

Les soins à domicile au Canada

Kathryn Wilkins et Evelyn Park

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit, entre autres, les caractéristiques socioéconomiques liées à la santé des personnes qui bénéficient des services officiels de soins à domicile financés par l'administration publique.

Source des données

Les données sont tirées de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995. L'analyse porte sur 16 291 personnes de 18 ans et plus.

Techniques d'analyse

On a établi le profil des bénéficiaires de services de soins à domicile financés par les administrations publiques d'après les fréquences unidimensionnelles pondérées et la régression logistique multivariée.

Principaux résultats

En 1994-1995, le nombre de bénéficiaires de services de soins à domicile financés par l'administration publique s'élevait à plus d'un demi-million. Les personnes âgées, de sexe féminin, souffrant d'au moins deux problèmes de santé chroniques ou vivant avec d'autres personnes représentent une part importante de ces bénéficiaires. Les caractéristiques liées de façon significative avec l'obtention de soins à domicile incluent la vieillesse, un état de santé général mauvais ou passable, l'abstinence en regard de l'alcool (par opposition à une consommation régulière), un faible revenu, le fait de vivre seul, d'avoir besoin d'aide pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne et le fait de souffrir d'un cancer ou de séquelles d'un accident vasculaire cérébral.

Mots-clés

Services de soins à domicile, personne âgée, personne handicapée, soins infirmiers à domicile, activités de la vie quotidienne.

Auteurs

Kathryn Wilkins (613) 951-1769 et Evelyn Park (613) 951-5821 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Ces dernières années, la restructuration des services de santé a entraîné la fermeture de certains hôpitaux¹ et la diminution du nombre de lits. En outre, les efforts en vue de limiter les coûts se sont traduits par des hospitalisations plus courtes. La baisse des taux d'hospitalisation et la réduction de la durée de séjour à l'hôpital donnent à penser que, après une intervention chirurgicale ou une maladie l'on renvoie maintenant certains patients chez eux à un stade de rétablissement plus précoce que par le passé^{2,3}. De surcroît, étant donné le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes atteintes d'un problème de santé chronique débilitant, comme l'arthrite ou la démence, vivent dans la collectivité⁴.

Les divers paliers d'administration accordent, à l'heure actuelle, beaucoup d'attention à la prestation de services de soins de santé et de soutien à domicile, car une telle solution de rechange serait moins coûteuse que la prestation de soins de courte ou de longue durée en établissement, ou permettrait de faire la transition après l'obtention de ces soins. Selon un rapport publié en 1997 par le Forum national sur

sur la santé, les soins à domicile représentent un des trois domaines dans lesquels on doit prendre certaines mesures pour passer à un régime plus intégré⁵. Le financement de soins à domicile était considéré comme une priorité dans le budget fédéral de 1997 et la prestation de ce genre de soins a fait l'objet d'une conférence nationale en 1998⁶.

En plus des recommandations consistant à fusionner les soins à domicile et les services de soins de santé financés par l'administration publique, le Forum national sur la santé a souligné qu'il serait souhaitable de normaliser les soins à domicile dans les diverses régions du Canada. À l'heure actuelle,

la prestation de services de soins à domicile est centralisée dans certaines provinces, mais contrôlée à l'échelon régional ou local dans d'autres. La recommandation d'un médecin peut être nécessaire dans un endroit, tandis que celle d'un organisme social peut suffire dans un autre^{7,8}. En outre, dans la plupart des provinces ou territoires, mais non dans tous, les bénéficiaires de soins à domicile doivent verser des frais minimes, en fonction de leurs moyens⁹. Dans certaines régions, les soins à domicile incluent une gamme complète de services, y compris la physiothérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, les soins palliatifs et les soins aigus; dans d'autres, on

Méthodologie

Source des données

Cette analyse se fonde en grande partie sur les données de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 menée par Statistique Canada dans les 10 provinces. Donc, on présente aussi certaines données provenant de la composante institutionnelle, qui couvre les résidents de longue durée des établissements de soins prolongés.

L'échantillon de l'ENSP comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après un tri de sélection (pour que l'échantillon reste représentatif)¹⁰, 20 725 ménages restaient dans le champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de chaque membre du ménage. En tout, on a recueilli des données sur 58 439 personnes. (Cette base de données s'appelle le Fichier général). En outre, on a demandé à une personne choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages participants de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie avait 12 ans ou plus. Le taux de réponse au questionnaire détaillé sur la santé s'adressant aux personnes de 12 ans et plus atteint 96,1 % ou 17 626 personnes. (La base de données ainsi constituée, le Fichier santé, comprend les renseignements détaillés sur la santé ainsi que les données du Fichier général se rapportant à ces personnes.) L'analyse porte sur les 16 291 adultes (personnes de 18 ans et plus) interrogés.

Techniques d'analyse

On s'est servi des totalisations de certaines variables pour décrire les bénéficiaires de soins à domicile financés par l'administration publique (appelés ici services officiels de soins à domicile) et pour les comparer à la population générale des ménages. Les estimations sont pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe de la population canadienne de 18 ans et plus en 1994-1995.

