



CanCOVID

COVID-19 • SCIENCE • KNOWLEDGE

CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - COVID-19

Note d'enjeux

Mécanismes d'assurance qualité dans les établissements de soins de longue durée : données probantes obtenues à l'étranger

Ont contribué à cette Note d'enjeux : Christine Chan, Rosa Stalteri, Clémence Ongolo Zogo, Susan Law, Nathan Stall

Résumé exécutif

Il y a plus de vingt ans, un rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur les soins de longue durée¹ (SLD) qualifiait la qualité des soins de « maillon faible » et soulignait la nécessité de définir des critères d'assurance qualité plus clairs et de renforcer la réglementation¹. Et ce, bien que la qualité des SLD ait retenu l'attention dès le milieu des années 1980 et que la recherche sur l'amélioration de la qualité ait pris de l'ampleur au début des années 1990. Plus récemment, les préoccupations relatives à la qualité des SLD ont de nouveau été mises en avant en raison de l'impact disproportionné de la pandémie de SRAS-CoV-2 sur les établissements de soins de longue durée (ÉSLD)².

Cette Note d'enjeux est le premier de deux documents consacrés par CanCOVID à la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée. Le premier porte sur les **Mécanismes d'assurance qualité dans les établissements de soins de longue durée : données probantes obtenues à l'étranger**. Le deuxième porte sur la façon dont d'autres administrations ont adopté un ensemble d'interventions pour assurer la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée, et sur ce que le Canada peut apprendre de ces processus d'adoption. Ainsi, le premier documents se penche sur le « quoi » alors que le deuxième porte sur le « comment ».

Cette Note d'enjeux répond à la question suivante : **Quelles sont les interventions utilisées dans d'autres pays pour assurer la qualité dans les établissements de soins de longue durée, et comment sont-elles mises en œuvre en combinaison ?**

Il existe de nombreuses études sur les réformes des SLD et leur impact sur la qualité. Les réformes sont généralement entreprises pour faire face au vieillissement croissant de la population et pour limiter l'augmentation des coûts des SLD. La qualité apparaît souvent un objectif parmi d'autres. Cette documentation décrit les mécanismes d'assurance qualité selon les grandes catégories suivantes :

- Les mécanismes réglementaires ;
- Les mécanismes économiques ; et
- Les mécanismes informationnels.

La plupart des pays utilisent une combinaison de ces mécanismes, bien que certaines caractéristiques déterminantes dans certaines juridictions accordent une plus grande importance à un mécanisme donné que d'autres. Par exemple, il est de notoriété publique que l'Australie dispose d'un organisme de réglementation des SLD et d'une accréditation obligatoire, tout en ayant recours à des mécanismes informationnels. Les réformes des SLD sont très complexes en raison de la multiplicité des entités structurelles et de gouvernance, des nombreux textes législatifs qui touchent souvent les secteurs de la santé et des services sociaux, du grand nombre et de la diversité des prestataires et de la complexité croissante des besoins des résidents en matière de soins. Pour ces raisons, les réformes des structures et des politiques sont généralement formatives et itératives : Comme leur mise en œuvre est complexe et difficile, ces réformes sont défaites, refaites et réformées au fil du temps.

La documentation sur la qualité des SLD se concentre sur les études réalisées dans les pays nordiques et aux Pays-Bas. Les Pays-Bas et le Danemark sont souvent cités comme des systèmes de SLD exemplaires, et il semble que le niveau de satisfaction à l'égard des services de SLD y soit plus élevé que dans d'autres pays.

¹ Il convient également de noter que si les soins de longue durée (SLD) en Europe font généralement référence aux soins dispensés à la fois dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) et à domicile, cette Note d'enjeux n'aborde les SLD que sous l'angle des soins dispensés dans les ÉSLD.

Les Pays-Bas, premier pays au monde à avoir mis en place un système public universel d'assurance dépendance, sont riches d'enseignements pour le Canada en termes de cycles de réformes et de mécanismes d'assurance qualité. En effet, les Pays-Bas utilisent un ensemble de mécanismes :

- Les mécanismes réglementaires – par exemple, l'[Inspection](#) de la santé est en mesure de mettre les établissements de soins de longue durée sous surveillance, d'effectuer des contrôles stricts directs et de faire appliquer la loi suite à l'inspection d'un établissement ;
- Les mécanismes économiques - les réformes de 2015 ont réparti les prestations de SLD entre trois régimes de financement, ce qui incite à adopter des comportements différents ; et
- Les mécanismes informationnels – des informations destinées au public sont disponibles par le biais du [Long-Term Care Monitor](#) (Moniteur des soins de longue durée) ainsi que du [Social Domain Monitor](#) (Moniteur du domaine social).

De même, le Danemark utilise une combinaison de mécanismes :

- Les mécanismes de réglementation – les administrations centrales et municipales se partagent le contrôle de la qualité, alors que l'Autorité danoise pour la sécurité des patients effectue des inspections en cas de risque estimé élevé pour la sécurité des patients ou en réponse aux préoccupations des citoyens ;
- Les mécanismes économiques – Le Danemark a été l'un des rares pays (avec les Pays-Bas, la Norvège et la Suède) à offrir des incitations financières aux établissements de soins de longue durée pour que ces derniers améliorent la gestion des démences; et
- Les mécanismes informationnels – un site web public www.sundhedskvalitet.dk (Health quality) fournit des informations comparatives sur les ÉSLD.

Voici les points communs entre ces deux pays exemplaires. Premièrement, le contrôle de la qualité s'effectue au niveau local : les parties prenantes ou les municipalités locales mettent en œuvre les normes de qualité, même si les niveaux central et municipal se partagent la fonction de contrôle de la qualité, et même s'il existe des normes nationales.

Deuxièmement, les deux pays s'efforcent de privilégier les soins à domicile et les soins de proximité par rapport aux soins en institution, ce qui a eu des effets positifs et négatifs, voulus ou non, sur la qualité des établissements de soins de longue durée.

Troisièmement, les deux pays considèrent la dignité comme une valeur fondamentale qui sous-tend leurs systèmes de SLD. Une condition préalable commune aux réformes visant à améliorer la qualité semble être l'établissement de valeurs, de droits et de responsabilités de base dans les secteurs des SLD.

Il est important d'affirmer des valeurs à un niveau systémique, car les réformes des SLD visent souvent de multiples objectifs qui peuvent donner lieu à des valeurs concurrentes telles que l'efficacité en termes de ressources ou de coûts par rapport à la qualité de vie. Effectivement, il est difficile d'intégrer des objectifs contrastés. Les valeurs peuvent être culturelles ; elles peuvent faire partie des valeurs du pays, et elles peuvent être explicitement reconnues dans le secteur des SLD. Des études montrent que certains pays intègrent les valeurs des SLD dans leur législation ; en effet, le Danemark et les Pays-Bas appliquent une interprétation extensive de la dignité, par opposition à la conception nord-américaine de la dignité, qui se résume à l'indépendance des soins. En 2016, le Danemark a lancé une initiative appelée « Dignity Billion »². De plus, sa philosophie de réadaptation est inscrite dans la législation nationale depuis 2015 et appliquée dans toutes les régions du Danemark. Les Pays-Bas appliquent également une philosophie de revalidation et sont le seul pays au monde où la médecine en ÉSLD est

² A policy measure funded by 1 billion Danish kroner every year in which municipalities must formulate a dignity policy every four years and include aspects such as autonomy, quality, food and nutrition, and multidisciplinary care.

une discipline médicale spécifique ; les « médecins prodiguant des soins aux personnes âgées » en ÉSLD ont un programme de formation autonome d'une durée de trois ans.

D'autres pays, dont la Suède, la Finlande, l'Australie, l'Autriche, la Norvège, le Japon et le Royaume-Uni, sont décrits dans le présent document afin de fournir des comparaisons entre divers pays où des mécanismes de qualité similaires ont été adoptés, bien qu'ils aient été mis en œuvre de différentes façons et selon différentes combinaisons. S'il y a un enseignement à en tirer pour le Canada, c'est que les problèmes complexes appellent des solutions complexes. Il est nécessaire d'adopter une approche à plusieurs volets pour favoriser la qualité des établissements de soins de longue durée – une approche reposant sur la dignité comme valeur fondamentale, tenant compte de la place des établissements de soins de longue durée dans les secteurs plus vastes de la santé et des soins sociaux et de leur relation avec le secteur des soins informels, et tenant compte des conséquences prévues et imprévues des mécanismes proposés. En raison des cycles de réformes, d'annulations de réformes et de réformations observés dans les juridictions du monde entier, il est conseillé d'adopter une approche formative et d'apprentissage avant d'introduire de nouveaux mécanismes d'assurance qualité ou de modifier les mécanismes existants dans le contexte canadien.

Introduction

Définitions

La qualité est une construction sociale dont la perception diffère d'une personne à l'autre. La qualité des soins dépend de la nature et de la fonction des soins, à propos desquelles il n'existe aucun consensus universel³. Par conséquent, il existe dans la littérature un large éventail de conceptualisations de la qualité des SLD. Par exemple, dans les rapports de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la qualité des soins s'articule généralement autour des dimensions suivantes : l'efficacité, la sécurité, la centralité du patient, la coordination des soins et l'intégration⁴, tandis que les universitaires européens articulent d'autres dimensions, telles que la disponibilité, l'accessibilité, l'abordabilité, la centralité de la personne, l'exhaustivité, l'amélioration continue et l'orientation vers les résultats⁵.

La qualité des soins est généralement définie par les gouvernements nationaux ou les parties prenantes au niveau national qui fournissent un cadre de qualité, ce dernier cadre étant ensuite mis en œuvre au niveau régional ou local. Les pays diffèrent selon que le contrôle de ce cadre est considéré comme une responsabilité du gouvernement central ou comme une fonction plutôt décentralisée à des structures administratives de niveau inférieur.

Dans cette Note d'enjeux, l'assurance qualité est définie comme « l'activité de tiers visant à garantir et à certifier des critères de qualité définis d'un point de vue externe »⁶ et, comme mentionné ci-dessus, il est admis qu'il y a une grande variabilité dans la conceptualisation de la qualité elle-même selon les différentes juridictions et parties prenantes⁷.

En Europe, le terme soins de longue durée (SLD) est généralement utilisé pour décrire à la fois les établissements de soins de longue durée et les soins dispensés à domicile (appelés « soins à domicile »). Dans la présente Note d'enjeux, nous nous concentrons sur les établissements de soins de longue durée (ÉSLD).

Cette Note d'enjeux utilise la définition de l'ÉSLD donnée par Santé Canada : un logement pour les personnes qui exigent des soins supervisés sur place, jour et nuit, y compris les soins de santé professionnels, les services et les soins personnels, tels que les repas, la lessive et le ménage⁸.

Au Canada, environ 1,2 % des personnes âgées vivent dans des maisons de soins infirmiers⁹. Les ÉSLD ne sont pas assurés publiquement en vertu de la Loi canadienne sur la santé¹⁰. Régis aux niveaux provincial et territorial, ils présentent des différences dans la gamme de services et la couverture des

coûts à travers le pays. Il en résulte des différences dans les définitions, la portée, la gouvernance et les mécanismes de surveillance des ÉSLD au Canada. Il n'est donc pas surprenant que la qualité des services de SLD destinés aux personnes âgées varie considérablement et que, parfois, la qualité des services ne réponde pas aux attentes du public, des utilisateurs et de leurs familles¹¹.

Lacunes sur le plan de la qualité

Les lacunes sur le plan de la qualité constituent une préoccupation mondiale dans les ÉSLD. En effet, la pandémie de SRAS-CoV-2 a mené à une prise de conscience de la nécessité de disposer de mécanismes d'assurance qualité solides dans ce secteur. Dans les pays de l'OCDE, environ 40 % des décès dus au COVID-19 sont survenus dans des maisons de soins infirmiers, alors que moins de 1 % de la population y vit¹². Avant la pandémie, seule la moitié environ des pays de l'OCDE disposait de lignes directrices sur le contrôle des infections dans les maisons de soins infirmiers¹³; dans de nombreux pays, dont le Canada, de nombreuses lignes directrices ont été publiées sur les mesures de santé publique dans les maisons de soins infirmiers de longue durée au cours des deux dernières années¹⁴.

Avant la pandémie, des données sur les problèmes de qualité sont apparues au Canada à partir d'un large éventail de sources, notamment des rapports de groupes de défense, des rapports des médias, des conclusions d'examen et des systèmes de surveillance de la qualité. En outre, ces données sur les lacunes en matière de qualité proviennent également de l'intersection avec les soins actifs (lorsque les résidents de SLD sont transférés à l'hôpital) et de la médecine légale par le biais d'enquêtes sur les causes de décès en fin de vie¹⁵. Les exemples de soins inadéquats abondent dans la littérature académique et les reportages des médias : ces exemples comprennent un logement inadéquat, un manque d'assistance du personnel, des relations sociales médiocres, un traitement inadéquat de la douleur chronique, de la dépression, des escarres ainsi qu'une utilisation inappropriée des contraintes chimiques ou physiques¹⁶. Bien que les ÉSLD s'occupent des patients les plus malades, l'évaluation de la qualité et le suivi des résultats sont en retard par rapport aux soins de santé aigus¹⁷.

