



Concours national 2021 d'étude de cas en administration publique

**Une honte nationale:
Les soins de longue durée et la COVID-19**
Robert P. Shepherd, Andrea Rounce, Molly McGuire



UNE HONTE NATIONALE: LES SOINS DE LONGUE DURÉE ET LA COVID-19

« LA VIE D'ENFER COMMENCE »

La ministre fédérale de la Santé, Adolina Covante, n'imaginait pas que les relations qu'elle s'efforçait de forger avec les provinces et les territoires depuis 2016 seraient fortement mises à l'épreuve. Elle avait été impliquée de près avec ses collègues du Cabinet dans le dossier de la COVID-19 depuis janvier 2020. Mais maintenant, un an plus tard, il était évident que le virus prenait des proportions hors de contrôle, pas uniquement au Canada mais partout dans le monde à quelques exceptions près, comme en Australie et en Nouvelle-Zélande où le strict confinement et d'autres mesures sévères avaient été imposés dès le début.

Elle a rappelé ce qu'elle faisait sur le dossier de la COVID-19 en janvier 2020. Même si elle était très au courant des actualités au sujet de l'apparition d'un virus dans plusieurs pays, en particulier en Chine, en Asie du Sud-Est et en Russie, rien ne portait à croire qu'il se répandait au Canada. De telles suppositions ont été vite abandonnées lorsque le premier cas a été détecté à Toronto, quand un homme dans la cinquantaine est arrivé de Wuhan, en Chine, le 25 janvier. Il a été admis à l'hôpital Sunnybrook à Toronto le 26 janvier et des échantillons ont été envoyés au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg pour y être analysés. Sa femme est devenue le deuxième cas présumé de la COVID-19, et s'est révélée également porteuse du virus le 26 janvier. Le 27 janvier, le Laboratoire national de microbiologie a confirmé publiquement que le virus de la COVID-19 était présent au Canada. D'autres cas ont été détectés à Vancouver à la fin de janvier, là encore sur des personnes qui rentraient au Canada depuis la région de Wuhan (Presse canadienne, 2020).

D'ici le 6 mars au plus tard, les gouvernements fédéral et provinciaux allaient passer en revue toutes leurs options pour un plan d'action, même s'il existait peu de mesures ou de stratégies coordonnées. Il y avait 51 cas au Canada (43 cas actifs, 8 guérisons) et d'après les projections de l'Agence de la santé publique (ASPC), si les gouvernements n'agissaient pas, le virus continuerait à se propager rapidement. Le 9 mars, un homme de 80 ans était le premier à mourir dans un établissementⁱ de soins de longue durée à North Vancouver. Les premières données ont montré que le virus affectait les personnes âgées plus durement que les jeunes canadiens, et que les résidences pour personnes âgées ainsi que les centres de soins de longue durée étaient les plus à risque étant donné qu'ils sont des lieux de passage élevé et que le personnel travaille souvent dans plus d'un établissement.

Sur les 118 000 cas signalés dans 114 pays dans le monde, plus de 90 % l'ont été dans quatre pays seulement, et dans deux d'entre eux – la Chine et la République de Corée – l'épidémie marque clairement le pas. 81 pays n'ont signalé aucun cas, et 57 pays n'ont pas rapporté plus de dix cas. Nous ne le répéterons jamais assez fort, ni assez clairement, ni assez souvent: tous les pays peuvent encore modifier le cours de cette pandémie. Si les pays détectent, dépistent, traitent, isolent, retracent les cas et mobilisent leurs populations pour la riposte, ceux n'ayant qu'un petit nombre de cas peuvent empêcher que ceux-ci ne deviennent des groupes de cas, et que ces groupes de cas aboutissent à une transmission communautaire. Directeur général de l'OMS, mars 2020.

Le 11 mars, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la

COVID-19 pouvait être qualifiée de pandémie mondiale. Le directeur général de l'OMS a informé le monde que tous les pays étaient appelés à prendre d'urgence des mesures agressives contre le virus. « Nous avons sonné l'alarme, haut et fort. », a-t-il déclaré. (Organisation mondiale de la santé, 2020)

Au Canada, il a été décidé après de nombreuses délibérations aux niveaux fédéral et provincial/territorial que la pandémie de la COVID-19 impliquerait la fermeture de toutes les entreprises, des événements publics et de tous les rassemblements sociaux et commerciaux à compter du 14 mars. Le 20 mars, la frontière canado-américaine a été fermée aux voyages non essentiels, avec une fermeture complète peu après dans le mois. Depuis lors, la réouverture de la frontière a été reportée à plusieurs reprises étant donné que le degré de propagation du virus aux États-Unis était bien au-delà des limites acceptables au Canada pour accueillir les citoyens américains susceptibles d'être infectés.

En mai 2020, ses hauts fonctionnaires et ses du Cabinet étaient de plus en plus inquiets devant le constat que les établissements de soins infirmiers et de longue durée étaient particulièrement vulnérables au virus. Les premiers ministres du Québec et de l'Ontario ont fait appel aux Forces armées canadiennes (FAC) d'assurer la gestion de plusieurs foyers de soins de longue durée, dont cinq en Ontario. Dans le cas de l'Ontario, où le nombre de cas de la COVID-19 était extrêmement élevé, un grand nombre d'employés avait quitté leurs postes, abandonnant les résidents vulnérables à leur sort. Le personnel des FAC a emménagé dans ces foyers et maîtrisé la propagation du virus en traitant les résidents malades et en interdisant tout accès aux visiteurs et personnel venant de l'extérieur. Dans leur dernier rapport sommaire de mai 2020 au gouvernement de l'Ontario, les enquêteurs ont qualifié la gestion de ces foyers de « honte nationale », expliquant qu'ils n'avaient jamais vu de si mauvaises conditions, ni autant d'incompétence et de négligence manifestes de la direction et du personnel (Boisvert 2020).

Il était tout à fait clair que le Canada ne luttait pas efficacement contre le virus dans ses établissements de soins de longue durée et que le problème ne faisait que s'aggraver. La ministre et ses collègues du Cabinet ont examiné la meilleure façon d'intervenir étant donné que la réponse à la « première vague » fut loin d'être exemplaire, même si les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, avaient collaboré et réagi efficacement pour minimiser les conséquences sanitaires et économiques de la pandémie. L'intervention provinciale allait-elle s'améliorer au cours de la deuxième vague et des suivantes? Le Canada avait-il besoin d'une stratégie coordonnée pour régler les problèmes des établissements de soins de longue durée? Comment élaborer et mettre en œuvre une telle stratégie proposant un dialogue national, en présumant qu'elle soit nécessaire et le moyen le plus efficace de procéder?

