutter contre les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées en Ontario

L'Organisation mondiale de la santé définit les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées comme un « acte unique ou répété, ou absence de mesures appropriées, qui se produisent dans toute relation au sein de laquelle le sentiment de confiance attendu est source de préjudice ou de détresse pour la personne âgée »[337]. De mauvais traitements à l'égard d'une personne âgée peuvent détruire la qualité de vie de celle-ci et augmenter considérablement son risque global de décès. Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées peuvent prendre plusieurs formes, notamment la violence physique, la violence psychologique ou émotive, l'exploitation financière, la violence sexuelle et la négligence. Bien que, du point de vue démographique, les personnes âgées sont les moins susceptibles d'être victimes d'un acte criminel violent, elles courent un risque plus élevé d'être victimes d'un acte de violence perpétré par un membre de leur famille. En outre, il semble que le nombre de signalements à la police de ces actes envers les personnes âgées soit à la hausse.

Selon la Commission ontarienne des droits de la personne (CODP), environ quatre pour cent ou 75 000 des 1,9 million d'Ontariennes et d'Ontariens âgés sont victimes de mauvais traitements[338]. Toutefois, de nombreuses personnes âgées ne veulent pas signaler les mauvais traitements dont elles sont victimes en raison du stigmate social associé ou d'inquiétudes concernant les conséquences du signalement d'un être cher ou d'une personne soignante. Par exemple, signaler un mauvais traitement pourrait signifier le retrait des soins ou la perte de leur personne soignante, rendant la décision de signaler encore plus difficile. Pour cette raison, les données peuvent être sous-estimées. On évalue donc que jusqu'à 10 pour cent des Canadiennes et des Canadiens âgés sont victimes d'une certaine forme de négligence ou de mauvais traitement[339]. Le tableau 10.1 présente une description des différentes formes de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

[337] Organisation mondiale de la santé, *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide*, Genève, Suisse, 2008.
[338] Gouvernement de l'Ontario, Bibliothèque de l'Assemblée législative, 2009, *supra*, note 35, p. 2.
[339] Gouvernement du Canada, ministres des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux chargés de la gestion des personnes âgées au Canada, Bain, P., et C. Spencer. *What is Abuse of Older Adults?*, Ottawa (Ontario), 2009.

Tableau 10.1 – Comprendre les diverses formes de maltraitance des personnes âgées[340]

Exploitation financière
La forme la plus commune de maltraitance des personnes âgées, l'exploitation financière, renvoie au vol ou à la mauvaise utilisation d'argent ou de biens comme les objets ménagers, vêtements ou bijoux. Elle peut aussi comprendre la retenue de fonds ou la fraude.
Violence psychologique (émotive)
Infliger ou provoquer délibérément de la souffrance mentale ou la peur de la violence ou de l'isolement est considéré de la violence psychologique ou émotive. Ce type de mauvais traitement sape l'identité, la dignité et la confiance en soi des personnes âgées. Les formes de violence psychologique comprennent les injures, les hurlements, l'ignorance de la personne, les réprimandes de la personne, les cris à son endroit, les insultes, les menaces, la provocation de la peur, l'intimidation, l'humiliation, l'infantilisation, la carence affective, l'isolement et le retrait du pouvoir de prendre des décisions.
Violence physique
Toute douleur physique ou blessure délibérément infligée à une personne ou toute punition ou tout confinement abusif provoquant un préjudice corporel est un mauvais traitement. La violence physique comporte notamment le fait de frapper, gifler, pincer, pousser, brûler, tirer les cheveux, secouer, adopter des moyens de contention, exercer une coercition physique, gaver ou refuser de répondre aux besoins physiques.
Violence sexuelle
La violence sexuelle est le contact résultant de menaces, de l'utilisation de la force ou de l'incapacité de la personne à donner son consentement, y compris, notamment, l'agression, le viol, le harcèlement sexuel, les rapports sexuels sans consentement, les attouchements sur une personne âgée confuse; les attouchements d'une personne âgée de manière intime pendant la toilette, l'exhibitionnisme; les commentaires sexuels inappropriés ou toute activité sexuelle qui se produit lorsque l'une ou les deux parties ne peuvent pas donner leur consentement ou ne l'ont pas fait.
Négligence
La négligence peut être intentionnelle (active) ou involontaire (passive) et se produit lorsqu'une personne qui prend soin ou assume la garde d'une personne âgée ne satisfait pas aux besoins de cette dernière. Les formes de négligence comprennent notamment : • le refus de satisfaire aux exigences d'ordre physique (telles que l'alimentation, le logement, l'administration de médicaments, l'habillement ou les soutiens physiques ou la satisfaction incomplète à ces exigences); • une hygiène insuffisante; • une surveillance ou des précautions de sécurité insuffisantes; • le refus de fournir des soins médicaux, y compris l'administration de médicaments; • la suradministration de médicaments; • le fait de laisser une personne âgée vivre dans des conditions insalubres ou dans un lieu mal chauffé; • le refus de garantir l'accès aux services nécessaires (par exemple, services ménagers, soins infirmiers, travail social); • le non-respect des droits fondamentaux d'une personne âgée. Pour diverses raisons, les personnes âgées elles-mêmes peuvent ne pas s'assurer de recevoir les soins nécessaires pour satisfaire à leurs propres besoins et cette forme de mauvais traitements s'appelle l'autonégligence.
Mauvais traitements systémiques
Notre société et les systèmes élaborés en son sein peuvent engendrer, permettre ou perpétuer les mauvais traitements envers les personnes âgées. La discrimination la plus fréquente contre les personnes âgées est celle due à l'âge, qui est souvent combinée à l'un ou plusieurs des facteurs suivants : le sexe, la race, la couleur, la langue, les antécédents ethniques, la religion, l'orientation sexuelle, la capacité, la situation économique ou l'emplacement géographique.

[340] Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (ONPEA), *Formes de maltraitance des personnes âgées*, 2012. http://www.onpea.org/french/elderabuse/formsofelderabuse.html.

Des rapports présentés à la CODP indiquent que l'exploitation financière des personnes âgées a tendance à être la forme de mauvais traitement signalé la plus courante (62,5 pour cent), suivie de la violence verbale (35 pour cent) et physique (12,5 pour cent), puis de la négligence (10 pour cent)[341]. Des observations soumises à la CODP ont également indiqué que le niveau de stress de la personne soignante principale contribue de façon importante à la fréquence des mauvais traitements envers les personnes âgées, mettant en évidence la nécessité de soutenir davantage les personnes soignantes non rémunérées.

Le stress créé par les mauvais traitements et la négligence à l'égard des personnes âgées peut entraîner des problèmes physiques et psychologiques à long terme, notamment une crise cardiaque, un AVC, de l'anxiété, de l'angine de poitrine, de la dépression, de l'hypertension artérielle, des crises de panique, de la pauvreté, de l'isolation, de la surconsommation et de la sous-consommation de médicaments et, dans certains cas, la mort[342]. Certaines personnes âgées victimes de mauvais traitement peuvent ne pas respecter la posologie, boire plus d'alcool et manger ou dormir plus ou moins qu'à l'habitude. Les indices de mauvais traitement peuvent également ne pas être détectés par les fournisseurs de soins puisqu'ils peuvent être confondus avec des pertes de mémoire ou de la démence. Il est également difficile de détecter les indices de mauvais traitements envers les personnes âgées puisqu'il existe très peu d'instruments ou d'outils de dépistage validés qui ont été publiés.

Les mauvais traitements envers les personnes âgées sont également plus complexes que les mauvais traitements envers les enfants, étant donné que les personnes âgées sont souvent en mesure de résoudre les problèmes par elles-mêmes. Toutefois, les déséquilibres de pouvoir pouvant exister entre les personnes âgées et leurs familles ou les personnes qui les soignent, particulièrement si les premières sont dépendantes des dernières pour répondre à leurs besoins quotidiens ou à leurs besoins en matière de soins, compliquent encore davantage ces situations. Le nombre croissant d'Ontariennes et d'Ontariens âgés souffrant de démence ou de déficiences fonctionnelles ou vivant dans la pauvreté en raison de la récente crise économique signifie qu'un plus grand nombre de personnes âgées sont vulnérables et pourraient être victimes de mauvais traitements ou de négligence. De plus, il faut déterminer dans quelles situations les professionnels des services de santé et des services communautaires et sociaux ainsi que les professionnels de la santé publique ont le devoir de signaler un mauvais traitement ou de la négligence envers une personne âgée, comme dans le cas des mauvais traitements envers les enfants. Les personnes âgées peuvent négliger de s'occuper de leur santé et de leur bien-être, souvent en raison d'une diminution de leur conscience ou de leurs capacités mentales. Certaines personnes âgées peuvent également refuser des soins en matière de santé et de sécurité, ce qui peut ne pas être de l'autonégligence, mais plutôt un choix personnel. Les personnes soignantes et les autres parties responsables doivent respecter, même s'il est difficile de le faire, le choix d'une personne âgée de vivre à risque, particulièrement si elle est en mesure de faire un tel choix. Il faut garder à l'esprit nos propres préjugés qui nous font refuser le droit d'une personne à prendre des décisions, surtout si ces décisions ne sont pas conformes aux recommandations traditionnelles.

À mesure que la population de l'Ontario vieillit, il est possible que la fréquence des mauvais traitements envers les personnes âgées augmente, à moins que ces comportements soient reconnus et pris en

[341] Gouvernement du Canada, Santé Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille, *Mauvais traitements vers les personnes âgées*, http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/eldereng.html.
[342] Gendarmerie royale du Canada (GRC), *fiche de renseignements de la GRC*, http://www.rcmp-grc.gc.ca/ccaps-spcca/elder-aine-fra.htm.

compte de façon plus exhaustive. Dans l'ensemble, la province doit, au minimum, accroître la sensibilisation des personnes âgées aux mauvais traitements et à la négligence dont elles peuvent être victimes et informer les membres du public à ce sujet afin qu'ils puissent mieux comprendre quand et comment apporter leur aide.

Stratégie ontarienne de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées

En 2003, en réponse à ce problème, le gouvernement de l'Ontario est devenu le premier gouvernement au Canada à présenter une stratégie de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. La Stratégie ontarienne de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées met l'accent sur trois volets : la coordination des services communautaires, la formation du personnel de première ligne et la sensibilisation du public. Depuis 2003, l'Ontario a investi plus de 6 millions de dollars dans les initiatives de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées et de sensibilisation à l'égard de ces comportements, notamment en attribuant des fonds de fonctionnement visant à aider le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (ONPEA) à mettre en œuvre la Stratégie. Le réseau de conseillers régionaux de l'ONPEA en matière de mauvais traitements envers les personnes âgées, présent dans toute la province, contribue à la promotion et au soutien des efforts visant à prévenir et à éliminer les mauvais traitements envers les personnes âgées, en servant de ressource principale aux fournisseurs de services juridiques et communautaires et aux réseaux locaux de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées[343].

L'ONPEA administre également une ligne d'assistance aux personnes âgées, qui offre du soutien aux victimes de mauvais traitements 24 heures sur 24, sept jours sur sept, dans plus de 150 langues. Depuis sa création en avril 2009, il y a eu 17 703 appels, et le volume ne cesse d'augmenter, bien que la capacité de recevoir plus d'appels soit limitée. Toutefois, nos consultations ont également indiqué que de trop nombreux professionnels et membres du public ne connaissent pas ce service ni la façon d'y accéder. Comme nous l'avons mentionné précédemment au chapitre 2, ce service cherche maintenant à s'associer à Ontario 211, ce qui permettra probablement à un plus grand nombre de personnes âgées et d'autres personnes appelant en leur nom d'accéder à la ligne d'assistance aux personnes âgées.

[343] Gouvernement de l'Ontario, Secrétariat aux affaires des personnes âgées, *L'Ontario prend des mesures pour mettre un terme à la maltraitance des personnes âgées*, 2009. http://www.seniors.gov.on.ca/fr/elderabuse/action.php.

Recommandation

121. Le gouvernement de l'Ontario devrait poursuivre ses engagements actuels envers sa Stratégie ontarienne de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées en partenariat avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, le Secrétariat ontarien des services aux victimes, le ministère du Procureur général et le Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées afin de soutenir les travaux visant à renforcer la sensibilisation du public à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes âgées, à offrir une formation au personnel de première ligne et à coordonner les services communautaires afin de mieux aider les personnes âgées victimes de mauvais traitements dans toutes les collectivités de la province.

Protéger les immigrants âgés vulnérables

À l'instar des constatations du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, les consultations du gouvernement de l'Ontario ont également permis de reconnaître les immigrants âgés arrivant au Canada et en Ontario dans la catégorie regroupement familial comme un groupe particulièrement vulnérable[344]. Puisqu'ils sont assujettis à une période de parrainage de dix ans, les parents ou grands-parents parrainés n'ont droit à aucune forme d'aide sociale, même s'ils acquièrent leur citoyenneté entre-temps. En effet, ces personnes âgées demeureront inadmissibles aux prestations de la pension de la Sécurité de la vieillesse (SV), du Supplément de revenu garanti (SRG) ainsi que du Régime de revenu annuel garanti (RRAG) que reçoivent les autres contribuables ontariens âgés[345]. En outre, de nombreux immigrants âgés vulnérables n'auraient pas d'antécédents d'emploi au Canada, ce qui les rendrait inadmissibles au Régime de pensions du Canada (RPC). Par conséquent, après avoir été des résidants pendant dix ans, les personnes âgées parrainées n'ont qu'un accès limité à des formes plus économiques de soins à domicile ou de soins communautaires ou même de soins de longue durée ou bien aucun accès du tout. Dans un certain nombre de cas, ces conditions ont fait en sorte que, dans les hôpitaux, ces personnes âgées ne sont pas en mesure d'obtenir les autres niveaux de soins dont elles auraient besoin en raison de leur inadmissibilité à la plupart des services de soins postactifs. Sans source indépendante de revenu, bon nombre de ces personnes âgées demeurent vulnérables étant donné leurs options limitées. Puisqu'elles dépendent beaucoup de leur famille, elles courent parfois un risque accru d'être victimes de violence, d'exploitation ou de négligence.

En 1997, le gouvernement du Canada a décidé de réduire la durée du parrainage pour les époux et conjoints de fait, la ramenant de dix ans à trois ans, après avoir constaté le potentiel de violence que recelaient les ententes de parrainage[346] et pour l'uniformiser avec le délai d'attente pour l'obtention de la citoyenneté canadienne. Par conséquent, une réduction semblable de la période de parrainage des parents et des grands-parents permettrait d'améliorer considérablement l'établissement des

[344] Gouvernement du Canada. Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, Ottawa (Ontario), 2009.
[345] Metropolis Centre, *Speaking with Senior Immigrant Women and Sponsoring Families: A first-language investigation of the needs for holistic approaches to service*, Toronto (Ontario), 2010.
[346] Deshaw, R. « The History of Family Reunification in Canada and Current Policy », *Canadian Issues*, printemps 2006, p. 9-14.

personnes âgées parrainées en Ontario et d'atténuer la détresse que le processus d'intégration peut leur occasionner.

Recommandation

122. Le gouvernement de l'Ontario devrait intervenir auprès de ses homologues fédéral, provinciaux et territoriaux afin de ramener de dix à trois ans la période de parrainage des membres âgés de la famille, ainsi que la condition relative à la résidence pour être admissible à une prestation mensuelle en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.