Évaluation de la qualité à l'aide du modèle de Donabedian

Une classification reconnue de l'évaluation de la qualité dans les soins de santé est le modèle de Donabedian, qui décrit des approches de l'évaluation de la qualité fondées sur la structure, le processus et les résultats¹⁸. La structure fait référence aux ressources et à la structure organisationnelle telles que le personnel et l'équipement ; le processus fait référence à la manière dont les soins sont dispensés ou aux processus de soins ; et les résultats font référence à l'impact sur la santé et le fonctionnement des résidents.

Ce modèle est le plus souvent utilisé au niveau organisationnel, mais il peut être utile de penser à la qualité au niveau systémique également, en considérant ce cadre : structure, processus et résultats. Dans le monde entier, les données indiquent que les indicateurs de préférence dans les SLD tendent à se concentrer davantage sur la structure et le processus que sur les résultats, laissant les consommateurs avec des informations limitées ainsi qu'une incapacité à différencier le niveau de qualité des prestataires¹⁹. Certaines juridictions, dont les Pays-Bas, reconnaissent la nécessité de se tourner vers les aspects de la qualité liés aux résultats²⁰, Mais cette démarche a été critiquée, car les mesures de la structure et du processus mettent en lumière la nature et la localisation des déficiences dans la structure ou le processus de prestation des soins²¹.

En outre, on observe au niveau international un abandon des mesures centrées sur la médecine et les processus au profit de mesures axées sur la qualité de vie et le respect de la personne, et ce en dépit de la difficulté d'opérationnaliser ces concepts²², car il est difficile de saisir avec précision les expériences dans le domaine des soins personnels²³. Néanmoins, les Pays-Bas sont l'un des rares pays de l'OCDE, avec l'Angleterre, à surveiller les expériences des résidents dans les ÉSLD, notamment par le biais d'indicateurs sur les plans de soins, l'autonomie et la vie privée²⁴.

La nature interdépendante des soins est également reconnue dans ce modèle ; les indicateurs sont souvent corrélés et exigent que les évaluateurs aient une perspective globale de l'organisation ou des systèmes. Par exemple, les escarres peuvent être considérées comme un « indicateur synthétique », car elles révèlent de multiples problèmes de qualité des soins, notamment la malnutrition, la déshydratation, le manque de temps consacré aux résidents, l'incontinence et le recours à la contention physique – autant de facteurs connus pour augmenter le risque d'escarres²⁵.

Méthodes

Analyse documentaire : Un examen de la littérature a été entrepris en vue d'identifier les informations sur la qualité dans les établissements de soins de longue durée, en recherchant d'abord les revues, puis en élargissant aux études dans la littérature évaluée par les pairs et la littérature grise. Les bases de données utilisées comprenaient Cochrane, PROSPERO International prospective registry of systematic reviews, Centre for Reviews and Dissemination (UK), Long-Term Care Responses to COVID-19 database, Health Systems Evidence Database, Epistemonikos, Agency for Healthcare Research & Quality Evidence-Based Reports, Evidence Synthesis Network, WHO COVID-19 Global Literature, TRIP, Google Scholar, et la base de données de la Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé.

Les recherches pour ce document ont été effectuées en anglais. Ainsi les termes et expressions de recherche comprenaient « long-term care, nursing home, residential care, care home, aged, elderly, quality, reforms, review, et regulation » (en traduction, « les soins de longue durée, les maisons de soins infirmiers, les soins résidentiels, les maisons de soins, les personnes âgées, la qualité, les réformes, l'examen et la réglementation »). Cette approche a été complétée par des informations obtenues par le biais de recherches approfondies dans la littérature grise, notamment sur les sites Web nationaux de santé et d'aide sociale, dans les principaux rapports internationaux, y compris ceux produits par l'OCDE, le Réseau européen de politique sociale de la Commission européenne et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans les articles recommandés par des experts et dans les listes de référence des rapports et articles pertinents identifiés.

Les termes de recherche et les critères d'inclusion figurent à l'[annexe 1](#).

Les pays couverts par ce document comprennent le Danemark et les Pays-Bas, deux pays qui se distinguent dans la littérature par la qualité de leurs systèmes de SLD. D'autres pays ont été sélectionnés en fonction de leur similitude avec le contexte canadien – par exemple, comme le Canada, la Suède dispose d'un système décentralisé basé sur la mesure des données et les rapports publics pour l'assurance de la qualité des SLD – alors que d'autres pays ont également été sélectionnés lorsqu'ils présentaient un contraste avec le contexte canadien, notamment l'Australie et le Royaume-Uni, qui disposent tous deux de systèmes centralisés basés sur l'inspection.

Entrevues : Les informateurs clés ont été sélectionnés sur la base de leur expertise scientifique et/ou de leur leadership en matière de systèmes de santé dans le domaine des soins de longue durée et ont été interrogés pour donner leur avis sur l'état actuel des données probantes disponibles sur le sujet. Voir l'[annexe 2](#) pour plus de détails sur les informateurs clés interrogés.

Limites

Ce document a été réalisé en s'appuyant largement sur la littérature grise, notamment les rapports des organismes de recherche et de santé. Il s'inspire également d'articles de revues spécialisées évalués par des pairs et d'entrevues auprès d'informateurs.

Compte tenu des contraintes de temps, il ne s'agit pas d'un examen international exhaustif des mécanismes d'assurance qualité dans les ÉSLD. Nous ne nous efforçons pas de comparer les

juridictions en détail. Les juridictions ont été sélectionnées en fonction de leur pertinence et de notre désir d'inclure un éventail de contextes et de mécanismes.

Alors que les systèmes d'assurance qualité sont généralement conçus à quatre niveaux – au niveau du système, de l'organisation, du professionnel ou du soignant et enfin du résident lui-même – le présent document se concentre sur les mécanismes au niveau systémique.

De plus, nous nous sommes concentrés sur les mécanismes d'assurance qualité dans les soins formels : nous n'avons pas considéré les soins informels (c'est-à-dire les soins fournis par des aidants ou des soignants informels tels que les conjoints/partenaires, d'autres membres du ménage et d'autres parents, amis, voisins et autres), et ce, malgré le fait que la qualité des soins informels est l'un des domaines les moins étudiés dans la littérature portant sur les SLD^{26,27}. Les lecteurs et lectrices qui s'intéressent davantage à ce dernier sujet sont priés de consulter le futur rapport d'accompagnement produit par CanCOVID au sujet de l'engagement des aidants informels dans les soins de longue durée : *Supports et interventions pour intégrer les aidants non rémunérés dans les soins de longue durée et dans les soins des personnes vieillissant sur place dans les pays de l'OCDE*.

Résultats

Classification des juridictions en fonction des mécanismes d'assurance qualité des SLD

Dans la documentation consultée lors de la rédaction de cette Note d'enjeux, les mécanismes d'assurance qualité sont décrits selon trois grandes catégories : les mécanismes réglementaires, les mécanismes économiques et les mécanismes informationnels. Ces catégories sont illustrées à la figure 1.

Mécanismes d'assurance qualité
<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes réglementaires
<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes économiques
<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes informationnels

Figure 1 : Catégorisation des mécanismes d'assurance qualité, sur la base des *Policy instruments to promote good quality long-term care services*²⁸

Les mécanismes réglementaires cherchent à influencer les acteurs du secteur par le biais de règles et de directives formulées qui sont obligatoires. Les SLD sont généralement réglementés par la législation et des pouvoirs sont conférés au gouvernement, ou délégués à des entités indépendantes, pour faire respecter la conformité²⁹.

Les mécanismes économiques utilisent des leviers financiers pour inciter les acteurs du secteur à agir ou à se comporter d'une manière particulière. Ils sont généralement utilisés pour inciter à une prestation de soins plus efficace, bien que certains puissent également viser à améliorer la qualité³⁰.

Les instruments informationnels utilisent les données pour influencer les acteurs par le transfert de connaissances, la communication et la persuasion, et peuvent inclure l'éducation, la gestion des connaissances, les systèmes de gestion de la qualité, les rapports publics et le retour d'information sur la qualité de la part des résidents et des autres parties prenantes³¹.

Ces mécanismes sont généralement décrits comme étant « durs » ou « souples ». Par exemple, un mécanisme dur serait l'inspection et la mise en application, alors qu'un mécanisme plus souple reposerait sur le choix du consommateur et les forces du marché³².

Les mécanismes, comme en témoigne la figure 2, peuvent également être décrits comme « descendants », comme dans le cas d'une structure paternaliste traditionnelle, ou « ascendants », l'autorégulation étant sa forme extrême³³. Les engagements pris dans le cadre de l'autorégulation peuvent être forts, mais ne sont pas juridiquement contraignants.

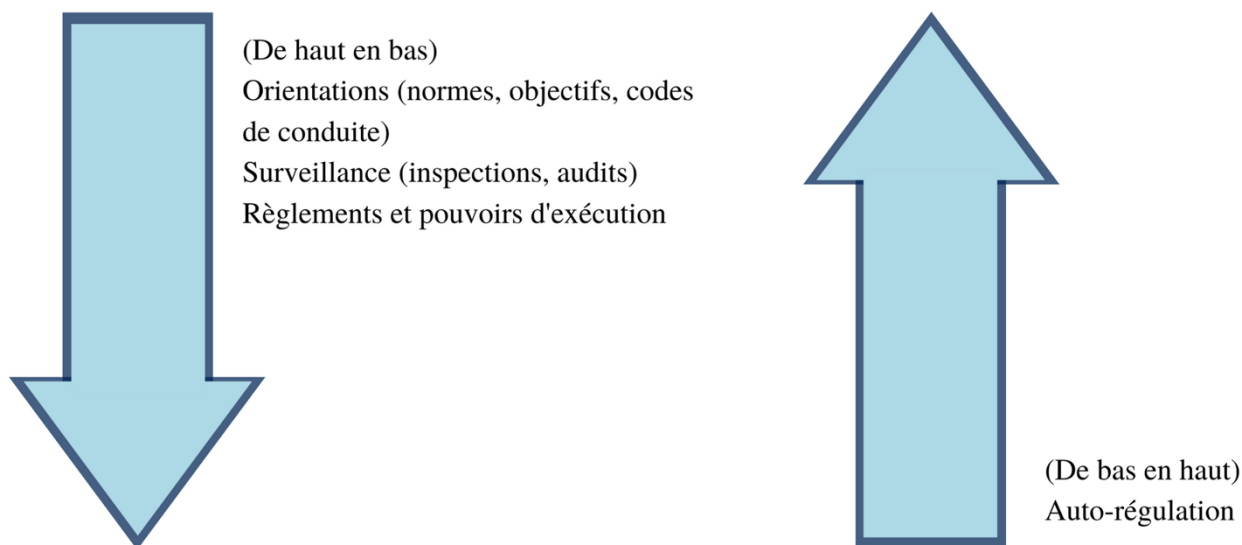


Figure 2 : Exemples d'approches descendantes et ascendantes de l'assurance qualité dans les ÉSLD

En outre, les approches en matière de qualité des établissements de soins de longue durée ont également été réparties dans des catégories selon qu'elles sont fondées sur le professionnalisme, l'inspection et la mesure des données/ les rapports publics. Différents exemples d'approches dans des juridictions sélectionnées sont présentés à la figure 3.

Juridiction	Type de système d'assurance qualité des établissements de soins de longue durée
Canada	Système décentralisé basé sur la mesure des données ainsi que les rapports publics (responsabilité provinciale/territoriale)
É-U	Système décentralisé basé sur la mesure des données ainsi que les rapports publics (responsabilité du gouvernement de l'État)
Suède	Système décentralisé basé sur la mesure des données ainsi que les rapports publics (responsabilité au niveau municipal)
Norvège	Système décentralisé basé sur l'inspection (responsabilité au niveau municipal)
Nouvelle-Zélande	Système centralisé de mesure des données ainsi que les rapports publics (HealthCERT, une division du ministère de la Santé, certifie et désigne les agences d'audit ³⁴)
Danemark	Système décentralisé basé sur l'inspection (responsabilité au niveau municipal)
Pays-Bas	Système décentralisé basé sur l'inspection (tendance à passer du gouvernement central à la responsabilité au niveau municipal)

Juridiction	Type de système d'assurance qualité des établissements de soins de longue durée
Australie	Système centralisé basé sur l'inspection (Commission de la qualité et de la sécurité des soins aux personnes âgées, organisme de réglementation)
Angleterre	Système centralisé basé sur l'inspection (Care Quality Commission, organisme de réglementation)
Japon	Système décentralisé fondé sur le professionnalisme (accent mis sur les organismes professionnels, en particulier les professions de la santé, ce système fixant également des normes de qualité et l'autorégulation)

Figure 3 : Catégorisation des approches d'assurance qualité des ÉSLD dans certaines juridictions, d'après des renseignements tirés de la *Review of International Systems for Long Term Care of Older People*³⁵

Observations générales sur les systèmes de SLD de haute qualité

Parmi toutes les juridictions énumérées à la figure 3, les données probantes et les orientations disponibles désignent à plusieurs reprises le **Danemark**, les **Pays-Bas** et la **Suède** comme ayant des systèmes de SLD de haute qualité³⁶. Ces trois pays, comme le Canada, adoptent l'accès universel comme principe de prestation des soins de longue durée. Le Danemark et la Suède sont les plus proches, en termes de similitude, du système à payeur unique du Canada.

