



**CanCOVID**

COVID-19 • SCIENCE • KNOWLEDGE

CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - COVID-19

## **Soins à domicile pour les personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 : Leçons tirées des Pays-Bas, du Danemark et de l'Allemagne en vue de renforcer et d'étendre les soins à domicile au Canada**

---

Ont contribué à cette Note d'enjeux : Karen S. Palmer, Rosa Stalteri, Clémence Ongolo Zogo, Nathan M. Stall, Peter Jüni, Susan Law

## Résumé exécutif

Cette note d'enjeux résume notre compréhension de la façon dont la pandémie a affecté le secteur des soins à domicile au Canada en comparaison avec trois pays où les services de soins à domicile sont bien développés : les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne. Les leçons à tirer pour le Canada sont tirées de la documentation publiée et de consultations avec des experts.

### Question

Si l'on considère les exemples internationaux comparés au Canada, quel impact (le cas échéant) la pandémie de COVID-19 a-t-elle eu sur les soins à domicile pour les personnes âgées dans d'autres pays ?

1. Quelles vulnérabilités la pandémie a-t-elle mises en évidence dans les soins à domicile dans ces pays, le cas échéant ?
2. Quelles structures existaient déjà dans ces pays avant la pandémie qui (a) ont protégé les soins à domicile pendant la pandémie ou (b) ont été adaptées / pivotées pour permettre davantage de soins à domicile ?
3. Quel impact, le cas échéant, la pandémie a-t-elle eu dans ces pays sur la qualité des soins à domicile, le soutien aux aidants à domicile et la stabilité de la main-d'œuvre des soins à domicile ?
4. Quelles leçons le Canada peut-il tirer de ces juridictions pour informer la planification future visant à renforcer et à étendre les soins à domicile ?

### Résumé des effets de la pandémie sur les soins à domicile au Canada, aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne (voir le profil des pays pour en apprendre davantage) :

Voici la principale constatation concernant les soins à domicile aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne : tôt ou tard, tout le monde s'assoit à un banquet de conséquences. Avant la pandémie, ces pays de comparaison avaient beaucoup investi dans une infrastructure de soins à domicile à la fois solide, complète et intégrée pour les personnes qui choisissaient de « vieillir chez elles ». Cela signifie que de nombreuses personnes âgées étaient soutenues à domicile plutôt que dans des établissements de soins collectifs. Pourtant, malgré l'édification de cette base solide, la pandémie a mis en évidence les vulnérabilités des systèmes de soins à domicile dans ces trois pays, tout comme au Canada.

Nous en concluons que l'amélioration de l'accès aux soins à domicile permettrait à un plus grand nombre de Canadiens de « vieillir chez eux ». En effet, il s'agit d'un élément clé qui permettrait, une fois la pandémie de COVID-19 terminée, de « reconstruire en mieux ». Les principales leçons pour le Canada sont que nous devrions de toute urgence repenser les soins prodigués aux personnes âgées afin de nous éloigner de l'approche binaire du vieillissement. En effet, l'approche binaire offre deux options de prestation : ou bien de nombreux Canadiens luttent pour rester chez eux, dans un contexte où ils sont parfois soutenus par des aidants familiaux / amis non rémunérés parce qu'ils n'ont pas droit à une aide financée par l'État (ou à un montant suffisant), ou bien de nombreux Canadiens déménagent dans un établissement de soins de longue durée où ils ont droit à une aide rémunérée. Cela impliquerait de renforcer et de professionnaliser la main-d'œuvre des soins à domicile afin de pouvoir désinstitutionnaliser davantage de soins, de concevoir et de mettre en œuvre des normes nationales de soins à domicile soutenues par une législation habilitante, et de redistribuer (et éventuellement d'augmenter) le financement afin de fournir davantage de soutiens à un plus grand nombre de personnes âgées, de sorte que nous puissions rester chez nous le plus longtemps possible en vieillissant.

Il s'agit alors d'un gouffre – un gouffre que nous ne pouvons franchir en deux temps. À elle seule, l'augmentation des soins à domicile ne suffit pas : comme cela a été prouvé ailleurs, cette augmentation doit faire partie d'une série d'initiatives qui investissent dans tous les services qui soutiennent la qualité et la sécurité de nos vies à mesure que nous vieillissons. La conception d'un système amélioré n'est pas simple : nous ne pouvons pas nous contenter d'extraire certaines caractéristiques ou politiques des systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée (SLD) observés dans d'autres pays et espérer obtenir les mêmes résultats chez nous. Mais nous pouvons apprendre de ces autres pays. Si le Canada

espère obtenir les mêmes avantages et résultats pour les personnes âgées que les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne en obtiennent, notre système de soins à domicile devra être adapté et perfectionné pour ressembler davantage aux systèmes néerlandais, danois et allemand.

### Limites

Ce rapport présente plusieurs limites, dont certaines sont dues aux délais rapides de production :

- Des lacunes dans la littérature en raison du peu d'études publiées révisées par des pairs à ce jour et de l'absence d'examens ou de synthèses des données probantes existantes.
- Nous nous sommes appuyés sur des données probantes et des points de vue provenant du « monde réel ». Ces données et points de vue, partagés avec nous par des informateurs clés sélectionnés, ne représentent pas nécessairement tous les points de vue et toutes les expériences. Nous nous sommes entretenus avec des informateurs clés résidant et travaillant dans chaque pays, à l'exception de l'Allemagne où nous nous sommes appuyés sur des informateurs hors d'Allemagne.

## Introduction

Il est désormais de notoriété publique que de nombreux établissements de soins de longue durée<sup>a</sup> du Canada ont été ravagés par la pandémie de COVID-19, en particulier lors des première et deuxième vagues. Cependant, on dispose de moins de données sur les effets de la pandémie sur les services de soins à domicile et le soutien aux nombreuses personnes âgées qui « vieillissent chez elles »<sup>b</sup> avec le soutien d'aidants familiaux / amis<sup>c</sup> (non rémunérés ou non), d'autres bénévoles et/ou de travailleurs professionnels rémunérés des soins à domicile.<sup>d</sup>

Dans cette note d'enjeux, nous examinons l'impact (le cas échéant) de la pandémie sur les soins à domicile pour les personnes âgées dans d'autres pays, notamment les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne, en les comparant à la situation au Canada. Nous examinons les points suivants:

- Tout effet sur la qualité des soins à domicile, le soutien aux aidants familiaux / amis à domicile et aux travailleurs professionnels rémunérés des soins à domicile, et la stabilité de la main-d'œuvre des soins à domicile.
- Les caractéristiques ou structures en place avant la pandémie qui ont contribué à protéger les soins à domicile pendant la pandémie ou qui leur ont permis de s'adapter à une demande accrue afin que les personnes âgées vivant à domicile puissent continuer à bénéficier d'un soutien.
- Les vulnérabilités – les failles du système de soins à domicile – mises en évidence par la pandémie.
- Les leçons pour le Canada qui lui permettrait d'informer la planification visant à renforcer et à étendre les soins à domicile.

## Méthodes

Au cours de nos discussions préliminaires avec des experts canadiens, trois pays se sont distingués parmi 26 comparateurs de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme étant relativement performants en matière de soins de longue durée en général, et de soins à

---

<sup>a</sup> Nous utilisons le plus souvent le terme générique « établissements » tout au long de cette Note d'enjeux. Toutefois, lorsque nous décrivons des juridictions qui utilisent d'autres termes, nous utilisons également la terminologie locale. Même au Canada, différents termes sont utilisés pour décrire les établissements de soins de longue durée. « Au Canada, les foyers de soins de longue durée sont des établissements qui offrent un soutien fonctionnel 24 heures sur 24 aux personnes vulnérables, qui ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes et qui souffrent souvent de multimorbidité. La plupart des résidents des foyers de soins de longue durée sont âgés de plus de 80 ans et 70 % d'entre eux sont atteints de démence. Dans les provinces et les territoires, ces établissements peuvent être appelés foyers de soins de longue durée (en Ontario, en Saskatchewan, en Colombie-Britannique et au Yukon), maisons de soins infirmiers (en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick), foyers de soins personnels (à Terre-Neuve-et-Labrador ainsi qu'au Manitoba), établissements de soins de longue durée (à Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Colombie-Britannique et Territoires du Nord-Ouest), établissements de soins résidentiels (en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique), foyers de soins spéciaux (au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan), établissements de soins continus (dans les Territoires du Nord-Ouest) ou centres de soins continus (au Nunavut). Dans la province de Québec, ils sont connus sous le nom de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ». (1)

<sup>b</sup> Nous utilisons la définition de « vieillir chez soi » approuvée par le Forum des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, qui est la suivante : « Vieillir chez soi, c'est avoir accès aux services et aux soutiens sanitaires et sociaux dont vous avez besoin pour vivre en toute sécurité et de façon autonome chez vous ou dans votre communauté aussi longtemps que vous le souhaitez ou que vous en êtes capable ». (2) Cette définition est conforme à la définition des CDC, qui est comme suit : "La capacité de vivre chez soi et dans sa communauté de façon sûre, indépendante et confortable, quels que soient l'âge, le revenu ou le niveau d'aptitude ». (3)

<sup>c</sup> Nous utilisons le terme « aidant familial/ami » et, le cas échéant, nous indiquons s'il est rémunéré ou non. Il peut s'agir de toute personne faisant partie de réseaux sociaux « informels », tels que des parents, des amis, des connaissances, des collègues ou des voisins. (4)

<sup>d</sup> Nous utilisons le terme "professionnel rémunéré de l'aide à domicile" pour désigner les services "formels" fournis par les organismes de santé et d'aide sociale. (5,6)

domicile en particulier : les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne. Nous avons pris en compte des données qualitatives et quantitatives, en utilisant une approche mixte pour produire cette étude rapide. Tout d'abord, nous avons entrepris un examen des données probantes en effectuant des recherches dans plusieurs bases de données (Annexe 3 : Sources et stratégie de recherche d'échantillons). Compte tenu du temps disponible, nous avons recherché des données probantes en utilisant une approche hiérarchique dans laquelle nous avons donné la priorité aux synthèses de données probantes, aux examens intégratifs / narratifs, aux lignes directrices et aux examens systématiques. Comme nous n'avons trouvé aucun examen ou rapport de synthèse lors de ces recherches, nous nous sommes appuyés sur une sélection d'études uniques que nous avons jugées crédibles sur la base des revues dans lesquelles elles ont été publiées. Nous avons parcouru à la main les listes de références des sources sélectionnées. Deuxièmement, nous avons utilisé Google pour effectuer des recherches dans la littérature grise des rapports, de la documentation politique, des livres blancs et des documents gouvernementaux ; nous avons évalué ces sources de manière critique, tout en tenant compte de l'autorité et l'objectivité de leurs auteurs.(7) Troisièmement, nous avons mené des entretiens téléphoniques approfondis, individuels et ouverts avec des informateurs clés du secteur des SLD, au Canada et ailleurs au monde, en prenant des notes pendant les entretiens (Annexe 2 : Consultants).

## Limites

Ce rapport présente plusieurs limites, principalement en raison de la brièveté des délais. La plus importante de ces limites est le fait qu'au cours des presque deux années qui se sont écoulées depuis le 11 mars 2020, date à laquelle l'OMS a déclaré la pandémie de COVID-19, et malgré tout ce que les médias, les plates-formes d'information gouvernementales et la littérature publiée nous ont appris sur l'impact du SRAS-CoV-2 dans les établissements de soins de longue durée, peu de choses sur les effets sur les soins à domicile ont été publiées dans des revues révisées par des pairs, des rapports gouvernementaux ou par des organisations non gouvernementales (ONG). C'est pourquoi nous avons également cherché des données probantes provenant du « monde réel », auprès de certains responsables du système, en reconnaissant que les perspectives de ces informateurs clés peuvent ne pas représenter tous les points de vue et toutes les expériences dans un pays donné. Bien que plusieurs membres de l'équipe de CanCOVID aient contribué à la sélection des études, un seul réviseur expérimenté a passé en revue les données probantes, sans vérification par un deuxième réviseur. Les procédures de validation comprenaient la triangulation pour corroborer ou affiner nos résultats, la recherche de données probantes discordantes et la vérification des membres avec nos informateurs clés pour confirmer l'exactitude de leurs expériences ainsi que la résonance de celles-ci.

Malgré ces limites, nous avons confiance dans la crédibilité des sources que nous avons consultées. En conséquence, bien que nous recommandions une certaine prudence dans l'interprétation des informations présentées dans cette Note d'enjeux, il nous semble raisonnable d'accorder du poids à nos conclusions lors de l'élaboration de politiques liées aux soins à domicile.

## Résultats

Nous décrivons notre compréhension de l'état des soins à domicile avant et pendant la pandémie dans quatre pays – le Canada, les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne – dont les points clés sont résumés dans le tableau 1.

Bien qu'il existe de nombreuses publications sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les établissements de soins de longue durée, les informations sur les soins à domicile, en particulier, sont assez limitées. (8)

Pour sélectionner les pays de comparaison, nous nous sommes appuyés sur les résultats de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée auprès de 52 000 personnes âgées dans 23 États membres de l'Union européenne (UE) et en Israël, qui montrent dans quelle mesure la pandémie a modifié l'offre de soignants rémunérés et non rémunérés pour les personnes âgées recevant des soins à domicile. (6) Lors de la première vague, une proportion significative de personnes âgées

dans ces 23 pays a reçu moins de soins à domicile de la part de prestataires rémunérés, au profit d'une aide non rémunérée de la part d'enfants, de voisins, d'amis ou de collègues. Dans la plupart des pays, les soins non rémunérés étaient plus résistants à la pandémie que les services de soins à domicile fournis par des prestataires rémunérés. Deux pays européens se distinguent en signalant le moins de difficultés à recevoir des soins à domicile pendant la pandémie : les Pays-Bas et l'Allemagne. Les deux programmes d'assurance sociale pour les SLD les plus développés au monde sont de loin ceux des Pays-Bas et de l'Allemagne. (9) Nous présentons les résultats obtenus dans ces deux pays, plus le Danemark, à titre de comparaison avec le Canada. (6) Bien que les résultats de l'enquête montrent qu'il est plus difficile de recevoir des soins à domicile au Danemark qu'aux Pays-Bas et en Allemagne, nous avons inclus le Danemark car ce pays possède l'un des systèmes de soins à domicile les plus développés d'Europe depuis la désinstitutionnalisation des soins de longue durée dans les années 1980. Les informateurs clés nous ont également amenés à croire que le système danois de soins à domicile a continué à fonctionner de manière presque normale pendant la majeure partie de la pandémie.