Soutenir la défense des intérêts des Ontariennes et des Ontariens âgés

La clinique de défense des intérêts des personnes âgées de l'Ontario, appelée Advocacy Centre for the Elderly (ACE), est une clinique communautaire d'aide juridique spécialisée qui est subventionnée par l'entremise d'Aide juridique Ontario et le premier centre d'aide juridique au Canada à se spécialiser dans les problèmes juridiques des personnes âgées. La clinique ACE offre une vaste gamme de services juridiques aux Ontariennes et des Ontariens âgés à faible revenu et est axée sur les questions juridiques propres aux personnes âgées, notamment le consentement aux soins de santé, les mandataires spéciaux, les soins de longue durée, les soins communautaires et les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

Grâce à ses services d'information juridique, la clinique ACE fournit aux personnes âgées les renseignements dont elles ont besoin pour défendre leurs intérêts ou cerner des problèmes qu'elles doivent régler et elle informe l'ensemble de la collectivité des droits des personnes âgées. La clinique ACE participe également à des activités de réforme du droit, qui consistent notamment à rédiger des mémoires, à analyser des lois et des règlements, à effectuer de la recherche et à faire valoir la modification des politiques ou des lois lorsqu'elles vont à l'encontre des intérêts des Ontariennes et des Ontariens âgés. Compte tenu des besoins de plus en plus importants de la population vieillissante et de l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées vulnérables, le gouvernement doit maintenir et renforcer les services comme ceux offerts par la clinique ACE.

Recommandation

123. Le ministère du Procureur général de l'Ontario devrait continuer à financer le programme provincial d'aide juridique qui vise, par le truchement de la clinique ACE (Advocacy Centre for the Elderly), à fournir des services juridiques aux personnes âgées à faible revenu, à informer le public sur les questions juridiques et à soutenir les activités de réforme du droit.

En octobre 2007, le gouvernement de l'Ontario a mis sur pied son Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes. Le Bureau relève directement de l'Assemblée législative et assure une représentation indépendante des enfants et des jeunes, y compris les enfants ayant des besoins particuliers et les enfants autochtones.

Les intervenants du Bureau reçoivent et traitent les préoccupations des enfants, des jeunes et des familles qui cherchent à obtenir des services gouvernementaux ou en bénéficient déjà. Enfin, l'intervenant provincial peut cerner les problèmes systémiques touchant les enfants, mener des examens et fournir des programmes d'éducation et des conseils sur la défense des droits des enfants. L'avantage que constitue l'existence d'un tel Bureau pour appuyer les besoins des jeunes Ontariens est indéniable et il faudrait offrir le même soutien aux Ontariennes et aux Ontariens âgés.

Il devient de plus en plus évident que les personnes âgées de l'Ontario tireraient profit de la présence d'un organe indépendant appuyé et reconnu par le gouvernement provincial qui s'exprimerait en leur nom et serait accessible, transparent et responsable. Bon nombre de territoires de compétence, dont la Colombie-Britannique, envisagent actuellement de mettre sur pied des bureaux semblables qui collaboreraient avec des organismes servant actuellement les personnes âgées, afin de les aider à accéder au système de soins, à le comprendre et à s'y orienter et de renforcer les mécanismes de protection des personnes âgées vulnérables. Même si une analyse des territoires de compétence a révélé que la plupart des modèles de défense des droits avaient tendance à mettre l'accent sur les personnes âgées bénéficiaires de soins en établissement, elle a aussi indiqué que les modèles qui servent un plus large éventail de personnes âgées soutiennent les efforts de promotion, de consultation, d'intervention et d'information. Un mandat élargi ne devrait pas englober que la santé, mais également le transport, le logement, les soins à domicile et communautaires, ainsi que les autres problèmes qui touchent les Ontariennes et Ontariens âgés. En effet, tout nouvel organe créé devrait tenir compte de l'existence de systèmes qui pourraient s'acquitter de l'une ou l'autre de ces éventuelles fonctions.

Recommandation

124. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario et les autres ministères compétents devraient appuyer la création d'un bureau de l'intervenant provincial au profit des personnes âgées qui relèverait directement de l'Assemblée législative. Le bureau offrirait une représentation indépendante des Ontariennes et des Ontariens âgés et recevrait et traiterait les préoccupations des personnes âgées et de leurs personnes soignantes qui cherchent à obtenir des services régis par la province ou en bénéficient déjà.

Chapitre 11 : Combler les besoins particuliers des Autochtones âgés en Ontario

Comprendre les besoins particuliers des Autochtones âgés en Ontario

Même si les Ontariennes et les Ontariens âgés provenant des communautés ethnoculturelles partagent des préoccupations et des problèmes communs, les Autochtones âgés méritent une distinction, étant donné l'ensemble d'expériences, de défis et de besoins qui leur sont propres.

Le mot « Autochtone » est devenu le nom collectif donné aux premiers habitants de l'Amérique du Nord et d'autres continents et à leurs descendants. La constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Indiens (maintenant couramment appelés Premières Nations), les Métis et les Inuits. Il existe en effet trois peuples distincts ayant chacun son histoire, ses langues, ses pratiques culturelles et ses croyances spirituelles qui ont contribué de façon importante à la croissance et à l'évolution de notre province.

« Nous devons reconnaître les besoins culturels particuliers des populations autochtones. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

À l'heure actuelle, on compte environ 270 000 Autochtones en Ontario. Même si l'on y dénombre 133 collectivités des Premières Nations, environ 80 pour cent des Autochtones de la province vivent hors réserve[347]. Toutefois, peu importe où ils habitent, les Autochtones affichent encore le pire état de santé de toutes les populations identifiables de l'Ontario[348]. Étant donné que la prévalence de trois affections chroniques ou plus est plus élevée au sein de la population autochtone comparativement à la population non autochtone[349], on peut comprendre pourquoi les Autochtones ont besoin de façon disproportionnée de soins d'urgence[350] et pourquoi ils sont plus susceptibles de déclarer que leur état de santé est « mauvais » ou « passable »[351].

Le statut socioéconomique constamment inférieur des Autochtones de l'Ontario et d'ailleurs comparativement à celui de la population non autochtone et les effets persistants du colonialisme constituent toujours deux des principales causes des disparités entre les deux groupes sur le plan de la santé. Le revenu moyen des Autochtones est considérablement inférieur à celui de la population non autochtone, les revenus annuels médians dépassant à peine les 9 000 $[352]. Un statut socioéconomique inférieur est également plus susceptible d'être associé à une vaste gamme d'affections chroniques, comme le diabète, les troubles cardiovasculaires et respiratoires et les problèmes de santé mentale, qui entraînent d'autres problèmes et une utilisation accrue des services de soins de santé et des services sociaux et communautaires. Il en résulte donc que les Autochtones ont une espérance de vie inférieure à celle des non-Autochtones.

347 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Recensement de 2006*, Ottawa (Ontario), 2007.
348 Université Lakehead, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Katt, M., et coll. *Assessing the Quality of Primary Care Services Available to Ontario's Aboriginal Residents*, Thunder Bay (Ontario), 2006.
349 Rosenberg, M. W., et coll. « Older Aboriginal Peoples in Canada Demographics, Health Status and Access to Health Care », *Social and Economic Dimension of an Aging Population Research Papers*, n° 249 (2009).
350 Wen, S., et coll. « Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario », *Ethnic Health*, n° 1, p. 99 à 109 (1996).
351 Rosenberg, M. W., et coll. « Older Aboriginal Peoples in Canada Demographics, Health Status and Access to Health Care », *Social and Economic Dimension of an Aging Population Research Papers*, n° 249 (2009).
352 Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Recensement de 2006*, Ottawa (Ontario), 2007.

À cause du fardeau des maladies chroniques qui ne cesse de s'alourdir chez les Autochtones de l'Ontario, un grand nombre d'entre eux souffrent aussi de limites fonctionnelles à un âge inférieur à celui de la population non autochtone. Les membres de la communauté autochtone ont également fait remarquer que les problèmes de santé, sociaux et fonctionnels les plus compliqués et souvent interreliés qui affligent les personnes âgées non autochtones ont tendance à survenir à un plus jeune chez les Autochtones. Par conséquent, au moment de considérer les besoins des Autochtones âgés, on a précisé que le seuil traditionnel de 65 ans et plus utilisé pour considérer une personne comme étant âgée est moins pertinent si on pense à leurs besoins particuliers. Enfin, même si les Autochtones ont une espérance de vie inférieure à celles des non-Autochtones, les taux de natalité plus élevés créent une structure démographique plus jeune. Cela détourne souvent notre attention du fait que l'écart dans l'espérance de vie diminue et que de plus en plus d'Autochtones vivent plus vieux que jamais. En fait, on a remarqué que le pourcentage d'Autochtones âgés devrait tripler au cours des deux prochaines décennies comparativement à celui de la même cohorte au sein de la population générale qui, pour sa part, doublera au cours de la même période[353]. En effet, les changements démographiques associés à la santé plus fragile des Autochtones âgés exigeront qu'on réponde à ces besoins par des interventions réfléchies et adaptées à leur culture.

Besoin croissant de soins adaptés à la culture

À la suite de nos consultations menées partout dans la province, nous avons appris que les Autochtones âgés ont des valeurs et des besoins culturels traditionnels riches qui devraient être mieux compris et intégrés aux services de soins de santé, aux services sociaux et communautaires et aux options qu'offre l'Ontario. En effet, les représentants des Autochtones que nous avons rencontrés ont constamment insisté sur l'importance de fournir des services de soins de santé et des services sociaux et communautaires adaptés à leur culture.

Toutefois, nous avons trop souvent entendu dire au cours des consultations que de nombreux fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires n'étaient toujours pas conscients des besoins culturels, de l'état de santé et de la situation sociale des Autochtones âgés ainsi que des services sociaux et de santé qui pourraient ou ne pourraient pas être offerts localement pour leur venir en aide. Par ailleurs, l'incapacité d'intégrer les besoins culturels aux services que nous offrons ne fait qu'empirer les expériences des fournisseurs et des peuples autochtones avec lesquels nous travaillons.

Les organismes autochtones ont déclaré que leurs patients réagissaient mieux aux soins de santé adaptés à leur culture[354]. En améliorant l'accès aux médecines traditionnelles, à la nourriture, aux pratiques culturelles et aux services de traduction en langues et dialectes traditionnels notamment, on peut offrir des soins mieux adaptés à la culture autochtone. Dans les établissements où l'on se concentre sur ces initiatives, on a remarqué de meilleurs résultats pour le patient, le fournisseur et le système. La question linguistique est particulièrement importante pour les Autochtones âgés étant donné que certains ne peuvent communiquer facilement que dans leur langue, ce qui peut constituer un

[353] Gouvernement du Canada, Comité spécial sur le vieillissement, *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, Ottawa (Ontario), 2009.
[354] Organisation nationale de la santé autochtone, *Cultural Competency and Safety in First Nations, Inuit, and Métis Health Care Fact Sheet*, Ottawa (Ontario), 2009.

obstacle important pour avoir accès aux services de santé et aux services sociaux et communautaires lorsque des soins adaptés à la culture ne sont pas offerts[355].

Quand on comprend l'histoire passée et encore plus l'histoire récente des Autochtones de l'Ontario, on s'explique d'autant plus le besoin de s'assurer que des soins adaptés à la culture, sécuritaires et prodigués avec compétence aux Autochtones âgés deviennent une priorité. En offrant ce type de soins, les fournisseurs auront besoin d'être formés pour comprendre le traumatisme que pourrait éprouver un Autochtone qui a fréquenté un pensionnat ou qui a vécu d'autres expériences à l'idée de faire appel à nos systèmes de soins de santé et de services sociaux et communautaires qui sont dans une large mesure non axés sur les Autochtones. Il convient de noter que l'acquisition des compétences nécessaires pour offrir des soins sécuritaires et adaptés à la culture peut également s'avérer avantageuse pour les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires. Cela peut augmenter la confiance au travail en accroissant la capacité des fournisseurs de répondre aux besoins de différents groupes de la société. L'augmentation de la satisfaction professionnelle qui en résulte peut contribuer à faciliter le recrutement et à améliorer les taux de maintien en poste dans les collectivités rurales et éloignées[356], notamment celles qui ont d'importantes populations autochtones.

La manière dont les services de soins de santé et les services sociaux et communautaires sont offerts aux Autochtones en Ontario dépend de facteurs à la fois historiques et géographiques. À l'heure actuelle, Santé Canada fournit aux Premières Nations et aux Inuits admissibles une gamme précise de biens et de services médicalement nécessaires en lien avec la santé lorsqu'ils ne sont pas couverts par des régimes d'assurances privés ou les programmes de santé et de services sociaux provinciaux ou territoriaux. Les éléments couverts comprennent les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre, les fournitures médicales, le matériel médical, les services de counseling d'urgence à court terme, les soins dentaires et de la vue ainsi que le transport pour des raisons médicales. Toutefois, un grand nombre de membres des Premières Nations ou des peuples inuits ont eu du mal à accéder à ces avantages. Parallèlement, la prestation des soins de santé publique, des soins primaires, des soins actifs et des soins de santé communautaire aux Autochtones en Ontario est principalement devenue une responsabilité provinciale. Néanmoins, il était évident, pendant nos consultations, que la prestation appropriée de services présente encore certains problèmes, alors que la responsabilité de la prestation de ces services n'est pas bien déterminée.

En septembre 2011, le *Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations* a été créé pour mieux comprendre les problèmes d'ordre juridictionnel qui influent sur la santé des membres des collectivités des Premières Nations. Ce comité de hauts fonctionnaires comprend des représentants des Premières Nations de l'Ontario, ainsi que des sous-ministres adjoints de la Santé des gouvernements fédéral et provincial, et il est coprésidé par le Grand Chef Stan Beardy. Son principal objectif est de travailler en collaboration en vue de cerner et de mettre en œuvre des mesures pratiques touchant certains secteurs prioritaires comme la prévention et la prise en charge du diabète, la santé mentale et les dépendances, la santé publique ainsi que la collecte et l'analyse de données. Ce type

[355] Rosenberg, M. W., et coll. « Older Aboriginal peoples in Canada: Demographics, health status and access to health care », *Social and Economic Dimensions of Aging Population Research Papers*, n° 249 (2009).
[356] Organisation nationale de la santé autochtone, *Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé*, Ottawa (Ontario), 2008.

de forum pourrait s'avérer un modèle efficace grâce auquel on pourrait régler d'autres problèmes importants pour les Autochtones, qu'ils vivent ou non dans les réserves.

La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones

La Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones a été adoptée en 1994 à titre de politique et d'initiative de service. Elle réunit des organismes autochtones et le gouvernement de l'Ontario en un partenariat unique dont le rôle est de promouvoir la santé et la guérison au sein des populations autochtones, dans un effort pour contrer le mauvais état de santé et la violence familiale qui y sont présents. La Stratégie a contribué à sensibiliser les gens au fait que les besoins en soins de santé des Autochtones doivent être holistiques et englober les aspects physique, mental, émotionnel, spirituel et culturel de la vie. Une fois cela compris, on a pu promouvoir une vision de la guérison et du bien-être qui établit un équilibre entre le corps, l'âme, les émotions et l'esprit tout au long du continuum de guérison.

La Stratégie a également entraîné l'élaboration d'une gamme de programmes, comme les centres de santé et d'amitié, les huttes de guérison et les refuges pour les femmes et la famille, qui visent à améliorer la santé et le bien-être des Autochtones de l'Ontario, de leurs familles et de leurs collectivités. Les centres autochtones d'accès aux soins de santé (CAASS), par exemple, offrent aux familles autochtones de toute la province des soins primaires complets, sécuritaires et adaptés à leur culture. À l'heure actuelle, il existe 10 CAASS en Ontario qui offrent des services aux Autochtones vivant dans les réserves et hors réserve, dans des localités urbaines, rurales et nordiques. Les programmes et les services supplémentaires qu'ils offrent peuvent comprendre les soins pré et postnatals, des programmes de sensibilisation en matière de nutrition et de santé, la prévention des maladies, du counseling et des services de guérison traditionnelle.