- Le système danois de SLD est un système national (presque tous les SLD sont financés par l'impôt général) avec un financement entièrement local/régional et une autonomie et une hétérogénéité locales dans la prestation des services. Les SLD sont organisés par 98 municipalités, fournis par des prestataires publics et privés, essentiellement gratuits, et financés par l'impôt général.
- La Suède est un système universel avec un financement essentiellement local/régional et une autonomie et une hétérogénéité locales dans la prestation des services.
- Les Pays-Bas ont été le premier pays à introduire un programme d'assurance sociale pour les services de SLD en 1968³⁷.

Bien qu'il existe des données probantes indiquant une association entre les résultats en matière de santé et les régimes de protection sociale (les données montrent que les régimes de protection sociale scandinaves offrent une meilleure santé que les autres régimes), il n'existe aucune donnée probante indiquant une association entre le choix des régimes d'assurance qualité et les régimes de protection sociale^{38,39}

Certaines données montrent toutefois que les systèmes de soins de longue durée de haute qualité impliquent des systèmes de couverture complète nécessitant des investissements substantiels. Le Danemark et la Suède disposent d'une couverture universelle complète des SLD basée sur l'impôt, consacrant plus de 4 % de leur PIB aux SLD⁴⁰. Ces deux pays financent les SLD par le biais de subventions fédérales et d'impôts locaux⁴¹. Les Pays-Bas disposent du système d'assurance sociale pour les SLD le plus complet de l'OCDE, consacrant 3,7 % de leur PIB aux SLD⁴², soit plus du double de la moyenne européenne. En comparaison, le Canada consacre 1,3 % de son PIB aux SLD, ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 1,7 %, selon un rapport publié 2020 par un groupe de travail basé à l'Université Queen's⁴³. Ainsi, le Canada dépense proportionnellement moins dans ce domaine que l'Australie, qui est décrite comme se trouvant au « bas de l'échelle » des dépenses en matière de soins aux personnes âgées⁴⁴. Le rapport de l'Université Queen's estime par ailleurs que si les améliorations recommandées sont mises en œuvre, elles nécessiteront une augmentation de 67 % des dépenses dans ce domaine au Canada.

Les mécanismes décrits dans la documentation sont abordés dans la section suivante.

1. Les mécanismes réglementaires

La littérature se concentre sur les mécanismes réglementaires par rapport aux autres mécanismes.

L'Angleterre fournit l'exemple d'un système centralisé basé sur l'inspection. Le marché privé des SLD y est l'un des plus développés d'Europe et les approches de la gestion des marchés et de la garantie de la qualité y sont très variées⁴⁵. Avant le début des années 2000, les autorités sanitaires étaient responsables de l'enregistrement et de l'inspection des ÉSLD. Des réformes visant la centralisation ont été mises en œuvre. En 2009, la Care Quality Commission (Commission de qualité des soins, ou CQC) a été créée en tant qu'organisme de réglementation unique et intégré pour les services de santé et de soins sociaux pour adultes en Angleterre, y compris les ÉSLD. La CQC inspecte et contrôle en permanence les informations relatives aux établissements de soins de longue durée. Ses inspecteurs qualifiés visitent les établissements de soins de longue durée pour vérifier qu'ils respectent les normes. Ils effectuent des inspections inopinées de manière régulière et à tout moment en réponse à des préoccupations.

L'Australie a également adopté une approche de surveillance descendante basée sur l'inspection, qui prévoit des inspections sur place et des entrevues auprès des résidents et du personnel afin d'identifier les cas de non-conformité.

La réglementation dans les régimes centralisés

Les systèmes d'inspection basés sur la surveillance au Royaume-Uni et en Australie contrastent avec les systèmes d'inspection de pays comme la Finlande. Dans ce dernier pays, les inspections ne sont menées qu'en réponse à des plaintes (et non dans le cadre d'une surveillance normale) : la conformité y est évaluée à partir d'examen des performances qui n'impliquent pas de visites sur place⁴⁶. Au Canada, un système similaire a été mis en place en Ontario, où l'on est passé, en 2018, d'une approche de surveillance exigeant une « inspection de la qualité des résidents » (IQR) proactive par an pour chaque foyer, à une « approche fondée sur les risques » axée sur les plaintes et les inspections en cas d'incidents critiques⁴⁷.

Le recours aux mécanismes réglementaires est populaire lorsqu'apparaissent des scandales ou des inquiétudes concernant la qualité des SLD. Or, les critiques soulignent que, malheureusement, « une grande partie de la réglementation (des SLD) est en fait un dérivé édulcoré du modèle curatif des soins aigus »⁴⁸, et qu'une réglementation simpliste basée sur les environnements de soins aigus peut en fait nuire à la qualité de vie des résidents⁴⁹. Un grand nombre d'études montrent que les réglementations sont, par nature, des instruments sans subtilité et grossiers ; elles contrôlent ce qui est mesurable et ne contrôlent pas nécessairement des processus et des résultats plus significatifs tels que la qualité des soins et les relations de soins^{50,51}. Pire encore, les réglementations réactives peuvent générer davantage de paperasserie, détourner l'attention sur les normes et les évaluations au détriment des soins réels⁵², et d'étouffer l'innovation^{53,54,55,56,57,58}. Il existe des données indiquant que les réglementations améliorent la qualité jusqu'à un niveau de base, mais pas au-delà de cette base minimale⁵⁹. Il existe également des données indiquant que les prestataires peuvent en fait réduire leurs performances supérieures pour atteindre un niveau minimum inférieur prescrit par la réglementation, augmentant ainsi l'efficacité apparente de l'utilisation des ressources. Plusieurs études soulignent l'importance d'une prise de décision souple pour les travailleurs du secteur des soins afin de fournir des soins de qualité plutôt que des règles prescrites de manière rigide : les modèles de soins innovants qui permettent une certaine souplesse dans les modalités de travail sont plus susceptibles de fournir des soins axés sur la personne⁶⁰. Il semblerait que la clé soit de permettre la décentralisation des mécanismes de réglementation et l'autonomie locale dans l'opérationnalisation des réglementations. Le défi commun auquel sont confrontés tous les régimes décentralisés est l'incohérence des prestations de services d'une zone géographique à l'autre, ainsi qu'au sein de différentes populations démographiques⁶¹.

Inspections planifiées versus inspections surprises

La littérature grise souligne les avantages des inspections surprises. L'un des secrets de polichinelle dans le secteur des ÉSLD est que les établissements reçoivent souvent une notification préalable de ce qui est censé être un audit ponctuel ou une inspection surprise. Aux États-Unis et au Canada, des données anecdotiques suggèrent que certains ÉSLD savent à l'avance quand leurs inspections auront lieu. L'enquête du New York Times a révélé que 70 % des ÉSLD augmentaient leur personnel les jours d'inspection, ce niveau d'effectif étant atypique en temps normal⁶². Les experts danois affirment la nécessité d'effectuer des inspections surprises ainsi que des inspections planifiées, en soulignant qu'il est important de considérer l'esprit dans lequel ces inspections sont effectuées, ainsi que l'objectif visé par les inspections : s'agit-il de contrôler et de corriger, ou de promouvoir l'apprentissage et l'amélioration – les inspections planifiées et surprises sont toutes deux essentielles et sont effectuées au Danemark.

La réglementation dans les régimes décentralisés

Une autre caractéristique des systèmes danois et néerlandais basés sur l'inspection est la décentralisation de la responsabilité de la réglementation de la qualité. Au Danemark, il n'existe aucune politique en matière de SLD au niveau fédéral.⁶³ Les municipalités sont responsables des ÉSLD et financent les SLD par le biais de subventions globales obtenues du gouvernement fédéral, des taxes locales et des transferts d'autres autorités locales. Les municipalités sont également responsables de l'octroi des licences et du contrôle de la qualité, les rapports d'inspection étant à leur tour accessibles au public. Aux Pays-Bas, la qualité relève de la responsabilité des prestataires, même si l'Inspection des soins de santé (IGZ) joue un rôle de superviseur. Un certain nombre de mécanismes sont utilisés au niveau des prestataires locaux : un représentant du système de soins de santé effectue l'inspection formelle périodique des prestataires de services ; les prestataires eux-mêmes utilisent des mécanismes internes de contrôle de la qualité pour évaluer les services, car il est dans leur intérêt de se présenter comme fournissant des services de haute qualité, étant donné la concurrence entre les prestataires ; et la loi stipule que chaque agence de services dispose d'un conseil des consommateurs.

Il est à noter que les Pays-Bas ciblent simultanément les prestataires et les professionnels de la santé dans leurs mécanismes de réglementation, par le biais de deux lois régissant la qualité des établissements de soins de longue durée : (i) la Loi sur la qualité dans les organisations de soins ; et (ii) la Loi sur les professions de la santé. Cette dernière est une approche de la qualité des soins qui repose sur des normes et des lignes directrices professionnelles visant à orienter le processus de prestation des soins. Elle est bien établie dans les établissements de soins aigus, mais moins dans les établissements de SLD en raison des exigences de qualification moins élevées du personnel de ces établissements.⁶⁴

- En ce qui concerne la première loi ci-dessus, les ÉSLD sont tenus de fournir des soins de qualité définis comme étant efficaces, efficaces, axés sur le patient et adaptés aux besoins réalistes du patient. Les ÉSLD disposent d'une certaine marge de manœuvre pour y parvenir et doivent disposer d'un système de qualité et soumettre un rapport annuel sur la qualité à l'IGZ, qui à son tour, utilise ces informations et détermine le pourcentage d'ÉSLD à inspecter. Si nécessaire, l'Inspection peut mettre en œuvre des contrôles stricts ou une application plus poussée suite à l'inspection⁶⁵.
- En ce qui concerne la deuxième loi ci-dessus, elle précise les exigences en matière d'éducation pour huit professions (médecins, dentistes, pharmaciens, psychologues cliniques, psychothérapeutes, physiothérapeutes, sages-femmes et infirmières). Tous les praticiens de ces professions doivent être enregistrés et les résidents peuvent consulter tout prestataire dans le registre pour vérifier si ce dernier est qualifié. En outre, la loi considère comme une infraction pénale le fait pour un professionnel de porter atteinte à la santé d'un client.⁶⁶

Malgré ce système décentralisé basé sur l'inspection aux Pays-Bas, l'assurance qualité demeure une responsabilité partagée entre le gouvernement central et les autorités municipales. L'inspection exerce toujours son pouvoir de placer les ÉSLD sous surveillance en cas de qualité insuffisante. Le message clé

ici est qu'il existe de multiples acteurs à différents niveaux de gouvernement responsables de la réglementation de la qualité.

Accréditation

L'autorégulation est courante dans la littérature. En effet, des programmes d'accréditation volontaires opèrent dans de nombreux pays, comme le programme d'accréditation de la Joint Commission aux États-Unis, qui est un programme volontaire pour tous les États⁶⁷. En outre, il convient de noter, conformément à la réglementation fédérale, que chaque État américain doit disposer d'une agence d'autorisation et de certification qui inspecte les établissements ayant un contrat avec le gouvernement fédéral.⁶⁸ L'accréditation volontaire est également en vigueur au Danemark⁶⁹, en Suisse⁷⁰, et dans certaines régions du Canada. Dans la province canadienne de l'Ontario, où l'accréditation est volontaire, une étude sur l'association entre l'accréditation des ÉSLD et la sécurité a révélé que sur les cinq domaines de sécurité des patients examinés, seules les chutes étaient associées de manière significative à l'accréditation et a supposé que la culture, les incitations et les réglementations (non examinées dans l'étude) seraient probablement des facteurs déterminants de l'impact des programmes d'accréditation.⁷¹

Cependant, l'accréditation des ÉSLD est obligatoire dans d'autres pays. Par exemple, aux Pays-Bas, l'accréditation est effectuée par l'Institut néerlandais d'accréditation et repose sur les dimensions suivantes des soins : la perception du client, les résultats des soins informels, l'utilisation des services, les qualifications et la satisfaction du personnel soignant et les résultats cliniques⁷². De même, en Australie, l'accréditation est obligatoire puisque les ÉSLD doivent démontrer que leurs processus et pratiques de gestion favorisent l'amélioration continue en vue d'obtenir l'accréditation.

