

Sommaire de recherche du Projet pilote d'intégration des services aux adultes¹

Préparé par le Centre de recherche St.Amant²

Janvier 2026



¹ Ce rapport a été préparé pour le ministère des Familles.

² L'équipe de recherche a travaillé sous la direction de Toby Martin, professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université du Manitoba et chercheur principal au Centre de recherche St.Amant, et de Lindsay McCombe, M.A., Cheffe du Centre de recherche St.Amant et du Bureau d'évaluation. Contact : Toby Martin à toby.martin@umanitoba.ca ou Lindsay McCombe à lmccombe@stamant.ca.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Remerciements

Nous souhaitons saluer la contribution importante de Maria Baranowski, Carly Cressman et Isabella Armas, qui ont mené les évaluations de nos recherches et examiné la situation dans d'autres régions, ainsi que celle de Thérèse Jastrzebski pour leur soutien collectif dans la préparation du présent rapport. Nous remercions également le Comité directeur des services intégrés aux adultes pour sa collaboration durant tout le projet pilote.

Cette recherche a été financée par le Gouvernement du Manitoba. Les opinions exprimées dans ces pages sont cependant celles des auteurs et ne constituent pas une sanction officielle.

Table des matières

Remerciements.....	i
Table des matières	ii
1. Résumé de recherche du CRSA, 1 ^{re} partie.....	1
Annexe 1.1A : Revue de la littérature scientifique sur les services de santé intégrés	4
Annexe 1.1B : Revue de la littérature scientifique sur les soins autogérés.....	6
Annexe 1.1C : Examen de la situation en Saskatchewan.....	9
Annexe 1.1D : Examen de la situation en Alberta	16
Annexe 1.1E : Examen des exigences hors Manitoba relatives au QI	22
Annexe 1.1F : Survol de la question du logement	25
2. Résumé de recherche du CRSA, 2 ^e partie	27
2.1 Correction de l'inadéquation des mesures de soutien du revenu	28
Portrait de l'intervention et approche.....	28
Question.....	28
Méthode	28
Approche et interprétation de la question.....	28
Termes de recherche et outils.....	29
Résultats	29
Publications évaluées par des pairs.....	29
Littérature grise	30
Annexe 2.1 A : Références – littérature universitaire.....	35
Annexe 2.1B : Rapport du Réseau pour la santé du cerveau des enfants	36
Annexe 2.1C : Rapport de l'Association nationale des étudiant(e)s handicapé(e)s au niveau postsecondaire.....	37
Annexe 2.1D : Références – littérature grise	38
2.2 Les proches aidants.....	40
Portrait de l'intervention et approche.....	40
Question.....	40
Méthode	40
Approche et interprétation de la question.....	40
Termes de recherche et outils.....	40

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le

Résultats	41
Publications évaluées par des pairs	41
Littérature grise	42
Annexe 2.2A : Références – publications évaluées par des pairs	44
Annexe 2.2B : Références – littérature grise	46
Annexe 2.2C : Programmes canadiens de soutien pour proches aidants	47
2.3 Aides à la transition pour les proches aidants	52
Portrait de l'intervention et approche	52
Question	52
Méthode	52
Approche et interprétation de la question	52
Termes de recherche et outils	52
Résultats	54
Publications évaluées par des pairs	54
Littérature grise	54
Annexe 2.3A : Références – publications évaluées par des pairs	56
Annexe 2.3B : Références – littérature grise	57
2.4 La prestation de services en région rurale	58
Portrait de l'intervention et approche	58
Question	58
Méthode	58
Approche et interprétation de la question	58
Termes de recherche et outils	58
Résultats	59
Publications évaluées par des pairs	59
Littérature grise	60
Annexe 2.4A : Références – publications évaluées par des pairs	62
Annexe 2.4B : Références – littérature grise	64
2.5 Le recrutement en région rurale	65
Portrait de l'intervention et approche	65
Question	65
Méthode	65
Approche et interprétation de la question	65

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le

Termes de recherche et outils.....	65
Résultats	66
Publications évaluées par des pairs.....	66
Littérature grise	67
Annexe 2.5A : Références – publications évaluées par des pairs	69
Annexe 2.5B : Références – littérature grise	70

1. Résumé de recherche du CRSA, 1^{re} partie

La première partie de ce rapport présente une synthèse du travail accompli et des conclusions qu'a partagées le Centre de recherche St.Amand (CRSA) à la suite des demandes qui lui ont été adressées par le Comité directeur de l'intégration des services aux adultes (ISA) de 2023 jusqu'au début de 2025. En un peu plus de trois pages, ce résumé présente cinq sujets assortis d'une série d'annexes correspondant à chacun des sujets.

- 1) L'équipe de recherche de l'ISA a mené une recherche documentaire pour étudier les méthodes d'admission aux soins intégrés aux adultes (Annexe 1.1A). La démarche a révélé une étude déterminante du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) intitulée «Adults with complex needs: social work interventions including assessment, care management, and support » (NICE, 2022).**

La revue du NICE visait à répondre à deux grandes questions de recherche primaire : d'abord, quelle est l'efficacité des approches en travail social pour évaluer et étudier des besoins complexes au chapitre des soins et du soutien? Ensuite, à la lumière des perspectives et de l'expérience de l'ensemble des intervenants, quels sont les aspects de l'évaluation en travail social et des processus d'examen qui fonctionnent bien, et quelles améliorations pourrait-on y apporter? La revue de la littérature a porté sur six études (Abendstern et al., 2013, 2014; Bolger, 2014; Darling et Derry, 2012; Symonds et al., 2018; Yeung et al., 2016). Les constatations principales soulignent l'importance de faire des évaluations de besoins personnalisées et sur mesure et de communiquer clairement le but de l'évaluation et la démarche avant de commencer. On recommande aussi de veiller à ce que l'information entourant l'évaluation soit fournie dans des formats accessibles et centrés sur la personne, et que celle-ci ait suffisamment de temps pour s'y préparer et pour parcourir la documentation. De plus, les évaluateurs sont encouragés à recourir à des approches flexibles, faciles à comprendre et formulées en termes simples durant toute la démarche d'évaluation, et à privilégier l'autoévaluation lorsque la situation l'indique, moyennant un accompagnement et des renseignements adéquats. Ces constatations combinées soulignent le besoin de méthodes d'évaluation fondées sur la collaboration, transparentes et adaptables selon les préférences individuelles et les circonstances.

- 2) La recherche s'est ensuite orientée vers l'examen de modèles de soins autogérés utilisés au Canada (Annexe 1.1B). Les conclusions de Kelly et al. (2020) ont été examinées pour comprendre les modes de gestion et de mise en œuvre des programmes de soins autogérés à l'échelle nationale.**

L'examen de 20 programmes de soins autogérés au Canada a montré des variations dans la structure de gestion, de la gestion par l'utilisateur, les proches ou des aidants informels, des représentants juridiques ou un microcomité (un groupe de parents et d'amis qui aident une personne à concevoir des mesures d'aide personnalisées). Au Manitoba, In the Company of Friends représente une avenue personnalisée de financement versé par le ministère des Services à la famille et administré par l'organisme Living in Friendship Everyday. Pour être admissibles, les participants doivent avoir plus de 18 ans et compter sur le soutien d'un microcomité. En 2018, le financement moyen accordé était d'environ 9 300 \$ par mois, qui pouvait servir à couvrir le salaire ou la formation du personnel de soutien et les coûts d'équipement.

3) Le comité directeur a ensuite demandé à en savoir plus au moyen d'un examen par région de la façon dont l'accès à l'équipement est géré au pays.

Saskatchewan : L'accès à l'équipement passe principalement par le programme Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL), qui prête de l'équipement, comme des fauteuils roulants ou des lits d'hôpital, sans frais. L'équipement devient généralement disponible dans un délai de deux semaines à trois mois après qu'une ou un ergothérapeute ou physiothérapeute en a fait la demande. L'entretien et les réparations sont aux frais du programme et les bénéficiaires peuvent conserver l'équipement tant et aussi longtemps qu'ils en ont besoin. Le financement direct n'est pas applicable à l'achat d'équipement (voir l'Annexe 1.1C).

Alberta : Le programme Alberta Aids to Daily Living (programme AADL) verse un financement partiel pour l'achat d'équipement approuvé. Les bénéficiaires paient 25 % des coûts (jusqu'à concurrence de 500 \$ par année), quoique les personnes à faible revenu ont droit à des exemptions. L'équipement est fourni par des fournisseurs approuvés et comprend des aides à la mobilité et d'autres appareils fonctionnels. Un autre programme, le Residential Access Modification Program (RAMP) fournit un soutien additionnel pour modifier le domicile, soutien qui peut atteindre 7 500 \$ par année ou 15 000 \$ sur une période de 10 ans. Des modifications administratives apportées en 2022 ont permis de réduire de façon importante le temps d'attente au programme AADL (voir l'Annexe 1.1D).

4) Le comité a ensuite demandé de l'information sur les critères d'admissibilité dans d'autres provinces. Cette demande s'inscrit dans le contexte des critères d'admissibilité du programme manitobain, celui des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées. Le programme utilise des critères fondés sur le QI et peut exclure certaines personnes ayant d'importantes déficiences fonctionnelles (voir l'Annexe 1.1E).

Un inventaire de ce qui se fait ailleurs au Canada a montré que de nombreuses provinces ont des pratiques semblables à celles en vigueur au Manitoba. Or deux provinces ont une approche très différente. La Colombie-Britannique fournit une aide aux personnes qui sont aux prises avec l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et qui ne satisfont pas au critère traditionnel du QI. La Nouvelle-Écosse, pour sa part, offre des services aux

personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle avant l'âge de 18 ans, à celles souffrant de maladie mentale chronique et celles qui ont un handicap physique ou une lésion cérébrale acquise.

5) Enfin, le comité directeur a demandé de l'information entourant le logement accessible. Plus précisément, le Rapport intermédiaire de la firme Chalet Point a constaté un besoin d'obtenir des analyses coûts-avantages et de résultats en vue d'améliorer l'offre de logement communautaire. L'équipe de recherche de l'ISA a mené une recherche documentaire des études traitant des conditions de logement et de l'état de santé des personnes handicapées. La démarche a permis de découvrir une revue systématique déterminante qu'ont réalisée Sally Lindsay et ses collègues du Bloorview Research Institute, intitulée « Accessible independent housing for people with disabilities: A scoping review of promising practices, policies and interventions » (logement autonome accessible pour les personnes handicapées : une étude de la portée des pratiques, politiques et interventions prometteuses, voir l'Annexe 1.1F).

L'étude de portée de Lindsay (2024) couvre 60 études réalisées dans 18 pays sur une période de 20 ans. Les principales conclusions mettent en lumière l'importance d'abattre les barrières au logement accessible, l'utilité de politiques garantissant l'accessibilité des immeubles ainsi que de programmes d'aide pour modifier un domicile. Les auteurs dénombrent plusieurs avantages du logement accessible dont l'amélioration de l'autonomie, de la sécurité, de la qualité de vie et de la santé physique et mentale des personnes qui y vivent, et un accroissement des possibilités de participer à la vie communautaire.

Annexe 1.1A : Revue de la littérature scientifique sur les services de santé intégrés

- 1) Nous avons commencé notre travail en travaillant avec une bibliothécaire de recherche avec qui nous avons déterminé une stratégie de recherche.
 - Celle que nous avons retenue a généré 436 résultats de PubMed.
 - Nos principaux termes d'interrogation étaient adult (adulte), integrated care (soins intégrés), community care (soins communautaires), social care (aide à la vie quotidienne) et intake (admission).
 - L'examen des titres et sommaires a montré que la majorité de ces articles ne convenaient pas (un grand nombre portait sur des aspects médicaux).
- 2) Nous sommes tombés sur une étude réalisée par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) intitulée « Adults with complex needs: social work interventions including assessment, care management, and support » (adultes ayant des besoins complexes : évaluation, gestion des soins, soutien et autres interventions en travail social). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng216/documents/evidence-review>
Cet article cherchait principalement à répondre à deux questions :
 - Quelle est l'efficacité des approches en travail social pour évaluer et examiner les besoins de soins complexes et de soutien?
 - À la lumière des perspectives et de l'expérience de l'ensemble des intervenants, quels sont les aspects de l'évaluation en travail social et des processus d'examen qui fonctionnent bien, et quelles améliorations pourrait-on y apporter?

Les auteurs de cet article de synthèse ont considéré six études comme étant pertinentes à leur démarche (Abendstern et al., 2013, 2014; Bolger, 2014; Darling et Derry, 2012; Symonds et al., 2018; Yeung et al., 2016).

L'article du NICE dresse les constatations générales suivantes (aux pages 18 à 22) :

- Il est important d'adopter une approche personnalisée, sur mesure, pour l'évaluation des besoins.
- On recommande de veiller à ce que la démarche et le but de l'évaluation soient communiqués préalablement [à la personne évaluée] et que toute information entourant la démarche d'évaluation lui soit fournie dans un format accessible et reflète ses besoins et ses préférences pour garantir une approche centrée sur la personne.
- Les gens devraient avoir suffisamment de temps pour se préparer et prendre connaissance des documents [avant la rencontre d'évaluation].
- On devrait faire preuve de flexibilité durant l'évaluation, et expliquer les concepts dans des termes simples et un langage clair.
- Les besoins de la personne à évaluer devraient guider la planification du rendez-vous et le choix de celui ou celle qui l'accompagnera.
- L'autoévaluation ne convient pas à tous et ne couvre pas forcément tous les besoins, mais les personnes qui préfèrent cette avenue devraient pouvoir l'emprunter et recevoir l'information requise pour la réaliser.

Bibliographie

Abendstern, M., Hughes, J., Clarkson, P., Tucker, S. et Challis, D. (2013). Self-assessment processes within care management: Learning from pilot projects. *Journal of Social Work*, 13(3), 267–286. <https://doi.org/10.1177/1468017311431039>

Abendstern, M., Hughes, J., Clarkson, P., Tucker, S. et Challis, D. (2014). Exploring the Contribution of Self-Assessment to Preventative Services in Social Care. *The British Journal of Social Work*, 44(3), 729–746. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs144>

Bolger, A. (2014). “The assessment is in the chat”: Analysing conversations in community care. *Qualitative Social Work*, 13(3), 421–435. <https://doi.org/10.1177/1473325013485498>

Darling, P. et Derry, M. (2012). Personalization and self-directed support: A survey of user satisfaction with the assessment process (SDS1). *Journal of Care Services Management*, 6, 95–106.

<https://doi.org/10.1179/1750168713Y.0000000017>

Symonds, J., Williams, V., Miles, C., Steel, M. et Porter, S. (2018). The Social Care Practitioner as Assessor: “People, Relationships and Professional Judgement.” *The British Journal of Social Work*, 48(7), 1910–1928. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx154>

Yeung, E. Y. W., Partridge, M. et Irvine, F. (2016). Satisfaction with social care: The experiences of people from Chinese backgrounds with physical disabilities. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), e144–e154. <https://doi.org/10.1111/hsc.12264>

Annexe 1.1B : Revue de la littérature scientifique sur les soins autogérés

À la suite d'une rencontre avec le comité directeur de l'intégration des services aux adultes (ISA), en février 2024, les membres du comité ont voulu en savoir plus sur des éléments des articles que nous avons partagés. Pour mémoire, ces articles étaient des études sur les soins autogérés au Canada. Le terme « soins autogérés » désigne le fait pour des proches aidants ou des bénéficiaires de recevoir des fonds ou de se voir accorder des heures budgétées afin d'organiser des soins ou des services à domicile fondés sur leurs besoins.

Le comité a formulé les questions suivantes :

1) Dans le contexte de soins autogérés, qui a la compétence de gérer les soins?

Au Canada, les programmes de soins autogérés sont administrés par une, deux ou trois entités : l'utilisatrice ou l'utilisateur, des membres de la famille ou des soutiens informels ou des représentants légaux ou tierces parties.

- Dans 4 des 20 programmes de soins autogérés dénombrés au Canada, les bénéficiaires, des membres de la famille ou une représentante ou un représentant légal peuvent en assurer la gestion.
- Dans 5 des 20 programmes canadiens, la gestion des soins est réservée à la ou au bénéficiaire ou à des membres de sa famille.
- Dans 4 des 20 programmes canadiens, la gestion des soins est réservée à la ou au bénéficiaire ou à une représentante ou un représentant légal.
- Dans 1 des 20 programmes canadiens, la gestion des soins est réservée à la famille ou à une représentante ou un représentant légal.
- Dans 3 des 20 programmes canadiens, la gestion des soins est réservée à une représentante ou un représentant légal.
- Dans 2 des 20 programmes canadiens, la gestion des soins relève uniquement de la ou du bénéficiaire.
- Dans 1 des 20 programmes canadiens, la gestion des soins est assurée par un microcomité. Un microcomité est un groupe de parents et d'amis qui s'allient à la personne handicapée pour l'aider à définir des mesures de soutien personnalisées.

Dans certains de ces programmes (8 sur 20), les fonds peuvent servir à embaucher des membres de la famille qui fourniront les soins à la ou au bénéficiaire. Les 12 autres programmes ne le permettent pas.

2) L'argent peut-il servir à louer ou acheter de l'équipement?

Cela varie d'un programme à l'autre. Seuls 4 des 20 programmes dénombrés précisent que les fonds peuvent être affectés à de l'équipement.

3) Huit programmes utilisent un modèle de financement personnalisé. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

Les programmes de financement personnalisés ont une portée plus large que les soins à domicile ou les services de relève. Les fonds peuvent être utilisés pour participer à

des activités (par exemple, pour payer un abonnement à une salle d'entraînement ou acheter une carte d'autobus) et non seulement pour des soins sur mesure. Toutes les provinces sauf le Québec et la Nouvelle-Écosse ont des programmes de financement personnalisé.

