

## Rapports sur la santé

# Le recours aux soins à domicile structurés au Canada

par Heather Gilmour

Date de diffusion : le 19 septembre 2018



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

---

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca](mailto:STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca)

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

**Programme des services de dépôt**

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2018

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

**Une version HTML est aussi disponible.**

*This publication is also available in English.*

---

# Le recours aux soins à domicile structurés au Canada

par Heather Gilmour

## Résumé

**Contexte :** Les services de soins à domicile structurés (qui sont habituellement donnés par des fournisseurs de soins de santé ou des organismes bénévoles) sont différents des services de soins à domicile non structurés (prodigués par la famille, les amis ou les voisins) et ainsi, ils ne présentent qu'un portrait partiel de l'ensemble des soins à domicile prodigués. Les soins à domicile ont été associés à une diminution de la mortalité, à une amélioration de la qualité de vie et à une réduction des hospitalisations et des frais en soins de santé.

**Données et méthodes :** Des nouvelles données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes annuelle de 2015-2016 sont utilisées, pour la première fois, pour estimer le nombre et le pourcentage de ménages dans lesquels au moins une personne de tout âge a reçu des services de soins à domicile structurés au Canada au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Une analyse descriptive des caractéristiques socioéconomiques des ménages recevant des soins à domicile structurés est présentée.

**Résultats :** On a estimé que 6,4 % des ménages (881 800) au Canada ont reçu des services de soins à domicile structurés au cours de l'année précédente, plus fréquemment des soins infirmiers (46 %) et des soins personnels ou de l'aide ménagère (46 %). Les ménages avec des parents et des enfants adultes (âgés de 25 ans ou plus), les ménages d'une seule personne et les ménages à plus faible statut socioéconomique étaient plus susceptibles d'avoir reçu des soins à domicile structurés. Les frais étaient couverts par une variété de sources : ils étaient payés entièrement par le gouvernement (52 %), entièrement déboursés par le bénéficiaire (27 %), entièrement remboursés par l'assurance (7 %), au moins partiellement remboursés par l'assurance ou le gouvernement (8 %) ou ils étaient payés par d'autres sources (6 %). Les ménages ayant reçu des services de soins de santé à domicile seulement — particulièrement des services de soins infirmiers — étaient plus susceptibles de voir les frais de ces services couverts par le gouvernement, tandis que ceux qui avaient reçu des services de soutien seulement étaient plus susceptibles de déboursier eux-mêmes les frais.

**Interprétation :** Cette analyse descriptive du recours aux services de soins à domicile structurés par les ménages selon des caractéristiques socioéconomiques et selon le type de soins reçus contribuera à orienter les politiques et les programmes en matière de soins de santé. De futures analyses au niveau de la personne pourront examiner les facteurs indépendants associés au recours aux soins à domicile.

**Mots-clés :** enquête sur la santé, étude transversale, soins infirmiers à domicile, statut socioéconomique

Les services de soins à domicile permettent aux personnes de tout âge de recevoir des soins à domicile plutôt que dans un hôpital ou un centre hospitalier de soins de longue durée. Ces services répondent à une vaste gamme de besoins, comme les soins de courte durée pour des affections aiguës ou un rétablissement après une intervention chirurgicale; les soins de longue durée afin que les personnes qui souffrent de problèmes de santé chroniques ou d'une incapacité puissent continuer de vivre dans leurs résidences ou dans leur milieu de vie; d'autres besoins comme les soins de fin de vie, la réadaptation et le soutien aux aidants familiaux<sup>1,2,3</sup>. Les soins à domicile ont été associés à une diminution de la mortalité<sup>4,5</sup>, à une amélioration de la qualité de vie<sup>6</sup> et à une réduction des hospitalisations<sup>7,8</sup> et des frais en soins de santé<sup>9</sup>.

Les services prodigués par les fournisseurs de soins de santé ou les organismes bénévoles sont considérés comme des soins structurés, tandis que les services prodigués par la famille, les amis, ou les voisins sont considérés comme des soins non structurés. Les personnes peuvent utiliser un mélange de services de soins à domicile structurés à financement public ou privé, en plus du soutien non structuré<sup>10</sup>. La présente étude porte principalement sur les services de soins à domicile structurés, qui peuvent ensuite être regroupés en services de soins de santé à domicile (SSD) et en services de soutien<sup>11,12</sup>. Les professionnels prodiguent habituellement les services de SSD — y compris les services de soins infirmiers et autres services de soins de santé comme la physiothérapie, l'ergothérapie ou l'orthophonie et

les conseils en nutrition — et favorisent l'accès à l'équipement médical ou aux fournitures médicales. Les services de soutien sont prodigués par des préposés au service de soutien personnel ou par des organismes bénévoles afin d'aider les personnes à accomplir des tâches quotidiennes comme prendre son bain, préparer les repas, faire l'entretien ménager ou se déplacer. Les facteurs déterminants de la demande et le potentiel de substitution des services structurés par des soins non structurés peuvent varier pour les services de SSD et les services de soutien<sup>12</sup>.