Lorsque nous faisons état de dépenses comparatives pour les SLD dans ces quatre pays de l'OCDE (le Canada, les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne) les chiffres comprennent la somme des dépenses de soins de longue durée (santé) et de soins de longue durée (social). Les SLD (santé) comprennent les soins médicaux ou infirmiers et les services de soins personnels, qu'ils soient dispensés en milieu hospitalier ou à domicile. Les soins de longue durée (sociaux) comprennent les services d'assistance qui permettent à une personne de vivre de manière indépendante à son domicile (par exemple, faire les courses, cuisiner, faire le ménage), ainsi que les subventions pour les services résidentiels dans les établissements d'aide à la vie autonome et les dépenses de logement. Les services de SLD peuvent être fournis par une série de professionnels et d'institutions de santé, mais ils peuvent également être fournis par des familles / amis rémunérés si une allocation de soins est autorisée. Le travail non rémunéré effectué par les aidants familiaux / amis « informels » est exclu. (10)

Afin d'illustrer l'éventail des structures de soins de longue durée utilisées dans d'autres pays, nous incluons (avec l'autorisation de l'auteur) un tableau très instructif (Annexe 1 : Effets de la pandémie de COVID-19 sur les soins à domicile dans 5 pays) (9) qui analyse et compare les services et les aides aux soins de longue durée en Allemagne, aux Pays-Bas, en Corée du Sud, aux États-Unis (État de Washington, Medicaid), au Danemark, en Suède, en Angleterre et en France.

## Profils des pays

### Nom du pays : Canada

### Quel était l'état des soins à domicile au Canada avant la pandémie ?

Avant la pandémie, environ 881 800 ménages canadiens (6,4 %) ont déclaré qu'au moins une personne recevait des services de soins à domicile financés par l'État. (11) Un pourcentage plus élevé de ménages en Nouvelle-Écosse et au Québec recevait des soins à domicile financés par l'État comparé au reste du Canada ; la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et le Yukon comptaient moins de bénéficiaires de soins à domicile. (11)

Les services sont soit des services de « soins de santé à domicile » dispensés par des professionnels, tels que des soins infirmiers, de la physiothérapie, de l'ergothérapie ou de l'orthophonie, du travail social et des conseils en nutrition, soit des « services de soutien » fournis par des travailleurs de soutien personnel rémunérés et/ou des agences bénévoles pour aider les personnes à effectuer diverses tâches quotidiennes comme le bain, préparer les repas, faire le ménage ou s'occuper du transport. (11) Ces services, fournis dans des maisons privées, des établissements de soins résidentiels<sup>c</sup>, ou des cliniques

<sup>c</sup> Les établissements de soins résidentiels englobent une gamme d'options de vie, la terminologie utilisée variant d'un bout à l'autre du Canada. Cela comprend les pavillons, les résidences assistées, les logements avec services de soutien, les maisons de soins de longue durée, les maisons de soins infirmiers, les maisons de soins personnels et les résidences pour retraités. Ces

ambulatoires, peuvent inclure des soins à court terme et la réadaptation pour les personnes qui se remettent d'une chirurgie ou de conditions médicales aiguës, ou des soins et un soutien à long terme pour permettre aux personnes souffrant de conditions chroniques de continuer à vivre dans la communauté, ou des soins de fin de vie. (13)

En 2017, le Canada a consacré 1,3 % de son PIB aux SLD financées par l'État, dont seulement 0,2 % aux soins à domicile. Il s'agit d'une des plus faibles financements publics alloués aux soins à domicile de l'OCDE. (14) Avant la pandémie, parmi les ménages dans lesquels au moins une personne de tout âge recevait une forme quelconque de services de soins à domicile professionnels rémunérés, 52 % recevaient des services de soins à domicile payés uniquement par le gouvernement. Parmi les ménages recevant uniquement des services de soins à domicile, 65 % étaient financés par l'État, mais 44 % payaient ces services de leur poche. (11) Avant la pandémie, parmi les ménages dans lesquels au moins une personne de tout âge recevait une forme quelconque de services de soins à domicile professionnels rémunérés, 52 % recevaient des services de soins à domicile payés uniquement par le gouvernement. Parmi les ménages recevant uniquement des services de soins à domicile, 65 % étaient financés par l'État, mais 44 % payaient ces services de leur poche. Cette disparité entre les soins à domicile financés par l'État et ceux financés par des fonds privés existe parce que, contrairement aux services de médecins et des hôpitaux, les services de soins à domicile ne sont pas garantis par la Loi canadienne sur la santé (LCS). Au lieu de cela, les soins à domicile sont financés par toute une mosaïque de financements, certains services étant financés par les gouvernements provinciaux / territoriaux, d'autres par le gouvernement fédéral pour des populations désignées : en outre, une grande partie des soins à domicile est financée par des fonds privés dans le cas de personnes n'étant pas admissibles à un soutien public. Le Canada est l'un des rares pays de l'OCDE qui n'alloue généralement pas de fonds publics aux types de tâches ménagères courantes qui permettent aux personnes âgées de vivre de façon autonome, soit les courses, la lessive, la cuisine, la commande de produits d'épicerie et les travaux ménagers. (15) L'aide apportée à ces activités instrumentales de la vie quotidienne est aussi important que l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne comme l'habillage et le bain. (16) Au Canada, l'organisation et le financement des soins à domicile constituent un sujet de discussion permanent. (17,18)

Or, ces données ne représentent que les services de soins à domicile rémunérés : elles ne tiennent pas compte de l'aide apportée par les aidants familiaux, amis ou voisins non rémunérés. En 2012, Statistique Canada a estimé qu'à un moment donné de leur vie, environ 13 millions de Canadiens de plus de 15 ans servent d'aidants non rémunérés à des membres de leur famille ou à des amis qui ont des besoins de santé liés à l'âge. (19–21) Cela représente environ 40 % des personnes âgées de plus de 15 ans. En 2018, environ 25 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus (7,8 millions de personnes) ont « fourni des soins à un membre de la famille ou à un ami souffrant d'une affection de longue durée, d'un handicap physique ou mental ou de problèmes liés au vieillissement ». Près de la moitié des aidants familiaux / amis (47 %) s'occupaient d'un parent ou d'un beau-parent. (22) On prévoit que le nombre de Canadiens âgés ayant besoin du soutien d'aidants naturels aura plus que doublé d'ici 2050, mais il y aura près de 30 % de moins de membres de la famille potentiellement disponibles pour fournir des soins non rémunérés. (19)

En plus de la demande croissante de soins à domicile pour des raisons démographiques, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estime qu'environ 11 % des résidents actuels des établissements de soins de longue durée – 1 résident sur 9, soit environ 5 000 personnes – pourraient être soignés à domicile. (23) Le « BC Seniors' Advocate » (Défenseure des aînés de la Colombie-Britannique) estime que ce chiffre est encore plus élevé en Colombie-Britannique : jusqu'à 15 % des résidents en soins de longue durée – 4 200 lits de soins de longue durée rien qu'en Colombie-Britannique, ou 1 résident actuel sur 7 pourrait vivre dans la communauté avec un soutien à domicile et/ou une aide à la vie autonome. (24) D'autres estimations varient entre 20 % et 50 %. (25) La directrice des performances du système de santé de l'ICIS affirme que « rester à la maison le plus longtemps possible peut offrir une meilleure expérience à de nombreuses personnes et peut contribuer à garantir que les lits de soins de longue durée sont réservés aux personnes ayant des besoins complexes et

---

établissements offrent divers niveaux de soins et peuvent être autonomes ou coimplantés avec d'autres types d'établissements de soins, y compris les hôpitaux. Le financement peut être public, privé ou mixte.(12)

nécessitant des soins à temps plein. » (23) Vivre dans un établissement de soins de longue durée coûte cher : en Colombie-Britannique, en moyenne, « un lit de soins de longue durée coûte aux contribuables 27 740 \$ de plus par an que deux heures de soutien quotidien à domicile. » (16) Pourquoi, alors, tant de personnes vivent-elles en institution alors qu'elles préféreraient demeurer à la maison ? En effet, il existe des obstacles au maintien à domicile. Ainsi, les obstacles pouvant conduire à une admission précoce dans un établissement de soins de longue durée au lieu de soins à domicile sont les suivants (23):

- La difficulté à s'orienter dans le système de soins de santé
- Le manque de continuité dans le système de soins de santé
- L'absence de point d'accès unique aux services de soins à domicile subventionnés et aux aides aux soins à domicile
- Les obstacles financiers et les frais personnels élevés dus à la relative absence de financement public des services liés aux soins à domicile, en particulier pour les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées
- Des frais élevés pour l'adaptation des logements
- Le manque de réactivité du système, notamment en ce qui concerne la fiabilité des aides à domicile
- Le manque de flexibilité des services de soins à domicile et des plans de soins existants pour s'adapter à l'évolution des besoins de soins
- Des critères d'éligibilité étroits pour l'accès aux soins à domicile
- Le manque d'accès à des services spéciaux tels que le soutien social et émotionnel (y compris ceux visant à soulager l'isolement social et la solitude), les services adaptés à la culture et à la langue, et l'aide aux besoins non médicaux
- Une dépendance excessive à l'égard des aidants familiaux / amis non rémunérés et d'autres bénévoles pour la gestion des soins

### **Comment la pandémie a-t-elle affecté les soins à domicile au Canada ?**

Les soins à domicile au Canada présentent toute une mosaïque de financements et de services, qui varient considérablement entre les provinces / territoires. Ainsi, les généralisations sur l'impact de la pandémie ne s'appliquent pas nécessairement partout, et certaines juridictions semblent avoir mieux géré la pandémie que d'autres.

Dans toutes les juridictions canadiennes, l'accès aux soins de santé à domicile et aux services de soutien financés par l'État est subordonné à la réalisation d'un examen initial et/ou d'une évaluation complète pour déterminer les besoins en matière de soins. Cette évaluation a souvent lieu en personne au domicile du client. Au début de la pandémie, les prestataires de soins à domicile ont temporairement modifié leurs méthodes d'évaluation afin d'éviter tout contact étroit avec les clients, et certains clients des soins à domicile ont suspendu leurs services pour limiter leur risque d'infection. (26) Le nombre de dépistages et d'évaluations complètes pour les clients vivant à domicile a diminué au cours de la première vague, et ceux qui ont eu lieu ont été effectués par téléphone. Parmi les adultes de l'Ontario vivant dans la communauté et atteints de démence, les services à domicile financés par les fonds publics ont été perturbés au cours des premiers mois de la pandémie de 2020, avec des baisses plus importantes dans les thérapies (50 %), et des baisses modérées dans les soins personnels (16 %), alors que les soins infirmiers n'ont été que « faiblement touchés ». (27)

En novembre 2020, l'ICIS a signalé qu'on ne savait pas si certaines personnes n'étaient pas en mesure de commencer à recevoir les services de soins à domicile, ni quelles étaient les conséquences de l'impossibilité de commencer ces soins à domicile, ni comment la prestation des services de soins à domicile était impactée par COVID-19. Le 9 décembre 2021, l'ICIS a signalé qu'il n'y avait pas eu de mise à jour depuis 2020 des données sur les services de soins à domicile. (26)

Les données d'une enquête menée à l'automne 2020 montrent qu'en Ontario et au Québec, la pandémie avait « radicalement changé les perceptions, les préférences et, en fin de compte, le comportement financier des Canadiens en matière de soins de longue durée » : 72 % des répondants âgés de 50 à 69 ans ont déclaré qu'ils étaient moins enclins à déménager dans un établissement de soins de longue

durée et préféraient les soins à domicile ; 25 % ont déclaré qu'ils prévoyaient d'épargner davantage pour la « vieillesse » ; et 70 % étaient favorables à une politique fiscale qui subventionnerait les soins à domicile dans l'ère postpandémique. (28)(29) D'autres données d'une enquête menée à l'été 2020 montrent que près de 100 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus déclarent qu'ils prévoient vivre en sécurité et de façon autonome dans leur propre maison aussi longtemps que possible. (30)

Parmi les clients des soins à domicile et leurs soignants situés en Ontario et en Nouvelle-Écosse, interrogés entre mars et juin 2020, « les participants ont été très affectés par l'élimination ou la réduction de l'accès aux services, ce qui souligne la vulnérabilité des clients des soins à domicile et de leurs soignants pendant la COVID-19 ». En outre, la pandémie « a fait payer un lourd tribut émotionnel aux clients des soins à domicile et a augmenté le besoin de soutien des soignants de la famille ou des amis ». (31) Les clients et les soignants ont annulé des services pour de nombreuses raisons, notamment parce que « différents travailleurs à domicile ont été affectés à un même client », parce que « les travailleurs à domicile travaillent également dans des maisons de soins infirmiers » ou parce qu'un « travailleur à domicile a été testé positif à la COVID-19 ». En raison de l'absence d'orientation centralisée de la main-d'œuvre dans le système décentralisé de soins à domicile, les travailleurs ont souvent cumulé des tâches pour plusieurs organismes à la fois (ou ont travaillé de manière indépendante), privant ainsi de nombreux travailleurs professionnels des soins à domicile (et des aidants familiaux / amis non rémunérés) d'un accès coordonné à l'équipement de protection individuelle (ÉPI). Il en a résulté un risque accru pour les travailleurs, leurs clients et les ménages des deux groupes. (32) L'utilisation de l'aide virtuelle aux soins, sous la forme de la technologie de surveillance passive à distance, était variable, certains déclarant y avoir moins recours (si les membres de la famille remplaçaient les soignants rémunérés), d'autres y ayant davantage recours (si les membres de la famille ne résidaient pas avec le client des soins à domicile), et d'autres encore ne signalant aucun changement. (31)

En Ontario, environ 900 000 personnes reçoivent des soins à domicile chaque année, dont 730 000 dans le système financé par les deniers publics. Pourtant, Home Care Ontario (une association de membres représentant les fournisseurs de services de soins à domicile de qualité de tout l'Ontario) rapporte que 3 000 infirmières, thérapeutes qualifiés et préposés aux services de soutien à la personne sont passés des soins à domicile à d'autres secteurs du système de soins de santé. Avant la pandémie, 95 % des demandes de soins à domicile pouvaient être satisfaites ; en octobre 2021, ce chiffre est tombé à 60 %, ce qui représente une « cannibalisation énorme » de la main-d'œuvre des soins à domicile en Ontario, en particulier des infirmières. (33) On s'attend à ce que cette situation s'aggrave en raison des retards imminents en matière de chirurgie, étant donné que la durée des séjours à l'hôpital augmentera nécessairement si les patients ne sont pas en mesure de rentrer chez eux sans soutien.