Au Manitoba, l'organisme In the Company of Friends propose une telle formule. Ce programme est financé par le ministère des Services à la famille et administré par l'organisme sans but lucratif Living in Friendship Everyday.

Pour être admissible à ce programme, il faut avoir 18 ans ou plus et compter sur le soutien d'un microcomité. En 2018, le financement moyen accordé était d'environ 9 300 \$ par mois, qui pouvait servir à couvrir le salaire ou la formation du personnel de soutien et les coûts d'équipement.

Cette information provient de Kelly et al. (2020). Les réponses aux questions 1 et 2 sont résumées dans le tableau qui suit.

Tableau 2. Vue d'ensemble des programmes de soins autogérés au Canada

Province	Nom du programme	Type			Contexte et admissibilité						Qui peut gérer les soins				
		services de relève	financement personnalisé	soins à domicile	Mise en place (programmes pilotes compris)	Clients	% adéquat de bénéficiaires de soins à domicile	Âge d'admissibilité	Admissibilité selon le niveau de ressources	Financement mensuel moyen	Bénéficiaire	Famille, soutien officieux	Représentant(e) légal(e), autre tiers	Embauche des travailleurs?	Embauche des parents proches?
AB	Family Managed Services (PDD)		•		2005	4 500	-	18+			•	•		oui	non
AB	Self-Managed Care			•	1991	1 700	1,4 %	Aucun		3 277 \$	•		•	oui	non*
BC	Choices for Supports in Independent Living			•	1994	956	2,3 %	19+		7 360 \$	•		•	non	non
BC	Individualized Funding, Community Living BC	•	•		2005	4 068	-	19+		2 800 \$			•	oui	non*
CA	Programme pour l'autonomie des anciens combattants			•	1981	90 854	-	Aucun		3 855 \$	•		•	oui	non*
MB	In the Company of Friends		•		1993	66	-	18+		9 300 \$	Microcomité			non	oui*
MB	Programme de soins autogérés ou gérés par la famille			•	1991	980	2,6 %	Aucun		3 800 \$	•	•		oui	non*
NB	Services de soins de longue durée à l'intention des personnes âgées	•		•	1978	1 060	20 %	65+		1 250 \$	•	•		oui	oui*
NB	Soutien autogéré (Programme de soutien aux personnes ayant un handicap)		•		-	90	-	19-64		-	•		•	oui	oui*
NL	Self-Managed Home Support Services & Provincial Home Support Services Program	•	•	•	1988	3 680	40 %	15+		1 500 \$	•	•		non	oui*
NS	Programme de soins autogérés			•	1994	216	0,8 %	19+		3 100 \$	•			non	non
NS	Soins de soutien	•		•	2008	528	1,9 %	65+		500 \$			•	oui	oui
ON	Soutien aux personnes aidantes naturelles	•			2011	874	-	Aucun		117 \$	•	•		oui	oui
ON	Programme Passeport		•		2005	24 000	-	18+		833 \$	•	•	•	oui	oui*
ON	Services d'auxiliaires autogérés			•	1994	980	0,4 %	16+		4 035 \$	•			non	non
ON	Services de relève gérés par les familles Westway	•			1973	327	-	Aucun		375 \$	•	•		oui	oui*
PE	Programme de soins à domicile/d'accessibilité		•		2001	1 414	-	(64)-		833 \$	•	•	•	oui	oui
QC	Allocation autonomie à domicile	•		•	<1997	10 219	7,8 %	Aucun		503 \$	•	•	•	oui	non*
SK	Community Living Self Directed Funding		•		2014	7	-	18+		6 250 \$			•	oui	oui*
SK	Individualized Funding for Home Care			•	2002	154	0,3 %	Aucun		3 959 \$	•	•	•	non	non

non* : Non avec exceptions oui* : Oui avec restrictions

Source : Kelly, Jamal, Aubrecht and Grenier, 2020. L'information est présentée en ordre alphabétique pour faciliter la consultation.

Annexe 1.1C : Examen de la situation en Saskatchewan

Mai 2024

Le tableau ci-dessous réunit l'information recueillie au printemps 2024 en consultant des sites Web de la Saskatchewan. Lorsque l'information n'était pas publique ni accessible en ligne, des appels téléphoniques auprès du personnel des organismes pertinents ont été effectués. Il se peut donc que l'information ci-dessous soit périmée ou incorrecte.

Questions principales et supplémentaires :	Comment les programmes de la Saskatchewan gèrent-ils l'accès à de l'équipement pour les personnes ayant une déficience intellectuelle? Qui reçoit quoi, à quel moment et comment? • Quels équipements les programmes visent-ils? • Quel est le montant couvert par ces programmes? (Est-il déterminé par le revenu?) • Quelle est la procédure de requête pour obtenir de l'équipement? • S'agit-il d'un « guichet unique » ou si les bénéficiaires doivent plutôt s'adresser à plusieurs organismes? • Y a-t-il des options de soins autogérés pour avoir accès à de l'équipement? L'équipement, dans ce contexte, désigne des fauteuils roulants manuels ou électriques, des dispositifs de communication, des modifications du domicile ou du véhicule (rampes d'accès), des fournitures pour l'alimentation, etc.
Résultats de recherche : Recherche sur Google de termes associés à l'équipement d'assistance en Saskatchewan	Le ministère de la Santé de la Saskatchewan supervise les programmes pour les personnes handicapées. Ceux-ci offrent un certain nombre de services pertinents : 1) Saskatchewan Aids to Independent Living (programme d'aide à l'autonomie, SAIL)³ • Ce programme procure aux personnes atteintes de déficiences physiques et de certaines maladies chroniques une couverture de base pour l'achat d'équipements, d'appareils, de produits et de fournitures à moindre coût et au bon moment.

³ www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/health-services-for-people-with-disabilities/sail#eligibility (en anglais).

	• Pour être admissible au programme, une personne doit résider en Saskatchewan et avoir été recommandée par une professionnelle ou un professionnel de la santé. Les personnes qui reçoivent des prestations de la société Saskatchewan Government Insurance, de Santé Canada ou du ministère des Anciens Combattants, ou encore des indemnités d'accident du travail ne peuvent s'inscrire au programme SAIL. • SAIL comprend des programmes pour différents volets, dont les suivants : orthèses et prothèses, aides à la mobilité et appareils fonctionnels (le prêt d'équipement est décrit ci-dessous), aliments fonctionnels, équipement respiratoire, oxygénothérapie à domicile et vêtements de compression. 2) Programme de prêt d'équipement (en partenariat avec SaskAbilities)⁴ • Les résidents de la province peuvent emprunter de l'équipement fonctionnel et des aides à la mobilité moyennant une recommandation d'une ou d'un ergothérapeute ou physiothérapeute. • L'équipement peut être loué aussi longtemps que nécessaire. • L'équipement comprend des aides à la mobilité (fauteuil roulant, coussin pour fauteuil roulant, ambulateur pliant, gouttière pour ambulateur, etc.), des accessoires fonctionnels (chaise d'aisance et lève-personne), des assistants au transfert, des lits d'hôpital et des accessoires. • Selon un audit⁵ réalisé en 2016, le Conseil de Saskatchewan Abilities examine les tendances annuellement pour déterminer les besoins en matière d'équipement et de financement. L'équipement peut être acheminé rapidement à l'un des cinq points de distribution de la province. Le programme entend répondre aux demandes pour un fauteuil roulant dans un délai de deux à trois mois et d'au plus deux semaines pour d'autres équipements (en 2016, cependant, ces cibles n'ont pu être atteintes pour 27 % de la clientèle). Le programme contribuera aussi à l'entretien et aux réparations de l'équipement. L'audit de 2016 a révélé que 87 % des personnes qui utilisaient les services étaient satisfaites du temps d'attente et que 88 % d'entre elles trouvaient le programme efficace.
--	--

⁴<https://www.saskabilities.ca/services/independent-living/special-needs-equipment#items-available-for-loan>

⁵https://auditor.sk.ca/pub/publications/public_reports/2016/Volume_2/27_Health_Special%20Needs%20Equip.pdf

	Remarque : Il ne semble pas possible d'utiliser le financement individualisé pour obtenir de l'équipement en Saskatchewan⁶. 3) Adaptation for Independence (financé par Saskatchewan Housing Corporation)⁷ • Ce programme fournit une aide financière (prêt-subvention jusqu'à concurrence de 23 000 \$, selon le revenu et les actifs) afin d'améliorer l'accessibilité du domicile pour une ou un membre en situation de handicap d'une famille locataire ou propriétaire.
Appel téléphonique : SaskAbilities, Saskatoon	Au téléphone, la directrice du bureau de Saskatoon confirme les renseignements qui précèdent et fournit quelques éléments nouveaux : • Les bénéficiaires doivent avoir besoin d'un fauteuil roulant pour plus de trois mois ou d'un lit d'hôpital pour plus de six mois. Les bénéficiaires doivent habiter dans leur propre domicile (appartement ou maison plutôt qu'un foyer de soins personnels ou une résidence privée). • Le programme vise à combler les besoins de base et aiguille les personnes qui souhaitent obtenir une aide financière pour l'achat d'équipement vers la Kinsmen Foundation. Le programme SAIL verse néanmoins une subvention de 2 500 \$ pour l'achat d'un fauteuil roulant ultraléger.
Résultats de recherche : Kinsmen Saskatchewan	La Kinsmen Foundation finance l'achat d'équipement (aide à la mobilité, conversion de véhicule, monte-charge extérieur, technologie adaptée et accessibilité domiciliaire) et les frais de déplacement pour recevoir des soins de santé.⁸

⁶ www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/individualized-funding-for-home-care

⁷ www.saskatchewan.ca/residents/housing-and-renting/home-repairs-and-renovations/adapt-a-home-for-a-person-with-a-disability

⁸ <https://telemiracle.com/apply/>

	• La fondation verse un financement de dernier recours, ce qui signifie qu'on encourage les demandeurs à trouver leurs propres sources de financement, que ce soit par d'autres programmes d'aide ou du sociofinancement. • Les demandes doivent être soumises par les particuliers et accompagnées d'une lettre de recommandation d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé ainsi que d'une requête pour une pièce d'équipement précise.
Appel téléphonique : Inclusion Saskatoon	J'ai demandé : Y a-t-il une lacune dans les services offerts aux personnes qui ne peuvent emprunter d'équipement auprès du programme SAIL (équipement sur mesure, prêt de très longue durée, etc.)? Où ces personnes se tournent-elles pour obtenir du financement? L'organisme Inclusion Saskatoon recommande de consulter la stratégie provinciale pour la déficience cognitive (Cognitive Disability Strategy), qui aide les personnes atteintes de déficience cognitive à payer pour des besoins non comblés (financement fondé sur le revenu). Autrement, les gens se tournent habituellement vers l'organisme SaskAbilities.
Résultats de recherche : Cognitive Disability Strategy	La Cognitive Disability Strategy⁹ (stratégie pour la déficience cognitive) est un service provincial qui vise à satisfaire les besoins non comblés des personnes atteintes d'une déficience cognitive et de leur famille. • Pour y avoir accès, il importe que le besoin non comblé ne puisse être satisfait par un autre système. • Une évaluation du revenu et des besoins est réalisée pour déterminer la hauteur du financement. • Les fournitures médicales et l'équipement ne sont PAS couverts, sauf la technologie d'assistance.

⁹ www.saskatchewan.ca/residents/family-and-social-support/people-with-disabilities/financial-help-and-support-for-people-with-cognitive-disabilities

En résumé	En Saskatchewan, la principale voie d'accès des personnes handicapées à de l'équipement est le programme de prêt d'équipement SAIL, qui permet d'emprunter du matériel comme un fauteuil roulant, un assistant au transfert et un lit d'hôpital. Une ou un physiothérapeute ou ergothérapeute doit soumettre une requête pour que la demande soit recevable. Après le dépôt de la demande, il faut compter de deux semaines à trois mois pour obtenir l'équipement. Le programme contribuera à l'entretien et aux réparations de l'équipement, qui peut être conservé aussi longtemps qu'il le faut. Les bénéficiaires n'ont pas à payer pour ce programme et se déclarent généralement satisfaits du service. Les personnes qui ont besoin d'équipement très spécialisé ou qui souhaitent acheter leur propre équipement doivent trouver d'autres sources de financement ou solliciter l'aide d'organismes sans but lucratif comme la Kinsmen Foundation. La stratégie provinciale pour la déficience cognitive (Cognitive Disability Strategy) permet aux personnes qui ont besoin de technologies d'assistance d'obtenir une aide financière fondée sur le revenu. Pour obtenir de l'aide afin d'adapter leur domicile, les demandeurs s'adressent à un autre programme appelé Adaptation for Independence (adaptation pour l'autonomie), qui consent des prêts pour couvrir les rénovations visant à rendre leur domicile plus accessible. Les Saskatchewanais ne peuvent utiliser le financement direct pour de l'équipement.
-----------	--

Questions de suivi

Vers quelles mesures d'aide au transport les personnes handicapées de la Saskatchewan peuvent-elles se tourner? Réponses obtenues par recherche sur Google	Le gouvernement de la Saskatchewan finance un programme de transport adapté pour les personnes handicapées (Transit Assistance for People with Disabilities, ou TAPD). Le gouvernement finance les municipalités afin qu'elles fournissent un service de transport porte à porte pour les personnes qui ne peuvent utiliser le service de transport collectif courant.¹⁰ Celles-ci doivent d'abord s'inscrire auprès de leur municipalité et faire approuver leur demande. La marche à suivre varie quelque peu selon la municipalité. À Regina, par exemple, il est possible de réserver un trajet jusqu'à sept jours d'avance. Les tarifs se comparent à ceux du transport traditionnel.¹¹
---	---

- 10 <https://www.saskatchewan.ca/government/municipal-administration/funding-finances-and-asset-management/funding/funding-transit-for-people-with-disabilities#program-background>
- 11 <https://www.regina.ca/transportation-roads-parking/transit/paratransit/>

	Le programme SaskAbilities propose une formule semblable aux personnes de Swift Current et Yorkton, quoique les critères d'admissibilité y sont plus sévères (à Regina, le programme TAPD est offert aux usagers qui présentent des risques de chute ou de désorientation, alors que les personnes qui utilisent Saskabilities doivent avoir un problème de mobilité ou un autre handicap permanent).¹²
À quoi ressemble la démarche pour faire réparer de l'équipement prêté dans le cadre du Programme de prêt d'équipement? Réponses obtenues lors d'un entretien téléphonique avec le personnel de SaskAbilities	La ou le bénéficiaire peut louer de l'équipement auprès d'un fournisseur local pendant que son appareil ou équipement est en réparation. Malheureusement, le coût de la location de l'équipement de rechange est à ses frais.
À quelle fréquence peut-on faire une demande d'équipement (nouveau ou différent) auprès du programme de prêt d'équipement? Réponses obtenues lors d'un entretien téléphonique avec le personnel de SaskAbilities	Les bénéficiaires peuvent obtenir du nouvel équipement aussi souvent qu'ils le souhaitent s'ils présentent une requête en bonne et due forme. Ils doivent retourner l'équipement dès qu'ils cessent de s'en servir.
Peut-on recevoir plus d'une fois la subvention de 2 500 \$ pour l'achat d'un fauteuil roulant? Réponses obtenues lors d'un entretien téléphonique avec le personnel de SaskAbilities	La subvention est accordée par un comité et les demandes sont examinées au cas par cas. Elle n'est applicable que pour des fauteuils hyperlégers.
Quelle est la meilleure option pour les personnes ayant besoin d'équipement très spécialisé ou sur mesure?	Le programme propose un large éventail de fauteuils roulants pour satisfaire la plupart des besoins; il constitue vraiment une option intéressante pour la majorité des gens. Le personnel de SaskAbilities n'a pu trouver d'exemple où une personne n'a pas trouvé satisfaction à ses besoins.

¹² www.saskabilities.ca/services/independent-living/access-transit/

Réponses obtenues lors d'un entretien téléphonique avec le personnel de SaskAbilities	Le personnel m'a demandé des exemples précis de fauteuils et de demandes. Lors d'un second entretien, j'ai parlé à un autre membre du personnel qui a déclaré que SaskAbilities fabriquait le cadre du fauteuil et que la fabrication du siège relevait d'un service particulier en Saskatchewan et de Wascana Rehab à Regina. Le tout est entièrement financé et couvert par le programme, en plus de composantes comme une ceinture de sécurité, le dossier et l'assise sur mesure.
---	--

Annexe 1.1D : Examen de la situation en Alberta

Septembre 2024

Le tableau ci-dessous réunit l'information recueillie à l'automne 2024 en consultant des sites Web de l'Alberta. Lorsque l'information n'était pas publique ni accessible en ligne, des appels téléphoniques auprès du personnel des organismes pertinents ont été effectués. Il se peut donc que l'information ci-dessous soit périmée ou incorrecte.

