

Renforcer les services à domicile et dans la collectivité au Canada : une stratégie concertée

Table des matières

Sommaire	3
Partie 1 : Consensus au sujet d'un plan d'action	8
Historique et contexte	8
Objectif de ce rapport.....	9
Définition	9
Caractéristiques du système actuel de services à domicile et dans la collectivité	10
Les services à domicile et dans la collectivité : un secteur soumis à des pressions	11
Établissement des priorités : stratégies de collaboration	17
Partie 2 : Exécution du plan d'action	19
Stratégie 1 : Soutien aux aidants	19
Stratégie 2 : Utilisation accrue des technologies à domicile.....	22
Stratégie 3 : Élargissement des nouveaux modèles de services à domicile dans les milieux d'aide à la vie autonome	25
Stratégie 4 : Meilleure intégration entre les services à domicile et dans la collectivité et les autres volets du système de santé	28
Stratégie 5 : Amélioration de la qualité et de la disponibilité de l'information sur les services à domicile et dans la collectivité	30
L'avenir : prochaines étapes	32
Conclusion.....	34
Ressources/références	35

Sommaire

Lors de la rencontre tenue en janvier 2002 à Vancouver, les premiers ministres ont souligné que tous augmentent leurs investissements dans les soins continus et noté les avantages résultant d'une qualité accrue. Puisque le gouvernement fédéral n'a pas donné suite à son engagement de financer ces améliorations, les premiers ministres se sont engagés à développer une réponse coordonnée pour les soins à long terme, à temps pour la conférence annuelle des premiers ministres d'août 2002¹. Cette approche mettrait de côté la recherche du consensus sur une vision pancanadienne pour les services à domicile et dans la collectivité au profit de la promotion de changements réels et significatifs, fondés sur des stratégies d'action concrètes.

Les provinces et les territoires haussent présentement les dépenses du secteur des services à domicile et dans la collectivité en réponse à l'intensification et à l'évolution des pressions qui s'exercent sur le secteur. Ces dernières reflètent, en fait, les pressions auxquelles font face les provinces et les territoires dans leurs efforts pour s'adapter aux changements dans le secteur de la santé et pour répondre aux demandes croissantes de leurs systèmes. Au cours des deux dernières décennies, les dépenses au chapitre des services à domicile et dans la collectivité sont passées de 205 millions de dollars à 2,7 milliards de dollars², soit une hausse de plus de 1 000 p. 100. Il s'agit d'un taux annuel moyen de 21,3 p. 100, bien supérieur à l'ensemble des dépenses de santé et à l'inflation globale³. Le secteur des services à domicile et dans la collectivité est en plein essor et il occupe une place de plus en plus importante au sein des systèmes de santé. En effet, le secteur accapare 4,25 p. 100 des dépenses globales de santé des provinces, comparativement à 1,25 p. 100 des dépenses de santé il y a 20 ans⁴. Le volet « santé » des soins à domicile et dans la collectivité est une responsabilité provinciale, entièrement financée par les provinces et territoires et adapté aux circonstances et aux priorités gouvernementales.

On s'attend à ce que les pressions en vue d'accroître les ressources de ce secteur augmentent parallèlement aux luttes qu'il mène pour s'adapter et réagir à certains changements, notamment :

- Des dépenses croissantes découlant des préférences des usagers, des changements dans la gravité des cas, de l'importance croissante du secteur, du vieillissement de la population et des réformes des systèmes de santé;

¹ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (2002). *Les provinces tracent la voie pour l'avenir des services de santé*. Rencontre provinciale-territoriale des premiers ministres, Vancouver (Colombie-Britannique) - Les 24 et 25 janvier 2002. http://www.scics.gc.ca/cinfo02/850085004_f.html. Communiqué de presse réf. n° 850-085/004.

² Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, de 1980-1981 à 2000-2001*. Voir www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/age_sex.htm

³ Coyte, P.C. et W. Young, *Reinvestment in and Use of Home and community care Services*. Pub. n° 97-95 (Toronto : Institut de recherche en services de santé, 1997).

⁴ Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, de 1980-1981 à 2000-2001*. Voir www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/age_sex.htm

- Une évolution du profil des usagers dans bon nombre de provinces et de territoires;
- Une acuité/complexité accrue des cas due aux nouveaux modes de prestation des soins qui permettent de traiter les patients à domicile plutôt qu'à l'hôpital;
- Un passage continu des soins en établissement aux services à domicile et dans la collectivité;
- Une évolution de la proportion de services publics et privés et une disponibilité accrue de services privés;
- Des pressions évolutives et croissantes en matière de ressources humaines;
- Une utilisation accrue de technologies médicales à domicile pour faciliter la prestation des services;
- Des progrès sur le plan des bases de données et des systèmes informatiques servant à la planification et à l'évaluation des programmes.

Voici la définition des services à domicile et dans la collectivité qui a été élaborée et adoptée aux fins de ce document :

Les services à domicile et dans la collectivité font référence aux programmes de soins de santé, de services communautaires et de soutien social offerts aux particuliers pour leur permettre d'être traités chez eux et/ou de vivre aussi indépendamment que possible dans la communauté. Certaines provinces considèrent leurs programmes de services à domicile et dans la collectivité comme un élément du système de soins continus⁵.

Les programmes de services à domicile et dans la collectivité sont destinés à une clientèle variée sur le plan de l'âge, de l'état de santé, des besoins médicaux et sociaux, du degré d'autonomie, de la durée des services et de la disponibilité du soutien.

Ce rapport établit un plan d'action qui aidera les provinces et les territoires à répondre individuellement et collectivement aux grandes questions auxquelles fait face le secteur des services à domicile et dans la collectivité et renforcera son rôle au sein du continuum des soins de santé. Les stratégies décrites dans le cadre du plan d'action misent sur les intérêts communs et les expériences collectives des provinces et des territoires.

⁵ Au Québec, les services à domicile font partie du système de soins primaires.

Stratégies visant à renforcer les programmes de services à domicile et dans la collectivité des provinces et des territoires	
Stratégie 1	Soutenir les aidants.
Stratégie 2	Renforcer l'utilisation des technologies à domicile pour améliorer la prestation des services à domicile et dans la collectivité au profit des clients, des aidants et des fournisseurs.
Stratégie 3	Établir des nouveaux modèles de services à domicile dans les milieux d'aide à la vie autonome.
Stratégie 4	Réaliser une meilleure intégration entre les services à domicile et dans la collectivité et les autres secteurs du système de santé.
Stratégie 5	Rehausser la qualité et la disponibilité de l'information sur les services à domicile et dans la collectivité.

Les stratégies proposées dans le cadre du plan d'action ne se veulent pas normatives. Elles établissent un cadre qui fournira aux dirigeants des provinces et territoires un point de référence pour se réunir, partager leur expertise et miser sur leurs expériences respectives pour renforcer la capacité des programmes de services à domicile et dans la collectivité du pays. Mais, tout en reconnaissant l'importance du partage d'expériences et d'information, on reste déterminé à maintenir les leviers et soutiens appropriés au niveau provincial-territorial qui permettront de respecter la diversité et la complexité des programmes de services à domicile et dans la collectivité à l'échelle du pays.

L'examen des tendances actuelles, des facteurs de changement et l'élaboration des stratégies incluses dans le plan d'action ont mené aux recommandations suivantes : Que les provinces et les territoires travaillent de concert pour :

- (1) Explorer les solutions qui fourniront un soutien et une aide aux familles et autres aidants qui s'occupent de personnes à domicile. Les régimes de travail flexibles, les congés pour aidants s'occupant de personnes âgées, les services de répit et la formation et l'éducation requises pour assumer le rôle d'aidant comptent parmi ces solutions.**
- (2) Cerner des démarches visant à faciliter l'adoption de la technologie destinée aux milieux familial et communautaire en vue d'accroître et de rehausser :**
 - **l'utilisation des technologies et des équipements médicaux pour appuyer les services à domicile et**
 - **le recours à la télésanté pour évaluer, traiter et surveiller les clients et offrir aux aidants des programmes de formation et d'éducation.**

- (3) Appuyer la collaboration entre les services à domicile et dans la collectivité et les fournisseurs de logements pour créer des milieux d'aide à la vie autonome et en établissement novateurs et abordables. Ces milieux devraient :**
- miser sur l'implantation réussie des modèles d'aide à la vie autonome dans certaines provinces;
 - envisager les bienfaits des partenariats entre les secteurs public et privé;
 - prévoir des stratégies de communication mettant en valeur les avantages des milieux d'aide à la vie autonome auprès du public et des fournisseurs.
- (4) Examiner les démarches qui rehausseront la continuité des soins pour les clients en améliorant la coordination et les maillages entre :**
- les fournisseurs de services à domicile;
 - les fournisseurs de services à domicile et les autres fournisseurs de soins (des secteurs des soins actifs, des soins primaires et des soins de longue durée);
 - l'information sur les services à domicile et dans la collectivité et les autres renseignements en matière de santé pour améliorer les soins prodigués aux clients.
- (5) Collaborer pour définir les données communes aux provinces et territoires qui :**
- favoriseront une classification cohérente de la clientèle;
 - permettront de comparer les services à domicile et dans la collectivité et les résultats obtenus;
 - contribueront à la réalisation de meilleures recherches et à des processus décisionnels qui soient davantage basés sur des faits;
 - faciliteront les maillages avec d'autres milieux/niveaux de soins.

Bien que le secteur des services à domicile et dans la collectivité soit un secteur novateur, on croit à tort qu'il existe un consensus sur ce qui constitue des pratiques exemplaires. Or, tel n'est pas le cas et les informations sur les besoins des clients, les programmes de services à domicile et dans la collectivité ainsi que les données sur les résultats obtenus sont essentielles à l'évaluation des forces et des faiblesses de ces secteurs et à l'établissement et à la diffusion de pratiques exemplaires à cet égard.

