

Université de Montréal

**Tendances et déterminants de l'utilisation de l'aide
à domicile subventionnée par le gouvernement par
les personnes âgées au Canada,
1996-1997 à 2009-2010**

par

Anne Binette Charbonneau

Département de démographie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en démographie

Mars, 2013

© Anne Binette Charbonneau, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Tendances et déterminants de l'utilisation de l'aide à domicile subventionnée par le
gouvernement par les personnes âgées au Canada, 1996-1997 à 2009-2010

Présenté par :

Anne Binette Charbonneau

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Alain Gagnon, président-rapporteur
Jacques Légaré, directeur de recherche
Janice Keefe, co-directeur
Robert Bourbeau, membre du jury

Résumé

Il est connu que le vieillissement de la population canadienne va augmenter la demande d'aide à domicile et qu'un soutien insuffisant du secteur public accroît l'implication des réseaux informels et privés. En s'appuyant sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cette recherche analyse les tendances et déterminants de l'utilisation de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement au Canada et en Ontario entre 1996-1997 et 2009-2010.

Il en ressort que la proportion de bénéficiaires âgés de 65 ans et plus est en diminution, passant de 9,9% à 9,2% au Canada (1996-1997 à 2005) et de 10,2% à 8,8% puis 9,6% en Ontario (1996-1997, 2005, 2009-2010). Les compressions sont particulièrement ressenties dans les services de maintien à domicile, dont l'aide pour les travaux ménagers (de 51% à 34% en Ontario). Les personnes âgées, les femmes, les gens vivant seuls ou qui ont besoin d'assistance pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne (AVQ) ou activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) reçoivent de moins en moins d'aide publique à domicile.

En conclusion, le présent système de santé, qui semble se concentrer sur les soins de santé plutôt que sur les services de maintien, ne répond pas aux besoins des personnes âgées. Par ailleurs, le cas ontarien évoque l'impact que peuvent avoir les décisions politiques sur l'utilisation de l'aide à domicile. Les résultats suggèrent qu'entre 1996-1997 et 2005, ce sont surtout les personnes âgées de 18 à 64 ans et ceux nécessitant des soins qui bénéficièrent des programmes publics. Durant la période suivante (2005 à 2009-2010), il semble y avoir un intérêt plus marqué pour les 65 ans et plus dont la proportion d'utilisateurs s'accroît plus rapidement.

Mots clés: aide à domicile subventionnée, personnes âgées, Canada, Ontario, tendances, déterminants, modèle d'Andersen et Newman, enquêtes de santé

Abstract

It is known that the aging of the Canadian population will increase the demand for home care and that insufficient support from the public sector increases the implication of the informal and private networks. Using cross-sectional data from the National Population Health Survey (NPHS) and the Canadian Community Health Survey (CCHS), this research analyzes the trends and predictors of subsidized home care in Canada and Ontario between 1996/97 and 2009/10.

It shows that the proportion of care receivers aged 65 and older is decreasing, going down from 9.9% to 9.2% in Canada (1996/97 to 2005) and from 10.2% to 8.8% then 9.6% in Ontario (1996/97, 2005, 2009/10). Government cuts are particularly felt in terms of home support services, like support for housework (from 51% to 34% in Ontario). Older persons, women, people living alone or those who need assistance to perform some activities of daily living (ADLs) or instrumental activities of daily living (IADLs) are receiving less and less subsidized home care.

In conclusion, the actual health system, that appear to focus on health care instead of home support services, do not meet the needs of older persons. Furthermore, the Ontario case evokes the effect that policies can have on home care utilization. Results suggest that between 1996/97 and 2005, it is mostly persons aged from 18 to 64 years old or needing health care that benefited from the public program. During the next period (2005 to 2009/10), there seems to be a greater interest for the 65 and older, whose proportion of users increases more rapidly.