On a étudié les associations entre diverses variables indépendantes et l'obtention de soins à domicile par régression logistique multidimensionnelle, en tenant compte des effets d'autres facteurs qui influent sur la santé. L'analyse par régression a été effectuée sur les données fournies par les 568 personnes de 18 ans et plus qui ont dit avoir bénéficié des soins à domicile au cours des 12 mois précédant l'enquête, ainsi que sur les 15 663 personnes qui n'ont pas bénéficié de ce genre de soins et pour lesquels on disposait de données complètes. Pour éviter de perdre les données sur les 4 % de personnes qui n'ont pas fourni de renseignements sur le revenu, on a créé la catégorie « revenu du ménage : données non disponibles ». Pour réduire le biais, on a pondéré les régressions en appliquant des poids d'échantillonnage rééquilibrés de façon à ce que leur somme soit égale à la taille de l'échantillon. Pour tenir compte des effets de plan de sondage, on a considéré que les rapports de cotes n'étaient statistiquement significatifs que si les valeurs des bornes inférieure et supérieure de leur intervalle de confiance de 95 % ne tombaient pas dans la fourchette de 0,945 à 1,055.

ne propose que les soins standards, comme les soins infirmiers et les services d'aide familiale.

Ce manque d'uniformité pose des difficultés pour la recherche et pourrait expliquer pourquoi les rapports publiés sur les soins à domicile mettent presque exclusivement l'accent sur les programmes administrés au niveau provincial ou régional¹¹⁻¹³. Pourtant, il est essentiel d'identifier qui sont les bénéficiaires de soins à domicile au niveau national pour concevoir la prestation de services harmonisés.

On a recueilli des données sur les services de soins à domicile financés par les administrations publiques prodigués dans les diverses régions du pays dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Cette analyse est fondée sur les données de 1994-1995 de l'ENSP, et décrit le profil des bénéficiaires de soins à domicile officiels, en ce qui a trait à l'état de santé et aux caractéristiques comportementales, personnelles et sociales (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). On y précise aussi quels facteurs sont, après avoir tenu compte d'autres variables pertinentes, associés à l'obtention de soins à domicile. Enfin, on y examine la proportion de personnes qui, ayant besoin d'aide, bénéficient effectivement de services officiels de soins à domicile.

Les femmes et les soins à domicile — un lien indirect

En 1994-1995, on estime que, 522 900 Canadiens adultes, c'est-à-dire 2,4 % de la population de 18 ans et plus, ont bénéficié de services de soins à domicile officiels au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Plus du tiers (36 %) de ces bénéficiaires avaient moins de 65 ans, résultat qui indique clairement que les soins à domicile ne se limitent pas à des services gériatriques.

La proportion de bénéficiaires ayant moins de 65 ans est certes importante, mais les bénéficiaires de soins à domicile comptent une proportion beaucoup plus faible de représentants de ce groupe d'âge que les membres des ménages ne bénéficiant pas de ce genre de soins (tableau 1). Seulement 1 % des membres des ménages de moins de 65 ans reçoivent des soins à domicile, comparativement à 8 % de personnes appartenant au groupe des 65 à

Tableau 1
Certaines caractéristiques des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Bénéficiaires de soins à domicile	Non-bénéficiaires
	%	
Âge		
18-64	35,9	86,0
65-79	39,8	11,9
80+	24,3	2,1
Sexe		
Hommes	32,7	49,5
Femmes	67,4	50,6
Modalités de vie		
Vit seul(e)	39,0	12,0
Vit avec d'autres	61,0	88,0
Revenu du ménage		
Inférieur	13,9	5,4
Moyen-inférieur	25,1	11,1
Moyen	33,0	28,0
Moyen-supérieur	18,4	35,2
Supérieur	5,2	15,5
Données non disponibles	4,4	4,7
Problèmes de santé chroniques[†]		
Arthrite/rhumatisme	45,7	13,4
Maux de dos (non arthritiques)	27,6	14,8
Bronchite chronique/emphysème	11,3	3,1
Cancer	9,6	1,6
Cataracte	17,2	2,3
Diabète	15,5	3,1
Maladie cardiaque	25,3	3,7
Hypertension	28,8	9,2
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	10,0	0,7
Incontinence urinaire	8,0	1,0
Deux problèmes de santé chroniques ou plus	56,3	14,0
État de santé général		
Mauvais	20,6	2,0
Passable	29,0	8,2
Bon	29,2	27,0
Très bon	16,5	37,3
Excellent	4,8	25,5
Besoin d'aide dans les AVQ[‡]	25,4	0,9
Déplacement à l'intérieur de la maison	13,0	0,5
Soins personnels	22,5	0,7
Besoin d'aide dans les AIVQ[‡]	72,3	7,6
Préparation des repas	31,4	1,4
Achat d'épicerie	40,8	2,5
Travaux ménagers	50,9	2,8
Gros travaux domestiques	63,0	7,0
Blessure limitant les activités au cours des 12 derniers mois	21,5	15,8
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois		
Aucune	50,5	90,8
1 à 7 nuits	21,7	6,9
8 nuits et plus	27,8	2,1
Consommation d'alcool		
Aucune	47,5	20,1
Occasionnelle (< 1 verre par semaine)	34,9	41,5
Régulière (au moins 1 verre par semaine)	17,6	38,4
Tabagisme		
Jamais	37,2	38,0
Occasionnel/ancien fumeur	42,4	35,8
Quotidien	20,5	26,2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

[†] Les pourcentages peuvent excéder 100 %, car on a accepté les réponses multiples.