## **Nom du pays : Pays-Bas**

### **Quelle était la situation des soins à domicile aux Pays-Bas avant la pandémie ?**

Les Pays-Bas sont entrés dans la pandémie avec une infrastructure de soins à domicile relativement solide, établie de longue date et bien financée, qui a contribué à protéger l'accès aux soins à domicile, tout en permettant de s'adapter à l'évolution de la pandémie. Contrairement à la situation prévalant au Canada, les soins communautaires sont la norme aux Pays-Bas. (34)

L'évolution des services et des aides aux soins de longue durée aux Pays-Bas a été examinée dans une Note d'enjeux précédente. (8) Les Pays-Bas ont été le premier pays d'Europe à introduire une assurance maladie sociale obligatoire pour les SLD en 1968. Guidée par la législation nationale, la couverture des SLD est assurée et organisée par le gouvernement néerlandais, alors que les autorités locales et les municipalités sont responsables de la prestation des services de SLD dans les institutions, les maisons de soins, les foyers résidentiels et les communautés par le biais des soins infirmiers à domicile. Des bureaux de soins régionaux indépendants (dans 32 régions de soins) passent des contrats avec les prestataires de soins de longue durée en établissement dans leur région. Les soins sociaux sont achetés et organisés par les municipalités. En 2017, les Pays-Bas ont attribué 20 milliards d'euros aux soins de longue durée, s'affirmant ainsi comme l'un des pays de l'OCDE qui dépensent le plus pour les soins de

longue durée<sup>(35)</sup> Les dépenses publiques néerlandaises dans ce domaine représentant 3,7 % du PIB (2017), contre 1,3 % du PIB au Canada. (14)

En 2015, au bout de presque deux décennies de discussions et de rapports politiques (36), des réformes des soins de longue durée ont été mises en œuvre. Il s'agit de révisions majeures visant à la fois à réduire les dépenses et à promouvoir / soutenir davantage le « vieillissement sur place ». (37) Ainsi, par le biais de trois actes législatifs clés, les soins de longue durée ont été radicalement réorientés. Le principe de base de cette réforme décentralisatrice est d'offrir des soins au niveau « local dans la mesure du possible ; [au niveau] régional si nécessaire. » (38)

Premièrement, la localisation des soins s'est modifiée de telle sorte que davantage de soins sont désormais dispensés à domicile (de préférence par des aidants familiaux / amis « informels », rémunérés ou non) et moins en institution. Deuxièmement, les soins ont été décentralisés, les municipalités assumant la responsabilité des soins sociaux (initialement avec un budget réduit, en partant du principe que les soins organisés localement seraient plus efficaces). Cette réforme n'a pas été sans susciter des controverses au départ, étant donné les économies substantielles attendues. L'insatisfaction et les préoccupations soulevées au départ quant à la qualité des soins ont entraîné de nouveaux investissements dans les soins de longue durée. (39) Troisièmement, les assureurs maladie ont repris la responsabilité de la contractualisation des soins infirmiers communautaires, les infirmières de district jouant un rôle clé dans l'intégration des différents aspects des soins et de l'assistance. Les frontières entre les trois régimes ne sont pas toujours bien définies, ce qui a créé des problèmes de coordination et des possibilités de transfert de coûts d'un régime à l'autre. (40)

La législation nationale sous-tend l'écosystème néerlandais des soins de longue durée à travers ces trois lois :

1. Loi sur les soins de longue durée
  - Également connue sous le nom de Wlz, cette loi nationale vise les personnes les plus vulnérables qui ont besoin de soins supervisés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans des établissements de soins de longue durée ou à domicile. Ces services sont financés à la fois par une assurance maladie obligatoire pour les soins de longue durée, avec un prélèvement de 9,65 % sur tous les contribuables jusqu'à un montant maximum par an, et par des tickets modérateurs basés sur le revenu / les moyens financiers. (38) Les normes sont fixées au niveau national.
2. Loi sur le soutien social
  - Également connue sous le nom de Wmo, cette loi vise les personnes qui ont besoin d'une certaine aide – comme des services de repas et de transport, un financement pour adapter les maisons, des soins de jour communautaires – mais qui n'ont pas besoin ou ne remplissent pas les conditions requises pour recevoir des soins relevant de la Loi sur les soins de longue durée ; ces services sont financés par des taxes et des copaiements basés sur le revenu / les moyens financiers.
3. Loi sur l'assurance maladie
  - Promulguée en 2006, cette loi couvre les soins de santé directs, les activités de la vie quotidienne et les soins personnels par le biais de polices d'assurance maladie obligatoires proposées par 23 coopératives privées à but non lucratif concurrentes (« concurrence dirigée »). Elle est financée par les charges sociales, les impôts généraux, les primes fixées par la communauté et les copaiements.

Parmi les personnes âgées de plus de 85 ans, un tiers (30 %) utilisent des services au titre de la Loi sur les soins de longue durée et un tiers (30 %) au titre de la Loi sur le soutien social. Dans le cadre de ces trois lois, les personnes ont la possibilité de recevoir des soins « en nature » ou peuvent (avec autorisation) opter pour un budget personnel (*Persoonsgebonden Budget*, ou soins contre rémunération) pour organiser leurs propres soins / soutien fournis par des aidants familiaux / amis rémunérés « informels » ou des travailleurs professionnels rémunérés « formels » pour les soins à domicile. (41,42) En

2016, environ 14 200 titulaires d'un budget personnel ont reçu chacun environ 20 000 € par an (35) (~28 000 dollars canadiens aux taux de change de janvier 2022).

Depuis 2015, des efforts ont été déployés pour réduire le nombre de personnes vivant dans ce que les Néerlandais appellent des « foyers de soins », idéalement pour la dernière ou les deux dernières années de leur vie. Cela a demandé d'attribuer davantage de ressources pour permettre aux gens de vivre plus longtemps chez eux grâce à des investissements dans les soins infirmiers communautaires et d'autres services gériatriques ou pour adultes âgés.

### **Comment la pandémie a-t-elle affecté les soins à domicile aux Pays-Bas ?**

Les infirmières de district néerlandaises fournissent des soins de réadaptation, de prévention et de soutien aux personnes âgées aux Pays-Bas, en les aidant à prendre leurs médicaments, à accomplir leurs activités de la vie quotidienne, à soigner leurs plaies et à prendre soin de leur fin de vie. (43) Au début de la pandémie en mars 2020, les résultats d'une petite étude sur les infirmières de district néerlandaises montrent que les soins infirmiers pour les patients vivant dans la communauté étaient « souvent réduits au minimum », soit parce que les patients rejetaient les soins par peur de contracter la COVID-19, soit parce qu'ils n'avaient pas besoin de soins en raison d'opérations chirurgicales retardées, soit parce que les soins n'étaient pas disponibles en raison de l'indisponibilité des infirmières. (43) Certains patients ont appris à utiliser des dispositifs d'aide aux soins et la technologie pour remplacer les soins en personne. En l'espace d'un an, les niveaux de service dans le domaine des soins à domicile sont pour la plupart revenus à la normale, sauf lorsque le personnel était insuffisant ou que la demande était plus élevée en raison de retards ou de modifications des besoins en matière de soins. L'accent a toutefois été davantage mis sur les soins permettant l'autonomie et l'autogestion.

Les infirmières de district néerlandaises subissent les mêmes stress que les infirmières du monde entier, mais elles ont également été reconnues pour leur aptitude à traduire les directives politiques en directives pratiques, et pour leur capacité à « gérer des soins complexes et à mettre en place différentes solutions de contournement et une collaboration innovante entre diverses organisations ». (43) En d'autres termes, elles semblent avoir été responsabilisées, appréciées et traitées avec toute la dignité professionnelle qui leur échoit, contribuant ainsi à stabiliser les effectifs. On ne peut pas en dire autant des aides à domicile non infirmières rémunérées qui ont eu du mal à obtenir un ÉPI au cours des premiers mois de la pandémie. (44)

Les soignants familiaux / amis « informels » non rémunérés ont pris le relais lorsqu'ils le pouvaient pour combler les lacunes, en particulier après que l'ÉPI soit devenu plus généralement disponible lors de la deuxième vague, et les soignants professionnels « formels » rémunérés (principalement des infirmières) « ont connu davantage de contacts et de travail d'équipe avec les soignants informels ». (43) Davantage de soins ont été fournis à domicile en raison de la fermeture des services sociaux et des services de garde. Ce changement de l'emplacement où les soins ont été dispensés a eu un « impact important sur les aidants [non rémunérés] » qui sont devenus des « travailleurs de la santé oubliés ». (43) La pression accrue exercée sur les aidants non rémunérés pendant la pandémie a suscité des interrogations quant à l'opportunité d'une option intermédiaire entre la vie à domicile et l'hébergement dans un établissement de soins de longue durée.

Parmi 11 pays à revenu élevé, les personnes âgées des Pays-Bas ont déclaré avoir le moins de difficultés (11 %) à obtenir de l'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) de la part de professionnels rémunérés ou d'aidants informels (souvent non rémunérés) de la famille ou des amis ; le Canada a déclaré avoir le plus de difficultés (31 %). (45) Les AIVQ comprennent les travaux ménagers, la préparation des repas, la gestion des médicaments quotidiens ou les courses, qui font partie des types de services fournis grâce à la Loi néerlandaise sur le soutien social. (45)

## Nom du pays : Danemark

### Quelle était la situation des soins à domicile au Danemark avant la pandémie ?

Contrairement à la situation prévalant au Canada, les soins de longue durée, y compris les soins à domicile, font partie intégrante du système de santé public du Danemark, conformément au principe d'universalité et d'exhaustivité du modèle nordique de service public. À l'instar de tous les pays nordiques qui ont été les premiers à offrir des services et des soutiens en matière de soins de longue durée, le système danois est « construit sur les mêmes fondements conceptuels que leurs régimes de politique sociale plus larges : couverture universelle, prestations complètes (avec des paiements nuls ou faibles), responsabilité de l'État remplaçant la responsabilité familiale et autonomie locale en matière d'administration ». (9)

Le système danois de soins de longue durée se caractérise par un niveau élevé de décentralisation, rendu possible par la législation. En effet, cette législation nationale fixe un cadre général et des normes pour la prestation de services, mais 98 municipalités au sein de 5 régions administratives sont responsables des politiques de soins de longue durée, y compris de l'établissement des critères d'éligibilité / de droit et de la prestation / régulation de la prestation de services. (46) En tant que tels, bien que décentralisés, les soins sont également très intégratifs.

Les soins sont principalement gratuits au point de service ; ils sont fournis par un mélange de prestataires publics et privés, et financés par la fiscalité générale. Au Danemark, les dépenses publiques consacrées aux SLD représentent 2,5 % du PIB, et ne sont dépassées que par les Pays-Bas (3,7 % en 2015) et la Suède (3,2 %). (14) Les autres pays nordiques dépensent de manière similaire, la Norvège y consacrant 3,3 % et la Finlande 2,2 % du PIB en 2017. (9) À titre de comparaison, en 2017, le Canada a consacré 1,3 % de son PIB aux SLD financées par l'État, dont seulement 0,2 % aux soins à domicile. (14) Par rapport à ces exemples, ainsi qu'à la moyenne de 1,7 % attribuée aux SLD dans 17 pays de l'OCDE, (9) le Canada est à la traîne en matière de dépenses publiques allouées aux SLD.

Au cours des années 1970, le Danemark fut l'un des premiers pays européens à désinstitutionnaliser les soins de longue durée et à les remplacer par des solutions dans la communauté. (47) La politique de soins à domicile du Danemark est la plus généreuse parmi les pays nordiques, mesurée par la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus bénéficiant de soins à domicile (34 % en 2018), en comparaison avec les soins en maison de retraite (12 % en 2017). Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, environ 11 % reçoivent des soins à domicile. (48)

Plus des deux tiers des personnes âgées qui ont besoin de soins de longue durée bénéficient d'un soutien à domicile, par exemple pour les activités de la vie quotidienne, et d'une réadaptation centrée sur la personne (soins réparateurs) (49) pour maintenir ou retrouver les compétences nécessaires pour continuer à vivre de manière indépendante. (46) La perspective danoise qui guide la réadaptation consiste à « ajouter de la vie aux années qui restent, et non des années à la vie qui reste ». (50) Les municipalités danoises doivent effectuer « des visites annuelles à domicile pour tous les adultes de plus de 75 ans afin d'identifier les personnes présentant un risque de fragilité et nécessitant des services de soins à domicile et un programme de formation en matière de réadaptation ». (51,52) Depuis 1996, ce droit à des visites annuelles « préventives » par un gestionnaire de cas employé par la municipalité est destiné à « évaluer les besoins individuels et à aider à planifier une vie indépendante ». (53) Depuis 2015, la loi oblige toutes les municipalités danoises à évaluer le potentiel de réadaptation et à fournir les services nécessaires par le biais d'une équipe multidisciplinaire comprenant des travailleurs sociaux, des physio- et ergothérapeutes, des diététiciens et des infirmiers. (51) La plupart des soins à domicile sont fournis par des professionnels rémunérés, mais les aidants familiaux non rémunérés apportent également un soutien précieux. (53) La majeure partie de la main-d'œuvre des soins de longue durée est constituée « d'aides et d'assistants sociaux et sanitaires », les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ayant également vu leur nombre et leur influence augmenter au cours de la dernière décennie, « surtout suite à la mise en œuvre du programme de réadaptation ». (46)

L'accès aux soins à domicile est facilité par l'absence de partage des coûts et de condition de ressources au point de service pour les soins à domicile. Environ un tiers des prestataires de soins à domicile sont à but lucratif, mais les soins à domicile et les visites préventives à domicile sont toujours gratuits au point de service.

### **Comment la pandémie a-t-elle affecté les soins à domicile au Danemark ?**

Il existe peu de données probantes révisées par des pairs sur la façon dont la pandémie a affecté les soins à domicile au Danemark, et il n'y a pas beaucoup de rapports du gouvernement ou des ONG à ce sujet. En tant que tel, cela peut sembler être un diagnostic : comme l'a indiqué un informateur clé, « les soins à domicile n'ont pratiquement pas changé. Les gens ont continué à recevoir les soins et les services auxquels ils étaient habitués ».<sup>f</sup>

Au début de la pandémie, alors que le gouvernement national danois portait toute son attention à la capacité hospitalière, le travail des municipalités dans le secteur danois des soins à domicile a été moins mis en avant. En effet, des rapports locaux ont fait état de l'absence de certains services. (54) Ces rapports sont apparus au cours des premiers mois chaotiques de 2020, en dépit d'une attention politique constante portée à la protection des personnes les plus à risque, exposant la vulnérabilité du système de soins à domicile. Lorsqu'on s'en est rendu compte, les efforts se sont rapidement orientés vers la protection des personnes recevant des soins à domicile et de celles vivant dans des établissements de soins de longue durée. Ce changement a été rendu possible par l'intégration globale des soins à domicile dans le reste du système danois de santé et d'aide sociale, au lieu de fonctionner comme une composante distincte, comme c'est le cas au Canada.

Quels sont les facteurs qui ont permis le maintien des services de soins à domicile ? Le système danois de soins à domicile a principalement réussi à continuer à fournir des services essentiels pour la santé et la sécurité en raison du haut degré de professionnalisme et, par conséquent, de loyauté, du personnel de soins à domicile. Cela s'est doublé d'un haut degré de solidarité au sein de la population danoise. En conséquence, les travailleurs des soins à domicile et leurs clients ont été vaccinés en priorité, des réglementations ont été mises en œuvre pour améliorer la sécurité, notamment le fait qu'une même personne s'occupe des mêmes clients et que le personnel soit fréquemment testé, des citoyens se sont portés volontaires pour aider aux soins à domicile, des personnes travaillant normalement dans l'administration de la santé se sont portées volontaires pour participer à des programmes de formation. (55) Les citoyens se sont portés volontaires pour aider aux soins à domicile, ceux qui occupent normalement des postes administratifs dans le domaine de la santé et les retraités se sont portés volontaires pour fournir des ÉPI aux familles des clients des soins à domicile et aux clients eux-mêmes, et les clients des soins à domicile ont volontairement reporté certains services comme le ménage. Par conséquent, la demande de soins à domicile est restée à peu près la même que d'habitude et le système a été en mesure de répondre à la demande tout au long de la pandémie. Cela ne veut pas dire que tout a été facile depuis le début : Au 1<sup>er</sup> février 2022, le taux d'infection au Danemark par le variant Omicron n'a jamais été aussi élevé, et le nombre de nouveaux cas confirmés serait le deuxième plus élevé au monde. (56) Comme dans la plupart des pays du monde, le temps nous dira si cette situation met à rude épreuve les systèmes de santé et d'aide sociale du Danemark. Entre-temps, à compter du 1<sup>er</sup> février 2022, le Danemark a levé la plupart des restrictions relatives à la COVID-19, ne la considérant plus comme une « maladie socialement critique ». (57) Une enquête sur les bénéficiaires de soins à domicile est prévue en 2022 pour évaluer officiellement les effets de la pandémie.