Keywords: subsidized home care, older persons, Canada, Ontario, trends, predictors, Andersen and Newman model, health surveys

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1-Problématique, revue de la littérature et objectifs de recherche	3
1.1-Problématique.....	3
1.2-Soins et services à domicile.....	4
1.2.1-Définition.....	4
1.2.2-Évolution	5
1.2.3-Organisation et gouvernance	9
1.2.4-Admissibilité.....	10
1.2.5-Offre de soutien à domicile	11
1.2.5.1-Soins et services offerts.....	11
1.2.5.2-Prestataires.....	13
1.2.6-Dépenses.....	16
1.2.7-Ticket modérateur.....	17
1.2.8-Utilisation de l'aide à domicile.....	18
1.2.8.1-L'utilisation chiffrée.....	19
1.2.8.2-Bénéficiaires	20
1.2.9-Aide à domicile en Ontario.....	21
1.2.10-Aperçu de l'aide à domicile à l'international	22
1.3-Cadre conceptuel de l'utilisation du soutien à domicile.....	24
1.3.1-Modèle d'Andersen et Newman.....	24
1.3.2-Analyse de l'aide à domicile selon ce modèle.....	26

1.3.2.1-Le raisonnement	26
1.3.2.2-Adaptations du modèle	27
1.3.3-Indicateurs d'utilisation de l'aide à domicile	28
1.3.3.1-Facteurs de prédisposition	29
1.3.3.2 - Facteurs du milieu	32
1.3.3.3 - Facteurs de besoin	34
1.4-Objectifs de la recherche	37
Chapitre 2 – Données et méthodologie.....	39
2.1-Présentation des enquêtes	39
2.1.1-Bases de données	39
2.1.2-Population d'intérêt	41
2.1.3-Plan de sondage	42
2.2-Méthodologie.....	43
2.2.1-Les échantillons	43
2.2.2-Mesures des variables	47
2.2.2.1-Variables dépendantes	47
2.2.2.2-Variables indépendantes	48
2.2.2.2.1-Facteurs de prédisposition	48
2.2.2.2.2-Facteurs du milieu	49
2.2.2.2.3-Facteurs de besoin	49
2.2.2.2.4-Variables de contrôle	50
2.2.3-Méthodes d'analyse	53
2.2.3.1-Analyse descriptive.....	53
2.2.3.2-Analyse multivariée.....	54
Chapitre 3 – Résultats	55
3.1-Résultats descriptifs	55
3.1.1-Utilisation de l'aide à domicile subventionnée.....	55
3.1.2-Caractéristiques des bénéficiaires.....	57
3.1.3-Distribution de l'aide reçue	62
3.1.4-Changements à travers le temps	64
3.2-Résultats multivariés.....	67

3.2.1-Tendance entre 1996/97 et 2009/10	67
3.2.2-Déterminants de l'utilisation d'aide à domicile par année	69
3.2.2.1-Facteurs de prédisposition	70
3.2.2.2-Facteurs du milieu	70
3.2.2.3-Facteurs de besoin	71
3.2.2.4-Variables de contrôle	71
3.2.3-Évolution des déterminants à travers le temps	71
3.3-Discussion.....	77
Conclusion	85
Bibliographie	88
Annexe	x

Liste des tableaux

Tableau 1. Construction des variables indépendantes et de contrôles pour l'analyse..... 52

Tableau 2. Distribution (%) des effectifs d'utilisateurs et de non-utilisateurs selon les caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus, par année, Canada..... 59

Tableau 3. Distribution (%) des effectifs d'utilisateurs et de non-utilisateurs selon les caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus, par année, Ontario..... 61

Tableau 4. Paramètres de régression associés à l'année d'enquête sur le risqué de recevoir de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement en contrôlant pour les variables sociodémographiques selon le groupe d'âge, Canada et Ontario 69

Tableau 5. Paramètres de régression logistique et probabilités prédites (%) associés à la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement pour les 65 ans et plus, selon l'année, Canada..... 74

Tableau 6. Paramètres de régression logistique associés à la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement pour les 65 ans et plus, selon l'année, Ontario 75

Tableau 7. Probabilités prédites (%) associés à la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement pour les 65 ans et plus, selon l'année, Ontario..... 76