[‡] Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé.

79 ans et à 22 % de celles appartenant au groupe des 80 ans et plus. Comme on pouvait s’y attendre, même en tenant compte de l’effet qu’occasionnent certains problèmes de santé chroniques et d’autres facteurs ayant une incidence sur la santé, la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile est pratiquement trois fois plus élevée pour les personnes âgées que pour les personnes de 18 à 64 ans (tableau 2).

Les deux tiers des bénéficiaires de soins à domicile sont des femmes, mais la cote corrigée exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile n’est pas plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Ces résultats reflètent l’association entre le sexe féminin et des facteurs plus fortement liés à l’obtention de soins à domicile, comme la vieillesse, la manifestation de problèmes de santé chroniques et la nécessité d’obtenir de l’aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVL).

Définitions

On a lu la définition qui suit aux participants à l’ENSP : « Par services de soins à domicile, on entend des soins de santé ou des services d’aide familiale qui sont dispensés à domicile et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l’entretien ménager, physiothérapie, counseling, repas livrés à domicile. » On a demandé : « Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois? (Oui/Non) Quel genre de services avez-vous reçu? (Précisez) »

Pour mesurer la prévalence des problèmes de santé chroniques, on a demandé : « Souffrez-vous de certains des problèmes de santé de longue durée (c’est-à-dire un état qui persiste et qui devrait persister six mois ou plus) diagnostiqués par un professionnel de la santé dont voici la liste : asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos autres que ceux dus à l’arthrite, hypertension, bronchite chronique ou emphysème, diabète, maladie cardiaque, cancer, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, cataracte, glaucome? »

Pour mesurer l’incidence des blessures, on a demandé : « Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé(e) suffisamment pour que cette blessure limite vos activités normales? »

Pour évaluer la dépendance en regard des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), on a demandé : « À cause d’un problème de santé, avez-vous besoin de l’aide d’une autre personne pour préparer les repas? Magasiner pour acheter de l’épicerie ou d’autres produits essentiels? Accomplir les tâches ménagères quotidiennes normales? Accomplir les gros travaux domestiques, comme laver les murs, entretenir le jardin, etc.? »

Pour évaluer la dépendance en regard des activités de la vie

quotidienne (AVQ), on a étendu la question aux « soins personnels, comme se laver, s’habiller ou manger? Se déplacer à l’intérieur de la maison? »

Pour obtenir des renseignements sur l’état de santé général, on a demandé : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente? Très bonne? Bonne? Passable? Mauvaise? »

La consommation d’alcool est catégorisée comme suit :

1. régulière (au moins un verre par semaine);
2. occasionnelle (2 à 3 verres par mois au plus);
3. n’a jamais bu ou ne boit pas pour le moment (aucune consommation d’alcool au cours des 12 derniers mois).

Le tabagisme est catégorisé comme suit :

1. fumeur régulier (fume quotidiennement à l’heure actuelle);
2. ancien fumeur ou fumeur occasionnel à l’heure actuelle (« occasionnel » correspond à une consommation moins fréquente que quotidienne);
3. n’a jamais fumé.

Les modalités de vie sont catégorisées comme suit :

1. vit avec au moins une autre personne;
2. vit seul.

La fréquence moyenne des contacts avec les parents, (vivant à l’extérieur du foyer) les amis et les voisins et classée en deux catégories :

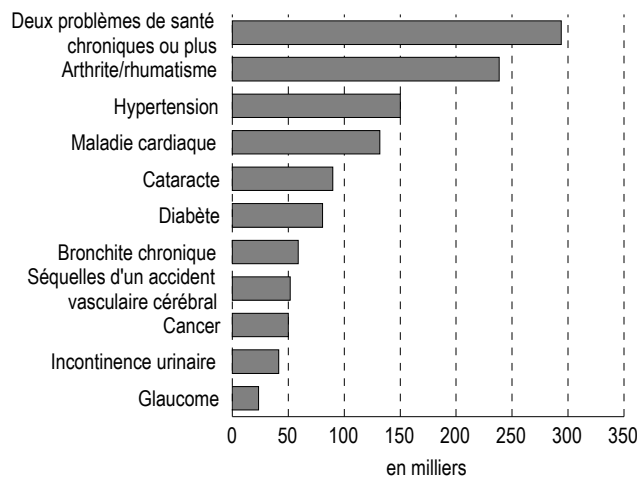
1. faible à moyenne (moyenne de 0 à 4 contacts au cours des 12 derniers mois);
2. forte (moyenne de 5 à 6 contacts au cours des 12 derniers mois).