Pour la première fois, on a demandé aux répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de déclarer les services de soins à domicile structurés reçus non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour les autres personnes de leur ménage. Par conséquent, dans le présent article, on estime le nombre et le pourcentage de ménages dans lesquels au moins une personne de tout âge a reçu certaines formes de services de soins à domicile structurés au Canada au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Les frais estimés et les sources de paiement pour les services ont été examinés. Une analyse descriptive de certaines caractéristiques socioéconomiques des ménages recevant des soins à domicile structurés est présentée, mais elle se limite aux variables au niveau du ménage, car les caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe et l'état de santé ne sont pas disponibles pour les bénéficiaires de soins à domicile qui n'étaient pas aussi les répondants sélectionnés de l'enquête.

## Méthodes

### L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016

L'ESCC transversale recueille des renseignements sur l'état de santé, le recours aux soins de santé et les déterminants de la santé pour la population canadienne âgée de 12 ans et plus. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves et peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les jeunes âgés de 12 à 17 ans vivant en familles d'accueil, la population vivant en établissement et les personnes vivant dans les régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, au Québec. Ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible. Les données de l'ESCC ont été recueillies de janvier 2015 à décembre 2016. Le taux de réponse global était de 59,5 %, ce qui a donné lieu à un échantillon final de 110 095 personnes. L'échantillon analytique des ménages ayant reçu des soins à domicile s'est élevé à 7 232 personnes.

### Définitions

Les questions sur les soins à domicile portent sur les services reçus au domicile en raison d'un problème de santé ou d'une limitation des activités quotidiennes et ne comprennent pas l'aide reçue de la famille, des amis ou des voisins. On a demandé aux répondants si des membres du ménage avaient reçu les types de soins suivants au cours des 12 mois précédents :

- soins infirmiers (p. ex. changement de pansements, préparation des médicaments, visites d'infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada)
- autres services de soins de santé (p. ex. physiothérapie, ergothérapie ou orthophonie, conseils en nutrition)
- équipements médicaux ou fournitures médicales (p. ex. fauteuil roulant, serviettes pour incontinence, aide pour l'utilisation d'un ventilateur ou d'un équipement à oxygène)
- soins personnels ou aide ménagère (p. ex. bain, ménage, préparation des repas)
- autres services (p. ex. transport, Popote Roulante)
- aucun membre du ménage n'a reçu de services de soins à domicile.

Le type de ménage indique les liens familiaux à l'intérieur du ménage. Il est fondé sur le concept de la famille économique, qui renvoie à un groupe de deux personnes ou plus habitant dans le même logement et apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption.

Le lieu de résidence du répondant a été classé selon la taille de la population : région rurale (moins de 1 000 habitants), petit centre de population (1 000 à 29 999 habitants), moyen centre de population (30 000 à 99 999 habitants) ou grand centre de population urbain (100 000 habitants ou plus).

Le niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage a été classé comme suit : diplôme d'études postsecondaires ou diplôme d'études secondaires ou moins.

Dans l'échantillon analytique des bénéficiaires de soins à domicile, le revenu du ménage et la principale source de revenu ont été déterminés à partir de l'une des trois sources suivantes : données fournies par le répondant (39 %), dossiers fiscaux (37 %) ou données imputées (24 %).

Afin de repérer les personnes aux moyens limités, on a demandé aux répondants de préciser la principale source de revenu qu'ils percevaient, c'est-à-dire les salaires et traitements, le revenu d'un travail autonome, les dividendes et intérêts (p. ex. obligations, épargnes), les prestations d'assurance-emploi, l'indemnité d'accident du travail, les prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec, les pensions de retraite et rentes, REER ou FERR, la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti, la prestation fiscale canadienne pour enfants ou les allocations familiales, les allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être, la pension

alimentaire pour enfants, la pension alimentaire au conjoint, les autres formes de revenu (p. ex. revenu locatif, bourse d'études), ou aucun revenu. Les répondants qui ont mentionné la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti ou les allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être ont été regroupés et comparés avec ceux qui dépendaient d'autres sources de revenu.

Le logement a été classé comme appartenant à un membre du ménage (même s'il est encore en train de le payer) ou comme étant loué (même si aucun loyer en argent n'est versé).

Afin d'établir les frais mensuels de chaque service de soins à domicile reçu, on a demandé aux répondants de déclarer, pour un mois type au cours des 12 mois précédents, combien eux-mêmes ou d'autres membres du ménage avaient payé pour les services. De plus, on leur a demandé « Qui a payé pour ces services? ». Plusieurs réponses étaient possibles et elles ont été groupées dans les catégories suivantes : le gouvernement seulement; entièrement déboursés par le bénéficiaire de soins à domicile ou un membre de la famille ou ami vivant dans le même ménage; l'assurance seulement; au moins partiellement payés par le gouvernement ou l'assurance; autre (peut inclure une autre personne vivant à l'extérieur du ménage [p. ex. un membre de la famille, un ami, un organisme bénévole], déboursés et autre.