Normes minimales

Certains pays ont élaboré des normes minimales axées sur la qualité, bien que leur application ne soit pas obligatoire dans tous les pays. Les Pays-Bas, l'Australie, l'Autriche, l'Angleterre et les États-Unis disposent de telles normes, qui sont souvent des éléments clés des critères d'évaluation pour l'autorisation ou la certification de la pratique⁷³.

La décentralisation est une caractéristique du système de SLD danois. Son approche de l'assurance qualité implique que les municipalités déterminent leurs normes de qualité pour les SLD sur une base annuelle, normes qui sont accessibles au public et utilisées dans les appels d'offres et les audits. Cette approche permet la flexibilité et la diversité locale⁷⁴.

De même, dans le système décentralisé de la Norvège, les réglementations nationales ont été décrites comme étant « relativement peu spécifiques ». Le principal instrument réglementaire est la Loi sur les services municipaux de santé et de soins, les municipalités disposant d'une certaine souplesse pour mettre en œuvre ses principes, car la loi ne prescrit pas de détails sur la manière dont les services doivent être organisés. Par exemple, la loi oblige les établissements de soins de longue durée à disposer d'un médecin, d'une infirmière diplômée et d'un administrateur « rattachés » à l'établissement, sans préciser ce que cela implique⁷⁵. Une étude a montré que dans les pays où la propriété privée des ÉSLD est plus importante, les régimes de réglementation sont généralement plus structurés et plus détaillés⁷⁶; cette observation semble s'appliquer à la Norvège, pays où la plupart des ÉSLD sont publics.

La Suède, la Suisse, le Japon et l'Allemagne ont, à leur tour, adopté des approches fondées sur le professionnalisme. Les normes sont négociées entre les multiples parties concernées par les SLD, les organisations professionnelles et les professions de santé jouant un rôle essentiel dans la définition des normes de qualité et l'autorégulation^{77,78}. Parmi les pays cités dans cette Note d'enjeux, seule la Suède exige que les infirmières de SLD aient suivi une formation en soins gériatriques ou qu'elles suivent une telle formation lorsqu'elles travaillent dans le secteur des SLD⁷⁹.

Au niveau mondial, les normes minimales sont généralement basées sur la structure et les intrants (nombre d'employés, nombre de lits privés, taille des chambres, dispositifs de sécurité, formation, etc.) et

moins sur des indicateurs de qualité liés aux processus ou aux résultats, qui sont plus difficiles à mesurer. Certaines juridictions ont fait des progrès dans le passage à une évaluation basée sur les processus et les résultats. Les systèmes centralisés basés sur l'inspection, comme ceux de l'Angleterre et de l'Australie, se concentrent exclusivement sur les normes de qualité des processus et des résultats, ce qui permet aux inspecteurs d'observer les résidents des ÉSLD et de s'entretenir avec eux. Ces inspections sont des activités qui demandent beaucoup de temps et de travail, surtout si on les compare à des examens effectués à partir d'un bureau ou même au téléphone (en période de pandémie).

De nombreux pays européens ont utilisé des normes minimales comme outil clé pour réglementer et garantir la qualité des établissements de soins de longue durée. La Finlande, les Pays-Bas et l'Allemagne en fournissent des exemples ; en Allemagne, les normes de qualité sont utilisées lors des inspections annuelles pour évaluer les établissements de soins de longue durée et des « notes de soins » sont déterminées et rendues accessibles au public⁸⁰. Là encore, ces normes sont principalement basées sur la structure, bien que les efforts se poursuivent pour identifier la qualité des processus et les pratiques de gestion des maladies, et plus récemment les normes de contrôle des infections.

Les Pays-Bas ont abordé la réforme de la qualité de manière très intentionnelle lorsqu'ils ont lancé un cadre de qualité en 2015, le gouvernement débloquant 2,1 milliards d'euros pour aider les ÉSLD à mettre en œuvre ce cadre⁸¹. Les réformes, considérées comme le plus grand changement depuis l'entrée en vigueur du système de SLD en 1968, visaient à réorienter les valeurs du pays afin d'encourager les réseaux familiaux et communautaires locaux à fournir des services sociaux aux personnes âgées, à poursuivre le passage du milieu institutionnel au milieu familial, à décentraliser les soins à domicile vers les assureurs et les municipalités et à faciliter les « réductions d'efficacité ».

La mise en œuvre des réformes de 2015 aux Pays-Bas reste une sorte de « talon d'Achille », car elle a été accompagnée de problèmes administratifs et technologiques. La nouvelle structure comprend trois régimes différents pour répondre aux besoins en matière de SLD : les ÉSLD, les soins infirmiers communautaires et les soins personnels, ainsi que le reste des soins communautaires et à domicile, chacun ayant ses propres organismes de mise en œuvre, ses règlements, ses budgets et sa population cliente cible : cette complexité rend difficile la mise en œuvre des réformes, car il existe différentes incitations et il faut de la coordination entre les différentes entités et processus⁸². Une évaluation nationale réalisée en 2018 a révélé que les réformes atteignent certains objectifs, mais pas encore tous. Parmi les objectifs atteints, on peut citer, par exemple, le fait que la plupart des municipalités ont mis en place des équipes de soins sociaux communautaires ; et que la plupart des personnes qui demandent un soutien social reçoivent un soutien personnalisé. Cependant, il reste encore à atteindre les objectifs suivants : le soutien aux clients indépendants (obtenir des informations et des conseils auprès d'un tiers indépendant) est peu connu et donc peu utilisé ; la coordination entre les prestataires de soins est insuffisante ; il y a un manque de clarté autour des soins personnels puisque les besoins sont désormais satisfaits soit par les assureurs, soit par les municipalités, ce qui entraîne une confusion sur qui fournit quoi⁸³.

Outre le passage mondial, déjà mentionné, des normes de structure et de processus, d'une part, aux normes de résultats dans la mesure de la qualité, d'autre part, deux autres changements ont été notés dans la littérature : un passage des mesures axées sur l'organisation et la profession aux mesures axées sur la personne, ainsi qu'un élargissement de la mesure de la seule qualité des soins à la qualité de vie⁸⁴.

En outre, la démence a été désignée comme un domaine prioritaire dans le contrôle de la qualité des ÉSLD. La littérature récente montre que de plus en plus de pays s'intéressent aux normes relatives aux soins fournis aux personnes atteintes de démence ; en Angleterre, le National Institute for Health and Excellence (l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique, ou NICE) a défini des normes de qualité qui stipulent que les résidents atteints de démence doivent être pris en charge par un personnel correctement formé aux soins aux personnes atteintes de démence⁸⁵.

Régulateurs

Des appels ont été lancés au Canada en faveur de la création d'un organisme de réglementation indépendant, qui devrait rendre compte non seulement à son propre gouvernement provincial, mais aussi directement au gouvernement fédéral, afin de permettre aux provinces les plus performantes de tirer des enseignements de leurs succès et de détecter les provinces les moins performantes. En outre, les experts suggèrent la création d'un ombudsman pour les personnes âgées, auquel il serait possible de s'adresser lorsque les normes ne sont pas respectées⁸⁶.

L'Australie a recours au mécanisme d'un organisme de réglementation, et applique une gamme de sanctions allant des plans d'action correctifs à l'extrémité inférieure jusqu'aux amendes et à la résiliation de l'établissement de soins de longue durée à l'autre extrémité ; dans la pratique, toutefois, l'organisme de réglementation australien (la Commission pour la qualité et la sécurité des soins aux personnes âgées) opère à l'extrémité inférieure des mesures correctives, en travaillant avec les prestataires pour trouver des solutions. De même, aux États-Unis, pays dans lequel la réglementation est effectuée conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements des États, la réglementation est axée sur l'identification et le signalement des cas de non-conformité, et les sanctions sont rarement appliquées dans la réalité⁸⁷.

Obligation de disposer de systèmes de gestion de la qualité

L'Allemagne, l'Australie, la France et l'Espagne exigent de leurs ÉSLD qu'ils utilisent des systèmes de gestion de la qualité dans le cadre de normes minimales. Ces systèmes sont mis en œuvre au niveau organisationnel, par exemple l'EFQM, l'ISO 9000, la gestion de la qualité totale (TQM) et la « Balanced Scorecard ». En général, un système spécifique de gestion de la qualité n'est pas imposé ; en Finlande, par exemple, les ÉSLD peuvent utiliser le système de leur choix, mais la TQM et la « Balanced Scorecard » sont les plus courants⁸⁸. L'Autriche exige que les ÉSLD mettent en œuvre des stratégies d'amélioration de la qualité afin de pouvoir bénéficier d'un financement public⁸⁹.

2. Mécanismes économiques

La plupart des pays utilisent des mécanismes économiques pour promouvoir la qualité. Aux Pays-Bas, les mécanismes économiques sont utilisés aussi bien pour récompenser que pour pénaliser les établissements : des subventions sont accordées ou maintenues pour les programmes d'amélioration de la qualité et les mesures punitives peuvent prendre la forme de perte de contrats ou d'amendes pour non-respect des normes de qualité. Le fonds du gouvernement néerlandais destiné à soutenir financièrement les apprentissages dans le secteur des soins constitue une utilisation positive de ce mécanisme. De cette manière, le mécanisme stimule les initiatives visant à accroître la productivité, à retenir les employés et à attirer de nouveaux employés⁹⁰.

En 2016 le gouvernement danois a lancé une initiative majeure, « Dignity Billion », qui oblige les municipalités à adopter chaque année des politiques de dignité de manière collaborative avec les parties prenantes, y compris les prestataires et les proches des personnes âgées. Cette initiative est soutenue par un investissement d'un milliard de couronnes danoises chaque année. Les municipalités doivent formuler et soumettre une politique de dignité tous les quatre ans en abordant des aspects tels que l'autonomie, la qualité, les soins multidisciplinaires, l'alimentation et la nutrition⁹¹.

En Angleterre, des subventions liées à la qualité sont accordées aux prestataires qui peuvent demander des fonds pour le développement de la main-d'œuvre auprès de Skills for Care, un organisme qui reçoit des fonds gouvernementaux pour améliorer la qualification de la main-d'œuvre en Angleterre. Le Japon offre un remboursement supplémentaire aux prestataires qui dépassent les normes minimales de dotation en personnel⁹².

En Australie, la commune publique constitue un autre type de mécanisme économique et prend la forme d'appels d'offres pour les forfaits de soins aux personnes âgées financés par l'État destinés aux

établissements de soins de longue durée : par le biais de ce mécanisme, les prestataires participent à des concours axés sur la qualité pour remporter les appels d'offres. Les prestataires australiens peuvent également accéder à des compléments de qualité sous la forme d'un « paiement d'ajustement conditionnel » (CAP) ; ils reçoivent le CAP s'ils mettent en œuvre des réformes du personnel. En outre, l'Australie a mis en place un système de rémunération aux résultats (P4P) dans lequel les paiements sont liés à la qualité et à l'efficacité. Les systèmes P4P sont relativement bien développés en Australie dans le domaine des ÉSLD et sont de plus en plus utilisés aux États-Unis et en Angleterre, mais il existe peu de données empiriques indiquant que les systèmes P4P améliorent réellement la qualité⁹³.

En Suède, les subventions incitatives accordées par le palier de gouvernement national aux municipalités constituent un autre moyen d'améliorer la qualité⁹⁴. Les domaines prioritaires sont les suivants : un meilleur accès aux médecins, l'examen des médicaments, le travail de prévention, les soins aux personnes atteintes de démence, la réadaptation, le régime alimentaire et la nutrition.

3. Mécanismes informationnels

Contrairement au Danemark et aux Pays-Bas, la Suède prend une approche réglementaire relativement légère⁹⁵ en utilisant un système basé sur la mesure des données et l'établissement de rapports publics, ce système ayant un lieu de contrôle au niveau municipal. Il s'agit, en effet, d'un système décentralisé.

Les indicateurs de qualité des ÉSLD suédois sont suivis par un système de surveillance national appelé « Comparaisons ouvertes » (Öppna jämförelser)⁹⁶. Lancé en 2007, ce système permet à quiconque de comparer la qualité, les coûts et l'efficacité des services fournis aux personnes âgées. Il existe un site web national contenant des données comparables provenant de toutes les municipalités et de tous les prestataires de soins de longue durée et de soins à domicile, tant publics que privés. On pense que cette transparence dans les rapports et les comparaisons a eu un grand impact et a été un moteur de l'amélioration de la qualité en Suède⁹⁷. Comme l'ont noté d'autres experts, « la transparence est la voie du retour à la crédibilité et à la confiance » et « le manque de transparence est désormais considéré comme quelque chose à cacher, et pire encore, comme un aveu de culpabilité »⁹⁸.