Les cinq stratégies énoncées dans le plan d'action constituent des domaines où les provinces et les territoires estiment qu'un effort collectif leur permettra de travailler plus efficacement individuellement. Le degré de collaboration à la mise en œuvre des stratégies variera toutefois en fonction de la stratégie. Les prochaines étapes nécessaires à l'avancement du plan d'action exigeront que les provinces et territoires :

- Déterminent leurs priorités individuelles pour chaque stratégie en fonction de leurs besoins et des caractéristiques de leur environnement;
- Partagent l'information et collaborent à l'avancement des stratégies;
- Misent sur les forces des projets et des expériences des provinces et des territoires pour cerner les pratiques exemplaires dans chaque secteur stratégique (c'est-à-dire

qu'ils soulignent les réussites dont les autres provinces et territoires pourraient tirer parti);

- Déterminent les pratiques exemplaires associées à chaque stratégie;
- Définissent des initiatives précises qui appuieront (individuellement et en collaboration) chacune des stratégies dans chaque province ou territoire;
- Collaborent à l'identification des priorités de recherche futures afin de cerner les pratiques exemplaires au niveau international en matière de soins à domicile et continus et de bâtir, à long terme, à partir de ces pratiques.

Ce rapport maintient qu'il faut accorder une place plus importante aux services à domicile et dans la collectivité. Il est fondé sur la certitude que les provinces et les territoires peuvent collaborer à des stratégies communes et miser sur la capacité et les expériences actuelles pour éviter les chevauchements et contribuer à la définition de pratiques exemplaires.

Une collaboration provinciale-territoriale au regard des stratégies énoncées dans ce rapport favoriserait la définition de pratiques exemplaires et le partage d'informations sur les innovations qui ont du succès (et sur celles qui n'en ont pas). Les partenariats provinciaux-territoriaux visant à l'avancement des travaux dans ces domaines contribueraient également, lorsque cela s'avère pertinent, à l'élaboration de projets de communication stratégiques et de programmes de recherche concertés qui permettraient de dégager de nouvelles informations et d'établir des priorités pour la planification future du secteur.

Partie 1 : Consensus au sujet d'un plan d'action

- En janvier 2002, les premiers ministres des provinces et territoires ont échangé sur les défis auxquels sont confrontés leurs systèmes de santé et ont convenu de questions prioritaires et de domaines de collaboration. Ils ont souligné que tous augmentent leurs investissements dans les soins continus et noté les avantages résultant d'une qualité accrue. Puisque le gouvernement fédéral n'a pas donné suite à son engagement de financer ces améliorations, les premiers ministres développeront une réponse coordonnée pour les soins à long terme, à temps pour la conférence annuelle des premiers ministres d'août 2002⁶.
- Lors de cette réunion, tous les premiers ministres ont souligné qu'ils avaient rehaussé leurs investissements dans les services à domicile et dans la collectivité et que ce secteur jouait un rôle de plus en plus important au sein de leurs systèmes de santé⁷.
- Ils ont également convenu de mettre de côté la recherche d'un consensus sur une vision pancanadienne au profit d'une démarche préconisant un changement réel et significatif fondé sur une collaboration provinciale-territoriale articulée autour de stratégies concrètes.
- Ce rapport décrit un plan d'action provincial-territorial pour l'avancement des stratégies en matière de services à domicile et dans la collectivité.

Historique et contexte

- Aucune question n'est associée de plus près aux réformes des systèmes de santé que la réduction des soins en établissement en faveur des services à domicile et dans la collectivité. Les changements apportés dans les systèmes de santé ont rehaussé l'importance et la place de ces secteurs au sein des modes de prestation des services de santé au Canada.
- On s'attend à ce que l'évolution démographique, les nouvelles attentes du public, les progrès technologiques et scientifiques dans la prestation des services de santé et la réduction des soins en établissement au profit des services à domicile et dans la collectivité contribuent à la croissance et à l'évolution du secteur.
- Les pressions subies par le secteur des services à domicile et dans la collectivité reflètent les pressions auxquelles font face les provinces et les territoires pour

⁶ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (2002). *Les provinces tracent la voie pour l'avenir des services de santé*. Rencontre provinciale-territoriale des premiers ministres, Vancouver (Colombie-Britannique) - Les 24 et 25 janvier 2002. [http://www.scics.gc.ca/cinfo\)2/850085004_ehtml](http://www.scics.gc.ca/cinfo)2/850085004_ehtml). Communiqué de presse (réf. 850 – 085/004).

⁷ Certains gouvernements, notamment le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont reconnu les sommes affectées par le fédéral aux programmes de services à domicile et dans la collectivité offerts aux peuples autochtones vivant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves.

s'adapter aux changements dans le secteur de la santé et pour répondre aux demandes croissantes de leurs systèmes.

Objectif de ce rapport

- Ce rapport vise à élaborer des stratégies concrètes que les provinces et les territoires pourront adopter individuellement ou en collaboration pour répondre aux grands problèmes auxquels est confronté le secteur des services à domicile et dans la collectivité et pour renforcer le rôle de ce dernier au sein du continuum des soins de santé.
- L'objectif premier est de déterminer quel genre de collaboration et de leadership provincial-territorial permettra de tabler sur les services existants et de faire face aux enjeux pressants du secteur des services à domicile et dans la collectivité pour favoriser des résultats comparables entre les provinces et les territoires tout en permettant une certaine souplesse dans la conception et la mise en œuvre des initiatives locales.
- Les stratégies proposées dans le cadre du plan d'action ne se veulent pas normatives. Elles établissent un cadre qui fournira aux dirigeants des provinces et territoires un point de référence pour se réunir, partager leur expertise et miser sur leurs expériences respectives.

En réalité, personne ne pense aux services à domicile avant qu'une crise ne survienne. Et pourtant, on ne sait jamais quand on aura besoin d'aide ou quand un membre de la famille subira un accident vasculaire cérébral, sera atteint de démence, immobilisé par une fracture de la hanche ou aux prises avec un cancer.

Directeur général, Family Caregivers' Network Society, The Globe and Mail
Le 20 mars 1999

Définition

- Voici la définition des services à domicile et dans la collectivité élaborée et adoptée aux fins de ce document :

Les services à domicile et dans la collectivité font référence aux programmes de soins de santé, de services communautaires et de soutien social offerts aux particuliers pour leur permettre d'être traités chez eux et/ou de vivre aussi indépendamment que possible dans la communauté. Certaines provinces considèrent leurs programmes de services à domicile et dans la collectivité comme un élément du système de soins continus⁸.

⁸ Au Québec, les services à domicile et dans la collectivité font partie du système de soins primaires.

Caractéristiques du système actuel de services à domicile et dans la collectivité

- Le financement, les priorités, les services et la prestation des services à domicile et dans la collectivité varient à travers le pays.
- En général, les programmes de services à domicile et dans la collectivité du pays ont trois rôles principaux :
 1. *un rôle de substitution* aux services offerts par les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée;
 2. *un rôle de maintien* qui permet aux clients de mener une vie autonome dans leur milieu actuel;
 3. *un rôle de prévention et de surveillance* fondé sur l'investissement dans les services aux clients pour prévenir la détérioration de la santé (dans la perspective de coûts à court terme additionnels et de coûts à long terme moins élevés)⁹.
- Le volet « santé » des soins à domicile et dans la collectivité est une responsabilité provinciale, entièrement financée par les provinces et territoires et adapté aux circonstances et aux priorités gouvernementales.
- Les programmes de services à domicile et dans la collectivité sont destinés à une clientèle variée sur le plan de l'âge, de l'état de santé, des besoins médicaux et sociaux, du degré d'autonomie, de la durée des services et de la disponibilité du soutien.
- La majorité des provinces et des territoires ont amélioré la coordination et l'intégration des services offerts à domicile et dans la collectivité en mettant en place un point d'accès unique afin de promouvoir l'évaluation exhaustive des besoins, la gestion des cas et l'accès aux soins en établissement de soins de longue durée, y compris les programmes de répit.
- Dans de nombreux programmes de services à domicile et dans la collectivité, on constate une évolution des types de cas: dans bon nombre de provinces et de territoires, on met de plus en plus l'accent sur les besoins des clients à court terme sortant des établissements de soins actifs plutôt que sur une clientèle à long terme. En moyenne, 27 p. 100 des clients reçoivent des services de courte durée ou des soins actifs (bien que les définitions varient d'une province à l'autre), 70 p. 100 reçoivent des soins chroniques ou de longue durée et environ 10 p. 100 reçoivent d'autres types de services, notamment des soins palliatifs¹⁰.

⁹ Association canadienne de soins et services à domicile en collaboration avec l'Association des CSLC et des CHSLD du Québec (février 1998). *Portraits du Canada : Survol des programmes publics de soins à domicile*. P. 1. Voir <http://www.cdnhomocare.on.ca/f-info.htm>.

¹⁰ Selon une enquête sur les provinces et les territoires menée pour ce rapport. Voir <http://www.homecarestudy.ca/fr/>

Les services à domicile et dans la collectivité : un secteur soumis à des pressions

En dépit de l'augmentation de l'enveloppe des services à domicile et dans la collectivité des provinces et territoires ces dernières années, le secteur a la réputation d'être sous-financé, sous-évalué et débordé¹¹. Ces pressions découlent d'une redéfinition du secteur des services à domicile et dans la collectivité qui survient en réaction aux réformes en cours qui touchent à tous les aspects des systèmes de santé et de l'évolution du secteur lui-même.

Le changement s'impose

- Sur le **plan du financement**, les sommes consacrées aux services à domicile et dans la collectivité par les gouvernements des provinces et des territoires augmentent sensiblement. En 2000-2001, le secteur accaparait 4,25 p. 100 des dépenses globales de santé des provinces, comparativement à 1,25 p. 100 des dépenses de santé il y a 20 ans. Ce pourcentage, cependant, reste faible comparativement aux dépenses de santé provinciales dans d'autres secteurs (comme les médicaments, qui représentent 7 p. 100 des dépenses, ou les hôpitaux, qui représentent 44 p. 100 des dépenses)¹².
- Au cours des deux dernières décennies, les dépenses au chapitre des services à domicile et dans la collectivité sont passées de 205 millions de dollars à 2,7 milliards de dollars¹³, soit une hausse de plus de 1 000 p. 100. Ce chiffre représente une augmentation moyenne annuelle de 21,3 p. 100, ce qui consitue une augmentation bien supérieure au taux de croissance de l'ensemble des dépenses de santé et à l'inflation globale¹⁴. Cependant, le taux de croissance a chuté à 8,9 p. 100 au cours des cinq dernières années, tandis que les dépenses privées ont presque doublé dans ce domaine¹⁵.