En 2010, le gouvernement de l'Ontario a travaillé avec ses partenaires autochtones pour renouveler la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. La nouvelle version comprenait des modifications importantes visant à favoriser une supervision et un contrôle accrus des programmes de la Stratégie par les Autochtones et à renforcer les services de santé offerts aux collectivités autochtones. En septembre 2010, le gouvernement a écrit à ses partenaires autochtones pour les informer des éléments de la stratégie renouvelée. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a lancé des consultations avec les parties prenantes internes du Ministère, l'Association des centres de santé de l'Ontario et les CAASS existants pour discuter des modifications aux nouvelles ententes de financement en vigueur à partir de l'exercice 2012-2013, ce qui devrait leur permettre de continuer leur travail et d'en élargir la portée. Ces consultations ont fait en sorte que les CAASS ont récemment vu leur financement de base augmenter de manière importante, à l'instar de l'augmentation survenue dans le reste du secteur communautaire; ils recevront désormais un financement spécial qui sera consacré spécifiquement à la prestation de services médicaux, comparable au financement offert aux centres de santé communautaires. Les CAASS auront désormais également accès au processus d'examen et d'approbation du financement des projets d'immobilisations du Ministère.

Autres initiatives

En 2005, pour augmenter la capacité d'offrir des services pertinents et mieux adaptés à la culture des peuples autochtones, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 100 millions de dollars sur cinq ans pour la création de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) pour :

- augmenter le nombre d'Autochtones qui font carrière dans le domaine de la santé;
- maintenir en poste les travailleurs de la santé qui œuvrent dans les collectivités autochtones;
- adapter les programmes d'études dans le domaine des soins de santé afin de soutenir le développement de compétences culturelles en ce qui a trait à la prestation de services de soins de santé aux peuples autochtones.

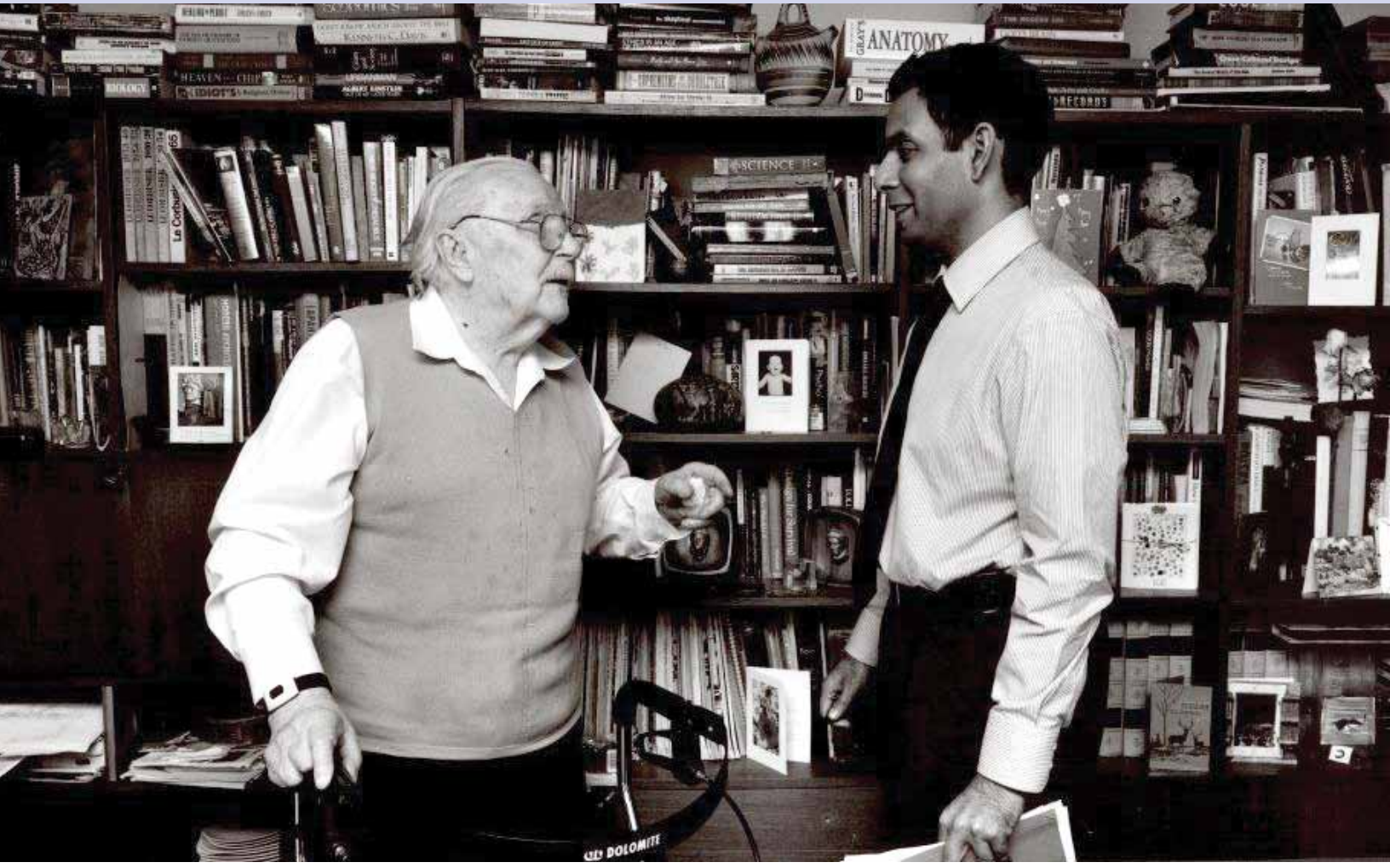
Pour promouvoir davantage l'élaboration d'une formation sur les compétences culturelles destinée à tous les fournisseurs de services de soins de santé et de services sociaux et communautaires travaillant auprès des populations autochtones, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) se sont également engagés dans un projet qui vise à faire en sorte que les centres d'amitié collaborent avec les fournisseurs locaux de services de soins de santé et de services sociaux et communautaires pour approfondir leur compréhension de ce qui est nécessaire pour offrir aux Autochtones des soins sécuritaires et adaptés à leur culture. Une formation similaire profiterait également à tous les futurs fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires, qui pourront acquérir ces compétences dans le cadre de leurs programmes de formation de base.

Même s'il est évident que des progrès ont été réalisés et qu'en règle générale, les résultats sur la santé des Autochtones de l'Ontario s'améliorent, il reste encore beaucoup à faire. À mesure qu'ils vieillissent, les Autochtones seront de plus en plus nombreux à avoir affaire avec des composants des systèmes de soins de santé et de services sociaux et communautaires qui n'ont pas été spécifiquement mis sur pied en tenant compte de leurs besoins. Cela ne fait que mettre davantage en évidence le besoin de s'assurer que nous allions de l'avant avec la création d'un système qui peut offrir des soins plus sécuritaires et mieux adaptés à la culture des Autochtones et à tous les Ontariens.

Recommandations

125. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario et le ministère des Affaires autochtones, devrait s'engager à entamer un processus pour faire participer de manière significative les Autochtones de toute la province vivant sur les réserves et à l'extérieur ainsi que leurs organismes à la définition d'une stratégie visant les Autochtones âgés.
126. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Affaires autochtones, devrait promouvoir l'élaboration d'une formation sur la compétence culturelle destinée à tous les fournisseurs de services de soins de santé et de services sociaux et communautaires qui travaillent auprès des Autochtones âgés.
127. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Affaires autochtones, devrait augmenter sa capacité d'assurer la prestation de services adaptés à la culture des Autochtones âgés.
128. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère des Affaires autochtones et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, devrait continuer de soutenir l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de l'Ontario.
129. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait continuer d'appuyer les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones selon les niveaux de financement du secteur communautaire, en leur donnant notamment accès au processus d'examen et d'approbation du financement des immobilisations.

Chapitre 12 : Instruments d'habilitation nécessaires pour le soutien d'une stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées



Afin de faciliter la mise en œuvre et la viabilité à long terme des recommandations contenues dans le présent rapport, il faudra mettre en place des instruments d'habilitation systémiques élargis. Ces instruments d'habilitation contribueront plus particulièrement à soutenir les objectifs stratégiques des recommandations en :

- veillant à ce que la province forme et soutienne adéquatement les ressources humaines dans le domaine de la santé;
- accroissant ses efforts, au moyen d'investissements dans la recherche et la technologie, pour comprendre et gérer les problèmes liés au vieillissement et à ses répercussions;
- améliorant ses processus et ses instruments d'aiguillage et d'évaluation ainsi que ses normes d'information et d'aiguillage par l'utilisation de la technologie;
- en améliorant l'intégration et le rendement du système de santé par l'adoption de responsabilités partagées et de mesures de rendement dans tous les secteurs;
- en établissant un modèle de gouvernance et de mise en œuvre qui permettra la réussite des recommandations énoncées dans le présent rapport.

Renforcer nos ressources humaines dans le domaine de la santé pour une population ontarienne vieillissante

Notre capacité à former une main-d'œuvre hautement qualifiée dans les domaines des soins de santé et des services sociaux et communautaires sera essentielle à la prestation des services et des soins de qualité supérieure dont auront besoin un nombre croissant d'Ontariennes et d'Ontariens âgés. Toutefois, nous sommes en ce moment limités par le fait que nos programmes actuels de formation de base et de niveau supérieur des professionnels de la santé et des services sociaux en Ontario prévoient peu de possibilités de comprendre les défis particuliers liés à la prestation de soins à une population vieillissante.

Prenons le cas des médecins, par exemple. Bien que les Ontariennes et les Ontariens âgés représentent une grande partie des consommateurs de soins de santé, il existe une grave pénurie de gériatres et de médecins ayant une expertise dans les soins aux personnes âgées[357]. En décembre 2012, 122 médecins ontariens actifs étaient titulaires d'un certificat de spécialisation en gériatrie pour une population de 1 878 325 personnes âgées de 65 ans et plus; cela représente un ratio de 0,65 gériatre pour 10 000 Ontariennes et Ontariens âgés[358, 359] En revanche, toujours en décembre 2012, 1 538 médecins ontariens actifs étaient titulaires d'un certificat de spécialisation en pédiatrie pour une population de 2 180 775 jeunes âgés de 0 à 14 ans; cela représente un ratio de 7,05 pédiatres pour 10 000 enfants.

Pourquoi observe-t-on une grave pénurie de gériatres en Ontario? Bien que les gériatres aient traditionnellement figuré parmi les spécialistes les moins bien rémunérés jusqu'à tout récemment, il convient probablement davantage d'attribuer le niveau d'attention anémique alarmant accordé à la gériatrie dans les programmes aux écoles de médecine et aux programmes de résidence. Parmi les écoles de médecine ontarienne, par exemple, aucune n'offre actuellement de formation de base en

[357] Wong, R. « Who is going to look after our aging Canadians? », *The Province*, 24 octobre 2011.
[358] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *All Doctors Search*, Toronto (Ontario), 2012.
[359] Gouvernement du Canada, Statistique Canada, *Recensement de 2011*, Ottawa (Ontario), 2012.

gériatrie, mais toutes offrent une formation de base en pédiatrie. Alors que la grande majorité des diplômés optent pour des champs d'exercice où les patients âgés, plutôt que les jeunes, deviendront les principaux utilisateurs de leurs services, il est ironique de constater que la pédiatrie, et non pas la gériatrie, demeure la formation de base des cursus actuels[360]. En effet, une exposition limitée aux soins destinés aux personnes âgées a probablement contribué au faible nombre de diplômés en médecine qui envisagent et par conséquent choisissent de s'inscrire à des programmes de formation en gériatrie en Ontario. Compte tenu des besoins particuliers de plus en plus reconnus des personnes âgées en quête de soins médicaux, cela devrait constituer une préoccupation majeure, parce que la plupart des médecins qui reçoivent leurs diplômes n'ont pratiquement pas été exposés à la gériatrie et que très peu choisissent cette spécialité.

« Il est important d'avoir accès à des fournisseurs de soins primaires connaissant les besoins spéciaux des personnes âgées et disposés à prendre le temps d'ÉCOUTER les préoccupations de ces dernières. » – Répondant à l'enquête sur la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées

Au cours de nos consultations, l'ensemble des associations professionnelles provinciales a également déclaré qu'en plus d'être peu exposés à ce champ de pratique, les stagiaires en services de santé et en services sociaux sont probablement peu exposés aux établissements de soins tels que les foyers de soins de longue durée ou les centres de réadaptation, où les personnes âgées constituent les principaux bénéficiaires de soins. Cela a été invoqué comme l'une des raisons principales pour lesquelles peu de diplômés de quelque profession que ce soit choisissent une carrière liée aux soins destinés aux personnes âgées, particulièrement dans les établissements qui exigent aussi des pratiques de travail interprofessionnelles axées sur la collaboration.

Il semblerait que les normes nationales d'agrément, qui influent sur les programmes offerts aux professionnels de la santé et des services sociaux dans les écoles de la province, ne mettent pas assez l'accent sur la formation en soins destinés aux personnes âgées. Bon nombre des représentants des écoles financées par les pouvoirs publics ont indiqué qu'il s'agit de la raison fondamentale pour laquelle ils n'ont pas accordé la priorité à cette formation au moment d'élaborer leurs programmes. Néanmoins, la formation d'une main-d'œuvre bien formée qui aura les connaissances et les compétences nécessaires pour soigner une population vieillissante doit devenir une priorité provinciale. Il faut en outre favoriser et soutenir l'élaboration de possibilités de perfectionnement continu pour les professionnels, qui sont axées sur l'acquisition de connaissances et de compétences dans ce domaine. En effet, l'amélioration des connaissances, des compétences et de la confiance de la main-d'œuvre en soins de santé et en services sociaux en ce qui a trait aux soins destinés à notre population vieillissante nous permettra d'atteindre notre objectif de fournir les bons soins, au bon moment et au bon endroit.

À mesure que notre population vieillit, le nombre croissant de personnes ayant besoin de soins devra aussi compter sur un nombre adéquat de professionnels de la santé et des services sociaux pour les fournir. Notre secteur des soins de santé est toutefois celui où il y a le plus grand nombre de professions aux prises avec des pénuries de ressources humaines. Par conséquent, en plus des modifications aux programmes d'études, il faudra s'assurer de miser sur un nombre suffisant de professionnels,

[360] Monette, M. « Arm-Twisting Medical Schools for Core Geriatric Training », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 184, n° 10, p. 515 à 516 (2012).

en particulier des gériatres, des psychiatres en gériatrie, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers praticiens, des infirmières et infirmiers autorisés, des auxiliaires médicaux, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des thérapeutes et des préposés aux services de soutien à la personne. Continuer à soutenir l'aménagement d'environnements de soins axés sur le travail d'équipe sera aussi essentiel à la promotion des soins interprofessionnels dont profitent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie. Compte tenu également du vieillissement de la main-d'œuvre[361], veiller à lever les obstacles à la formation et à rémunérer correctement les spécialistes des soins aux personnes âgées sera tout aussi important que de s'assurer que les infirmières et infirmiers ainsi que les préposés aux services de soutien à la personne, de qui dépend une bonne partie des soins destinés à cette population, sont valorisés et soutenus[362].

Recommandations

Répondre aux besoins en formation de base et en formation continue de la main-d'œuvre du domaine de la santé

130. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, devrait préparer tous les futurs fournisseurs de soins de santé et de services sociaux à répondre à l'évolution des besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés en exigeant que les programmes de formation de base en Ontario destinés aux médecins, aux infirmières et infirmiers, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes, aux travailleurs sociaux, aux pharmaciens, aux auxiliaires médicaux, aux ambulanciers paramédicaux, aux préposés aux services de soutien à la personne et autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux compétents prévoient du contenu et des possibilités de formation en milieu clinique en gériatrie.

131. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, devrait faire figure de chef de file au Canada en établissant des normes d'agrément de la formation en gériatrie ou en gérontologie pour toutes les écoles de la province qui assurent la formation des professionnels de la santé et des services sociaux qui travailleront probablement auprès des personnes âgées.

132. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et le ministère des Services sociaux et communautaires, devrait encourager la préparation d'une liste des compétences de base en matière de soins aux personnes âgées pour tous les programmes de formation de niveau supérieur de l'Ontario destinés aux professionnels de la santé et des services sociaux.

[361] Gouvernement du Canada, Comité spécial d'enquête sur la gérontologie, *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, Ottawa (Ontario), 2009.

[362] Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *L'Ontario crée un registre pour les préposés aux services de soutien à la personne – Le gouvernement McGuinty collabore avec les préposés aux services de soutien à la personne afin d'offrir des soins de santé de qualité*, Toronto (Ontario), 2011.

133. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et le ministère des Services sociaux et communautaires, devrait appuyer la préparation de tous les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux en favorisant l'élaboration d'activités de formation professionnelle continue et de programmes d'agrément axés sur les soins des personnes âgées et en faisant en sorte qu'une partie des activités de perfectionnement des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux soit axée sur les soins aux personnes âgées.
134. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait favoriser la collaboration entre le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) et le Réseau d'échange des connaissances pour la santé des personnes âgées afin de créer et de gérer un répertoire en ligne de présentations pédagogiques qui aident les fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires à acquérir de nouvelles connaissances et compétences en matière de soins aux personnes âgées.
135. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Services sociaux et communautaires devraient continuer à appuyer et à promouvoir la formation et la collaboration interprofessionnelles axées sur les soins aux personnes âgées entre les médecins, le personnel infirmier et les professionnels paramédicaux et de services sociaux.

Soutenir le perfectionnement et la disponibilité des spécialistes

136. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, devrait s'assurer que du financement adéquat est en place pour offrir un nombre suffisant de postes de résidence à ceux qui désirent poursuivre des études supérieures en médecine gériatrique et en psychiatrie gériatrique. Cette politique de financement devrait également s'étendre aux postes de formation dans le domaine des soins aux personnes âgées pour les médecins de soins primaires si les organismes d'agrément compétents sont en mesure d'élaborer des programmes et des normes d'agrément pour ce domaine de spécialisation.
137. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait achever l'élaboration du programme de diversification du mode de financement (PDMF) récemment introduit pour appuyer les gériatres de la province, d'une façon qui ne restreint pas le nombre de gériatres voulant exercer en Ontario et qui ne défavorise pas la pratique de la gériatrie. L'examen à venir des services fournis aux termes du Programme régional de soins gériatriques devrait également se pencher sur le moyen de soutenir les gériatres qui œuvrent au sein d'équipes interprofessionnelles, ce qui constitue une exigence de ce PDMF.
138. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait harmoniser les honoraires à la séance des gériatres qui œuvrent au sein d'une ESF avec ceux des internistes en médecine générale.

Infirmières et infirmiers

139. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait donner la priorité à des programmes spécifiques, par exemple des programmes de mieux-être et de visites à domicile, et les mettre en œuvre afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées dans les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens.

140. Le Secrétariat des soins infirmiers du ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait collaborer avec l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), le Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI), les collèges d'arts appliqués et de technologie et l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) afin d'assurer l'intégration des éléments suivants :

    a) les objectifs d'apprentissage en gériatrie et en gérontologie ainsi que le contenu des cours relatifs aux soins aux personnes âgées des programmes de formation en soins infirmiers en Ontario, notamment les programmes en soins infirmiers auxiliaires, les programmes de premier cycle pour les IA, les programmes de formation des infirmières et infirmiers praticiens et les programmes de maîtrise pour l'ensemble des infirmières et infirmiers;
    b) les exigences de formation en gériatrie et en gérontologie en ce qui a trait aux soins aux personnes âgées dans les normes d'agrément des programmes de sciences infirmières de premier cycle pour la province;
    c) l'obligation d'inclure le contenu de la formation en gériatrie et en gérontologie en ce qui a trait aux soins aux personnes âgées dans le programme d'assurance de la qualité de l'OIIO en 2014.

Préposés aux services de soutien à la personne (PSSP)

141. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait offrir plus de soutien à ses PSSP en renforçant son nouveau registre des PSSP, en rendant obligatoire l'inscription au registre, en exigeant une norme commune en matière de formation pour les futurs inscrits et en élaborant un processus de traitement des plaintes qui peut protéger le public et la profession.

142. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, devrait s'employer à définir une norme commune en matière de formation des PSSP qui comprend une formation sur les soins aux personnes âgées pour les nouveaux préposés et les préposés actuels.

143. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait se pencher sur des méthodes et des politiques novatrices d'élaboration de programmes et d'initiatives afin de stabiliser l'effectif actuel des PSSP et d'améliorer les ensembles de compétences existants de manière à promouvoir l'amélioration de la qualité.

Créer des milieux de travail positifs

144. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager d'affecter du financement continu au programme des milieux de travail sains en vue de soutenir l'élaboration de projets communautaires et en établissement durables et évolutifs, qui améliorent la capacité des professionnels des soins de santé et des services sociaux à prendre soin des personnes âgées.

145. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager la création d'un programme annuel de reconnaissance et de récompenses mettant en valeur le travail des professionnels des soins de santé, des services sociaux et des soins communautaires qui s'occupent des personnes âgées.

Faire avancer la recherche et la technologie pour soutenir le vieillissement à domicile

La population d'Ontariennes et d'Ontariens âgés, de plus en plus diversifiée et hétérogène, continuera d'augmenter et d'évoluer au cours des prochaines décennies. Par conséquent, nos connaissances en matière de compréhension des personnes âgées et de leurs besoins devront également évoluer. De plus, la recherche visant à comprendre les complexités du vieillissement et ses conséquences sur les processus de santé et de maladie ainsi que l'évolution des attitudes et des préférences en matière de soins appuieront l'élaboration d'innovations en matière de soins, de services et de programmes fondés sur des données probantes afin de répondre aux besoins en constante évolution de cette population.

Les progrès technologiques ont servi et continueront de servir d'instruments d'habilitation permettant de répondre à l'évolution des besoins d'une population vieillissante. Les innovations technologiques permettent déjà non seulement d'améliorer les normes en matière de communication, mais aussi d'aider un plus grand nombre de personnes à mener une vie autonome à domicile en les aidant à accomplir des tâches fonctionnelles plus facilement ou à mieux communiquer avec les fournisseurs de services, au besoin, grâce à la télésurveillance.

D'un point de vue sociétal, les technologies des communications ont renforcé la capacité des personnes âgées de demeurer informées, averties et en relation avec les autres. À mesure que nous envisagerons d'utiliser des plateformes technologiques pour mieux communiquer l'information aux Ontariennes et aux Ontariens âgés, à leurs familles et à leurs personnes soignantes, nous devrons examiner attentivement la façon dont ces personnes préfèrent communiquer et dont elles utilisent la technologie afin de faire en sorte que ce que nous mettons au point est approprié et accessible. Les compétences linguistiques et les capacités de lecture et d'écriture d'un utilisateur ainsi que ses habiletés fonctionnelles à utiliser certaines technologies, par exemple, peuvent avoir une incidence importante sur sa façon d'aborder une source d'information. Par conséquent, il faudra examiner très attentivement ces questions afin de s'assurer que les technologies et les services que nous concevons pour communiquer avec les personnes âgées, leurs familles et les personnes qui les soignent leur permettent de les utiliser d'une manière positive et significative.

Les progrès dans le domaine des technologies de l'information serviront également à soutenir l'aménagement d'éléments d'infrastructures permettant de favoriser l'accès à l'information et la circulation de celle-ci dans tout le système de soins de santé. Alors qu'un nombre grandissant de dossiers médicaux sont numérisés, la création d'un dossier universel de santé qui améliore la communication au sein des secteurs et entre ceux-ci et leurs fournisseurs devrait demeurer notre objectif premier, surtout pour fournir des soins intégrés aux patients âgés en perte d'autonomie. De plus, la mise au point de systèmes d'information qui pourraient prendre en charge la détermination, l'évaluation commune et le suivi des besoins, la mise en œuvre de pratiques exemplaires ainsi que l'automatisation de fonctions complexes appuieront notre désir de mettre en place un système de soins de santé au rendement élevé.

Au cours de la prochaine décennie, nous serons également témoin d'importants progrès sur le plan des technologies de télémédecine et de l'élaboration de programmes de télésoins à domicile permettant la surveillance à distance des patients grâce à l'utilisation des technologies de communication. L'incidence de ces technologies sur la prestation des services de santé et la capacité des fournisseurs de soins de santé et de leurs patients d'échanger des renseignements sera marquante. Les premières leçons positives et négatives retenues concernant l'utilisation des technologies de télésoins à domicile dans le cadre des soins aux personnes âgées devraient en outre nous rappeler l'importance qu'aura la participation essentielle d'un fournisseur de soins primaires, par exemple, au moment de mettre en œuvre l'utilisation de cette technologie afin de soutenir la prise en charge d'une maladie chronique à domicile[363]. Bien que leur utilisation ne soit actuellement pas très répandue pour les soins aux personnes âgées, ces technologies devraient offrir un important potentiel d'amélioration de l'accès aux soins parmi les aînés, particulièrement dans les régions rurales et éloignées[364].

Recommandations

146. Le gouvernement de l'Ontario et les ministères compétents devraient accorder la priorité à la recherche sur le vieillissement et aux besoins des Ontariennes et des Ontariens âgés dans le cadre de ses processus de planification et des programmes de financement qu'il administre.

147. Le gouvernement de l'Ontario et les ministères compétents devraient reconnaître, au moment de l'élaboration actuelle et future des services d'information, l'hétérogénéité des personnes âgées et des personnes soignantes, ainsi que leur empressement, leurs capacités et leurs préférences en ce qui a trait à l'utilisation de la technologie pour accéder à des renseignements.

148. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait accorder la priorité aux futurs investissements en cybersanté en définissant des objectifs clairs relativement aux initiatives visant à soutenir tout particulièrement l'intégration et la coordination des soins aux personnes âgées, comme les systèmes intégrés d'évaluation, d'information et d'aiguillage, etc.

---

[363] Takahashi, P. Y., et coll. « A Randomized Controlled Trial of Telemonitoring in Older Adults With Multiple Health Issues to Prevent Hospitalizations and Emergency Department Visits », *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, n° 10, p. 773 à 779.

[364] Gouvernement du Canada, Comité spécial d'enquête sur la gérontologie, *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, Ottawa (Ontario), 2009.

149. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait accorder la priorité à création de services de télémédecine et de télésoins à domicile au sein du RTO afin d'appuyer la prestation de services gériatriques dans l'ensemble de la province, surtout dans les régions rurales et les régions du Nord plus isolées où il y a des pénuries particulièrement graves de spécialistes des soins aux personnes âgées.
150. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'assurer que la création de nouveaux services de télémédecine et de télésoins est menée de façon à améliorer le rôle que joue le fournisseur de soins primaires du patient ainsi qu'à le faire participer davantage.

Normaliser les processus intégrés d'évaluation et d'aiguillage qui favorisent l'indépendance

Afin de faciliter la prestation de soins de qualité aux personnes âgées et particulièrement à celles qui ont des besoins complexes, il est essentiel d'avoir accès à des renseignements récents et utiles pour appuyer le processus décisionnel et la planification des soins. Étant donné que les personnes âgées sont examinées par différents fournisseurs provenant de différentes parties du système de soins de santé, un système intégré d'information ferait en sorte que les renseignements tirés de ces rencontres soient recueillis et partagés, réduisant ainsi les renseignements erronés et les erreurs subséquentes, tout en planifiant les soins et en prenant des décisions plus éclairées afin que les clients puissent vivre une meilleure expérience en matière de qualité des soins. Un système d'information plus intégré peut faciliter davantage les aiguillages et accélérer le processus décisionnel concernant les demandes de services. Enfin, le système peut en outre renforcer la capacité du Ministère et des RLISS d'utiliser les données pour comprendre les besoins en constante évolution des personnes âgées et de guider le processus décisionnel de manière à résoudre les problèmes liés à la capacité du système et à améliorer les résultats pour les patients et le système.

Il est encourageant de constater à quel point le Ministère et les RLISS ont progressé en ce qui a trait à la conception de systèmes d'information qui ont la capacité d'offrir de la valeur aux patients et au système de soins de santé. Voici quelques exemples :

- Les **dossiers de santé électroniques** (DSE) sont en voie d'être mis en œuvre par l'entremise de cyberSanté Ontario. Près des deux tiers des Ontariennes et des Ontariens ont désormais des DSE qui sont de plus en plus reliés à d'autres afin que les renseignements puissent être partagés entre un nombre croissant de fournisseurs de soins de santé conformément aux exigences des lois applicables.
- Le **dossier d'évaluation médicale intégré** (DEMI) est un « visualiseur » provincial de dossiers d'évaluation qui est actuellement mis en œuvre dans l'ensemble de la province. Ce système permet aux renseignements tirés des instruments interRAI Home Care et de Community Health Assessment, qui sont recueillis par les coordonnateurs de soins des CASC et des organismes de SSC, d'être transférés avec le client entre les fournisseurs de soins à domicile et de soins communautaires dans des centaines d'organismes. Le Ministère envisage actuellement l'intégration du DEMI à

d'autres plateformes afin d'améliorer davantage celle-ci et de veiller au partage plus opportun, plus sécuritaire et plus précis des renseignements.

- L'**aiguillage vers d'autres niveaux de soins et la mise en adéquation des ressources** est un système conçu pour soutenir l'identification et l'aiguillage des patients vers des services de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires dans d'autres établissements de soins. Les processus en question contribuent déjà à appuyer une méthode plus harmonieuse d'aiguillage des patients, mais les planificateurs du système peuvent en outre les utiliser pour obtenir des renseignements inestimables sur la relation entre l'offre et la demande de services et sur la différenciation des délais d'attente pour obtenir des soins selon les besoins. Le Ministère et les RLISS mettent actuellement au point une version à jour du système qui utilisera des champs compatibles avec les éléments de données de l'instrument interRAI pour renforcer la capacité de ce système de mieux s'intégrer au DEMI et à d'autres dossiers.

En l'absence de démarche unique pour fournir des systèmes communs précis, qu'il s'agisse d'outils d'évaluation, d'aiguillage ou de partage de renseignements, il est fort probable que les soins d'un patient se fragmentent. Par conséquent, il sera tout aussi important de continuer à promouvoir la mise au point de systèmes d'information de cybersanté qui intègrent davantage le travail des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et communautaires au sein des secteurs et entre ceux-ci en vue de l'élaboration d'un système de soins de santé très performant.

L'adoption à l'échelle provinciale des instruments d'évaluation interRAI et de planification des soins dans divers établissements a amélioré l'ensemble des normes de soins et offert l'occasion de partager des renseignements sur l'évaluation et la planification des soins entre les secteurs, réduisant ainsi le dédoublement des évaluations ou la réalisation d'évaluations inutiles qui font perdre du temps aux fournisseurs de soins et aux bénéficiaires. Le fait d'aider les secteurs de la province à mettre à niveau leurs instruments d'évaluation désuets, dans le cas des CASC et des fournisseurs de soins de longue durée, leur permettra de tirer profit de protocoles de planification des soins à jour fondés sur des éléments probants et aussi de faciliter le partage futur entre les secteurs des renseignements d'évaluation recueillis.

En plus de soutenir les fournisseurs de première ligne, le Ministère, les RLISS et les fournisseurs du secteur devraient en outre s'employer à réduire les collectes de données et les rapports en double ou inutiles, et à appuyer les efforts permettant la gestion plus efficace de l'information ainsi que l'amélioration de la disponibilité des données et de l'accès à celles-ci. De plus, on devrait reconnaître que l'utilisation d'outils normalisés fondés sur des données probantes peut améliorer considérablement la détermination et l'évaluation des besoins lorsqu'on travaille auprès de patients d'une population donnée. Tout au long du présent rapport, on a fait référence à ces outils et à d'autres qui n'ont pas été validés pour l'utilisation qu'on en fait dans la province. Par conséquent, on devrait s'efforcer d'encourager la mise en œuvre d'outils d'évaluation des pratiques exemplaires et de planification des soins, de même que l'abandon des outils non validés et moins efficaces pour les soins des personnes âgées.