Voici plusieurs exemples de mesures visibles par le public :

- La part des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée qui déclarent que le personnel dispose toujours ou souvent de suffisamment de temps pour effectuer son travail ;
- Le temps d'attente pour l'ÉSLD ; et
- L'évaluation de la qualité des aliments dans les établissements de soins de longue durée.

Malgré ce système de contrôle national et l'existence d'un organisme de surveillance gouvernemental, l'Inspection de la santé et des services sociaux (IVO), la Suède a une longue tradition d'autodétermination locale. Ainsi, malgré l'existence d'organismes nationaux, la responsabilité des établissements de soins de longue durée incombe au niveau municipal⁹⁹.

Un autre outil qui a bien fonctionné en Suède est celui des registres de qualité clinique qui incluent les résidents atteints de SLD. Il existe un registre d'alerte pour les personnes âgées qui contient des informations sur les chutes, les zones de pression et la malnutrition, ainsi qu'un registre des démences et un registre des soins palliatifs. Ces données sont accessibles au public par le biais du système de « comparaisons ouvertes » susmentionné et permettent au monde universitaire d'examiner les soins dispensés par rapport aux normes cliniques convenues¹⁰⁰.

Les Pays-Bas utilisent également des mécanismes informationnels pour contrôler la qualité, bien que ces mécanismes soient principalement basés sur l'inspection. Aux Pays-Bas, deux « moniteurs » sont accessibles au public : le moniteur du domaine social, qui contient des informations sur les résultats, les coûts et la satisfaction des clients dans le cadre de la loi sur l'aide sociale, et le moniteur des soins de longue durée, qui contient des informations sur la population, l'utilisation et l'accessibilité, entre autres

aspects. Aucun des deux moniteurs ne couvre les informations sur la qualité réelle des soins (en d'autres termes, aucun ne mesure les « résultats » selon le modèle de Donabedian)¹⁰¹.

L'Australie, dont le système repose sur des inspections et un organisme de réglementation, a également recours à des mécanismes informationnels pour promouvoir la qualité dans les établissements de soins de longue durée. L'éducation et la gestion des connaissances sont explicitement intégrées dans le système de réglementation : l'organisme de réglementation y est chargé de diffuser les approches des meilleures pratiques et, en même temps, de jouer son rôle d'inspection et d'audit. L'organisme de réglementation facilite également l'échange de connaissances en organisant des cours et des conférences sur l'amélioration continue et le respect des normes d'accréditation et décerne chaque année des prix pour reconnaître les meilleures pratiques¹⁰².

Autres considérations

La littérature fait état d'autres considérations relatives aux mécanismes d'assurance qualité, comme suit.

Assurance qualité spécifique à la démence

La Suède est l'un des rares pays, avec le Danemark, les Pays-Bas et la Norvège, à offrir des incitations financières aux établissements de soins de longue durée pour qu'ils améliorent la gestion des démences en participant à des formations sur la démence. Les données disponibles sur les mécanismes d'assurance qualité spécifiques aux résidents atteints de démence sont limitées. Les recommandations dans la littérature soulignent la nécessité de mettre en place des mesures de la qualité qui comptent le plus pour les personnes atteintes de démence, telles que la qualité de vie, l'identité personnelle et le bien-être. Cependant, les mesures de la qualité continuent de mettre l'accent sur les normes de service plutôt que sur les résultats significatifs sur le plan personnel¹⁰³. Cette situation a des répercussions importantes sur le système canadien des établissements de soins de longue durée, puisque 90 % des résidents de ces établissements présentent une forme quelconque de déficience cognitive, jusqu'à un tiers d'entre eux vivant avec une déficience cognitive grave¹⁰⁴.

Mesures de la qualité de vie

Comme indiqué précédemment dans la section sur les *Normes minimales*, il est démontré qu'il y a une évolution mondiale de la mesure de la seule qualité des soins vers la mesure de la qualité de vie. Or, cette évolution se fait lentement. Les experts soulignent que, trop souvent, les établissements de soins de longue durée sont poussés à utiliser une carte de pointage de la qualité des soins qui n'est pas liée à ce qui importe réellement pour le résident¹⁰⁵.

De plus en plus de pays utilisent les rapports publics sur les données relatives aux SLD pour améliorer la qualité, la plupart d'entre eux utilisant des mesures techniques (liées aux soins) ou de satisfaction. Mais aucun de ces pays n'a réussi à utiliser des mesures de la qualité de vie identifiées par les résidents¹⁰⁶.

Certains experts proposent que l'expérience et la satisfaction des résidents et des familles soient deux mesures clés qui devraient être adoptées. Ils recommandent en outre d'abandonner les questions centrées sur le prestataire de soins, telles que « Combien de maladies chroniques avez-vous ? », « Combien de médicaments sur ordonnance prenez-vous ? » et « De quel type d'assistance avez-vous besoin pour les activités de la vie quotidienne ? » Ces experts préconisent davantage ainsi que des questions sur la qualité de vie axées sur la personne, telles que « Qu'est-ce qui vous procure le plus de joie ? », « En avez-vous fait l'expérience dans cet ÉSLD ? » et « Qu'est-ce qui vous donne un sentiment de fierté, d'utilité et de connexion ? A-t-on encouragé ou supprimé ces sentiments ? », « Lorsque vous avez emménagé ici, quelles étaient vos aspirations ? », « Avez-vous des passe-temps ? Avez-vous la possibilité de les pratiquer ici ? », et « Nous ne valorisons pas cela, et c'est ce qui crée la satisfaction »¹⁰⁷.

En outre, les experts recommandent des mesures de qualité qui tiennent compte des expériences des résidents en matière de planification préalable des soins, de soins palliatifs et de fin de vie, étant donné que les ÉSLD ne sont pas « seulement le domicile du résident, mais aussi le domicile où il va mourir »¹⁰⁸.

Les approches de suivi et d'évaluation sont souvent considérées comme un moyen sûr de promouvoir la qualité, mais les données consultées lors de la rédaction de cette Note d'enjeux montrent que même lorsque des systèmes d'enquête et de notation sont en place, les acteurs peuvent être perversement motivés à rechercher des notations plutôt que des augmentations significatives de la satisfaction en matière de qualité de vie et de qualité des soins. Nous pouvons citer en exemple le Nursing Home Compare, un système d'évaluation américain à 5 étoiles, géré par une agence fédérale, les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Des études indiquent qu'il n'est pas certain que ce système d'évaluation améliore réellement la qualité de vie ou la satisfaction des résidents. Le système a été mis en place en 2008 ; les notations sont créées à partir de la note obtenue lors des inspections en personne, puis des points bonus sont attribués aux établissements de soins de longue durée qui obtiennent de bons résultats sur deux autres aspects, à savoir le personnel et la qualité des soins. Des auteurs ont affirmé que le système a incité les exploitants d'établissements de soins de longue durée à « améliorer leur classement, mais pas leur qualité »¹⁰⁹. Une enquête journalistique du New York Times a révélé que le gouvernement vérifie rarement les données fournies par les maisons de retraite et que certaines d'entre elles étaient « incitées à truquer leurs chiffres ». Les maisons de retraite classées cinq étoiles dans l'étude *Nursing Home Compare* avaient presque autant de chances d'échouer aux inspections en personne que de les réussir. Une autre enquête menée par une société d'analyse a comparé les données autodéclarées des établissements de soins de longue durée avec les données réelles des admissions à l'hôpital : cette enquête a révélé que la moitié des maisons de soins infirmiers ne déclaraient pas au moins 50 % des escarres ou des plaies de lit potentiellement mortelles¹¹⁰. Ces résultats laissent croire que dans les systèmes publics de déclaration, il n'est pas judicieux de se fier à l'autodéclaration ; il est très important de vérifier rigoureusement les données autodéclarées par les établissements de soins de longue durée.

En Angleterre, l'organisme de réglementation, la Care Quality Commission (Commission de la qualité des soins, ou CQC), a mis en place un cadre réglementaire atypique¹¹¹. Les chercheurs ont noté que le programme d'assurance qualité de la CQC n'utilise pas du tout de mesures de la qualité ; au lieu de cela, les inspections adoptent une vision holistique du service et les inspecteurs visent à établir si le service est sûr, efficace, attentif, réactif (des dimensions de la qualité des soins de santé définies par l'Institute of Medicine) ; les inspecteurs visent également à établir si le service est bien géré et attribuent une note exceptionnelle, bonne, à améliorer ou inadéquate pour chaque question.¹¹² Par conséquent, il n'existe pas de moyen systématique de comparer les établissements de soins de longue durée à l'échelle nationale, d'où la nécessité, selon certains experts, d'avoir recours à un ensemble minimal de données¹¹³.

Le droit des résidents à la qualité

Alors que certains pourraient considérer que les droits des résidents des établissements de soins de longue durée peuvent découler implicitement des obligations des exploitants de ces établissements, le gouvernement néerlandais préfère donner aux résidents un droit exécutoire à la qualité qui leur est propre. Cela s'inscrit dans le cadre du passage d'un système de soins centré sur le prestataire à un système centré sur le résident, le gouvernement ayant renforcé la position des résidents de plusieurs manières, notamment par la législation. Par exemple, la Loi néerlandaise sur la participation des clients des établissements de soins impose à chaque organisme de soins de santé d'avoir un conseil des clients, donne aux conseils des clients le droit de conseiller la direction sur la qualité des soins et stipule que l'organisme doit demander ce conseil¹¹⁴. Il est à noter que certains droits sont déjà reconnus dans la province canadienne de l'Ontario ; en effet, la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* stipule que chaque résident a le droit de participer aux conseils des résidents¹¹⁵. Cependant, les conseils de clients aux Pays-Bas semblent avoir plus de droits légaux, y compris le droit de tenir des réunions avec la

direction au sujet de la politique de l'organisme, et de demander une enquête en cas de mauvaise gestion¹¹⁶.

Modèles de soins et contexte culturel plus large

Outre les mécanismes d'assurance qualité au niveau des systèmes, de nouveaux modèles de soins basés sur des innovations technologiques, spatiales et communautaires sont apparus comme des réponses possibles aux lacunes sur le plan de la de qualité¹¹⁷. Ces modèles sont des microcosmes reflétant un changement culturel plus large : la force transformatrice de la qualité, qui est en train de changer les sociétés une zone géographique à la fois. Adopter un nouveau modèle de soins sans initier au préalable un changement culturel plus large dans l'environnement reviendrait à rénover un appartement de grand-mère attenant à une maison principale, sans prêter l'attention nécessaire à la maison et à son environnement. Comme les établissements de soins de longue durée sont autant une construction sociale qu'une construction physique, le contexte social et culturel des ÉSLD doit être façonné consciemment, car il peut faciliter ou entraver l'amélioration de la qualité.

Il est révélateur que le Livre blanc danois décrivant les technologies numériques pour les personnes âgées soit intitulé *A dignified elderly care in Denmark (Des soins dignes pour les personnes âgées au Danemark)*¹¹⁸ tandis que les documents sur ce sujet au Canada s'intitulent *Bringing home care into Ontario's digital health future (Faire entrer les soins à domicile dans l'avenir de la santé numérique en Ontario)*¹¹⁹ et *Realizing the full potential of virtual care in Ontario (Réaliser le plein potentiel des soins virtuels en Ontario)*¹²⁰. Les Danois commencent à conceptualiser l'innovation sous l'angle de la dignité, le titre de leurs livres blancs identifiant la dignité comme point de départ de la réflexion sur les soins aux personnes âgées. Les documents canadiens sont centrés sur l'avenir numérique et examinent comment faire entrer les SLD dans cet avenir.

Le Danemark a pour ambition d'intégrer les maisons de retraite dans la communauté en créant des lieux publics qui attirent les gens dans les établissements de soins de longue durée afin qu'ils puissent interagir avec les résidents. La philosophie qui sous-tend cette approche est celle consistant à « ajouter de la vie aux années restantes, plutôt que des années à la vie qui reste ». Ils y parviennent grâce à des « programmes de réadaptation » qui sont gratuits pour tout citoyen danois. Ces programmes évaluent de manière proactive les capacités des personnes âgées à s'occuper d'elles-mêmes et les forment pour les aider à retrouver, conserver et acquérir les compétences essentielles à une vie indépendante. Les municipalités danoises effectuent des visites annuelles à domicile pour tous les adultes de plus de 75 ans afin d'identifier ceux qui présentent un risque de fragilité¹²¹.

La « maison de soins infirmiers ultramoderne » danoise est un établissement de soins de longue durée de 75 chambres situé sur les rives de la rivière Aalborg. Dans le cadre de la vision plus large, des soins infirmiers au Danemark, qui vise à intégrer la stimulation sensorielle, la mobilité et l'interaction sociale, la maison de soins infirmiers d'Aalborg a réalisé cet objectif en utilisant des espaces thématiques tels que des zones de cuisine communes, des jardins et une salle de musique. Les technologies numériques contribuent à y accroître l'indépendance de chacun ; par exemple, la technologie du sol intelligent accroît la sécurité des résidents en allumant les lumières de la salle de bains lorsque le pied touche le sol¹²².