Au-delà de la structure et de la fonction du système officiel de santé et d'aide sociale, deux autres caractéristiques peuvent contribuer à expliquer le succès relatif du Danemark à maintenir à flot le système de soins à domicile pendant la pandémie. Premièrement, le Danemark est culturellement un pays où la confiance est élevée. La plupart des Danois « ont simplement suivi les conseils des autorités et n'ont pas pris sur eux de faire la police ». (58) La confiance a été protégée et maintenue grâce à une « transparence radicale » dans les communications officielles du gouvernement, notamment en ce qui

---

<sup>f</sup> Communication personnelle, Louise Weikop, 20 janvier 2022.

concerne les vaccins. La transparence est d'une importance capitale pour maintenir la confiance à long terme et pour éviter la propagation de croyances complotistes. (59) La conformité élevée aux vaccins a permis de réduire les restrictions, de sorte que l'opposition n'a pas été alimentée. Des outils tels que les tests de masse et les passeports vaccinaux sont considérés « non pas comme des outils de contrôle, mais comme des outils permettant de se protéger mutuellement et de revenir à la normale ». (60) Deuxièmement, l'une des caractéristiques de l'identité culturelle danoise est le concept de « *hygge* », qui englobe un « sentiment de contentement et de bien-être confortable grâce à la jouissance des choses simples de la vie ». (61) Peut-être que les Danois recevant des soins à domicile et ceux les aidant n'ont pas tellement eu envie de rester chez eux et de s'éloigner de la foule, contribuant ainsi à une moindre propagation de la COVID-19, du moins lors des vagues pré-Omicron. (61)

## Nom du pays : Allemagne

### Quelle était la situation des soins à domicile en Allemagne avant la pandémie ?

Le système de santé allemand date de 1883, date à laquelle le Parlement a rendu l'assurance maladie obligatoire à l'échelle nationale. Les responsabilités en matière de gouvernance du système de santé en Allemagne sont très complexes et impliquent trois niveaux (fédéral, États ou Länder et organismes autonomes). Le ministère fédéral de la Santé est responsable de l'élaboration des politiques par le biais de lois et de directives administratives. Les États (Länder) sont responsables de la planification hospitalière et du financement des investissements hospitaliers. Les organes autonomes comprennent les associations de caisses de maladie et les prestataires de soins de santé. (62)

Au cours des années suivant la création de l'assurance maladie obligatoire, d'autres risques furent atténués grâce à l'assurance sociale obligatoire pour les accidents et l'invalidité (1884), la vieillesse et l'invalidité (1889), le chômage (1927) et, beaucoup plus tard, les soins de longue durée (1995). (63) L'assurance obligatoire des soins de longue durée (ASLD) a complété le cinquième et dernier pilier du système global de santé et de protection sociale de l'Allemagne, inscrivant les soins aux personnes âgées dans la Constitution. (8)

L'ASLD finance le coût des soins alors que les 16 États allemands sont chargés d'en garantir l'infrastructure, y compris les établissements de soins de longue durée. Les prix des services sont fortement réglementés. Des normes de qualité nationales existent, assorties d'un contrôle de conformité et de la production de rapports. (64) En 2017, l'Allemagne a consacré 1,5 % de son PIB aux soins de longue durée, servant ainsi de modèle à d'autres pays en offrant des prestations solides à un coût modeste. (9) En « exigeant des retraités qu'ils cotisent au programme tout au long de leur retraite (sauf si et jusqu'à ce qu'ils entrent dans le statut de bénéficiaire) », l'Allemagne a réussi à atténuer partiellement l'iniquité intergénérationnelle, et à maintenir la couverture des bénéficiaires de la première génération, tout en maintenant un taux de cotisation global faible. (9) Lorsque de nouvelles menaces à la viabilité budgétaire ou à l'accès équitable apparaissent, le gouvernement allemand semble bénéficier d'un soutien suffisant de la part de l'ensemble du spectre politique pour mettre en œuvre des réformes législatives créatives qui protègent le système de soins de longue durée.

L'assurance dépendance obligatoire prévoit des prestations pour les soins à domicile. Il s'agit soit de prestations en espèces (*Pflegegeld*) (pour payer un aidant familial), soit de prestations en nature (*Pflegesachleistung*) (pour divers services professionnels de soins infirmiers et d'assistance personnelle), soit d'une combinaison des deux types de prestations en fonction du niveau de soins requis. La politique sociale allemande est ancrée dans le principe de « subsidiarité », ce qui signifie que « l'État n'interviendra que lorsque la capacité de la famille à servir ses propres membres sera épuisée ». (9) Un principe complémentaire est que « le système donne la priorité aux soins dans l'environnement le moins restrictif », 80 % des bénéficiaires choisissant les prestations en espèces (64) alors que 69 % choisissent de recevoir des soins à domicile (65). Les bénéficiaires et leurs familles font ces choix (66) avec l'aide des centres de soutien (*Pflegestützpunkte*) qui sont organisés par les fonds d'ASLD en partenariat avec les communautés locales pour offrir des conseils et un soutien en fonction des services nécessaires, du coût et de la qualité. (65) Les coûts non couverts par l'ASLD sont payés par l'individu, avec une aide des

municipalités locales pour les coûts non couverts dans les maisons de soins ou pour les personnes à faibles revenus.

D'autres pays ont calqué leur système sur celui de l'Allemagne, notamment le Japon (en 2000). De son côté, le système de la Corée du Sud (2008) est influencé par ceux de l'Allemagne et du Japon. (9) Il y a toutefois une différence : le Japon et la Corée du Sud ont rejeté les prestations en espèces en grande partie en raison des « craintes qu'elles ne renforcent les schémas sexués de travail et de soins et ne réduisent la participation au marché du travail », mais aussi parce que ces pays s'inquiétaient du coût en cas de recours massif aux prestations en espèces. (9)

### **Comment la pandémie a-t-elle affecté les soins à domicile en Allemagne?**

Comme dans de nombreux pays, les soins à domicile pour les personnes âgées en Allemagne n'ont pas échappé à la COVID-19. Au début de la pandémie, selon une estimation, près de la moitié (45,8 %) de tous les services de soins à domicile étaient « fragilisés / instables » en raison d'un manque de personnel. (67)

Les soins à domicile souffraient déjà d'une pénurie de travailleurs qualifiés et d'une « faible attractivité » de la profession d'infirmier avant la pandémie, comme en témoigne la Loi sur le renforcement du personnel soignant (*Pflegepersonal-Stärkungsgesetz*) promulgué en 2018 et visant à résoudre les problèmes liés aux conditions de travail, aux revenus et aux heures de travail. (67) Au cours de la pandémie, cette situation a été exacerbée par le modèle de soins à domicile en Allemagne (tout comme en Autriche et en Suisse), car ce modèle repose sur du personnel soignant majoritairement migrant (comprenant surtout des femmes) originaires d'Europe centrale et orientale, qui travaillent en binôme et alternent des quarts de travail de 2 à 12 semaines à la fois, faisant la navette entre leurs pays d'origine (la Pologne, la Roumanie et la Slovaquie). (68) Les restrictions de voyage ont rendu cette migration circulaire difficile, exposant la vulnérabilité du système allemand de soins à domicile à travers la fragilité de cet arrangement transnational. (67) La pandémie a mis en évidence la nécessité d'initiatives visant à garantir la fourniture d'une main-d'œuvre stable pour les soins de longue durée, en particulier en temps de crise. (69) Pour renforcer la résilience, une approche possible consisterait à mettre en œuvre des politiques visant à « formaliser et légaliser les services de soins au-delà des frontières nationales ». (70)

Les effets de la pandémie sur les aidants à domicile sont mitigés. Certains rapportent que la pandémie a également mis à rude épreuve les aidants familiaux en Allemagne, qui s'occupent collectivement d'environ 2,5 millions de personnes à domicile. Selon une analyse, parmi ceux qui décrivent leurs expériences dans les médias sociaux, 71 % des aidants familiaux / amis ont trouvé « plus difficile de concilier soins et travail », et 52 % ont signalé une détérioration de leur propre santé et de leur qualité de vie. (71) Cette situation s'explique en grande partie par le fait que de nombreux aidants familiaux se tournent vers les structures d'accueil de jour et de répit à court terme, mais ces options de secours ont été supprimées pendant la pandémie. (71) La législation adoptée en mai 2020 – la « Deuxième loi pour la protection de la population en cas de situation épidémique d'importance nationale » – a mis en œuvre des mesures de secours pour les aidants familiaux, notamment par l'extension de l'allocation de soutien aux soins. (71,72) D'autres études ne signalent « aucune différence significative dans la prévalence des soins [non rémunérés] pendant la pandémie par rapport à la situation qui prévalait auparavant », peu d'aidants et peu de bénéficiaires de soins étant infectés. L'intensité et le temps consacrés aux soins ont augmenté, avec moins de soins ambulatoires, mais plus d'aide pour faire les courses. (73)

Ces effets témoignent du fait que les aidants informels font face à des charges supplémentaires, et laissent entrevoir un besoin apparent de réforme structurelle pour soutenir les prestataires et les bénéficiaires de soins à domicile pendant les crises. (74)

Le tableau 1 compare le Canada, les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne, y compris les structures en place avant la pandémie qui ont protégé ou permis l'adaptation pendant la pandémie, les effets de la pandémie (par exemple, sur la qualité des soins à domicile, le soutien aux soignants, la stabilité de la main-d'œuvre) et les vulnérabilités que la pandémie a exposées dans les soins à domicile.

**Tableau 1. Effets de la pandémie de COVID-19 sur les soins à domicile dans quatre pays**

Pays	Structures en place pour protéger les soins à domicile ou en permettre l'adaptation	Effets de la pandémie sur les soins à domicile (qualité, soutien aux soignants, stabilité de la main-d'œuvre)	Vulnérabilités exposées par la pandémie dans les soins à domicile
<b>Canada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cofinancement et subvention du gouvernement (fédéral, provincial, territorial) + paiement privé effectué par l'utilisateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbation considérable des services de soins à domicile</li> <li>• Charge accrue pour les aidants informels non rémunérés de la famille ou des amis</li> <li>• Le côtoiement des travailleurs des soins à domicile et des soins en institution a fragilisé la prévention et le contrôle des infections</li> <li>• La « cannibalisation » de la main-d'œuvre des soins à domicile dans certaines juridictions, en particulier les infirmières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mosaïque de financements, de services et de fournisseurs</li> <li>• Insuffisance des fonds destinés aux soins à domicile</li> <li>• Barre d'admissibilité élevée pour accéder aux soins à domicile financés par l'État</li> <li>• Recours excessif aux soins en institution, même lorsque les soins à domicile sont préférés</li> <li>• Absence de professionnalisation de la main-d'œuvre rémunérée des soins à domicile</li> <li>• Insuffisance du suivi, de la surveillance et de l'intégration du soutien apporté par les aidants non rémunérés</li> <li>• Utilisation incohérente des soins virtuels et de la technologie de surveillance passive à distance</li> <li>• Absence de planification de la préparation à la pandémie (par exemple, ÉPI)</li> </ul>
<b>Pays-Bas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Législation intégrée en trois volets (SLD, santé, soutien social) financée par une taxe sur les contribuables, des charges sociales, des recettes générales et des primes calculées par la communauté</li> <li>• Assurance dépendance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbation initiale des soins à domicile, suivie d'un retour à la normale</li> <li>• L'accent est mis sur les soins permettant l'autonomie et l'autogestion</li> <li>• Les infirmières de district étaient compétentes, habilitées et appréciées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin potentiel d'un niveau de soins intermédiaire entre le domicile et l'institution</li> <li>• Nécessité d'une plus grande participation de tous les niveaux de soins, y compris des travailleurs de la santé non infirmiers, à la gestion des soins de</li> </ul>

Pays	Structures en place pour protéger les soins à domicile ou en permettre l'adaptation	Effets de la pandémie sur les soins à domicile (qualité, soutien aux soignants, stabilité de la main-d'œuvre)	Vulnérabilités exposées par la pandémie dans les soins à domicile
	<p>obligatoire financée par un prélèvement sur tous les contribuables + copaiements dégressifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une infrastructure de soins à domicile solide, établie de longue date, bien financée et intégrée</li> <li>• Normes nationales</li> <li>• Un soutien fort fourni aux soins infirmiers de district et aux services gériatriques à base communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une pression accrue sur les aidants « informels » non rémunérés</li> <li>• Absence d'ÉPI pour les soignants non infirmiers rémunérés</li> <li>• Utilisation accrue d'appareils et de technologies pour remplacer les soins en personne</li> <li>• Plus de travail d'équipe entre les aidants rémunérés et non rémunérés</li> </ul>	<p>santé et à la prise de décision</p>
<b>Danemark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance dépendance nationale autonome et obligatoire, financée par les recettes générales</li> <li>• Infrastructure de soins communautaires et à domicile décentralisée, mais intégrée (haut degré d'intégration verticale et horizontale des services)</li> <li>• La politique de soins à domicile la plus généreuse parmi les pays nordiques (pas de partage des coûts ni de conditions de ressources)</li> <li>• Des services de réadaptation centrés sur la personne pour favoriser son autonomie</li> <li>• Soutien politique cohérent et solidarité pour la protection des personnes âgées</li> <li>• Un pays où la confiance est</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbation minimale des services de soins à domicile</li> <li>• Un haut degré de loyauté et de professionnalisme dans le personnel des soins à domicile</li> <li>• ÉPI à la disposition des familles des clients des soins à domicile et des citoyens volontaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gouvernement fédéral a donné la priorité aux hôpitaux plutôt qu'aux maisons de repos et aux soins à domicile</li> <li>• Le transfert de soins autrement pris en charge par l'État vers des soins volontaires a reproduit l'inégalité entre les sexes, les femmes effectuant la plupart des soins à domicile « volontaires » et non rémunérés</li> </ul>

Pays	Structures en place pour protéger les soins à domicile ou en permettre l'adaptation	Effets de la pandémie sur les soins à domicile (qualité, soutien aux soignants, stabilité de la main-d'œuvre)	Vulnérabilités exposées par la pandémie dans les soins à domicile
	<p>culturellement élevée a permis la gouvernance par la coopération plutôt que par l'opposition et la résistance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La « transparence radicale » des communications officielles du gouvernement entretient la confiance</li> </ul>		
<b>Allemagne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance dépendance nationale autonome et obligatoire depuis 1995, financée par l'impôt sur les salaires + le paiement privé effectué par l'utilisateur</li> <li>• Normes de qualité nationales</li> <li>• Choix entre des prestations en espèces et des prestations en nature, ou une combinaison des deux</li> <li>• Aidants familiaux rémunérés</li> <li>• Soutien de l'ensemble du spectre politique pour mettre en œuvre des réformes législatives créatives en matière de SLD</li> <li>• Le système donne la priorité aux soins dans l'environnement le moins restrictif possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de soins à domicile instables / fragilisés en raison d'un manque de personnel</li> <li>• Certains rapports font état de difficultés pour les aidants familiaux rémunérés à concilier soins et travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La forte dépendance à l'égard des aides familiaux transnationaux rémunérés est menacée par la fermeture des frontières</li> <li>• Nécessité de formaliser et de légaliser les services de soins au-delà des frontières nationales</li> <li>• Nécessité d'une réforme structurelle pour soutenir les prestataires et les bénéficiaires de soins à domicile pendant les crises</li> </ul>

## Discussion

Au Canada, aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne, la pandémie de COVID-19 a affecté les soins à domicile à des degrés divers, et pour des raisons différentes. La mesure dans laquelle les soins à domicile sont intégrés dans le système de santé et suffisamment financés dans chacun de ces pays y est sans doute pour quelque chose. Les Pays-Bas sont notamment l'un des pays de l'OCDE qui investissent le plus dans les soins de longue durée, avec 3,7 % du PIB (2017) (35), contre 1,3 % au Canada (dont seulement 0,2 % a été consacré aux soins à domicile, soit l'une des allocations les plus faibles de l'OCDE), (14), 2,5 % au Danemark (14), et 1,5 % en Allemagne (9). Par rapport à ces exemples de soins à domicile, et à la moyenne de 1,7 % dans les 17 pays de l'OCDE (9), le Canada est à la traîne en matière de dépenses publiques pour les SLD.