¹¹ Étude des ressources humaines dans le secteur des soins à domicile. *Points saillants de la phase 1*. Le 4 décembre 2001. Voir www.homecarestudy.ca

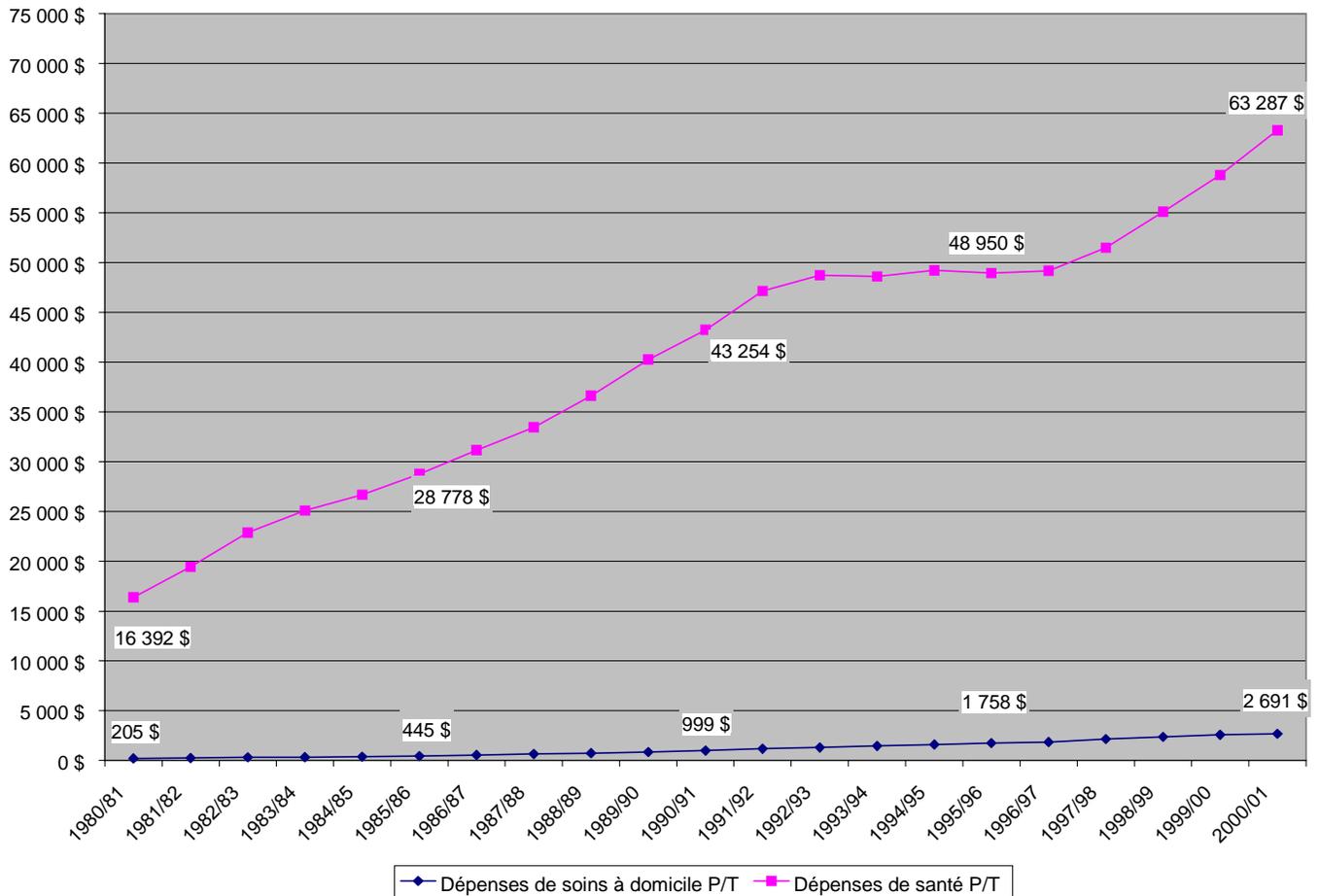
¹² Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, de 1980-1981 à 2000-2001*. Voir www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/age_sex.htm

¹³ Ibidem

¹⁴ Coyte, P.C. and W. Young, *Reinvestment in and Use of Home and community care Services*. Pub. n° 97-95 (Toronto : Institut de recherche en services de santé, 1997).

¹⁵ Coyte, P.C., *Home Care: Potentials and Problems*. Présentation au symposium « Diagnostics and Solutions: Building Consensus for Health Care Reform in Canada ». Voir www.hcerc.org

Dépenses de santé et de services à domicile des provinces et des territoires (en millions de dollars)



- Sur le **plan de l'utilisation**, les services à domicile constituent un des domaines du secteur de la santé qui croissent et évoluent le plus rapidement. Cette croissance découle des changements en cours dans l'ensemble des systèmes de santé, de notre plus grande capacité à traiter les maladies chroniques et à prodiguer des traitements à la maison ainsi que d'autres importants facteurs de changement.
- Sur le **plan du rapport coût-efficacité**, des études récentes ont révélé que les services à domicile et dans la collectivité sont plus rentables pour certains types de soins :
 - En ce qui concerne les soins assurés par les établissements de soins de longue durée, une étude a constaté qu'en général, les services à domicile coûtent moins cher que les soins en établissement et sont au moins équivalents sur le plan de la qualité. Proportionnellement, les économies sont plus grandes aux niveaux inférieurs de soins¹⁶.

¹⁶ *The National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Substudy 1: The Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services.* Voir www.homecarestudy.com

- Les recherches portant sur la rentabilité des services à domicile en tant que substituts pour les soins actifs ont obtenu des résultats variables. Une étude comparant la prestation de traitements intraveineux pour la cellulite (inflammation) aux patients à domicile et à l'hôpital a révélé que les soins offerts à domicile et à l'urgence coûtent la moitié des soins assurés en milieu hospitalier et que les clients recevant les services à domicile et à l'urgence ont moins de complications et un taux plus élevé de résolution de leurs problèmes de santé¹⁷.
- Une étude portant sur les coûts d'un programme d'intervention rapide qui réacheminait chez eux les clients qui, autrement, auraient été admis à l'hôpital à partir du service d'urgence, a révélé que ce programme était efficace¹⁸.

Facteurs de changement

Dépenses croissantes dans le secteur des services à domicile et dans la collectivité : Entre 1975 et 1992, les dépenses des services à domicile ont augmenté deux fois plus rapidement que les dépenses totales de santé (19,9 p. 100 contre 10,8 p. 100). Depuis 1992, les dépenses ont crû trois fois plus rapidement. En 2000-2001, la moyenne canadienne des dépenses des services à domicile et dans la collectivité s'élevait à 87,51 dollars par habitant¹⁹. Et pourtant, en dépit de la croissance du secteur, les services à domicile et dans la collectivité accaparent seulement un dollar sur vingt dans les budgets de la santé des gouvernements²⁰.

Entre 1999 et 2026, les dépenses au chapitre des services à domicile pourraient bondir de près de 80 p. 100²¹. La hausse des dépenses provinciales-territoriales au chapitre des services à domicile et dans la collectivité est attribuable à plusieurs facteurs dont les suivants :

- **Changements dans le volume de cas :** Les pressions démographiques et les préférences des usagers augmentent le nombre de particuliers admissibles aux services à domicile et dans la collectivité.

¹⁷ *The National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Substudy 11: An Economic Evaluation of Hospital-Based and Home-Based Intravenous Antibiotic Therapy for Individuals with Cellulitis.* voir www.homecarestudy.com

¹⁸ *The National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Substudy 14: Evaluation of the Cost-Effectiveness of the Quick Response Program of Saskatoon District Health.* Voir www.homecarestudy.com

¹⁹ Coyte, P.C., *Home Care: Potentials and Problems.* Présentation au symposium Diagnostics and Solutions: Building Consensus for Health Care Reform in Canada. Voir www.hcerc.org

²⁰ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (mai 2002). *Les soins à domicile au Canada – Document de travail.* Document d'information et de sondage sur les soins à domicile faisant partie d'une série de documents préparés par la Commission en collaboration la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. P. 2

²¹ Ibidem

- **Changements dans la gravité des cas :** nouvelle répartition des clients, niveaux de soins accrus, interventions thérapeutiques, médicaments, matériel et équipements plus variés, progrès technologiques et nouveaux modes de prestation des soins qui permettent de traiter les patients à domicile plutôt qu'à l'hôpital.
- **Importance croissante du secteur :** Le secteur des services à domicile et dans la collectivité est considéré comme une solution de rechange moins coûteuse pour certains soins actifs et pour les services des établissements de soins de longue durée.
- **Vieillesse de la population :** Selon Statistique Canada, 12,6 p. 100 des Canadiens ont 65 ans ou plus²² et ce pourcentage pourrait atteindre 18,8 p. 100 d'ici 2021²³. On estime que près du tiers des gens âgés de 65 à 74 ans éprouvent des contraintes dans son fonctionnement quotidien; ce chiffre augmente à 45 p. 100 pour les personnes âgées de 75 ans et plus²⁴. En moyenne, 64 p. 100 des clients actuels des services à domicile ont plus de 65 ans (45 p. 100 d'entre eux ont plus de 75 ans)²⁵.
- **Réforme des systèmes de santé :** Le recours croissant aux services à domicile sous l'impulsion des réformes des soins hospitaliers, des soins en établissement de soins de longue durée et des autres réformes des systèmes de santé.