### Techniques d'analyses

Des fréquences pondérées et des tableaux croisés ont été calculés afin d'examiner la proportion des ménages qui reçoivent des soins à domicile selon certaines caractéristiques. Des poids d'échantillonnage au niveau du ménage ont été utilisés pour tenir compte du plan de sondage et des cas de non-réponse. Afin de tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types attribuable au plan de sondage complexe, des poids bootstrap ont été appliqués au moyen de la version 11.0 exécutable en SAS de SUDAAN<sup>13</sup>. Le niveau de signification était fixé à  $p < 0,05$ .

## Résultats

### Prévalence des soins à domicile structurés dans les ménages

En 2015-2016, environ 881 800 ménages canadiens (6,4 %) ont déclaré qu'au moins une personne avait reçu des services de soins à domicile structurés au cours des 12 mois précédents (tableau 1). Une personne a reçu des services de soins à domicile dans 5,9 % des ménages, comparativement à 0,5 % des ménages dans lesquels deux personnes ou plus ont reçu des soins à domicile. Dans 4,5 % des ménages, seulement un type de service de soins à domicile a été reçu. Les ménages qui ont reçu des services de SSD seulement étaient les plus nombreux (3,1 %), suivis des ménages qui ont reçu des services de soutien seulement (2,1 %) et des ménages qui ont reçu les deux types de soins à domicile (1,1 %).

Les parents qui vivaient avec des enfants âgés de 25 ans ou plus (12,8 %) et les ménages d'une seule personne (7,6 %) étaient considérablement plus susceptibles d'avoir reçu des services de soins à domicile structurés que tous les autres types de ménage (tableau 2).

Les ménages vivant dans les grands centres de population étaient nettement moins susceptibles d'avoir reçu des soins à domicile structurés (5,9 %) que ceux qui vivaient dans de plus petits centres de population (7,8 % comparativement à 7,4 %) et dans des régions rurales (6,9 %).

Les ménages suivants étaient considérablement plus susceptibles d'avoir reçu des services de soins à domicile structurés : les ménages dans lesquels le niveau de scolarité le plus élevé était un diplôme d'études secondaires ou moins, comparativement à un diplôme d'études postsecondaires (9,0 % comparativement à 5,4 %); les ménages dans lesquels la principale source de revenu était l'aide sociale, la Sécurité de la vieillesse ou le Supplément de revenu garanti comparativement à une autre source (13,4 % comparativement à 5,7 %); les ménages qui étaient locataires plutôt que propriétaires (7,1 % comparativement à 6,1 %). Ceux qui se classaient dans les catégories à plus faible revenu étaient aussi considérablement plus susceptibles d'avoir reçu

des services de soins à domicile structurés que les ménages ayant un revenu de 80 000 \$ ou plus.

La Nouvelle-Écosse et le Québec avaient un pourcentage beaucoup plus élevé de ménages ayant reçu des soins à domicile structurés que le reste du Canada, tandis que la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et le Yukon présentaient un pourcentage plus faible.

### Types de soins à domicile structurés

Dans une analyse restreinte aux ménages qui avaient reçu des soins à domicile au cours de l'année précédente, les résultats ont indiqué qu'environ la moitié (49 %) a obtenu de l'aide sous forme de services de soins de santé à domicile (SSD) seulement (tableau 3). Un tiers des ménages (32 %) ont reçu de l'aide sous forme de services de soutien seulement. Certains (19 %) ont reçu de l'aide tant sous forme de services de SSD que de services de soutien. Les services le plus fréquemment reçus étaient les soins infirmiers (46,0 %, 95 %; intervalle de confiance [IC] 44,3 à 46,6) et les services de soins personnels ou d'aide ménagère (45,7 %, 95 %; IC 44,0 à 47,4), suivis des services d'équipements médicaux ou de fournitures médicales (22,5 %, 95 %; IC 21,1 à 24,0), d'autres soins de santé (19,4 %, 95 %; IC 18,0 à 20,9) et d'autres services (11,9 %, 95 %; IC 10,9 à 12,9).

Certaines différences entre les ménages qui ont reçu des services de SSD seulement, du soutien seulement ou les deux types de services de soins à domicile étaient apparentes (tableau 3). Par exemple, les ménages composés d'une seule personne étaient nettement moins susceptibles d'avoir reçu des services de SSD seulement, comparativement à tous les autres types de ménage, mais étaient considérablement plus susceptibles d'avoir reçu du soutien seulement. Ceux qui avaient terminé des études postsecondaires, qui avaient des sources de revenu autres que l'aide sociale et un revenu du ménage supérieur étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir reçu des services de SSD seulement, et nettement moins susceptibles d'avoir reçu des services de soutien seulement.