SOUS UNE IMMENSE PRESSION POUR AGIR

Cette question de soins de longue durée allait devenir le vrai test du mandat de Covante en tant que ministre de la Santé. Il ne s'est pas passé une semaine sans que des appels publics soient lancés pour que le gouvernement fédéral prenne des mesures, en commençant par son ministère et en incluant les organismes centraux (Premier ministre, Bureau du Conseil privé, et Finances). L'un des moments les plus révélateurs a été la publication dans le *Globe and Mail*, en juillet 2020, d'une intervention marquée de Doris Grinspun, directrice générale de l'Association des infirmières et

infirmiers autorisés de l'Ontario. Dans cet article, les lacunes dans la lutte au virus dans les établissements de soins de longue durée ont été mises à nu: « les décès dus à la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée représentent huit des dix décès par le coronavirus dans notre pays. Le Canada est le premier à inscrire ce chiffre aux conséquences fatales parmi tous les pays les plus riches au monde : notre taux de mortalité dans les soins de longue durée est le double du taux moyen de l'Organisation de coopération et de développement économique » (Grinspun, 2020).

Cet article indiquait qu'en juillet, « plus de 9 650 professionnels de la santé des établissements des soins de longue durée ont été infectés par le virus de la COVID-19, soit environ 10 % des cas enregistrés au pays, très probablement en raison d'un manque d'équipement de protection individuelle » (Grinspun, 2020). Grinspun soutenait que les ressources en santé publique étaient utilisées pour protéger « le secteur hospitalier déjà riche en ressources, laissant les autres secteurs abandonnés à eux-mêmes et livrés à l'échec. Dire que notre système de santé ne s'est pas effondré est trompeur: les hôpitaux ont été les seuls éléments qui ne se sont pas écroulés. »

Il était évident pour Covante et ses collègues du Cabinet que la plupart des provinces ne géraient pas très bien les établissements de soins de longue durée – l'Ontario était perçu comme le canari dans le puits de la mine, et le canari ne chantait plus. Il y avait des histoires semblables en Colombie-Britannique, en Alberta et dans toutes les régions à l'est, à l'exception de la « bulle » atlantique. Une fois dans la « deuxième vague » de la pandémie (dès septembre 2020), la pression exercée sur la ministre de la Santé et ses collègues pour qu'ils agissent est devenue intense. Plusieurs appels et demandes ont été lancés aux premiers ministres des provinces et territoires pour qu'ils attaquent de front le problème des soins de longue durée. En fait, d'autres articles publiés dans les médias déploraient que la brève interruption entre la première et la deuxième vague de la pandémie au Canada n'ait pas servi à mieux soutenir les secteurs comme celui des soins de longue durée. Le premier ministre de l'Ontario avait annoncé en septembre 2020 un financement de 540 millions \$ pour « améliorer les mesures de prévention et de contrôle des infections, embaucher plus de personnel et acheter de l'équipement de protection individuelle » (Stone & Howlett, 2020). D'autres premiers ministres, notamment au Québec et en Colombie-Britannique, avaient fait des annonces semblables.

Le Canada présentait un taux général de mortalité liée à la COVID-19 relativement faible comparativement aux autres pays de l'OCDE, mais affichait la proportion la plus élevée de décès survenus en soins de longue durée. Les résidents en SLD représentaient en effet 81 % de tous les décès liés à la COVID-19 recensés au Canada, comparativement à une moyenne de 38 % dans les autres pays de l'OCDE (allant de moins de 10 % en Slovaquie et en Hongrie à 66 % en Espagne). (Institut canadien d'information sur la santé, 2020)

Les statistiques variaient dans l'ensemble du pays en ce qui concerne la gestion provinciale/territoriale du virus dans les établissements de soins de longue durée. La Colombie-Britannique avait été plutôt bien pendant plusieurs mois, tandis que d'autres provinces comme l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba connaissaient un nombre beaucoup plus élevé de cas et de décès au cours de la première vague. Au Québec, les foyers de soins de longue durée avaient montré des signes satisfaisants au début, mais ils étaient vite passés à une augmentation rapide de

cas au printemps. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi la Colombie-Britannique se portait mieux jusqu'en septembre 2020, le médecin hygiéniste en chef de la province avait déclaré qu'une « nouvelle étude, publiée dans la *Revue de l'Association médicale canadienne*, indique que moins de financement, plus de privatisation et moins de coordination entre les foyers et les hôpitaux comme des facteurs ayant conduit à la propagation du nouveau coronavirus parmi les plus vulnérables de l'Ontario. » Cette réalité contrastait avec les conditions de la Colombie-Britannique. En outre, l'étude indiquait que « Avant la pandémie, 63 % des résidents de l'Ontario partageaient une chambre commune, comparativement à 24 % en Colombie-Britannique. » (Szkarski, 2020)

Ces facteurs pesaient lourd dans les esprits des dirigeants de Santé Canada et de la ministre. En fait, les appels pour une réponse nationale afin de gérer les soins de longue durée pendant la pandémie et au-delà se faisaient de plus en plus pressants chaque jour. Plusieurs groupes de défense, dont l'Association canadienne des soins de longue durée et le Conseil de Canadiens, demandaient depuis longtemps une stratégie nationale pour régler le « piège du financement » de tels établissements, demandes qui n'ont fait qu'augmenter en raison de la pandémie. Étant donné la gestion « pathétique » des foyers lors de la pandémie, les familles se sont senties « abandonnées » par le système, soutenant qu'elles avaient un rôle important à jouer pour aider à prendre soin de leurs proches. Les provinces veillent à la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée et contribuent au financement qui permet de réaliser ces cibles de qualité, et ce financement est complété par la contribution des aînés et d'autres personnes âgées et leurs familles. Toutefois, lorsque les budgets des provinces sont réduits, le soutien financier accordé à ces programmes et services est souvent diminué. Ces mêmes groupes de défense ont fait appel aux gouvernements provinciaux/territoriaux et aux ministres fédéraux pour passer à l'action et coordonner des normes de soins, et aussi assurer que les transferts fédéraux soient reliés directement aux budgets provinciaux et territoriaux par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé ou d'un mécanisme équivalent.

Un grand nombre de familles ayant des proches dans des établissements de soins de santé ont observé la baisse de qualité des soins au fil des années et que de nombreux foyers arrivaient à peine à maintenir des services minimaux. La pandémie a mis à l'avant plan la fragilité de nombreux systèmes provinciaux et territoriaux dans ce secteur (Iwanek, 2020) (Luck, 2020).