Les catégories de revenu du ménage sont déterminées d’après la taille du ménage :

	Catégorie de revenu du ménage				
Taille du ménage	Inférieur	Moyen-inférieur	Moyen	Moyen-supérieur	Supérieur
1 ou 2 personnes	<10 000 \$	10 000 \$-14 999 \$	15 000 \$-29 999 \$	30 000 \$-59 999 \$	≥60 000 \$
3 ou 4 personnes	<10 000 \$	10 000 \$-19 999 \$	20 000 \$-39 999 \$	40 000 \$-79 999 \$	≥80 000 \$
5 personnes ou plus	<15 000 \$	15 000 \$-29 999 \$	30 000 \$-59 999 \$	60 000 \$-79 999 \$	≥80 000 \$

L'ENSP ne fournit pas de renseignements directs sur la gravité de la maladie. Cependant, on s'est servi de trois variables comme indicateurs de l'état de santé : l'état de santé général autodéclaré, le nombre de problèmes de santé chroniques et le temps passé à l'hôpital l'année précédente. La moitié des bénéficiaires de soins à domicile ont déclaré que leur santé est « mauvaise » ou « passable », 56 % avaient au moins deux problèmes de santé chroniques et 28 % avaient passé au moins huit nuits à l'hôpital l'année précédente. Ces proportions sont nettement plus faibles pour les personnes qui ne reçoivent pas de soins à domicile. La cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile reste nettement plus élevée pour les personnes déclarant que leur état de santé est mauvais ou passable, ou qu'elles ont passé au moins huit nuits à l'hôpital, que pour les autres, même si on tient compte de l'effet de problèmes de santé chroniques particuliers, de l'âge, du besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne, du sexe et d'autres facteurs associés aux soins à domicile.

Graphique 1
Nombre de personnes qui ont reçu des soins à domicile officiels l'année précédente, selon l'existence d'un problème de santé chronique†, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé
 † Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé

Forte prévalence de l'arthrite

La forte prévalence de certaines maladies chroniques chez les personnes qui bénéficient de soins à domicile n'implique pas nécessairement que la cote exprimant la possibilité de recevoir les soins augmente avec la présence de ces problèmes de

Tableau 2
Rapports de cotes corrigés établissant le lien entre certaines caractéristiques et l'obtention de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Facteurs démographiques		
Âge : 65 ans et plus	2,9*	2,14, 3,79
Sexe : féminin	1,2	0,89, 1,50
Besoins physiques		
Dépendance en regard des AIVQ ou des AVQ	10,8*	8,07, 14,40
Séjour à l'hôpital d'au moins 8 nuits au cours des 12 derniers mois†	3,9*	2,86, 5,29
État de santé général mauvais ou passable‡	1,4*	1,07, 1,83
Blessure limitant les activités au cours des 12 derniers mois	1,4	1,03, 1,88§
Problèmes de santé chroniques††		
Cancer	2,2*	1,40, 3,50
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,8*	1,15, 2,96
Diabète	1,4	0,96, 2,00
Cataracte	1,3	0,91, 1,88
Maladie cardiaque	1,3	0,93, 1,75
Incontinence urinaire	1,2	0,72, 1,94
Deux problèmes de santé chroniques ou plus	1,2	0,81, 1,74
Bronchite chronique	1,1	0,72, 1,60
Arthrite/rhumatisme	1,0	0,73, 1,25
Maux de dos (non arthritiques)	0,9	0,66, 1,18
Hypertension	0,9	0,67, 1,20
Facteurs sociaux, comportementaux et économiques		
Consommation d'alcool : aucune‡‡	1,8*	1,30, 2,53
Consommation d'alcool : occasionnelle‡‡	1,4	1,03, 1,97§
Modalités de vie : vit seul	1,6*	1,23, 2,14
Catégorie de revenu du ménage : inférieur, moyen-inférieur§§	1,6*	1,19, 2,04
Catégorie de revenu du ménage : données non disponibles§§	1,2	0,69, 2,09
Usage du tabac : quotidien	1,1	0,81, 1,57
Usage du tabac : occasionnel, ancien fumeur	1,2	0,91, 1,59

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Nota : Taille de l'échantillon 16 231 personnes.

† Catégorie de référence moins de huit nuits à l'hôpital.

‡ Catégorie de référence : excellent, très bon ou bon état de santé.

§ Afin de tenir compte des effets du plan, le chevauchement des intervalles de confiance (.945 et 1,055) n'est pas jugé significatif sur le plan statistique.

†† Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé. Catégorie de référence : absence de problèmes chroniques

‡‡ Catégorie de référence : consommation régulière (au moins un verre d'alcool par semaine).

§§ Catégorie de référence : revenu moyen, moyen-supérieur ou supérieur.

* p < 0,05

Limites

Les soins à domicile officiels ne représentent qu'une fraction de l'ensemble des soins prodigués aux personnes dans leur foyer. Celles qui bénéficient de soins infirmiers à domicile ont probablement besoin d'une plus grande aide personnelle ou, du moins, d'une aide plus spécialisée que celle que peuvent leur fournir les membres du ménage, mais il est raisonnable de penser qu'à de nombreux égards, les bénéficiaires de soins à domicile officiels diffèrent peu des personnes qui bénéficient de soins officieux. Néanmoins, comme on ne possède pas de données sur les soins à domicile officieux, les personnes qui ne bénéficient que de ce genre de soins ne sont pas incluses dans le groupe des personnes obtenant des soins à domicile officiels.