### Frais et paiement pour des soins à domicile structurés

Un peu plus de la moitié des ménages (52 %) avaient des frais de services de soins à domicile payés entièrement par le gouvernement (tableau 4). Chez les ménages recevant des services de soins de santé à domicile (SSD) seulement, cette proportion a atteint 65 %. Plus du quart des ménages (27 %) ont entièrement déboursé les frais de leurs services de soins à domicile. Cette proportion a atteint 44 % pour les ménages ayant reçu des services de soutien seulement,

**Tableau 1**

**Nombre et pourcentage de ménages qui ont reçu des soins à domicile structurés au cours de l'année précédente, population à domicile, Canada, 2015-2016**

Services de soins à domicile	%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
<b>Total</b>	6,4	6,2	6,6
<b>Nombre de personnes dans le ménage recevant des soins</b>			
Une	5,9	5,7	6,1
Deux ou plus	0,5	0,4	0,5
<b>Type de services de soins à domicile</b>			
Soins de santé à domicile (SSD) seulement	3,1	3,0	3,3
Soutien seulement	2,1	1,9	2,2
Tant des SSD que du soutien	1,2	1,1	1,3
<b>Nombre de services de soins à domicile reçus<sup>1</sup></b>			
1	4,5	4,3	4,7
2	1,1	1,1	1,3
3 ou plus	0,7	0,7	0,8

<sup>1</sup> infirmiers, autres soins de santé, équipements médicaux ou fournitures médicales, soins personnels ou aide ménagère, autres

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016.

**Tableau 2**  
**Nombre et pourcentage de ménages qui ont reçu des soins à domicile structurés au cours de l'année précédente, selon des caractéristiques socioéconomiques, population à domicile, Canada, 2015-2016**

Caractéristique	Services de soins à domicile structurés		
	%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
<b>Total</b>	6,4	6,2	6,6
<b>Type de ménage</b>			
Personne vivant seule <sup>f</sup>	7,6	7,2	8,1
Couple seulement	5,9*	5,6	6,3
Parent(s) avec enfant(s) de moins de 25 ans	4,9*	4,6	5,3
Parent(s) avec enfant(s) de 25 ans ou plus	12,8*	11,6	14,2
Autre	4,4*	3,5	5,5
<b>Lieu de résidence</b>			
Région rurale (moins de 1 000 habitants)	6,9*	6,5	7,4
Petit centre de population (de 1 000 à 29 999 habitants)	7,8*	7,2	8,4
Moyen centre de population (de 30 000 à 99 999 habitants)	7,4*	6,7	8,1
Grand centre de population urbain (100 000 habitants ou plus) <sup>f</sup>	5,9	5,6	6,2
<b>Niveau de scolarité du ménage</b>			
Études postsecondaires <sup>f</sup>	5,4	5,2	6,5
Diplôme d'études secondaires ou moins	9,0*	8,5	5,7
<b>Principale source de revenu du ménage</b>			
Aide sociale, Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti <sup>f</sup>	13,4	12,3	14,6
Autre	5,7*	5,5	5,9
<b>Revenu du ménage</b>			
0 \$ à 39 999 \$	9,7*	9,1	10,2
40 000 \$ à 59 999 \$	6,6*	6,0	7,2
60 000 \$ à 79 999 \$	5,8*	5,3	6,4
80 000 \$ ou plus <sup>f</sup>	4,4	4,1	4,7
<b>Mode d'occupation</b>			
Propriétaire <sup>f</sup>	6,1	5,9	6,4
Locataire	7,1*	6,7	7,6
<b>Province ou territoire</b>			
Nouvelle-Écosse	7,8*	6,9	8,8
Territoires du Nord-Ouest	7,2 <sup>E</sup>	5,1	10,1
Québec	7,1*	6,6	7,6
Nouveau-Brunswick	7,0	5,9	8,1
Ontario	6,7	6,3	7,2
Île-du-Prince-Édouard	6,4	5,2	7,7
Terre-Neuve-et-Labrador	6,2	5,1	7,4
Alberta	6,0	5,4	6,6
Nunavut	5,9 <sup>E</sup>	3,7	9,4
Manitoba	5,7	4,8	6,7
Saskatchewan	5,4*	4,6	6,4
Colombie-Britannique	4,9*	4,4	5,4
Yukon	3,8*	2,9	5,0

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

\* significativement différent du groupe de référence ( $p < 0,05$ )

<sup>f</sup> catégorie de référence; pour la province ou le territoire, la catégorie de référence est toutes les autres provinces et tous les autres territoires combinés

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016.

comparativement à 13 % des ménages qui ont reçu des services de SSD seulement. L'assurance seulement a couvert les frais de soins à domicile pour 7 % des ménages. Une proportion supplémentaire de 8 % des ménages ont reçu des services payés au moins en partie par le gouverne-

ment ou par l'assurance. Les services ont été payés par d'autres sources dans 6 % des ménages.

Les frais payés par les membres du ménage variaient selon le service — 91 % des ménages ayant reçu des services ont déclaré n'avoir rien payé eux-mêmes

pour des soins infirmiers, tandis que 46 % ont déclaré n'avoir rien payé eux-mêmes pour d'autres services de soutien (figure 1). Des proportions plus élevées de ménages ont déclaré avoir payé pour des services de soutien que pour des services de SSD, et ces ménages se situaient plus fréquemment dans la catégorie de frais mensuels les plus élevés — 12 % avaient payé 400 \$ ou plus par mois pour des services de soins personnels ou de l'aide ménagère, et 9 % avaient payé 400 \$ ou plus par mois pour d'autres services de soutien.