Liste des figures

Figure 1. Modèle initial des déterminants de l'utilisation des services de santé d'Andersen (au cours des années 1960)	25
Figure 2. Distribution de l'échantillon de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1996-1997 (répondants de tout âge, excluant les territoires), selon les sous-échantillons retenus	44
Figure 3. Distribution de l'échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005 (répondants de 12 ans et plus, incluant les territoires), selon les sous-échantillons retenus	45
Figure 4. Distribution de l'échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010 (répondants de 12 ans et plus, incluant les territoires), selon les sous-échantillons retenus	46
Figure 5. Cadre conceptuel de la présente recherche sur la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement	51
Figure 6. Utilisation de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement en nombre et en proportion (%), pour l'ensemble des utilisateurs et par groupe d'âge, selon l'année, Canada et Ontario	57
Figure 7. Prévalence de la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement selon le type d'aide reçue, pour les 65 ans et plus, selon l'année, Canada et Ontario	63
Figure 8. Comparaison de l'évolution des prévalences entre 1996-1997 et 2005 par type d'aide reçue selon le groupe d'âge, Canada.....	65
Figure 9. Comparaison de l'évolution des prévalences selon la période par type d'aide reçue, pour les 65 ans et plus, Ontario	66
Figure 10. Tendance du taux d'utilisation de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement (%) selon le groupe d'âge, Canada et Ontario, 1996-1997 à 2009-2010.....	68

Liste des abréviations

ACSSD / CHCA : Association canadienne de soins et services à domicile

AIVQ / IADL : Activité instrumentales de la vie quotidienne

AVQ / ADL : Activités de la vie quotidienne

CA / RDD : Système de composition aléatoire

CASC / CCAC : Centres d'accès aux soins communautaires

CHA : Canadian Healthcare Association

CIQSS : Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales

ENSP / NPHS : Enquête nationale sur la santé de la population

EPA / LFS : Enquête sur la population active

ESCC / CCHS : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

ICIS / CIHI : Institut canadien d'information sur la santé

IOV / VON : Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

IRSC / CIHR : Instituts de recherche en santé du Canada

MPOC / COPD : Maladies pulmonaires obstructives chroniques

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

RLISS / LHIN : Réseau local d'intégration des services de santé

SISD : Système d'information sur les services à domicile

TCS : Transfert canadien en matière de santé

Remerciements

Je souhaiterais dans un premier temps remercier mon directeur de recherche, Jacques Légaré. D’abord, pour m’avoir accueillie dans l’Équipe de recherche sur le vieillissement de la population (ERVIPPOP). Cette expérience m’a entre autres permis de faire un stage très enrichissant au Mount Saint Vincent University à Halifax, duquel découle le sujet de ce mémoire. Ensuite, pour son soutien et ses conseils tout au long du processus. Je tiens également à remercier ma codirectrice, Dr. Janice Keefe, pour son implication, ses commentaires et sa disponibilité malgré un horaire très chargé. Je suis reconnaissante de la chance que j’ai eue de travailler à ses côtés.

Merci aussi à Yann Décarie, Paul Spin et Samuel Vézina pour leurs réponses à mes nombreuses interrogations. Je tiens à souligner de manière plus particulière le soutien constant de Samuel qui m’a épaulée à chaque étape de ce mémoire, et ce, dès le tout début. Son aide fut grandement appréciée!

Je remercie mes divers collègues de démographie, plus particulièrement Ruffeen, Marie-Pier, Michaël, Patrick et Antoine, sans qui les années de maîtrise auraient été bien fades. Merci également à ma famille ainsi qu’à mes amis du Québec et d’Halifax.

Enfin, je voudrais remercier le Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour leur soutien financier.

Il est nécessaire de préciser que bien que la recherche et les analyses soient fondées sur des données de Statistique Canada, les opinions exprimées ne représentent pas celles de Statistique Canada.

Introduction

Le Canada, comme d'autres pays occidentaux, est appelé à voir sa population vieillir rapidement. Selon les données de Statistique Canada, en 1971, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus était de 1,8 millions. Ce nombre a atteint 5 millions au dernier recensement en 2011, au moment où les baby-boomers commençaient tout juste à passer ce seuil, et il devrait s'élever à 10,4 millions en 2031, alors que tous les baby-boomers seront présents dans le groupe des 65 ans et plus. En fait, le poids des baby-boomers, particulièrement important au Canada, va renverser la pyramide des âges au cours des prochaines années. Ainsi, 8% de la population avait 65 ans et plus en 1971. Cette proportion est passée à 14,5% en 2011 et devrait atteindre 22,8% en 2031. Ce rythme devrait toutefois ralentir après le passage des baby-boomers alors qu'en 2061, encore environ une personne sur quatre (25,5%) sera âgée d'au moins 65 ans.