Il n'existe aucune définition uniforme des soins officiels à domicile, et cela limite l'interprétation des résultats. Les services de soins à domicile, l'accès à ces services et à leur contenu varie d'une province ou d'une région à l'autre. Pour tenir compte de certains écarts, on a inclus dès le départ la variable de province dans les modèles de régression. Cependant, on l'a finalement éliminée de l'analyse, car son effet sur la probabilité de recevoir des soins à domicile est négligeable.

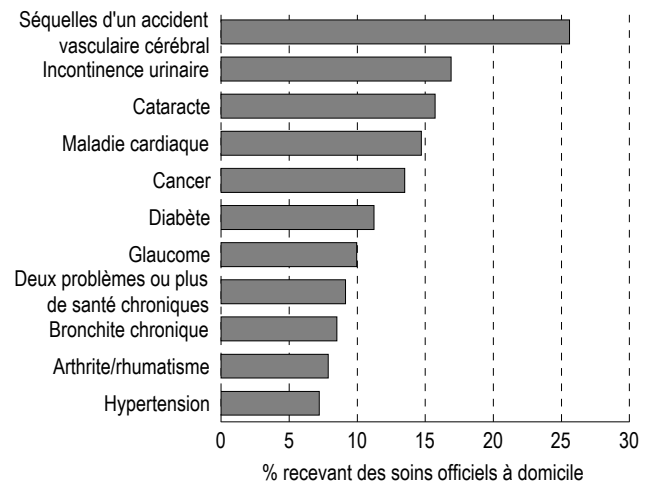
Un biais de sélection pourrait limiter encore davantage l'interprétation des données. Les membres des ménages qui n'étaient pas disponibles au moment de la sélection de la personne chargée de répondre au questionnaire détaillé sur la santé auraient pu être en moins bonne santé que ceux qui ont participé à la sélection. Par exemple, certaines personnes ayant bénéficié de soins à domicile durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête n'ont peut-être pas pu être interviewées parce qu'elles étaient malades ou à l'hôpital. Pour déterminer partiellement l'importance de ce biais, on a produit des estimations pondérées du nombre de personnes qui ont bénéficié de soins à domicile en se servant des données recueillies auprès des personnes choisies au hasard (Fichier santé), et auprès des membres de tous les ménages (Fichier général). L'estimation calculée d'après les données du Fichier général est légèrement plus élevée (2,6 % contre 2,4 %), mais il est rassurant de constater que l'écart est faible.

Toutes les données sont autodéclarées et on ignore dans quelle mesure elles sont valides. Pour réduire au minimum l'erreur de déclaration en ce qui concerne les problèmes de santé chroniques, on a demandé aux personnes interrogées de ne mentionner que ceux qui duraient depuis au moins six mois (ou qui, en principe, dureraient au moins six mois) et qui ont fait l'objet d'un diagnostic de la part d'un spécialiste de la santé.

santé. Par exemple, parmi les bénéficiaires de soins à domicile, pratiquement 240 000, soit près de la moitié (46 %), souffrent d'arthrite ou de rhumatisme (graphique 1). Cependant, 8 % seulement des personnes qui souffrent d'arthrite ou de rhumatisme bénéficient de ce genre de soins (graphique 2). De surcroît, si on tient compte de l'effet d'autres facteurs, la cote exprimant la possibilité qu'elles reçoivent des soins à domicile est, en réalité, la même que pour les personnes qui ne souffrent pas de ces maladies (tableau 2).

Chez les personnes présentant d'autres problèmes de santé, les proportions de bénéficiaires de soins à domicile sont nettement plus fortes. Par exemple, plus d'une personne sur quatre souffrant de séquelles d'un accident vasculaire cérébral reçoit des soins à domicile, mais cela ne représente que 52 000 personnes ou 10 % de l'ensemble des bénéficiaires de soins à domicile. Ce résultat reflète la prévalence assez faible de ce genre de problème de santé parmi la population ne résidant pas en établissement. Par conséquent, bien que la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile soit plus élevée pour les personnes qui souffrent de séquelles d'un

Graphique 2
Proportion de personnes qui ont reçu des soins à domicile officiels l'année précédente, selon l'existence de problèmes de santé chronique[†], population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

† Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé

accident vasculaire cérébral que pour celles qui font de l'arthrite ou du rhumatisme, la clientèle d'une personne prodiguant des soins à domicile compterait plus de personnes souffrant d'arthrite que des suites d'un accident vasculaire cérébral.

Même si l'on tient compte des facteurs susceptibles d'expliquer le besoin de soins à domicile, la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile pour les personnes atteintes d'un cancer ou de troubles consécutifs à un accident vasculaire est environ deux fois plus élevée. Il se pourrait que ces problèmes de santé créent des besoins particuliers, peut-être de services de réadaptation ou de soins palliatifs, dont ne rendent pas compte les autres caractéristiques liées à l'état de santé observées ici.