## Discussion

En 2015-2016, environ 6,4 % des ménages (881 800) avaient reçu des services de soins à domicile structurés au cours de l'année précédente. La comparaison avec des études de prévalence nationales précédentes sur les soins à domicile au Canada est difficile pour plusieurs raisons : ces études ne tenaient compte que des services reçus par le participant à l'étude plutôt que par quiconque dans le ménage, elles précisaient les soins à domicile payés au moins en partie par le gouvernement, elles incluaient les soins informels prodigués par la famille, les amis ou les voisins, ou elles étaient axées uniquement sur les personnes âgées<sup>10,14,15,16,17</sup>. Selon l'Enquête sociale générale (ESG) de 2012 — la source de données la plus comparable — environ 1,2 million de Canadiens âgés de 15 ans ou plus avaient reçu des services de soins à domicile professionnels au cours des 12 mois précédents<sup>14</sup>. L'estimation de l'ESG pourrait être supérieure à l'estimation de 881 800 ménages de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), car elle représente les personnes plutôt que les ménages, et mentionne un vaste éventail de raisons de recevoir des soins à domicile dans la question de l'enquête (« pour un problème de santé de longue durée, une incapacité physique ou mentale ou des problèmes liés au vieillissement » dans l'ESG comparativement à « en raison d'un problème de santé ou d'une limitation des activités quotidiennes » dans l'ESCC).

Tableau 3

## Type de services de soins à domicile selon des caractéristiques socioéconomiques, ménages qui ont reçu des soins à domicile structurés au cours de l'année précédente, population à domicile, Canada, 2015-2016

Caractéristique	Ménages qui ont reçu des soins à domicile structurés								
	Soins de santé à domicile (SSD) seulement			Soutien seulement			Tant des SSD que du soutien		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
<b>Total</b>	48,8	47,1	50,5	32,1	30,5	33,7	19,1	17,8	20,6
<b>Type de ménage</b>									
Personne vivant seule <sup>†</sup>	28,8	26,3	31,4	45,9	43,1	48,6	25,4	23,1	27,8
Couple seulement	56,2*	53,1	59,2	25,9*	23,3	28,6	18,0*	15,9	20,3
Parent(s) avec enfant(s) de moins de 25 ans	70,0*	66,4	73,4	21,2*	18,1	24,7	8,7*	6,8	11,1
Parent(s) avec enfant(s) de 25 ans ou plus	44,0*	38,5	49,6	30,5*	25,2	36,3	25,5	20,6	31,2
Autre	44,7*	33,4	56,6	29,2*	20,4	40,0	26,0 <sup>‡</sup>	17,5	36,9
<b>Lieu de résidence</b>									
Région rurale (moins de 1 000 habitants)	53,9*	50,5	57,3	27,7*	24,9	30,8	18,3	16,1	20,8
Petit centre de population (de 1 000 à 29 999 habitants)	44,4	41,0	47,9	32,8	29,9	35,9	22,7*	19,7	26,1
Moyen centre de population (de 30 000 à 99 999 habitants)	50,5	46,1	55,0	31,8	28,1	35,7	17,7	14,6	21,3
Grand centre de population urbain (100 000 habitants ou plus) <sup>†</sup>	47,9	45,4	50,4	33,4	31,0	35,8	18,7	16,7	20,9
<b>Niveau de scolarité du ménage</b>									
Études postsecondaires <sup>†</sup>	54,2	52,0	56,4	28,4	26,4	30,5	17,4	15,7	19,1
Diplôme d'études secondaires ou moins	38,4*	35,7	41,2	39,3*	36,6	42,1	22,3*	19,9	24,9
<b>Principale source de revenu du ménage</b>									
Aide sociale, Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti <sup>†</sup>	34,3	30,4	38,4	42,2	38,2	46,3	23,6	20,0	27,5
Autre	52,6*	50,7	54,6	29,7*	27,9	31,5	17,7*	16,3	19,2
<b>Revenu du ménage</b>									
0 \$ à 39 999 \$	37,1*	34,6	39,7	39,5*	37,1	42,0	23,4*	21,3	25,7
40 000 \$ à 59 999 \$	53,3*	49,1	57,4	27,6	24,2	31,2	19,2*	16,1	22,7
60 000 \$ à 79 999 \$	49,1*	44,2	54,1	28,7	24,1	33,7	22,2*	18,1	26,9
80 000 \$ ou plus <sup>†</sup>	62,9	59,5	66,1	25,5	22,5	28,7	11,7	9,8	13,9
<b>Mode d'occupation</b>									
Propriétaire <sup>†</sup>	52,2	50,1	54,3	30,5	28,6	32,6	17,3	15,6	19,0
Locataire	42,1	39,1	45,1	35,0	32,3	37,7	23,0	20,5	25,7

<sup>‡</sup> à utiliser avec prudence

\* significativement différent du groupe de référence (p &lt; 0,05)