Évolution du profil des usagers dans bon nombre de provinces et de territoires : Quelques provinces et territoires constatent une évolution, tant sur le plan de la clientèle nécessitant des services à domicile que sur celui des services dont elle a besoin. Par exemple, les enfants qui dépendent de moyens technologiques et qui étaient précédemment traités en établissement vivent maintenant à la maison avec l'appui des services à domicile. Les personnes handicapées et atteintes de maladies chroniques vivent plus longtemps et restent chez elles. Enfin, les congés accélérés des établissements de soins actifs et les chirurgies d'un jour incitent les patients à avoir recours aux services à domicile et dans la collectivité.

Pour répondre à ces nouvelles demandes, certains programmes de services à domicile et dans la collectivité ont dû modifier la répartition de leurs services pour répondre à l'acuité accrue des soins dispensés aux clients à court terme, diminuer le niveau de service offert aux clients à long terme et réduire les traitements de prévention et de maintien.

²² Statistique Canada. *Population, selon le sexe et l'âge*.

<http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Population/demo10a.f.htm>

²³ Statistique Canada. *Population projetée pour les années 2001, 2006, 2011, 2016, 2021 et 2026 au 1^{er} juillet*. Voir www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Population/demo23a_f.htm

²⁴ Armstrong, P., Armstrong, H., Choinière, J., Feldberg, G. et White, J. (1994). *Take care. warning signals for Canada's health system*. Toronto: Garamond Press.

²⁵ D'après un sondage sur les données provinciales/territoriales mené pour ce rapport

Acuité/complexité accrue des cas : Un sondage effectué récemment par la *Canada's Association for the Fifty-Plus (CARP)* a révélé que 89,7 p. 100 des fournisseurs de services à domicile et dans la collectivité estiment que la complexité des soins a augmenté au cours des trois dernières années²⁶. Cette tendance est associée à l'augmentation des chirurgies d'un jour dans le secteur des soins actifs, aux transformations en cours dans le secteur des soins de longue durée et à la gamme de services intensifs et d'appareils perfectionnés servant à traiter les enfants et les adultes ayant des besoins médicaux et/ou développementaux complexes.

Évolution de la proportion de services publics et privés et disponibilité accrue de services privés : En 1994, on estimait que les programmes de services à domicile et dans la collectivité subventionnés par l'État fournissaient 90 p. 100 des services à domicile et dans la collectivité²⁷. Dans de nombreuses provinces, on offre des services privés aux clients qui ne sont pas admissibles aux services à domicile et dans la collectivité subventionnés par l'État ou qui désirent compléter les services publics qu'ils reçoivent. Il importe de mentionner, cependant, que le recours aux services du secteur privé varie en fonction de leur disponibilité dans les diverses régions du pays.

Pressions évolutives et croissantes en matière de ressources humaines : La prestation des services à domicile et dans la collectivité est assurée par les membres des professions réglementées et les travailleurs de la santé qui exercent des professions non réglementées²⁸. Dans nombre de provinces et territoires, la nécessité de pourvoir aux besoins plus variés d'un nombre croissant de clients a soulevé des défis sur le plan des qualifications, de la gestion et de la rémunération de ces deux groupes de travailleurs. La situation est exacerbée par les pénuries d'infirmières et d'autres travailleurs du secteur des services à domicile et dans la collectivité qui sévissent dans les régions urbaines et rurales de plusieurs provinces et territoires. Le problème est encore plus grave lorsqu'il s'agit de trouver du personnel spécialisé pour s'occuper de groupes de clients particuliers (par exemple en santé mentale ou en pédiatrie). La rétention de l'effectif est un autre problème qui frappe le secteur. Dans nombre de provinces et de territoires, ce problème est associé à un taux de roulement du personnel élevé, à des conditions de travail défavorables, ainsi qu'au caractère non concurrentiel de la rémunération et des échelles de salaire variables (particulièrement pour les aides à domicile) par rapport aux travailleurs des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée²⁹.

²⁶ Parent K, Anderson M (2001). *CARP's Report Card on Home Care in Canada 2001. Home Care by Default Not by Design.*

²⁷ L'Association canadienne de soins et services à domicile en collaboration avec l'Association des CSLC et des CHSLD du Québec (février 1998). *Portraits du Canada : Survol des programmes publics de soins à domicile.* Voir <http://cdnhomecare.on.ca/f-info.htm>.

²⁸ Certains services à domicile et dans la collectivité sont prodigués par les professionnels de la santé. Cependant, la majorité des soins (entre 70 et 80 p. 100) sont assurés par des travailleurs de soutien qui exercent des professions non réglementées. Voir l'Étude des ressources humaines dans le secteur des soins à domicile. *Points saillants de la phase 1.* Le 4 décembre 2001. www.homecarestudy.ca/fr/

²⁹ Santé Canada. Division des soins à domicile et des produits pharmaceutiques. *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada : Point de vue stratégique.* Voir www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/hr1.html

Utilisation accrue de technologies médicales à domicile pour faciliter la

prestation des services: Aujourd'hui, l'équipement médical de pointe permet de satisfaire à des besoins médicaux complexes à domicile. Mais, bien que les interventions telles que la dialyse et l'infusion puissent être pratiquées à la maison, elles exigent un personnel plus qualifié et nécessitent parfois un transfert des coûts au patient lorsqu'elles sont pratiquées en dehors de l'hôpital (les frais d'équipement et de médicaments par exemple).

La technologie appuie également l'utilisation des lignes téléphoniques pour les télésoins à domicile, ce qui facilite les visites virtuelles de services à domicile, et les vidéoconférences avec des spécialistes et la formation à distance pour les clients et les professionnels. Ces technologies sont particulièrement utiles lorsqu'il s'agit de satisfaire aux besoins de santé des collectivités rurales éloignées et contribuent à l'utilisation rentable de ressources humaines restreintes.

Progrès sur le plan des bases de données et des systèmes informatiques servant à la planification et à l'évaluation des programmes :

On peut maintenant miser sur les progrès de la technologie de l'information et de la communication pour amenuiser la disparité des procédés de collecte de données (outils et éléments de données) entre les provinces-territoires. L'incapacité de comparer l'information sur les programmes de services à domicile et dans la collectivité est liée à la disparité et à l'incompatibilité des ensembles de données recueillies (définitions communes, ensemble de données communes/minimums, systèmes de classement, outils d'évaluation des clients, indicateurs).

Établissement des priorités : stratégies de collaboration

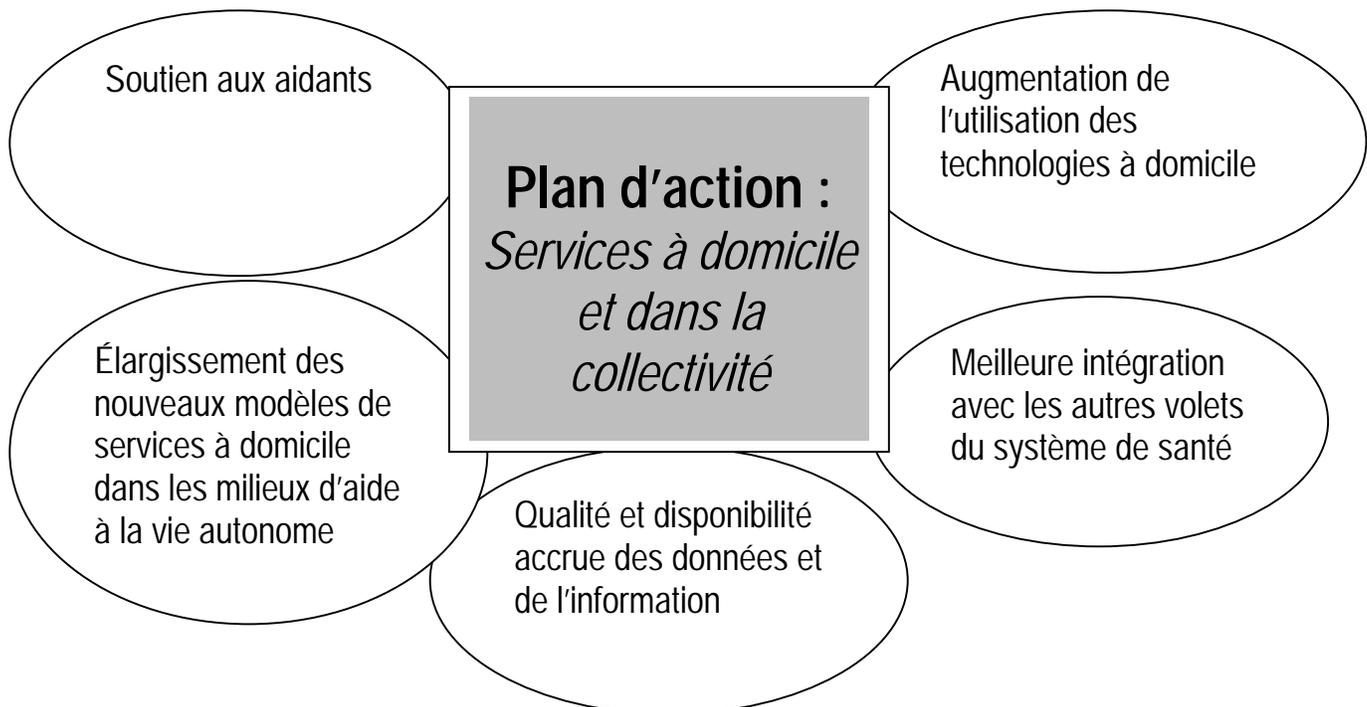
Les stratégies énoncées dans le plan d'action visent des domaines où tous conviennent qu'une collaboration provinciale-territoriale permettra de tenir compte des principaux facteurs de changement du secteur des services à domicile et dans la collectivité. Les critères additionnels utilisés pour sélectionner les stratégies sont indiqués ci-après.