Questions principales et supplémentaires :	Comment les programmes de l'Alberta gèrent-ils l'accès à de l'équipement pour les personnes ayant un handicap? Qui reçoit quoi, à quel moment et comment? • Quels équipements les programmes visent-ils? • Quel est le montant couvert par ces programmes? (Est-il déterminé par le revenu?) • Quelle est la procédure de requête pour obtenir de l'équipement? • S'agit-il d'un « guichet unique » ou si les bénéficiaires doivent plutôt s'adresser à plusieurs organismes? • Y a-t-il des options de soins autogérés pour avoir accès à de l'équipement? • Qu'est-ce qui vaut à l'Alberta sa bonne réputation? L'équipement, dans ce contexte, désigne des fauteuils roulants manuels ou électriques, des dispositifs de communication, des modifications du domicile ou du véhicule (rampes d'accès), des fournitures pour l'alimentation, etc.
Résultats de recherche : Recherche sur Google de termes associés à l'équipement d'assistance en Alberta Résultats confirmés avec les termes age-well	La principale avenue pour obtenir de l'équipement en Alberta est le programme Alberta Aids to Daily Living (AADL).¹³ Ce programme provincial relève du ministère de la Santé. <u>Aperçu du programme</u> • Pour être admissibles, les demandeurs doivent résider en Alberta et présenter une invalidité de longue durée, une maladie chronique ou une maladie terminale. • La personne doit être évaluée par une professionnelle ou un professionnel de santé du programme AADL (infirmière ou infirmier, ergothérapeute, physiothérapeute) qui déterminera ses besoins et lui servira de guide au sein du programme (autorisateur approuvé par l'AADL).

¹³ www.alberta.ca/alberta-aids-to-daily-living

jurisdictional scan (usure normale survol province) Autres renseignements fournis par le gestionnaire du programme AADL	• Une fois sa demande approuvée, un fournisseur approuvé par l'AADL fournira l'équipement et collectera la part des coûts de ce dernier. <u>Partage des coûts</u> • L'admissibilité à l'ADDL n'est pas conditionnée par des critères de revenu. Les Albertains paient 25 % des coûts d'équipement jusqu'à concurrence de 500 \$ annuellement par bénéficiaire d'une même famille. Les personnes à faible revenu (moins de 20 970 \$ de revenu annuel pour une personne seule) n'ont pas à payer cette portion. Par ailleurs, les bénéficiaires de prestations supplémentaires (mesures de soutien du revenu, programme de revenu garanti pour personnes lourdement handicapées, prestations de santé pour adultes) peuvent être exemptés du partage des coûts. Ces personnes doivent présenter une demande d'exemption. • Le choix d'éléments non classés par le programme s'accompagne de coûts additionnels pour la personne. Certains ajouts ne sont pas couverts par le programme, notamment des roues spécialisées pour fauteuil roulant manuel, un moteur haute vitesse pour fauteuil motorisé, des accessoires tels un porte-gobelet, des pochettes ou une housse. Lorsque l'équipement désiré est plus coûteux que le produit offert par le programme AADL, la personne peut l'obtenir en payant la différence de coût. <u>Admissibilité</u> • Les personnes admissibles à des prestations d'une autre source comme le ministère des Anciens Combattants, la Commission des accidents du travail, le Programme des services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits ou un régime d'assurance privé ne sont pas admissibles à l'AADL.
--	---

Équipement

- Une fois sa demande approuvée par une professionnelle ou un professionnel de la santé, la ou le bénéficiaire recevra une liste d'au moins trois fournisseurs de l'équipement désiré. La personne peut aussi choisir un fournisseur d'une liste de fournisseurs approuvés. Le fournisseur retenu procurera ensuite l'équipement demandé à la ou au bénéficiaire, qui paiera sa part de coûts, le cas échéant. L'équipement volumineux, comme un fauteuil roulant ou un lit d'hôpital, est acheté par l'AADL et livré au domicile de la ou du bénéficiaire.
- Les éléments ci-dessous font partie de l'équipement couvert :

- Soutiens dorsaux et abdominaux, équipement pour le bain et la toilette, vêtements élastiques pour brûlure, vêtements de compression, chaussures sur mesure, prothèses oculaires, appareils auditifs, lits pour soins à domicile, produits pour l'incontinence, fournitures d'injection (à l'exception de l'injection d'insuline), fournitures pour laryngectomisés, prothèses mammaires, orthèses (sauf orthèses plantaires), fournitures pour stomie, oxygène, appareils de levage, surmatelas, prothèses externes, équipement respiratoire, élévation de chaussure, équipement pédiatrique spécialisé, sièges spécialisés, appareils de suppléance à la communication, chaussures orthopédiques, aides au transfert, déambulateurs et aides à la marche, coussins et accessoires pour fauteuil roulant, fauteuils roulants à propulsion manuelle ou motorisée, dispositifs de vision.
- Certains éléments (lits, appareils de levage, équipement pédiatrique et fauteuils roulants) sont recyclés et le programme AADL en conserve l'entière propriété. Ce type d'équipement doit être retourné au fournisseur dès qu'il n'est plus nécessaire, qu'il doit être remplacé par l'AADL, que la ou le bénéficiaire déménage à l'extérieur de l'Alberta ou cesse d'être admissible au programme. Cette mesure vise à éviter que les produits se retrouvent à l'enfouissement et à réduire les coûts du programme. L'AADL est responsable de faire réparer l'équipement, mais la ou le bénéficiaire doit assumer sa part des coûts. Les fauteuils roulants peuvent être remis à neuf et adaptés (siège, commandes) selon la nature de la demande et ces modifications sont couvertes par le programme.
- Les bénéficiaires ont la responsabilité de veiller au maintien en bon état de l'équipement et assument le coût de remplacement d'équipement perdu, volé ou endommagé en raison d'un mauvais usage.

Les travaux d'adaptation du domicile sont financés par le Residential Access Modification Program (RAMP, programme de modifications destinées à faciliter l'accès au domicile), qui aide les Albertains dont le faible revenu ne permet pas d'adapter leur domicile à leurs problèmes de mobilité.¹⁴

- Jusqu'à 7 500 \$ par année pour les modifications admissibles;
- Jusqu'à 15 000 \$ par année par personne sur une période de 10 ans;
- Déterminé par le revenu;
- Devis de l'entrepreneur à joindre avec la demande.

¹⁴ www.alberta.ca/residential-access-modification-program

	Les modifications peuvent prendre diverses formes : cordon de protection, portes, rampes de seuil, plateforme élévatrice, rampe d'accès, trottoir, monte-escalier, passerelle, découpe de baignoire, agrandissement, comptoir et installations de salle de bains, chaise élévatrice pour bain, agrandissement, aménagement, rails de plafond pour lève-personne, barres d'appui, main courante, douche adaptée, etc.
Questions supplémentaires du comité directeur	Combien de temps la démarche dure-t-elle (y a-t-il suffisamment d'autoriseurs?)? Dans un article publié en 2021, Steve Crochetiere, directeur du groupe de défense albertain Wheels of Change, déclarait que le programme AADL était « inefficace et inhumain » et que les personnes atteintes d'une incapacité physique attendaient des mois « voire jusqu'à un an » pour avoir accès à du soutien et de l'équipement. Selon l'organisme Wheels of Change, le « programme manque de personnel et son processus d'approbation (et parfois de réapprobation) est lourd pour les demandeurs. » Toujours selon Wheels of Change, l'accumulation de paperasserie est à l'origine des retards, et l'administration sclérosée du programme est devenue incapable de flexibilité.¹⁶ The Lending Cupboard¹⁷, un organisme charitable de Red Deer, en Alberta est souvent sollicité pour le prêt de courte durée d'équipement à des personnes en attente de services de l'AADL. L'entrepôt de l'organisme renferme plus de 15 000 articles (dont des fauteuils roulants, de l'équipement de salle de bains, des béquilles et des cadres de marche) offerts gratuitement à quiconque en a besoin dans la région centrale de l'Alberta. Selon le responsable du programme, l'AADL a adopté le processus d'autorisation de la Croix Bleue en 2022. Auparavant, les autoriseurs devaient soumettre une requête à la direction des soins à domicile. Malheureusement, ce temps d'attente pouvait atteindre un an.

¹⁵ reddeeradvocate.com/2021/01/14/people-with-disabilities-deserve-more-timely-support-from-alberta-says-advocacy-group/

¹⁶ globalnews.ca/news/7592350/advocacy-group-wait-times-specialized-mobility-aids-alberta/

¹⁷ www.lendingcupboard.ca/

	Le système était géré par Alberta Health Services (AHS), une composante distincte d'Alberta Health, et l'AADL n'exerçait aucun contrôle direct sur le fonctionnement et la dotation de personnel d'AHS. Depuis le passage à Alberta Blue Cross pour la gestion des autorisations et des demandes de remboursement, le processus d'approbation et de paiement est instantané. Les demandes d'approbation sont menées à bien en une ou deux semaines. Une fois la demande approuvée, le produit est commandé auprès du fournisseur qu'a choisi la ou le bénéficiaire, et s'il n'est pas en stock, l'attente peut s'étendre sur plusieurs semaines. En tout, le traitement d'une demande peut prendre quelques jours à plusieurs mois. Est-il difficile d'obtenir une couverture d'assurance pour l'équipement? Le responsable du programme AADL recommande à tous les bénéficiaires de se procurer une assurance contre la perte, le vol ou le bris d'équipement, sans toutefois préciser si une telle assurance était difficile à obtenir. À quelle fréquence une personne doit-elle présenter une demande d'exemption de coûts? Selon le responsable de l'AADL, il faut présenter une demande chaque année, mais le programme reçoit une notification si une ou un bénéficiaire est déjà inscrite à un autre programme comme l'AISH (Assured Income for Severely Handicapped) ou à la prestation aux personnes âgées, et que sa situation ne change pas. Ces personnes n'ont donc pas à refaire une demande. Les Albertains vivant en région rurale ont-ils du mal à obtenir ces services? (Y a-t-il des autorisateurs et des fournisseurs en région rurale?) Selon le responsable du programme, l'AADL compte des autorisateurs partout dans la province, mais l'accès aux services peut s'avérer difficile. On trouve des fournisseurs dans le nord de l'Alberta, mais plusieurs bénéficiaires doivent se tourner vers des fournisseurs d'Edmonton. Le temps d'attente est actuellement plus long à Edmonton et Calgary que dans les régions rurales.

En résumé	Les Albertains en situation de handicap peuvent obtenir de l'aide pour accéder à de l'équipement par l'entremise du programme Alberta Aids to Daily Living (AADL), administré par le ministère de la Santé. Pour être admissibles, les demandeurs doivent résider en Alberta et présenter une incapacité de longue durée ou une maladie grave. Une professionnelle ou un professionnel de la santé évaluera les besoins du ou de la bénéficiaire et lui servira de guide pour l'inscription au programme. Au sein du programme, ces guides portent le titre d'autorisateurs. Une fois la demande approuvée, un fournisseur autorisé du programme fournira l'équipement, et la ou le bénéficiaire paiera une partie des coûts (25 % ou jusqu'à concurrence de 500 \$ par année). Il se peut que les personnes à faible revenu n'aient pas à payer cette part des coûts, et certaines autres peuvent en être exemptées si elles reçoivent d'autres prestations. Les bénéficiaires qui choisissent de l'équipement surclassé ou des options supplémentaires doivent en assumer les coûts supplémentaires. Les bénéficiaires qui reçoivent des prestations d'autres programmes comme celui des anciens combattants ou un régime d'assurance privé ne peuvent présenter une demande à l'AADL. L'équipement comme un fauteuil roulant ou un lit d'hôpital est couvert, et certains sont recyclés pour réduire les coûts et la production de déchets. Les bénéficiaires doivent prendre soin de l'équipement qui leur est fourni et le remplacer s'ils le perdent ou l'endommagent. Pour l'adaptation de leur domicile, les Albertains à faible revenu peuvent obtenir une aide pouvant atteindre 7 500 \$ par année ou 15 000 \$ sur une période de 10 ans par l'entremise du Residential Access Modification Program (RAMP). Il peut s'agir d'adaptation comme la pose de rampes et d'un monte-escalier et des modifications dans la salle de bains. Les demandeurs doivent joindre à leur formulaire de demande un devis d'un entrepreneur. En 2021, l'AADL a eu mauvaise presse lorsque des bénéficiaires ont révélé que l'attente pour obtenir une aide du programme pouvait prendre jusqu'à un an. Les bénéficiaires devaient emprunter de l'équipement auprès d'autres organismes pendant qu'ils attendaient l'approbation de l'AADL. En 2022, l'AADL s'est tourné vers la Croix Bleue en lui confiant l'autorisation des demandes de paiement, et le temps d'attente a raccourci considérablement. Certaines questions demeurent au sujet du programme AADL, notamment en ce qui concerne la difficulté d'obtenir une couverture d'assurance pour
-----------	--

	l'équipement. Y a-t-il des situations où l'équipement approuvé demeure introuvable auprès des fournisseurs autorisés? Les prochaines étapes consisteront à consulter des groupes de défense des personnes handicapées pour obtenir des réponses à ces questions et en apprendre davantage sur l'expérience des bénéficiaires du programme.
--	---

Annexe 1.1E : Examen des exigences relatives au QI dans d'autres provinces

Février 2025

Le tableau ci-dessous réunit l'information recueillie à la fin de 2024 et au début de 2025 en consultant des sites Web d'autres provinces. Il se peut donc que certains renseignements ne soient plus à jour ou exacts.

Contexte et question de recherche : Comme l'ont corroboré les participants, le protocole d'admissibilité actuel du système de services aux adultes handicapés du Manitoba, soit les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées, constitue une barrière pour les demandeurs qui ne satisfont pas aux critères de quotient intellectuel (QI).

Quels critères d'autres provinces canadiennes utilisent-elles avec succès? Lesquels de ces critères pourrait-on adapter ou adopter au Manitoba?

Province	Programme	Critères d'admissibilité	Commentaires
Alberta	Programme PDD (Persons with Developmental Disabilities) – Soutien pour le maintien à domicile, service de relève, aide pour l'accès aux activités communautaires, aide à l'emploi, formation à la proche aidance, aides spécialisées (comportement, etc.)	Déficiences sur le plan du développement diagnostiquées avant l'âge de 18 ans. (Écart-type de 2 sous la moyenne du QI, limitation importante des habiletés d'adaptation) ¹⁸	Critères identiques à ceux du Manitoba
Colombie-Britannique	CLBC (Community Living British Columbia) – Planification de la transition, liens avec la collectivité, aide à l'emploi, aide à la vie (autonome, en groupe, supervisée), coordination de l'aide, soutien pour la communication, le comportement et le bien-être familial	Trouble du développement diagnostiqué avant l'âge de 18 ans (altération importante du fonctionnement intellectuel et adaptatif) ¹⁹	Critères identiques à ceux du Manitoba, mais d'autres soutiens sont offerts aux personnes qui n'y satisfont pas.

¹⁸ manuals.alberta.ca/pdd-policy-manual/tools-and-resources/developmental-disabilities-guidelines

¹⁹ www.communitylivingbc.ca/who-does-clbc-support/eligible-clbc-support/

		Les adultes qui ne satisfont pas aux critères de déficience intellectuelle, mais qui ont reçu un diagnostic de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ou de TSA (et de fonctionnement adaptatif limité selon diverses échelles – Scales of Independent Behaviour, revised, Vineland Adaptive Behaviour Scales ou Adaptive Behaviour Assessment System) peuvent accéder à certains services auprès d'initiatives de soutien personnalisé. Il peut s'agir d'aide à la vie autonome, de services de relève, d'aide à l'emploi, d'entretien ménager et d'aide aux repas, et de soutien au développement de réseaux.²⁰	
Ontario	SOPDI (Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle) – Soutiens spécialisés (gestion de cas, planification gérée par la personne), soutien à la participation communautaire/services de relève, soutien au logement	Déficience sur le plan du développement diagnostiquée avant l'âge de 18 ans. La personne doit fournir une évaluation de son fonctionnement cognitif et adaptatif. ²¹	Critères identiques à ceux du Manitoba
Sask.	CLSD (Community Living Service Delivery) – Soutien personnalisé, évaluation des besoins, soutien à domicile et des familles, soutien de la planification, programmes de jour	Diagnostic de déficience intellectuelle avant l'âge de 18 ans. La personne doit fournir une évaluation décrivant son fonctionnement cognitif et adaptatif. ²²	Critères identiques à ceux du Manitoba

²⁰ www.communitylivingbc.ca/wp-content/uploads/Personalized-Supports-Initiative-Brochure.pdf

²¹ www.sopdi.ca/how-to-access-services

	.		
Nouvelle-Écosse	DSP (Disability Support Program). Programmes de jour, soutien à la vie autonome, etc.	Diagnostic de déficience intellectuelle avant l'âge de 18 ans (QI de 70 ou moins, déficience du comportement adaptatif) OU Maladie mentale de longue durée, handicap physique (nuisant aux activités de la vie quotidienne), lésion cérébrale acquise ²³	Critères d'inclusion les plus larges

²² www.saskatchewan.ca/residents/family-and-social-support/people-with-disabilities/housing-and-support-for-people-with-intellectual-disabilities

²³ novascotia.ca/oms/disabilities/documents/Disability_Support_Program_Policies.pdf

Annexe 1.1F : Survol de la question du logement

Survol de la question du logement

Nous avons orienté notre travail autour des questions suivantes : « Que révèlent les analyses coûts-avantages d'une augmentation ou d'une amélioration des avenues de logement communautaire pour les personnes handicapées ou ayant des besoins médicaux complexes? De façon générale, quels résultats ces programmes produisent-ils? Quel est le rendement social de l'investissement? »

Nous avons mené de nombreuses recherches indépendantes pour obtenir une vue d'ensemble de la littérature et des concepts pertinents, et formuler des questions en vue d'améliorer d'autres recherches. Le résultat le plus prometteur est une revue systématique déterminante de 2024 qu'ont réalisée Sally Lindsay et ses collègues du Bloorview Research Institute. Publié dans la revue PLOS One, leur article s'intitule « Accessible independent housing for people with disabilities: A scoping review of promising practices, policies and interventions » (logements indépendants accessibles pour les personnes handicapées : examen exploratoire des pratiques, politiques et interventions prometteuses).