Les modalités de financement des soins à domicile varient dans ces pays de comparaison. Aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne, les soins de longue durée, y compris les soins à domicile, font partie intégrante des systèmes de santé et d'aide sociale et sont inscrits dans la loi. L'Allemagne et le Danemark s'appuient tous deux sur une assurance nationale de soins de longue durée pour financer les soins à domicile, financée par les charges sociales (Allemagne) ou les recettes générales (Danemark). Les Pays-Bas s'appuient sur trois lois intégrées qui permettent des services intégrés pour les soins de longue durée, les soins de santé et l'aide sociale, les soins de longue durée étant financés par une combinaison de charges sociales, de recettes générales et de primes communautaires. Le Canada, en revanche, s'appuie sur un accord de financement partagé entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux / territoriaux, les personnes contribuant de leur poche à hauteur variable en fonction de leur capacité de paiement. La responsabilité des soins à domicile varie selon les provinces / territoires chez lesquels se trouve un large éventail de lois, de politiques, de normes, de lignes directrices, de rapports, de priorités et de financements. Il n'existe pas de législation nationale en matière de soins de longue durée au Canada, ni de normes nationales fondées sur des principes (75) ou de cadre pour les soins à domicile. Il n'existe pas non plus de normes ou de cadre national fondé sur des principes pour les soins à domicile (ou pour les établissements de soins de longue durée, bien que des efforts soient en cours pour changer cela). (76) Pour l'instant, comme pour les autres soins de longue durée, les soins à domicile au Canada restent toute une mosaïque de financements, de politiques, de normes, de services et de fournisseurs.

Chacun de ces pays possède de nombreux atouts dans la manière complexe dont il tente de fournir des soins à domicile aux personnes âgées ; la pandémie a également mis en évidence les vulnérabilités de chacun de ces pays.

- Au Canada, la structure de gouvernance fédérale / provinciale / territoriale a permis une action souple au niveau local. Pourtant, la plus grande partie du financement public des services de soins de longue durée va aux personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée institutionnalisés, et non à celles vivant à domicile. Les soins à domicile ne sont pas régis par les mêmes principes que ceux inscrits dans la LCS. Ce qui reste pour les soins à domicile signifie que l'accès en est limité uniquement aux personnes qui en ont le plus besoin, ou à celles qui ont les moyens de payer. Et ce, malgré un système de soins de santé qui s'enorgueillit par ailleurs d'offrir l'accès aux soins fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer. Et ce, malgré le fait que les personnes âgées au Canada expriment clairement qu'elles préfèrent « vieillir sur place ». Comme l'a dit un nos informateurs clés, « ce qui compte, c'est la capacité de vivre une vie en lien avec les familles et les amis. On ne peut pas faire cela quand on utilise des modèles d'entrepôt » pour les personnes âgées. <sup>§</sup> La main-d'œuvre des soins à domicile au Canada est remplie de fournisseurs compatissants et qualifiés, dont beaucoup sont des infirmières et d'autres professionnels qualifiés provenant d'autres pays dont les titres de compétences ne sont pas reconnus au Canada. Ils sont souvent employés par des agences contractuelles et payés moins que ce qu'ils méritent compte tenu de leurs compétences, en fonction de ce que gagnent leurs

---

<sup>§</sup> Communication personnelle, Maggie Keresteci, 24 janvier 2022.

homologues équivalents dans d'autres secteurs du système de soins de santé, comme les maisons de soins de longue durée ou les hôpitaux (77). Les services de soins à domicile rémunérés ont été considérablement perturbés pendant la pandémie, les aidants familiaux / amis non rémunérés prenant le relais quand ils le pouvaient. Nous disposons de peu de données recueillies régulièrement au Canada pour établir comment les personnes âgées « vieillissant sur place » et leurs aidants – tant ceux qui reçoivent des soins à domicile financés par l'État que ceux qui paient de leur poche – se sont débrouillés pendant la pandémie. Heureusement, il s'agit d'un domaine prioritaire pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui ont collaboré à l'élaboration d'un ensemble commun d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés à l'échelle pancanadienne en vue d'améliorer l'accès aux soins à domicile et en milieu communautaire (13). Ces indicateurs viennent appuyer les priorités communes en matière de santé sur lesquelles les gouvernements se sont entendus en août 2017 ainsi que l'investissement fédéral de 11 milliards de dollars sur 10 ans qui les accompagne pour mener à des améliorations dans ces domaines (78).

- Les Pays-Bas sont entrés dans la pandémie avec une infrastructure de soins à domicile comparativement robuste, établie de longue date et bien financée, qui a contribué à protéger l'accès aux soins à domicile et permis de s'adapter à l'évolution de la pandémie. Contrairement à la situation qui prévaut au Canada, les soins communautaires sont la norme aux Pays-Bas, car ils sont intégrés au système de santé. (34) Les infirmières de district néerlandaises ont pour la plupart continué à soutenir les personnes âgées aux Pays-Bas pendant la pandémie, les niveaux de service revenant presque à la normale, sauf lorsque le personnel était insuffisant ou que la demande était plus élevée que prévu. Comme au Canada, les aidants familiaux / amis « informels » non rémunérés ont pris le relais lorsqu'ils le pouvaient. Cette situation a suscité un débat sur la question de savoir s'il devrait y avoir un niveau intermédiaire de soins entre la vie à domicile et l'hébergement en établissement.
- Les soins à domicile au Danemark suivent l'éthique du modèle nordique de service public, illustrant les principes d'universalité et d'exhaustivité. Depuis les années 1970, les soins de longue durée ont été désinstitutionnalisés au Danemark et remplacés par des solutions communautaires, guidées par la valeur danoise consistant à « ajouter de la vie aux années qui restent, et non des années à la vie qui reste ». Comme au Canada, les soins à domicile sont fortement décentralisés, mais il y a une différence : au Danemark, ils sont autorisés et guidés par une législation et des normes nationales. Comme dans de nombreux pays, les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée ont été prioritaires au début de la pandémie, mais comme les soins à domicile étaient très bien implantés, les perturbations semblent avoir été minimales. Cela dit, comme dans de nombreux pays, la pandémie a révélé une faille dans le système danois, à savoir la charge qui pèse sur les aidants familiaux non rémunérés, principalement les femmes.
- L'infrastructure de soins à domicile de l'Allemagne est peut-être la plus polyvalente de ces comparateurs, car l'Allemagne dispose d'une assurance dépendance nationale, offrant la possibilité de recevoir des services en espèces ou en nature, ou une combinaison des deux, ainsi que la rémunération des aidants familiaux ou amis. À première vue, il s'agit d'un système presque sans faille. Pourtant, la pandémie a bel et bien révélé une faille dans le système : le système allemand de soins à domicile s'appuie sur une main-d'œuvre migrante transnationale qui fait la navette entre la Pologne, la Roumanie et la Slovaquie. Les restrictions frontalières en vigueur pendant la pandémie ont mis en évidence la fragilité de cet arrangement. Une fois de plus, les aidants familiaux / amis, qu'ils soient rémunérés ou non, ont pris le relais. Les défis de l'Allemagne consistent à trouver comment formaliser et légaliser les services de soins au-delà des frontières nationales et à soutenir les aidants familiaux en temps de crise.

## Conclusion

Plutôt que d'avoir misé sur les soins en institution, les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne ont des systèmes de soins bien établis de longue date, intégrés, à domicile et dans la communauté pour les

personnes âgées, des systèmes qui bénéficient d'investissements publics considérables. Ces systèmes notamment aident à soutenir de nombreuses personnes âgées qui vieillissent sur place pendant la pandémie de COVID-19.

Dans la conception de tout système de santé, le contexte est important. La conception des systèmes de santé, des systèmes sociaux et des systèmes de soins de longue durée néerlandais, danois et allemands est ancrée dans les caractéristiques propres à chacun de ces pays, influencées par la culture, les valeurs, la politique, l'économie, l'histoire et la structure / le style de gouvernance. Lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé, les gouvernements de ces pays de comparaison bénéficiaient déjà depuis longtemps d'un large soutien public et, par conséquent, d'une attention politique portée au secteur des SLD. La façon dont ce soutien a évolué et les raisons de cette évolution sont multifactorielles et dépassent le cadre de ce rapport. Il convient de noter, par exemple, que contrairement à la situation qui prévaut au Canada, ces pays de comparaison ont tous eu des gouvernements de coalition au fil du temps. Cette caractéristique peut avoir permis un soutien public large et durable pour la mise en œuvre des cadres politiques et juridiques qui sous-tendent leurs secteurs de SLD (79), tout comme, dans les années 1960, le « fédéralisme coopératif » canadien a pu contribuer à rassembler les appuis pour l'adoption de l'Assurance maladie et du Régime de pensions du Canada. (80)

Quelles leçons le Canada peut-il tirer des systèmes de soins à domicile pour les personnes âgées aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne, qui ont aidé ces pays à faire face à la pandémie, afin d'informer notre propre planification visant à renforcer et à étendre les soins à domicile ?

### **Leçon 1 : Repenser la prestation de soins aux personnes âgées.**

- Des données recueillies aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne appuient la proposition selon laquelle « après des décennies de solutions à base de ruban adhésif, les provinces canadiennes doivent faire un usage judicieux de la boule de démolition » (25) afin de repenser et de redéfinir les soins aux personnes âgées, y compris les soins à domicile pour ceux qui vieillissent sur place. Bien que de nombreux pays aient eu du mal à maintenir les services de soins à domicile pendant la pandémie, certains s'en sont mieux sortis que d'autres. Ceux qui sont entrés dans la pandémie avec des systèmes de soins à domicile solides et intégrés semblent avoir mieux résisté aux ravages de la pandémie. Il s'agit notamment de politiques et de législations qui favorisent l'intégration entre les soins à domicile et les soins de santé primaires. (81,82)

Lorsqu'il s'agit de prendre soin des personnes âgées, il n'existe pas de solution unique. L'expérience des trois pays européens analysés ci-haut montre que l'objectif pour les Canadiens ne devrait pas être d'abolir les établissements de soins de longue durée. L'objectif devrait plutôt être d'entamer la transition vers l'abandon des grands modèles institutionnels – non d'en construire de nouveaux – tout en endiguant le sous-financement des soins à domicile, qui mine les soins de longue durée depuis bien trop longtemps. (83) En améliorant l'accès à davantage de services de soins à domicile, nous pourrions même potentiellement désinstitutionnaliser certaines personnes qui vivent actuellement dans des établissements de soins de longue durée, mais qui préféreraient vivre « chez elles » si seulement elles disposaient des services dont elles ont besoin pour retrouver et conserver une plus grande autonomie.

Pour les personnes résidant dans la communauté, le Canada s'appuie beaucoup sur les soins non rémunérés de la famille, des amis et des voisins. L'augmentation des soins à domicile exigerait un changement radical de notre philosophie et de notre approche du vieillissement – une approche « moonshot » (une approche novatrice, axée sur l'initiative et visant des objectifs audacieux). Faisons le constat. Beaucoup d'entre nous auront besoin de soutien si nous avons la chance de vivre aussi longtemps. Beaucoup d'entre nous choisiront de rester à domicile si nous avons la chance de nous plaire là où nous vivons. Alors, afin de respecter ce choix, les données recueillies dans ces trois autres pays indiquent que nous devrions changer de cap et remanier le système canadien pour désinstitutionnaliser les soins et orienter davantage la prestation de soins vers le milieu domiciliaire.

### **Leçon 2 : Abandonner l'approche binaire du vieillissement.**

La norme dans ces trois pays modèles européens est la désinstitutionnalisation des soins. En nous inspirant de leur exemple, nous nous éloignerions forcément de l'approche binaire du vieillissement. À l'heure actuelle, lorsque nous vieillissons au Canada, beaucoup d'entre nous luttent seuls pour demeurer à la maison ; nous sommes parfois soutenus par des aidants familiaux ou amis non rémunérés parce que nous ne sommes pas admissibles à une aide rémunérée (ou à un montant suffisant) ; parfois nous déménageons dans un établissement de soins de longue durée où nous sommes admissibles à une aide rémunérée. En Colombie-Britannique, « l'aîné moyen pourrait économiser 10 000 \$ par an en vivant dans un établissement de soins de longue durée plutôt que de vivre chez lui avec une aide à domicile, mais les contribuables paieraient en moyenne 28 000 \$ de plus ». (16) Pourtant, avec un financement public plus important pour les options de soins à domicile et un seuil d'admissibilité plus bas basé sur les besoins, et non sur le revenu – un plus grand nombre d'entre nous pourraient vieillir sur place, soit dans notre propre maison, soit dans des environnements communautaires tels que des maisons partagées, des appartements ou des communautés de retraités d'origine naturelle. (84) Dans de nombreux cas, même des changements relativement mineurs et peu coûteux pour adapter nos maisons – comme l'installation de barres de sécurité pour les douches, de rehausses pour les toilettes, de barrières de lit, d'aides à la mobilité, et même de l'aide pour pelleter la neige – feraient une grande différence dans la capacité d'une personne à vieillir chez elle en toute sécurité. En mettant l'accent sur les services de réadaptation, on aiderait un plus grand nombre de personnes âgées non seulement à rester chez elles, mais aussi à jouir d'une meilleure qualité de vie et d'une plus grande autonomie. Mais l'accès à ces adaptations est souvent soumis à des conditions de ressources, de sorte que de nombreuses personnes n'y ont pas droit. Les pays de comparaison proposent toujours un continuum d'aides pour que les personnes âgées puissent faire des choix judicieux quant à leur lieu de vie et aux soins qu'elles reçoivent, mais ils offrent plus d'aides quotidiennes que nous pour ceux qui veulent rester « chez eux »

Et si nous adoptions une caractéristique du système danois et faisons un dépistage de tous les adultes de plus de 75 ans pour identifier ceux qui pourraient bénéficier de services de soins à domicile ? Il existe de nombreux modèles en la matière, tant dans le domaine des soins de santé qu'ailleurs. Firesmart Canada<sup>MD</sup>, par exemple, aide les propriétaires à évaluer le risque d'incendie dans leur maison afin qu'ils puissent atténuer et protéger leur maison et leur communauté, estimant que « les maisons qui sont préparées sont celles qui restent debout ». (85) Et si nous normalisons de la même manière les dépistages « vieillir en déployant son intelligence » pour les services et les aides à domicile afin de déstigmatiser le fait de « vieillir » et de permettre aux personnes de vieillir chez elles ?

