AGEWELL

APPTA POPRAVIT

NATIONAL INNOVATION HUB • CENTRE NATIONAL D'INNOVATION

SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES

EXAMEN DES DÉFIS LIÉS À L'OFFRE DE SOINS À DOMICILE ET DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE AU CANADA

OCTOBRE 2019

QUESTIONS?

Le Centre national d'innovation POPRAVIT AGE-WELL Inc. sera heureux de recevoir vos observations au sujet de ce rapport et souhaite savoir comment mieux répondre à vos besoins en information. Si vous avez des questions concernant le travail du Centre POPRAVIT, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

COURRIEL : info@appta.ca
TÉLÉPHONE : 506-444-8300

Centre national d'innovation AGE-WELL POPRAVIT
100 Sunset Drive
Fredericton, NB
Canada
E3A 1A3

ADVERTISSEMENT

Ce document est fondé sur l'information disponible en date de sa publication, sauf indication contraire. Aucune information contenue dans ce document ne doit être interprétée comme un conseil juridique, comptable ou autre conseil professionnel.

Les auteurs ont fait tout leur possible pour veiller à ce que l'information contenue dans ce document soit correcte et à jour; cependant, ces renseignements n'ont pas pour objectif de remplacer l'information plus récente communiquée par le biais de ressources gouvernementales ou rattachées à un programme précis. Les auteurs ne font aucune représentation et ne donnent aucune garantie, expresse ou implicite, concernant l'information contenue dans ce document, et déclinent toute responsabilité vis-à-vis de toute perte ou de tout dommage découlant directement ou indirectement, soit de l'utilisation des renseignements apparaissant dans cette publication ou dans toute publication élaborée par un tiers faisant référence ou étant liée à cette publication, soit de toute mesure prise à partir de ces renseignements.

RÉFÉRENCE

Centre national d'innovation AGE-WELL POPRAVIT. 2019. Synthèse de données probantes : Examen des défis liés à l'offre de soins à domicile et de services de soutien à domicile au Canada. Fredericton : Centre national d'innovation AGE-WELL POPRAVIT Inc.

L'objectif de ce document est d'éclairer le travail du Laboratoire d'innovation politique POPRAVIT concernant la question « *Comment peut-on tirer parti d'une augmentation de l'investissement dans le soutien à domicile pour améliorer la capacité des personnes âgées de bien vieillir au sein de leur collectivité? ».* La synthèse de données probantes suivante sert à mieux comprendre les difficultés auxquelles font face les Canadiens âgés qui souhaitent accéder au système de soins de santé et au réseau de soutien social et y naviguer.

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les besoins non satisfaits des personnes âgées (ou, plus généralement, des bénéficiaires de soins à domicile) sont dus à plusieurs causes : le coût du soutien nécessaire, le manque de continuité dans les soins, le manque d'accès ou le manque d'information nécessaire pour obtenir les services appropriés ainsi que les limites de l'offre de soins.

- La proportion croissante des Canadiens âgés, à laquelle il faut ajouter une espérance de vie plus longue, donne au système de soins de santé et aux gouvernements l'occasion d'améliorer le soutien à domicile. Cette amélioration comprend, sans s'y limiter, le rehaussement de l'investissement dans les programmes de soins et de soutien à domicile pour les rendre plus abordables (surtout dans le cas du soutien à domicile), l'amélioration de la facilité d'accès et de la navigation du système ainsi que l'amélioration de la coordination et de la continuité des soins.

- On a constaté que les aides à domicile, qui œuvrent dans le cadre des activités courantes de la vie quotidienne (ACVQ) et qui représentent la plus grande proportion des professionnels du secteur des soins à domicile, sont extrêmement rentables pour le système de soins de santé.

- Bien qu'on la considère souvent comme un fardeau, cette nouvelle donnée démographique est pour le Canada l'occasion de faire des changements durables dans le système de soins de santé, d'édifier des collectivités inclusives et d'offrir des services pour tous.

TERMINOLOGIE

- Le terme **Personne âgée/Aîné** désigne une personne de 65 ans et plus.

- Dans le cadre des discussions pan-canadiennes, il y a de nombreuses disparités concernant la définition des services de soins et de soutien à domicile et l'offre de ces services. Aux fins du présent document, le soutien à domicile sera considéré comme une extension des services de soins à domicile, ce qui est le cas dans bon nombre de territoires et de provinces. Dans le présent document, le terme « soins à domicile » comprend aussi les services de soutien à domicile.

  Les soins à domicile sont un éventail de services offerts à domicile par un professionnel de la santé en fonction des besoins évalués du client.