Quelques observations générales

- Nonobstant le fait que l'étude de Lindsay repose sur un échantillon de 60 articles, nous avons constaté que peu d'études se sont intéressées directement et de façon exhaustive au sujet de notre énoncé.
- Nous avons vu que les recherches sur ce sujet ont facilement tendance à dévier sur la désinstitutionnalisation, ce dont nous reconnaissons l'importance, mais qui nous semble moins pertinente que l'intégration des services aux adultes.
- Un petit nombre – néanmoins surprenant – d'études portait sur la maison intelligente et les technologies.
- On dénombre aussi un modeste courant d'études sur les modifications apportées au domicile, généralement pour en améliorer l'accessibilité.

Résumé en termes simples de l'étude exploratoire de Lindsay

Les chercheurs ont examiné des moyens d'aider les personnes handicapées à trouver un foyer qui répond à leurs besoins et à y vivre. Ils ont examiné 60 études réalisées dans 18 pays sur une période de 20 ans pour comprendre ce qui produit les meilleurs résultats.

On peut répartir leurs observations en quatre volets :

I. Faire tomber les obstacles au logement accessible

- Amener des porte-parole à revendiquer de meilleures possibilités de logement;
- Encourager les promoteurs immobiliers à construire des logements plus accessibles;
- Fournir une aide financière, par exemple des bons de logement;
- Faire en sorte que les personnes handicapées puissent communiquer facilement avec les personnes et organismes qui offrent des logements.

II. Des politiques bénéfiques

- Des lois qui rendent obligatoire l'accessibilité des immeubles;

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

- Des règles qui protègent les droits des personnes handicapées dans le secteur du logement;
- Des programmes qui aident à payer les modifications du domicile.

III. Des solutions qui rendent les maisons et logements plus accessibles

- Des modifications comme l'ajout de rampes d'accès, l'agrandissement des portes et des salles de bains accessibles;
- Des technologies de maison intelligente pour contrôler l'éclairage et les électroménagers;
- Des applications mobiles qui aident à trouver un logement accessible;
- De nouveaux appareils qui rendent la maison plus conviviale.

IV. Les avantages du logement accessible

- Plus d'autonomie;
- Une sécurité plus grande;
- Une meilleure qualité de vie;
- Une meilleure santé physique et mentale;
- Une plus grande capacité à participer aux activités communautaires.

Les chercheurs concluent que malgré l'existence de solutions intéressantes, il est urgent de multiplier les possibilités de logement accessible aux personnes handicapées. Ils recommandent de continuer à faire pression pour améliorer l'offre de logement et d'aider avant tout les groupes ayant les plus grandes difficultés à trouver un logement accessible.

Référence

Lindsay, S., Fuentes, K., Ragunathan, S., Li, Y. et Ross, T. (2024). Accessible independent housing for people with disabilities: A scoping review of promising practices, policies and interventions. PLOS ONE, 19(1), e0291228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291228>

2. Résumé de recherche du CRSA, 2^e partie

La seconde partie de ce rapport résume le travail accompli et les conclusions relatives aux sujets placés en priorité par le Comité directeur de l'intégration des services aux adultes (ISA) en 2025. Un rapport provisoire et un résumé des recommandations préparés par la firme Chalet Point (les deux documents sont datés du 23 septembre 2024) présentent plus de 15 recommandations que notre équipe de recherche pourrait approfondir. En guise de premier suivi sur ces documents, nous avons évalué la faisabilité des sujets présenté et déterminé des domaines au sujet desquels notre expertise nous permet de réagir. Sur les huit sujets évalués comme étant des candidats plausibles, le comité directeur en a désigné cinq comme étant prioritaires.

Les prochains volets du présent rapport comprennent des résumés des recherches menées tant dans la littérature scientifique révisée par des pairs que dans la littérature grise²⁴ (par exemple les survols de ce qui se fait ailleurs) concernant les cinq sujets (2.1 à 2.5). Chaque volet comprend des annexes reliées à chacun des cinq sujets :

- 2.1 Correction de l'inadéquation des mesures de soutien du revenu
- 2.2 Les proches aidants
- 2.3 Aides à la transition pour les proches aidants
- 2.4 La prestation de services en région rurale
- 2.5 Le recrutement en région rurale

²⁴ Les résultats de recherche tirés de la littérature grise présentent de l'information recueillie de juin à décembre 2025 en consultant des sites Web d'autres provinces ou territoires et de l'information accessibles à tous en ligne. Il se peut donc que l'information ci-dessous soit périmée ou incorrecte.

2.1 Correction de l'inadéquation des mesures de soutien du revenu

Portrait de l'intervention et approche

Question

Quels modèles de soutien du revenu à l'intention des personnes handicapées trouve-t-on dans les provinces et territoires canadiens, et quels en sont les critères d'admissibilité, les niveaux de prestation et la couverture des dépenses associées au handicap (p. ex., logement accessible, transport, diète spécialisée, services paramédicaux et services de relève)? Quelles données trouve-t-on concernant les retombées de ces modèles?

Méthode

Approche et interprétation de la question

Nous faisons une distinction entre un **modèle** et un **programme** de soutien du revenu. Un modèle est une approche générale que peuvent adopter des provinces et territoires alors qu'un programme est un service ou un organisme auquel il est possible de recourir au sein d'une province ou d'un territoire. Chaque programme s'inspire donc d'un modèle; plusieurs programmes peuvent utiliser le même modèle.

Nous distinguons aussi les **retombées** et les **résultats** d'un programme. Les résultats sont les services rendus (p. ex., le financement versé) alors que les retombées sont les avantages que les bénéficiaires ont tirés des services reçus.

Nous avons fait ces distinctions pour interpréter les questions ci-dessous.

1. Quels programmes de soutien du revenu à l'intention des personnes handicapées trouve-t-on dans les provinces et territoires canadiens?
 - a. Sur quel modèle général chaque programme repose-t-il?
 - b. Quels en sont les critères d'admissibilité, les niveaux de prestation et la couverture des dépenses associées au handicap?
 - c. Quelles sont les données disponibles concernant les retombées de chaque programme?
2. S'il existe des données sur les retombées et s'il est possible de distinguer des modèles, certains modèles semblent-ils générer de meilleures retombées?

Termes de recherche et outils

Pour trouver des articles scientifiques examinés par des pairs, nous avons procédé à une recherche à l'aide de l'intelligence artificielle à partir du site Elicit.com, en utilisant des éléments des questions formulées en guise de termes de recherche.

Pour trouver des ressources issues de la littérature grise (Internet ouvert) nous avons fait des recherches en ligne [en anglais] à l'aide de Microsoft Bing sur un éventail de termes tirés de la question principale. En voici une liste non exhaustive :

- disability income support Canada comparison (handicap soutien du revenu Canada comparaison)
- provinces disability assistance programs (provinces handicap programmes d'aide)
- [nom de province/territoire] disability assistance benefits (handicap aide prestations)
- [nom de province/territoire] disability benefit amount (handicap prestation montant)
- [nom de province/territoire] disability assistance rates [year] (handicap aide taux [année])
- [nom de province/territoire] disability program supplement (handicap programme supplément)
- [nom de province/territoire] disability benefit update (handicap prestation mise à jour)
- disability assistance models Canada (handicap modèles d'assistance Canada)
- disability income support program structure Canada (handicap aide revenu structure programme Canada)
- disability benefit categorical vs general assistance (handicap assistance catégorie vs générale)
- disability assistance outcomes Canada study (handicap assistance retombées Canada étude)
- impact of disability benefits Canada (effets des prestations d'invalidité Canada)
- disability income support Canada comparison (handicap soutien du revenu Canada comparaison)
- [nom de province/territoire] new disability benefit [year] (nouvelle prestation d'invalidité [année])
- [nom de province/territoire] disability program reform (handicap réforme programme)
- [nom de province/territoire] disability benefit increase [year] (handicap hausse de prestation [année])

Résultats

Publications évaluées par des pairs

Nous avons relevé neuf études portant sur les programmes d'aide pour les personnes handicapées dans les provinces et territoires canadiens (Annexe 2.1A). Les études suivent des protocoles variables, dont l'analyse descriptive, l'analyse des politiques, l'analyse quantitative, la revue systématique et la compilation de bases de données. Les études ont porté sur divers types de programmes : programmes provinciaux de soutien aux personnes

handicapées, programmes d'assistance sociale, programmes fédéraux d'aide aux personnes handicapées, programmes d'invalidité privés, assurance invalidité de longue durée. Six des neuf études ne fournissent **pas** d'information sur les critères d'admissibilité, les niveaux de prestation et la couverture des dépenses associées au handicap.

Nous avons relevé plusieurs tendances clés dans le paysage canadien des programmes d'aide pour les personnes handicapées.

Les **cadres d'admissibilité** y sont systématiquement décrits comme étant rigides et complexes; ils exigent une attestation médicale et des évaluations de l'incapacité au travail qui excluent les personnes victimes de maladies épisodiques comme des troubles de santé mentale, alors que les critères de justification fondée sur les moyens sont parfois nébuleux et appliqués de façon incohérente. L'**adéquation des prestations** était une préoccupation récurrente puisque plusieurs études font état de niveaux de prestation en deçà du seuil de pauvreté et rarement indexés en fonction de l'inflation. La couverture des **dépenses liées à l'invalidité**, tels les coûts des médicaments, le transport et le logement, est inégale et crée un piège qui décourage la transition vers l'emploi.⁽¹³⁾ Bien qu'il serve de passerelle vers d'autres mesures de soutien, le Crédit d'impôt pour personnes handicapées demeure inaccessible à de nombreuses personnes ayant un faible revenu puisque le taux de participation n'est que de 40 %. L'**accès aux programmes** est entravé par des critères d'admissibilité complexes, une faible notoriété, des barrières administratives et des interactions déroutantes entre les programmes qui peuvent avoir pour effet d'exclure des demandeurs alors que l'absence de données centralisées et de coordination entre les programmes complique encore davantage l'accès et l'évaluation. Des **groupes démographiques particuliers** sont désavantagés à certains égards : les femmes handicapées, notamment celles qui sont cheffes de famille, composent avec un taux de pauvreté plus aigu en raison du calcul des prestations fondé sur les gains et de critères d'admissibilité contraignants; les personnes souffrant de maladie mentale font l'objet d'évaluations subjectives et incohérentes réalisées à partir d'outils non conçus pour tenir compte des fluctuations de la santé mentale; enfin le cadre binaire qui classe la personne comme employable ou non employable ne prévoit rien pour le travail à mi-temps et les prestations partielles, et nuit à la flexibilité et à l'inclusion sociale des personnes dont l'invalidité est épisodique.

Littérature grise

Quels programmes de soutien du revenu à l'intention des personnes handicapées trouve-t-on dans les provinces et territoires canadiens?

Les provinces et territoires canadiens disposent tous d'un programme de base de soutien du revenu pour les adultes handicapés, quoique la structure varie de l'une et de l'autre à l'autre. En janvier 2025, le Réseau pour la santé du cerveau des enfants rendait public un rapport intitulé *Politique en matière de handicap au Canada : Rapport provincial et territorial*. Celui-ci fournit des renseignements sur les programmes d'aide au revenu dans les provinces et territoires canadiens (Annexe 2.1B). En juillet 2025, par ailleurs, l'Association nationale des étudiant(e)s handicapé(e)s au niveau postsecondaire publiait un livre blanc intitulé *Argumentaire en faveur de la dissociation du revenu d'emploi et des prestations pour les personnes en situation de handicap*. Financé par Emploi et Développement social Canada, le document présente de l'information sur les programmes de soutien du revenu au Canada (Annexe 2.1C). Considérant l'accessibilité de ces études d'ensemble, nous ne fournissons pas ici de liste des programmes et nous appuierons plutôt, dans les pages qui suivent, sur ces deux rapports ainsi que sur les publications de littérature grise que nous avons trouvées (Annexe 2.1D).

Sur quels modèles généraux les programmes reposent-ils?

Au Canada, on trouve deux modèles provinciaux de soutien du revenu pour les personnes handicapées, soit les programmes par catégorie d'invalidité (C.-B.⁽⁷⁾, Sask⁽¹¹⁾) et ceux qui intègrent l'assistance sociale à d'autres programmes (N.-B.⁽³⁾, N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.⁽¹²⁾), ainsi qu'un modèle hybride combinant l'un et l'autre (Man.⁽⁵⁾ et Qc⁽¹⁰⁾). Les programmes par catégorie d'invalidité proposent ce qu'on peut désigner comme des prestations d'invalidité distinctes ou améliorées. L'assistance sociale intégrée est en quelque sorte un programme général d'aide sociale assorti de dispositions pour l'invalidité.

Quels sont les critères d'admissibilité?

Nous avons résumé dans les pages précédentes les critères d'admissibilité aux programmes d'invalidité de quelques provinces et territoires canadiens. En général, les demandeurs doivent présenter une déficience intellectuelle ou développementale avant d'avoir 18 ans, quoiqu'il existe des exceptions dans certaines provinces où l'on considère d'autres diagnostics (en C.-B.), des handicaps physiques qui nuisent aux activités du quotidien, les lésions cérébrales acquises ou la maladie mentale de longue durée (en N.-É.). De plus, les demandeurs doivent avoir 18 ans, habiter dans la province ou le territoire qui verse les prestations et avoir la citoyenneté canadienne ou la résidence permanente. L'évaluation médicale de l'invalidité varie d'une province et d'un territoire à l'autre et adopte différentes approches :

- Restrictive – La Nouvelle-Écosse exige une attestation d'un conseil médical consultatif;
- Simplifiée – Le Manitoba accepte un formulaire d'évaluation rempli une seule fois par une ou un médecin;
- Détaillée – Dans les Territoires du Nord-Ouest, un formulaire d'évaluation doit être rempli par divers professionnels de la santé.

Quels sont les niveaux de prestation?

Selon le programme, les prestations sont fixées selon un **taux forfaitaire** (un montant standard versé pour les besoins élémentaires) ou **selon les besoins** (un montant adapté en fonction des dépenses de la ou du bénéficiaire). Certains programmes permettent certains revenus d'emploi ou d'une autre source sans réduire le montant des prestations.

Figure 1. Montant de la prestation d'invalidité mensuelle que reçoit une ou un adulte dans chaque province du Canada.

Les Canadiens handicapés de Terre-Neuve-et-Labrador sont ceux qui reçoivent la **prestation provinciale d'invalidité mensuelle la plus élevée**, mais celle-ci n'en est pas moins **en deçà, par plus de 700 \$, de la mesure fédérale de faible revenu**.

Terre-Neuve-et-Labrador, 1 759 \$

Île-du-Prince-Édouard, 1 692 \$

Colombie-Britannique, 1 654 \$

Ontario, 1 485 \$

Saskatchewan, 1 485 \$

Québec, 1 422 \$

Manitoba, 1 260 \$

Nouvelle-Écosse, 1 260 \$

Nouveau-Brunswick, 1 178 \$

Alberta, 1 060 \$

Seuil fédéral de faible revenu,

2 544 \$

0 \$

2 600 \$

Remarque – Sources : Personne seule recevant des prestations d'invalidité⁽⁵⁾, Seuils de faible revenu en région métropolitaine de 500 000 habitants ou plus⁽¹⁶⁾ en 2024.

Quelle est la couverture des dépenses associées au handicap (par exemple, logement accessible, transport, diète spécialisée, services paramédicaux et services de relève)?

La couverture des dépenses liées à un handicap varie selon le programme et la province ou le territoire. Selon le programme, la couverture peut viser les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et de la vue, les aides spécialisées, les suppléments nutritifs ou les allocations alimentaires, l'équipement ou le transport médical, les fournitures pour le traitement du diabète, les services ambulanciers d'urgence et les modifications du domicile ou du véhicule.

Quelles données trouve-t-on concernant les retombées de ces modèles?

On trouve peu de données accessibles au grand public sur les retombées du soutien au revenu versé à des Canadiens en raison de leur handicap. De plus, le suivi des indicateurs sur les retombées semble manquer de transparence et de constance. Les données disponibles entourant des indicateurs socioéconomiques montrent que les personnes ciblées composent avec la pauvreté, une instabilité en matière de logement, des lacunes au chapitre des soins de santé, de l'insécurité alimentaire et des barrières à l'emploi. Fait à souligner, il n'existe pas d'évaluation ou de données concernant l'effet direct des programmes de soutien au revenu sur la qualité de vie.

La pauvreté

Le taux de pauvreté parmi les Canadiens en situation de handicap est deux fois plus élevé que celui que vivent les autres Canadiens.⁽²⁾ Par conséquent, les privations matérielles et l'insécurité alimentaire sont des réalités documentées dans certaines provinces. Le Manitoba présentait le plus petit écart de revenu entre les personnes handicapées et celles qui ne l'étaient pas⁽⁴⁾, en partie parce que les Manitobains en situation de handicap reçoivent une combinaison de prestations et d'au revenu, dont de l'aide pour le loyer. Signalons que dans toutes les provinces canadiennes, les bénéficiaires de prestations d'invalidité vivent bien en deçà du seuil de pauvreté (voir la figure 1).⁽¹²⁾

La précarité du logement

Partout au Canada, dans des provinces ou territoires qui n'offrent aucune aide au logement pour les adultes handicapés, une part importante du soutien au revenu est consacrée au loyer. Cette situation entraîne des problèmes de surpeuplement et d'itinérance. Le risque d'itinérance a été réduit dans les provinces, dont le Manitoba, où l'aide au logement existe.⁽⁵⁾

Des besoins médicaux non comblés

Des conclusions de recherche indiquent que les Canadiens handicapés sont quatre fois plus susceptibles que leurs concitoyens non handicapés⁽⁹⁾ d'avoir des besoins non satisfaits en

matière de soins de santé et de ne pas pouvoir payer pour des soins dentaires ou des services en santé mentale.