Il existe de nombreuses approches et philosophies de la conception / redéfinition des systèmes et de la transformation de la manière dont les soins de santé sont dispensés et vécus. (86) Une évolution vers des soins plus centrés en milieu domiciliaire serait conforme au cadre de l'OMS sur les services de santé intégrés centrés sur la personne. (87) Il en coûterait moins cher aux différents paliers de gouvernement au Canada de soutenir plus de Canadiens à domicile que de financer plus de lits de soins de longue durée dans les établissements.

### **Leçon 3 : Développer et mettre en œuvre de toute urgence des normes nationales pour les soins à domicile et tout cadre législatif nécessaire.**

- Chacun des pays de comparaison dispose de normes de soins nationales assorties d'un contrôle de conformité indépendant, de rapports transparents et d'une législation habilitante. Bien que plusieurs provinces et territoires canadiens disposent d'une législation définissant et régissant la prestation de services de soins à domicile, ce n'est pas le cas partout. Il y a une grande variabilité à travers le Canada, la législation sur les soins à domicile étant « éparpillée à travers un éventail de divers lois, décrets, lignes directrices et politiques ». (88,89) Depuis longtemps, nous bricolons à la marge, en partie à cause de la séparation des pouvoirs du système fédéral canadien et de l'impact de cette même séparation des pouvoirs sur les questions liées à la santé. Comme la pandémie nous l'a montré, la perfection est parfois l'ennemi du bien. Il est grand temps d'élaborer et de lancer des normes nationales sur les soins à domicile, en collaboration avec les

gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, tout comme nous le faisons pour élaborer des normes de sécurité et de qualité par le biais de la norme nationale sur les services de soins de longue durée de l'Organisation des normes en santé (OPS), afin d'améliorer les soins offerts aux personnes vivant dans des établissements ou des foyers de SLD. (90)

#### **Leçon 4 : Former davantage de travailleurs à domicile et professionnaliser cette main-d'œuvre.**

- L'offre de main-d'œuvre est à la base des soins à domicile. Comme au Canada, les soins à domicile dans les pays de comparaison reposent sur une combinaison de main-d'œuvre rémunérée et non rémunérée souvent féminine. Au Danemark, le haut degré de loyauté et de professionnalisme de la main-d'œuvre des soins à domicile a contribué à son maintien pendant la pandémie. C'est également le cas aux Pays-Bas, où les infirmières de district assurent une grande partie des soins. En Allemagne, par contre, où les travailleurs à domicile se déplacent depuis les pays voisins, les restrictions frontalières les ont empêchés de se rendre au travail, ce qui a mis les personnes recevant ces soins dans une situation difficile. La leçon à tirer pour le Canada est la suivante : si nous voulons accroître l'accès aux soins à domicile, nous devons nous assurer qu'il existe une main-d'œuvre stable et professionnalisée pour les soutenir – une main-d'œuvre qui reçoit au moins un salaire de subsistance avec des avantages comparables à ceux de collègues travaillant dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, et où les travailleurs ont un plan de carrière avec une approche structurée de la formation qui s'articule autour d'une échelle de carrière avec une progression salariale. Nous pourrions également envisager des prestations en espèces pour les aidants familiaux / amis, comme en Allemagne et aux Pays-Bas (mais pas au Danemark), à condition que ces dispositions soient facultatives, et non attendues, tant pour l'adulte âgé que pour l'aidant familial / ami. Ce choix est particulièrement important étant donné qu'une plus grande proportion de femmes travaillent à temps plein à l'extérieur du foyer au Canada qu'en Allemagne et aux Pays-Bas. (91) Si nous ne développons pas et ne stabilisons pas la main-d'œuvre, nous reproduirons dans les soins à domicile les longues attentes pour les services qui caractérisent d'autres parties de notre système de soins de santé. Cela est particulièrement vrai compte tenu de la crise des ressources humaines en santé à laquelle nous sommes confrontés à l'heure actuelle en raison de la pandémie.

On ne peut pas dire que ces leçons viennent tout juste d'apparaître, mais la pandémie les a certainement mises en lumière. Nous savons depuis longtemps que les données démographiques du Canada laissent entrevoir le besoin urgent de concevoir et de mettre en œuvre des programmes pour aider les Canadiens à vieillir à domicile en toute sécurité le plus longtemps possible. Un des rôles clés du gouvernement est de gérer les partenariats et d'établir un consensus sur les caractéristiques du système les plus souhaitables. (92) Prendre des mesures transformatrices pour étendre les soins à domicile exigerait un leadership politique courageux et une coopération à tous les niveaux de gouvernement. D'autres pays ont fait preuve de ce courage pour accroître le soutien aux personnes âgées qui « vieillissent chez elles » ; le Canada pourrait faire de même. L'appétit politique pour le risque est rare. Or, le risque fait partie du travail de gouvernance. Comme on l'a dit, « Un navire est en sécurité lorsqu'il reste amarré au quai, mais ce n'est pas pour cela que l'on construit des navires ». Tout au long de la pandémie, nous avons vu nos chefs politiques faire preuve de leadership audacieux et de gestion de crise résolue : alors nous savons que cette réorientation des soins est possible.

Nous concluons que l'amélioration de l'accès aux soins à domicile permettrait à un plus grand nombre de Canadiens de « vieillir chez eux ». Il s'agit donc d'un élément important pour « reconstruire en mieux » une fois que la pandémie de COVID-19 sera chose passée. Les prochaines étapes nécessaires pour repenser de toute urgence les soins aux personnes âgées comprennent le renforcement et la professionnalisation de la main-d'œuvre des soins à domicile afin de pouvoir désinstitutionnaliser davantage de soins, la conception et la mise en œuvre de normes nationales de soins à domicile soutenues par une législation habilitante, et la redistribution (et éventuellement l'augmentation) du financement pour fournir davantage de soutiens à un plus grand nombre de personnes âgées pour qu'en vieillissant, nous puissions rester chez nous le plus longtemps possible.

Mais il n'est pas possible de franchir un gouffre en deux temps. L'augmentation des soins à domicile, à elle seule, ne suffit pas : comme cela a été prouvé ailleurs, elle doit faire partie d'une série d'initiatives qui investissent dans tous les services qui soutiennent la qualité et la sécurité de nos vies lorsque nous vieillissons. Comme pour toute conception de système, nous ne pouvons pas nous contenter d'extraire certaines caractéristiques ou politiques des systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée d'autres pays et espérer obtenir les mêmes résultats. Mais nous pouvons apprendre de ces autres pays. Si le Canada espère obtenir les mêmes avantages et résultats pour les personnes âgées qu'obtiennent les Pays-Bas, le Danemark et l'Allemagne, notre système de soins à domicile doit être adapté et perfectionné afin de ressembler aux systèmes dans ces trois pays de comparaison.

**Références**

1. Hsu AT, Lane N. Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes — ongoing challenges and policy response. International Long-Term Care Policy Network [Internet]. 2020 avril 15 [cité 2022 Feb 9]. Disponible à l'adresse URL suivante : <https://ltccovid.org/2020/04/15/impact-of-covid-19-on-residents-of-canadas-long-term-care-homes-ongoing-challenges-and-policy-response/>
2. Thinking about your future? Plan now and Age in Place. [Internet]. Ottawa: Forum of Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors, Gouvernement du Canada; 2015. [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/corporate/seniors/forum/aging-checklist/aging-checklist-seniors-EN.pdf>
3. Healthy Places. [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2009 Oct 15. Healthy Places Terminology [cité 2022 janvier 31]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm>
4. Stall N. We should care more about caregivers. CMAJ [Internet]. 2019 mars 4 [cité 2022 Feb 3];191(9):E245–6. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cmaj.ca/content/191/9/E245>
5. Stall NM, Campbell A, Reddy M, Rochon PA. Words Matter: The Language of Family Caregiving. Journal of the American Geriatrics Society [Internet]. 2019 mai 23 [cité 2022 février 3];67(10):2008–10. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15988>
6. Tur-Sinai A, Bentur N, Fabbietti P, Lamura G. Impact of the Outbreak of the COVID-19 Pandemic on Formal and Informal Care of Community-Dwelling Older Adults: Cross-National Clustering of Empirical Evidence from 23 Countries. Sustainability [Internet]. 2021 janvier 29 [cité 2021 décembre 15];13(13):7277. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/13/7277>
7. Simon Fraser University [Internet]. Burnaby: Simon Fraser University Library. Finding and evaluating resources; 2021 avril 19 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.lib.sfu.ca/help/research-assistance/finding-evaluating-resources#evaluating-sources>
8. Palmer KS, Stalteri R, Ongolo Zogo C, Carbone S, Stall NM, Jüni P, et al. COVID-19 Infection Prevention and Control (IPAC) in Long-Term Care Facilities in two OECD countries, the Netherlands and Denmark: Best Practices, Implementation, Compliance. CanCOVID [Internet]; 2021 octobre 19 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://cancovid.ca/wp-content/uploads/2021/12/CanCOVID-Issue-Note-OECD-IPAC-EN.pdf>
9. Veghte BW. Designing Universal Long-Term Services and Supports Programs: Lessons from Germany and Other Countries [Internet]. Washington: National Academy of Social Insurance; 2021 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: [https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2021/06/NASI\\_LTSSProgramsAbroad.pdf](https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2021/06/NASI_LTSSProgramsAbroad.pdf)

10. OECD. Spending on long-term care. OECD [Internet]. 2020 novembre [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>
11. Gilmour H. Formal home care use in Canada. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2018 septembre 19 [cité 2022 janvier 17]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018009/article/00001-eng.htm>
12. Canadian Institute for Health Information. Residential care. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; c1996-2022. [cité 2022 février 17]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cihi.ca/en/residential-care>
13. Canadian Institute for Health Information. Home Care. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; c1996-2022. [cité 2022 janvier 19]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cihi.ca/en/home-care>
14. Drummond D, Sinclair D, Bergen R. Ageing Well. Queen's University [Internet]. 2020 septembre [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cfn-nc.ca/wp-content/uploads/2021/01/Agging-Well-Queens-Policy-Studies-Final-Report-Master-07.09.2020.pdf>
15. Flood CM, Dejean D, Doetter LF, Quesnel-Vallée A, Schut E. Assessing Cash-for-Care Benefits to Support Aging at Home in Canada. Institute for Research on Public Policy [Internet]. 2021 avril 7 [cité 2022 février 14]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://irpp.org/research-studies/assessing-cash-for-care-benefits-to-support-aging-at-home-in-canada/>
16. Mackenzie, I. Home Support Review [Internet]. Victoria: Office of the Seniors Advocate British Columbia; 2019 juin 19 [cité 2022 janvier 13]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.seniorsadvocatebc.ca/osa-reports/report-home-support-review/>
17. Canadian Institute of Health Research. Funding and Financing Home Care: Issues and Options - Summary Document. Alberta: Canadian Institute of Health Research; 2017 juillet 31 [cité 2022 janvier 25]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/50489.html>
18. Hébert R. Financing for home care must rise, and be done differently [Internet]. Institute for Research on Public Policy; 2020 mai 13 [cité 2022 janvier 25]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://policyoptions.irpp.org/magazines/may-2020/financing-for-home-care-must-rise-and-be-done-differently/>
19. Financial Support for Caregivers [Internet]. Ontario: National Institute on Aging. Ensuring Unpaid Caregivers are not Unnecessarily Financially Penalized for Taking on Caregiving Roles [cité 2022 janvier 17]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://nationalseniorsstrategy.ca/the-four-pillars/pillar-4/financial-support-caregivers/>

20. Sinha M. Portrait of caregivers, 2012. Ottawa: Statistics Canada; 2012 [cité 2022 janvier 31]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-652-x/89-652-x2013001-eng.htm#a1>
21. Population estimates on July 1<sup>st</sup>, by age and sex [Internet]. Ottawa: Statistics Canada. 2021 septembre 29 [cité 2022 janvier 31]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1710000501>
22. The Daily - Caregivers in Canada, 2018. Ottawa: Statistics Canada; 2018; 2020 janvier 8 [cité 2022 février 17]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200108/dq200108a-eng.htm>
23. Canadian Institute for Health Information [Internet]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; c1996-2022. 1 in 9 new long-term care residents potentially could have been cared for at home; 2020 août 6 [cité 2022 janvier 5]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cihi.ca/en/1-in-9-new-long-term-care-residents-potentially-could-have-been-cared-for-at-home>
24. Office of the Seniors Advocate British Columbia. Home Support: We Can Do Better [Internet]. Victoria: Office of the Seniors Advocate British Columbia; 2019 juin [cité 2022 janvier 13]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: [https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2019/06/Report-Home-Support-Review\\_web.pdf](https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2019/06/Report-Home-Support-Review_web.pdf)
25. Picard A. Neglected No More. Penguin Random House Canada; c2021. [cité 2022 janvier 25]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.penguinrandomhouse.ca/books/669793/neglected-no-more-by-andre-picard/9780735282247>
26. Canadian Institute for Health Information [Internet]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2020 Nov 19. COVID-19's impact on home care; 2020 novembre 19 [cité 2022 janvier 19]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cihi.ca/en/covid-19-resources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/home-care-services>
27. Jones A, Maclagan LC, Schumacher C, Wang X, Jaakkimainen RL, Guan J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Home Care Services Among Community-Dwelling Adults With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2021 novembre 1 [cité 2022 janvier 13];22(11):2258-2262. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861021007714>
28. Leroux M-L, Achou B, Glenzer F, Lee M, De Donder P. Canadians want home care, not long-term care facilities, after COVID-19 [Internet]. *The Conversation*; 2021 novembre 11 [cité 2022 janvier 19]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <http://theconversation.com/canadians-want-home-care-not-long-term-care-facilities-after-covid-19-170620>
29. Achou B, Donder PD, Glenzer F, Lee M, Leroux M-L. Nursing home aversion post-pandemic: Implications for savings and long-term care policy. *SSRN Electronic Journal*