Un exemple similaire existe aux Pays-Bas, notamment le Dementia Village de Hogewey, dans le Weesp, au sud-est d'Amsterdam. Il s'agit d'un petit village autonome où les personnes atteintes de démence peuvent mener une vie relativement normale, se déplaçant librement entre les maisons, les magasins, un théâtre, des jardins, un restaurant, un bar et un centre d'activités¹²³.

D'autres pays ont proposé des alternatives basées sur la communauté aux établissements de soins de longue durée, comme le projet Green House, inspiré des États-Unis, qui fournit des soins dans de petites maisons autonomes de style familial avec un petit nombre de résidents¹²⁴. Au Canada, il existe également des pratiques prometteuses qui pourraient être mises à l'échelle et qui pourraient également

servir de guide pour mettre davantage l'accent sur la qualité de vie et l'élaboration de mesures connexes, comme le soulignent des rapports tels que *Promising practices in long-term care : Ideas worth sharing*¹²⁵.

Le leadership comme catalyseur

La pandémie de SRAS-CoV-2 a été un catalyseur pour la recherche sur les SLD. On a assisté à une croissance rapide de la production de littérature grise et évaluée par les pairs sur la façon dont le Canada peut remédier aux déficiences de la qualité des soins, tant au niveau du système que des établissements. Par exemple, dans *Restoring trust : COVID-19 and the future of long-term care in Canada*, Estabrooks et al démontrent l'échec d'un examen approfondi de l'accréditation et de la réglementation des SLD dans une perspective systémique globale, selon lequel les meilleures pratiques sous-tendraient la réglementation. En dépit d'une réglementation onéreuse, le système ne dispose toujours pas d'éléments réglementaires essentiels définissant les normes de main-d'œuvre et la qualité des conditions de travail, ce qui a un impact négatif sur la qualité des soins et de la vie¹²⁶. Cette étude met en évidence l'insuffisance des compétences en matière de leadership et de gestion dans le secteur des SLD, soulignant la nécessité d'un leadership transformationnel¹²⁷.

En fin de compte, l'exploitation d'un établissement de soins de longue durée est une entreprise à forte intensité de ressources humaines : un bon leadership y est requis pour inspirer et guider le personnel soignant dans un parcours d'apprentissage continu, et pour impliquer de manière appropriée les proches et les aidants naturels dans ce processus.

L'implication des personnes qui doivent produire ce changement est primordiale. Compte tenu de l'environnement social complexe des établissements de soins de longue durée, il est « presque impossible d'y développer un plan et de s'attendre à ce qu'il soit adopté » – un processus d'apprentissage est nécessaire et nous devons « apprendre à le mettre en œuvre ». En effet, la littérature montre que les réformes des SLD sont souvent formatives et itératives : elles sont défaites, refaites et réformées au fil du temps en raison de l'évolution des courants politiques, des difficultés de mise en œuvre, du mauvais alignement des incitations et de l'innovation.

Considérations sur la combinaison des mécanismes d'assurance qualité

Cette Note d'enjeux a abordé un éventail de mécanismes de qualité pour certains pays. Les principaux d'entre eux sont présentés dans la figure 4.

Pays	Mécanismes d'assurance qualité discutés dans ce rapport
É-U	Régulateur Accréditation volontaire Inspections Normes minimales Régulateur Systèmes de rémunération aux résultats (P4P) Rapports destinés au public
Suède	Inspection de la santé et des services sociaux Inspections Mécanisme basé sur le professionnalisme

Pays	Mécanismes d'assurance qualité discutés dans ce rapport
	Les infirmières travaillant dans les SLD doivent avoir une formation en soins gériatriques Incitations financières pour la formation sur la démence Inspection au niveau national Rapports destinés au public
Danemark	Inspections Normes minimales Accréditation volontaire Mécanismes économiques Rapports destinés au public Incitations financières pour la formation sur la démence
Pays-Bas	Accréditation obligatoire Normes minimales Inspection de la santé Inspections Mécanismes économiques Rapports destinés au public Incitations financières pour la formation sur la démence Établir des valeurs au niveau systémique Cadre de qualité
Australie	Régulateur Accréditation obligatoire Mécanismes informationnels Obligation pour les établissements de soins de longue durée d'avoir des systèmes de gestion de la qualité Systèmes de rémunération aux résultats (P4P)

Figure 4. Mécanismes de qualité dans certains pays examinés dans ce rapport

La question se pose de savoir s'il existe un ordre naturel ou privilégié pour mettre en œuvre l'ensemble des mécanismes nécessaires en vue de garantir la qualité des établissements de soins de longue durée d'un pays donné, ou s'il existe une combinaison idéale de mécanismes.

En discutant avec un expert canadien, nous nous rappelons que le changement est toujours profondément contextuel et qu'il n'existe pas de solution universelle. Le contexte politique, culturel et historique unique doit être soigneusement pris en compte, de même que le niveau de confiance. Les

mécanismes de gouvernance aux niveaux national, régional et local influencent l'assurance qualité, parfois de manière contradictoire pour un large éventail de parties prenantes, des résidents aux prestataires de soins en passant par les autorités locales et nationales¹²⁸. La mise en œuvre pose souvent problème, même dans des environnements où la confiance est élevée, comme au Danemark, où il y a conformité volontaire avec l'application des directives et des lignes directrices du gouvernement.

Les conséquences intentionnelles et non intentionnelles des mécanismes d'assurance qualité doivent être identifiées autant que possible. Par exemple, à la suite de réformes aux Pays-Bas, si une personne âgée doit être placée dans un établissement de soins de longue durée, elle est désormais transférée du programme Wmo au programme Wlz, c'est-à-dire du programme de soins à domicile prévu par la Loi sur l'aide sociale au programme de soins de longue durée. Les soins Wlz ne tiennent pas compte de la quantité de soins qu'une personne a reçus auparavant et ont un budget fixe. Par conséquent, ce transfert a pour effet que la personne âgée en attente reçoit moins de soins à domicile qu'auparavant – un phénomène connu aux Pays-Bas sous le nom de « zorgval » ou « piège à soins »¹²⁹.

L'exemple de la Finlande nous apprend que, même si la réglementation y a une force contraignante, l'effet résultant peut être plus faible que prévu. La Finlande, par exemple, dispose de lignes directrices nationales en matière de normes et de surveillance. Or, comme les municipalités disposent d'une autonomie et d'une flexibilité dans la mise en œuvre des systèmes de contrôle de la qualité, les réglementations nationales n'ont finalement que peu d'effet¹³⁰.

L'exemple de l'Australie nous apprend que les systèmes de rémunération à la performance (P4P), qui utilisent des mécanismes économiques pour stimuler la qualité, peuvent avoir des conséquences négatives et inciter les prestataires à ne sélectionner que des patients en bonne santé et à faible risque (« l'écrémage »). En outre, si seules certaines mesures sont liées aux mécanismes P4P, ces mesures auront tendance à être améliorées au détriment d'autres mesures plus importantes. De cette manière, les mécanismes peuvent être manipulés, constituant potentiellement une nuisance aux résidents¹³¹.

Conclusion

Les efforts d'amélioration de la qualité dans les établissements de soins de longue durée impliqueront toujours un effort impliquant de multiples objectifs, de multiples acteurs et de multiples stratégies. La poursuite simultanée d'objectifs multiples, tels que l'efficacité des ressources, la satisfaction des résidents et l'amélioration des conditions de travail, constitue un véritable défi, compte tenu des priorités concurrentes : cette poursuite simultanée d'objectifs entraînera des conséquences directes et indirectes, voulues et involontaires, et ce, pour toutes les parties concernées. Les enseignements tirés de cette étude suggèrent que l'amélioration de la qualité dans les établissements de soins de longue durée pourrait être favorisée par une plus grande transparence et une reconnaissance des résultats positifs et négatifs, intentionnels ou non, des efforts visant à modifier les systèmes et les processus. Cela implique qu'une condition préalable à tout mécanisme d'amélioration de la qualité doit être d'établir une base de confiance entre les parties concernées, comme le démontre bien le Danemark, connu pour avoir une société de haute confiance.

Les résultats de cette étude semblent indiquer qu'une approche judicieuse de l'assurance qualité devrait être une approche qui n'accorde ni trop ni pas assez d'importance à certains mécanismes, tout en utilisant les résultats ou les performances de ces mécanismes comme des signaux pour faciliter l'apprentissage continu et l'amélioration continue de la qualité dans le système des établissements de soins de longue durée. En outre, l'évolution mondiale vers des mesures de résultats et de qualité de vie continue de s'accélérer.

Il n'est pas facile d'adopter des changements dans les ÉSLD¹³² et il est utile de tirer des enseignements des expériences de systèmes comparables à l'étranger (ainsi qu'au Canada) pour comprendre ce qui fonctionne, dans quelles circonstances, comment et pourquoi. C'est notamment l'objet de la deuxième

partie du présent rapport qui traite de la façon dont d'autres juridictions ont adopté la combinaison d'interventions afin d'assurer la qualité des ÉSLD, et de définir ce que le Canada peut apprendre de ces processus d'adoption mis en œuvre dans d'autres juridictions.

Annexe 1 : Termes de recherche et critères d'inclusion

Les termes de recherche et les critères d'inclusion sont décrits ci-dessous.

Définition des soins de longue durée

Dans le présent rapport, nous utilisons la définition de Santé Canada, qui décrit les EBSLD comme des lieux d'hébergement pour les personnes qui ont besoin de recevoir sur place des soins supervisés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, y compris des services de santé professionnels, des soins personnels et des services comme les repas, la lessive et l'entretien ménager¹³³.

Cadres de soins pour les services de soins de longue durée

Le terme « établissements de soins de longue durée » désigne les maisons de soins infirmiers et de soins résidentiels qui fournissent un ensemble de services d'hébergement et de soins de longue durée. Il s'agit d'institutions spécialement conçues ou d'établissements de type hospitalier (par exemple, des maisons de soins infirmiers) où la composante de service prédominante est le SLD et où les services sont fournis à des personnes ayant des restrictions fonctionnelles modérées à sévères.

Les SLD fournis à domicile et les soins à domicile sont exclus du champ d'application du présent document.

Lors de la recherche dans la littérature académique et grise, les termes de recherche clés suivants ont été utilisés, et les critères d'inclusion suivants ont été appliqués. Veuillez noter que la recherche pour cette Note d'enjeux a été effectuée en anglais. Ainsi, le terme de recherche clé est indiqué ci-dessous en anglais, suivi d'une traduction vers le français.

Termes de recherche clés	Critères d'inclusion
"Long-term care" ou "Care home" ou "Nursing home" ou "Aged care" ou "Residential care" = « Soins de longue durée » ou « Maison de soins » ou « Maison de soins infirmiers » ou « Soins aux personnes âgées » ou « Soins résidentiels ». "aged" = « âgé » "elderly" = « personnes âgées » "quality" = « qualité » "review" = « examen » "reforms" = « réformes » "regulation" = « réglementation »	Études faisant état de stratégies ou de facteurs au niveau du système Publiées au cours des deux dernières décennies, c'est-à-dire à partir de 2002. Articles en langue anglaise Se concentrent sur la qualité ou l'impact sur la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée.