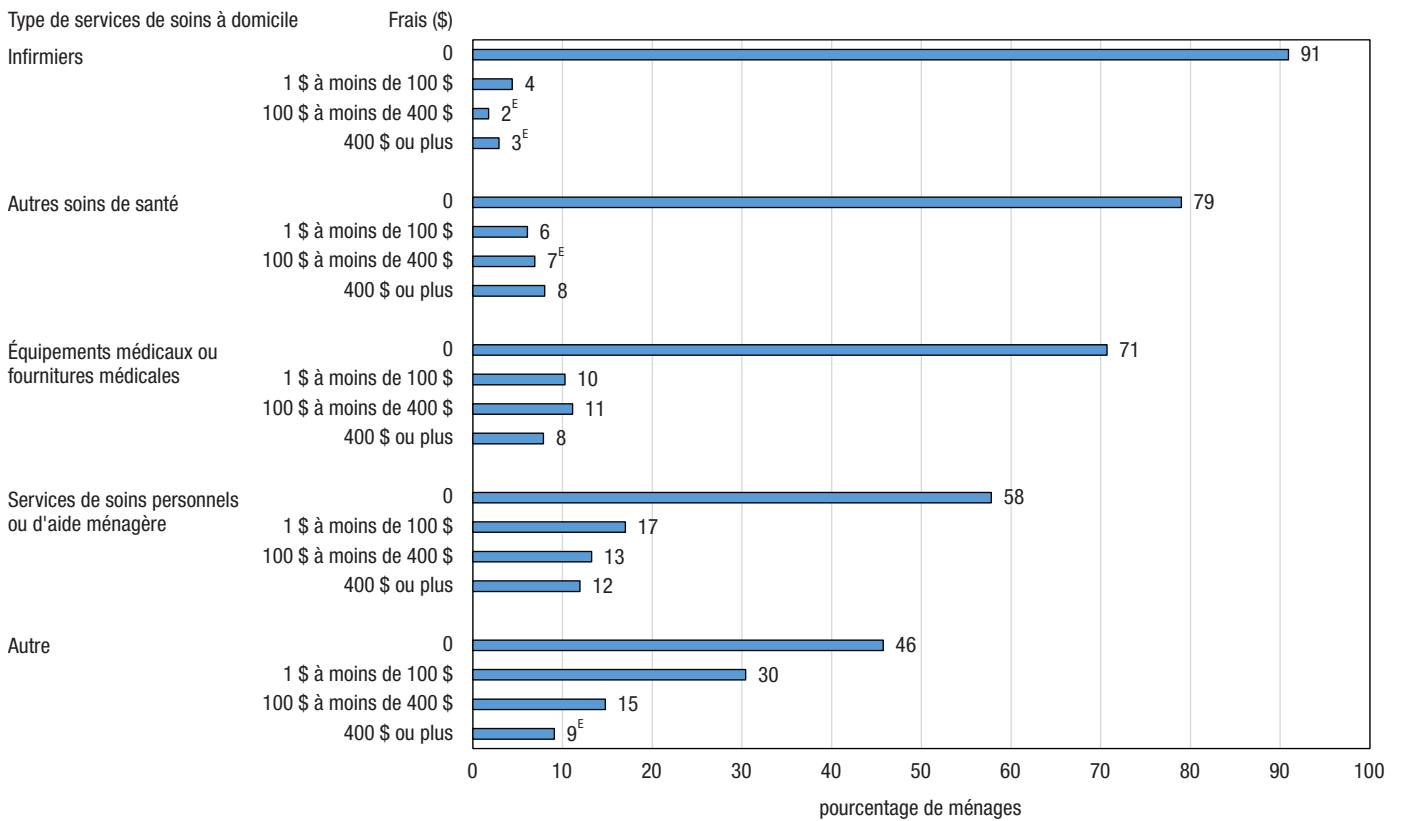
<sup>†</sup> catégorie de référence

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016.

Les ménages qui comprenaient des parents et des enfants adultes (âgés de 25 ans ou plus) présentaient la prévalence la plus élevée d'avoir recours aux services de soins à domicile, ce qui indique peut-être les modalités de vie qui permettent à un parent de prodiguer des soins à un enfant malade ou ayant une incapacité ou à un enfant adulte de prendre soin de parents vieillissants. Les personnes vivant seules étaient plus susceptibles d'avoir reçu des soins à domicile structurés et une proportion plus élevée de ces personnes avaient reçu des services de soutien seulement. Cela pourrait être attribuable à l'absence d'une autre personne dans le ménage qui peut prodiguer des soins informels en remplacement de services de soutien formels.

À l'instar des recherches précédentes<sup>11,17,18,19</sup>, la prévalence des personnes recevant des soins à domicile était plus élevée dans les ménages de faible statut socioéconomique, déterminé selon le niveau de scolarité, la source de revenu, le fait d'être propriétaire et le palier de revenu. Ces associations ne peuvent pas être vérifiées adéquatement avec une analyse multivariée qui repose sur les données au niveau du ménage de cette étude, car les variables comme l'âge, le sexe et l'état de santé sont uniquement disponibles pour le répondant à l'enquête et non pour les autres membres du ménage. Cependant, une régression logistique multivariée a été effectuée en utilisant uniquement les données du répondant à l'enquête. Les modèles

comportaient le type de ménage, le lieu de résidence, l'âge, le sexe, l'assurance de soins de longue durée, le fait d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé, l'état de santé autoperçu et le nombre de nuits passées à l'hôpital au cours des 12 mois précédents, en plus de chacune des variables du statut socioéconomique saisies individuellement dans des modèles distincts. Les résultats ont montré que le fait d'avoir un revenu du ménage plus faible, de recevoir de l'aide sociale et d'être locataire plutôt que propriétaire d'une résidence était indépendamment associé à une cote exprimant la possibilité accrue de recevoir des soins à domicile, tandis que le fait d'avoir un niveau de scolarité inférieur au sein du ménage ne l'était pas (données