Au début, personne ne nous a rien dit de ce qui se passait dans la maison. Nous étions tous tenus dans le noir. C'est aux actualités la première fois que j'ai entendu parler d'Altamont alors que l'armée avait reçu l'ordre d'entrer. Avant cela, j'ai vu trois corps sortir à des jours différents des chambres de l'autre côté du couloir où j'étais. Deux d'entre eux étaient de la même chambre, et l'autre était à deux portes plus loin. (Iwanek, 2020)

Quelques vérités gênantes

Les gouvernements provinciaux ont subi des pressions dans le passé pour augmenter le financement versé aux établissements de soins de longue durée. Le problème de longue date est que la plupart des établissements ont vieilli au point où des réparations sont devenues très coûteuses, et que plusieurs gouvernements au Canada n'ont pas les moyens d'assumer ces coûts.

L'Association canadienne des soins de longue durée, un organisme qui représente les foyers de soins de longue durée dans tout le pays, a réclamé pendant de nombreuses années un financement fédéral des infrastructures afin d'améliorer et de moderniser les foyers, dans le but de les rendre plus sûrs pour les aînés et les autres résidents.

En plus d'installations vieillissantes, il y a eu des pénuries généralisées de personnel qui ont atteint des proportions critiques avant la pandémie. Étant donné le sous-financement des soins de longue durée, les familles ont régulièrement apporté leur soutien aux soins de leurs proches en aidant le personnel dans ses tâches courantes. Les résidents ayant peu ou pas de soutien ont en général reçu des soins inférieurs à ceux ayant des visites fréquentes de leurs familles. La crise dans ces établissements avait atteint de telles proportions que la ministre de la Santé de l'Ontario avait commandé une étude sur les effectifs des foyers en février 2020. L'étude dirigée par l'honorable Eileen Gillese, commissaire de l'enquête publique sur les foyers de soins de longue durée, achevée en juillet 2020, a conclu que les pénuries de personnel pouvaient découler de divers facteurs, notamment des salaires et conditions

de travail médiocres, des ressources insuffisantes, des charges de travail élevées en raison du nombre croissant de prises en charge au fil du temps, et d'une pression accrue pour réduire les coûts (Gillese, 2020). Même si l'étude portait sur les soins de longue durée en Ontario, la commissaire a conclu que ces mêmes problèmes pouvaient être observés dans la plupart des autres provinces au Canada. Les problèmes sont particulièrement critiques en Ontario du fait du nombre limité de chambres disponibles par rapport aux autres provinces. Toutefois, d'autres provinces, comme la Colombie-Britannique et l'Alberta, ont des problèmes similaires malgré le fait qu'il y a moins de résidents partageant des chambres. À la suite d'une demande croissante de soins aux personnes âgées dans de nombreuses provinces, et du fait que la plupart des établissements vieillissent, la plupart des provinces se sont tournées vers des entreprises à but lucratif pour assumer la responsabilité des établissements de soins de longue durée. À ce jour, environ 40 % des établissements de soins de longue durée au Canada sont dirigés par des entreprises à but lucratif, même si ce pourcentage varie d'une province à l'autre (voir les données en annexe). Ces entreprises exploitent 57 % des établissements en Ontario (Malek, 2020). De plus, il existe des preuves suffisantes pour avancer que les résidences de soins de longue durée à but lucratif ont présenté un nombre plus élevé de décès par la COVID-19 que les établissements publics, qu'ils soient provinciaux/territoriaux ou municipaux. En fait, une étude spéciale de la SRC/CBC a montré que 5 % des résidents de l'Ontario dans les résidences à but lucratif sont décédés comparativement à 3 % dans les résidences sans but lucratif et à 1,1 % dans les résidences municipales (Pederson, Mancini, et Wolfe-Wylie, 2020).

En juillet 2020, 52 pour cent des foyers des soins de longue durée en Ontario n'avaient pas eu de cas de COVID-19, tandis que des éclosions avaient été déclarées dans les autres 48 pour cent. En raison de ces éclosions et d'autres problèmes liés à COVID-19, le secteur a atteint un sommet de 38 foyers signalant des pénuries critiques de la plus grande proportion du déficit de quarts de travail a été observée chez les PSSP, un foyer ayant déclaré jusqu'à 60 quarts de travail vacants par jour. D'autres pénuries ont été signalées dans d'autres catégories d'effectifs. Par exemple, un foyer de 128 lits a déclaré qu'il lui manquait 10 IA par jour. (Rapport Gillese, 2020)

Dans le cadre de la crise actuelle, les pénuries de personnel ont été exacerbées à un point tel que la pandémie a submergé un système de SLD déjà fragile. Ajoutez ce fait aux fermetures des résidences de soins de longue durée et il ne faut pas longtemps pour constater des effets dévastateurs sur l'équilibre délicat des soins. Ce problème est encore plus grave dans les résidences à but lucratif parce qu'ils ont quatre fois plus de décès dus à la COVID-19 que les foyers municipaux en Ontario, d'après une autre étude importante, cette fois du *Toronto Star* (Chown-Oved, Kennedy, Wallace, et Bailey, 2020). Là encore, les auteurs ont constaté que des histoires similaires pouvaient être observées dans l'ensemble du pays, avec les pires taux de décès d'aînés et d'adultes plus âgés en soins de longue durée en Ontario, au Québec et dans les provinces des Prairies (Alberta, Saskatchewan et Manitoba).

TEMPS POUR LE GOUVERNEMENT NATIONAL D'AGIR?

À la fin de septembre 2020, Covante et l'administratrice en chef fédérale de la santé publique, la docteure Jessica Torrino, étaient submergées d'appels en provenance des ministres de la santé provinciaux et territoriaux et des responsables de santé publique aux niveaux provincial, territorial et municipal. Plus important encore, leurs bureaux recevaient des centaines de lettres de familles réclamant de l'aide au-delà de l'ensemble hétéroclite des mesures mises en œuvre par les provinces, comme l'intervention militaire dans les résidences de soins de longue durée les plus vulnérables de l'Ontario.

Les appels à l'action étaient soutenus par les données démontrant que la qualité des soins dans les résidences de soins de longue durée ne s'était pas du tout améliorée depuis la première vague. Malgré le fait que les pires cas et éclosions se limitaient à un petit nombre de foyers, il était évident qu'une forme d'approche coordonnée était nécessaire pour faire face au problème (Hugues-Tuohy, 2020). Covante avait de nouveau soulevé le problème lors de la réunion hebdomadaire du Cabinet du 8 octobre, mais s'était heurtée à une forte réticence à intervenir. Ses collègues avaient repris le refrain habituel que cette question relevait clairement de la compétence des provinces et des territoires. Covante avait insisté sur le fait qu'il y avait de solides précédents en matière d'intervention du fédéral, tel qu'il avait été démontré au sujet des transferts sociaux, de la réglementation de la marijuana, ou de l'établissement de normes nationales conformes aux orientations de la *Loi canadienne sur la santé*. Covante avait soutenu que « qu'il y avait manifestement intérêt en temps de crise pour mettre en œuvre de solides normes fédérales ». Il y avait eu un accord sur ce point, mais c'était aussi loin que le Cabinet irait.