- [Internet]. 2021 septembre 21 [cité 2022 février 9]:58. Disponible à l'adresse l'URL suivante: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=4026537](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4026537)
30. Pandemic Perspectives on Ageing in Canada in Light of COVID-19: Findings from a National Institute on Ageing/TELUS Health National Survey [Internet]. Toronto: National Institute on Ageing, Telus Health; 2020 octobre [cité 2022 février 9];9. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5f85fe24729f041f154f5668/1602616868871/PandemicPerspectives+oct13.pdf>
  31. Weeks LE, Nesto S, Hiebert B, Warner G, Luciano W, Ledoux K, et al. Health service experiences and preferences of frail home care clients and their family and friend caregivers during the COVID-19 pandemic. BMC Research Notes [Internet]. 2021 juillet 14 [cité 2022 janvier 19];14(1):271. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05686-6>
  32. Eligh B. UofT News - COVID-19 exposes gaps in Canadian home-care system: U of T researcher [Internet]. Toronto: University of Toronto; 2020 mai 7 [cité 2022 février 18]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.utoronto.ca/news/covid-19-exposes-gaps-canadian-home-care-system-u-t-researcher>
  33. Liam C. 'A crisis for home care': Drove of workers leave for hospitals, nursing homes [Internet]. CBC News; 2021 octobre 31 [cité 2022 janvier 19]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ont-home-care-1.6232042>
  34. Picard A. Learning from the Dutch 'neighbourhood care' model [Internet]. The Globe and Mail; 2017 juillet 11 [cité 2022 janvier 20]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.theglobeandmail.com/opinion/learning-from-the-dutchs-neighbourhood-care-model/article35641577/>
  35. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. International Health Care System Profiles: Netherlands [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2020 juin 5 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>
  36. Maarse JH, Jeurissen PP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. Health Policy [Internet]. 2016 mars 1 [cité 2022 février 9];120(3):241–5. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016000282>
  37. Kruse F, Abma I, Jeurissen P. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands [Internet]. London: International Long-Term Care Policy Network; 2020 mai 26 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-25-May-2020-1.pdf>

38. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, Jong J, Ginneken E. Health Systems in Transition: Netherlands: Health system review [Internet]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf)
39. Government of the Netherlands [Internet]. [place unknown]: Government of the Netherlands. Investing in healthcare and controlled growth in healthcare expenditure ; 2018 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: [https://www-apothekersnieuws-nl.translate.google.com/investeren-in-zorg-en-beheerste-groei-zorguitgaven/?\\_x\\_tr\\_sl=auto&\\_x\\_tr\\_tl=en&\\_x\\_tr\\_hl=en-US&\\_x\\_tr\\_pto=wapp](https://www-apothekersnieuws-nl.translate.google.com/investeren-in-zorg-en-beheerste-groei-zorguitgaven/?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=en-US&_x_tr_pto=wapp)
40. Alders P, Schut FT. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? Health Policy [Internet]. 2019 mars 1 [cité 2022 février 9];123(3):312–6. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305980>
41. Government of the Netherlands [Internet]. The Hague: Government of the Netherlands. Where do I apply for a personal budget (PGB)?; [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://translate.google.com/translate?sl=auto&tl=en&u=https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb/vraag-en-antwoord/pgb-aanvragen>
42. Da Roit B, Le Bihan B. Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. Milbank Q [Internet]. 2010 septembre [cité 2022 février 16];88(3):286–309. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000929/>
43. Veldhuizen JD, Zwakhalen S, Buurman BM, Bleijenberg N. The Impact of COVID-19 from the Perspectives of Dutch District Nurses: A Mixed-Methods Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 décembre 16 [cité 2022 janvier 20];18(24):13266. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8703809/>
44. Zwanikken P. Unprotected & Unheard, Home Care Workers Fall Victim to COVID-19 [Internet]. Amsterdam: KIT Royal Tropical Institute; 2020 juin 10 [cité 2022 janvier 25]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.kit.nl/unprotected-unheard-home-care-workers-fall-victim-to-covid-19/>
45. Williams RD, Shah A, Doty MM, Fields K, FitzGerald M. The Impact of COVID-19 on Older Adults [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2021 septembre 15 [cité 2022 janvier 21]. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2021/sep/impact-covid-19-older-adults>
46. World Health Organization Regional Office for Europe [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Denmark - Country case study on the integrated delivery of long-term care; 2019 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante:

- [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/424648/Denmark-country-case-study-on-the-integrated.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/424648/Denmark-country-case-study-on-the-integrated.pdf)
47. Stuart M, Weinrich M. Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist* [Internet]. 2001 août 1 [cité 2022 février 9];41(4):474–80. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1093/geront/41.4.474>
  48. Rostgaard T. The COVID-19 Long-Term Care situation in Denmark [Internet]. Denmark: International Long-Term Care Policy Network; 2020 mai 25 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>
  49. Annie Tessier M-DB Carrie Anna Mcginn and Renée Latulippe. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare Policy* [Internet]. 2016 mai 10 [cité 2022 février 9];11(4):49–59. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.longwoods.com/content/24594/healthcare-policy/effectiveness-of-reablement-a-systematic-review>
  50. Muscedere J, Barrie C, Chan K, Cooper B, Critchley K, Kim P, et al. Frailty and Ageing: Canadian challenges and lessons learned in Denmark [Internet]. Kingston: Canadian Frailty Network; [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: [https://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2018/10/2018-10-05\\_CFN-Denmark-Delegation-Paper\\_Longwoods-Healthcare-Quarterly.pdf](https://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2018/10/2018-10-05_CFN-Denmark-Delegation-Paper_Longwoods-Healthcare-Quarterly.pdf)
  51. Rostgaard T, Graff L. Reablement in Denmark - better help, better quality of life? *Innovation in Aging* [Internet]. 2017 juin 30 [cité 2022 février 18];1(suppl\_1):648. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.2299>
  52. Muscedere J, Barrie C, Chan K, Cooper B, Critchley K, Kim P, et al. Frailty and Aging: How the Danish Experience Might Inform Canada. *Healthcare Quarterly* [Internet]. 2019 avril 30 [cité 2022 janvier 29];22(1):14–21. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.longwoods.com/content/25841>
  53. Country Profiles - Denmark [Internet]. Brussels: Eurocarers; c2020. Denmark – Towards carer-friendly societies: Eurocarers country profiles; 2021 janvier 19 [cité 2022 février 22]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://eurocarers.org/country-profiles/denmark/>
  54. Rostgaard T. Long-term care in Denmark and COVID-19 [Internet]. Denmark: Roskilde University; 2021 mars 8 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/03/Tine-Rostgaard-COVID-19-and-Long-Term-Care-in-Denmark-8-March-2021.pdf>
  55. Andersen D, Kirkegaard S, Toubøl J, Carlsen HB. Co-Production of Care During COVID-19. *Contexts* [Internet]. 2020 décembre 14 [cité 2022 janvier 25];19(4):14–7. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1177/1536504220977928>

56. McLean S, Doherty L, Kent L. Denmark becomes first EU country to lift all Covid-19 restrictions [Internet]. Denmark: CNN; 2022 février 1 [cité 2022 février 1]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cnn.com/2022/02/01/europe/denmark-lifts-covid-restrictions-intl/index.html>
57. Gijs C. COVID-19 no longer a 'socially critical disease' in Denmark, health minister says [Internet]. Politico; 2022 janvier 26 [cité 2022 janvier 26]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.politico.eu/article/covid-19-no-longer-a-socially-critical-disease-in-denmark-health-minister-says/>
58. Thread by @M\_B\_Petersen on Thread Reader App [Internet]. Thread Reader; 2021 septembre 10 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://threadreaderapp.com/thread/1436193837744107523.html>
59. Petersen MB, Bor A, Jørgensen F, Lindholt MF. Transparent communication about negative features of COVID-19 vaccines decreases acceptance but increases trust. PNAS [Internet]. 2021 juillet 2 [cité 2022 février 9];118(29):e2024597118. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <http://www.pnas.org/content/118/29/e2024597118.abstract>
60. Bartusevičius H, Bor A, Jørgensen F, Petersen MB. The Psychological Burden of the COVID-19 Pandemic is Associated with Antisystemic Attitudes and Political Violence. Psychol Sci [Internet]. 2021 août 9 [cité 2022 février 9];32(9):1391–403. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1177/09567976211031847>
61. Olagnier D, Mogensen TH. The Covid-19 pandemic in Denmark: Big lessons from a small country. Cytokine Growth Factor Rev [Internet]. 2020 juin [cité 2022 janvier 19];53:10–2. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7217796/>
62. OECD State of Health in the EU: Country Health Profiles - Germany: Country Health Profile 2019 [Internet]. Brussels: OECD; c2019. [cité 2022 janvier 21]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2019\\_36e21650-en](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2019_36e21650-en)
63. World Health Organization Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies. Health care systems in transition: Germany. WHO [Internet]. c2000 [cité 2022 janvier 21]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108301>
64. European Commission Employment, Social Affairs & Inclusion [Internet]. European Commission. Peer Review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system”, Berlin (Germany), 11-12 janvier 2018; 2018 Nov 1 [cité 2022 janvier 21]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9008>
65. Nadash P, Doty P, Schwanenflügel M. The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments. The Gerontologist [Internet]. 2018 mai 8 [cité 2022

- janvier 21];58(3):588–97. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx018>
66. Handbook germany [Internet]. Neue deutsche Medienmacher Innen; c2020. Home care; 2019 juillet 18 [cité 2022 janvier 21]. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://handbookgermany.de/en/live/home-care.html>
67. Wolf-Ostermann K, Schmidt A, Preuß B, Heinze F, Seibert K, Friedrich A-C, et al. Nursing in times of Corona: Results of a Germany-wide cross-sectional survey of outpatient care services and semi-inpatient facilities. *Pflege* [Internet]. 2020 septembre 30 [cité 2022 janvier 24];33(5):277–88. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302/a000761>
68. Leiblfinger M, Prieler V, Schwiter K, Steiner J, Benazha A, Lutz H. Impact of the COVID-19 pandemic on live-in care workers in Germany, Austria, and Switzerland [Internet]. International Long-Term Care Policy Network; 2020 mai 14 [cité 2022 janvier 24]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://ltccovid.org/2020/05/14/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-live-in-care-workers-in-germany-austria-and-switzerland/>
69. Pfortner T-K, Pfaff H, Hower KI. Will the demands by the covid-19 pandemic increase the intent to quit the profession of long-term care managers? A repeated cross-sectional study in Germany. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2021 septembre 1 [cité 2022 janvier 24];43(3):e431–4. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://europepmc.org/articles/PMC7989433>
70. Nowicka M, Bartig S, Schwass T, Matuszczyk K. COVID-19 Pandemic and Resilience of the Transnational Home-Based Elder Care System between Poland and Germany. *Journal of Aging & Social Policy* [Internet]. 2021 septembre 3 [cité 2022 janvier 25];33(4–5):474–92. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1927615>
71. Fieselmann J, Wahidie D, Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P. Burdens of family caregivers during the Covid-19 pandemic in Germany. A qualitative study of social media posts. *Research Square* [Internet]. 2021 mai 20 [cité 2022 janvier 24]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.researchsquare.com/article/rs-505068/v1>
72. Fillmann A. German Second Law for the Protection of the Population in the Event of an Epidemic Situation of National Significance [Internet]. Frankfurt: Squire Patton Boggs; 2020 mai [cité 2022 février 18]. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://www.squirepattonboggs.com/en/insights/publications/2020/05/german-second-law-for-the-protection-of-the-population-in-the-event-of-an-epidemic-situation-of-national-significance>
73. Zwar L, König H-H, Hajek A. Informal caregiving during the COVID-19 pandemic: findings from a representative, population-based study during the second wave of the pandemic in Germany. *Aging & Mental Health* [Internet]. 2021 octobre 13 [cité 2022 janvier 24];0(0):1–9. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1989377>

74. Budnick A, Hering C, Eggert S, Teubner C, Suhr R, Kuhlmeier A, et al. Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 avril 16 [cité 2022 janvier 25];21(1):353. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>
75. Canadian Home Care Association. A Framework for National Principle-Based Home Care Standards [Internet]. Mississauga: Canadian Home Care Association; 2018 mars [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2020/03/CHCA-Home-Care-Standards-Framework-final.pdf>
76. HSO National Long-Term Care Services Standard. Developing a new National Long-Term Care Services Standard [Internet]. Ottawa: Health Standards Organization [cité 2022 janvier 25]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://longtermcarestandards.ca>
77. Ireton J. Home-care workers say low wages are driving them out of the sector [Internet]. Ottawa: CBC News. 2021 mars 18 [cité 2022 janvier 16]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/home-care-workers-poorly-paid-shortage-gender-race-issue-1.5953597>
78. Shared Health Priorities and Safe Long-term Care Fund [Internet]. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2017 [cité 2022 février 18]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html>
79. Government at a Glance - Contextual factors [Internet]. France: OECD; 2017 [cité 2022 février 9]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.oecd.org/gov/government-at-a-glance-2017-contextual-factors.pdf>
80. Tuohy, CH. The patterns of policy change [Internet]. Montreal: Policy Options Politique; 2015 septembre 9 [cité 2022 février 23]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://policyoptions.irpp.org/magazines/september-2015/election-2015/the-patterns-of-policy-change/>
81. Nies H, Stekelenburg D, Minkman M, Huijsman R. A Decade of Lessons Learned from Integration Strategies in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care* [Internet]. 2021 novembre 8 [cité 2022 février 23];21(S2):15. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.5703/>
82. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) [Internet]. France: Organisation for Economic Co-operation and Development; c2019. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic; 2021 février 10 [cité 2022 février 23]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>
83. Grabowski DC. The future of long-term care requires investment in both facility- and home-based services. *Nat Aging* [Internet]. 2021 janvier 14 [cité 2021 décembre

- 1];1(1):10–1. Disponible à l'adresse l'URL suivante:  
<https://www.nature.com/articles/s43587-020-00018-y>
84. OpenLab [Internet]. Toronto: OpenLab. NORC Lab [cité 2022 janvier 26]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <http://uhnopenlab.ca/work/labs/norc-lab/>
85. British Columbia FireSmart [Internet]. British Columbia: FireSmart BC; c2022. It's time to get FireSmart about wildfires in BC [cité 2022 février 19]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://firesmartbc.ca/>
86. OpenLab [Internet]. Toronto: OpenLab. What is OpenLab? [cité 2022 février 19]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <http://uhnopenlab.ca/about/>
87. World Health Organization [Internet]. [place unknown]: World Health Organization. Integrated people-centred care - GLOBAL. [cité 2022 janvier 26]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>
88. Collier R. National home care standards urged. CMAJ [Internet]. 2011 février 8 [cité 2022 janvier 26];183(2):176–7. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.cmaj.ca/content/183/2/176>
89. Leverton M, Burton A, Beresford-Dent J, Rapaport P, Manthorpe J, Azocar I, et al. Supporting independence at home for people living with dementia: a qualitative ethnographic study of homecare. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2021 avril 24 [cité 2021 décembre 1];56(12):2323–36. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02084-y>
90. Standards Council of Canada [Internet]. Ottawa: Standards Council of Canada; c2020. Long-term care [cité 2022 février 18]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://www.scc.ca/en/flagships/long-term-care>
91. Keefe J. Faces of Aging: Supporting Caregivers and Caregiving in an Aging Canada [Internet]. Montreal: Institute for Research on Public Policy 2011 novembre 15 [cité 2021 décembre 14]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://irpp.org/research-studies/supporting-caregivers-and-caregiving-in-an-aging-canada/>
92. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2021. Global strategy and action plan on ageing and health; 2017 [cité 2021 décembre 1]. Disponible à l'adresse l'URL suivante: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329960>

**Annexes**

**Annexe 1 : Principales caractéristiques de conception des programmes de services et de soutien à long terme dans le monde, par type de programme (9)**