  Le soutien à domicile désigne souvent l'aide offerte pour réaliser des activités courantes de la vie quotidienne (ACVQ), telles que passer le balai, prendre son bain, faire le ménage, etc.

- **Client/Bénéficiaire des soins** désigne une personne qui reçoit des services de soins ou de soutien à domicile.

- **Activités courantes de la vie quotidienne** (ACVQ) désigne des tâches quotidiennes comme manger, prendre son bain et faire sa toilette.

- **Aide à domicile (AD)** désigne un travailleur non réglementé qui offre des services de soutien personnel, comme l'entretien de la maison, le bain, la toilette et la préparation des repas. Également connu sous le nom de préposé aux soins personnels, aide-soignant, etc.

CONTEXTE

Il est aujourd'hui courant de parler de l'accroissement de la population des personnes âgées canadiennes. Dans cinq ans (2024), la population des adultes de plus de 65 ans atteindra environ 20 % au Canada et, dans 11 ans (2036), elle devrait, selon les prévisions, passer à 25 %[1]. Bien qu'on la considère souvent comme un fardeau, cette nouvelle donnée démographique est pour le Canada l'occasion de faire des changements durables dans le système de soins de santé, d'édifier des collectivités inclusives et d'offrir des services pour tous. Il est intéressant de constater qu'un usage accru des soins de santé n'est pas nécessairement associé à l'augmentation de l'âge, mais bien plus à la présence de problèmes chroniques. C'est pourquoi, il est probablement plus avisé de traiter les limitations au niveau de la santé que de se préoccuper uniquement de l'âge[2]. Cependant, les critères d'admissibilité aux programmes sont souvent soumis à une limite d'âge, ce qui prive des services nécessaires les personnes qui ont des besoins spécifiques en raison d'un problème particulier.

> **« En bout de ligne, nous voulons plus de santé.... Et moins de soins de santé. »**
> **Rapport sur la santé rurale du Conseil rural de l'Ontario, 2009**

Un consensus récurrent se dégage des documents de recherche sur la façon dont les personnes âgées prévoient et espèrent vivre leurs années à venir : elles veulent être en mesure de vieillir chez elles ou dans leur collectivité[3]. Les services de soins et de soutien à domicile constituent un moyen efficace de permettre au système de veiller à la santé des aînés[4]. Dans le cadre de cette synthèse de données probantes, nous explorerons les documents qui portent sur les défis liés à l'offre de programmes de soins et de soutien à domicile.

Bénéficiaires des soins à domicile

Les personnes âgées forment le plus grand groupe de personnes qui obtiennent des services de soins à domicile ou de soutien à domicile[5,6]. En 2012, à l'issue de l'Enquête sociale générale (ESG), on a découvert que 13 % des personnes qui recevaient des services de soins à domicile étaient âgées de 65 à 74 ans et que 27 % des personnes de 74 ans et plus recevaient ce type de services. Il est fort probable ces chiffres varient d'une province/un territoire à l'autre au fur et à mesure de l'évolution démographique. De plus, 56 % des bénéficiaires des soins étaient des femmes, qui recevaient beaucoup plus souvent que les hommes des soins pour des problèmes liés à l'âge et non pas pour des maladies mentales ou des blessures provoquées par un accident. Cette situation est probablement due au fait que l'espérance de vie des femmes est plus

longue que celle des hommes. Selon des données récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 73,6 % des clients évalués dans les collectivités recevaient des services de soutien à domicile et 44,6 % d'entre eux recevaient des soins à domicile dans les provinces/territoires concernés (Terre-Neuve et Labrador, Colombie-Britannique, Alberta, Yukon et Ontario). Selon ces données, sur les clients des soins à domicile évalués dans les collectivités, 76 % souffraient d'une maladie cardiaque ou circulatoire, 36,7 % d'une forme de maladie ou d'affection neurologique, 18,2 % d'un problème sensoriel (glaucome ou cataracte), 23,3% avaient reçu un diagnostic psychiatrique et 60,5 % avaient une autre maladie ou affection, comme le cancer, le diabète, une MPOC, etc.[7] Vous trouverez une ventilation supplémentaire du profil du client des soins à domicile à l'**Annexe A**.