<i>Critère</i>	<i>Description</i>
Importance et pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Importance de la question par rapport aux programmes de services à domicile et dans la collectivité - Pertinence de la question au regard de la promotion du concept d'un continuum de soins parmi les secteurs de services et au cours du cycle de vie des clients/patients
Capacité de rehausser l'accessibilité aux programmes de services à domicile et dans la collectivité correspondant aux besoins du client	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité des services à domicile et dans la collectivité d'améliorer les options de prestation des services pour le client - Possibilité que les services à domicile et dans la collectivité diminuent les sources de tension au sein des systèmes de santé
Capacité de mettre en œuvre la collaboration et la coopération entre les provinces et territoires	<ul style="list-style-type: none"> - Enthousiasme provincial-territorial à l'égard de l'avancement des travaux dans le domaine pour rehausser l'accès aux services et la qualité de ceux-ci - Capacité de la question de susciter l'aval, la collaboration et l'appui des provinces et territoires - Capacité des initiatives d'être mises en œuvre dans les provinces et territoires, lorsqu'elles s'avèrent pertinentes - Capacité d'identifier des domaines d'intérêt commun pour les provinces et les territoires
Capacité de miser sur les pratiques exemplaires et d'élargir les projets pilotes	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de faire valoir et d'actualiser les leçons apprises par le truchement d'initiatives axées sur les pratiques exemplaires - Capacité d'appuyer et/ou d'exploiter des possibilités dans l'environnement de réforme actuel
Capacité de contribuer à la viabilité des systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'évaluer et de démontrer l'efficacité - Capacité de renforcer l'obligation de rendre compte du rendement des services à domicile et dans la collectivité - Capacité à mesurer la rentabilité et l'efficacité pour accroître la viabilité des systèmes
Application et capacité de prendre en considération les services des régions rurales et éloignées	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'influencer et/ou d'éliminer les lacunes et les obstacles à la prestation des services à domicile et de soins continus dans les collectivités rurales et les régions éloignées et du Nord
Capacité de gagner l'appui nécessaire à l'égard de la question	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'obtenir l'appui du public, des intervenants et du gouvernement pour la question

D'après ces critères, les provinces et territoires ont convenu d'élaborer un plan d'action pour faire avancer les travaux portant sur chacune des stratégies suivantes :

Stratégies visant à renforcer les programmes de services à domicile et dans la collectivité des provinces et des territoires	
Stratégie 1	Soutenir les aidants.
Stratégie 2	Renforcer l'utilisation des technologies à domicile pour améliorer la prestation des services à domicile et dans la collectivité au profit des clients, des aidants et des fournisseurs.
Stratégie 3	Établir des nouveaux modèles de services à domicile dans les milieux d'aide à la vie autonome.
Stratégie 4	Réaliser une meilleure intégration entre les services à domicile et dans la collectivité et les autres secteurs des systèmes de santé.
Stratégie 5	Rehausser la qualité et la disponibilité de l'information sur les services à domicile et dans la collectivité.

La prochaine section du rapport aborde chacune de ces stratégies en détail. On y retrouve d'abord un exposé de la question et une explication de son importance, suivis par une ligne d'action (recommandation) proposée pour la résoudre. Les recommandations font référence aux types d'initiatives qui miseront sur les expériences particulières des provinces et territoires. Les exemples tiennent compte de l'état actuel du savoir et des sources éventuelles de changements au sein du secteur des services à domicile et dans la collectivité.



Partie 2 : Exécution du plan d'action

*Stratégie 1 : Soutien aux aidants*³⁰

Énoncé de la question

Les aidants³¹ jouent un rôle primordial car ils permettent aux personnes de rester dans la collectivité, d'éviter l'admission prématurée en établissements de soins de longue durée et de sortir plus rapidement de l'hôpital. On estime que les aidants prodiguent entre 75 p. 100 et 90 p. 100 des services à domicile³². À l'heure actuelle, la modernisation et la restructuration des systèmes de santé du pays favorisent le traitement des clients dans la collectivité, exerçant ainsi de plus en plus de pression sur les aidants. Pourtant, le soutien gouvernemental direct accordé aux aidants reste limité.

Explication

- Les services à domicile et dans la collectivité sont fondés sur un mode de prestation des soins centré sur le client. Leur réussite est fortement tributaire de la participation active des membres de la famille ou des aidants qui offrent, en moyenne, 28 heures de soins par semaine à domicile³³.
- En 1996, 2,6 millions de Canadiens (12 p. 100 de la population) ont déclaré qu'ils offraient une aide non rémunérée à une personne atteinte de problèmes de santé de longue date³⁴. La responsabilité dévolue aux parents aidants survient à une époque où d'autres changements limitent la capacité de la famille d'assumer la responsabilité accrue des services à domicile et dans la collectivité (évolution de l'organisation familiale, taux de fécondité moins élevé, participation accrue des femmes à la main-d'œuvre, tendances concernant la mobilité et la migration). On constate également qu'un nombre croissant de personnes s'occupe de plusieurs malades, phénomène qui risque de s'accroître si le nombre d'aidants diminue³⁵.
- Dans une étude récente du secteur des services à domicile et dans la collectivité, le manque de services de répit a été la lacune la plus souvent mentionnée par les personnes qui prennent soin d'enfants ayant des besoins spéciaux. De plus, même

³⁰ Les ministres responsables des questions touchant les aînés ont reconnu l'importance du problème des aidants ont discuté d'un certain nombre d'orientations stratégiques à leur réunion de juin 2002.

³¹ Y compris les membres de la famille et les amis.

³² Étude des ressources humaines dans le secteur des soins à domicile. *Points saillants de la phase 1*. Le 4 décembre 2001. Voir www.homecarestudy.ca/fr/

³³ CARP. *Putting a Face on Home care*. 1999. Voir <http://www.50plus.com/>

³⁴ Cranswick, K (1997) *Les fournisseurs de soins au Canada*. Extrait de Tendances sociales canadiennes, hiver, 1997, Statistique Canada, n° de catalogue 11-008-XPE. <http://www.hc.sc.gc.ca/seniors-aires/pubs/unsorted/survey.htm>

³⁵ Ibidem

lorsque les services de répit sont disponibles, on estime qu'ils sont insuffisants pour répondre aux besoins de ces familles³⁶. On estime que la demande de services de répit serait quatre fois plus élevée que l'utilisation actuelle rapportée. Dans le cas des soins aux aînés et des soins palliatifs, elle est trois fois plus élevée que le niveau d'utilisation actuel³⁷.

- Dans plusieurs provinces et territoires, la complexité croissante des services à domicile et dans la collectivité exige que les aidants assument des tâches variées, spécialisées et complexes qui, par le passé, incombait aux professionnels de la santé et des services sociaux. Cette tendance met en lumière la nécessité d'offrir aux aidants une formation adéquate qui leur permettra de satisfaire aux besoins médicaux et personnels des personnes soignées à domicile.
- La majorité des aidants sont des femmes. On estime que la moitié des femmes âgées de 35 à 64 ans s'occuperont d'un parent dans le besoin. Étant appelées à fournir des soins plus stressants et très personnels, les femmes mentionnent deux fois plus souvent que les hommes que la prestation des soins nuit à leur santé. Niveau de stress élevé, fatigue, émotions négatives, dépression, détresse psychologique, conflits interpersonnels, manque de sommeil et isolement social figurent parmi les problèmes rapportés³⁸.

Recommandation

Explorer les solutions qui fourniront un soutien et une aide aux familles et autres aidants qui s'occupent de personnes à domicile. Les régimes de travail flexibles, les congés pour aidants s'occupant de personnes âgées, les services de répit et la formation et l'éducation requises pour assumer le rôle d'aidant comptent parmi ces solutions.

³⁶ Hollander M.J. et Prince, M.J. février 2002. "The Third Way": A Framework for Organizing Health related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families.

³⁷ The Berger Monitor, 1999

³⁸ Association ontarienne de soutien communautaire (février 2001). In 20 short years – a discussion paper on demographics and aging.

Vers des pratiques exemplaires à l'égard du soutien aux aidants

Partage d'expériences et/ou collaboration provinciale-territoriale pour :

- ***Élaborer du matériel d'information et des programmes de formation/d'éducation pour aider les aidants à assumer leurs rôles.*** Ces programmes offrent aux aidants des renseignements et une formation qui les aideront à assumer leurs fonctions. L'information vise à soutenir les aidants qui s'occupent de membres de leur famille à domicile et consiste en des conseils pour les aider à choisir le traitement, à maintenir l'autonomie du patient et à éviter l'épuisement. Les programmes peuvent être offerts directement ou prévoir une aide financière et/ou l'aide d'un employé qui offrira à l'aidant un soutien éducatif ou une aide individuelle. L'information/formation peut être obtenue de diverses façons: réseaux de soutien ou coalitions d'aidants, services de téléassistance, matériel imprimé et/ou accessible sur le Web sur divers sujets (maladies chroniques, accès aux services de répit et autres services communautaires, réseaux de soutien pour les aidants).
- ***Offrir une grande variété de programmes de répit visant à répondre aux divers besoins des aidants.*** Ces programmes peuvent comprendre des centres de jour, des services de répit à domicile plus souples et des programmes de relève axés sur des séjours de 24 heures ou prolongés dans les établissements de soins de longue durée. Quelques provinces et territoires offrent des programmes de répit « centres de jour » qui permettent aux clients et à leurs familles d'avoir accès à des activités thérapeutiques et à des services de relève pour les aidants 24 heures sur 24, sept jours par semaine.

Stratégie 2 : Utilisation accrue des technologies à domicile

Énoncé de la question

Les progrès réalisés en matière de protocoles de traitement, les appareils de surveillance à domicile, ainsi que l'accès à l'équipement de pointe et aux technologies de communication permettent d'offrir des traitements complexes et perfectionnés à domicile et dans la collectivité. En effet, les thérapies qui, par le passé, exigeaient une hospitalisation (notamment contrôle de la douleur, thérapie par infusion, chimiothérapie, dialyse, thérapie intraveineuse et autres services médicaux spécialisés) peuvent désormais être administrées à domicile.