L'insécurité alimentaire

Le recours aux banques alimentaires est plus important parmi les Canadiens handicapés de certaines provinces.

⁽¹⁴⁾

Les barrières à l'emploi

Augmenter les exemptions sur le revenu annuel sans exposer les bénéficiaires à la perte ou à la réduction de leurs prestations peut augmenter les perspectives d'embauche⁽¹⁵⁾.

Quel est le meilleur modèle de soutien du revenu fondé sur les retombées?

Selon les données disponibles, les programmes fondés sur des catégories d'invalidité (avec prestations d'invalidité distinctes ou améliorées) entraînent de plus grandes retombées pour les adultes handicapés qui vivent au Canada. Cela dit, les bénéficiaires continuent de vivre bien en deçà des seuils de pauvreté fédéraux.

Par ailleurs, une combinaison de prestations fixes et de prestations fondées sur les besoins semble procurer un revenu plus élevé aux adultes canadiens en situation de handicap, sans toutefois les hisser au-dessus du seuil de pauvreté. Enfin, des soutiens complémentaires, comme des services de soins de santé, de l'aide au logement et des possibilités d'emploi peuvent aussi contribuer à améliorer le revenu des adultes handicapés partout au Canada, bien que ces derniers demeurent sous le seuil de la pauvreté. Des recherches montrent qu'un soutien adéquat et stable du revenu est associé positivement à une amélioration de la santé et de la qualité de vie.

Annexe 2.1A : Références – littérature universitaire

- Campolieti, M. et Lavis, J. N. (2000). Disability Expenditures in Canada, 1970-1996: Trends, Reform Efforts and a Path for the Future. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, 26(2), 241. Renvoi : <https://doi.org/10.2307/3552558>
- Dinan, S. et Boucher, N. (2021). Disability and Employment Policy in Canada: National Policy Variation for Working Age Individuals. *Journal of Social Policy*, 52(4), 719–739. Renvoi : <https://doi.org/10.1017/s0047279421000878>
- Doe, T., Rajan, D. et Abbott, C. (2003). Le maintien des avantages non pécuniaires liés aux prestations de travail : une mesure de soutien aux mères seules et aux femmes handicapées. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/SW21-102-2002F.pdf>
- Finlay, B., Dunn, S. et Zwicker, J. D. (2020). Navigating Government Disability Programs across Canada. *Canadian Public Policy*, 46(4), 474–491. Renvoi : <https://doi.org/10.3138/cpp.2019-071>
- Jongbloed, L. (1998). Disability Income: The Experiences of Women with Multiple Sclerosis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 193–201. Renvoi : <https://doi.org/10.1177/000841749806500404>
- Kneebone, R. D. et Grynishak, O. (2011). Income Support for Persons With Disabilities. *The School of Public Policy Publications*, Vol. 4 (2011). <https://doi.org/10.11575/SPPP.V4I0.42366>
- Lightman, E., Vick, A., Herd, D. et Mitchell, A. (2009). “Not disabled enough”: Episodic disabilities and the Ontario Disability Support Program. *Disability Studies Quarterly*, 29(3). Renvoi : <https://doi.org/10.18061/dsq.v29i3.932>
- McAllister, A., Hackett, M. et Leeder, S. (2017). Disability income support design and mental illnesses: A review of Australia and Ontario. *Public Health Research & Practice*, 27(2). Renvoi : <https://doi.org/10.17061/phrp2721715>
- Petit, G. et Tedds, L. M. (2020). Interactions Between Income and Social Support Programs in B.C. *SSRN Electronic Journal*. Renvoi : <https://doi.org/10.2139/ssrn.3781878>

Annexe 2.1B : Rapport du Réseau pour la santé du cerveau des enfants

Politique en matière de handicap au Canada : Rapport provincial et territorial. (2025). Kids brain health network - réseau pour la santé du cerveau des enfants. Consulté le 18 décembre 2025 : <https://kidsbrainhealth.ca/disability-policy-in-canada-provincial-and-territorial-report/?lang=fr>.

Annexe 2.1C : Association nationale des étudiant(e)s handicapé(e)s au niveau postsecondaire

Argumentaire en faveur de la dissociation du revenu d'emploi et des prestations pour les personnes en situation de handicap. (2025, 24 juillet). NEADS – Media.
www.neads.ca/fr/about/media/index.php?id=1461.

Annexe 2.1D : Références – littérature grise

1. Annual earnings exemption. (2024, 18 septembre). Government of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/family-social-supports/services-for-people-with-disabilities/disability-assistance/on-disability-assistance/annual-earnings-exemption>
2. Le Canada obtient un « F » pour la lutte contre la pauvreté liée au handicap. (s.d.). Le handicap sans pauvreté. www.disabilitywithoutpoverty.ca/fr/2024/report-card/rapport-de-la-pauvrete-liee-au-handicap
3. Questions posées fréquemment – Personnes handicapées. (s.d.) Gouvernement du Nouveau-Brunswick. www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/personnes_handicapees/content/questions.html
4. Income of people with disabilities. (s.d.). The Conference Board of Canada. <https://www.conferenceboard.ca/hcp/disability-income.aspx/#top>
5. Manitoba. (2025, juillet). Maytree. maytree.com/changing-systems/data-measuring/welfare-in-canada/manitoba/
6. Person with disabilities (PWD). (s.d.). Ask an Advocate. <http://maytree.com/changing-systems/data-measuring/welfare-in-canada/manitoba>
7. Person with disabilities (PWD). (s.d.). Ask an Advocate. askanadvocate.ca/assistance-programs/disability-assistance/person-with-disabilities-pwd/
8. Petit, G. et Tedds, L. M. (2020). Interactions between income and social support programs in B.C. Social Science Research Network. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3781878>
9. Pucchio, A. M. R., Stranges, S. et Ali, S. (2025). Disability and unmet need for health care in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Disability and Health Journal*, 18(4), 101846. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101846>
10. Québec. (2025, juillet). Maytree. maytree.com/changing-systems/data-measuring/welfare-in-canada/quebec/#:~:text=Also%20note%20that%20the%20Government,1%20of%20the%20calendar%20year
11. Programme de revenu assuré pour personnes handicapées en Saskatchewan (SAID). (s.d.). Saskatchewan. www.saskatchewan.ca/bonjour/family-and-social-support/apply-for-financial-assistance/income-support-for-people-with-disabilities

12. The Canadian Press. (2024, 7 juin). N.L. launching disability benefit to top up federal program and create basic income. <https://halifax.citynews.ca/2024/06/07/n-l-launching-disability-benefit-to-top-up-federal-program-and-create-basic-income/>
13. T. Doe, D. Rajan et C. Abbott. (2003). *Le maintien des avantages non pécuniaires liés aux prestations de travail : Une mesure de soutien aux mères seules et aux femmes handicapées*. Gouvernement du Canada.
14. Who's Hungry Report 2022: A Story of a System Under Strain. (2022). Daily Bread Food Bank and North York Harvest Food Bank. Consulté le 18 décembre 2025 : www.dailybread.ca/wp-content/uploads/2023/06/DB-WhosHungryReport-2022-Digital-1.pdf
15. Working for Change: Disability and the Fight for Equity in Employment. (2025). *Transition: The Magazine of Disability Alliance BC*. Consulté le 18 décembre 2025 : disabilityalliancebc.org/publications/transition-magazine/
16. Gouvernement du Canada. (2025). Seuils de faible revenu. www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/services/travailleurs-etrangers/fournisseurs-soins/capacite-financiere.html

2.2 Les proches aidants Portrait de

l'intervention et approche Question

Quels programmes de soutien officiels trouve-t-on dans les provinces et territoires canadiens pour aider les proches aidants d'adultes handicapés vivant dans la collectivité, par exemple des services de relève, de soutien à domicile, de formation des proches aidants ou de programmes d'études? Quelles données trouve-t-on concernant les retombées de ces programmes?

Méthode

Approche et interprétation de la question

Nous établissons une distinction entre les *retombées* et les *résultats* d'un programme. Les résultats sont les services rendus (p. ex., le nombre de personnes qui ont fait appel aux services de relève) alors que les retombées sont les bienfaits que les bénéficiaires ont tirés des services reçus.

Termes de recherche et outils

Pour trouver des articles scientifiques examinés par des pairs, nous avons procédé à une recherche à l'aide de l'intelligence artificielle à partir du site Elicit.com, en utilisant des éléments des questions formulées en guise de termes de recherche.

Pour trouver des ressources issues de la littérature grise (Internet ouvert) nous avons fait des recherches en ligne [en anglais] à l'aide de Microsoft Bing sur un éventail de termes tirés de la question principale. En voici une liste non exhaustive :

Efficacité et retombées des programmes

- Canadian family caregiver support programs adults disabilities evaluation outcomes (programmes canadiens soutien proches aidants adultes handicaps évaluation retombées)
- respite care effectiveness research Canada adult disability (répit relève soins efficacité recherche Canada adulte handicap)
- home care support program evaluation Canada health outcomes longitudinal study (programme soutien à domicile évaluation Canada retombées santé étude longitudinale)
- Canadian caregiver training program effectiveness evaluation outcome measures (programme formation proches aidants efficacité évaluation retombées mesures)

Économie et analyse de coûts

- cost effectiveness analysis caregiver support programs Canada health outcomes (rapport coût-efficacité programme soutien proches aidants Canada retombées santé)
- Canadian caregiver support SROI social return investment economic evaluation (soutien canadien proches aidants rendement social de l'investissement évaluation économique)
- international best practices caregiver support programs Australia UK cost effectiveness (international pratiques exemplaires programmes de soutien proches aidant Australie Royaume-Uni efficience)

Établissements de recherche et organismes de politiques

- Canadian health research institutes caregiver program evaluation (institut recherche santé canadiens évaluation de programmes proches aidants – p. ex. ICIS, IHE Alberta)
- Canadian policy organizations caregiver support analysis (organismes canadiens politiques soutien aux proches aidants analyse – p. ex. CCPA, Conference Board, OCDE)
- Canadian research universities caregiver support economic evaluation (centres de recherche universitaires canadiens évaluation économique soutien proches aidant – p. ex. McMaster, UBC, Toronto)

Sources du gouvernement fédéral

- site:canada.ca family caregivers disability support programs benefits funding (site canada.ca programmes d'assistance famille proches aidants handicapé prestations financement)
- site:canada.ca federal budget parliamentary committee caregiver support disability (site canada.ca budget fédéral comité parlementaire soutien des proches aidants invalidité)

Programmes provinciaux et territoriaux

- [Nom de province/territoire] disability support programs family caregiver respite funding community living (programme de soutien handicapés famille proche aidant relève financement vie communautaire) (une recherche pour chaque province et territoire)

Mise en œuvre et utilisation

- Canadian caregiver training program certification (programme de formation proches aidants canadien certificat)
- caregiver support utilization statistics wait times Canada (soutien proches aidants utilisation statistiques temps d'attente Canada)
- innovative caregiver support programs pilot projects Canada (programmes novateurs soutien proches aidants projets pilotes Canada)

Résultats

Publications évaluées par des pairs

Nous avons identifié dix des études les plus pertinentes à s'être penchées sur les programmes de soutien de proches aidants auprès d'adultes handicapés vivant dans un cadre communautaire d'une région du Canada (Annexe 2.2 A). Les études suivent des protocoles variés, dont l'analyse descriptive, la revue systématique, l'analyse des données d'études interventionnelles, observationnelles, l'analyse de données d'enquête et l'analyse de données quantitatives. Les études se sont penchées sur différents types de programmes : soutien autogéré, soutien aux familles, aide aux soins à domicile, financement direct des soins à domicile, services de relève, interventions psychosociales, formation ou éducation des proches aidants, soutien à la vie dans la collectivité, services à domicile de ventilation artificielle, assistance aux personnes ayant des lésions cérébrales acquises et soins transitoires. La mise en œuvre des programmes a suivi divers modèles de prestation, dont les services autogérés par l'utilisateur et la famille, les services publics officiels, la prestation de services à des groupes ou communautaire, les services institutionnels avec formation des proches aidants et la coordination de soins transitoires. Les programmes reposent sur des modèles de financement direct, autogéré ou géré par un organisme.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

L'analyse par thème a permis de faire diverses observations. Des variations ont été relevées dans les programmes reposant sur financement direct et les programmes de soins transitoires, ce qui a mis en lumière des préoccupations relatives à l'accessibilité et à l'équité. Apparemment, le soutien autogéré améliore l'accès aux soins de santé et la santé mentale des utilisateurs, réduit le nombre de besoins insatisfaits et les dépenses payées par les utilisateurs, particulièrement au sein des familles à faible revenu. Il semble que les familles qui ont accès à des interventions plurielles et à des services officiels de relève utilisent davantage les soins à domicile et ne désirent pas autant recourir à l'institutionnalisation de leur proche. La formation en groupe favorise une compétence et une satisfaction accrues des proches aidants. Le besoin de soutien et de formation continue des proches aidants a été exprimé.

Dans l'ensemble, **la mise en œuvre réussie de programmes s'accompagne de diverses considérations**, dont l'existence de mesures de soutien personnalisées, flexibles, accessibles, polyvalentes, plurielles, et de longue durée, la mise en place de soins précoces ou améliorés, une main-d'œuvre renouvelable et adéquate, la conception équitable de politiques, la participation des proches ou de la ou du bénéficiaire à la conception du programme, des modèles autogérés par les utilisateurs et le soutien financier des familles à faible revenu. **Les obstacles à la mise en œuvre réussie des programmes** sont associés à un manque de pérennité, de financement, de main-d'œuvre, d'équité, d'autogestion et à des disparités urbaines/rurales et économiques.

Littérature grise

Dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, on trouve des programmes de soutien officiels pour aider les proches aidants d'adultes handicapés vivant dans la collectivité, par exemple du soutien à domicile, des services de relève et des crédits d'impôt ou des prestations en espèces (Annexes 2.2B et 2.2C).

Un peu partout au Canada, ces programmes relèvent de partenariats entre le fédéral et les provinces pour offrir des soins à domicile et communautaires, une aide fédérale au revenu sous forme de prestations d'assurance-emploi aux proches aidant ou des mesures fiscales fédérales.

Dans les partenariats fédéral-provinciaux, le financement fédéral sert à la création de programmes offerts à l'échelle d'une province. Les mesures d'aide personnelle, les soins infirmiers, les services de relève à domicile et les programmes de jour pour adultes en sont quelques exemples. **Des évaluations réalisées par le système prestataire sont les seules données disponibles sur les retombées de telles mesures.** En 2024, un rapport publié par le Centre canadien d'excellence pour les aidants, *Être aidant au Canada*, visait à rendre compte des observations de plus de 3 000 aidants et fournisseurs de soins de partout au pays.⁽¹⁾ En voici les principales observations :

- Une personne aidante sur quatre affirme que sa santé mentale est passable ou mauvaise;
- Une personne aidante sur 5 est âgée de 65 ans ou plus;
- Une personne aidante sur cinq a soutenu financièrement celui ou celle dont elle s'occupe;
- Une personne aidante sur 5 déclare avoir dépensé 1 000 \$ par mois de sa poche.

Les prestations pour proches aidants d'adultes (versées pour un maximum de 15 semaines) et les prestations de compassion (versées pendant un maximum de 26 semaines) sont des **prestations fédérales d'assurance-emploi pour les proches aidants**. Ces prestations visent à offrir un substitut de revenu à court terme pendant qu'une aidante ou qu'un aidant donne des soins de manière intensive. **On trouve peu de données sur les retombées** qu'ont ces prestations pour les aidants ou les personnes dont elles et ils s'occupent.

Le crédit canadien pour aidant naturel et le crédit d'impôt pour personne handicapée sont deux **mesures fiscales** qu'offre le gouvernement **fédéral**. Ces mesures sont des crédits d'impôt non remboursables qui visent à réduire le revenu imposable des personnes handicapées et des proches qui en prennent soin. **Il n'y a pas de données disponibles sur les retombées** qu'ont ces crédits d'impôt pour les aidants ou les personnes dont elles et ils s'occupent.

On trouve peu de formations structurées ou de cours offerts aux proches aidants d'adultes handicapés. Ce qui est offert fait généralement partie d'une formation sur les soins à domicile pour les proches aidants qui doivent accomplir certaines tâches ou utiliser de l'équipement à la maison, ou émane d'organismes sans but lucratif associés à un diagnostic en particulier ou destinés à soutenir des proches aidants. **On trouve peu de données sur les effets** d'une formation ou de cours aux proches aidants sur ces personnes ou sur celle ou celui elles prennent soin. Dans une étude menée au Québec (n=81), des proches aidants ont dit ressentir un plus grand sentiment de contrôle sur leur expérience de soins après avoir participé à une intervention en gestion du stress.⁽²⁾ On ignore cependant si ces effets ont été observés après avoir reçu du soutien de programmes du gouvernement provincial.