Pays (année de mise en œuvre)	Structure				Financement	Intégration	Type de prestation et contexte	Mise en œuvre / Gouvernance
	Gouvernance universelle ou à condition de ressources ?	Pour les 65+ seulement ou pour tous les handicapés ? *	Cohortes de transition couvertes. (retraités actuels)	Début et durée de la couverture				
<b>1. Assurance sociale</b>								
Allemagne (1995)	Universelle	Tous	Oui	Illimitée	Impôt sur le salaire de 3,05 % sur les revenus du travail (réparti entre les employeurs et les employés) jusqu'à un plafond de 58 050 € (70 751 \$) en 2021 ; <sup>1</sup> les retraités paient une cotisation complète ; les travailleurs sans enfant paient une cotisation supplémentaire de 0,25 % ; l'assurance chômage paie des cotisations pour les chômeurs	Assurance dépendance sociale autonome	Espèce, service, ou combiné ; Services de santé communautaire (SSC) & Institutionnel	Programme national administré par les fonds d'assurance soins de longue durée sociaux (organisés au sein des fonds d'assurance maladie sociaux)
Japon (2000)	Universelle	65+ ; également, pour les 40-64 ans avec un handicap lié à l'âge (par exemple, la démence)	Oui	Illimitée	50 % de cotisations (réparties à parts égales entre l'impôt sur les salaires et les primes de vieillesse ; l'impôt sur les salaires est d'environ 1,5 % réparti entre les employeurs et les employés pour les personnes âgées	Assurance dépendance sociale autonome	Service ; SSC et institutionnel	Programme national, administré localement

					de 40 à 64 ans [le taux peut varier selon le type d'assurance], avec des primes et des copaiements modestes liés au revenu pour les personnes âgées de 65 ans et plus, définis et différents par l'organisme municipal) ; <sup>2</sup> 50 % de recettes générales			
Pays-Bas (1968, réformé en 2015)	Universelle	Tous	Oui	Illimitée	Loi sur les soins de longue durée (WLZ) : Loi sur l'assurance maladie (ZVW) : 45 % de cotisations (impôt sur la masse salariale des employés et des retraités de 9,65 % sur les revenus du travail jusqu'à un plafond de 34 712 € [42 307 \$] en 2020) <sup>3</sup> Loi sur l'assurance maladie (ZVW) : 45 % de cotisations (impôt sur la masse salariale des employeurs de 6,7 % sur les revenus du travail jusqu'à un plafond de 57 232 € [70 264 \$] en 2020) ; <sup>4</sup> 45% 45 % de primes communautaires payées par les employés et les retraités ; le reste provenant des recettes générales	Juxtaposition de 3 systèmes non intégrés : soins de longue durée en institution autonome / soins intensifs à domicile (WLZ) ; santé intégrée / soins de santé à domicile (ZVW) ; soins de longue durée auxiliaires (WMO)	WLZ : soins en institution et soins intensifs à domicile (en espèces, en services ou combinés) ZVW : soins de santé à domicile, y compris les soins personnels (en services ou en espèces) WMO : soins auxiliaires à domicile (en espèces ou en services) <sup>6</sup>	WLZ : National et régional ZVW : Gouvernance nationale ; les assureurs de santé privés nationaux passent des contrats avec les infirmières de district locales pour les soins de santé à domicile et les soins de longue durée intégrés WMO : Local <sup>7</sup>

					<sup>5</sup> . Loi sur le soutien social (WMO) : recettes générales			
République de Corée (Corée du Sud) (2008)	Universelle	65+ ; également pour les personnes de moins de 65 ans souffrant d'un handicap lié à l'âge (par exemple, la démence)	Oui	Illimitée	60-65 % de cotisations (0,68 % de charges sociales** réparties entre les employeurs et les employés ; 20 % de subventions fiscales ; 15-20 % de copaiement avec réduction / exemption pour les bénéficiaires à faibles revenus. <sup>8</sup>	Assurance dépendance sociale autonome	Service ; *** SSC et institutionnel	Programme national administré par le Service national d'assurance maladie
État de Washington (États-Unis) (2022)	Universelle	18+	Non	Illimitée; prestation initiale maximale à vie de 36 500 \$.	Impôt sur le salaire de 0,58 % sur tous les revenus du travail. <sup>9</sup>	Assurance dépendance sociale autonome	Service ; **** SSC et institutionnel	Programme d'État
<b>II. Couverture universelle complète</b>								
Danemark (fin des années 1940)	Universelle	Tous	Oui	Illimitée	Recettes générales	Partie des systèmes de santé et de services sociaux	Service;**** SSC & Institutionnel	Système national avec un financement entièrement local / régional et une autonomie et une hétérogénéité locales dans la prestation des services
Suède <sup>11</sup> (fin des années 1940)	Universelle	Tous	Oui	Illimitée	Recettes générales	Partie des systèmes de santé et de services sociaux	Service;**** SSC & Institutionnel	Système national avec un financement essentiellement local / régional et une autonomie et une hétérogénéité locales dans la prestation des services
<b>III. Les systèmes à condition de ressources (modèle anglo-saxon)</b>								
Angleterre <sup>12</sup> (1948, réformé en 2015)	Condition de ressources	18+	Oui	Illimitée	Recettes générales (impôts centraux et locaux)	Partie des services des collectivités locales, collaboration avec les services de santé	Espèce ou service; SSC & Institutionnel	Administré localement, en tenant compte des orientations centrales
États-Unis (Medicaid) (1965)	Condition de ressources	Tous	Oui	Illimitée	Recettes générales (impôts fédéraux et d'État)	Partie du système d'assurance maladie	Service; SSC & Institutionnel	Financement et administration conjoints entre le gouvernement

								fédéral et les États, avec hétérogénéité des États
<b>IV. Approche hybride (combinaison de la couverture universelle avec une responsabilité familiale substantielle et une composante mineure d'assurance sociale)</b>								
France <sup>1</sup> (Allocation d'autonomie personnelle, 2002 ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 20052005)	Couverture universelle, mais les prestations diminuent avec l'augmentation des revenus	60+, critères stricts d'invalidité (3 activités de la vie quotidienne)	Oui	Illimitée	Recettes générales avec une petite composante d'assurance sociale	Partie des systèmes de santé et de services sociaux	Espèce ou service; SSC & Institutionnel	Système national administré localement

Notes:

Réimprimé avec l'autorisation de Veghte BW., "Designing Universal Long-Term Services and Supports Programs," [https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2021/06/NASI\\_LTSSProgramsAbroad.pdf](https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2021/06/NASI_LTSSProgramsAbroad.pdf), 2021, pp. 6ff.

\*Les pays dont les programmes de soins de longue durée ne couvrent pas les jeunes personnes handicapées disposent de programmes distincts pour répondre à leurs besoins.

\*\*Le taux de cotisation de l'assurance dépendance est fixé à un pourcentage fixe (10,25 % en 2020) du taux de cotisation de l'assurance maladie nationale (6,67 % en 2020) :  $10,25 \% * 6,67 \% = 0,68 \%$ .

\*\*\*Les prestations en espèces sont très faibles et ne sont que rarement fournies, par exemple dans les régions où les prestataires de services ne sont pas suffisamment disponibles.

\*\*\*\*Les membres de la famille peuvent être rémunérés pour des services de soins personnels approuvés.

\*\*\*\*\* Les prestations en espèces sont très faibles et ne sont pas disponibles partout.

<sup>1</sup> Ministère fédéral de la Santé, "Beiträge und Tarife," <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege-und-tarife.html>, consulté le 13 janvier 2021.

<sup>2</sup> Le financement du système japonais de soins de longue durée repose sur un ensemble complexe de facteurs qui changent d'année en année. La moitié du financement provient des recettes générales des différents niveaux de gouvernement, l'autre moitié est contributive. Sur cette dernière, les adultes de 65 ans et plus paient près de la moitié par le biais de primes modestes liées au revenu, structurées de manière similaire aux primes de la partie B de Medicare, mais à des niveaux beaucoup plus bas. L'autre moitié est payée par les travailleurs âgés de 40 à 64 ans par le biais de cotisations d'assurance sociale auxquelles s'ajoutent celles de leurs employeurs. Le taux d'imposition des salaires pour une année donnée est fonction des coûts totaux du système. Nanako Tamiya, Haruko Noguchi, Akihiro Nishi, Michael R Reich, Naoki Ikegami, Hideki Hashimoto, Kenji Shibuya, Ichiro Kawachi, John Creighton Campbell, "Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy," *Lancet* Vol. 378, Nr. 9797: 1183-1192, DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8; "Die gesetzliche Pflegeversicherung in Japan," Ministry of Health, Labour and Welfare, February 2013, [https://www.de.emb-japan.go.jp/j\\_info/sozialversicherung/8pflege.pdf](https://www.de.emb-japan.go.jp/j_info/sozialversicherung/8pflege.pdf).

<sup>3</sup> Belastingdienst (Bureau des impôts)

[https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privé/internationaal/uitkering\\_pensioen\\_en\\_lifjrente/pensioen\\_uit\\_duitsland/premie\\_volksverzekeringen\\_en\\_bijdrage\\_zvw\\_betalen/hoe\\_wordt\\_de\\_premie\\_wlz\\_berekend](https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privé/internationaal/uitkering_pensioen_en_lifjrente/pensioen_uit_duitsland/premie_volksverzekeringen_en_bijdrage_zvw_betalen/hoe_wordt_de_premie_wlz_berekend), consulté le 7 novembre 2020.

<sup>4</sup> Belastingdienst (Bureau des impôts), [https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privé/werk\\_en\\_inkomen/zorgverzekeringwet/veranderingen-bijdrage-zvw/](https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privé/werk_en_inkomen/zorgverzekeringwet/veranderingen-bijdrage-zvw/), consulté le 26 décembre 2020.

<sup>5</sup> Pieter Bakx, Erik Schut, et Bram Wouterse, "Price Setting in Long-Term Care in the Netherlands," Erasmus School of Health Policy and Management, November 2020; Wesley Jongen, The Impact of the Long-Term Care Reform in the Netherlands: An Accompanying Analysis of an 'Ongoing' Reform, Ph.D. Dissertation, Maastricht University, 2017, <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/7345428/c5595.pdf>.

<sup>6</sup> Peter Alders and Erik Schut, "The 2015 Long-Term Care Reform in the Netherlands: Getting the Financial Incentives Right?" *Health Policy* Vol. 123, Nr. 3 (2019): 312-316, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010>

<sup>7</sup> Pieter Bakx, Erik Schut, and Bram Wouterse, "Price Setting in Long-Term Care in the Netherlands," Erasmus School of Health Policy and Management, November 2020; Wesley Jongen, *The Impact of the Long-Term Care Reform in the Netherlands: An Accompanying Analysis of an 'Ongoing' Reform*, Ph.D. Dissertation, Maastricht University, 2017, <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/7345428/c5595.pdf>.

<sup>8</sup> Hongsoo Kim and Soonman Kwon, "A Decade of Public Long-Term Care Insurance in South Korea: Policy Lessons for Aging Countries," Health Policy Vol. 125, Nr. 1 (2021): 22-26, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.003>; PwC, "Republic of Korea: Social Security Contributions," consulté le 21 novembre 2020, <https://taxsummaries.pwc.com/republic-of-korea/individual/other-taxes>.

<sup>9</sup> Washington State Legislature, "Long-Term Services and Supports Trust Program," Chapter 50B.04 RCW, 2019, <https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=50B.04>. xiii Jon Kvist, "ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Denmark," European Social Policy Network, 2018, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19844&langId=en>.

<sup>10</sup> Pär Schön et Josephine Heap, "ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Sweden," European Social Policy Network, 2018, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19870&langId=en>.

<sup>11</sup> Edith Bocquaire, "Long Term Care Coverage in Europe," Long-Term Care News, Society of Actuaries, Issue 41, May 2016, <https://www.soa.org/globalassets/assets/Files/Pubs/pub-2016-05-ltc-coverage-europe.pdf>.

<sup>12</sup> Blanche Le Bihan, "ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: France," European Social Policy Network, 2018, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19847&langId=en>.

## Annexe 2: Consultations

### Canada

Amit Arya, MD  
Université McMaster, Division des soins palliatifs, Département de médecine familiale  
Ontario, Canada

Pat Armstrong, PhD  
Université de York, Département de sociologie  
Ontario, Canada  
[patarmst@yorku.ca](mailto:patarmst@yorku.ca)

Colleen Flood, LL.M, S.J.D  
University d'Ottawa, Centre de droit, politique et éthique de la santé  
Ottawa, Ontario  
[colleenmarionflood@gmail.com](mailto:colleenmarionflood@gmail.com)

Maggie Keresteci, MA, CHE  
Directrice générale, Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé  
Canada  
[maggiekeresteci@gmail.com](mailto:maggiekeresteci@gmail.com)

Isobel Mackenzie, MBA  
Défenseure des aînés de la Colombie-Britannique  
Bureau de la Défenseure des aînés de la Colombie-Britannique  
<https://www.seniorsadvocatebc.ca>

### Pays-Bas

Florien Kruse, PhD  
Chercheur postdoctoral  
Centre scientifique pour la qualité des soins de santé (IQ healthcare) Centre médical de l'université  
Radboud, Radboudumc Nijmegen, Gueldre, Pays-Bas  
[Florien.Kruse@radboudumc.nl](mailto:Florien.Kruse@radboudumc.nl)

Lisa van Tol, MSc PhD (doctorante)  
Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid-Holland (UNC-ZH) - COVID-19 dans les soins de longue  
durée Centre médical de l'Université de Leiden, Département de santé publique et de soins primaires  
<https://www.lumc.nl/org/unc-zh/>  
[L.S.van\\_Tol@lumc.nl](mailto:L.S.van_Tol@lumc.nl)

### Danemark

Louise Weikop  
Directrice de l'unité Qualité et Innovation,  
Département des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées  
Municipalité d'Aalborg, Danemark [louise.weikop@aalborg.dk](mailto:louise.weikop@aalborg.dk)

## Annexe 3: Sources et stratégie de recherche

### Bases de données

#### Ressources spécifiques à la COVID

- LitCovid
- CEBM
- OMS Littérature mondiale sur la COVID-19
- CIHI-COVID collection
- COVID-END
- Registre des études Cochrane sur la COVID-19

#### Ressources sur les guides de pratique clinique

- ECRI Institute
- NICE Guidance

#### Bases de données de synthèse des connaissances

- Health Systems Evidence
- TRIP
- Google Scholar

#### Sources de littérature grise

- LTC Responses to COVID-19 by the International Long-Term Care Policy Network
- COVID-19 Health System Response Monitor
- European Centre for Social Welfare Policy and Research

#### Termes de recherche (effectuée en anglais)

Concept	Termes de recherche
Soins à domicile	Home care, home-based care, care-at-home, in-home care, aging-in-place
Aides-soignants	Home caregivers, informal caregivers, family caregivers, unpaid care, unpaid careers,
Adultes plus âgés	Old, Older, elder, elderly, aging,

**Exemple:** OMS Littérature mondiale sur la maladie du coronavirus

Chaîne de recherche : (tw:(home care)) OU (tw:(care at home)) ET (tw:(older adults))

Résultats : 214