Lors de l'ESG de 2012, on a posé aux bénéficiaires des soins des questions concernant la gravité de leur maladie, et la majorité d'entre eux ont répondu que leur problème était soit modéré (38 %) soit grave (42 %). Par contraste avec les services de soins de santé, il était plus probable que des membres de la famille et des amis s'occupent des services de soutien à domicile, comme l'entretien ménager, la programmation et la coordination des rendez-vous, le transport, l'aide associée aux traitements médicaux, les soins personnels, etc. Le nombre le plus élevé d'heures de soins et de services de soutien correspond aux maladies les plus graves, comme la maladie d'Alzheimer ou la démence, et le nombre d'heures de soins prodigués par des membres de la famille ou des amis augmente parallèlement au degré de gravité de la maladie. Cependant, le nombre d'heures de services de soins professionnels avait moins tendance à augmenter en fonction de la gravité de la maladie[8]. Dans un rapport plus récent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on constate que les ménages à faible revenu (plus particulièrement ceux dont la principale source de revenu est l'aide sociale) ont plus tendance à recevoir des soins à domicile, de même que les ménages qui louent leur logement par rapport à ceux qui en sont propriétaires et dont le niveau de scolarité est faible (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2016).

NOTE : Nous n'avons trouvé aucun rapport portant spécifiquement sur la culture, l'origine ethnique et d'autres caractéristiques des aînés bénéficiant de soins, si ce n'est les facteurs indiqués ci-dessus.

DÉFIS LIÉS AUX SOINS À DOMICILE

Face au vieillissement de la population du Canada, le Conference Board du Canada estime que 2,4 millions de Canadiens de 65 ans et plus auront besoin d'une forme de soins de longue durée, payés ou non, d'ici à 2026[9]. Comme 75 % à 80 % des aînés canadiens ont au moins un problème chronique, il faut modifier le fonctionnement du système de soins de santé et la façon dont ce système dessert les personnes d'un certain âge. Selon l'Association médicale canadienne (2016), le système d'assurance-maladie du Canada a été établi surtout pour traiter les problèmes

épisodiques aigus d'une population relativement jeune; elle reconnaît également les limites de ce système lorsqu'il faut traiter les aînés d'aujourd'hui et leur offrir les services dont ils ont besoin. L'augmentation actuelle des besoins en soins de santé et en assistance sociale s'accompagne d'une demande croissante de services de soins et de soutien à domicile. C'est pourquoi il est essentiel de déterminer les défis liés aux soins à domicile pour élaborer correctement des solutions durables.

Dans les documents que nous avons consultés, nous avons constaté que le manque de disponibilité, des problèmes liés aux critères d'admissibilité, les caractéristiques personnelles (suivi, obstacles linguistiques, etc.) le coût et la décision de ne pas chercher à obtenir des services faisaient partie des obstacles aux soins à domicile mentionnés. L'obstacle le plus fréquemment évoqué était le manque de disponibilité des services. Tous ces obstacles font que des besoins ne sont pas satisfaits; il est donc primordial de les mettre en lumière pour découvrir où il faut faire des améliorations et des changements. Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2016, plus d'un tiers des personnes bénéficiant de services de soins à domicile avaient, à cet égard, des besoins non satisfaits, dont la majorité étaient des besoins liés à des services de soutien, et non pas à des soins de santé. Ce résultat montre l'importance et la nécessité de mieux financer les services des aides à domicile pour inciter ces personnes à entrer et à demeurer dans ce domaine. Les besoins insatisfaits engendrent des conséquences négatives pour la santé du client et entraînent un accroissement des coûts du système des soins de santé, qui auraient pu être évités par l'offre des soins à domicile appropriés[10]. En ce qui concerne les services de soutien à domicile, 46,1 % des répondants de l'ESCC de 2015/2016 ont indiqué que leurs besoins étaient soit partiellement soit totalement insatisfaits. Les variations liées à l'accès aux services de soins à domicile et à la couverture financière (provinciale/territoriale/fédérale) des soins à domicile pourraient être un facteur contribuant à l'insatisfaction des besoins, car un cinquième des répondants ont indiqué que le coût constituait un obstacle. De même, l'analyse de l'Enquête sociale générale (ESG) révèle que 24 % des personnes ayant indiqué que leurs besoins étaient insatisfaits étaient âgées de 65 ans et plus[11]. Bien que l'ESG et l'ESCC portent sur les besoins insatisfaits, les critères de l'ESG tiennent compte des besoins satisfaits par des pourvoyeurs de soins non rémunérés, tandis que les critères de l'ESCC excluent les besoins satisfaits par des aidants pour mieux cerner les lacunes de l'offre de service[12]. Les thèmes indiqués ci-dessous ont été explorés comme des facteurs à l'origine de besoins globalement insatisfaits des bénéficiaires de soins à domicile.

NOTE : L'ESG et l'ESCC contiennent de l'information issue de diverses années, et leurs résultats sont fondés sur des critères d'évaluation différents.