Les personnes âgées reçoivent des soins à domicile plutôt qu'en établissement

Le nombre de personnes de 65 ans et plus qui reçoivent des soins à domicile (335 200) excède considérablement celui des personnes âgées placées en établissement (185 600)¹⁴. Malheureusement, déterminer dans quelle mesure les soins à domicile retardent ou préviennent le placement en établissement dépasse le cadre de cet article. On ne peut pas non plus examiner ici le degré de soutien familial ni les responsabilités assumées par des prestataires de soins officiels. Cependant, en comparant certaines caractéristiques influant sur la santé des bénéficiaires de soins à domicile et des résidents d'établissement de soins prolongés, on parvient à se faire une idée des problèmes de santé qu'il est possible de traiter à domicile. Par exemple, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme est plus forte chez les bénéficiaires de soins à domicile que chez les pensionnaires des établissements de soins. En revanche, parmi les personnes qui souffrent de séquelles d'un accident vasculaire cérébral, de démence ou d'incontinence, celles vivant en établissement sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que celles bénéficiant de soins à domicile (graphique 3)¹⁴.

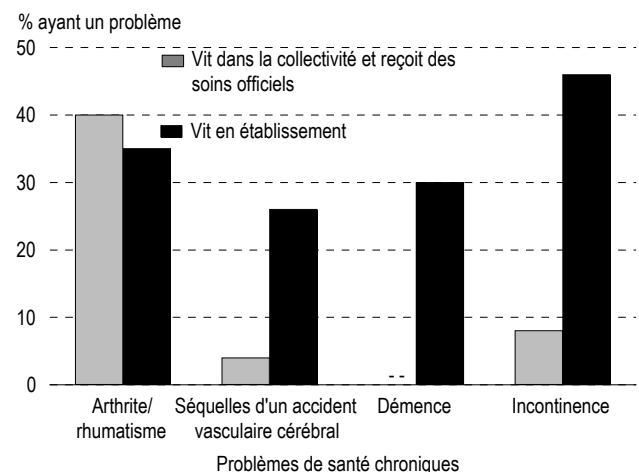
Facteurs sociaux

Les bénéficiaires de soins à domicile comptent une proportion environ trois fois plus forte de personnes qui vivent seules que les membres de la population des ménages ne recevant pas ces soins (39 % contre 12 %) (tableau 1). Cette tendance s'observe quel que soit l'âge, bien que les bénéficiaires de soins à domicile de 18 à 64 ans vivant seuls soient plus fortement surreprésentés que ceux de 65 ans et plus.

La plus forte probabilité que les personnes vivant seules bénéficient de soins à domicile est sans doute attribuable, en partie, à la plus forte prévalence de besoins liés à l'état de santé dans ce groupe. Par exemple, une part plus importante de ces personnes, particulièrement celles de moins de 65 ans, souffrent d'au moins un problème de santé chronique. Cependant, même après avoir tenu compte de l'effet des maladies chroniques et d'autres facteurs liés à la santé, la cote exprimant la possibilité de bénéficier de soins officiels à domicile est 1,6 fois plus élevée pour les personnes qui vivent seules que pour celles qui vivent avec au moins une autre personne. Cette observation confirme la supposition naturelle selon laquelle les personnes qui vivent avec d'autres ont tendance à bénéficier d'une aide officielle de la part de ces personnes.

On note une association inverse marquée entre la

Graphique 3
Prévalence de certains problèmes de santé chroniques, selon le lieu de résidence, population de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé et fichiers des établissements

-- Nombre infimes

catégorie de revenu du ménage et la proportion de personnes qui reçoivent des soins à domicile (graphique 4). Ce résultat pourrait témoigner du moins bon état de santé des personnes de faible statut socioéconomique, ce qui accroît le besoin de soins à domicile. Cependant, même si on tient compte de l'effet de l'état de santé, du tabagisme et de l'existence de nombreux problèmes de santé chroniques, la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile est 1,6 fois plus élevée pour les personnes appartenant aux deux catégories inférieures de revenu que pour celles des trois catégories supérieures. La variable de revenu pourrait refléter certains aspects de la santé (ou de la maladie) non mesurés par les autres variables incluses dans le modèle. Il se pourrait aussi que les personnes dont le revenu est plus élevé puissent davantage s'offrir des services de soins à domicile privés, soins qui sortent du cadre de la présente analyse.

L'abstinence en regard de l'alcool est également liée à l'obtention de soins à domicile. En tenant compte des autres variables liées à la santé, la cote exprimant la possibilité de bénéficier de soins à domicile est deux fois plus élevée pour les personnes