Cet important accroissement de la part des personnes âgées au sein de la population amène son lot de problèmes et d'enjeux sociaux. Tout indique qu'il y aura augmentation de la demande de soins et de services. En effet, les besoins en matière de santé s'intensifient avec l'âge (Santé Canada, 1999; Carrière, 2006; Rotermann, 2006). Face à cet accroissement de la proportion de personnes âgées et son impact sur les coûts pour le système de santé, les gouvernements ont mis en place une série de politiques de désinstitutionnalisation, dont le virage ambulatoire du milieu des années 1990. L'objectif était de réduire la durée des séjours en milieux institutionnels, où les coûts des soins et services sont réputés être plus onéreux que lorsqu'ils sont dispensés à la maison, en encourageant les gens à demeurer à domicile le plus longtemps possible. Ce faisant, l'individu maintenu en résidence privée ayant malgré tout un besoin d'aide pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne doit chercher du soutien auprès des réseaux formels et informels pour combler ses besoins. Le premier fait référence à l'assistance obtenue d'un employé rémunéré ou d'un bénévole provenant d'une agence privée ou publique, tandis que le second se réfère à l'aide obtenue par divers membres de la famille, des

amis et des voisins, aussi nommés ‘aidants naturels’. Si l’aide vient d’une combinaison de ces réseaux, celle-ci sera décrite comme étant mixte. Bref, les besoins en matière de soins et services à domicile varient en fonction de la disponibilité de l’offre d’aide des réseaux de soutien des individus. Par ailleurs, le nombre d’aidants naturels est appelé à diminuer dès 2021 (Keefe et al., 2012).

L’analyse de l’utilisation de l’aide à domicile subventionnée par le gouvernement s’inscrit dans un projet de recherche plus large mené par les professeurs Janice Keefe (Mount Saint Vincent University) et Jacques Légaré (Université de Montréal) et financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC/CIHR). Ce projet vise à améliorer les connaissances à propos de deux dimensions de l’aide formelle, soit la capacité de payer de certaines générations pour des soins et services provenant du secteur privé et l’utilisation de l’aide publique à domicile, dans le but d’améliorer leurs propres scénarios de projection des besoins futurs d’aide à domicile des personnes âgées. L’objet de ce mémoire est donc de répondre à ce deuxième objectif de recherche sur l’aide formelle en fournissant des données sur les tendances observées et les caractéristiques associées à l’utilisation d’aide à domicile subventionnée par les personnes âgées. Pour ce faire, nous procéderons d’abord à une revue de la littérature pour comprendre ce qu’est l’aide à domicile, nous familiariser avec d’autres travaux sur le sujet et conceptualiser notre propre recherche. Le deuxième chapitre présentera les différents aspects de la recherche, soit les échantillons utilisés, les variables retenues et les analyses effectuées. Enfin, le dernier chapitre servira à présenter nos résultats de recherche et en discuter.

Chapitre 1-Problématique, revue de la littérature et objectifs de recherche

1.1-Problématique

Le vieillissement de la population au Canada est un processus bien amorcé, dont les implications sont anticipées depuis plusieurs années déjà. Ainsi, l'accroissement de la part de personnes âgées dans la population va nécessairement faire augmenter la demande de soins et services à domicile et donc augmenter le fardeau des différents réseaux de soutien. Cependant, l'utilisation de ces réseaux n'est pas immuable, c'est-à-dire que différents changements peuvent influencer les niveaux d'utilisation. Par exemple, les changements de politiques gouvernementales en matière de soins et services à domicile, soit l'expansion ou la rétraction du financement public, peuvent modifier la distribution du soutien en favorisant certaines personnes et certains types d'assistance au détriment d'autres. Par conséquent, il est important de déterminer comment évolue l'aide à domicile subventionnée et les taux d'utilisation, tout comme de définir les caractéristiques des utilisateurs qui y sont associées. Les besoins chroniques ne disparaissent pas, donc toute diminution du niveau d'aide gouvernementale augmente la pression sur les autres sources de soutien.