En outre, les outils d'évaluation diagnostique, les appareils de surveillance médicale, la télésanté³⁹ et les services dans la collectivité sont désormais plus accessibles et permettent d'appuyer une gamme de services prodigués à la maison, notamment :

- Surveillance médicale et éducation;
- Évaluation médicale, surveillance des signes vitaux et de l'oxygène;
- Surveillance des maladies chroniques (emphysème, insuffisance cardiaque globale, diabète);
- Observation et suivi post-chirurgical;
- Éducation et formation du client et de l'aidant;
- Suivi post-thérapeutique en personne pour évaluer les progrès;
- Évaluation des soins palliatifs;
- Évaluation visuelle des blessures;
- Services de santé mentale intégrés (évaluation, counseling, éducation);
- Évaluations du milieu familial pour recommander des modifications;
- Liens avec les collectivités rurales et isolées.

³⁹ **Télésanté** : Fait généralement référence à l'usage des télécommunications et des technologies de l'information pour offrir des soins de santé et de l'information en matière de santé sur des distances longues et courtes. Comprend généralement trois grands volets : télésoins, télé médecine et cybermédecine. (Adapté de « *The Telehealth Industry in Canada* », juillet 1997)

Télésoins : Fait généralement référence aux services de triage téléphonique fournis par des infirmières autorisées, dont les volets sont l'évaluation et l'acheminement, l'information et la formation et le soutien à l'autogestion de la santé. (Tiré d'un document intitulé *Self-Care/Telecare Issue Paper* préparé pour le Comité consultatif F/P/T des services de santé)

Télé médecine : Fait généralement référence à la prestation de services de santé et à la transmission de l'information en matière de santé (par le truchement de vidéoconférences, de l'enregistrement et de la retransmission) à des fins cliniques et éducatives entre deux établissements ou plus (y compris les télésoins à domicile). (Adapté de « *Fragmentation to Integration: The Telemedicine Industry in Australia* » (John Mitchell, 1998))

Explication

- La prestation de services complexes à domicile par le truchement des nouvelles technologies (comme les télésoins à domicile) doit venir appuyer et non remplacer les services à domicile traditionnels. Cependant, ces programmes offrent un nouveau modèle de prestation des services qui pourrait rehausser l'efficacité des systèmes de santé, tout en contribuant à résoudre les problèmes d'accès des patients qui font face à des réalités particulièrement difficiles sur le plan géographique et sur celui des ressources humaines.
- L'utilisation accrue de la technologie permet de former les clients et les fournisseurs et d'évaluer l'état des clients de façon efficace. Il a été démontré que ces technologies accélèrent les congés des établissements de soins actifs, rehausser l'accès aux médecins spécialistes et optimisent la gestion du temps du personnel infirmier durant une période de pénuries de ressources humaines.
- Les nouvelles technologies exigent un personnel plus qualifié capable de fournir des soins plus complexes. En outre, la capacité de s'occuper de clients plus gravement atteints à domicile a entraîné :
 - La nécessité de mettre en place des systèmes et une formation plus perfectionnés (pour les aidants professionnels et les proches-aidants) pour veiller à ce que les procédures soient administrées de façon sécuritaire au domicile des patients;
 - Des préoccupations concernant les coûts élevés du matériel et de l'équipement destinés aux programmes et aux clients du secteur des services à domicile.
- Les progrès de la technologie de l'information et de la communication ont également ouvert de nouvelles perspectives pour l'intégration des services offerts dans divers milieux – hôpitaux, cliniques, domicile – et le partage de renseignements médicaux et administratifs entre les secteurs de la santé.

Recommandation

Cerner des démarches visant à faciliter l'adoption de la technologie destinée aux milieux familial et communautaire en vue d'accroître et de rehausser :

- ***l'utilisation des technologies et des équipements médicaux pour appuyer les services à domicile et***
- ***le recours à la télésanté pour évaluer, traiter et surveiller les clients et offrir aux aidants des programmes de formation et d'éducation.***

Vers des pratiques exemplaires à l'égard des technologies à domicile

Partage d'expériences et/ou collaboration provinciale-territoriale pour :

- ***Rehausser la prestation de services spécialisés/complexes à domicile et dans la collectivité.*** Ces programmes fournissent un soutien professionnel et administratif ainsi que l'équipement nécessaire pour s'occuper à domicile de clients qui ont des besoins complexes et/ou qui dépendent de moyens technologiques, qui sont atteints de maladies complexes, souvent terminales. Dans quelques provinces et territoires, la thérapie intraveineuse, la dialyse, les pompes pour injection d'analgésiques et la chimiothérapie sont disponibles à domicile. D'autre part, dans certaines provinces, les familles ayant un enfant atteint d'une maladie grave bénéficient d'un financement exceptionnel qui répond à leurs besoins uniques et leur permet d'avoir recours aux soins à domicile et aux soins continus pour satisfaire aux besoins de santé intensifs et complexes de leur enfant.
- ***Utiliser la télésanté pour surveiller, évaluer, appuyer et rehausser les services offerts à domicile et dans la collectivité aux clients atteints de divers problèmes de santé par le truchement de visites virtuelles de professionnels de la santé.*** La télésanté permet, par exemple, d'effectuer une surveillance post-chirurgicale au moyen d'appareils qui transmettent instantanément par téléphone la pression artérielle, la saturation en oxygène et la fréquence cardiaque à des infirmières et des médecins. La technologie permet également l'interaction vidéo en temps réel, faisant de la gestion à distance des blessures et de l'évaluation virtuelle des patients une réalité. Cette technologie a déjà été utilisée en santé mentale intégrée pour évaluer, conseiller et former les clients et leurs aidants. La télésanté à domicile s'avère un substitut efficace pour les visites à domicile; elle suscite un niveau de satisfaction élevé parmi les clients et les fournisseurs de soins et permet de s'assurer que des soins de qualité sont offerts aux clients de façon efficiente.
- ***Élaborer et/ou élargir les services de téléassistance :*** Ces programmes optimisent l'utilisation du système de santé en offrant des services téléphoniques confidentiels aux personnes qui téléphonent pour obtenir des avis professionnels ou des renseignements généraux en matière de santé 24 heures par jour, sept jours sur sept. Ils ont été mis en œuvre avec succès dans quelques provinces et territoires.

Stratégie 3 : Élargissement des nouveaux modèles de services à domicile dans les milieux d'aide à la vie autonome

Énoncé de la question

Un certain nombre de provinces et de territoires au Canada et à l'étranger reconnaissent les avantages et les impacts en termes d'efficacité associés à la prestation des services à domicile et dans la collectivité à des groupes de personnes vivant dans des milieux favorisant l'autonomie. Cependant, la disponibilité et l'accessibilité de ces milieux sont restreintes dans la plupart des provinces et des territoires.

Plusieurs provinces et territoires offrent des milieux favorisant l'autonomie associant le logement et les services de soutien qui permettent aux personnes de continuer à vivre dans la collectivité. Ces cadres favorisant l'autonomie constituent une alternative pour les gens qui veulent rester dans la collectivité mais n'ont pas facilement accès à des aidants. En effet, ils offrent des services souples et un soutien sur place qui encouragent les gens à continuer de vivre de façon autonome dans leur propre logement. Associant des aménagements physiques et des services de soutien, les milieux d'aide à la vie autonome permettent aux gens de satisfaire à leurs besoins quotidiens et de se sentir en sécurité physiquement et émotionnellement. Cette solution de rechange offre plus de choix et de souplesse aux clients qui désirent continuer à habiter dans la collectivité.

Explication

- Les milieux d'aide à la vie autonome visent à permettre aux personnes qui sont incapables de satisfaire à tous leurs besoins quotidiens et/ou qui requièrent une surveillance ou une aide de mener une vie autonome tout en étant en sécurité sur le plan physique et émotionnel.
- C'est souvent la peur et le risque de vivre seul (plutôt qu'un accroissement des besoins) qui incitent les personnes âgées, handicapées ou atteintes d'une maladie chronique à déménager dans un établissement de soins. Or, les milieux d'aide à la vie autonome constituent une option valable en matière de logement et de soins pour ces gens ainsi que pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Ils constituent une solution de rechange qui permet de répondre aux besoins de ces populations d'une manière rentable et prévient le placement en établissement de soins de longue durée.
- Il faut sensibiliser le public et les fournisseurs à la disponibilité et au rôle des milieux d'aide à l'autonomie et faire connaître les avantages de ces modèles, notamment leur capacité :
 - de diminuer le coût des services (par rapport aux coûts des établissements de soins de longue durée);

- d'accroître le choix des usagers;
 - d'améliorer la souplesse de la prestation en offrant des soins axés sur les besoins des clients;
 - d'optimiser le temps consacré à l'aide à domicile (moins de déplacements);
 - d'encourager une utilisation plus appropriée et efficiente des lits de soins de longue durée;
 - de favoriser des partenariats entre les secteurs public et privé qui amélioreront le choix des usagers et compléteront les services et programmes publics.
- Les modèles des milieux d'aide à la vie autonome permettent aux secteurs public et privé d'établir des partenariats et de tirer parti des avantages de la séparation entre le logement et les services à domicile et dans la collectivité. Ainsi, des sociétés privées et publiques peuvent construire des logements avec service d'aide à la vie autonome (appartements, unités d'habitation) dans les collectivités qui en ont besoin, tandis que le gouvernement continue à offrir des services à domicile et dans la collectivité. De telles initiatives peuvent rehausser l'accès aux capitaux et aux technologies, contenir les coûts et accroître l'efficacité.