Annexe 2.2 A : Publications évaluées par des pairs

Caldwell, J. (2006). Consumer-directed supports: Economic, health, and social outcomes for families. *Mental Retardation*, 44(6), 405-417. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44%255B405:csehas%255D2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44%255B405:csehas%255D2.0.co;2)

Gallagher, E. et Hagen, B. (1996). Outcome evaluation of a group education and support program for family caregivers. *Gerontology & Geriatrics Education*, 17(1), 33-50. https://doi.org/10.1300/j021v17n01_03

Gan, C., Gargaro, J., Brandys, C., Gerber, G. et Boschen, K. (2010). Family caregivers' support needs after brain injury: A synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers. *NeuroRehabilitation*, 27(1), 5-18. <https://doi.org/10.3233/nre-2010-0577>

Heller, T., Miller, A. B. et Hsieh, K. (1999). Impact of a consumer-directed family support program on adults with developmental disabilities and their family caregivers. *Family Relations*, 48(4), 419. <https://doi.org/10.2307/585250>

Kelly, C., Jamal, A., Aubrecht, K. et Grenier, A. (2020). Emergent issues in directly-funded care: Canadian perspectives. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(6), 626-646. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1745736>

Martin, L., Ouellette-Kuntz, H. et McKenzie, K. (2017). Care in the community: Home care use among adults with intellectual and developmental disabilities over time. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(3), 251-254. <https://doi.org/10.1111/jppi.12171>

Medical, A. S. (2008). Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*.

Rose, L., McKim, D. A., Katz, S. L., Leasa, D., Nonoyama, M., Pedersen, C., Goldstein, R. S., Road, J. D., Amin, R., Avendano, M., Goldstein, R., Dial, S., Fan, E., Fraser, I., Fowler, R., Rubinfeld, G., Katz, S., King, J., Leasa, D., ... Rose, L. (2015). Home mechanical ventilation in Canada: A national survey. *Respiratory Care*, 60(5), 695-704. <https://doi.org/10.4187/respcare.03609>

Stainton, T., Brown, J., Crawford, C., Hole, R. et Charles, G. (2011). Comparison of community residential supports on measures of information & planning; access to & delivery of supports; choice & control; community connections; satisfaction; and, overall perception of outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(8), 732-745. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01378.x>

Weeks, L. E., Barber, B., MacDougall, E. S., Macdonald, M., Martin-Misener, R. et Warner, G. (2020). An exploration of Canadian transitional care programs for older adults. *Healthcare Gestion Forum*, 34(3), 163-168. <https://doi.org/10.1177/0840470420974040>

Annexe 2.2B : Références – littérature grise

1. Être aidant au Canada : Sondage auprès des aidants et des fournisseurs de soins au Canada. (2024). Centre canadien d'excellence pour les aidants. Consulté le 1^{er} décembre 2025 : https://canadiancaregiving.org/wp-content/uploads/2024/06/CCCE_Etre-aidant-au-Canada.pdf
2. Ducharme, F., Lebel, P., Lachance, L. et Trudeau, D. (2006). Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: A mixed research design. *Research in Nursing & Health*, 29, 427-441. <https://doi.org/10.1002/nur.20152>

Annexe 2.2C : Programmes canadiens de soutien pour proches aidants

Compétence	Nom du programme	Type	Données sur les retombées	Sommaire de données
Fédéral	Crédit canadien pour aidant naturel	financier	non	Données sur les dépenses fiscales seulement; aucune évaluation de retombées pour les proches aidants
Fédéral	Prestations pour proches aidants d'adultes de l'assurance-emploi	financier	non	Évaluation 2013-2017 : taux d'approbation de 78 %; problèmes de sensibilisation soulevés
Fédéral	Prestations de soins de compassion de l'assurance-emploi	financier	non	Même évaluation que ci-dessus; difficultés documentées sur le plan des demandes et de la sensibilisation
Nationale	National Recreational Respite	services de relève	non	Aucune donnée d'évaluation retrouvée sur les retombées
Ontario	Santé à domicile Ontario	services de relève	non	Suivi limité aux résultats de fonctionnement
Ontario	Programme Passeport (volet services de relève)	services de relève	non	Une analyse de l'Université Carleton en 2024 indique « peu d'attention accordée aux retombées ».
Ontario	DI – Services et soutiens de relève pour aidants naturels	services de relève	non	Aucune publication trouvée sur l'évaluation des retombées
Ontario	Financement direct (programme de services d'auxiliaires auto-gérés)	soins à domicile	non	Aucune évaluation officielle des retombées retrouvée
Ontario	Attendant Outreach Services	soins à domicile	non	Aucune donnée relevée sur les retombées
Ontario	Programme ANCRÉ (Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario)	formation	non	Approche fondée sur les données probantes, mais aucune évaluation publiée

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Ontario	<u>Caregiving Essentials Course – McMaster</u> (cours de base sur la prestation de soins)	formation	oui	Données d'ECR : amélioration des connaissances et de la confiance en soi, réduction du fardeau PEU importante
Ontario	<u>Ligne d'assistance de l'organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario</u>	autre	non	Données sur le volume d'appels seulement

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Québec	Baluchon Répit Long Terme	services de relève	non	Prix d'excellence 2023 du MSSS; pas d'étude publiée sur les retombées
Québec	Programme de soutien aux familles	services de relève	non	Aucune évaluation officielle des retombées retrouvée
Québec	L'Appui – Services de répit	services de relève	oui	Sondage sur la satisfaction de 285 proches aidants; pas de mesure des retombées sur le fardeau
Québec	Services de soutien à domicile – CLSC	soins à domicile	non	Aucune donnée trouvée sur les retombées pour les proches aidants
Québec	Allocation directe	soins à domicile	non	Aucune évaluation officielle retrouvée sur les retombées pour les proches aidants
Québec	EÉSAD (Entreprises d'économie sociale en aide à domicile)	soins à domicile	non	Aucune donnée trouvée sur les retombées pour les proches aidants
Québec	Devenir aidant, ça s'apprend!	formation	non	Des études indiquent une amélioration de la confiance en soi et du sentiment d'efficacité personnelle; pas de données sur la réduction du fardeau
Québec	Crédit d'impôt pour personne aidante (services spécialisés de relève)	financier	non	Aucune évaluation des retombées
Québec	Reconnaissance des services de relève bénévoles¹	financier	non	Aucune évaluation des retombées
Colombie-Britannique	CLBC Individual and Family Wellness Services	services de relève	oui	Suivi sur la satisfaction des utilisateurs (79-80 %); aucune étude rigoureuse quant à l'effet sur le fardeau
Colombie-Britannique	Health Authority Respite Services	services de relève	non	Aucune publication trouvée sur l'évaluation des retombées
Colombie-Britannique	Fraser Health BookABreak	services de relève	non	Aucune donnée d'évaluation retrouvée sur les retombées
Colombie-Britannique	Home Support Services	soins à domicile	non	Pas d'étude britanno-colombienne trouvée sur l'évaluation des retombées
Colombie-Britannique	Choice in Supports for Independent Living (CSIL)	soins à domicile	non	Aucune évaluation des retombées trouvée

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Colombie-Britannique	Family Caregivers of BC Programs	formation	non	Aux dires des clients : 89 % sont plus confiants, 85 % ont vu une amélioration de la qualité de vie de la personne aidée; données non contrôlées
----------------------	--	-----------	-----	--

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Colombie-Britannique	Family Support Institute of BC	formation	non	Accréditation CARF; aucune publication trouvée sur l'évaluation des retombées
Alberta	PDD Program Respite Services	services de relève	non	Suivi des dépenses; pas d'études sur le fardeau des aidants
Alberta	Services de relève à domicile et de soins communautaires d'Alberta Health Services (AHS)	services de relève	non	Warren et al. 2003 : rapport fardeau/qualité de vie « demeure stable » et satisfaction élevée
Alberta	Soins à domicile et communautaires d'AHS	soins à domicile	non	Pas d'évaluation retrouvée sur les retombées pour les proches aidants
Alberta	Family Caregiver Centre (AHS – Calgary)	autre	non	Pas de données publiées sur les retombées
Alberta	COMPASS for the Caregiver	formation	non	Gold Laurel Award 2019; témoignages qualitatifs uniquement
Alberta	Caregiver-Centered Care Education (Université de l'Alberta)	formation	oui	<i>BMC Health Services Research</i> 2022 : amélioration des connaissances et de l'attitude du fournisseur
Saskatchewan	Services de relève à domicile de la Saskatchewan Health Authority (SHA)	services de relève	non	Aucune donnée d'évaluation trouvée sur les retombées
Saskatchewan	Programme de soins à domicile de SHA	soins à domicile	non	Aucune évaluation des retombées pour les aidants trouvée
Saskatchewan	Individualized Funding for Home Care (financement individualisé de soins à domicile)	soins à domicile	non	Aucune évaluation des retombées trouvée
Saskatchewan	Self-Directed Funding (financement autogéré, ministère des Services sociaux)	soins à domicile	non	Aucune évaluation des retombées trouvée
Saskatchewan	Saskatoon Caregiver Information and Support Centre	formation	non	Aucune évaluation des retombées trouvée
Manitoba	Services d'intégration communautaire des personnes handicapées	services de relève	non	Aucune évaluation des retombées trouvée
Manitoba	Programme de soins de relève de l'Office régional de la santé de	services de relève	non	Aucune évaluation des retombées trouvée

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

	Winnipeg			
Manitoba	Services de relève St.Amant	services de relève	non	Aucune évaluation des retombées trouvée
Manitoba	Programme de soins à domicile du Manitoba	soins à domicile	non	Mesures provinciales en développement par Soins Communs; pas d'évaluation publiée à ce jour

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Manitoba	Crédit d'impôt pour soignant primaire	financier	non	Aucune évaluation des retombées
Manitoba	Services d'intégration communautaire des personnes handicapées – formation aux services cliniques	formation	non	Aucune évaluation des retombées trouvée
Nouvelle-Écosse	Flex Individualized Funding Program	services de relève	non	Hausse de 25 % du financement en 2025; pas d'évaluation officielle des retombées
Nouvelle-Écosse	Programme Caregiver Benefit	financier	non	Cité en référence dans la recherche sur le bien-être financier des aidants
Nouvelle-Écosse	Programmes de Caregivers Nova Scotia	formation	non	Aucune évaluation officielle des retombées retrouvée
Nouvelle-Écosse	Programme NS Centre on Aging CARERS	formation	non	Évalué par les pairs : réduction de la charge émotive, amélioration de la maîtrise et réduction du fardeau
Nouveau-Brunswick	Programme de soutien aux personnes ayant un handicap	services de relève	non	Pas de données accessibles au public sur les retombées
Île-du-Prince-Édouard	Programme d'accessibilité	services de relève	non	2 457 dossiers en 2023-2024; révision du programme en cours; pas de données sur les retombées à ce jour
Île-du-Prince-Édouard	Prestation pour proches aidants à domicile	financier	non	Inaugurée en juillet 2024; trop récente pour des données sur les retombées
Île-du-Prince-Édouard	Gardens of Hope Respite Cottage	services de relève	non	Pas de données d'évaluation officielle
Terre-Neuve-et-Labrador	Provincial Home Support Program	soins à domicile	non	Évaluation du programme réalisée par Deloitte en 2016
Terre-Neuve-et-Labrador	Paid Family Caregiving Option	soins à domicile	oui	Le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information a fait une évaluation et formulé des recommandations en 2016
Yukon	Adult's Disability Services Respite Funding	services de relève	non	Aucune donnée d'évaluation retrouvée sur les retombées
Yukon	Programme de soins de santé à domicile	soins à domicile	non	Aucune donnée d'évaluation retrouvée sur les retombées

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Yukon	YACL Respite Care Home	services de relève	non	Projet pilote; aucune évaluation des retombées trouvée
Yukon	Inclusion Yukon Respite Matching Program	autre	non	Service de jumelage seulement; pas d'évaluation des retombées

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Territoires du Nord-Ouest	<u>Programme de soins à domicile et en milieu communautaire</u>	soins à domicile	non	Mise en œuvre de la trousse interRAI référencée; pas de données publiées sur les retombées.
Territoires du Nord-Ouest	<u>Soins de relève hors du domicile</u>	services de relève	non	17 lits répartis sur le territoire; pas d'évaluation des retombées
Territoires du Nord-Ouest	<u>Guide à l'intention des aidants naturels des TNO</u>	formation	non	Ressource éducative de 34 pages; contenu informatif seulement
Nunavut	<u>Programme de soins à domicile et en milieu communautaire</u>	soins à domicile	non	Trousse d'outils interRAI planifiée; pas de données publiées sur les retombées
Nunavut	<u>Soins de relève hors du domicile</u>	services de relève	non	5 lits de soins palliatifs/de relève; aucune évaluation des retombées

Remarques : ¹ Ce programme a été annulé en 2021.

2.3 Aides à la transition pour les proches aidants

Portrait de l'intervention et approche

Question

Quels programmes officiels et services de planification de la transition les provinces et territoires canadiens proposent-ils pour aider les adultes dont les proches aidants sont vieillissants ou n'arrivent plus à fournir des soins? Quels en sont les critères d'admissibilité et les mécanismes d'accès? Quelles données trouve-t-on concernant les retombées de ces programmes?

Méthode

Approche et interprétation de la question

Nous avons remarqué que les programmes dénombrés risquaient fortement de recouper ceux que les questions des parties 2.1 (Remédier à l'inadéquation des mesures de soutien du revenu) et 2.2 (Les proches aidants) ont permis d'identifier. Tout programme qui vient en aide à des personnes et des familles peut procurer des bienfaits lors des transitions de soins. Notre réponse à cette question cible donc les programmes ou services qui visent particulièrement à soutenir la planification future des soins, ou les programmes qui fournissent un éventail de mesures de soutien, dont au moins une mesure qui comprend textuellement la planification des soins pour l'avenir.

Nous établissons aussi une distinction entre les **retombées** et les **résultats** d'un programme. Les résultats sont les services rendus (p. ex., le nombre de personnes qui ont fait appel aux services de relève, le nombre d'heures de services à domicile qu'une personne reçoit chaque mois) alors que les retombées sont les bienfaits que les bénéficiaires ont tirés des services reçus.

Nous avons fait ces distinctions pour interpréter les questions ci-dessous.

1. Quels programmes ou services les provinces et territoires canadiens proposent-ils pour aider les adultes handicapés et leur famille, lorsque les proches aidants sont vieillissants ou n'arrivent plus à fournir des soins?
2. Quels en sont les critères d'admissibilité et les mécanismes d'accès?
3. Quelles données trouve-t-on concernant les retombées de ces programmes?

Termes de recherche et outils

Pour trouver des articles scientifiques examinés par des pairs, nous avons procédé à une recherche à l'aide de l'intelligence artificielle à partir du site Elicit.com, en utilisant des éléments des questions formulées en guise de termes de recherche.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Pour trouver des ressources issues de la littérature grise (Internet ouvert) nous avons fait des recherches en ligne [en anglais] à l'aide de Microsoft Bing sur un éventail de termes tirés de la question principale. En voici une liste non exhaustive :

Territoire couvert

- [Nom de province/territoire] aging caregiver transition planning disability future planning (aidants vieillissants planification de transition handicap planification avenir (*recherche individuelle dans les 13 provinces et territoires*))

Organismes provinciaux/territoriaux

- Provincial inclusion/community living organizations + aging families + future planning (organismes provinciaux inclusion/vie en société + familles vieillissantes + planification avenir, p. ex. BCACL, ANBIC, NLACL, Inclusion Alberta, Community Living Ontario)
- Provincial disability councils and advocacy bodies + supported living services adults (conseils provinciaux invalidité et organismes de défense des droits + services intégration communautaires adultes)

Les résultats qu'ont générés ces recherches nous ont amenés à en faire d'autres, plus ciblées :

Organismes et réseaux nationaux

- PLAN Planned Lifetime Advocacy Network Canada disability future planning (PLAN Canada handicap planification avenir)
- Inclusion Canada/Canadian Association for Community Living aging caregivers report (Inclusion Canada proches aidants vieillissants rapport)
- IRIS Institute Research Inclusion Society disability aging caregivers Canada (IRIS handicap proches aidants vieillissants Canada)

Initiatives et programmes provinciaux

- LIGHTS program Ontario developmental disabilities (programme LIGHTS Ontario déficience intellectuelle)
- Partners for Planning Ontario network future planning families (réseau Partners for Planning Ontario planification avenir familles)
- Continuity Care Manitoba families disabilities future planning (Continuity Care Manitoba familles déficiences avenir planification)
- CLBC BC Strategy on Aging developmental disabilities (Community Living British Columbia stratégie sur le vieillissement déficiences intellectuelles)

Sources gouvernementales et politiques

- Canada Senate committee disability aging parents caregivers report (Canada Sénat comité déficiences parents âgés aidants rapport)
Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

- Ontario Ombudsman developmental services transition aging caregivers report (Ombudsman Ontario développement services transition aidants vieillissants rapport)
- Canada Law Commission disability aging legal capacity report (Commission du droit du Canada déficience vieillir capacité juridique rapport)

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Résultats

Publications évaluées par des pairs

Il n'existe pas d'étude ou de recherche canadienne sur des programmes officiels et services de planification de la transition pour aider les adultes dont les proches aidants sont vieillissants ou n'arrivent plus à fournir des soins.

Nous avons cependant trouvé trois études réalisées ailleurs et les résumons dans cette partie (Bigby et al., 2011; Brennan et al., 2020; Heller et Caldwell, 2006). Les études suivaient des protocoles variables puisque l'une était une étude d'intervention, une autre était une étude qualitative et la troisième, une revue systématique. Les observations de la revue systématique montrent que les programmes structurés ne sont pas très répandus ou évalués. Certaines retombées positives sont évoquées pour les familles qui ont entrepris une démarche de planification de l'avenir, mais sans autre forme de précision.