La revue de la littérature est composée de deux sections distinctes. La première permet d'illustrer la complexité des programmes gouvernementaux de soins et services à domicile, que ce soit au niveau de l'accès ou de la réception. La seconde partie s'intéresse aux indicateurs ayant une incidence sur l'utilisation de l'aide à domicile subventionnée. Pour ce faire, nous allons d'abord établir notre cadre conceptuel sur le modèle d'Andersen et Newman qui identifie des facteurs de prédispositions, de milieu et de besoin. Puis nous passerons en revue quelques travaux ayant également utilisé ce modèle pour l'étude du soutien à domicile.

1.2-Soins et services à domicile

1.2.1-Définition

Au Canada, l'aide à domicile est principalement sous la gouvernance des provinces et territoires. Chaque région en est donc venue à développer son propre programme de maintien à domicile basé sur différentes orientations, services offerts, prestataires ou frais d'utilisation (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2004). Ce faisant, il n'existe pas une définition unique pour l'ensemble du pays de ce que sont les soins et services à domicile, rendant très complexe la comparaison de travaux. Néanmoins, quelques tentatives en ce sens ont obtenu une certaine approbation. Ainsi, en 1990, Santé Canada a établi que les soins à domicile au Canada représentaient « *une gamme de services qui permettent aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée* » (Santé Canada, 1999).

Pour Santé Canada, les soins à domicile se caractérisent donc par leurs trois principales fonctions (Canadian Healthcare Association, 2009) :

- Substitut aux soins actifs, où l'aide à domicile répond aux besoins de gens qui seraient autrement demeurés, ou auraient été admis, dans un hôpital.
- Substitut aux soins de longue durée, où l'aide à domicile répond aux besoins de gens qui devraient autrement entrer dans un établissement de soins de longue durée.
- Maintien et prévention, car les gens en incapacité peuvent demeurer dans leur milieu de vie en conservant leur autonomie et, dans plusieurs cas, en prévenant ou retardant des détériorations de l'état de santé et éventuellement l'institutionnalisation.

Autrement dit, l'aide à domicile est un programme qui permet aux individus de tout âge de demeurer dans leur maison et d'y fonctionner de manière optimale, et ce, à court ou long terme, c'est-à-dire suite à un traitement médical reçu à l'hôpital ou à un problème de santé chronique.

Depuis, d'autres organismes ont développé cette définition. En collaboration avec Statistique Canada, Santé Canada et d'autres groupes d'intervenants, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a produit une définition des services à domicile incluant le fait que « *même s'ils ne sont pas nécessairement reçus à domicile, les services dispensés par l'entremise du programme de services à domicile permettent aux clients de demeurer chez eux* » (ICIS, 2004: 97). Puis, l'Association canadienne des soins et services à domicile (ACSSD) a proposé de définir l'aide à domicile comme « *un ensemble de services destinés aux personnes de tous âges, et fournis à domicile ou en milieu communautaire, qui englobe la promotion et l'enseignement relatifs à la santé, l'intervention curative, les soins en fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien, l'adaptation et l'intégration sociales, ainsi que le soutien à l'aidant (familial) naturel* » (ACSSD, 2008: ii). Cette dernière définition est aujourd'hui généralement intégrée par l'ensemble des provinces et territoires canadiens (CHA, 2009). Ainsi, l'expression 'soins communautaires' fait également référence au soutien à domicile et reflète bien le fait que l'aide n'est pas nécessairement fournie uniquement à la maison. En effet, la livraison de repas, les services de relève (ou services de répit) et l'aide aux déplacements sont des services proposés dans le cadre général du milieu de vie des bénéficiaires (CHA, 2009; ICIS, 2004).

Enfin, on s'entend de plus en plus pour dire que le soutien à domicile doit faire partie intégrante des soins en continu, soit un continuum de soins de santé qui inclut également les soins en milieu institutionnel (Conseil canadien de la santé, 2012; ICIS, 2011; Hollander, 2003; Romanow, 2002).