Aides à domicile

L'un des principaux problèmes à l'origine des besoins en soins ou en soutien insatisfaits est la constante pénurie d'aides à domicile (AD) dans les provinces et les territoires canadiens. Selon des données statistiques de 2001, les AD comblent 70 à 80 % des besoins en soins à domicile[13] et, bien qu'ils constituent le plus grand groupe professionnel du secteur des soins à domicile, de nombreux enjeux concernant le recrutement et la rétention de ces professionnels valent la peine d'être relevés. Les initiatives de recrutement actuelles dans le domaine des soins de santé sont axées sur les médecins et les infirmières et non pas sur les travailleurs du secteur des soins et des services de soutien à domicile. C'est pourquoi l'intensification des initiatives visant à recruter des aides à domicile fait partie des principales recommandations adressées aux décideurs[14]. Les efforts de recrutement axés sur les atouts uniques des AD peuvent attirer ce type de professionnel. Dans le cadre d'une étude à cet égard, on a découvert que la rémunération fiable et la souplesse professionnelle faisaient partie des facteurs favorisant le recrutement des AD. En effet, les AD apprécient l'horaire atypique de leur journée de travail et aiment travailler avec des gens; on a également constaté que la possibilité de faire diverses expériences dans le domaine incitait les AD à conserver leur poste[15].

« Je connais mon [aide familiale] depuis longtemps. Si vous m'envoyez quelqu'un d'autre, je serai perdu. »
Low et coll. 2011

Des problèmes tels que la rémunération, les études et la formation, l'assurance de la qualité et les conditions de travail font partie des principaux obstacles qui découragent les gens de faire une carrière d'AD[16,17]. Des documents abordant des thèmes similaires, comme un manque de connaissance générale concernant des sujets importants tels que l'identification des symptômes de la démence, la prévention des chutes ou les besoins nutritionnels[18], confirment l'importance des études et de la formation adéquates des AD et des effets d'une telle éducation sur les soins prodigués aux clients. En sus de la médiocrité des salaires et des conditions de travail, d'autres problèmes ont été mentionnés comme étant des enjeux organisationnels, notamment le défi éthique qui consiste à savoir établir le juste équilibre entre le professionnalisme envers les clients, l'offre d'une compagnie sociale et la sécurité. Finalement, les aides à domicile exercent une profession non réglementée, ce qui entraîne de nombreux problèmes de recrutement et de rétention. En effet, un manque de réglementation s'accompagne d'un manque de terminologie normalisée, ce qui crée de la confusion et des disparités concernant la formation, la certification et le champ de pratique, qui varient d'une administration à l'autre. Par exemple, ces travailleurs peuvent porter le titre d'aides à

domicile, de préposés aux services de soutien à la personne, d'aides ménagères ou d'accompagnateurs, pour ne citer que ces quelques exemples. Ces variances peuvent être au cœur de problèmes de recrutement et de rétention pour cette profession.

Offre des services

Environ un aîné sur six (de 65 ans et plus) a reçu des soins à domicile en 2011. En 2013, environ 1,8 million de Canadiens ont reçu des services de soins à domicile financés par l'État, et 70 % d'entre eux étaient des aînés. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les soins à domicile sont des « services complémentaires de santé » et ne font pas partie des services couverts par l'assurance-maladie. Chaque année, le coût des soins à domicile varie entre 3,7 et 5,9 milliards de dollars. Selon les données de l'ESCC de 2016, les personnes qui ont besoin de services de soutien à domicile ont plus tendance à payer de leur poche, contrairement aux personnes qui ont besoin de services de soins de santé à domicile, souvent couverts par l'État ou une assurance-maladie. Ce point est d'autant plus préoccupant que le revenu des personnes qui ont le plus tendance à utiliser des services de soins à domicile et de soutien à domicile se situe dans les fourchettes inférieures[19,20]. Les résultats de l'Enquête ont révélé que les services de soutien à domicile appropriés, abordables et accessibles faisaient partie des services essentiels pour les aînés[21].