Annexe 2 : Informateurs clés interrogés

No.	Nom
Canada	
1.	Dre Colleen M. Flood PhD Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa en droit et politique de la santé
2.	Dre Amy Hsu PhD Chercheuse à l'Institut de recherche Bruyère Institut de recherche Bruyère de l'Université d'Ottawa sur le cerveau Chaire sur les soins de santé primaires en matière de démence (2019-2024)
3.	Dr James Conklin PhD Professeur agrégé, Sciences humaines appliquées Chercheur, Institut de recherche Bruyère Université Concordia Montréal
Danemark	
4.	Mme Louise Weikop Responsable de la qualité et de l'innovation de la municipalité d'Aalborg, Danemark

Références

1. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. Long-Term Care Team. Long-term care laws in five developed countries: A review [Internet]. World Health Organization; 2000 [cité 2022 mars 1] Disponible à l'adresse URL suivante: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66572>
2. Stall NM, Brown KA, Maltsev A, Jones A, Costa AP, Allen V, et al. COVID-19 and Ontario's Long-Term Care Homes [Internet]. Ontario COVID-19 Science Advisory Table; 2021 jan [cité 2022 avr 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/covid-19-and-ontarios-long-term-care-homes-2/>
3. Nies H, Leichsenring K, van der V R, Rodrigues R, Gobet P, Holdsworth L, Mak S, Durrett EH, Repetti M, Naiditch M, Hammar T, Mikkola H, Finne-Soveri H, Hujanen T, Carretero S, Cordero L, Ferrando M, Emilsson T, Ljunggren G, Di Santo P, Ceruzzi F, Turk E. Quality management and quality assurance in long-term care. INTERLINKS [Internet]. 2010 may [cité 2022 fév 22]. Disponible à l'adresse URL suivante: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf
4. Murakami Y, Colombo F. Regulation to improve quality in long-term care, in A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. The Organization for Economic Cooperation and Development [Internet]. 2013 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age/regulation-to-improve-quality-in-long-term-care_9789264194564-8-en DOI: /10.1787/9789264194564-8-en
5. European Social Protection Committee. A voluntary European quality framework for social services [Internet]. 2010 oct 8. [cité 2022 fév 20] Disponible à l'adresse URL suivante: https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/spc_qf_document_spc_2010_10_8_final1.pdf
6. Nies H, van der VR, Leichsenring K. Quality measurement and improvement in long-term care in Europe, in A good life in old age? [Internet]. 2013 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age/quality-measurement-and-improvement-in-long-term-care-in-europe_9789264194564-11-en DOI: 10.1787/9789264194564-en
7. Zigant V, King D. Quality assurance practices in long-term care in Europe: Emerging evidence on care market management. European Commission [Internet]. 2019 juillet [cité 2022 fév 21]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22183&langId=en>
8. Government of Canada. Long-term facilities-based care [Internet]. 2004 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/long-term-facilities-based-care.html
9. Statistics Canada. Population in nursing homes and/or residences for senior citizens by both sexes and age, total, for Canada, Provinces, Territories and Health Regions (December 2017) – 2016 Census. Selected 2016 Census data: COVID-19 supplement [Internet]. 2017 [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/covid19/table2-eng.cfm?geo=A0002&S=1&O=A>
10. Government of Canada. Long-term facilities-based care [Internet]. 2004 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/long-term-facilities-based-care.html

-
11. Hébert PC, Morinville A, Costa A, Heckman G, Hirdes J. Regional variations of care in home care and long-term care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2019 Jun;7(2):E341–50.
 12. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care home residents in the EU/EEA and the UK [Internet]. 19 novembre 2020 [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-increase-fatal-cases-covid-19-among-long-term-care-facility>
 13. OECD. Rising from the COVID-19 crisis: Policy responses in the long-term care sector [Internet]. OECD; 2021 [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1122_1122652-oyri4k81cp&title=Rising-from-the-COVID-19-crisis-policy-responses-in-the-long-term-care-sector
 14. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. Supporting Long-term Care Home Residents during Omicron, Ontario [Internet]. Ontario, présentation le 10 fév 2022. [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/supporting-long-term-care-home-residents-during-omicron/>
 15. OECD. Long-term Care for Older People [Internet]. Paris: 2005. [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www-oecd-ilibrary-org.myaccess.library.utoronto.ca/docserver/9789264015852-en.pdf?expires=1643421903&id=id&accname=ocid177151&checksum=B137C0B84BE457D77D5CF18293EB0C35>
 16. Ibid.
 17. Ibid.
 18. Dyer SM, Valerie M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M. Review of international systems for long-term care of older people [Internet]. Flinders University, Adelaide, Australia. 2019. [cité 2022 fév 1] Disponible à l'adresse URL suivante: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>
 19. Doetter LF and Rothgang H. Quality and cost-effectiveness in long-term care and dependency prevention: Country Report: The German LTC policy landscape [Internet]. 2017 [cité 2022 mars 1]
 20. Jongen W, Burazeri G, Brand H. The influence of the economic crisis on quality of care for older people: system readiness for innovation in Europe. *Innovation: The European Journal of Social Science Research* [Internet]. 2015 avr 3 [cité 2022 avr 14];28(2):167–91. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13511610.2015.1019839>
 21. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I [Internet]. LU: Publications Office; 2021 [cité 2022 avr 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
 22. Francis DO, McPheeters ML, Noud M, Penson DF, Feurer ID. Checklist to operationalize measurement characteristics of patient-reported outcome measures. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [cité 2022 Apr 14];5(1):129. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0307-4>
 23. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., LSE Consulting. Quality assurance practices in long-term care in Europe: emerging evidence on care

-
- market management [Internet]. LU: Publications Office; 2019 [cité 2022 avr 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/167648>
24. European Commission. Country Note: The Netherlands - A Good Life in Old Age. OECD [Internet] 2013 juin [cité 2022 fév 20]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>
 25. OECD. Long-term Care for Older People [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2005. [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www-oecd-ilibrary-org.myaccess.library.utoronto.ca/docserver/9789264015852-en.pdf?expires=1643421903&id=id&accname=ocid177151&checksum=B137C0B84BE457D77D5CF18293EB0C35>
 26. Courtin E, Jemai N, Mossialos E. Mapping support policies for informal carers across the European Union. *Health Policy*. 2014 Oct;118(1):84–94.
 27. Gori C, Fernandez JL, Wittenberg R, eds. *Long-term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*. London: Policy Press; 2016.
 28. Malley J, Trukeschitz B, Trigg L. Policy instruments to promote good quality long-term care services. In: Gori C, Fernandez J-L, Wittenberg R, editors. *Long-Term Care Reforms in OECD Countries* [Internet]. Policy Press; 2015 [cité 2022 avr 14]. p. 167–94. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://policypress.universitypressscholarship.com/view/10.1332/policypress/9781447305057.001.0001/upso-9781447305057-chapter-008>
 29. Ibid.
 30. Ibid.
 31. Ibid.
 32. Trigg L. Improving the quality of residential care for older people: a study of government approaches in England and Australia [Internet]. 2018 [cité 2022 avr 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://etheses.lse.ac.uk/3772/>
 33. Malley J, Trukeschitz B, Trigg L. Policy instruments to promote good quality long-term care services. In: Gori C, Fernandez J-L, Wittenberg R, editors. *Long-Term Care Reforms in OECD Countries* [Internet]. Policy Press; 2015 [cité 2022 avr 14]. p. 167–94. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://policypress.universitypressscholarship.com/view/10.1332/policypress/9781447305057.001.0001/upso-9781447305057-chapter-008>
 34. Meehan B, Millar N. Regulating the quality of long-term aged care in New Zealand [Internet]. In: Mor V, Leone T, Maresso A, editors. *Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 357–82. [cité 2022 mars 1]
 35. Dyer SM, Valerie M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M. Review of international systems for long-term care of older people [Internet]. Flinders University, Adelaide, Australia. 2019. [cité 2022 fév 1] Disponible à l'adresse URL suivante: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>
 36. Schon P and Heap J. *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Sweden*. European Commission; 2018

-
37. Veghte B. Designing universal long-term services and supports programs: Lessons from Germany and other countries [Internet]. 2021 [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2021/06/NASI_LTSSProgramsAbroad.pdf
 38. Dyer SM, Valerie M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M. Review of international systems for long-term care of older people [Internet]. Flinders University, Adelaide, Australia. 2019 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>
 39. Widding-Havneraas T, Pedersen SH. The role of welfare regimes in the relationship between childhood economic stress and adult health: a multilevel study of 20 European countries. *SSM - Population Health* [Internet]. 2020 [cité 2022 avr 14];12:100674. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352827320303116>
 40. Tolson D, Rolland Y, Andrieu S, Aquino J-P, Beard J, Benetos A, et al. International Association of Gerontology and Geriatrics: A Global Agenda for Clinical Research and Quality of Care in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2011 [cité 2022 avr 8];12(3):184–9. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861010004287>
 41. OECD, OECD Reviews of Health Care Quality [Internet]. Sweden 2013. Paris, France [cité 2022 mars 1]
 42. Long-term care spending and unit costs. In: *Health at a Glance 2019* [Internet]. OECD; 2019 [cité 2022 jan 29]. Disponible à l'adresse URL suivante: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_3e583d73-en
 43. Drummond D, Sinclair D, Bergen R. COVID-19 Health Policy Working Group. November 2020. Ageing well [Internet]. Queen's University; 220 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2021/01/Aging-Well-Queens-Policy-Studies-Final-Report-Master-07.09.2020.pdf>
 44. Australia at “bottom of barrel” for aged care spending. [Internet]. 2020 jan 30 [cité 2022 mars 1] Disponible à l'adresse URL suivante: <https://hellocare.com.au/australia-bottom-barrel-aged-care-spending/>
 45. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I [Internet]. LU: Publications Office; 2021 [cité 2022 avr 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
 46. Malley J, Trukeschitz B, Trigg L. Policy instruments to promote good quality long-term care services. In: Gori C, Fernandez J-L, Wittenberg R, editors. *Long-Term Care Reforms in OECD Countries* [Internet]. Policy Press; 2015 [cité 2022 avr 14]. p. 167–94. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://policypress.universitypressscholarship.com/view/10.1332/policypress/9781447305057.001.0001/upso-9781447305057-chapter-008>
 47. Petersen K, Mancini M, Common D. Comprehensive nursing home inspections caught up to 5 times more violations. Why did Ontario cut them? [Internet] CBC News. 2020 sept 25 [cité 2022 mars 1]
 48. Kramer RG, Ousley M, Katz R, Wasserman M. The quality of care in nursing homes: Public webinar #2 [Internet]. The National Academies of Science, Engineering and Medicine, Committee on the quality of care in nursing homes. 11 février 2021 [cité 2022 jan 30]

-
49. Ibid.
 50. Peterson E, Eldercare in Sweden: An overview [Internet]. 2017, Stockholm University: Sweden. [cité 2022 fév 22]
 51. Carr A, Biggs S. The Distribution of Regulation in Aged and Dementia Care: A Continuum Approach. *Journal of Aging & Social Policy* [Internet]. 2020 mai 3 [cité 2022 avr 14];32(3):220–41. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2018.1528113>
 52. Braithwaite J, Makkai T, Braithwaite V. *Regulating Aged Care* [Internet]. Edward Elgar Publishing; 2007 [cité 2022 avr 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://www.elgaronline.com/view/9781847200013.xml>
 53. Carr A, Biggs S. The Distribution of Regulation in Aged and Dementia Care: A Continuum Approach. *Journal of Aging & Social Policy* [Internet]. 2020 mai 3 [cité 2022 avr 14];32(3):220–41. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2018.1528113>
 54. Productivity Commission, *Caring for Older Australians: Report No. 53, Final Inquiry Report, Vol 2*. 2011, Productivity Commission, Commonwealth of Australia: Canberra, ACT.
 55. Miller SC, Miller EA, Jung H-Y, Sterns S, Clark M, Mor V. Nursing Home Organizational Change: The “Culture Change” Movement as Viewed by Long-Term Care Specialists. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2010 [cité 2022 avr 15];67(4_suppl):65S-81S. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558710366862>
 56. Productivity Commission, Commonwealth of Australia. *Digital Disruption: What do governments need to do?* 2016; Canberra, Australia. [cité 2022 jan 29]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.pc.gov.au/research/completed/digital-disruption>
 57. Productivity Commission. *Report on Government Services 2019: Services for People with disability*. 2019. Australia. [cité 2022 jan 29]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.pc.gov.au/research/ongoing/report-ongovernment-services/2019/community-services/services-for-people-with-disability/rogs2019-partf-chapter15.pdf>
 58. Productivity Commission, Commonwealth of Australia, *Caring for Older Australians: Productivity Commission Inquiry Report Volume 1*. 2011; Canberra, Australia. [cité 2022 jan 29]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/aged-care/report>
 59. Trigg L. *Improving the quality of residential care for older people:: a study of government approaches in England and Australia*. 2018 [cité 2022 avr 15];2MB. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://etheses.lse.ac.uk/3772/>
 60. Meagher G, Szebehely M. Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences. In: Ranci C, Pavolini E, editors. *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cité 2022 avr 15]. p. 55–78. Disponible à l'adresse URL suivante: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-4502-9_3
 61. Fredriksson M. *Between equity and local autonomy: A governance dilemma in Swedish healthcare* [Internet]. Dissertation. Uppsala universitet, Uppsala. 2012. [cité 2022 fév 22]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:461056/FULLTEXT01.pdf>

-
62. Silver-Greenberg J, Gebeloff R. Maggots, rape and yet five stars: How US ratings of nursing homes mislead the public. *The New York Times* [Internet] 2021 août 4 [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.nytimes.com/2021/03/13/business/nursing-homes-ratings-medicare-covid.html>
 63. Dyer SM, Valerie M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M. Review of international systems for long-term care of older people. Flinders University, Adelaide, Australia. [Internet] 2019. [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>
 64. European Union. A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Publishing; 2013.
 65. European Commission. Country Note: The Netherlands - A Good Life in Old Age. OECD [Internet] 2013 juin [cité 2022 fév 20]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>
 67. Illinois Department of Public Health. Who regulates nursing homes? [Internet] 2022 [cité 2022 fév 2]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/regulation.html>
 68. Harrington C. Regulating nursing homes: Residential nursing facilities in the United States. *BMJ* [Internet]. 2001 sept 1 [cité 2022 avr 15];323(7311):507–10. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.323.7311.507>
 69. European Union. A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Publishing; 2013.
 70. Ibid.
 71. McDonald S, Wagner L, Gruneir A. Accreditation and Resident Safety in Ontario Long-Term Care Homes. *hcq* [Internet]. 2015 avr 30 [cité 2022 avr 15];18(1):54–9. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://www.longwoods.com/content/24214>
 72. European Commission. Country Note: The Netherlands - A Good Life in Old Age. OECD [Internet] 2013 juin [cité 2022 fév 20]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>
 73. European Union. A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Publishing; 2013.
 74. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I. [Internet]. LU: Publications Office; 2021 [cité 2022 avr 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
 75. Ågotnes G. Same, Same but Different: Norwegian Nursing Homes Betwixt Equality and Autonomy. *Ageing Int* [Internet]. 2018 [cité 2022 avr 15];43(1):20–33. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://link.springer.com/10.1007/s12126-017-9292-8>
 76. Choiniere JA, Doupe M, Goldmann M, Harrington C, Jacobsen FF, Lloyd L, et al. Mapping Nursing Home Inspections & Audits in Six Countries. *Ageing Int* [Internet]. 2016 [cité 2022 avr 15];41(1):40–61. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://link.springer.com/10.1007/s12126-015-9230-6>