Le Premier ministre, Covante, Torrino et le secrétaire parlementaire de l'Agence de la santé publique ont tenu une conférence Zoom avec les premiers ministres provinciaux et territoriaux au début de la semaine suivante pour leur demander de collaborer avec le gouvernement fédéral à l'élaboration de normes nationales de soins. Le premier ministre de l'Alberta a été assez catégorique en disant que : « le gouvernement fédéral n'a pas sa place dans ce dossier, mais nous sommes tout à fait prêts à accepter des fonds supplémentaires du fédéral pour garnir les coffres appauvris de la province. »

Le premier ministre du Québec était tout aussi déterminé : « Québec peut gérer la santé de ses aînés sans l'aide du gouvernement fédéral. Nous avons certes nos défis à relever, mais « l'aide » fédérale n'est pas ce dont nous avons besoin actuellement. Le mieux que nous puissions attendre

du gouvernement fédéral est d'approuver les vaccins pour avoir quelque chose qui nous aide à combattre ce virus! Faites votre travail et nous ferons le nôtre. Vous jouez avec le feu. » Même le premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard avait pris la parole, soutenant: « Je me dois de partager le point de vue de mes homologues provinciaux. Le gouvernement fédéral n'est pas particulièrement reconnu pour son implication efficace dans les affaires que nous comprenons mieux. Nous pouvons chacun citer plusieurs programmes fédéraux, notamment l'Initiative de lutte contre la violence familiale, la crise des opioïdes, ou même les discussions en cours sur le régime national d'assurance-médicaments, dont les résultats ont été désastreux! »

Le premier ministre de l'Ontario était l'un des derniers à prendre la parole. « J'étais là l'année dernière lorsque le gouvernement fédéral a voulu élargir la Stratégie nationale sur le logement. Est-ce que tout le monde se souvient de cela? Les fédéraux voulaient des normes nationales sur cela aussi, ce qui aurait coûté aux provinces et à l'industrie beaucoup d'argent. Et qu'ont offert les fédéraux? 5 cents pour chaque dollar que nous dépensons. Cette initiative n'inspire guère confiance. Nous ne sommes pas disposés à souscrire au leadership fédéral en échange de quelques sous pour chaque dollar pour vous suivre. Montrez-nous l'argent, et nous pourrions envisager votre « aide ». Toutefois, nous serions peut-être disposés à écouter les propositions fédérales sur le re-financement de ces résidences. »

Le Premier ministre avait plus que prévu ce genre de réaction, se rappelant l'expérience de son prédécesseur lorsque la question des normes nationales associées aux réformes sanitaires avait été soulevée dans le Rapport Romanow de novembre 2002. Ce « vieux problème » était difficile à résoudre, même dans le contexte de la pandémie.

Ensuite, le Premier ministre a répondu à des appels répétés l'invitant à intervenir en matière de soins de longue durée, le 16 octobre, lors de sa conférence de presse quotidienne: « C'est un moment pour nous d'avancer et de rassurer les Canadiennes et Canadiens que leurs proches, qu'eux-mêmes qui avancent en âge, ne seront pas oubliés, ne seront pas rendus vulnérables. Bien entendu, je respecte la compétence provinciale dans la gestion de ces institutions. Mais, nous avons vu que ces institutions n'ont pas fait un travail suffisant dans cette pandémie en particulier, mais c'est un défi de longue date » (Rabson, 2020). Il a poursuivi en disant: « toute proposition de « normes nationales » ne suggérerait pas une approche descendante d'Ottawa, dictant ce que les provinces doivent faire concernant les soins de longue durée. »

Malgré la réponse du gouvernement fédéral, les réactions à une approche de non-intervention ont été rapides. Le chef fédéral du NPD a tenu une conférence de presse le 19 novembre condamnant la réponse du gouvernement. Il a indiqué que les syndicats en particulier craignent les épidémies, et qu'il y a peu de protection pour le personnel de ces résidences, surtout dans les résidences de soins à but lucratif gérés par des entreprises comme Revera. Revera a confirmé que 93 résidents avaient testé positif pour le virus

« Nous perdons des personnes dont nous prenons soin parce que les profits ont la priorité sur les gens, » a déclaré [le chef du NPD], appelant les résidences à but lucratif le site des « pires conditions. »
Chris Aylward, président de l'Alliance de la fonction publique du Canada aux 200 000 membres, a qualifié le traitement des résidents dans les résidences privées pour personnes âgées d'une « crise nationale » qui est « absolument honteuse ». (Press, 2020)

et que 32 étaient décédés le 19 novembre dans un établissement de Toronto – l’une des deux douzaines de résidences où des éclosions se sont produites (Press, 2020).

Étant donné que la question des soins de santé attirait autant l’attention, le Premier ministre et le Cabinet ont décidé qu’il serait peut-être nécessaire d’avoir une conversation nationale sur les normes de soins appropriées respectant les principes de base de l’universalité. Il a été demandé à la ministre de la Santé et à l’administratrice en chef de la santé publique de mobiliser les efforts (mi-novembre) afin d’obtenir des directives préliminaires au début de décembre pour discussion.

Le Premier ministre a tenu des discussions informelles avec les premiers ministres des provinces et territoires le jour même où ces directives ont été rédigées, et a indiqué qu’ils devraient envisager de « coopérer », sinon ils pourraient en subir les conséquences par un financement réduit ou aucun financement pour des soins de longue durée dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé.

Comme prévu, la plupart des premiers ministres avaient mal réagi (une fois de plus), soutenant qu’ils n’avaient pas été consultés, et que le gouvernement fédéral « jouait le même vieux jeu de dicter et ne pas collaborer ». Le Premier ministre, sentant la pression, avait décidé d’annoncer les plans de son gouvernement pour améliorer les normes étant donné que les plaintes de diverses parties prenantes (par ex. : les familles, les syndicats, les professionnels de la santé, les groupes de défense, les municipalités, les associations des aînés) étaient assourdissantes. Le nombre de cas ne s’améliorait pas, et le nombre des décès dans les résidences de soins de longue durée continuait à rester obstinément aux environs de 75-80 % de tous les nouveaux cas de COVID-19 dans la deuxième vague. Non sans réticence, la plupart des premiers ministres avaient accepté d’écouter la position fédérale, malgré la rhétorique et les ultimatums.