Parmi les autres enjeux liés à l'offre des services, mentionnons la planification et la réglementation des soins à domicile, qui peuvent contribuer aux besoins insatisfaits perçus des clients. Par exemple, dans l'une des études, les services de soutien à domicile sont décrits comme un travail « de neuf à cinq »; ce qui donne parfois lieu à des besoins insatisfaits à des moments de la journée où une aide est réellement nécessaire, comme tôt le matin ou tard le soir[22]. Étant donné que certaines tâches quotidiennes mineures, mais importantes pour les clients ne sont pas mentionnées dans le plan de travail, il arrive souvent que les AD ne les effectuent pas, même si le client le leur demande. De plus, certains types d'aide, notamment le transport, et certaines tâches importantes, comme la prise des rendez-vous chez le médecin et la collecte des médicaments d'ordonnance, ne sont généralement pas inclus dans le plan de soins, bien que cela permettrait d'aider grandement les clients des soins à domicile dans leurs ACVQ. L'un des principaux obstacles à cet égard est que les AD doivent être titulaires d'une police d'assurance spécifique pour pouvoir transporter leurs clients, car le transport n'est pas assuré par leur employeur[23]. Un déplacement de l'équilibre fait que les gouvernements ne peuvent pas prendre des fonds destinés au système de soins de santé dans son état actuel; cependant, les résultats des études recommandent constamment et vivement une augmentation de l'investissement dans les soins à domicile comme moyen d'alléger le fardeau des services de soins de courte durée. Il y a de plus en plus de données probantes qui montrent non seulement que les services de soutien à domicile permettent aux personnes âgées de vivre plus longtemps, et en

meilleure santé, mais aussi que l'admission précoce dans un établissement de soins de longue durée peut avoir des conséquences néfastes sur la santé d'une personne[24].

Iniquités dans l'offre des services

Un autre enjeu qu'il vaut la peine de relever dans le domaine des soins de santé est l'iniquité qui touche l'offre des soins dans tout le pays. L'accès équitable, défini comme « la capacité des patients à obtenir des services de santé appropriés en fonction de leurs besoins perçus de soins », nécessite la disponibilité et la qualité des services, et est présenté comme faisant partie des défis de certains groupes précis de la population[25]. Même si les services appropriés sont disponibles pour les groupes les plus désavantagés, ils ne sont pas toujours accessibles et entraînent des conséquences négatives, telles qu'une hospitalisation qui aurait pu être empêchée. Les facteurs sociaux et économiques sous-jacents qui contribuent aux conséquences négatives, mais évitables pour la santé des aînés canadiens doivent être explorés et traités de façon appropriée dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Aînés à faible revenu

Dans le système de soins de santé, les Canadiens dont le revenu est faible sont désavantagés, car ils font face à des obstacles substantiels qui les empêchent d'obtenir les services dont ils ont besoin en temps voulu. Plus précisément, suite à une étude menée en Colombie-Britannique, on a constaté que les personnes de 50 ans et plus utilisaient plus souvent les services des établissements de soins de courte durée et les services médicaux d'urgence si leur revenu était faible[26]. Ce résultat confirme le fait que les services accessibles aux aînés à faible revenu ne sont pas toujours offerts en temps voulu, ce qui entraîne des conséquences négatives évitables pour la santé. L'un des facteurs qui empêche l'utilisation des services de soins de santé est le coût associé à ces services. Dans son rapport sur les iniquités dans les soins offerts aux Canadiens, l'Association médicale canadienne (AMC) indique de nombreux obstacles liés aux coûts qui empêchent l'obtention des services nécessaires, notamment les frais de transport, les modèles de paiement insuffisants et le coût des médicaments ou des traitements/appareils médicaux. Ces problèmes constituent des défis plus importants pour les personnes dont le revenu est faible ou fixe, et bon nombre des autres groupes vulnérables examinés font partie de cette population.

Populations autochtones

Les populations autochtones ne reçoivent pas le même niveau de soins que les populations non autochtones, et il nous manque actuellement des données pour comprendre les besoins particuliers de ces groupes démographiques. L'une des choses essentielles à savoir est que les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont des

besoins différents. Plus particulièrement, les Métis se décrivent comme des gens « cachés » et ne bénéficient souvent pas du même accès aux programmes et aux services offerts même aux Inuits et aux Premières Nations. Bien qu'ils disent être aux prises avec bon nombre des difficultés que rencontrent d'autres populations du Canada, comme la pauvreté, l'isolement et des problèmes de santé, ils représentent, en bout de ligne, un groupe unique et divers qui doit être reconnu en tant que tel[27]. De même, dans le cas de problèmes comme la démence, les populations autochtones courent des risques particulièrement élevés de manifestation précoce; cependant, des diagnostics actuels se sont révélés moins précis, d'où la nécessité d'avoir des outils de diagnostic sécuritaires et culturellement appropriés. C'est pourquoi il est vital d'offrir à ces peuples des services de diagnostic appropriés et opportuns pour déterminer les services de soins dont ils ont besoin et réduire le nombre de consultations dans les établissements de soins de courte durée.