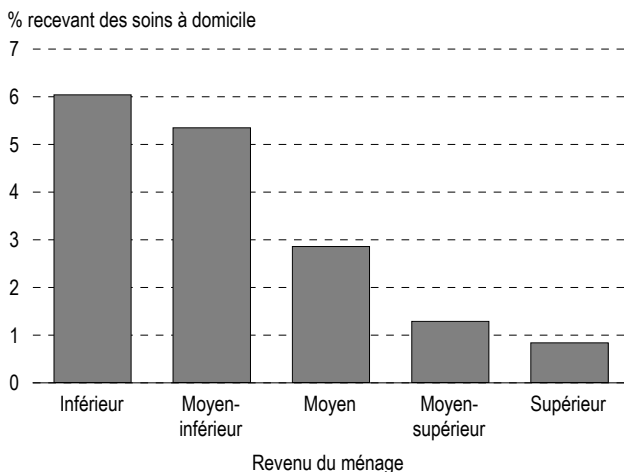
qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents que pour celles qui boivent régulièrement. Le rapport de cotes indique aussi que la possibilité de recevoir des soins à domicile est plus grande pour les buveurs occasionnels que pour les buveurs réguliers, mais sa valeur n'est pas statistiquement significative. Ces résultats concordent avec ceux d'études qui laissent entendre que la consommation régulière, modérée, d'alcool a certains effets salutaires^{15,16}. Cependant, l'association ne montre pas nécessairement que la consommation régulière d'alcool est la cause d'une meilleure santé, d'autant plus que les résultats proviennent de données transversales. Qui plus est, on ne fait aucune distinction ici entre une consommation régulière d'alcool modérée ou forte, ou entre les anciens buveurs et les personnes qui ont toujours été abstinentes. L'association entre l'abstinence et l'obtention de soins à domicile pourrait refléter une tendance, chez les personnes qui manifestent des problèmes de santé, à boire moins d'alcool ou à s'abstenir d'en boire.

Nombre de personnes qui ont besoin de soins à domicile n'en reçoivent pas

Comme on peut s'y attendre, les personnes qui déclarent avoir besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne ou aux activités instrumentales de vie quotidienne, bénéficient d'une façon proportionnellement plus élevée de soins à domicile (rapport de cotes 10,8). Pourtant, une proportion assez forte de personnes éprouvant ces besoins ne bénéficient pas de soins à domicile officiels.

Plus de la moitié (plus de 136 000) des personnes qui ont dit avoir besoin d'aide pour prendre soin d'elles-mêmes (se laver, s'habiller ou manger) ne reçoivent pas de soins à domicile officiels (graphiques 5 et 6). Quant à celles qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités instrumentales de la vie quotidienne, comme préparer les repas, faire leurs courses ou accomplir des tâches ménagères, la proportion ne bénéficiant pas de soins à domicile est encore plus forte. Au moins une partie de ces besoins est probablement satisfaite par des services privés de soins à domicile ou par certains membres

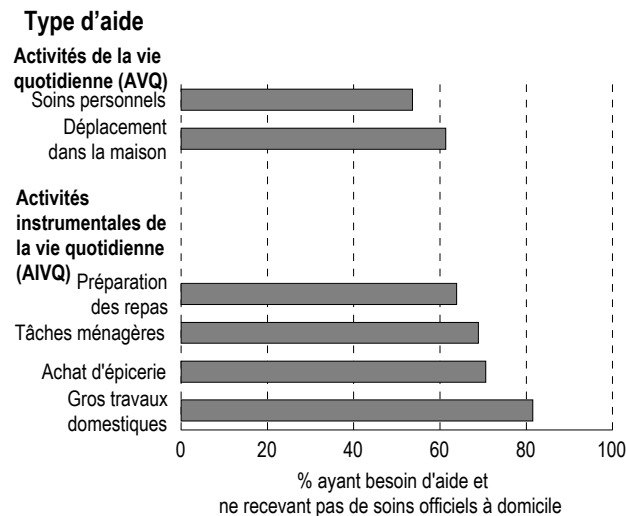
Graphique 4
Proportion de personnes qui ont reçu des soins à domicile officiels l'année précédente, selon la catégorie de revenu du ménage, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, Fichier santé.

Graphique 5

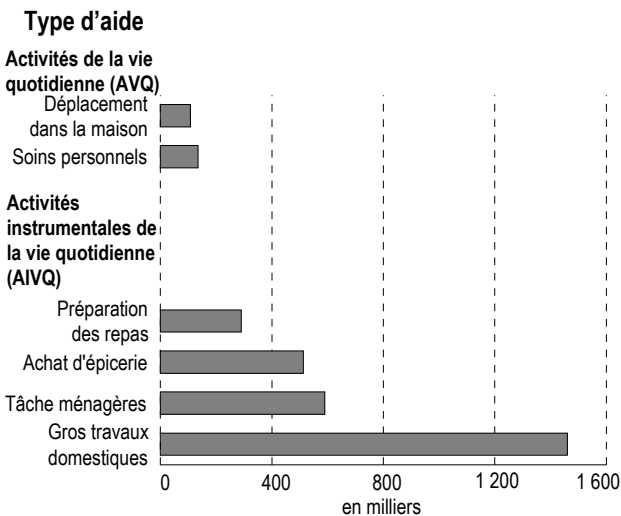
Proportion de personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ qui n'ont pas reçu de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Graphique 6

Nombre de personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ qui n'ont pas reçu de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

de la famille, mais manifestement, un grand nombre de personnes qui ont besoin d'aide pour accomplir des fonctions assez élémentaires ne bénéficiaient pas de soins à domicile officiels.

Ces résultats sont conformes à ceux d'une étude réalisée récemment en Saskatchewan auprès des personnes sortant de l'hôpital pour retourner chez elles. De celles qui, selon les autorités hospitalières, auraient dû bénéficier de soins à domicile, 60% n'ont pas cherché à bénéficier de services officiels¹⁷.