Recommandation

Appuyer la collaboration entre les services à domicile et dans la collectivité et les fournisseurs de logements pour créer des milieux d'aide à la vie autonome et en établissement novateurs et abordables. Ces milieux devraient :

- ***miser sur l'implantation réussie de modèles d'aide à la vie autonome dans certaines provinces;***
- ***envisager les bienfaits des partenariats entre les secteurs public et privé;***
- ***prévoir des stratégies de communication mettant en valeur les avantages des milieux d'aide à la vie autonome auprès du public et des fournisseurs.***

Vers des pratiques exemplaires à l'égard des milieux d'aide à la vie autonome

Partage d'expériences et/ou collaboration provinciale-territoriale pour :

Élaborer divers projets de milieux d'aide à la vie autonome : Ces modèles comprennent divers édifices et logements destinés aux différents groupes de clients (aînés frêles, personnes atteintes de démence, d'un handicap ou de troubles mentaux). Par exemple, les modèles destinés aux personnes âgées comprennent des condominiums, des appartements, des logements avec services de soutien et des lits en maison de soins infirmiers. Les services offerts dans chaque type de logements varient selon les besoins des clients. Les milieux d'aide à la vie autonome qui sont en place dans quelques provinces et territoires comprennent des logements désignés avec services de soutien, des foyers de groupes désignés, des appartements aménagés, des appartements et des milieux familiaux/familles d'accueil pour adultes. Il existe également des ensembles d'habitation pour les personnes âgées comportant des résidences privées, des logements avec services de soutien et un établissement de soins de longue durée. Ces ensembles fournissent le continuum des soins à un seul endroit.

Stratégie 4 : Meilleure intégration entre les services à domicile et dans la collectivité et les autres volets du système de santé

Énoncé de la question

La prestation aux clients du service approprié, à l'endroit et au moment appropriés exige la mise en œuvre de maillages plus solides aux niveaux de l'organisation et du fournisseur *au sein* des secteurs de la santé et *entre* les secteurs de la santé, à savoir les services à domicile et dans la collectivité, les soins primaires, les soins actifs et les soins de longue durée. À cet égard, bien que le secteur des services à domicile et dans la collectivité joue un rôle de liaison clé entre les soins actifs, les établissements de soins de longue durée et les soins primaires, bon nombre de personnes sont peu informées sur les services à domicile et sur la façon d'y avoir accès. Les maillages plus solides entre les fournisseurs et les organisations optimiseront la prestation des services, rehausseront l'efficacité et établiront un continuum de soins mieux coordonné et faisant preuve de plus de cohésion.

Explication

- Le manque de communication et d'organisation entre le secteur des services à domicile et dans la collectivité et les autres volets du continuum des soins (établissements de soins actifs et de soins de longue durée, soins de santé primaires) constitue un obstacle de taille à la coordination efficace des soins offerts aux patients par les hôpitaux, la communauté et les autres groupes de fournisseurs. Une meilleure compréhension de la nature des liens entre les éléments du système facilitera l'élaboration de stratégies qui permettent de mieux coordonner, relier et intégrer le secteur des services à domicile et dans la collectivité avec les autres volets du système.
- En plus d'être les substituts au placement en établissement de soins de longue durée, les services à domicile et dans la collectivité servent de plus en plus souvent à réduire l'utilisation des salles d'urgence, à prévenir les admissions en établissement de soins actifs et à accélérer les départs de l'hôpital. Les programmes de services à domicile et dans la collectivité peuvent également servir de point d'accès unique aux systèmes de santé par le truchement des gestionnaires de cas qui aident les clients à déterminer quel volet du système répond le plus efficacement à leurs besoins.
- Les services à domicile et dans la collectivité et les établissements de soins de longue durée se complètent. Dans certains cas, les services à domicile peuvent repousser ou empêcher l'admission en établissement de soins de longue durée. Cependant, il y a toujours une certaine proportion de la population dont les besoins de santé ne peuvent être satisfaits à la maison. Dans d'autres cas, les établissements peuvent offrir des soins de répit aux aidants des clients recevant des services à domicile.

- Il faut renforcer les maillages entre les services à domicile et dans la collectivité et les services de soins actifs et les services offerts en établissement. Le rôle du médecin de famille dans la planification et la mise en œuvre des services de soins à domicile doit également être déterminé. Dans de nombreux endroits au pays, les médecins de famille sont généralement exclus de la planification et de la mise en œuvre des services à domicile et dans la collectivité⁴⁰. Dans un sondage pancanadien mené auprès des médecins de famille, 60 p. 100 des répondants ont mentionné qu'ils n'étaient pas informés lorsque leurs patients étaient acheminés vers les services à domicile et dans la collectivité⁴¹.

Recommandation

Examiner les démarches qui rehausseront la continuité des soins pour les clients en améliorant la coordination et les maillages entre :

- *les fournisseurs de services à domicile;*
- *les fournisseurs de services à domicile et les autres fournisseurs de soins (des secteurs des soins actifs, des soins primaires et des soins de longue durée);*
- *l'information sur les services à domicile et dans la collectivité et les autres renseignements en matière de santé pour améliorer les soins prodigués aux clients.*

Vers des pratiques exemplaires à l'égard d'une meilleure intégration entre les services à domicile et dans la collectivité et les autres volets du système de santé

Partage d'expériences et/ou collaboration provinciale-territoriale pour :

Établir une liaison entre les établissements de soins actifs/services d'urgence et les programmes de services à domicile et dans la collectivité :

Le recours au gestionnaire de cas ou au personnel de liaison des services à domicile et dans la collectivité dans les salles d'urgence est un exemple d'un nouveau genre de maillage visant à combler les lacunes dans le continuum des soins. Le personnel de liaison peut appuyer la prestation des services à domicile en identifiant les clients hospitalisés admissibles et en planifiant le congé de l'hôpital et le passage aux services à domicile. Il peut également éduquer et informer les fournisseurs et les clients (en renseignant le personnel de l'hôpital, les clients et les familles sur les services à domicile).

⁴⁰ Le Collège des médecins de famille du Canada. *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile Document de réflexion* P. 2. Décembre 2000. Voir http://www.cfpc.ca/communications/homecare_fr.asp.

⁴¹ Le Collège des médecins de famille du Canada. *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile Document de réflexion* P. 6. Décembre 2000. Voir http://www.cfpc.ca/communications/homecare_fr.asp.

Stratégie 5 : Amélioration de la qualité et de la disponibilité de l'information sur les services à domicile et dans la collectivité

Énoncé de la question

Toutes les administrations provinciales et territoriales recueillent de l'information sur les services à domicile et dans la collectivité. Cependant les systèmes varient d'une province ou d'un territoire à l'autre quant aux données recueillies, à la complexité de l'information générée et aux systèmes informatiques utilisés. La variation entre les bases de données et les systèmes informatiques utilisés par les provinces et territoires empêche de recueillir certains types et certains niveaux de données et entrave les comparaisons de données entre les provinces et territoires, tandis que le manque de données comparables nuit à l'élaboration d'un processus décisionnel basé sur des faits à l'appui des services à domicile et dans la collectivité.

Explication

- Bien que la majorité des provinces et des territoires aient normalisé leurs systèmes internes de *classification des données* et de *cueillette de données*, on constate d'importantes différences entre les systèmes. Or, ces différences rendent impossibles les comparaisons provinciales et territoriales de la clientèle des services à domicile et dans la collectivité, de la nature et du mode de prestation des soins et des résultats.
- De plus en plus de gens considèrent que le partage d'information entre les provinces et territoires serait fort utile, en particulier l'élaboration d'une base commune de connaissances sur les modes de prestation des services à domicile et dans la collectivité qui se sont avérés les plus efficaces.
- La comparabilité accrue des données contribuerait à améliorer l'exactitude et la fiabilité des données et des systèmes d'information sur les services à domicile et dans la collectivité et permettrait aux provinces et territoires :
 - de surveiller et de comparer les caractéristiques et l'état de santé des clients recevant des services à domicile et dans la collectivité ainsi que les besoins en matière de services de ces clients;
 - d'appuyer la collecte et l'analyse de l'information servant à mesurer la charge de travail, les résultats obtenus par les clients, l'utilisation des services et la satisfaction des clients;
 - de mieux comprendre la pertinence, l'efficacité et l'efficience des services à domicile et dans la collectivité d'une province ou d'un territoire à l'autre;

- d'établir un programme de recherche solide visant à définir des pratiques exemplaires et à en favoriser l'adoption par les provinces et les territoires à l'égard des besoins et des services à domicile;
- de mieux comprendre la relation et les maillages entre les services à domicile et dans la collectivité et les autres volets du continuum des soins de santé;
- d'améliorer la responsabilisation des systèmes et les processus décisionnels fondés sur des faits grâce à la collecte et à l'analyse de données communes axées sur la surveillance des indicateurs de résultats et sur des mesures du rendement à l'échelle des systèmes.

Recommandation

Collaborer pour définir les données communes aux provinces et territoires qui :

- ***favoriseront une classification cohérente de la clientèle;***
- ***permettront de comparer les services à domicile et dans la collectivité et les résultats obtenus;***
- ***contribueront à la réalisation de meilleures recherches et à des processus décisionnels qui soient davantage basés sur des faits ;***
- ***faciliteront les maillages avec d'autres milieux/niveaux de soins.***

Vers des pratiques exemplaires à l'égard de la qualité et de la disponibilité de l'information sur les services à domicile et dans la collectivité

Partage d'expériences et/ou collaboration provinciale-territoriale pour :

Mettre en œuvre des outils objectifs d'évaluation des clients et de collecte de données assortis d'éléments de données communs : Au niveau individuel, ces outils préviennent le chevauchement des évaluations, favorisent le partage de renseignements entre les fournisseurs et facilitent l'évaluation des besoins des clients et l'élaboration d'un plan de service approprié. Au niveau des systèmes, les données recueillies peuvent être regroupées à des fins de comparaison et d'analyse pour faciliter la prise de décision et promouvoir la responsabilisation.

Élaborer un dossier médical électronique : Ce dossier comprendrait des renseignements sur les clients portant sur le dépistage, l'évaluation des besoins, la planification des soins, la gestion clinique, les mesures et indicateurs du rendement, la modélisation du financement selon les groupes de maladies analogues et l'évaluation de la technologie.