Immigrants âgés

Les personnes ayant un statut d'immigrant sont plus à risque d'avoir des besoins en soins à domicile insatisfaits; elles représentent 30 % des personnes ayant des besoins insatisfaits[28]. Ces personnes ont aussi moins souvent des réseaux sociaux sur lesquels elles peuvent compter pour obtenir un soutien supplémentaire, ce qui les met dans une position particulièrement désavantageuse. Les nouveaux-arrivants âgés peuvent être confrontés à des obstacles majeurs pour recevoir le soutien dont ils ont besoin, ce qui provoque un stress supplémentaire, qui vient s'ajouter à une transition personnelle déjà pénible. Le revenu, l'isolement social, le transport et les soins de santé insatisfaits font partie des principaux défis auxquels font face les nouveaux-arrivants âgés. De plus, selon des données obtenues en 2004 concernant les aînés qui avaient immigré au Canada, plus particulièrement en C.-B., durant les 10 dernières années, 71 % vivaient dans la pauvreté[29]. Or, les immigrants âgés ont aussi besoin de services sociaux et de soins de santé pour pouvoir jouir d'une vie longue et en santé.

Habitants des collectivités rurales et éloignées

De façon générale, les personnes qui vivent dans une collectivité rurale sont confrontées à manque criant de services de soins de santé. Bien que leurs besoins en santé soient généralement plus élevés, les résidents des régions rurales ont souvent moins facilement accès aux services dont ils ont besoin[30]. De plus, les Canadiens des régions rurales risquent plus d'avoir un revenu faible et relativement faible, d'être en moins bonne santé et d'avoir une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale. Une grande partie du fardeau qui pèse sur les épaules des collectivités rurales s'explique par une pénurie de multiples fournisseurs de soins de santé ainsi que par les problèmes de recrutement et de rétention des professionnels de la santé[31]. En raison de ces obstacles, les citoyens des régions rurales ont de la difficulté à obtenir les soins de santé uniformes et continus nécessaires pour gérer les maladies actuelles et prévenir les problèmes de santé potentiels.

« 21 % de la population vit dans une région rurale; or moins de 10 % des médecins et seulement 3 % des spécialistes sont établis dans ces régions. »
Rapport sur la santé rurale du Conseil rural de l'Ontario (TORC), 2009

PERSPECTIVES ACTUELLES

On a établi un certain nombre de recommandations et de faits avérés à propos des défis auxquels sont confrontés les aînés concernant l'obtention de services à domicile. Un rapport préparé par le gouvernement fédéral montre l'importance de remédier aux lacunes qui affectent l'offre d'un soutien financier, appelle à la création d'approches novatrices des soins de santé et établit l'importance des services non médicaux, comme les services de soutien à domicile, ainsi que la nécessité de rendre ces services plus disponibles et accessibles, surtout dans les régions rurales[32]. De même, l'AMC recommande la création d'un fond d'innovation pour les soins à domicile ciblés de façon à remédier à certains des principaux obstacles auxquels fait face le système[33].

La stratégie nationale sur la démence publiée récemment souligne des points de vue et des enjeux importants concernant l'accès aux soins liés au diagnostic et au traitement des personnes atteintes de démence. Les auteurs de ce document, intitulé *Ensemble, nous y aspirons*, mettent en lumière de nombreux appels à l'action, notamment la nécessité d'accroître la sensibilisation et de réduire la stigmatisation, le développement de lignes directrices visant à favoriser le diagnostic précoce, la compréhension des effets de la démence sur nos collectivités et le soutien des projets communautaires[34]. L'évolution en ce sens aidera de nombreux aînés à risque de démence à recevoir les soins appropriés, plus particulièrement ceux qui risquent le plus de subir des iniquités

au niveau des soins, comme les populations autochtones, les minorités ethniques, les personnes à faible revenu et les habitants des collectivités rurales.

CONCLUSION

L'objectif de cet examen est de comprendre, d'une part, les multiples variables qui influent sur l'accès aux services de soins et de soutien à domicile et, d'autre part, les raisons pour lesquelles ces facteurs peuvent être à l'origine de besoins insatisfaits. En bout de ligne, les besoins non satisfaits sont causés par une absence de services, des coûts directs, un manque de continuité dans les soins et des caractéristiques personnelles qui poussent les personnes à interrompre leurs services. Il est vital de savoir que les divers groupes de la population sont confrontés à des défis différents concernant l'offre des services de soutien à domicile pour pouvoir remédier à leurs problèmes particuliers, qui sont uniques. En comprenant mieux comment les besoins insatisfaits se manifestent, nous avons la possibilité de continuer à explorer les lacunes du système afin de trouver des solutions appropriées et durables.