Dans son discours de fin d’année, le Premier ministre avait indiqué que les provinces qui ne collaborent avec Ottawa pour améliorer les normes dans les résidences de soins à longue durée n’obtiendront pas de financement fédéral, mais que son gouvernement « s’associera volontiers » à ceux qui souhaitent améliorer les normes (Bryden, 2020). Il avait également indiqué que le gouvernement fédéral aiderait les provinces à couvrir les coûts des améliorations associées aux normes, mais rien n’indiquait quels établissements seraient éligibles ni quel montant de financement serait disponible. Les premiers ministres ont soutenu que le financement des soins de longue durée en particulier était limité et que le gouvernement fédéral devrait augmenter les transferts inconditionnels en matière de santé pour aider à combattre la COVID-19 dans des secteurs comme les résidences de soins de longue durée. Plusieurs premiers ministres, comme le Québec, ont réitéré que: « Je ne vois pas ce que le gouvernement fédéral connaît des maisons de retraite. Si le Premier ministre veut apporter son

« Les provinces qui ne choisissent pas de donner à leurs aînés les normes les plus élevées se verront poser des questions à ce sujet par les gens qui envoient leurs mères et leurs pères dans ces centres pour personnes âgées. Et cela deviendra pour eux une réponse difficile à donner. Je suppose que, théoriquement, nous aurions pu dire: ‘Non, c’est votre domaine, vous vous en occupez.’ Non. Le gouvernement fédéral va être là pour veiller sur chaque Canadienne et Canadien et cela signifie, oui, travailler avec les premiers ministres. » Premier ministre du Canada, décembre 2020. (Bryden, 2020)

aide aux maisons de retraite et aux hôpitaux, il doit en augmenter le financement régulier » (Bryden, 2020).

La plupart des premiers ministres ont encore une fois souscrit à la position du Québec, à l'exception de ceux des provinces de l'Atlantique qui souhaitaient plutôt collaborer à l'élaboration de normes nationales. Le Premier ministre a même laissé entendre dans sa conférence de presse du 16 décembre qu'il était ouvert à des négociations bilatérales mais espérait ne pas en arriver là – que les premiers ministres seraient favorables à une approche nationale coordonnée (Bryden, 2020).

QUELLE DIRECTION PRENDRE À PARTIR DE MAINTENANT: LE DÉFI DU CAS

De dire qu'il est difficile de traiter des normes nationales dans les établissements de soins de longue durée serait minimiser la question. Il a été demandé à la ministre de la Santé, Adolina Covante, d'accomplir quelque chose qui a déjà été tenté au sujet de nombreuses questions d'importance nationale, que ce soit en matière d'éducation, de santé, ou d'autres sujets divers de compétence provinciale et territoriale. Ce qui est un véritable défi, c'est que les personnes dans les établissements de soins de longue durée contractent le virus de la COVID-19 à des taux supérieurs à la moyenne nationale et meurent en plus grand nombre, en particulier lors des éclosions dans les résidences de soins de longue durée. Il est entendu que seul un petit nombre d'établissements connaissent des éclosions (une situation qui a depuis changé en janvier 2021), mais l'équilibre délicat entre des soins adéquats et l'irruption de la maladie est au mieux fragile, ce qui veut dire que de nombreux établissements sont à risque. Il n'en faudrait pas beaucoup plus pour pousser un plus grand nombre de résidences de soins de longue durée dans des situations de crise.

En outre, les provinces et territoires ont tous répondu à leur manière aux défis de gestion de la crise dans les établissements de soins de longue durée. Les stratégies provinciales et territoriales ont presque toujours été celles de fermer ces établissements pour empêcher la propagation du virus. Toutefois, pour faire face aux pénuries de personnel et de ressources, les stratégies ont varié entre celles d'interdire au personnel de travailler dans plus d'un établissement, d'augmenter la formation, d'engager des bénévoles qualifiés ou d'affecter à court terme des médecins dans les résidences. Ceci dit, il n'y a eu guère de directives fournies par les provinces et territoires concernant des normes minimales de soins en matière de ressources, de dotation en personnel, d'équipement de protection individuelle, de soins aux patients/résidents, ou de gestion et d'entretien des établissements au-delà de ce qui est déjà prévu dans les modalités et conditions du financement provincial. Cependant, malgré ces normes de base, la qualité attendue des soins n'a pas été très respectée, ce qui a conduit à un déclin général de la gestion des soins de longue durée dans tout le pays.

Les gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux subissent une plus grande pression en 2021 pour faire réellement quelque chose dans ce domaine négligé des soins de santé. Tous les niveaux de gouvernement ont été soumis à de fortes pressions pour agir. Le Premier ministre a demandé à sa ministre de la Santé de mettre au point une ébauche de lignes directrices ou de normes de soins pour les établissements de soins de longue durée, ou de proposer d'autres stratégies comprenant des conseils et des moyens d'action pour faire face aux problèmes des établissements de soins de longue durée. Mais, bien entendu, ceci ne peut pas se faire unilatéralement. La ministre de la Santé le sait et le comprend très bien, ayant participé à toutes les conversations à ce jour avec les

dirigeants des provinces et territoires. La stratégie actuelle qui vise à élaborer des normes au niveau fédéral exigeant des provinces et des territoires de s’y conformer, ou à défaut de subir une réduction du financement ou aucun financement pour les soins de longue durée, se heurte à une forte résistance. Tout le travail que la ministre a fait pour forger de nouveaux rapports de collaboration risque de s’effondrer.

En tant que ministre de la Santé, Covante a jugé approprié de créer un groupe de travail national composé de responsables des niveaux fédéral, provincial et territorial aux côtés de responsables de la Direction des affaires intergouvernementales du Bureau du Conseil privé et la Direction des relations fédérales, provinciales et territoriales de Finances Canada. Le mandat principal du groupe de travail est de fournir des lignes directrices à tous les premiers ministres et ministres de la santé à la condition préalable d’engager une conversation sur une stratégie nationale coordonnée destinée à l’élaboration de normes nationales pour les établissements de soins de longue durée dans tout le Canada. En raison des directives du Premier ministre, le mandat a été élargi pour y inclure des représentations sur d’autres stratégies souhaitées, au-delà des normes nationales, afin d’aborder de façon plus générale les soins de longue durée qui peuvent être coordonnés au niveau des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La principale question qui préoccupe surtout les dirigeants fédéraux est ce qui peut être fait pour améliorer les conditions des soins de longue durée au Canada? Toutefois, le mandat reste la première priorité à régler pour le groupe de travail.