-
77. Drummond D, Sinclair D, Bergen R. COVID-19 Health Policy Working Group. November 2020. Ageing well. [Internet] Queen's University [cité 2022 fév 22]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2021/01/Aging-Well-Queens-Policy-Studies-Final-Report-Master-07.09.2020.pdf>
 78. Mor V, Leone T, Maresso A, editors. Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2014 [cité 2022 avr 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781107323711>
 79. OECD. Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly [Internet]. 2020 juin 22 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/9cb80d6e-en/index.html?itemId=/content/component/9cb80d6e-en>
 80. Nies H, Leichsenring K, van der V R, Rodrigues R, Gobet P, Holdsworth L, Mak S, Durrett EH, Repetti M, Naiditch M, Hammar T, Mikkola H, Finne-Soveri H, Hujanen T, Carretero S, Cordero L, Ferrando M, Emilsson T, Ljunggren G, Di Santo P, Ceruzzi F, Turk E. Quality management and quality assurance in long-term care. INTERLINKS [Internet]. 2010 mai [cité 2022 fév 22]. Disponible à l'adresse URL suivante: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf
 81. Ibid.
 82. Maarse JAM (Hans), Jeurissen PP (Patrick). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. Health Policy [Internet]. 2016 [cité 2022 avr 15];120(3):241–5. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851016000282>
 83. The Netherlands Institute for Social Research. Summary: Changing care and support for people with disabilities. National evaluation of long-term care reforms in the Netherlands. [Internet] 2018. [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://english.scp.nl/publications/publications/2018/06/27/summary-changing-care-and-support-for-people-with-disabilities>
 84. Ibid.
 85. European Union. A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Publishing; 2013.
 86. Flood C, Thomas B. Forging a pathway to national standards in long-term care [Internet]. 2021, July 5. [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.federalretirees.ca/en/news-views/news-listing/september/forging-a-pathway-to-national-standards-in-long-term-care>
 87. Braithwaite J, Makkai T, Braithwaite V. Regulating Aged Care [Internet]. Edward Elgar Publishing; 2007 [cité 2022 avr 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://www.elgaronline.com/view/9781847200013.xml>
 88. European Union. A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Publishing; 2013.
 89. Ibid.
 90. Dyer SM, Valerie M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M. Review of international systems for long-term care of older people. Flinders University, Adelaide, Australia. [Internet] 2019 [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante:

-
- <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>
91. Kvist J, ESPN Thematic report on Challenges in long-term care: Denmark [Internet]. 2018 [cité 2022 fév 1]. European Commission: Brussels, Belgium. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19844&langId=en>
 92. Ibid.
 93. European Union. A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Publishing; 2013.
 94. Hellqvist K, Lidbrink M. Quality of long-term care in residential facilities [Internet]. 2010 [cité 2022 fév 9] Stockholm: European Centre for Social Welfare Policy and Research. [2019 juillet 19]. Disponible à l'adresse URL suivante : <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8124&langId=en>
 95. Schon P and Heap J. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Sweden. European Commission; 2018
 96. National Board of Health and Welfare. Statistics and data: Open comparisons [Internet]. 2019 [cité 2022 fév 2]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/>
 97. Hellqvist K, Lidbrink M. Quality of long-term care in residential facilities [Internet]. 2010 [cité 2022 fév 9] Stockholm: European Centre for Social Welfare Policy and Research. [2019 juillet 19]. Disponible à l'adresse URL suivante : <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8124&langId=en>
 98. Kramer RG, Ousley M, Katz R, Wasserman M. The quality of care in nursing homes: Public webinar #2. The National Academies of Science, Engineering and Medicine, Committee on the quality of care in nursing homes [Internet] 2021 fév 11 [cité 2022 jan 30]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.nationalacademies.org/event/02-11-2021/the-quality-of-care-in-nursing-homes-public-webinar-2>
 99. Hellqvist K, Lidbrink M. Quality of long-term care in residential facilities [Internet]. 2010 [cité 2022 fév 9] Stockholm: European Centre for Social Welfare Policy and Research. [2019 juillet 19]. Disponible à l'adresse URL suivante : <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8124&langId=en>
 100. Dyer SM, Valerie M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M. Review of international systems for long-term care of older people. Flinders University, Adelaide, Australia. [Internet] 2019 [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>
 101. Jessoula Matteo, Pavolini Emmanuele, Raitano Michele, Natili M. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care - Italy - 2018. 2018 [cité 2022 avr 15]; Disponible à l'adresse URL suivante: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.27119.69281>
 102. Malley J, Trukeschitz B, Trigg L. Policy instruments to promote good quality long-term care services. In: Gori C, Fernandez J-L, Wittenberg R, editors. Long-Term Care Reforms in OECD Countries [Internet]. Policy Press; 2015 [cité 2022 avr 14]. p. 167–94. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://policypress.universitypressscholarship.com/view/10.1332/policypress/9781447305057.001.0001/upso-9781447305057-chapter-008>

-
103. Lepore M, Edvardsson D, Meyer J, Igarashi A. How long-term care quality assurance measures address dementia in Australia, England, Japan, and the United States. *Aging and Health Research* [Internet]. 2021 [cité 2022 avr 15];1(2):100013. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667032121000111>
 104. Ontario Long Term Care Association: This Is Long Term Care 2018 [Internet]. 2018 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.oltca.com/OLTCA/Documents/Reports/Thisislongtermcare2018.pdf>
 105. Kramer RG, Ousley M, Katz R, Wasserman M. The quality of care in nursing homes: Public webinar #2. The National Academies of Science, Engineering and Medicine, Committee on the quality of care in nursing homes [Internet] 2021 fév 11 [cité 2022 jan 30]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.nationalacademies.org/event/02-11-2021/the-quality-of-care-in-nursing-homes-public-webinar-2>
 106. Dyer SM, Valerie M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M. Review of international systems for long-term care of older people [Internet]. Flinders University, Adelaide, Australia. 2019. [cité 2022 fév 1] Disponible à l'adresse URL suivante: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>
 107. Kramer RG, Ousley M, Katz R, Wasserman M. The quality of care in nursing homes: Public webinar #2. The National Academies of Science, Engineering and Medicine, Committee on the quality of care in nursing homes [Internet] 2021 fév 11 [cité 2022 jan 30]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.nationalacademies.org/event/02-11-2021/the-quality-of-care-in-nursing-homes-public-webinar-2>
 108. Ibid.
 109. Silver-Greenberg J, Gebeloff R. Maggots, rape and yet five stars: How US ratings of nursing homes mislead the public. *The New York Times* [Internet]. 2021 août 4 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.nytimes.com/2021/03/13/business/nursing-homes-ratings-medicare-covid.html>
 110. Integra Med Analytics. Underreporting in nursing home quality measures [Internet]. 2020 août 25. [cité 2022 mars 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.nursinghomereporting.com/post/underreporting-in-nursing-home-quality-measures>
 111. Musa MK, Akdur G, Hanratty B, Kelly S, Gordon A, Peryer G, et al. Uptake and use of a minimum data set (MDS) for older people living and dying in care homes in England: a realist review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2020 [cité 2022 avr 15];10(11):e040397. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-040397>
 112. Lepore M, Edvardsson D, Meyer J, Igarashi A. How long-term care quality assurance measures address dementia in Australia, England, Japan, and the United States. *Aging and Health Research* [Internet]. 2021 [cité 2022 fév 1];1(2):100013. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667032121000111>
 113. Musa MK, Akdur G, Brand S, Killelt A, Spilsbury K, Peryer G, et al. The uptake and use of a minimum data set (MDS) for older people living and dying in care homes: a realist review. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [cité 2022 mars 15];22(1):33. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02705-w>

-
114. Zuidgeest M, Luijkx KG, Westert GP, Delnoij DM. Legal rights of client councils and their role in policy of long-term care organisations in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2011 Sep 12;11:215.
 115. Government of Ontario. A Guide to the Long-Term Care Homes Act, 2007 and Regulation 79/10. [Internet] 2007 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: https://health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/docs/ltscha_guide_phase1.pdf
 116. Zuidgeest M, Luijkx KG, Westert GP, Delnoij DM. Legal rights of client councils and their role in policy of long-term care organisations in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 [cité 2022 jan 15];11(1):215. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-215>
 117. Armstrong P, Banerjee A, Armstrong H, Braedley S, Choiniere J, Lowndes R, Struthers J. Models for long-term residential care: A summary of the consultants' report to the Long-term care homes and services, City of Toronto [Internet]. 2019 [cité 2022 jan 30]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-130891.pdf>
 118. Healthcare Denmark. A dignified elderly care in Denmark. White Paper [Internet]. 2019 Sept 1 [cité 2022 jan 30]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.healthcaredenmark.dk/media/plvbj4yz/elderly-care-v10919.pdf>
 119. Home Care Ontario. Bringing home care into Ontario's digital health future [Internet]. December 2019 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.homecareontario.ca/docs/default-source/position-papers/strongercareathome-bringinghomecareintoontario'sdigitalhealthfuture-dec-2019.pdf?sfvrsn=6>
 120. Kronfli C. Realizing the full potential of virtual care in Ontario. COVID-19 Policy Brief. Ontario Chamber of Commerce [Internet] 2020 [cité 2022 fév 1]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://occ.ca/wp-content/uploads/COVID19-Policy-Brief-Virtual-Care-final.pdf>
 121. Muscedere J, Barrie C, Chan K, Cooper B, Critchley K, Kim P, et al. Frailty and Aging: How the Danish Experience Might Inform Canada. *hcq* [Internet]. 2019 avr 30 [cité 2022 jan 29];22(1):14–21. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.longwoods.com/content/25841>
 122. Taking a look inside Denmark's state-of-the-art nursing home [Internet]. 2019 juillet 22 [cité 2022 fév 1]. HelloCare. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://hellocare.com.au/taking-look-inside-denmarks-state-art-nursing-home/>
 123. Ibid.
 124. The Green House Project [Internet] 2022 [cité 2022 jan 20]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://thegreenhouseproject.org/our-story/who-we-are/>
 125. Baines D and Armstrong P. Promising practices in long-term care: Ideas worth sharing [Internet]. 2015 [cité 2022 jan 2]. Disponible à l'adresse URL suivante: https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2015/12/Promising%20Practices_online.pdf
 126. Estabrooks CA, Straus SE, Flood CM, Keefe J, Boscart V, Wolfson MC. Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care in Canada. *Facets* [Internet]. 2020 [cité 2022 jan 29];651–91. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://doi.org/10.1139/facets-2020-0056>
 127. Ibid.

-
128. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., LSE Consulting. Quality assurance practices in long-term care in Europe: emerging evidence on care market management. [Internet]. LU: Publications Office; 2019 [cité 2022 avr 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/167648>
 129. Kelders Y, de Vaan K. ESPN thematic report on challenges in long-term care: Netherlands [Internet]. European Commission, Brussels. 2018 [cité 2022 jan 10]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19861&langId=en>
 130. Teo SP, Cristiano Gori, Jose-Luis Fernandez and Raphael Wittenberg (eds.) (2016). Long-term Care Reforms in OECD Countries. Bristol: Policy Press, 316 pp. ISBN 978 1 4473 0505 7 (hardback). Int J Ageing Later Life [Internet]. 2016 Nov 28 [cité 2022 avr 15];11(1):95–8. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://journal.ep.liu.se/IJAL/article/view/1280>
 131. European Union. A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Publishing; 2013.
 132. Commonwealth Fund. Culture change in nursing homes: How far have we come? Findings from the Commonwealth Fund 2007 National Survey of Nursing Homes [Internet]. 2007 [cité 2022 jan 30]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/may/culture-change-in-nursing-homes-how-far-have-we-come-findings-from-the-commonwealth-fund-2007-nati>
 133. Government of Canada. Long-term facilities-based care [Internet]:2004 [cité 2022 jan 30]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/long-term-facilities-based-care.html>