Recommandations

151. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS devraient exiger que les fournisseurs de services de santé et de services sociaux et communautaires simplifient leurs processus d'évaluation et d'aiguillage afin d'éviter le dédoublement et les fardeaux additionnels pour les patients et les clients, et de favoriser une prestation plus efficace des services. Les recommandations plus précises suivantes peuvent appuyer ce travail :

    a) promouvoir l'utilisation de la série d'instruments d'évaluation Inter-RAI et de mécanismes communs pour transmettre les renseignements (p. ex., les dossiers intégrés d'évaluation);
    b) continuer à étendre l'Initiative d'amélioration opérationnelle d'aiguillage et de mise en adéquation des ressources à l'ensemble de la province;
    c) exiger que tous les CASC et les fournisseurs de SSC entrent les données d'évaluation dans les dossiers d'évaluation médicale intégrés sous peine de pénalités financières ou autres sanctions si cet objectif n'est pas atteint au plus tard le 1er avril 2013.

152. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que les fournisseurs de services de santé et de services sociaux et communautaires mettent en œuvre, dans la mesure du possible, l'utilisation d'outils ou de méthodologies normalisés de prévision et d'évaluation fondés sur des données probantes (les instruments d'évaluation interRAI, l'indice LACE, l'outil PERIL) et cessent d'utiliser des outils ou des méthodologies de prévision et d'évaluation non validés ou moins efficaces (système d'évaluation du risque au triage [Triage Risk Screening Tool ou TRST], les pointages RAI, etc.). Un comité provincial d'experts bénévoles peut être créé afin d'aider à évaluer, à réévaluer et à recommander une série d'outils communs que l'on devrait envisager d'utiliser dans divers établissements de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires.

Promouvoir l'intégration du système grâce aux paramètres de rendement communs et aux ententes de responsabilisation

La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* a fait en sorte que notre système de soins de santé soit de plus en plus axé sur la prestation de soins de qualité supérieure fondés sur des données probantes, tout en augmentant la responsabilisation à cet égard. La réussite de la transformation qui est envisagée et proposée dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie pour le bien-être des personnes âgées nécessitera la capacité de suivre et de mesurer les paramètres de rendement du système décrits dans le présent rapport et de le signaler.

Afin d'amener les secteurs à s'améliorer, le présent rapport s'est concentré sur la définition de seulement quelques paramètres pour chaque secteur de soins de santé, qui peuvent facilement être tirés, en temps opportun, des systèmes existants de déclaration des données. De plus, afin de faciliter davantage les activités d'intégration du système, les paramètres recommandés pour chaque secteur sont ceux qui, dans la mesure du possible, peuvent être partagés entre tous les secteurs pour contribuer

à promouvoir l'intégration fonctionnelle et surveiller le rendement global du système en ce qui a trait aux soins des personnes âgées à l'échelon de chaque RLISS.

Le Ministère doit examiner minutieusement les paramètres proposés décrits dans le présent rapport, puis collaborer avec les RLISS afin de veiller à l'utilisation des mécanismes de responsabilisation appropriés pour atteindre les buts et les objectifs déterminés. Il faudrait en outre saisir l'occasion de poursuivre l'harmonisation des incitatifs avec les résultats visés, par exemple avec la création proposée de Maillons santé.

Recommandations

153. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec les RLISS, devrait promouvoir l'intégration fonctionnelle et l'harmonisation des processus d'évaluation du rendement au sein des secteurs et entre ceux-ci en établissant des paramètres de base communs ainsi que des ententes et des cadres de responsabilisation et de rendement dans l'ensemble des secteurs.
154. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que les ententes sur la responsabilisation en matière de services de santé et les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) contiennent des mesures de rendement obligatoires et facultatives qui font en sorte de pouvoir établir un objectif commun en matière d'évaluation du rendement et d'harmonisation au sein des secteurs et entre ceux-ci.
155. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait élargir son processus trimestriel obligatoire d'examen du rendement de l'entente de rendement entre le Ministère et les RLISS afin d'y inclure un élément visant à se pencher sur les priorités de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées et les paramètres de rendement correspondants pour veiller à la surveillance et au soutien, tel qu'il est exigé, du rendement relatif aux domaines nécessitant une intégration fonctionnelle. Consulter l'annexe B pour une liste des indicateurs proposés qui pourraient surveiller le rendement du secteur et du système global, et être dévoilés publiquement.

Considérations en matière de financement

Le financement adéquat constituera un outil habilitant essentiel pour appuyer la mise en œuvre réussie et assurer la durabilité à long terme des recommandations stratégiques et des objectifs énoncés dans le présent rapport. De même, il est apparu clairement, durant la formulation de ces recommandations, qu'elles ont été préparées durant une période d'intenses restrictions budgétaires, mais sous un gouvernement qui s'est également engagé à assurer la durabilité et l'efficience du système de soins de santé. Dans cette optique, chacune des recommandations mises de l'avant a été évaluée à la lumière du principe d'optimisation des ressources pour les Ontariennes et les Ontariens et même, dans certains domaines, à celle des économies réalisables grâce à des investissements ciblés et à l'amélioration des processus, de la réduction des iniquités et, enfin, de l'atteinte de meilleurs résultats pour les patients et le système. Il convient plus particulièrement de noter que les recommandations formulées dans le

présent rapport ont toutes été conçues en fonction de la notion selon laquelle elles peuvent être mises en œuvre dans les limites des ressources et des budgets existants.

Recommandations

156. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait maintenir son soutien aux RLISS afin qu'ils puissent offrir un million d'heures de soins supplémentaires prodigués par les PSSP dans l'ensemble de la province et dans la collectivité, au cours du présent exercice et des deux suivants.
157. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait au moins maintenir son engagement d'augmenter de quatre pour cent le financement des secteurs des soins à domicile et des soins communautaires, au cours du présent exercice et des deux suivants. On l'encourage à investir les futures hausses budgétaires et les économies qu'il réalisera grâce à des gains d'efficience dans le secteur des soins à domicile et des soins communautaires.
158. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait veiller à ce que l'affectation future des fonds soit conforme aux critères de financement énoncés dans le Modèle d'allocation fondée sur la santé en vue de corriger les écarts actuels en matière de financement de base au sein des RLISS et des secteurs, qui contribuent aux pressions différentielles qui s'exercent dans chaque RLISS en matière de prestation et de qualité des services.

Considérations relatives à la gouvernance et à la mise en œuvre

Afin de mettre en œuvre avec succès les recommandations stratégiques et les objectifs énoncés dans le présent rapport et d'en assurer la durabilité à long terme, les prochaines mesures immédiates devront comprendre la conception et la création d'un cadre de gouvernance et de mise en œuvre. Ce cadre devrait faciliter la collaboration et la coordination interministérielles, la participation des parties prenantes et l'élaboration d'un plan stratégique de mise en œuvre, en plus d'appuyer les efforts réguliers de surveillance et d'évaluation. Cette démarche permettra de s'assurer que toutes les parties de l'ensemble du continuum du système de soins de santé et au-delà de celui-ci sont harmonisées en vue d'atteindre des objectifs communs. Ce n'est qu'à ce moment-là que les améliorations souhaitées pourront être entièrement réalisées.

Recommandations

159. Le gouvernement de l'Ontario devrait retenir les services d'un expert provincial indépendant jouant un rôle de premier plan afin d'orienter et de soutenir le gouvernement, les ministères et les RLISS concernant la supervision de la mise en œuvre de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées. L'expert devrait être tenu de présenter un rapport d'étape trimestriel au ministre, en plus de rapports sur les occasions et les défis qui se sont présentés lors de la mise en œuvre de la stratégie, et de préparer un rapport annuel qui pourra être divulgué au public.

160. La Direction de la mise en œuvre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, devrait être globalement responsable de la supervision de la mise en œuvre de la Stratégie gouvernementale pour le bien-être des personnes âgées et être tenu de présenter un rapport d'étape trimestriel au ministre en plus de rapports sur les occasions et les défis qui se sont présentés lors de la mise en œuvre de la stratégie, et de préparer un rapport annuel qui pourra être divulgué au public.

161. Le gouvernement de l'Ontario devrait conserver la table interministérielle des sous-ministres adjoints qu'il a nouvellement créée, dans le cadre de laquelle il pourra superviser et faciliter la mise en œuvre de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, particulièrement lorsque la collaboration interministérielle s'avère nécessaire.

162. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait exiger que chaque RLISS désigne un membre de son équipe de direction afin de superviser la mise en œuvre de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées et crée un comité directeur composé d'un large éventail de représentants des fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires de la région, y compris des fournisseurs de services de santé publique et de services paramédicaux, des fonctionnaires municipaux, des patients ainsi que des personnes soignantes, dans le but d'aborder et de planifier les possibilités d'élaboration et de mise en œuvre de services destinés aux Ontariennes et aux Ontariens âgés de leur région.

163. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait utiliser des mécanismes de responsabilisation facilement accessibles afin de tenir les RLISS responsables des objectifs, des cibles et des résultats établis relativement à la mise en œuvre de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées (p. ex. l'entente de responsabilisation/rendement entre le Ministère et les RLISS), et rendre public le rendement de chaque RLISS.

164. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir les RLISS afin qu'ils tiennent leurs fournisseurs responsables des objectifs, des cibles et des résultats établis et énoncés dans leurs ententes de responsabilisation en matière de services de santé et dans leur plan d'amélioration de la qualité relativement à la mise en œuvre de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, et assurer l'harmonisation et l'utilisation des sanctions et des incitatifs correspondants.

165. Le gouvernement de l'Ontario devrait envisager de renforcer le rôle et l'objectif du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario afin de faciliter la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées en ce qui concerne les questions qui vont au-delà des domaines des soins de santé et des services sociaux et communautaires.

166. Le gouvernement de l'Ontario devrait changer le nom du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour le renommer tout simplement ministère de la Santé afin de mettre l'accent sur son engagement global envers la santé et le bien-être de toutes les Ontariennes et de tous les Ontariens, plutôt que sur un aspect particulier des soins.

Annexe A : Acronymes

Acronyme	Description
ACE	Advocacy Centre for the Elderly
ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
ACIR	Association canadienne des individus retraités
ACSM	Association communautaire de santé mentale
ANS	Autre niveau de soins
APO	Association des pharmaciens de l'Ontario
AS	Accès Soins
AUA	Assessment Urgency Algorithm
AVQ	Activités de la vie quotidienne
C	Centre
CA	Centre pour aînés
CAASS	Centre autochtone d'accès aux soins de santé
CAAT	Collèges d'arts appliqués et de technologie
Candrive	Initiative canadienne Au volant de la recherche sur les aînés
CARI	Centres d'apprentissage, de recherche, et d'innovation
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CE	Centre-Est
CH	Champlai
CHA	Community Health Assessment
CNAP	Community Navigation and Access Program
CO	Centre-Ouest
CODP	Commission ontarienne des droits de la personne
CPA	Centre pour personnes âgées
CREMS	Aiguillage vers les services communautaires par les services médicaux d'urgence
CSC	Centre de santé communautaire
CUOPSI	Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières
DEMI	Dossier d'évaluation médicale intégré
DGAO	Direction générale de l'accessibilité pour l'Ontario
DPIP	Dirigée par du personnel praticien
DSE	Dossier de santé électronique
ECBO	Évaluation commune des besoins en Ontario
ECHO	Initiative de collaboration adaptée aux besoins des aînés destinée aux hôpitaux de l'Ontario
ERS-H	Entente sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers

Acronyme	Description
ER-SLD	Entente de responsabilisation en matière de soins de longue durée
ESC	Érié St-Clair
ESF	Équipe de santé familiale
FCS	Fonds pour les communautés en santé
GLBT	Gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres
HELP	Hospital Elder Life Program
HNHB	Hamilton Niagara Haldimand Brant
ICC	Insuffisance cardiaque congestive
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INTERACT	INTERventions to avoid Acute Care Transfers
InterRAI	InterResident Assessment Instrument
IPIC	Initiative de prévention de l'itinérance dans les collectivités
IRHSA	Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone
IRSS	Institut de recherche en services de santé
ISAR	Programme d'évaluation des personnes âgées à risque
ISMP	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments
LACE	Length of hospital stay, Acuity on admission, Co-morbidity, ED Visits
LTCF	Long-Term Care Form
MAML	Ministère des Affaires municipales et du Logement
MAPLe	Méthode d'attribution des niveaux de priorité
MAS	Modèle d'allocation basée sur la santé
MH	Mississauga Halton
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
NE	Nord-Est
NICHE	Programme d'amélioration des soins infirmiers prodigués aux aînés
NO	Nord-Ouest
OACAO	Association des centres pour aînés de l'Ontario
OANHSS	Ontario Association of Non-Profit Home and Services for Seniors
OIIO	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
OLTCA	Ontario Long-Term Care Association
OMA	Ontario Medical Association
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPEA	Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées
PAQ	Plan d'amélioration de la qualité

Acronyme	Description
PDMF	Plan de diversification des modes de financement
PERIL	Paramedics assessing Elders at Risk for Independence Loss
PILAO	Programme d'investissement dans le logement abordable de l'Ontario
PMO	Programme de médicaments de l'Ontario
PSSP	Préposés aux services de soutien à la personne
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RAI	Resident Assessment Instrument
RAI HC	Resident Assessment Instrument Home Care
RAI MDS	Resident Assessment Instrument Minimum Data Set
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
RPC	Régime de pensions du Canada
RRAG	Régime de revenu annuel garanti
RTO	Réseau Télémédecine Ontario
SAPAO	Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario
SSC	Services de soutien communautaire
SE	Sud-Est
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLD	Soins de longue durée
SLDA	Soins de longue durée pour les aînés
SMU	Services médicaux d'urgence
SNM	Simcoe Nord Muskoka
SO	Sud-Ouest
SRMEA	Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones
SRG	Supplément de revenu garanti
SU	Services des urgences
SU/ADNS	Salle des urgences et accès aux différents niveaux de soins
SV	Sécurité de la vieillesse
TC	Toronto-Centre
TRST	Triage Risk Screening Tool
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VON	Infirmières de l'Ordre de Victoria
WW	Waterloo Wellington