Les renseignements provenant d'autres sources indiquent que les soins à domicile *officiels* ne constituent qu'une fraction des services de soutien prodigués. L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991 révèle que l'aide officieuse, prodiguée principalement par la famille, représente une part importante de l'aide globale offerte aux personnes âgées handicapées¹⁸. (Note de la rédaction : lire l'article intitulé *Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle* dans le présent numéro). Selon l'Enquête sociale générale de 1990, 56 % de Canadiens de 15 ans et plus ont bénéficié de services de soutien (en grande partie pour accomplir des travaux ménagers et d'entretien) prodigués par la famille et les amis¹⁹. Enfin, selon l'Enquête sociale générale de 1996, 2,8 millions d'adultes prodiguent officieusement une forme ou une autre de soins à des personnes souffrant de problèmes de santé chroniques²⁰. Compte tenu de ces résultats, on est quelque peu surpris de constater que, d'après l'ENSP, chez les personnes qui dépendent des autres pour accomplir les AIVQ ou les AVQ, la fréquence moyenne des contacts avec les amis, les membres de la famille et les voisins ne varie pas en fonction du recours ou du non-recours aux soins à domicile officiels. On observerait peut-être des écarts si on avait recueilli des renseignements sur la fréquence à laquelle des soins de soutien sont dispensés lors de ces «contacts».

Mot de la fin

Plus d'un demi-million de Canadiens ont bénéficié de soins à domicile officiels en 1994-1995. Les personnes âgées qui ont bénéficié de ce genre de soins sont proportionnellement nettement plus nombreuses que celles qui vivent en établissement

de soins prolongés. En outre, la prestation de soins à domicile est sans aucun doute un déterminant important de la capacité à continuer de vivre dans son milieu. L'obtention de soins à domicile officiels est liée non seulement à l'âge, à l'affaiblissement et à des problèmes de santé particuliers, mais aussi à des facteurs socioéconomiques et à la structure familiale.

Une proportion importante de personnes qui ont besoin d'aide ne bénéficient pas de soins à domicile officiels. Il est raisonnable de supposer que, l'aide est souvent prodiguée par d'autres membres du ménage et que certaines personnes ont recours aux services privés. Qui plus est, il est fort probable que les besoins de certaines personnes ne soient tout simplement pas satisfaits.

Références

1. P. Tully et É. Saint-Pierre, «La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995», *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 35-42 (Statistique Canada, n° 82-003-PBX au catalogue).
2. G.M. Andersen, «Hospital restructuring and the epidemiology of hospital utilization: Recent experience in Ontario», *Medical Care*, 35(10), 1997, p. OS93-OS101.
3. «Les personnes âgées ont l'impression d'être "mises à la porte" des hôpitaux», *La Presse*, 18 janvier 1997, p. A17.
4. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, (n° 82-567 au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1998.
5. Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Rapport final du Forum national sur la santé*, (n° H21-125/5-1-1997F au catalogue) Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.
6. J. Coutts, «Home care crucial to medicare, Rock says», *The Globe and Mail*, 10 mars 1998, p. A3.
7. Santé et Bien-être social Canada, *Classification des bénéficiaires de soins prolongés à domicile*, (n° H39-267/1993F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
8. B. Pickles, A.U. Topping et K.A. Woods, «Community care for Canadian seniors: an exercise in educational planning», *Disability and Rehabilitation*, 16(3), 1994, p. 181-189.
9. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. Santé Canada, *Description des services de soins prolongés dans les provinces et les territoires du Canada*, Ottawa, Sous-comité fédéral-provincial-territoires sur les soins continus, 1993.
11. L.W. Chambers, P. Tugwell, C.H. Goldsmith *et al.*, «The impact of home care on recently discharged elderly hospital patients in an Ontario community», *Canadian Journal on Aging*, 9(4), 1990, p. 327-347.
12. A.M. Clarfield et H. Bergman, «Medical home care services for the housebound elderly», *Journal de l'Association canadienne médicale*, 144(1), 1994, p. 40-45.
13. M. Nixon, «Hospital without walls. The family physician and the challenge of home health care», *Canadian Family Physician*, 37, 1991, p. 1709-1794.
14. P. Tully et C. Mohl, «Résidents âgés des établissements de santé», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. M. Grønbaek, A. Deis, T.I.A. Sørensen *et al.*, «Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits», *British Medical Journal*, 310, 1995, p. 1165-1169.
16. J.T. Rehm, S.J. Bondy, C.T. Sempos *et al.*, «Alcohol consumption and coronary heart disease morbidity and mortality», *American Journal of Epidemiology*, 146(6), 1997, p. 495-501.
17. Health Services Utilization and Research Commission, *Hospital and home care study*, Rapport sommaire, n° 10, Saskatoon, Saskatchewan, 1998.
18. P.A. Dunn, *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*, Séries sujets spéciaux provenant de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (n° 82-615 au catalogue, volume 1), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services 1990.
19. S.A. McDaniel, *La famille et les amis*, Enquête sociale générale, série analytique (Statistique Canada, n° 11-612F au catalogue, série n° 9), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
20. Statistique Canada, «Qui va s'en occuper? L'aide liée à la santé dans les années 1990», *Le Quotidien*, (Statistique Canada, n° 11-612F au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1997.