**Figure 1****Frais mensuels des services de soins à domicile reçus au cours des 12 mois précédents, selon le type de service, population à domicile qui a reçu des soins à domicile, Canada, 2015-2016**<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016.

**Tableau 4****Sources de paiement des services de soins à domicile structurés parmi les ménages qui ont reçu des services au cours des 12 mois précédents, selon le type de soins à domicile, population à domicile, Canada, 2015-2016**

Sources de paiement	Services de soins à domicile (SSD)			SSD uniquement			Soutien seulement			Tant des SSD que du soutien		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Gouvernement seulement	52,2	50,5	53,9	64,6	62,2	67,0	39,7	36,5	43,0	41,4	37,5	45,4
Payés eux-mêmes seulement <sup>†</sup>	27,0	25,5	28,7	12,5	11,0	14,2	44,2	41,0	47,5	35,4	31,5	39,5
Assurance seulement	7,3	6,4	8,3	10,7	9,2	12,3	3,7	2,7	4,9	4,6 <sup>E</sup>	3,0	6,8
Au moins en partie par le gouvernement ou par l'assurance	8,0	7,2	8,9	6,9	5,8	8,2	6,8	5,5	8,3	12,7	10,4	15,5
Autres sources <sup>‡</sup>	5,5	4,7	6,5	5,4	4,3	6,7	5,6	4,3	7,4	5,8 <sup>E</sup>	3,9	8,7

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence<sup>†</sup> peut inclure le bénéficiaire de soins à domicile lui-même ou un membre de la famille ou un ami vivant à l'intérieur du ménage<sup>‡</sup> peut inclure quelqu'un d'autre vivant à l'extérieur du ménage (p. ex. famille, amis, organisme bénévole), frais payés soi-même ou autre

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016.

non présentées). D'autres recherches au niveau de la personne, donc qui étaient en mesure de vérifier l'état de santé, ont également conclu que l'association inverse entre les soins à domicile et le statut socioéconomique persistait<sup>11,17,19</sup>.

La proportion de bénéficiaires de soins à domicile structurés recevant uniquement des services de soins de santé à domicile (SSD) était supérieure chez les ménages à statut socioéconomique plus élevé, tandis que la proportion recevant du soutien seulement, ou les deux

types de services, était supérieure au sein des ménages ayant un statut socioéconomique plus faible. Cela permet de souligner l'importance d'examiner les facteurs déterminants selon le type de services de soins à domicile.



Les services de soins à domicile, contrairement aux services prodigués par un médecin et à l'hôpital, ne sont pas assurés en vertu de la *Loi sur la santé au Canada*. Cependant, bon nombre sont financés publiquement par les gouvernements provinciaux ou territoriaux ou sont prodigués par divers secteurs de compétence fédérale qui visent à fournir des soins aux populations de compétence fédérale (p. ex. Anciens combattants Canada, ministère de la Défense nationale, Services aux Autochtones Canada, Gendarmerie royale du Canada)<sup>3</sup>. Les ménages qui ont reçu des services de SSD seulement, particulièrement des services de soins infirmiers, étaient plus susceptibles de se faire rembourser les frais par le gouvernement, tandis que les ménages qui avaient reçu des services de soutien seulement étaient plus susceptibles d'avoir payé les frais eux-mêmes. Cela pourrait être attribuable aux divergences dans la disponibilité des services de SSD et de soutien financés publiquement selon le secteur de compétence. Une analyse plus détaillée des montants et des sources des paiements qui tient compte des variations de la disponibilité et de l'étendue des services de soins à domicile financés publiquement par le biais de tous les secteurs de compétence serait requise afin de comprendre le lien entre la répartition du financement public et privé et le recours à des services de soins à domicile en particulier, mais cela va au-delà de la portée de la présente analyse.

## Forces et limites

L'analyse au niveau du ménage présente une estimation plus complète du recours aux soins à domicile, car les répondants répondent non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour les autres membres (de tout âge) de leur ménage. Cependant, une importante limite de l'analyse au niveau du ménage est que les renseignements à propos des caractéristiques de l'état de santé et des caractéristiques démographiques personnelles ne sont pas disponibles si le bénéficiaire n'est pas aussi le répondant à l'enquête. Par conséquent, la présente analyse ne peut pas déterminer si les enfants, les personnes âgées ou les autres adultes étaient les bénéficiaires des soins. Il est également impossible de vérifier les facteurs importants liés au recours aux soins à domicile, comme l'âge et l'état de santé, dans une analyse multivariée au niveau du ménage. De futures analyses au niveau de la personne sont requises afin d'examiner avec plus de précision les caractéristiques personnelles et les caractéristiques de l'état de santé associées avec le recours aux soins à domicile.