Les provinces et territoires ont chacun des discussions internes au sujet des problèmes dans les soins de longue durée, et réfléchissent chacun à leurs propres solutions. Plusieurs voudront avoir une conversation nationale sur la question, mais ils sont soucieux des coûts associés à tout fonds fédéral lié aux normes nationales. Ceci dit, ils sont tout à fait conscients que la gestion des établissements de soins de longue durée est négligée depuis longtemps, et que les fissures attribuables à cette négligence ont été révélées par la pandémie. Plusieurs provinces voudront « jouer le jeu » avec le gouvernement fédéral ou du moins accepter d’avoir une conversation nationale, tandis que d’autres résisteront. Quoi qu’il en soit, pour bien d’autres raisons sans rapport avec la pandémie, la question des soins de longue durée n’est pas près de disparaître.

VOTRE TÂCHE

Vous êtes membre du groupe de travail nommé par votre ministre **provincial** de la Santé pour offrir vos conseils d’abord à la haute direction de votre ministère de la santé, qui transmettrait ensuite ces conseils au ministre et éventuellement au Bureau du Premier ministre. Comme tel, votre groupe de travail se compose de jeunes cadres, de cadres intermédiaires, ainsi que de professionnels responsables des politiques qui travaillent fréquemment avec leurs homologues d’autres provinces ou territoires.

Les hauts dirigeants de votre ministère représenteront votre gouvernement provincial en tant que membres du groupe de travail ministériel national en matière de santé, mis sur pied par Adolina Covante. Votre groupe de travail est la principale source de conseils en soutien des hauts dirigeants de votre ministère. Il a été demandé à chaque gouvernement provincial et territorial d’apporter des avis et conseils sur les mêmes questions que celles posées au groupe de travail national.

Le gouvernement fédéral demande aux provinces et aux territoires de se réunir à la fin de mars 2021 pour faire le point sur la façon dont chaque gouvernement a fait face aux soins de longue durée lors de la pandémie, et pour discuter comment coordonner une action nationale visant à améliorer les soins de longue durée dans l'ensemble du pays. Comme tel, il a demandé à chaque province et territoire d'effectuer leurs propres analyses et de préparer des suggestions d'ici la fin février. Ce qui veut dire que votre groupe de travail devrait faire une présentation à vos dirigeants provinciaux et territoriaux participant au groupe de travail national d'ici la troisième semaine de février, afin qu'ils puissent suivre les propositions de votre groupe de travail et préparer un exposé officiel pour la réunion nationale du groupe de travail à la fin mars. Les délais sont extrêmement courts, ce témoigne de la gravité du problème dans les établissements de soins de longue durée partout au pays.

La tâche de votre groupe de travail consiste à préparer un diaporama Powerpoint de 25 diapositives au maximum en vue de le présenter aux hauts dirigeants de votre ministère qui siègent au groupe de travail national, formulant des conseils clairs sur les questions suivantes:

- Quelles mesures votre province/territoire a-t-il pris depuis le début de la pandémie pour veiller à ce que les établissements de soins de longue durée (et leurs résidents et personnel) soient sécuritaires?
- Quelle est la position actuelle de votre gouvernement par rapport à un effort national visant à coordonner une réponse à la question des soins de longue durée?
- Quelles conditions insisteriez-vous à mettre en place dans votre province ou territoire pour prendre une décision à l'appui des efforts fédéraux visant à coordonner une réponse nationale à la question des soins de longue durée? De même, quelles conditions externes liées à d'autres gouvernements insisteriez-vous à être mis en place pour participer à une conversation nationale? (Veuillez noter qu'il ne suffit pas de dire que votre gouvernement ne soutiendra pas les efforts nationaux en aucun cas. Le financement est en jeu, ce qui signifie qu'une sorte d'entente avec le gouvernement fédéral, et éventuellement avec d'autres gouvernements, devra être établie sur cette question.)
- Comment votre gouvernement s'y prendrait-il pour mettre en œuvre les conditions proposées du point de vue de votre province ou territoire, y compris comment ces conditions seront vraisemblablement reçues par les autres gouvernements?
- Quelle *ébauche* de solutions pour améliorer les soins de longue durée à l'échelle nationale votre province ou territoire proposerait-il? Celles-ci peuvent s'ajouter aux propositions en cours d'élaboration dans votre gouvernement. Ces options pourraient contribuer à faire avancer les discussions préliminaires sur les politiques du groupe de travail.

Pour aider à orienter les délibérations de votre groupe de travail, vous pourriez d'abord déterminer les conditions sur lesquelles votre gouvernement insisterait pour participer à une conversation nationale sur les soins de longue durée impliquant le gouvernement fédéral. Ensuite, comment mettriez-vous en œuvre ces conditions d'une manière qui tienne compte des perspectives d'autres gouvernements? Enfin, quelles options de politiques proposeriez-vous pour améliorer les soins de longue durée, qui pourraient gagner l'appui d'autres gouvernements?

Références

- Boisvert, N. (26 mai 2020). *Ontario long-term care homes in scathing report could face charges, says Ford*. Extrait de CBC News: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-military-ltc-report-1.5585131>
- Bryden, J. (16 décembre 2020). *No funds for provinces that don't agree to improve long-term care standards, PM hints*. Extrait de CTV News Online: <https://www.ctvnews.ca/politics/no-funds-for-provinces-that-don-t-agree-to-improve-long-term-care-standards-pm-hints-1.5234252>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (Juin 2020). *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée*. Extrait de ICIS-Analyse éclair: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>
- La Presse canadienne/Canadian Press. (3 mars 2020). *Coronavirus: Here's a timeline of COVID-19 cases in Canada*. *Global News*. Extrait de <https://globalnews.ca/news/6627505/coronavirus-covid-canada-timeline/>
- Chown-Oved, M., Kennedy, B., Wallace, E., & Bailey, A. (8 mai 2020). *For-Profit nursing homes have four times as many COVID-19 deaths as city-run homes, Star analysis finds*. Extrait du Toronto Star: <https://www.thestar.com/business/2020/05/08/for-profit-nursing-homes-have-four-times-as-many-covid-19-deaths-as-city-run-homes-star-analysis-finds.html>
- Gillease, E. E. (30 juillet 2020). *Effectifs des foyers des soins de longue durée*. Extrait de Santé et Bien-être Ontario: <https://www.ontario.ca/page/long-term-care-staffing-study-fr-2020>
- Grinspun, D. (20 juillet 2020). *Opinion: We must act now to prevent the loss of an entire generation in long-term care*. Extrait de The Globe and Mail Opinion: <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-we-must-act-now-to-prevent-the-loss-of-an-entire-generation-in-long/>
- Hughes-Tuohy, C. (20 août 2020). *A new federal framework for long-term care in Canada*. *Policy Options*. Extrait de: <https://policyoptions.irpp.org/magazines/august-2020/a-new-federal-framework-for-long-term-care-in-canada/>
- Iwanek, M. (1^{er} juin 2020). *"We were kept in the dark": Life in a long-term care facility during the COVID-19 outbreak*. Extrait du Globe and Mail: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-we-were-kept-in-the-dark-life-in-a-long-term-care-facility-during/>
- Kennedy, M. (9 janvier 2012). *Stephen Harper's hands-off stance could signal end to national health-care system: Romanow*. *National Post*. Extrait de: <https://nationalpost.com/news/canada/stephen-harpers-hands-off-stance-could-signal-end-to-national-health-care-system-romanow>
- Luck, S. (4 juin 2020). *Inside the Halifax high-rise at the centre of a Canadian COVID-19 tragedy*. Extrait de CBC News Halifax: <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/northwood-halifax-covid-19-what-happened-1.5596220>
- Malek, J. (1^{er} juin 2020). *Time to Make a National Strategy for Long-Term Care*. Extrait du Council of Canadians: <https://canadians.org/analysis/time-make-national-strategy-long-term-care>
- Pederson, K., Mancini, M., & Wolfe-Wylie, W. (9 juin 2020). *Ont. nursing homes have had 22 years to do safety upgrades. COVID-19 reveals deadly cost of delay*. Extrait de CBC