L'étude d'intervention s'inscrivait dans l'organisation d'ateliers structurés animés par des pairs à l'intention des familles. Au nombre des retombées observées, signalons un meilleur degré de préparation familiale (p. ex. préparation des documents de planification), une réduction du fardeau des proches aidants et une plus grande autonomie (p. ex. une hausse des décisions que prennent au quotidien les adultes handicapés).

Les conclusions de l'étude qualitative soulèvent l'absence de planification et de processus de transition officiels. Le soutien est informel et géré en grande partie par des membres de la famille. De plus, les transitions étaient apparemment souvent rapides et motivées par une crise, ce qui procurait aux proches un sentiment d'impuissance.

Les études présentaient certaines limitations, dont un manque de détails sur l'admissibilité ou les retombées, et les échantillons étaient de petite taille.

Littérature grise

À l'échelle nationale, on dénombre un petit nombre de programmes et de services officiels de planification de la transition pour aider les adultes dont les proches aidants sont vieillissants ou n'arrivent plus à fournir des soins : Outil de planification de l'avenir⁽¹⁾, PLAN/Plan Institute/Partners for Planning^(2, 3, 4), AIDE Canada⁽⁵⁾ et Frères et sœurs Canada⁽⁶⁾. Il s'agit surtout de ressources éducatives et informatives (et non de services). Elles sont mises à la disposition de tous les Canadiens, qui peuvent y accéder gratuitement en ligne. Il n'y a pas de données disponibles sur les retombées de l'un ou l'autre de ces programmes.

Tous les Canadiens en situation de handicap et leurs proches aidants peuvent utiliser l'Outil de planification de l'avenir, financé par Emploi et Développement social Canada. L'outil est accessible en ligne. Le site Web propose du contenu sur les finances et le logement ainsi qu'un outil permettant de créer un plan sur mesure pour l'avenir. Il n'y a pas de données disponibles sur les retombées de cette ressource.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Tous les Canadiens en situation de handicap et leurs proches aidants peuvent utiliser les ressources que propose PLAN et Plan Institute, dont la création a été financée en partie par des subventions gouvernementales, et les services accessibles gratuitement en ligne ou payants.^(2, 3) Des ateliers et des webinaires sur les finances et le logement font partie des ressources offertes, de même qu'un soutien personnalisé pour la planification. Il n'y a pas de données disponibles sur les retombées de cette ressource.

Tous les Canadiens en situation de handicap et leurs proches aidants peuvent utiliser les ressources que propose AIDE Canada, qui jouit de nombreux soutiens financiers dont ceux du gouvernement et d'organismes charitables. La ressource est accessible gratuitement en ligne.⁽⁵⁾

Des modules d'apprentissage, des webinaires et des résumés de données sur le soutien accessible et la planification pour l'avenir. Il n'y a pas de données disponibles sur les retombées de cette ressource.

Tous les Canadiens dont une sœur ou un frère adulte vit avec un handicap peuvent utiliser les ressources de Frères et sœurs Canada, une initiative du Centre canadien d'excellence pour les aidants. Ces ressources sont accessibles gratuitement ou à coût modique.⁽⁶⁾ Elles consistent en des cours en ligne et des webinaires sur les finances, la santé mentale, la communication et la planification de l'avenir. Il n'y a pas de données disponibles sur les retombées de cette ressource.

Partout au Canada, des services de relève et de soins à domicile sont mis à la disposition de proches aidants d'adultes handicapés. Ces services sont généralement fondés sur les besoins de la ou du bénéficiaire plutôt que sur l'âge de la personne qui en prend soin. Ils ne sont pas non plus conçus pour planifier l'avenir de manière proactive. Cependant, il arrive que ces services soient utilisés en raison d'une crise ou d'une hospitalisation [de l'aidante ou de l'aidant] qui précipite la transition de la personne handicapée vers des soins en résidence ou auprès d'autres aidants.

Au Manitoba, l'organisme sans but lucratif Continuity Care, qui fut fondé par des proches de personnes atteintes d'une déficience intellectuelle, est spécialement conçu pour soutenir les proches aidants qui souhaitent planifier l'avenir de celui ou de celle dont ils s'occupent, lorsqu'eux-mêmes ne pourront plus le faire.⁽⁷⁾ Cet organisme est principalement financé par un fonds de dotation que gère la Winnipeg Foundation.⁽⁸⁾ Particuliers et familles peuvent devenir membres de l'organisme à raison de 25 \$ par année ou de 250 \$ pour une adhésion à vie. Les organismes peuvent en devenir membres pour 50 \$ par année. Les particuliers, les membres de la fratrie et les parents peuvent y trouver du soutien, participer à des ateliers et planifier l'avenir de la personne dont ils s'occupent. Il n'y a pas de données disponibles sur les retombées de cette ressource.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Annexe 2.3 A : Publications évaluées par des pairs

Bigby, C., Bowers, B. et Webber, R. (2011). Planning and decision making about the future care of older group home residents and transition to residential aged care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(8), 777–789. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01297.x>

Brennan, D., McCausland, D., O'Donovan, M. A., Eustace-Cook, J., McCallion, P. et McCarron, M. (2020). Approaches to and outcomes of future planning for family carers of adults with an intellectual disability: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(6), 1221–1233. <https://doi.org/10.1111/jar.12742>

Heller, T. et Caldwell, J. (2006). Supporting aging caregivers and adults with developmental disabilities in future planning. *Mental Retardation*, 44(3), 189–202. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44%255B189:sacaaw%255D2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44%255B189:sacaaw%255D2.0.co;2)

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Annexe 2.3B : Références – littérature grise

1. Outil de planification de l'avenir. Plan Institute et Prospérité Canada. Accessible à : futureplanningtool.ca/fr/accueil.
2. Planned Lifetime Advocacy Network (PLAN). Accessible à : plan.ca.
3. Plan Institute. Accessible à : planinstitute.ca/.
4. Partners for Planning. Planning Network. Accessible à : www.planningnetwork.ca/.
5. AIDE Canada (Réseau d'échange de connaissances sur l'autisme et la déficience intellectuelle). Accessible à : aidecanada.ca/fr/accueil#.
6. Frères et sœurs Canada. Centre canadien d'excellence pour les aidants. Accessible à : canadiancaregiving.org/fr/siblingscanada-fr/
7. Continuity Care Inc. Accessible à : <https://continuitycare.ca/>
8. The Winnipeg Foundation. Organizations with Agency Funds. Accessible à : <https://www.wpgfdn.org/granting/agency-funds/organizations-with-agency-funds/>

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

2.4 Prestation de services en région rurale

Portrait de l'intervention et approche

Question

Quels modèles de prestation de services trouve-t-on au Canada pour fournir des soins à domicile, des soins infirmiers et des services de soutien direct aux personnes handicapées des régions rurales ou éloignées, qu'il s'agisse de services mobiles, d'applications de télésanté et de carrefour de services régionaux?

Méthode

Approche et interprétation de la question

Quels modèles de prestation de services trouve-t-on au Canada pour fournir des soins à domicile, des soins infirmiers, des services de soutien direct aux personnes handicapées de régions rurales ou éloignées? Nous faisons une distinction entre un **modèle** et un **programme** de services. Un modèle est une approche générale que peuvent adopter des provinces et territoires alors qu'un programme est un service ou un organisme auquel il est possible de recourir au sein d'une province ou d'un territoire. Chaque programme s'inspire donc d'un modèle; plusieurs programmes peuvent utiliser le même modèle.

Termes de recherche et outils

Pour trouver des articles scientifiques examinés par des pairs, nous avons procédé à une recherche à l'aide de l'intelligence artificielle à partir du site Elicit.com, en utilisant des éléments des questions formulées en guise de termes de recherche.

Pour trouver des ressources issues de la littérature grise (Internet ouvert) nous avons fait des recherches en ligne [en anglais] à l'aide de Microsoft Bing sur un éventail de termes tirés de la question principale. En voici une liste non exhaustive :

Recherches visant un survol général :

- rural remote disability services Canada (rurales éloignées services handicap Canada)
- remote rehabilitation service delivery models (éloigné réadaptation service modèles prestation)
- Canadian rural healthcare delivery approaches (approches canadiennes prestation soins de santé région rurale)
- disability services remote communities Canada (handicap services collectivités éloignées Canada)

Recherche de services télésanté/soins virtuels :

- rural telehealth infrastructure challenges Canada (infrastructure rurale télésanté défis Canada)
- broadband internet rural remote Canada disability services (Internet large bande rural éloigné Canada handicapé services)
- virtual care nurse practitioner remote communities (soins virtuels infirmière praticienne collectivités éloignées)

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Recherche sur le modèle de réseau en étoile :

- hub spoke rehabilitation model Canada (réseau étoile modèle réadaptation Canada)
- regional rehabilitation networks Canada (réseaux régionaux de réadaptation Canada)
- hub spoke disability services rural (réseau étoile handicap services rural)

Recherches sur les services mobiles/itinérants :

- mobile health services rural Canada (mobile services de santé Canada rural)
- itinerant therapy services remote communities (itinérant services thérapie collectivités éloignées)
- outreach rehabilitation services northern Canada (services externes réadaptation Nord Canada)

Recherches comparatives et sur la mise en œuvre :

- comparing rural service delivery models Canada (comparaison modèles prestation services ruraux)
- rural disability service best practices Canada (rural handicap services pratiques exemplaires Canada)
- remote healthcare equity access Canada (soins de santé à distance équité accès Canada)
- provincial rural rehabilitation programs comparison (comparaison programmes réadaptation provincial rural)
- barriers rural disability services Canada (barrières rural services handicapés Canada)

Résultats

Publications évaluées par des pairs

Nous avons relevé dix études portant sur les modèles de prestation de services aux personnes handicapées vivant dans des régions rurales ou éloignées du Canada (Annexe 2.4A). Il s'agissait pour la plupart d'études descriptives ou qualitatives, ou d'analyses de politiques. Elles reposaient sur un éventail de paramètres : régions rurales ou éloignées, rurales et urbaines, et ciblaient tout le Canada ou une province ou un territoire. Les études se sont intéressées à divers types de services : soins à domicile, soins infirmiers, soins de longue durée, soins aux personnes atteintes de démence et gestion autonome d'une maladie chronique. L'éventail de modèles de prestation de services étudiés comprenait les soins connectés, les équipes interdisciplinaires intégrées, les soins hybrides (en ligne et en personne), les modèles financés par le gouvernement, par secteur ou politique, les modèles de soins communautaires ou à domicile et les soins informels (par la famille). Soulignons que tous les modèles de prestation de services relevés dans le secteur s'accompagnaient d'une participation publique ou communautaire.

Les analyses thématiques ont révélé plusieurs constats concernant l'utilisation de certains modèles : les modèles intégrés facilitent apparemment l'affectation des ressources et la coordination; les modèles hybrides sont fréquemment utilisés auprès d'enfants handicapés, et les soins informels assurés par la famille et les amis comblaient les lacunes des services officiels offerts en région rurale. Fait à noter, alors que les services de soins à domicile financés par le gouvernement semblent plus accessibles en région rurale, l'offre de services privés y est moins grande.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.
Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Les études rapportent que parmi les modèles de prestation de services assistés par les technologies, la télésanté est utilisée pour l'autogestion de maladie chronique et les soins aux personnes atteintes de démence, de même que pour fournir des soins infirmiers et un soutien direct. Diverses plateformes en ligne servent aussi à donner de la formation, de l'accompagnement et du soutien. Les services mobiles comme la télésanté et les télésoins à domicile semblent permettre de surmonter les barrières géographiques. Soulignons que l'accès limité à Internet est désigné comme un obstacle aux soins assistés par les technologies. De façon générale, **les obstacles à la mise en place de modèles de prestation de services étaient** la géographie, la main-d'œuvre, les ressources, l'infrastructure et la disponibilité de services privés (à but lucratif).

On trouve une quantité limitée de données sur les retombées des modèles de prestation de services pour les personnes handicapées en région rurale. Les études ont relevé, entre autres retombées positives pour les personnes handicapées et leurs familles, un plus grand sentiment d'efficacité personnelle et une meilleure santé, un soutien plus important, un accès flexible et efficient, des expériences familiales positives et une réduction des déplacements.

Littérature grise

Les provinces canadiennes ont élaboré plusieurs modèles de prestation de services spécifiquement adaptés à la difficulté de procurer des services de réadaptation et de soins aux personnes handicapées vivant en région éloignée.⁽¹⁾ Trois approches se sont avérées particulièrement utiles.

La télésanté et les soins virtuels permettent aux fournisseurs ruraux et aux patients de communiquer avec des spécialistes et des services par les technologies vidéo et téléphoniques. Le Réseau de soutien virtuel en temps réel de la Colombie-Britannique illustre bien cette approche : le personnel infirmier et les médecins en milieu rural peuvent communiquer directement par vidéo avec des urgentologues, des pédiatres et d'autres spécialistes pour du soutien clinique en temps réel, et des patients en région éloignée peuvent obtenir des soins primaires et des services de santé mentale sans avoir à se déplacer.⁽²⁾ Le réseau fonctionne selon le principe voulant que les soins virtuels doivent s'ajouter aux services locaux plutôt que de les remplacer, pour développer les capacités des collectivités plutôt que de centraliser les soins ailleurs.⁽²⁾ Des programmes semblables au Nunavut jumellent des infirmières praticiennes et des infirmières en santé communautaire afin de gérer à distance les maladies chroniques.⁽³⁾ La principale limitation demeure l'infrastructure à large bande dans un contexte où de nombreuses collectivités éloignées ne disposent pas d'une connexion Internet fiable.⁽⁴⁾

Les **réseaux en étoile** étendent l'expertise de pointe jusqu'aux collectivités dont les populations réduites ne permettent pas d'occuper des spécialistes à temps plein. Un cœur régional d'équipes interdisciplinaires permet d'offrir des évaluations spécialisées et de planifier des traitements, alors que les sites des « branches » fournissent des soins continus en profitant de l'expertise du cœur grâce à des consultations virtuelles.⁽⁵⁾ Ce modèle permet aux patients de recevoir près de chez eux la plupart des soins dont ils ont besoin tout en conservant un accès à des experts de pointe pour des besoins complexes. En Ontario, la Rehabilitative Care Alliance a officialisé cette approche pour certaines populations, dont des personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise, d'une lésion de la moelle épinière ou qui

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

ont subi une amputation.⁽⁵⁾ À Terre-Neuve-et-Labrador, la zone Ouest a mis en place un modèle de soins virtuels en étoile qui couvre 25 sites de soins primaires sur 28. On a ainsi réussi à détourner plus de 26 000 visiteurs des urgences tout en maintenant un degré élevé de satisfaction de la clientèle.⁽⁶⁾

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Les déplacements et les services mobiles procurent aux collectivités un accès direct à des fournisseurs et de l'équipement selon une rotation planifiée. Au Yukon, des physiothérapeutes se déplacent dans presque toutes les collectivités du territoire et y cultivent des relations essentielles à l'efficacité des soins dans les petites collectivités.⁽¹⁾ En Alberta, l'AHS exploite une unité mobile d'IRM et des services de dialyse pour les patients qui ne peuvent se rendre dans les centres urbains.⁽⁷⁾ En Colombie-Britannique, l'unité médicale mobile – deux semi-remorques équipées – peut se déplacer partout dans la province en 24 heures pour des interventions d'urgence, des cliniques de santé publique ou pour le maintien de services d'un hôpital en rénovation.⁽⁸⁾

Chaque modèle vise divers aspects du manque de services en région rurale, et la plupart des provinces et territoires les utilisent en combinaison. La flexibilité demeure la constante entre tous les modèles afin d'adapter la prestation de services aux réalités géographiques plutôt que d'attendre des collectivités rurales qu'elles se conforment aux modèles urbains.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Annexe 2.4A : Publications évaluées par des pairs

Forbes, D. A. et Edge, D. S. (2009). Canadian home care policy and practice in rural and remote settings: Challenges and solutions. *Journal of Agromedicine*, 14(2), 119–124. Renvoi : <https://doi.org/10.1080/10599240902724135>

Forbes, D. A. et Janzen, B. L. (2004). Comparison of rural and urban users and non-users of home care in Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 9(4), 227–235.