ANNEXE A (seulement disponible en anglaise)
CIHI 2017/2018 Home Care Client Profile Data

Profile of Home Care Clients		
Age of Home Care Client		
Total in Hospital	81 years of age • NL – 79 years of age • ON- 81 years of age • AB – 82 years of age • BC – 82 years of age	90.7% of home care clients assessed in hospital were over the age of 65
Total in Community	79 years of age • NL – 77 years of age • ON – 78 years of age • AB – 79 years of age • BC – 80 years of age • YK- 75 years of age	86% of home care clients assessed in community were over the age of 65
Assessment of caregivers		
Total in Hospital	54.4% of caregivers of clients assessed in hospital, indicated either distress, anger or depression or that they felt unable to continue caring • NL – 31.3% • ON – 61.4% • AB – 29.5% • BC – 61.5%	
Total in Community	37.2% of caregivers of clients assessed in hospital, indicated either distress, anger or depression or that they felt unable to continue caring • NL – 22.4% • ON – 42.1% • AB – 16.1% • BC – 32.1% • YK – 14.9%	
Self-Performance assessment of ADLs		
Total in Hospital	83.4% of clients assessed had limited independence to total dependence in performing ADLs • NL – 74.1% • ON – 84.8% • AB – 79.1% • BC – 85.9%	

Total in Community	42.4% of clients assessed had limited independence to total dependence in performing ADLs • NL – 32.8% • ON – 44.9% • AB – 31.7% • BC - 38.4% • YK – 6.2%

Home Care Client Health	
Health Conditions	**Breakdown**
• Heart/Circulation diseases	
82.2% of clients assessed in hospital had some heart condition. Majority (68.9%) had hypertension.	• NL – 82.8% • ON – 82% • AB – 32.8% • BC – 82.1%
76 % of clients assessed in the community has some heart condition.	• NL – 79.1% • ON – 76% • AB – 76% • BC – 75.5% • YK – 67.1%
• Neurological diseases	
54.8% of clients assessed in hospital had some neurological condition. Majority had alzheimer's/dementia.	• NL - 39.9% • ON – 51.9% • AB – 60.7% • BC – 68.4%
36.7% of clients assessed in community had some neurological condition.	• NL – 22.9% • ON – 35.2% • AB – 40.4% • BC – 45.7% • YK – 28.3%
• Musculoskeletal disease	
58.8% of clients assessed in hospital had some musculoskeletal condition. Majority (42.3%) had arthritis.	• NL – 57.5% • ON – 60% • AB – 61.5% • BC – 50.6%
62.1% of clients assessed in community had some musculoskeletal condition.	• NL – 66.7% • ON – 63.1% • AB – 62.2% • BC – 54.6%

	• YK – 60.9%
• Sensory diseases	
17% of clients assessed in hospital had some sensory impairments. Majority (11.2%) had cataracts.	• NL – 23.4% • ON – 16.7% • AB – 16.9% • BC – 15.7%
18.2% of clients assessed in community had some sensory impairments.	• NL – 25.7% • ON – 18.4% • AB – 16.6% • BC – 17.1% • YK – 21.3%
• Psychiatric/mood diseases	
25.5% of clients assessed in hospital had any psychiatric diagnosis	• NL – 23.2% • ON – 24.8% • AB – 28.1% • BC – 21.7%
23.3% of clients assessed in community had any psychiatric diagnosis	• NL – 21.5% • ON – 22.9% • AB – 25.9% • BC – 23.7% • YK – 11.2%
• Infections	
18.8% of clients assessed in hospital had some type of infection. Majority (14.1%) had UTIs	• NL – 20.2% • ON – 16.3% • AB – 28% • BC – 19.2%
7.9% of clients assessed in community had infections.	• NL – 8% • ON – 8.2% • AB – 6.9% • BC – 7.1% • YK – 7.8%
• Other diseases or conditions	
64.4% of clients assessed in hospital had some other condition. i.e. cancer, diabetes or other chronic conditions, thyroid disease, renal failure.	• NL – 67.2% • ON – 62.5% • AB – 72.6% • BC – 62.1%
60.5% of clients assessed in community had other diseases as described above.	• NL - 63.2% • ON – 60.3% • AB – 63.5%

	• BC – 58.1% • YK – 63.6%

[1] Canadian Medical Association, The State of Seniors Health Care in Canada. 2016. Retrieved from: https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/the-state-of-seniors-health-care-in-canada-september-2016.pdf

[2] Canadian Council of Social Development (2015) Seniors and Housing: The Challenge Ahead: Part II of Canada's Aging Population: The Municipal Role in Canada's Demographic Shift. Ontario: Canada.