- News Online: <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-coronavirus-long-term-care-homes-ontario-1.5604009>
- Press, C. (19 novembre 2020). *Singh calls for end to for-profit long-term care homes owned by government*. Extrait de CTV News Online: <https://www.ctvnews.ca/politics/singh-calls-for-end-to-for-profit-long-term-care-homes-owned-by-government-1.5196399>
- Rabson, M. (16 octobre 2020). *Trudeau says the federal government wants fixes, not control, of long-term care system*. Extrait de CBC News: <https://www.cbc.ca/news/politics/trudeau-long-term-care-standards-1.5766430>
- Stone, L., & Howlett, K. (29 septembre 2020). *Critics question why Ontario's long-term care funding didn't come sooner*. Extrait de The Globe and Mail : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-critics-question-why-ontarios-long-term-care-funding-didnt-come/>
- Szklarski, C. (30 septembre 2020). *Why did B.C. have far fewer COVID-19 deaths in long-term care than Ont.?* Extrait de CTV News: <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/why-did-b-c-have-far-fewer-covid-19-deaths-in-long-term-care-than-ont-1.5127091>
- Organisation mondiale de la santé. (11 mars 2020). *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020*. Extrait du Directeur général de l'OMS: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-mars-2020>

RESSOURCES PRÉLIMINAIRES POUR GUIDER LE TRAVAIL DE VOTRE ÉQUIPE

Ce qui suit fournit quelques renseignements de base pour aider votre équipe à commencer à aborder ce cas. Cette section procure de l'information sur:

- Le nombre et le type d'établissements de soins de longue durée par province/territoire en août 2020;
- Le nombre de décès dans les établissements de soins de longue durée par province/territoire: établissement public comparé à établissement privé en août 2020;
- Les mécanismes de financement public des soins de longue durée par province/territoire.

1. Nombre et type d'établissements de soins de longue durée par province/territoire (et sous-totaux pour les types d'établissements privés en rouge):

Province/Territoire	# total d'établissements publics	# total d'établissements privés	# d'établissements privés à but lucratif	# d'établissements privés sans but lucratif	# d'établissements privés (Autre/Aucune donnée)	Total
Terre-Neuve et Labrador	35	1	1			36
Île-du-Prince-Édouard	9	10	9	1		19
Nouvelle-Écosse	12	71	37	34		83
Nouveau-Brunswick		68	8	60		68
Québec	376	61			61	437
Ontario	100	526	357	169		626
Manitoba	71	54	16	37	1	125
Saskatchewan	119	40	6	33	1	159
Alberta	83	93	44	49		176
Colombie-Britannique	111	182	100	82		293
Yukon	5					5
TN-O	9					9
Nunavut	3					3
Total Canada	933	1 106	578	465	63	2 039

Source: <https://www.cihi.ca/en/long-term-care-homes-in-canada-how-many-and-who-owns-them>

2. Nombre de décès dans les établissements de soins de longue durée (SLD) au Canada (au 21 août 2020)

Province/Territoire	Total des décès dans les SLD	Total des décès par COVID
Terre-Neuve et Labrador	0	3
Île-du-Prince-Édouard	0	0
Nouvelle-Écosse	57	64
Nouveau-Brunswick	2	2
Québec	4 819	5 733
Ontario	2 026	2 796
Manitoba	1	12
Saskatchewan	2	22
Alberta	153	228
Colombie-Britannique	145	200
Yukon	0	0
TN-O	0	0
Nunavut	0	0
Total Canada	7 205	9 060

Source: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-in-covid-19s-second-wave-canadas-long-term-care-homes-aim-for-a/>

3. Mécanismes de financement public des soins de longue durée par province/territoire

Canada:

- 73 % des coûts des établissements de soins de longue durée au Canada par programmes et organismes provinciaux, territoriaux et municipaux;
- 23 % des coûts sont couverts par les résidents soit directement, soit par une assurance privée complémentaire;
- En 2018, les dépenses totales consacrées aux soins dans les foyers pour aînées étaient de 27 milliards \$:
 - 20 milliards \$ en provenance des fonds publics (74 %);
 - 7 milliards \$ en provenance des fonds privés (26 %).

Source: <https://hillnotes.ca/2020/10/22/long-term-care-homes-in-canada-how-are-they-funded-and-regulated/>

Colombie-Britannique:

- Subventionne jusqu'à 80 % des dépenses d'un résident après impôt (1 189 \$-3 444 \$/mois) (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.)
- https://www.broadbentinstitute.ca/bc_s_swift_response_to_long_term_care_crisis_sets_the_bar_for_other_provinces
 - 1,3 G\$ en fonds publics/année.
 - « En février 2020, quelques semaines seulement avant que l'Organisation mondiale de la santé déclare une pandémie de COVID-19, l'avocat des aînées de la Colombie-Britannique, Isobel Mackenzie, a publié un rapport cinglant sur le secteur des soins de longue durée en Colombie-Britannique. Elle a constaté que le secteur des soins de longue durée à but lucratif de 1,4 milliard de dollars – qui reçoit 1,3 milliard de dollars par an des contribuables de la Colombie-Britannique – dépense 10 000 \$ de moins par an et par résident que ses homologues des logements de soins de longue durée sans but lucratif. »

Alberta:

- Paie entre 1 743 \$-2 120 \$/résident/mois (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.) Voir: <https://open.alberta.ca/dataset/05bd4008-c8e3-4c84-949e-cc18170bc7f7/resource/79caa22e-e417-44bd-8cac-64d7bb045509/download/budget-2020-fiscal-plan-2020-23.pdf>
- 2020-2021: 1,2 G\$ sur les soins permanents (p.126).