Les renseignements qui permettraient d'évaluer l'intensité des services de soins à domicile, comme le nombre d'heures de soins à domicile reçus et le nombre de services reçus dans chaque catégorie (p. ex. soins infirmiers) ne sont pas disponibles.

Les services de soins à domicile structurés présentent un portrait partiel de l'ensemble des soins prodigués.

Une enquête canadienne précédente a conclu qu'environ 56 % des bénéficiaires de soins à domicile recevaient une aide professionnelle<sup>14</sup>.

La raison pour laquelle les services de soins à domicile étaient reçus est inconnue. Par exemple, les services pouvaient avoir été reçus pour un grave problème de santé comme un rétablissement après une intervention chirurgicale ou une maladie, pour un problème de longue durée ou une incapacité, ou pour des difficultés liées au vieillissement.

## Conclusion

Les résultats de la présente analyse descriptive des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes seront utiles pour la planification des services et des programmes de soins à domicile. En 2015-2016, environ 6,4 % des ménages canadiens ont reçu des soins à domicile structurés, plus fréquemment des services de soins infirmiers et des services de soins personnels et d'aide ménagère. Le recours aux services variait selon le type de ménage, le statut socio-économique et le type de service. Un peu plus de la moitié des ménages (52 %) ont eu des frais de services de soins à domicile entièrement payés par des sources publiques, tandis que 27 % des ménages ont payé entièrement les frais eux-mêmes. L'évaluation des changements de la prévalence du recours aux soins à domicile structurés sera possible lorsque les données des cycles futures de l'ESCC seront disponibles. ■

## Références

1. Santé Canada, *Soins de santé à domicile et en milieu communautaire*, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-domicile-et-soins-continus/soins-domicile-et-soins-communautaires.html>, document consulté le 1 novembre 2017.
2. Institut canadienne d'information sur la santé, *Services à domicile*, disponible à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr/services-a-domicile>, document consulté le 1 novembre 2017.
3. Canadian Home Care Association, *Portraits of Home Care in Canada 2013*, Mississauga, ON, 2013
4. E. Rahme, S. Kahn, K. Dasgupta *et al.*, « Short-term mortality associated with failure to receive home care after hemiarthroplasty », *Canadian Medical Association Journal*, 182(13), 2010, p. 1421–1426.
5. S.M. Albert, B. Simone, A. Brassard, Y. Stern et R. Mayeux, « Medicaid home care services and survival in New York City », *Gerontologist*, 45(5), 2005, p. 609-616.
6. L. Kadowaki, A.V. Wister et N.L. Chappell, « Influence of Home Care on Life Satisfaction, Loneliness, and Perceived Life Stress », *Canadian Journal on Aging*, 34(1), 2015, p. 75–89.
7. Fondation canadiennes pour l'amélioration des services de santé, *La santé nous habite : La transition vers des soins de proximité pour les patients souffrant d'une maladie chronique réduit considérablement le nombre d'hospitalisations*, disponible à l'adresse <https://www.fcass-cfhi.ca/NewsAndEvents/NewsReleases/NewsItem/2018/01/23/home-is-where-the-health-is>, document consulté le 30 janvier 2018.
8. L. Boland, F. Légaré, M.M.B Perez *et al.*, « Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews », *BMC Geriatrics*, 17, 2017, p. 20.
9. N.L. Chappell, B. Havens, M.J. Hollander *et al.*, « Comparative costs of home care and residential care », *Gerontologist*, 44(3), 2004, p. 389-400.
10. M. Hoover et M. Rotermann, « Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009 », *Rapports sur la santé*, 23(4), 2012, p. 65-71.
11. D. Goodridge, P. Hawranik, V. Duncan et H. Turner, « Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review », *International Journal of Nursing Studies*, 49, 2012, p. 1310-1319.
12. G. Mery, W.P. Wodchis et A. Laporte, « The determinants of the propensity to receive publicly funded home care services for the elderly in Canada: a panel two-stage residual inclusion approach », *Health Economics Review*, 6, 2016, p. 8.
13. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
14. M. Sinha et A. Bleakney, Les services de garde au Canada, *Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale 2014*. (n° 89-652-X-002 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada
15. G. Carrière, « Utilisations des services de soins à domicile par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 17(4), 2006, p. 47- 51.
16. M. Rotermann, « Utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 16(supplément), 2006, p. 33-50.
17. K. Wilkins et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 31-40.
18. A.P.S.C. Almeida, B.P. Nunes, S.M.S. Duro et L.A. Facchini, « Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review », *Revista de Saude Publica*, 51, 2017, p. 50
19. D.E. Allan, L.M. Funk, R.C. Reid et D. Cloutier-Fisher, « Exploring the influence of income and geography on access to services for older adults in British Columbia: A multivariate analysis using the Canadian Community Health Survey (Cycle 3.1) », *Canadian Journal of Aging*, 30(1), 2011, p. 69-82.