L'avenir : prochaines étapes

- Les provinces et les territoires sont déterminés à relever les défis associés à la croissance des dépenses et aux besoins et aux attentes du public relativement aux services à domicile et dans la collectivité.
- Ces dernières années, les provinces et les territoires ont investi d'énormes sommes dans leurs programmes de services à domicile et dans la collectivité et se sont attachés à renforcer la capacité du secteur à répondre de façon viable aux pressions changeantes et croissantes que subissent les systèmes.
- Les cinq stratégies énoncées dans le plan d'action constituent des domaines où les provinces et les territoires estiment qu'un effort collectif leur permettra de travailler plus efficacement individuellement.
- Le degré de collaboration nécessaire à la mise en œuvre des stratégies variera toutefois en fonction de la stratégie. Par exemple, la recommandation portant sur l'identification d'éléments de données communs pour les systèmes informatiques des provinces et territoires exige le partage de renseignements et la collaboration pour réussir. D'un autre côté, les démarches visant à améliorer le soutien aux aidants ou à élargir les nouveaux modèles de services à domicile dans les milieux d'aide à la vie autonome progresseraient sans doute plus rapidement si chaque province ou territoire pouvait s'inspirer des pratiques exemplaires des autres pour élaborer ses propres programmes.
- Bien que le secteur des services à domicile et dans la collectivité soit un secteur novateur, on croit à tort qu'il existe un consensus sur ce qui constitue des pratiques exemplaires. Or, tel n'est pas le cas pour nombre de raisons :
 - les besoins des usagers des services à domicile et dans la collectivité sont diversifiés et plus complexes;
 - la croissance des programmes de services à domicile et dans la collectivité a été exceptionnellement rapide au cours de la dernière décennie;
 - on dispose de peu de données reliant les résultats obtenus aux soins prodigués.
- L'information sur tous ces aspects (besoins des clients, programmes de services à domicile et données sur les résultats obtenus) est essentielle à l'évaluation des forces et des faiblesses des programmes de services à domicile et dans la collectivité et à l'établissement et à la diffusion de pratiques exemplaires à cet égard.
- Les prochaines étapes nécessaires à l'avancement du plan d'action exigeront que les provinces et territoires :
 - Déterminent leurs priorités individuelles pour chaque stratégie en fonction des besoins et des caractéristiques de leur environnement;
 - Partagent l'information et collaborent à l'avancement des stratégies;

- Misent sur les forces des projets et des expériences des provinces et des territoires pour cerner les pratiques exemplaires dans chaque secteur stratégique (c'est-à-dire qu'ils soulignent les réussites dont les autres provinces et territoires pourraient tirer parti);
- Déterminent les pratiques exemplaires associées à chaque stratégie;
- Définissent des initiatives précises qui appuieront (individuellement et en collaboration) chacune des stratégies dans chaque province et territoire;
- Collaborent à l'identification des priorités de recherche futures afin de cerner les pratiques exemplaires au niveau international en matière de soins à domicile et continus et de bâtir, à long terme, à partir de ces pratiques.

Conclusion

Les services à domicile et dans la collectivité sont devenus partie intégrante des systèmes de santé au Canada. L'expansion de ce secteur et les exigences auxquelles il doit répondre reflètent la modernisation des systèmes de santé en cours au pays. Les caractéristiques d'un secteur des services à domicile et dans la collectivité mature et efficace sont l'accessibilité, la continuité des soins à l'échelle des systèmes de santé, l'offre de soins axés sur des résultats positifs qui ont fait leurs preuves pour la santé (prévention et soins) et l'optimisation des ressources.

Ce rapport maintient qu'il faut accorder une place plus importante aux services à domicile et dans la collectivité. Il est fondé sur la certitude que les provinces et les territoires peuvent collaborer à des stratégies communes et miser sur la capacité et les expériences actuelles pour éviter les chevauchements et contribuer à la définition de pratiques exemplaires.

Une collaboration provinciale-territoriale au regard des stratégies énoncées dans ce rapport favoriserait la définition de pratiques exemplaires et le partage de l'information sur les innovations qui obtiennent du succès (et sur celles qui n'en obtiennent pas). Les partenariats provinciaux-territoriaux visant l'avancement des travaux dans ces domaines contribueraient également, lorsque cela s'avère pertinent, à l'élaboration de projets de communication stratégiques et de programmes de recherche concertés qui permettraient de dégager de nouvelles informations et d'établir des priorités pour la planification future du secteur.

La planification d'un système de santé plus viable exigera un meilleur partage de l'information et une collaboration accrue entre les provinces et les territoires. Il y a également lieu d'espérer qu'un engagement et une collaboration concertée entre les provinces et les territoires inciteront le gouvernement fédéral à soutenir la croissance et les changements requis dans ce secteur.

Ressources/références

Alberta Health and Wellness (novembre 1999). *Healthy Aging: New Directions for Care Part Three: Implementing New Directions. The final report of the Policy Advisory Committee prepared for the long term care review.* Gouvernement de l'Alberta.

Armstrong, P., Armstrong, H., Choinière, J., Feldberg, G. & White, J. (1994). *Take care. warning signals for Canada's health system.* Toronto: Garamond Press.

Association canadienne de soins et services à domicile en collaboration avec l'Association des CSLC et des CHSLD du Québec (février 1998). *Portraits du Canada : Survol des programmes publics de soins à domicile.* <http://cdnhomecare.on.ca/f-info.htm>.

Balinsky, W. (1999). Pediatric home and community care: reimbursement and cost benefit analysis. *Journal of Pediatric Health Care* 13, 288-294.

Canada's Association for the Fifty Plus (CARP). *Putting a Face on Home care.* 1999. <http://www.50plus.com/>.

Collège des médecins de famille du Canada (2000). *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile Document de réflexion - décembre 2000.* http://www.cfpc.ca/communications/homecare_fr.asp

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (avril 2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume cinq : Principes et recommandations en vue d'une réforme - Partie I.* Ottawa.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (décembre 2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations.* Gouvernement du Québec.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). *Préparer l'avenir des soins de santé au Canada.* Commissaire : Roy J. Romanow. Rapport d'étape, février 2002. Ottawa

Conseil régional de santé de Toronto (novembre 1999). *Premier bilan annuel sur le système de santé de Toronto.* Toronto.

Coyte, P.C. *Home Care : Potentials and Problems.* Présentation au symposium Diagnostics and Solutions: Building Consensus for Health Care Reform in Canada, du 14 au 16 février 2002. www.hcerc.org

Coyte, P.C. (2000). *Home and community care In Canada: Passing the Buck.* Toronto, ON: Auteur

Coyte P. C. *The National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Substudy 11: An Economic Evaluation of Hospital-Based and Home-Based Intravenous Antibiotic Therapy for Individuals with Cellulitis.* www.homecarestudy.com

Coyte P. C., Baranek P., Daly T. (décembre 2000). *Identifying Outcome Indicators for Evaluating Services Provided by Community Care Access Centres (CCACs)*. Rapport préparé au titre de la subvention 02709 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour l'Université de Toronto.

Coyte, P.C. et Young, W.(1997). *Reinvestment in and Use of Home and Community Care Services*. Pub. n° 97-95. Toronto: Institut de recherche en services de santé.

Cranswick, K(1997). *Les fournisseurs de soins au Canada*. Extrait de Tendances sociales canadiennes, hiver, 1997, Statistique Canada, n° de catalogue 11-008-XPE. <http://www.hc.sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/unsorted/surveyf.htm>

Étude des ressources humaines dans le secteur des soins à domicile. (décembre 2001). *Points saillants de la phase 1 – Tracer la voie : Quel devenir pour l'effectif du secteur des soins à domicile?* <http://www.homecarestudy.ca/fr/>

Hollander, M. J. (le 18 octobre 2001). *Overview of the Draft Phase 1 Report Setting the Stage: What Shapes the Home and community care Labour Market*. Présentation de Marcus J. Hollander, le 18 octobre 2001. Ottawa.

Hollander, M. J. *The National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Substudy 1: The Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services.* www.homecarestudy.com

Hollander, M. J. et Prince, M. J. (février 2002). *The Third Way: A Framework for Organizing Health related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families*. Victoria: Hollander Analytical Services Ltd.

Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada (2000). *Les soins de santé au Canada, 2000 : Un premier rapport annuel*. Ottawa

Institut canadien d'information sur la santé (2001). *Development of National Indicators and Reports for Home and community care Final Project Report*. Ottawa.

Institut canadien d'information sur la santé (1999). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1999*. Ottawa : ICIS.

Neudorf, C. et Franko, J. *The National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Substudy 14: Evaluation of the Cost-Effectiveness of the Quick Response Program of Saskatoon District Health.* www.homecarestudy.com

Ontario Community Support Association (février 2001). *In 20 short years - A discussion paper on demographics and aging*. Toronto: auteur

Parent K. et Anderson M (2001). *CARP's Report Card on Home care in Canada 2001. Home Care by Default Not by Design*. Toronto: Canada's Association for the Fifty-Plus.

Premier's Advisory Council on Health for Alberta (décembre 2001). *A Framework for Reform – Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Gouvernement de l'Alberta.

Santé Canada (2002). *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, de 1980-1981 à 2000-2001*. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/age_sex.htm

Santé Canada (1999). *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : une synthèse pour le Canada*. Ottawa : auteur http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/age_sex.htm

Santé Canada (1990). *Report on Home and community care (préparé par le groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur les soins à domicile, un groupe de travail du Sous-comité fédéral/provincial/territorial sur les soins prolongés)*. Ottawa.

Santé Canada. Division des soins à domicile et des produits pharmaceutiques. *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada : Point de vue stratégique*.
<http://www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/hr1.html>

Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (2002). *Les provinces tracent la voie pour l'avenir des services de santé*. Rencontre provinciale-territoriale des premiers ministres, Vancouver (Colombie-Britannique) - Les 24 et 25 janvier 2002. Communiqué de presse réf. n° 850-085/004.
http://www.scics.gc.ca/cinfo02/850085004_f.html

Statistique Canada (2001). *Population, selon l'âge et le sexe*.
<http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Population/demo10a.htm>

Statistique Canada (2001). *Population projetée pour les années 2001, 2006, 2011, 2016, 2021 et 2026 au 1^{er} juillet*.
www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Population/demo23a_f.htm