Saskatchewan:

- Paie 1 152 \$ + 57,5 % du revenu de chaque résident au-delà de 1 579 \$/mois, à un maximum de 2 859 \$/mois (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.)
- <https://www.federalretirees.ca/fr/nouvelles-opinions/dernieres-nouvelles/juillet/retraites-federaux-analyse-le-budget-2020#santé>
 - Montant total du budget de 2020: 341 M\$.
 - « Un montant supplémentaire de 15,7 millions de dollars financera la construction de l'établissement de soins de longue durée pour personnes âgées de Meadow Lake, annoncé précédemment, ce qui ajoutera 72 lits au total de la province. Un autre montant de 8 millions de dollars sera consacré à l'ajout de 36 nouveaux lits de soins actifs à l'Hôpital Royal Université de Saskatoon. Environ 2,3 millions de dollars seront consacrés à la création de 100 lits de soins de longue durée dans les établissements communautaires à Regina et Emerald Park. Quinze millions de dollars de plus sont réservés pour la planification et la préparation de l'hôpital Prince Albert Victoria, s'ajoutant aux 300 millions de dollars déjà annoncés. Le budget indique également que la planification et la délimitation du champ d'action des hôpitaux de Wyburn et de Yorkton sont en cours. »

Manitoba:

- Paie 39 \$-95 \$/résident/jour base sur le revenu. Minimum retenu du revenu mensuel: 370 \$ (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.)
- https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/budget2020/budget.pdf
 - Le budget ne répartit pas les dépenses au-delà des dépenses liées à la santé, aux aînées et à la vie active, qui sont de 6,8 G\$ en 2020/2021 (p. 3) et comprend:
 - Addictions Foundation of Manitoba
 - Action Cancer Manitoba
 - Régime d'assurance-maladie du Manitoba
 - Foyers de soins personnels à but non lucratif et
 - Services de santé communautaires
 - Offices régionaux de la santé (y compris les
 - Organismes contrôlés)
 - Autorité sanitaire régionale d'Entre-les-lacs

- Office régional de la santé du Nord
 - Santé Prairie Mountain
 - Santé Sud
 - Office régional de la santé de Winnipeg
 - Rehabilitation Centre for Children, Inc.
 - Shared Health Inc.
 - St. Amant Inc.
- En 2019/2020, les dépenses totales pour le « Mieux-être des personnes âgées et le vieillissement en santé » s'élevaient à 2,6 M\$, 1,2 M\$ pour les soins permanents et 2 M\$ pour les soins primaires (https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/budget2019/estimate-expenditures.pdf) (p.73)

Ontario:

- Paie entre 1 891 \$ - 2 700 \$/résident/mois (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.) Voir: <https://www.fao-on.org/web/default/files/publications/FA1810%20Long-term%20Care%20Bed%20Expansion%20Analysis/Long-term-care-homes%20program.pdf>
 - 4,3 G\$ sur les foyers de soins de longue durée (7 % du budget l'Ontario sur la santé) (2018-2019)

Québec:

- Paie entre 1 211 \$ -1 946 \$/résident/mois (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.) Voir: http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/en/documents/Health_1819.pdf
 - 84 M\$/année en 2018/2019, 2019/2020, 2020/2021 (p.10) + 96 M\$ pour améliorer les normes d'hébergement et de soins en 2019.

Nouvelle-Écosse:

- Subventionne les dépenses des résidents sur la base du revenu: jusqu'à 85 %, ou après impôt jusqu'à 110 \$/résident/jour. Minimum laissé au résident : 260 \$/mois ((Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note

de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.) Voir:

<https://novascotia.ca/budget/>

- (2020-2021) augmentation de 5,3 M\$ pour améliorer les soins de longue durée dans la province, pour un financement total des soins de longue durée de 612,4 M\$;
 - Augmentation de 2,3 millions \$, pour un total de 5,1 millions \$, afin de mettre en œuvre les conclusions du groupe d'experts sur les soins de longue durée.
 - Augmentation de 1,7 million \$ pour soutenir les clients aux besoins complexes.
 - 1,3 million \$ pour convertir les lits sous-utilisés des établissements de soins résidentiels en lits de soins de longue durée à Halifax.

Nouveau-Brunswick:

- Dépend des services requis. Moyenne dépensée sur chaque résident: 3 437 \$/résident/mois (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.) Voir: <https://www.bienvenueb.ca/content/dam/gnb/Departments/fin/pdf/Budget/2019-2020/MainEstimates2019-2020BudgetPrincipal.pdf>
 - 363 M\$ (p.141) (2019-2020)

Île-du-Prince-Édouard:

- Paie 92 \$/jour/résident (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.)

Terre-Neuve et Labrador:

- Approche basée sur le revenu jusqu'à un maximum de 2 990 \$/résident/mois. Minimum laissé au résident: 150 \$/mois (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.) Voir: <https://www.gov.nl.ca/budget/2019/wp-content/uploads/sites/2/2019/04/estimates.pdf>
 - Non ventilé spécifiquement, mais inscrit sous la rubrique "Regional Authorities and Related Services » qui inclut:
 - Les prestations de soins intensifs, soins de longue durée, soins infirmiers et services communautaires dans la province par l'entremise des quatre régies régionales de la santé;
 - Les paiements de location pour les centres de santé acquis dans le cadre de contrats de location-vente;

- Les services hospitaliers assurés reçus par les résidents à l'extérieur de la province;
 - La part de la province des coûts de fonctionnement de la Société canadienne du sang;
 - Les fonds de fonctionnement du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve et Labrador;
 - Les réparations et rénovations des centres de soins;
 - Le transport médical et les autres programmes et services connexes.
- Au total, ces dépenses s'élèvent à environ 2,2 G\$ annuellement.

Yukon:

- 35 \$/résident/jour (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.)

Territoires du Nord-Ouest:

- 844 \$/résident/mois (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.)

Nunavut:

Les résidents n'encourent aucun frais. (Restaurer la confiance: la Covid-19 et l'avenir des soins de longue durée – Une note de breffage par le groupe de travail sur les soins de longue durée, Tableau 1, p.61-62, Juin 2020.)

ⁱNote : Les termes et les définitions varient selon le gouvernement pour établir ce qui constitue un établissement de soins de longue durée. Par exemple, certains établissements comprennent un milieu de vie indépendante, semi-indépendante ou semi-privée, on peut aussi parler de soins pour des personnes semi-autonomes ou en perte d'autonomie, on pourra parler de foyer ou de résidence, enfin, certains établissements comprennent des installations et services de soins à temps plein, d'autres pas. Il est conseillé de vérifier quels termes et quelles définitions sont en vigueur dans votre ministère touchant les soins de longue durée ainsi que les établissements et les services couverts par le régime de santé.