Annexe B : Mesures de rendement recommandées

		Rendement provincial 2011-2012	Objectif provincial 2013-2014	RLISS	Maillons santé	Services d'info-santé	Fournisseurs de soins primaires	CASC	SSC	Pharmacies	Foyers de soins de longue durée	Hôpitaux
Des collectivités en bonne santé qui offrent des soins accessibles, sécuritaires, efficaces, intégrés et coordonnés aux personnes âgées de l'Ontario	**Cette mesure vise à faire en sorte que les personnes âgées de l'Ontario demeurent en bonne santé et autonomes dans leur collectivité.**											
	Pourcentage d'Ontariens âgés ayant reçu un vaccin antigrippal au cours des 12 derniers mois	68,6	À dét.	•	•	•	•			•	•	
	Pourcentage d'Ontariens âgés ayant reçu un vaccin antipneumococcique	40	À dét.	•	•	•	•				•	
	Pourcentage d'Ontariens âgés ayant reçu un vaccin contre le tétanos au cours des 10 dernières années	30	À dét.	•	•	•	•				•	
	Pourcentage d'Ontariens âgés ayant consenti à des soins de santé et planifié préalablement leurs soins	À dét.	À dét.	•		•	•				•	
	L'objectif de cette mesure est de favoriser la prévention des chutes et des blessures qui s'y rattachent chez les personnes âgées de l'Ontario.											
	Visites aux urgences en raison d'une chute	107 858	À dét.	•	•	•	•	•				•
	Hospitalisations à la suite d'une chute	26 602	À dét.	•	•	•	•	•				•
	Taux de visite aux urgences à la suite d'une chute subie dans la collectivité par 1 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	48,5	À dét.	•	•	•	•	•				•
	Taux d'hospitalisation à la suite d'une chute subie dans la collectivité par 1 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	11,4	À dét.	•	•	•	•	•				•
	Pourcentage de clients de foyers de soins ayant déclaré une chute au cours des 90 derniers jours	28 %	À dét.	•	•	•	•	•				
	Taux de visite aux urgences à la suite d'une chute subie dans un foyer de soins de longue durée par 1 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	101,0	À dét.	•	•	•	•				•	•
	Taux d'hospitalisation à la suite d'une chute subie dans un foyer de soins de longue durée par 1 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	28,1	À dét.	•	•	•	•				•	•
	L'objectif de cette mesure est de favoriser la bonne utilisation des médicaments et de prévenir les événements indésirables liés aux médicaments chez les personnes âgées de l'Ontario.											
	Pourcentage d'Ontariens âgés ayant obtenu un examen de leur médication (MedsCheck) de la part de leur pharmacien au cours des 12 derniers mois	60	À dét.	•		•	•	•		•	•	
	Taux de visite aux urgences pour cause d'événements indésirables liés aux médicaments par 100 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	629,3	À dét.	•		•	•	•			•	
	Taux d'hospitalisation pour cause d'événements indésirables liés aux médicaments par 100 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	75,7	À dét.	•		•	•	•			•	
	Pourcentage d'hôpitaux qui effectuent un examen des médicaments et un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission à l'hôpital et de la mise en congé du patient	À dét.	À dét.	•		•	•					•
	Pourcentage de patients âgés ayant déclaré avoir reçu, au moment de leur congé de l'hôpital, des instructions sur la prise de leurs médicaments et sur les changements liés à ces derniers, ainsi que de l'information sur la personne avec qui communiquer s'ils ont des questions ou préoccupations	50	À dét.	•		•						•

		Rendement provincial 2011-2012	Objectif provincial 2013-2014	RLISS	Maillons santé	Services d'info-santé	Fournisseurs de soins primaires	CASC	SSC	Pharmacies	Foyers de soins de longue durée	Hôpitaux
Des collectivités en bonne santé qui offrent des soins accessibles, sécuritaires, efficaces, intégrés et coordonnés aux personnes âgées de l'Ontario	**Cette mesure vise à faire en sorte que les personnes âgées de l'Ontario aient rapidement accès à des soins primaires.**											
	Capacité d'accueil estimative de nouveaux patients par l'équipe des soins primaires selon la taille de l'équipe	75 000	À dét.	•		•	•	•				
	Pourcentage d'Ontariens âgés sans médecin qui ont été dirigés vers un fournisseur de soins primaires par l'intermédiaire d'Accès Soins	82,7	À dét.	•		•		•				
	Pourcentage d'Ontariens âgés sans médecin, désignés comme complexes et vulnérables, qui ont été dirigés vers un fournisseur de soins primaires par l'intermédiaire d'Accès Soins	88	À dét.	•		•		•				
	Délai d'attente médian et 90e percentile en jours du moment de l'inscription à l'orientation vers un fournisseur de soins primaires pour les Ontariens âgés utilisant Accès Soins	43	À dét.	•		•		•				
	Pourcentage d'Ontariens âgés désignés comme complexes et vulnérables et dirigés vers un spécialiste par Accès Soins, qui ont reçu des soins primaires dans les 14 jours suivant la réception d'une recommandation	À dét.	À dét.	•		•	•	•				
	Nombre d'Ontariens âgés ayant reçu une visite à domicile de leur médecin (le nombre total de visites à domicile effectuées).	51 263 (153 789)	À dét.	•		•	•					
	Pourcentage d'Ontariens âgés ayant déclaré avoir pu obtenir un rendez-vous le même jour, le jour suivant ou après les heures d'ouverture (au besoin) chez leur fournisseur de soins primaires	À dét.	À dét.	•		•	•					
	Cette mesure vise à faire en sorte que les personnes âgées de l'Ontario aient rapidement accès à un nombre suffisant de services de santé à domicile adéquats et efficaces.											
	Liste d'attente pour soins à domicile	6 100	À dét.	•		•		•	•			
	Délai d'attente médian et 90e percentile en jours du moment de la demande de services de soins à domicile au moment de la prestation de ces services pour les demandeurs au sein de la collectivité	5 (33)	À dét.	•		•		•	•			
	Délai d'attente médian et 90e percentile en jours du moment de la demande de services de soins à domicile au moment de la prestation de ces services pour les demandeurs à l'hôpital	2 (12)	À dét.	•		•		•	•			
	Délai d'attente médian et 90e percentile en jours du moment du congé de l'hôpital à la première visite d'une infirmière d'un CASC pour les personnes âgées à risque élevé	2 (8)	À dét.	•		•		•				
	Nombre total d'heures de services de soins personnels et de soutien à domicile et communautaires, financées ou subventionnées par le secteur public, en millions	26,7	À dét.	•		•		•	•			
	Pourcentage des soignants primaires à domicile éprouvant du désarroi et (ou) incapables de poursuivre leurs activités de soins	21 %	À dét.	•		•	•	•				

		Rendement provincial 2011-2012	Objectif provincial 2013-2014	RLISS	Maillons santé	Services d'info-santé	Fournisseurs de soins primaires	CASC	SSC	Pharmacies	Foyers de soins de longue durée	Hôpitaux
Des collectivités en bonne santé qui offrent des soins accessibles, sécuritaires, efficaces, intégrés et coordonnés aux personnes âgées de l'Ontario	**Cette mesure vise à faire en sorte que les personnes âgées de l'Ontario reçoivent des soins adéquats et intégrés en temps opportun tout au long du continuum pour éviter les admissions et les réadmissions non nécessaires à l'hôpital.**											
	Pourcentage des coordonnateurs de soins communautaires qui communiquent leurs coordonnées et le plan de soins/services au fournisseur de soins primaires	À dét.	À dét.	•		•		•				
	Pourcentage des fournisseurs de soins primaires ayant déclaré avoir reçu des communications appropriées en temps opportun, y compris les réponses à leurs interrogations, des coordonnateurs locaux de soins communautaires travaillant avec leurs patients	À dét.	À dét.	•		•	•	•	•			
	Pourcentage des coordonnateurs de soins communautaires ayant déclaré avoir reçu des communications appropriées et en temps opportuns, y compris les réponses à leurs interrogations, des fournisseurs locaux de soins primaires travaillant avec leurs clients	À dét.	À dét.	•		•	•	•	•			
	Taux de visite aux urgences par 1 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	609,4	À dét.	•		•	•	•				
	Taux d'hospitalisation par 1 000 Ontariens âgés de 65 ans et plus	209,1	À dét.	•		•	•	•				
	Taux de visite aux urgences par 1 000 résidents de foyers de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus	À dét.	À dét.	•		•					•	
	Taux d'hospitalisation par 1 000 résidents de foyers de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus	À dét.	À dét.	•		•					•	
	Pourcentage des hôpitaux qui communiquent aux fournisseurs de soins de santé désignés la liste des patients âgés vus aux urgences ou admis à l'hôpital	À dét.	À dét.	•		•	•				•	•
	Pourcentage des hôpitaux qui fournissent des résumés de départ aux patients et aux fournisseurs de soins primaires (y compris la liste complète des médicaments et les visites et instructions de suivi) au moment de l'obtention du congé de l'hôpital	À dét.	À dét.	•		•						•
	Pourcentage des patients retournant à la clinique qu'ils visitaient avant leur admission après avoir obtenu leur congé de l'hôpital	71	À dét.	•		•	•	•			•	•
	Pourcentage de fournisseurs de soins primaires ayant déclaré avoir reçu des résumés de départ appropriés et en temps opportun des hôpitaux locaux ayant reçu leurs patients	À dét.	À dét.	•		•	•				•	•
	Pourcentage de patients âgés ayant visité leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé	63,8	À dét.	•		•	•	•			•	•
	Pourcentage d'Ontariens âgés réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé	15,92	À dét.	•		•	•	•			•	•

		Rendement provincial 2011-2012	Objectif provincial 2013-2014	RLISS	Maillons santé	Services d'info-santé	Fournisseurs de soins primaires	CASC	SSC	Pharmacies	Foyers de soins de longue durée	Hôpitaux
Des collectivités en bonne santé qui offrent des soins accessibles, sécuritaires, efficaces, intégrés et coordonnés aux personnes âgées de l'Ontario	Pourcentage d'Ontariens âgés réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été admis avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive	22,47	À dét.	•		•	•	•			•	•
	Pourcentage d'Ontariens âgés réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé après avoir été admis avec un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique	19,42	À dét.	•		•	•	•			•	•
	Pourcentage d'Ontariens âgés se disant satisfaits de l'ensemble des soins reçus		À dét.	•		•	•	•		•	•	•
	Nombre de jours supplémentaires pendant lesquels les Ontariens âgés ont pu demeurer autonomes à leur domicile.	À dét.	À dét.	•	•	•	•	•		•	•	•
	Cette mesure vise à faire en sorte que les personnes âgées de l'Ontario ne soient pas inscrites sur une liste d'attente pourrecevoir les soins adéquats du prochain niveau.											
	Durée de séjour médiane aux urgences et 90e percentile en heures pour les Ontariens âgés	12,4	À dét.	•		•						•
	Durée de séjour médiane aux urgences et 90e percentile en heures pour les Ontariens âgés en attente d'un lit à l'hôpital	4,7 (27,6)	À dét.	•		•						•
	Durée moyenne de l'hospitalisation des patients âgés	9,5	À dét.	•		•		•	•			•
	Nombre mensuel moyen d'Ontariens âgés en attente d'un accès à un autre niveau de soins dans les hôpitaux	3 343	À dét.	•		•		•	•			•
	Jours d'attente pour l'accès à un autre niveau de soins exprimés en pourcentage du nombre total de jours d'hospitalisation pour les Ontariens âgés	21,1	À dét.	•		•		•	•			•
	Nombre mensuel moyen d'Ontariens âgés en attente d'un accès à un autre niveau de soins ou de soins de longue durée dans les hôpitaux	À dét.	À dét.	•		•		•	•			•
	Cette mesure vise à faire en sorte que les personnes âgées de l'Ontario aient accès à des services suffisants et adéquats d'aide à la vie autonome et de logement supervisé en temps opportun.											
	Liste d'attente pour logement supervisé	À dét.	À dét.	•		•		•				
	Demande d'inscription sur la liste d'attente pour logement supervisé par 1 000 Ontariens de 75 ans et plus	À dét.	À dét.	•		•		•				
	Obtention d'un logement supervisé par 1 000 Ontariens de 75 ans et plus inscrits sur la liste d'attente	À dét.	À dét.	•		•		•				
	Taux de placement en logement supervisé par 1 000 Ontariens de 75 ans et plus inscrits sur la liste d'attente	À dét.	À dét.	•		•		•				
	Délai d'attente médian et 90e percentile en jours pour être placé dans un logement supervisé à partir de la collectivité	À dét.	À dét.	•		•		•				
	Délai d'attente médian et 90e percentile en jours pour être placé dans un logement supervisé à partir de l'hôpital	À dét.	À dét.	•		•		•				

		Rendement provincial 2011-2012	Objectif provincial 2013-2014	RLISS	Maillons santé	Services d'info-santé	Fournisseurs de soins primaires	CASC	SSC	Pharmacies	Foyers de soins de longue durée	Hôpitaux
Des collectivités en bonne santé qui offrent des soins accessibles, sécuritaires, efficaces, intégrés et coordonnés aux personnes âgées de l'Ontario	**Cette mesure vise à faire en sorte que les personnes âgées de l'Ontario aient accès à des soins de longue durée suffisants,adéquats et en temps opportun.**											
	Liste d'attente pour soins de longue durée	19 500	À dét.	•		•		•				
	Demande de soins de longue durée par 1 000 Ontariens de 75 ans et plus	107,1	À dét.	•		•		•				
	Prestation de soins de longue durée par 1 000 Ontariens de 75 ans et plus	85,7	À dét.	•		•		•				
	Taux de placement dans un foyer de soins de longue durée par 1 000 Ontariens de 75 ans et plus	4,3	À dét.	•		•		•				
	Délai d'attente médian et 90^{e} percentile en jours pour être placé dans un foyer de soins de longue durée à partir de la collectivité	146	À dét.	•		•		•				
	Délai d'attente médian et 90^{e} percentile en jours pour être placé dans un foyer de soins de longue durée à partir de l'hôpital	64	À dét.	•		•		•				
	Pourcentage des personnes placées dans un foyer de soins de longue durée qui n'ont pas de besoins importants ou très importants en matière de services de soins de longue durée et qui pourraient être soignées ailleurs	146	À dét.	•		•		•				

Annexe C : Aperçu de la gamme d'instruments d'évaluation interRAI

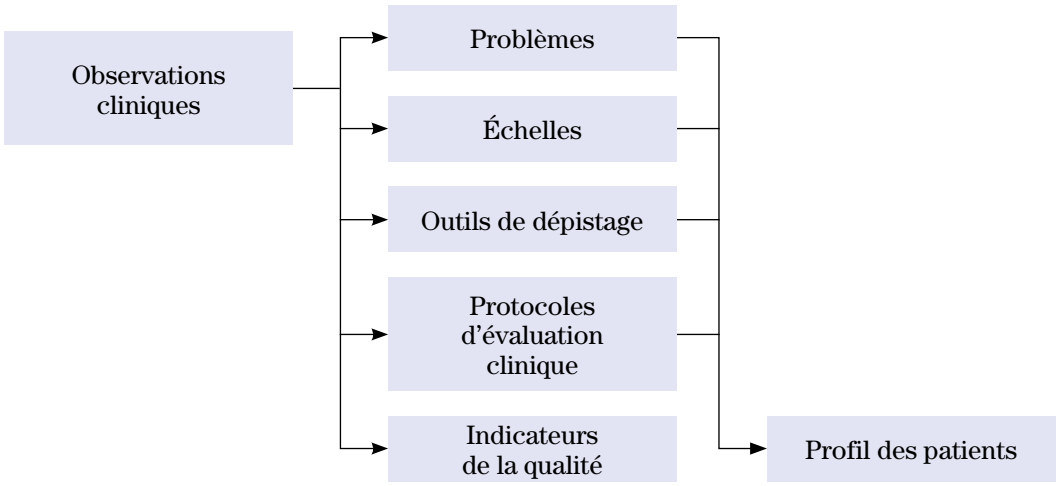
interRAI est un réseau international de chercheurs dans les domaines des soins de santé et des services sociaux. Ses membres travaillent en collaboration en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes vulnérables au moyen d'un système d'évaluation global et homogène pouvant être utilisé dans tous les secteurs liés aux soins de santé. Le travail de ce groupe est particulièrement digne d'intérêt pour les personnes âgées fragiles, atteintes souvent de maladies ou d'incapacités chroniques et qui ont souvent recours à une gamme de services cliniques et de services de soutien nécessitant différentes évaluations.

Le réseau interRAI met gratuitement à la disposition des fournisseurs de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires sa gamme d'instruments d'évaluation, à condition que ces fournisseurs échangent les données anonymisées qu'ils collectent au moment de l'évaluation de leurs patients et clients. Au moyen de ces données, interRAI s'attache à promouvoir les pratiques cliniques factuelles et la prise de décisions stratégiques en collectant et en interprétant des données de haute qualité portant sur les caractéristiques et les résultats des personnes servies dans différents milieux de services de santé et de services sociaux. L'Institut canadien d'information sur la santé conserve toutes les données d'interRAI collectées au Canada.