[3] Sinha, M., Bleakney, A. Receiving Care at home. Statistics Canada, June 2014. Retrieved from https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-652-x/89-652-x2014002-eng.htm

[4] Keefe, J. M., Knight, L., Martin-Matthews, A., Legare, J. (2011) Key issues in human resource planning for home support workers in Canada.

[5] Ibid. 2

[6] Johnson, S., Bacsu, J., Abeykoon, H., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2018) No Place Like Home: A Systematic Review of soins à domicile for Older Adults in Canada. *Canadian Journal on Aging, 37(4):* 400-419

[7] Canadian Institute for Health Information (2018) Quick Stats - Profile of Clients in Home Care. Accessed March 2019.

[8] Ibid. 2

[9] Ibid. 1

[10] Statistics Canada (2018) Unmet Home care needs in Canada. Retrieved from: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2018011/article/00002-eng.pdf?st=yu8akyEi

[11] Statistics Canada (2014). Canadians with unmet home care needs. Retrieved from https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2014001/article/14042-eng.pdf?st=ILIowTTi

[12] Ibid. 10.

[13] Sims-Gould, J. & Martin-Matthews, A. (2010) Strategies Used by Home Support Workers in the Delivery of Care to Elderly Clients. Canadian Journal on Aging, 29(1): 97-107

[14] Ibid 4.

[15] Sims-Gould, J., Byrne, K., Craven, C., Martin-Matthews, A. & Keefe, J. (2010) Why I Became a Home support Worker: Recruitment in the Home Health Sector. Home Health Care Services Quarterly, 29(4): 171-194.

[16] Ibid. 4.

[17] Sharman, Z. (2014) Recruitment and Retention of Home Support Workers in Rural Communities, Home Health Care Services Quarterly, 33:4,229-243.

[18] Ibid. 6.

[19] Department of Sociology, University of New Brunswick (2011) Sustainable Home Support for Seniors in New Brunswick: Insight from Seniors and Social Workers. *Report deliverable to the Department of Social Development*, GNB.

[20] Ibid. 3.

[21] Canham. S. L., Battersby, L., Lan Fang, M., Wada, M., Barnes, R., Sixsmith, A. (2018) Senior Services that Support Housing First in Metro Vancouver. Journal of Gerontological Social Work. 61(1): 104-125.

[22] Ibid. 19.

[23] Ibid. 13.

[24] Canadian Institute for Healthcare Improvement. *Seniors in Transition: Exploring Pathways Across the care Continuum*. Ottawa, ON: CIHI; 2017. Retrieved from Sinha, M., Bleakney, A. Receiving Care at home. Statistics Canada, June 2014. Retrieved from https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-652-x/89-652-x2014002-eng.htm

[25] Canadian Medical Association. (n.d.) Ensuring Equitable Access to Care: Strategies for Governments, Health System Planners, and the Medical Profession. CMA Position Statement. Retrieved from: https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/PD14-04-e.pdf

[26] Penning, M. & Zheng, C. (2016) Income Inequities in Health Care Utilization among Adults Aged 50 and Older. Canadian Journal on Aging, 35(1) 55-69. Retrieved from: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridgecore/content/view/B80DA4903ECC05B5A6ACA9E7F3B08409/S0714980815000562a.pdf/income_inequities_in_health_care_utilization_among_adults_aged_50_and_older.pdf

[27] Health Council of Canada (2013) Canada's most vulnerable: Improving health care for First Nations, Inuit and Metis seniors.

[28] Ibid. 10.

[29] Ivanova, I., Daub, S., Cohen, M. & Jenkins, J. (2017) Poverty and Inequality among British Columbia's Seniors. Vancouver, BC: Retrieved from: https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2017/04/ccpa-bc_seniors-inequality.pdf

[30] The Ontario Rural Council (2009) Rethinking Rural Health Care: Innovations Making a Difference. TORC 2009 Rural Health Forum. Retrieved from: http://www.ruralontarioinstitute.ca/file.aspx?id=1fb3035d-7c0e-4bfa-a8d7-783891f5c5dc

[31] Newfoundland and Labrador Medical Association (n.d.) FACT SHEET: Rural Health Care. Retrieved from: http://www.nlma.nl.ca/documents/document_39.pdf

[32] Federal/Provincial/Territorial Forum of Ministers Responsible for Seniors (2019) Core Community Supports to Age in Community.

[33] Ibid. 1.

[34] Public Health Agency of Canada (2019) A Dementia Strategy For Canada: Together We Aspire. Ottawa, ON. Retrieved from: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/images/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy/National%20Dementia%20Strategy_ENG.pdf