Gerlach, A. J., Matthiesen, A., Bulkeley, K. et Gibbs, K. (2023). Using technology to enhance services and supports for children and youth with disabilities and medical complexity and their families in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Disability Studies*, 12(2), 81–109. Renvoi : <https://doi.org/10.15353/cjds.v12i2.1012>

Hanlon, N. et Halseth, G. (2005). The greying of resource communities in northern British Columbia: Implications for health care delivery in already-underserved communities. *Canadian Geographies/Géographies canadiennes*, 49(1), 1–24. Renvoi : <https://doi.org/10.1111/j.0008-3658.2005.00077.x>

Hollander, M. J. et Pallan, P. (1995). The British Columbia Continuing Care system: Service delivery and resource planning. *Aging Clinical and Experimental Research*, 7(2), 94–109. Renvoi : <https://doi.org/10.1007/bf03324298>

Jaglal, S. B., Haroun, V. A., Salbach, N. M., Hawker, G., Voth, J., Lou, W., Kontos, P., Cameron, J. E., Cockerill, R. et Bereket, T. (2013). Increasing access to chronic disease self-management programs in rural and remote communities using telehealth. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 467–473. Renvoi : <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0197>

Kitchen, P., Williams, A., Pong, R. W. et Wilson, D. (2011). Socio-spatial patterns of home care use in Ontario, Canada: A case study. *Health & Place*, 17(1), 195–206. Renvoi : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.014>

Lamothe, L., Fortin, J.–P., Labbé, F., Gagnon, M.-P. et Messikh, D. (2006). Impacts of telehomecare on patients, providers, and organizations. *Telemedicine and e-Health*, 12(3), 363–369. Renvoi : <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.12.363>

McBain, L. et Morgan, D. (2005). Telehealth, geography, and jurisdiction: Issues in healthcare delivery in northern Saskatchewan. *Canadian Woman Studies*, 24(4), 123–129. <https://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/download/6076/5264>

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Sevean, P., Dampier, S., Spadoni, M., Strickland, S. et Pilatzke, S. (2009). Patients and families experiences with video telehealth in rural/remote communities in Northern Canada. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2573–2579. Renvoi : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02427.x>

Annexe 2.4B : Références – littérature grise

1. Smith LPR. (2022). Challenging Health Service Delivery Models to Improve Access to Physical Therapy in Rural, Remote and Northern Communities. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9397772/>
2. Novak Lauscher H. et al. (2023). Real-time virtual supports improving health equity and access in British Columbia. *Healthcare Management Forum*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10446902/>
3. Santé Canada. 2021. Plan d'action sur les soins virtuels du Nunavut. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/accord-bilateral-priorites-pancanadiennes-matiere-de-soins-virtuels-covid-19/plan-action-nunavut.html>
4. Bibliothèque du Parlement. (2023). Déploiement des services Internet à large bande dans les régions rurales et éloignées au Canada. https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/202311E
5. Rehabilitative Care Alliance. (2024). Principles and Criteria for Hub-and-Spoke Model for Specialized Rehabilitation. https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2024/04/RCA_Principles-Criteria_Hub-and-Spoke-Model-for-Specialized-Rehab.pdf
6. Excellence en santé Canada (2024). Cadre de soins virtuels intégrés pour les soins primaires. <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/parteneriat-sur-les-soins-virtuels-appropries/pratiques-prometteuses-du-parteneriat-sur-les-soins-virtuels-appropries/cadre-de-soins-virtuels-integres-pour-les-soins-primaires/>
7. Alberta Health Services. (2024). Rural Health. <https://www.albertahealthservices.ca/info/page878.aspx>
8. Vu M, et al. (2015). The Mobile Medical Unit: A unique program in British Columbia. *British Columbia Medical Journal*. <https://bcmj.org/articles/mobile-medical-unit-unique-program-british-columbia>

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

2.5 Le recrutement en région rurale

Portrait de l'intervention et approche Question

Quelles stratégies de recrutement, de maintien des effectifs et de formation les provinces et territoires canadiens ont-ils mises en place pour répondre aux pénuries de personnel de soutien, d'infirmières et de fournisseurs de soins à domicile qualifiés pour les personnes handicapées des régions rurales, et quelles sont les retombées de ces initiatives?

Méthode

Approche et interprétation de la question

Par « stratégies », nous entendons des approches ou des solutions, plutôt que des programmes précis, qui pourraient être mises en œuvre dans des programmes.

Nous distinguons aussi les **retombées** et les **résultats** d'un programme. Les résultats sont les services rendus (p. ex., le nombre de personnes qui ont reçu des services) alors que les retombées sont les bienfaits que les bénéficiaires ont tirés des services reçus.

Termes de recherche et outils

Pour trouver des articles scientifiques examinés par des pairs, nous avons procédé à une recherche à l'aide de l'intelligence artificielle à partir du site Elicit.com, en utilisant des éléments des questions formulées en guise de termes de recherche.

Pour trouver des ressources issues de la littérature grise (Internet ouvert) nous avons fait des recherches en ligne [en anglais] à l'aide de Microsoft Bing sur un éventail de termes tirés de la question principale. En voici une liste non exhaustive :

Sources de gouvernements provinciaux/territoriaux

- [province/territoire] healthcare workforce rural recruitment nursing shortage homecare (soins de santé main-d'œuvre recrutement rural soins infirmiers pénurie soins à domicile)
- [région] disability support worker training programs rural recruitment (handicap travailleur de soutien programmes de formation recrutement rural) [Des recherches distinctes ont été menées pour la région atlantique, le centre et l'ouest du Canada ainsi que le Nord]

Recherche de programmes précis

- "Learn and Stay Grant" Ontario outcomes data evaluation results (« subvention ontarienne Apprendre et rester » retombées données évaluation résultats)
- "Tuition Support Program for Nurses" rural remote outcomes (« Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières » rural éloigné retombées)
- "International Educated Nurses" program Western Canada recruitment 2019–2024 (programme des « infirmières et infirmiers formés à l'étranger » Ouest canadien recrutement 2019-2024)
- "community health representative" training territorial northern Canada (« représentant en santé communautaire » formation territoriale nord du Canada)

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Sources universitaires et d'instituts de recherche

- Atlantic Canada healthcare workforce research “Memorial University” “Dalhousie University” (Canada atlantique soins de santé main-d'œuvre recherche « Univeristé Memorial » « Université Dalhousie »)
- Northern Ontario School Medicine rural physician recruitment (nord de l'Ontario faculté médecine rural médecin recrutement)
- academic research rural healthcare workforce Western Canada university studies (recherche universitaire rural soins de santé main-d'œuvre Ouest canadien études universitaires)

Statistiques sur la main-d'œuvre et retombées

- [région] health workforce statistics 2024 outcomes data recruitment retention rural (santé main-d'œuvre statistiques 2024 retombées données recrutement maintien des effectifs rural)
- Atlantic Canada healthcare workforce statistics 2024 rural nurse retention rates (Canada atlantique soins de santé main-d'œuvre statistiques 2024 rural infirmières taux de maintien des effectifs)
- territorial Canada health workforce research evaluation outcomes remote nursing (territoires canadiens santé main-d'œuvre recherche évaluation retombées soins infirmiers à distance)

Populations particulières et accent sur le service

- “Indigenous nursing” workforce recruitment Western Canada First Nations health (« soins infirmiers autochtones » main-d'œuvre recrutement Ouest canadien Premières Nations santé)
- “home care” “homecare” workforce rural recruitment training Western Canada provinces (« soins à domicile » « maintien à domicile » main-d'œuvre rurale recrutement formation Ouest canadien)
- Quebec rural health workforce strategy nurse recruitment (Québec rural santé main-d'œuvre stratégie infirmière recrutement)

Résultats

Publications évaluées par des pairs

Nous avons relevé dix études portant sur les stratégies de recrutement, de maintien des effectifs et de formation que les provinces et territoires canadiens ont mises en place pour répondre aux pénuries de personnel de soutien, d'infirmières et de fournisseurs qualifiés de soins à domicile pour les personnes handicapées des régions rurales (Annexe 2.5 A). Les études suivent des protocoles variables : analyse qualitative, revue systématique, méthodes combinées et analyse des politiques. La plupart des études s'intéressent particulièrement au personnel infirmier, certaines mettent l'accent sur les fournisseurs de soins à domicile et aucune n'a porté sur les travailleurs de soutien auprès des personnes handicapées. De façon générale, les données d'évaluation sur les retombées sont limitées.

L'analyse thématique des **stratégies de recrutement** a permis de constater le recours aux technologies de communication (télésanté, formation à distance), aux mesures incitatives

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

pécuniaires, à la formation continue, à l'amélioration de l'environnement de travail et à du marketing ciblé (recommandations par le personnel, recrutement de fournisseurs par affinité avec la collectivité). Selon des données d'évaluation limitées des retombées (Nowrouzi et al., 2015; Mbemba et al., 2013), les améliorations apportées à l'environnement de travail ont contribué à une grande satisfaction du personnel, et les incitatifs financiers se sont avérés efficaces pour améliorer la répartition des ressources humaines.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

L'analyse thématique des **stratégies de maintien des effectifs** a montré le recours aux améliorations de l'environnement de travail, à la gestion du stress, à la formation continue, au soutien et aux mesures incitatives pécuniaires. Selon des données d'évaluation limitées des retombées (Nowrouzi et al., 2015; Mbemba et al., 2013), la gestion du stress et les améliorations apportées à l'environnement de travail ont contribué à une réduction de l'épuisement professionnel et au maintien des effectifs infirmiers. Une étude (Nowrouzi et al., 2015) révèle aussi que des relations solidaires entre les infirmières étaient un facteur déterminant du maintien des effectifs.

L'analyse thématique des **stratégies de formation et d'éducation** a montré le recours à la formation professionnelle, aux technologies de communication (télésanté, formation à distance), au mentorat, à la gestion du stress et à un programme de transition structuré pour les infirmières nouvellement diplômées. Selon des données d'évaluation limitées des retombées (Nowrouzi et al., 2015; Mbemba et al., 2013), le perfectionnement professionnel continu et la gestion du stress ont contribué à de meilleures connaissances et à une réduction de l'épuisement professionnel au sein du personnel infirmier.

Littérature grise

Le recrutement

Des provinces et territoires ont recours à des mesures incitatives pécuniaires ciblées assorties de promesse de service post-formation. En Saskatchewan, le programme incitatif de recrutement en régions rurales ou éloignées (Rural and Remote Recruitment Incentive) offre une prime pouvant atteindre 50 000 \$ sur 3 ans aux infirmières autorisées, et des primes à l'échelle aux infirmières auxiliaires autorisées et aux assistants en soins continus.⁽¹⁾ L'Î.-P.-É. verse une prime de 5 000 \$ pour des placements à l'extérieur de Charlottetown.⁽²⁾ Le Nunavut verse une prime de 3 000 \$ à la signature du contrat de travail et jusqu'à 15 000 \$ sur 2 ans pour le maintien en poste.⁽³⁾ Les canaux de recrutement international se développent également. Terre-Neuve-et-Labrador a entrepris la démarche auprès de plus de 600 infirmières formées à l'étranger⁽¹¹⁾, et une mission de recrutement de la Nouvelle-Écosse au Kenya a donné lieu à la présentation de 65 offres d'emploi conditionnelles à des assistants en soins continus.⁽¹²⁾

Le maintien des effectifs

La mesure incitative de la Colombie-Britannique visant à maintenir le personnel infirmier en région rurale permet aux infirmières d'obtenir des primes maximales de 8 000 \$/année dans 74 collectivités.⁽⁴⁾ Des primes salariales permanentes visent à contrer le roulement de personnel dans les postes de soins communautaires : l'Ontario a instauré une prime salariale permanente de 3 \$/heure pour les préposés aux services de soutien et préposés aux soins directs⁽⁵⁾ pendant que le Manitoba établissait à 19 \$ le salaire horaire de base pour le personnel de première ligne des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées.⁽⁶⁾ Ces mesures salariales visent précisément à contrer l'important roulement de personnel du secteur, un roulement particulièrement aigu en région rurale.

Formation

Les canaux permettant d'empocher un salaire tout en apprenant peuvent contribuer à augmenter la main-d'œuvre des soins aux personnes. En Colombie-Britannique, le programme d'accès aux carrières en santé (Health Career Access Program) rembourse les frais de formation. Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

frais de scolarité et verse une allocation aux membres du personnel qui suivent une formation d'aides-soignants sans quitter leur emploi.⁽⁷⁾ En Nouvelle-Écosse, un projet pilote de formation comme assistante ou assistant en soins continus produisait une première cohorte de diplômés en octobre 2024.⁽⁸⁾ Ces modèles de recrutement sont directement transférables au secteur des foyers pour personnes handicapées et au secteur du soutien communautaire, quoique les titres de poste varient d'une province et d'un territoire à l'autre (travailleurs de soutien pour les personnes en situation de handicap, assistants en soins continus, aides-soignants, etc.).

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Résultats

Le Yukon a fait passer de 20,4 % à 8,1 % le nombre de vacances en milieu hospitalier pour des postes en soins infirmiers et n'a eu à signaler aucune fermeture de centres de soins en 2024.⁽⁹⁾ La Saskatchewan a placé plus de 400 professionnels depuis 2022, ce qui lui a permis de réduire de 28 % les perturbations de services en milieu rural.

Conclusions

Les approches les plus efficaces combinent plusieurs stratégies plutôt que de miser sur des interventions isolées. La formation rémunérée permet d'augmenter les effectifs tout en réduisant les barrières à l'entrée d'ordre pécuniaire. Les mesures incitatives ciblées en région rurale assorties de promesse de service post-formation orientent les travailleurs de première ligne vers les régions mal desservies. Les hausses salariales permanentes, plutôt que les primes temporaires, semblent jouer un rôle critique dans la réduction du roulement de personnel dans les postes de soins communautaires. Enfin, les provinces et territoires qui publient de manière transparente des données sur les résultats (taux de postes vacants, nombre net d'embauches, maintien des effectifs nouvellement diplômés) et les retombées sont en meilleure posture pour suivre les progrès de leurs programmes et les ajuster au besoin. Des lacunes demeurent dans la mesure où les résultats et les retombées sont diffusés de manière inégale et généralement limitée dans toutes les provinces. Par ailleurs, le recrutement du personnel de soutien aux personnes handicapées accuse un retard par rapport aux initiatives visant le personnel infirmier.

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Annexe 2.5 A : Publications évaluées par des pairs

Calleja, P., Adonteng-Kissi, B. et Romero, B. (2019). Transition support for new graduate nurses to rural and remote practice: A scoping review. *Nurse Education Today*, 76, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.022>

Forbes, D. A. et Edge, D. S. (2009). Canadian home care policy and practice in rural and remote settings: Challenges and solutions. *Journal of Agromedicine*, 14(2), 119–124. <https://doi.org/10.1080/10599240902724135>

Gagnon, M.-P., Paré, G., Pollender, H., Duplantie, J., Côté, J., Fortin, J.-P., Labadie, R., Duplâa, E., Thifault, M.-C., Courcy, F., McGinn, C. A., Ly, B. A., Trépanier, A. et Malo, F.-B. (2011). Supporting work practices through telehealth: Impact on nurses in peripheral regions. *BMC Health Services Research*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-27>

Hunsberger, M., Baumann, A., Blythe, J. et Crea, M. (2008). Sustaining the rural workforce: Nursing perspectives on worklife challenges. *The Journal of Rural Health*, 25(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2009.00194.x>

Keefe, J. M., Knight, L., Martin-Matthews, A. et Légaré, J. (2011). Key issues in human resource planning for home support workers in Canada. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 40(1), 21–28. <https://doi.org/10.3233/wor-2011-1203>

MacKinnon, K. (2008). Labouring to nurse: The work of rural nurses who provide maternity care. *Rural and Remote Health*. <https://doi.org/10.22605/rrh1047>

Mbemba, G., Gagnon, M.-P., Paré, G. et Côté, J. (2013). Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: An umbrella review. *Human Resources for Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-44>

Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Larivière, M., Carter, L., Rukholm, E., Schinke, R. et Belanger-Gardner, D. (2015). Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments. *Workplace Health & Safety*, 63(7), 308–315. <https://doi.org/10.1177/2165079915576931>

Roberge, C. M. et Lavoie, J. (2008). Who stays in rural practice? An international review of the literature on factors influencing rural nurse retention. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 8(2), 42–53. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v8i2.116>

Sharman, Z. (2014). Recruitment and retention of home support workers in rural communities. *Home Health Care Services Quarterly*, 33(4), 229–243. <https://doi.org/10.1080/01621424.2014.964897>

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur
demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

Annexe 2.5B : Références – littérature grise

1. Saskatchewan. (2025). Saskatchewan Rural and Remote Recruitment Incentive. <https://www.saskatchewan.ca/residents/health/health-human-resources/incentives-for-healthcare-professionals/saskatchewan-rural-and-remote-recruitment-incentive>
2. Île-du-Prince-Édouard. (2023). Experienced Registered Nurses – Nursing Recruitment Incentive Program. <https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-and-wellness/experienced-registered-nurses-nursing-recruitment-incentive-program>
3. Nunavut Nurses. (2025). Salaires et primes. <https://nunavutnurses.ca/fr/emplois/salaire-et-primes>
4. Colombie-Britannique. (2025). Minimum Nurse Patient Ratios Frequently Asked Questions. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/mnpr/mnpr-frequently-asked-questions>
5. Ontario. (2024). Programme d'amélioration permanente de la rémunération des préposés aux services de soutien personnel et des préposés aux soins directs. <https://www.ontario.ca/fr/page/programme-damelioration-permanente-remuneration-preposes-aux-services-soutien-personnel-preposes-aux-soins-directs>
6. Manitoba. (2023). Communiqué – Manitoba. <https://news.gov.mb.ca/news/index.fr.html?item=58497>
7. Colombie-Britannique. (2025). Health Career Access Program. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/employment-business/job-seekers-employees/find-a-job/health-care>
8. Shannex. (2024). Celebrating the First Graduates of Nova Scotia's Continuing Care Assistant Program. <https://shannex.com/news-announcements/first-graduates-of-nova-scotias-continuing-care-assistant-program/>
9. Yukon. (2024). Le gouvernement du Yukon s'attaque aux problèmes touchant les ressources humaines en santé <https://yukon.ca/fr/news/le-gouvernement-du-yukon-sattaque-aux-problemes-touchant-les-ressources-humaines-en-sante>
10. Saskatchewan. (2025). New and Enhanced Health care Positions Announced to Strengthen Rural and Remote Services Across Saskatchewan. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2025/july/23/new-and-enhanced-healthcare-positions-announced-to-strengthen-rural-and-remote-services-across-saska>

Ce document est disponible dans d'autres formats, sur demande.

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 204 256-4301.

11. NL Health Service. (2025). Successful Recruitment Efforts Lead to Increase of Internationally Educated Nurses. <https://nlhealthservices.ca/news/successful-recruitment-efforts-lead-to-increase-of-internationally-educated-nurses/>
12. Nouvelle-Écosse. (2023). Healthcare Workers Coming to Nova Scotia from Kenya. <https://news.novascotia.ca/en/2023/01/04/healthcare-workers-coming-nova-scotia-kenya>