La gamme interRAI actuelle comprend 17 outils d'évaluation gériatrique compatibles et complets conçus pour faciliter l'évaluation clinique et la planification des soins dans les secteurs tels que les soins à domicile, les soins communautaires, les soins de longue durée, les soins d'urgence, les soins actifs, les soins en phase postaiguë, les soins palliatifs, les soins de santé mentale communautaires, etc. Regroupés, les instruments interRAI forment un système d'évaluation de santé intégré. Ils sont en outre évolutifs : à mesure que leur application est mieux maîtrisée partout dans le monde et que de nouvelles études sont menées, ils sont actualisés et partagés sans frais.

Un système d'évaluation interRAI complètement mis en œuvre permet de traduire les observations cliniques en problèmes définis, en échelles, en outils de dépistage, en protocoles d'évaluation clinique et en indicateurs de la qualité (figure 1).

Figure 1 – Mesures résultant des observations recueillies avec un instrument interRAI



La gamme interRAI est fondée sur un ensemble de base d'environ 70 critères d'évaluation composant l'ensemble des données minimales (EDM) requises pour réaliser une évaluation complète. Ces critères sont considérés comme importants dans tous les milieux de soins et comportent des définitions, des périodes d'observation et des méthodes de pointage identiques. Parmi ces critères, mentionnons les aptitudes cognitives, les activités de la vie quotidienne et les symptômes. D'autres critères propres à des groupes de population ou à des milieux de soins particuliers sont ajoutés à l'ensemble de base.

Le retrait ou la désignation de certains critères indique la présence ou l'absence de *problèmes*. Des *échelles* validées sont alors utilisées surtout pour indiquer la gravité du problème, et peuvent aider à surveiller la progression au fil du temps. Par exemple, l'échelle de douleur indique la gravité d'un problème de douleur. Certains instruments intègrent des *outils de dépistage*, par exemple l'outil de dépistage de délire, qui facilite le repérage d'un problème qui ne peut être facilement détecté par une simple observation. D'autres outils de dépistage, comme l'outil de dépistage de risque institutionnel, aident à déterminer la probabilité de manifestation d'un événement indésirable à l'avenir. Le « pointage RAI » dont il est fait mention au chapitre 6 ne constitue pas une échelle validée ou un système de pointage interRAI.

Les protocoles d'évaluation clinique (PEC), documents conçus pour aider les responsables de la planification des soins à tenir compte des problèmes importants soulevés par l'évaluation initiale, constituent un élément clé des systèmes d'évaluation interRAI. Les PEC offrent des options de prévention et de traitement, et conformément aux lignes directrices et aux protocoles établis, aident l'évaluateur à déterminer s'il est nécessaire d'approfondir l'évaluation ou le traitement, ce qui facilite l'établissement de plans de soins aux patients personnalisés et fondés sur des données probantes. Enfin, les indicateurs de la qualité servent à définir les dimensions de soins présentant un rendement sous-optimal ou une occasion d'amélioration. Les indicateurs de la qualité interRAI visent les « résultats » de la prestation des soins plutôt que les « processus ».

interRAI en Ontario

Les instruments interRAI sont désormais utilisés partout au Canada et dans le monde dans différents milieux. L'Ontario a adopté six d'entre eux, qu'elle utilise de façon étendue, comme le montre le tableau 1. Les instruments les plus récents sont identifiés par le préfixe «interRAI». Les autres instruments sectoriels cités constituent des versions antérieures d'un instrument ayant été mis à jour.

Tableau 1 – Instruments interRAI utilisés en Ontario par le secteur des soins de santé

Secteur	Instrument	Nouvelle gamme
Centres d'accès aux soins communautaires	RAI Home Care (HC) interRAI Contact Assessment (CA) interRAI Palliative Care (PC)	Non Oui Oui
Services de soutien communautaires	interRAI Community Health Assessment (CHA)	Oui
Milieux de soins primaires	interRAI Community Health Assessment (CHA)	Oui
Milieux de soins actifs	RAI Home Care (HC) interRAI Contact Assessment (CA)	Non Oui
Unités de soins aux patients hospitalisés pour troubles de santé mentale	RAI Mental Health (MH)	Non
Maisons de soins de longue durée	RAI 2.0	Non
Unités de soins continus complexes	RAI 2.0	Non

Dans la partie principale du rapport, la recommandation portant sur la mise à niveau de tous les instruments utilisés en Ontario à la nouvelle gamme d'instruments a été faite principalement car elle facilite la comparaison et le transfert des données sur les patients entre les milieux. Des versions plus actuelles utilisent aussi des systèmes de déclenchement plus évolués et fiables pour faire en sorte que les PEC soient lancés de façon plus précise et quand cela est nécessaire.

Algorithme de la méthode d'attribution des niveaux de priorité (MAPLe)

Au chapitre 6, MAPLe désigne un algorithme de plus en plus utilisé pour déterminer le niveau de priorité de l'accès aux services de soins communautaires et à domicile à long terme, ainsi que les niveaux de soins selon les besoins individuels. L'algorithme MAPLe s'appuie sur 14 indicateurs recueillis dans des instruments tels qu'interRAI CHA , interRAI HC et RAI HC. Les activités de la vie quotidienne, le fonctionnement cognitif, les chutes et le risque d'institutionnalisation sont autant d'éléments utilisés pour déterminer et attribuer un niveau de 1 (faible) à 5 (très élevé) pour chaque client évalué. L'indice MAPLe se révèle un algorithme utile pour aider les fournisseurs de soins de santé à mieux comprendre les types de clients qu'ils servent et les types de soins les mieux adaptés à leurs besoins, selon le niveau de priorité.

Annexe D : Intervenants consultés

Intervenants provinciaux, nationaux et internationaux	
Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS)	interRAI Network of Excellence in Acute Care (iNEAC)
Action Cancer Ontario	L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Action Ontario pour la défense des droits des personnes souffrant de douleurs neuropathiques	L'Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario
Advocacy Centre for the Elderly (ACE)	L'Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario (ATTSO)
Association of Local Public Health Agencies (ALPHA)	La société ontarienne des professionnel(le)s de la nutrition en santé publique
Association canadienne de soins et services à domicile	Les diététistes du Canada
Association canadienne de soins palliatifs (ACSP)	lignesante.ca
Association canadienne des adjoints au médecin	Médecins-chefs de soins primaires des RLISS de l'Ontario
Association canadienne des individus retraités (ACIR)	Municipal Retirees Organization Ontario
Association canadienne pour la santé mentale – Ontario	Novartis
Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario	Ontario Assocation of Non-Profit Homes and Services for Seniors (OANHSS)
Association des centres de santé de l'Ontario	Ontario Association of Paramedic Chiefs (OAPC)
Association des centres pour aînés de l'Ontario	Ontario Association of Residents' Councils (OARC)
Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA)	Ontario College of Family Physicians (OCFP)
Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario (AIAAO)	Ontario Home Care Association (OHCA)
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO)	Ontario Home Respiratory Services Association (OHRSA)
Association des pharmaciens de l'Ontario (APO)	Ontario Injury Prevention Resource Centre (OIPRC)
Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO)	Ontario Long-Term Care Association (OLTCA)
Association of Jewish Seniors	Ontario Long-Term Care Physicians (OLTCP)
Association of Municipalities Ontario (AMO)	Ontario Medical Association (OMA)
Association ontarienne de gérontologie	Ontario Physiotherapy Association (OPA)
Association ontarienne de soutien communautaire (AOSC)	Ontario Podiatric Medical Association (OPMA)
Association pour la santé publique de l'Ontario	Ontario Retirement Communities Association (ORCA)
Care Watch	Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)
Caregivers' Association of Ontario	Pfizer Canada
Caring, Advocacy, Research for the Eldery (CARE)	Programmes régionaux de soins gériatriques de l'Ontario
Centraide	Projet ontarien de soutien en cas de troubles de comportement (Projet OSTC)
Centre for Movement Disorders	PT Health
Centre IVEY pour la santé internationale	Punjabi Community Health Services (PCHS)

Chartwell Seniors Housing REIT	Regroupement des entités de planification des services de santé en français de l'Ontario
Chefs de la direction des CASC de l'Ontario	Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (ONPEA)
Chefs de la direction des RLISS de l'Ontario	Réseau Télémédecine Ontario (RTO)
Coalition des aidantes et aidants naturels de l'Ontario (CANO)	Résidences de retraite Revera
Coalition des organismes d'aînés et d'aînées de l'Ontario	Responsables des services des urgences des RLISS de l'Ontario
Comité d'experts de la stratégie pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins (SU/ADNS) de l'Ontario	Retraités canadiens en action (RCA) (Division de l'Ontario)
Conseil canadien de la santé	Saint Elizabeth
Conseil des aînés de Toronto	Santé publique Ontario
Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO)	Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario
Croix-Rouge canadienne	Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario pour les soins à domicile et communautaires
Designated Physiotherapy Clinics Association (DPCA)	Société Alzheimer de l'Ontario (SAO)
Diététiste de la santé publique	Société canadienne de l'ouïe
Division Seniors Wellness de Centric Health	Système de soins de santé St-Joseph
Enseignants et enseignantes retraités de l'Ontario	Technology Evaluation in the Elderly Network
Extendicare (Canada) Inc.	Toronto Academic Health Sciences Network
Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée	United Senior Citizens of Ontario
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada	VHA Home Healthcare
Institut de recherche en services de santé (IRSS)	
RLISS du Centre-Toronto	
Aboriginal Circle of Life Services Program, Native Canadian Centre of Toronto	Native Canadian Centre of Toronto
Bridgepoint Health	Programme Crisis Outreach Service for Seniors
CASC du Centre-Toronto	Programme régional de soins gériatriques de Toronto
Centre Baycrest pour soins gériatriques	Providence Healthcare
Centre de santé communautaire South Riverdale	Réseau universitaire de santé
Centre de santé communautaire The Anne Johnston Health Station	Responsive Health Management Inc.
Centre de santé de Kensington	Senior Peoples' Resources in North Toronto
Centre Sunnybrook des sciences de la santé	Services communautaires de WoodGreen
Comité consultatif des professionnels de la santé du RLISS du Centre Toronto	Services communautaires LOFT
Hôpital général de Toronto-Est	Services et Foyers de Soins de longue durée de Toronto

Hôpital Mount Sinai	Société Alzheimer de Toronto
Les services médicaux d'urgence de Toronto (EMS Toronto)	
RLISS du Centre	
Black Creek Community Health Centre	Mackenzie Health
CASC du Centre	Programme régional de soins gériatriques de Toronto
Équipe de santé familiale de North York	Reflet Salvéo
Hôpital de Markham-Stouffville	Services communautaires LOFT
Hôpital général de North York	Services de santé et services communautaires de la région de York, Maillons Santé
Hôpital régional Humber River	Services médicaux d'urgence de la région de York
L'Association canadienne pour la santé mentale	Specialty Care
Les services médicaux d'urgence de Toronto (EMS Toronto)	Société Alzheimer de la région de York
RLISS de Simcoe Nord Muskoka	
CASC de Simcoe Nord Muskoka	Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia
Centre de santé communautaire de Barrie	Municipalité de district de Muskoka (foyer de soins de longue durée The Pines)
Centre de soins de santé mentale Waypoint	Muskoka Algonquin Healthcare (MAHC)
Centre régional de santé Royal Victoria	Service d'ambulance de Muskoka, comté de Simcoe
Clinique dirigée par du personnel praticien de la baie Georgienne	Services communautaires et centre de santé pour aînés de Little Lake
Corporation du comté de Simcoe	Services de vie autonome du comté de Simcoe
Hôpital General and Marine de Collingwood	
RLISS de Mississauga Halton	
Maillons Santé de Halton	Municipalité régionale de Peel
Maillons Santé de Peel	Services médicaux d'urgence de Halton
Foyer de soins de longue durée Wyndham Manor	Services paramédicaux de Peel
Hôpital Credit Valley et centre de santé Trillium	Société Alzheimer de Peel
Hôpital St-Joseph, programme gériatrique spécialisé dans le domaine de la santé mentale	
RLISS Hamilton Niagara Haldimand Brant	
Adult Recreation Therapy Centre de Brantford	Hôpital War Memorial de Haldimand
Association des sciences de la santé de Hamilton	Maison de soins infirmiers Shalom Village
Maillons Santé de Haldimand-Norfolk	March of Dimes Canada, Niagara
Maillons Santé de Hamilton	Municipalité régionale de Niagara
Maillons Santé du comté de Brant	Niagara College, centre de santé et de mieux-être de Niagara Sud
CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant	Participation House Brantford
Centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s	Pleasant Manor Retirement Village de Niagara

Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara Inc.	Programme COAST (Crisis Outreach And Support Team) de Hamilton
Centre de santé et de réadaptation Hôtel-Dieu-Shaver	Programme régional de soins gériatriques du Centre
Centre de santé familiale Stonechurch	Services communautaires de toxicologie et de santé mentale de Haldimand et de Norfolk
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton	Services de vie autonome Cheshire de Hamilton, Haldimand et Burlington
Dementia Alliance	Services médicaux d'urgence de Hamilton
Family Medicine Association of Hamilton	Services médicaux d'urgence de Niagara
Hôpital Chedoke	Système communautaire de soins de santé de Brant
Hôpital Joseph Brant Memorial	Université McMaster, Division de la médecine gériatrique
Hôpital Memorial de Lincoln Ouest	Villa St-Joseph
Hôpital St. Peter's, Hamilton Health Sciences et Université McMaster	Ville de Welland
RLISS de Waterloo Wellington	
CASC de Waterloo Wellington	Institut Karolinska, Université de Waterloo
Centre communautaire de mieux-être Fairview	Programme de mieux-être de Sunnyside
Centre de santé de St-Joseph	Research Institute for Aging de l'Université de Waterloo
Centre de vie autonome de la région de Waterloo	Réseau de services gériatriques de Waterloo Wellington
Hôpital général St. Mary	Schlegel Village de Winston Park
Hôpital Memorial de Cambridge	Services de vie autonome de Guelph
RLISS du Sud-Est	
Maillons Santé de Kingston Frontenac et de Lennox et Addington	Prince Edward County Community Care for Seniors Association
CASC du Sud-Est	Providence Care
Centre de santé communautaire de Belleville et de Quinte Ouest	Rosebridge Manor
Hôpital général de Belleville	Services médicaux d'urgence du comté de Frontenac
Hôpital général de Kingston	Société Alzheimer de Renfrew
Hôpital général du comté de Lennox et Addington	Soins communautaires pour Centre-Hastings
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada	Soins de santé de Quinte
RLISS de Champlain	
Bureau de santé de l'Est de l'Ontario	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Bureau de santé du comté et du district de Renfrew	Le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa
Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark	Le Réseau de services de santé en français de l'Est de l'Ontario
Maillons Santé d'Ottawa	L'Hôpital d'Ottawa
CASC de Champlain	Programme régional de soins gériatriques de l'Est de l'Ontario

Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway	Réseau d'échange des connaissances pour la santé des personnes âgées
Centre de santé Perley Rideau pour anciens combattants	Réseau de la démence de la région Champlain
Centre pour personnes âgées Les Bons compagnons	Réseau de services gériatriques spécialisés des comtés de l'Est
Coalition des services de soutien communautaire d'Ottawa	Running to Daylight Foundation
Équipe de santé familiale des Algonquins de Pikwàkanagàn	Services de santé Royal Ottawa
Bureau de santé du district de Thunder Bay	Services médicaux d'urgence de Superior North
Friends of Hospice Ottawa	Services médicaux d'urgence du comté de Renfrew
Hôpital Général de Hawkesbury	Services psychogériatriques communautaires d'Ottawa-Carleton
Hôpital Montfort	Société Alzheimer d'Ottawa
Hôpital Queensway-Carleton	Soins continus Bruyère
RLISS du Nord-Ouest	The Ottawa Hospital
RLISS du Nord-Ouest	
Centre de santé communautaire NorWest	Société Alzheimer de Thunder Bay
Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout	St. Joseph's Care Group
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay (CRSSTB)	Ville de Thunder Bay
L'Association canadienne pour la santé mentale – Thunder Bay	Wesway
Patricia Gardens – logement avec services de soutien	
RLISS du Centre-Ouest	
Bureau de santé de la région de Peel	Peel Senior Link
CASC du Centre-Ouest	Réseau de soins palliatifs du Centre-Ouest
Centre de santé communautaire de Rexdale	Résidence Richview
Extendicare Brampton	Services communautaires CANES
Foyer de soins de longue durée Kipling Acres	Services communautaires de Caledon
Foyer de soins de longue durée Tall Pines	Services communautaires de soutien de Dufferin
Headwaters Health Care Centre	Services de santé communautaires Punjabi
India Rainbow Community Services of Peel	William Osler Health System
Maison de retraite et de soins infirmiers Shelburne Residence	
RLISS d'Érié St-Clair	
Alliance Chatham-Kent pour la santé (ACKS)	ProfessionsSantéOntario
Bluewater Health	Réseau de soins de fin de vie d'Érié St-Clair
Bureau de santé de Chatham-Kent	Résidence Huron Lodge
CASC d'Érié St-Clair	Riverview Gardens

Comité de planification du foyer de Chatham-Kent	Services communautaires de Lakeshore
Groupe d'intérêt du foyer de Chatham-Kent	Services d'assistance du Sud-Ouest de l'Ontario
Hôpital Hôtel-Dieu Grace	Services médicaux d'urgence du comté de Lambton
Hôpital Memorial du district de Leamington	SMU Medavie
Hôpital régional de Windsor	Société Alzheimer Chatham-Kent
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada	St. Andrews Residence
Lambton Elderly Outreach	Université de Windsor
Municipalité de Chatham-Kent	
RLISS du Nord-Est	
Algoma Anchor Agency	Hôpital de Sault-Sainte-Marie
Bayshore HealthCare	Hôpital de Smooth Rock Falls
Bureau de santé du district de Sudbury	Hôpital de et du district
Bureau de santé Porcupine	Hôpital général d'Espanola
Maillons Santé d'Algoma	Horizon Santé-Nord
Maillons Santé d'Algoma	L'Association canadienne pour la santé mentale, succursale de Sudbury/Manitoulin
Bureau de santé Timiskaming	Manoir South Centennial
CASC du Nord-Est	Med-I-Well Services
Centraide, Sault St. Marie	N'Mninoeyaa Health Access Centre
Centre d'innovation de Sault Ste. Marie	Noojmowin Teg Health Centre
Centre de géomatique communautaire de Sault Ste. Marie	Partenariat de services de santé
Centre de guérison de la Première Nation de Shawanaga	Pavillon santé du district de Blind River
Centre de santé communautaire de Kapuskasing	Pioneer Manor
Centre de santé communautaire de Misiway	Première Nation anishinabek de Sagamok
Centre de santé de Manitoulin	Première Nation de M'Chigeeng
Centre de santé de Wikwemikong	Première Nation de Nipissing
Centre de santé Shkagamik-Kwe	Première Nation Wasauksing
Centre de soins prolongés St-Joseph	Programme d'intervention en santé mentale auprès des personnes âgées - Sudbury
Centre pour aînés ParkSide de Sudbury	Réseau 13
Centre régional de santé de North Bay	Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, bureau régional du Nord-Est
Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien d'Algoma	Services conseils de planification Leclair de Timmins
Collège Boréal	Services de Counselling de Hearst, Kapuskasing et Smooth Rock Falls (SCHKSRF)
Collège Northern de Timmins, école des sciences de la santé	Services de santé de Peetabeck, Première Nation de Fort Albany

Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane	Services gériatriques spécialisés du Nord-Est
Conseil d'administration des services sociaux du district de Nipissing	Société Alzheimer de North Bay et district
Conseil tribal de North Shore	Société Alzheimer de Sault Ste. Marie et du district d'Algoma
Corporation de développement économique (CDE) de Sault Ste. Marie	Société Alzheimer de Timmins
Croix-Rouge canadienne, Timmins	Société Alzheimer Sudbury-Manitoulin
École de médecine du Nord de l'Ontario	Société canadienne du cancer, Sault Ste. Marie
Équipe de santé familiale Baawaating	Soins palliatifs Horizon
Équipe de santé familiale de Timmins et centre de santé communautaire de Kapuskasing	SPi Healthcare
Équipe de santé familiale Superior	The Friends
Extendicare Tendercare	Université Huntington
Extendicare Timmins	Ville de Sault Ste. Marie
Finlandia Hoivakoti Nursing Home	Ville de Timmins
Foyer de soins de longue durée de Wikwemikong	Ville du Grand Sudbury
Foyer pour personnes âgées Golden Manor	Wabun Tribal Council
Hôpital de Mattawa	
RLISS du Sud-Ouest	
Alzheimer Outreach Services (AOS)	Équipe de santé familiale d'Elgin-Est
Bureau de santé de Grey Bruce	Équipe de santé familiale d'Owen Sound
Bureau de santé du comté de Huron	Grey Bruce Health Services
Bureau de santé du comté d'Oxford	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Bureau de santé du district de Perth	Maisons de soins infirmiers Maplewood
CASC du Sud-Ouest	McCormick Home
Centre autochtone d'accès aux soins de santé du Sud-Ouest	Programme régional de soins gériatriques du Sud-Ouest
Centre de santé intercommunautaire de London (CSIL)	Programme régional de soins gériatriques du Sud-Ouest de l'Ontario
Centre de santé St-Joseph, London	Services de soutien à domicile et services de soutien communautaire de Grey-Bruce
Centre des sciences de la santé de London	Services de soutien à domicile et services de soutien communautaire One Care
Centre régional de santé mentale (CRSM) de London	Services de soutien de Participation House
Cheshire Homes of London	Services médicaux d'urgence de Middlesex-London
Dale Brain Injury Services	Services médicaux d'urgence du comté d'Oxford
RLISS du Centre-Est	
Bureau de santé du district de Pine Ridge	Lakeridge Health

CASC du Centre-Est	Nurse Practitioners Supporting Teams Averting Transfers (NPSTAT)
Centre de santé communautaire de Port Hope	Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Centre de soins gériatriques Yee Hong	Psychiatric Assessment Services for the Ederly (PASE)
Community Care Durham	Réseau d'évaluation et d'intervention gériatrique (REIG) du Centre-Est
Fondation d'aide aux personnes incontinentes	Services gériatriques spécialisés régionaux du Centre-Est
Foyer de soins de longue durée Fairhaven	Services médicaux d'urgence de la ville de Peterborough
Hôpital de Scarborough	Services médicaux d'urgence du comté de Haliburton
Hôpital Ross Memorial	Services médicaux d'urgence du comté de Peterborough
Nurse Practitioners Supporting Teams Averting Transfers (NPSTAT)	Yee Hong Centre for Geriatric Care

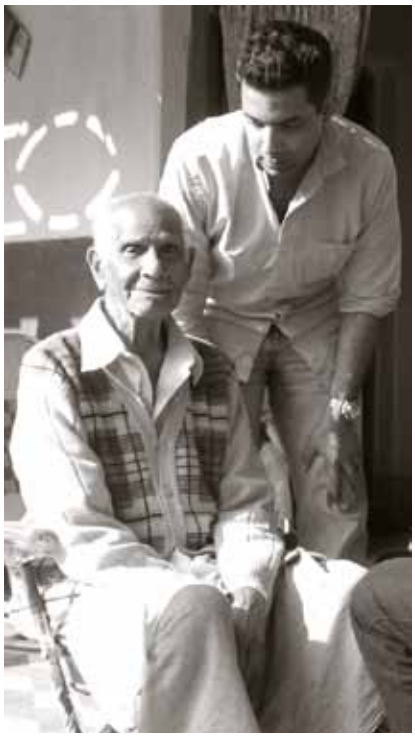
À propos du Dr Samir K. Sinha M.D., Ph. D., FRCPC

En tant qu'expert-responsable désigné de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées de l'Ontario, le Dr Samir Sinha est un défenseur passionné et respecté des besoins des personnes âgées. Le Dr Sinha est directeur de la gériatrie à l'Hôpital Mount Sinaï et aux hôpitaux du Réseau universitaire de santé à Toronto. Il est aussi professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto et à l'École de médecine de l'Université Johns Hopkins, préside le Comité consultatif de professionnels de la santé du RLISS du Centre-Toronto, joue le rôle de conseiller médical auprès du CASC de Toronto-Centre et est chercheur associé au sein du réseau interRAI.

Le Dr Sinha a fait ses études de premier cycle en médecine à l'Université Western Ontario. Boursier de la fondation Cecil Rhodes, il a ensuite obtenu une maîtrise sur l'histoire de la médecine ainsi qu'un doctorat en sociologie de l'Institute of Ageing de l'Université d'Oxford. Après son retour au Canada pour suivre une formation de niveau supérieur en médecine interne à l'Université de Toronto, il est reparti aux États-Unis où il a été boursier Erickson/Reynolds en gériatrie clinique, éducation et leadership à l'École de médecine de l'Université Johns Hopkins.

En raison de sa vaste formation et expertise internationale dans les domaines des politiques en matière de santé et de la prestation de services liés aux soins de santé pour les personnes âgées, le Dr Sinha est un expert très estimé en soins prodigués aux personnes âgées. Il a conseillé des hôpitaux et des autorités de la santé en Grande-Bretagne, au Canada, aux États-Unis et en Chine au sujet de la mise en œuvre et de l'administration de modèles de soins gériatriques novateurs et intégrés, uniques en leur genre, qui permettent d'alléger la charge de morbidité, d'améliorer l'accès et la capacité et, enfin, de favoriser la santé.

Remerciements



En préparant ce rapport destiné au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et à la ministre déléguée aux Affaires des personnes âgées, il a été extraordinaire de dresser le bilan des six derniers mois et de constater que cette occasion a permis à des milliers d'Ontariennes et d'Ontariens de s'unir à moi pour élaborer une stratégie pour le bien-être des personnes âgées de l'Ontario.

Avec un mandat aussi vaste et tant de questions à prendre en considération, on peut comprendre pourquoi aucune autre province ne semble avoir établi une stratégie aussi exhaustive que celle-ci. Il était clair que l'Ontario devait montrer la voie à suivre, mais je ne pouvais évidemment pas étudier, envisager, formuler ou confirmer ces recommandations sans un appui considérable. J'aimerais donc souligner la contribution des personnes à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement provincial qui, jusqu'à présent dans le cadre de mon mandat, m'ont offert des conseils réfléchis et mis à profit leur savoir-faire.

J'aimerais d'abord remercier le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et la ministre déléguée aux Affaires des personnes âgées ainsi que leurs employés pour leur intérêt et soutien indéfectibles, de même que le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée et le personnel du ministère pour leur appui formidable depuis le début de mon mandat. J'aimerais plus particulièrement remercier Catherine Brown, Rachel Kampus, Ann Schrager, Elizabeth Garfin, Ann-Marie Case, Sharan Bassi, Sarah Burrell, Beatrix Ko, Sherisse Pascual, Barbara Richmond et Janelle Ritchie pour leur dévouement constant qui a permis de mener à bien le processus de consultation et de publier ce rapport.

J'aimerais aussi remercier les équipes de leadership de chaque RLISS, qui ont facilité l'exécution des mandats de notre équipe auprès des dirigeants municipaux, des organismes et fournisseurs régionaux de soins de santé, de services sociaux et de soins communautaires, et surtout des personnes âgées locales et de leurs soignants. Au cours des six derniers mois, j'ai pu discuter en personne avec des milliers d'Ontariennes et d'Ontariens, et des milliers d'autres que je n'ai jamais eu le privilège de rencontrer en personne ont pris le temps de partager leurs idées avec notre équipe en nous envoyant des lettres ou des courriels ou en participant à nos consultations publiques. Il était très important pour notre équipe qu'un maximum d'Ontariennes et d'Ontariens, en particulier les personnes âges, leur famille et leurs soignants, puissent participer à ce processus. Bon nombre des conclusions et recommandations présentées dans ce rapport sont d'ailleurs attribuables à ce niveau d'engagement.

Tout au long de ce processus, il était important pour moi de continuer à remplir mes responsabilités en matière de direction, de pratique clinique, d'enseignement et de recherche à l'Hôpital Mount Sinai, aux hôpitaux du Réseau universitaire de santé et à l'Université de Toronto. J'ai le privilège de travailler avec des collègues, des employés et des étudiants exceptionnels à ces établissements. Je suis très

reconnaissant que ces derniers, ainsi que mes patients, m'aient accordé un soutien constant et le temps dont j'avais besoin pour mener ce rapport à bonne fin. J'aimerais plus particulièrement remercier Joseph Mapa, Robert Bell, Tom Stewart, Ed Cole, Howard Abrams, Jocelyn Bennett, Shabbir Alibhai, Barry Goldlist, Mark Nowaczynski, Karen Ng, Selma Chaudhry, Phoebe Tian, Wendy Levinson, Sharon Straus et Camilla Wong for pour leur soutien exceptionnel. Bon nombre d'entre eux, ainsi que d'autres collègues et collaborateurs, ont donné de leur temps sans compter en tant que membres de mon groupe informel de conseillers. Je leur serai à jamais reconnaissant d'avoir toujours été là pour m'aider à approfondir mes idées ou à trouver les réponses dont j'avais besoin concernant différentes questions examinées par notre équipe.

Je tiens également à remercier le Dr David Walker, avec qui j'ai eu le privilège de travailler en tant que membre de l'équipe responsable de la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins au cours de l'année précédant l'élaboration du présent rapport. Je lui suis très reconnaissant pour le temps et les conseils qu'il m'a donnés. J'ai ainsi pu tirer parti du travail de base important que lui et ses collègues ont réalisé. Je voudrais aussi remercier la ministre, grâce à qui j'ai pu faire de ce travail une occasion d'apprentissage pour mes étudiants en recherche de l'Université de Toronto – Nicola Goldberg, Ameya Bopardikar et le Dr Nathan Stall. Chacun d'eux a de ce fait pu apporter une contribution importante à ce rapport. J'aimerais en outre exprimer ma reconnaissance à mes collègues et amis, le Dr Mark Nowaczynski et M. Kevin Kelly, qui ont pris un grand nombre des photos contenues dans ce rapport, lesquelles illustrent les soins fournis tout au long du continuum de soins aux patients âgés à Toronto.

Je tiens également à souligner le soutien inébranlable de mes mentors, le Dr Charles Bernstein de l'Université du Manitoba, le Dr Charles Webster de l'Université d'Oxford et le Dr Bruce Leff de l'Université John Hopkins. Travailler avec chacun d'eux fut un honneur et un privilège. Je n'oublierai jamais leur appui et leur intérêt soutenu pour mon développement personnel et professionnel et mon travail.

Mes plus grands remerciements vont cependant à ma famille, et tout particulièrement mes parents, les Drs Meera et Sach Sinha, tous deux d'excellents exemples de personnes vieillissant avec grâce. Ayant également joué le rôle de conseillers, d'adjoints à la recherche et de réviseurs impromptus pendant la production de ce rapport, ils ont été et continuent d'être une grande source de soutien pour moi. Ils m'ont transmis la soif d'apprendre et m'ont offert d'innombrables occasions d'élargir ma pensée et ma compréhension du monde. J'ai toujours pu m'appuyer sur leurs encouragements et leur amour et soutien inconditionnels. Les mots ne suffisent pas pour leur exprimer toute la gratitude qui m'habite.

Nº de catalogue 015983 ISBN : 978-1-4606-0832-6 (PDF) mars 2013 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario 2013