1.2.2-Évolution

L'aide à domicile est un domaine qui s'est beaucoup développé au cours des dernières décennies. Différents facteurs y ont contribué et continuent d'y contribuer, dont le processus de désinstitutionnalisation, la préférence des gens de

demeurer chez soi, le financement gouvernemental, diverses avancées technologiques et les changements démographiques.

La naissance du système de santé canadien correspond à la création de la Confédération canadienne en 1867. Dès lors, les provinces devaient s'occuper des hôpitaux, asiles et établissements de bienfaisance, alors que le gouvernement fédéral était en charge des hôpitaux militaires et les centres de quarantaine. Tout ce qui n'était pas clairement identifié comme compétence fédérale allait par défaut tomber sous la juridiction provinciale. Cette division initiale des rôles en santé est la raison expliquant le partage des responsabilités entre les deux paliers politiques observable aujourd'hui (Chappell et al., 2003).

À la fin des années 1800, la population canadienne démontre de plus en plus de confiance envers la médecine grâce à diverses avancées médicales et technologiques. Ainsi, vers le milieu du XXe siècle les hôpitaux ont remplacé les domiciles comme centre pour obtenir des soins de santé professionnels (Chappell et al., 2003; Santé Canada, 2011). Vu les coûts élevés engendrés par cette nouvelle situation, le gouvernement fédéral créa en 1966 la *Loi sur les soins médicaux (Medical Care Act)* par laquelle il s'engageait à partager à parts égales les frais pour tous soins ou services médicaux offerts par les médecins avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui continuaient à en être les fournisseurs (Santé Canada, 2011).

Cette entente perdura jusqu'en 1977, lorsque le fédéral développa un mécanisme de financement basé sur la taille de la population, le produit national brut et le pouvoir de taxation de chaque province ou territoire (Chappell et al., 2003). Les transferts n'étant plus liés qu'aux services de santé assurés, les gouvernements provinciaux ont, pour la première fois, le loisir d'investir une partie de l'argent dans des services complémentaires non assurés, dont l'aide à domicile (Santé Canada, 1999). Toutefois, pour avoir droit aux transferts, les programmes de santé doivent respecter les cinq critères (Santé Canada, 2011; Ministre de la Justice, 2012) énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé (Canada Health Act)*(1984), c'est-à-dire :

- la gestion publique : régimes sans but lucratif gérés et exploités par une autorité publique qui doit rendre des comptes au gouvernement provincial ou territorial.
- l'intégralité : tous les soins et services médicalement nécessaires doivent être couverts.
- l'universalité : une protection uniforme pour l'ensemble des personnes assurées et inscrites au régime d'assurance-maladie.
- l'accessibilité : l'accès raisonnable à des services assurés sans frais ni mesures restrictives.
- la transférabilité : la couverture s'applique d'une province à l'autre.

L'aide à domicile n'étant pas incluse dans cette loi, cela implique que les provinces et territoires ont la discrétion de choisir le montant de l'enveloppe budgétaire qui y sera alloué ainsi que les services pris en charge par l'État. Toutefois, les soins infirmiers sont généralement toujours couverts contrairement aux services de soutien, tels que les travaux ménagers ou la préparation des repas. De plus, les montants et la durée de temps alloués aux services assurés sont parfois limités et la couverture est difficilement transférable puisqu'un délai variable s'applique généralement. (Anderson et Parent, 2000).

Les coûts de santé continuant d'augmenter au fil du temps, les deux paliers de gouvernement cherchèrent à couper dans leurs dépenses. Les hôpitaux devinrent leur principale cible et cela se traduisit par une série de politiques de désinstitutionnalisation, dont le virage ambulatoire du milieu des années 1990. Certains hôpitaux durent fermer ou furent fusionnés et plusieurs lits d'hôpital furent supprimés, obligeant les patients à demeurer ou retourner dans la communauté. En plus d'apporter une réponse à l'intérêt grandissant de la population quant à un modèle plus social de soins et services (Hawkins, 2005; Chappell et al., 2003), l'État tentait de réduire les durées d'hospitalisation et « *le recours aux services en institution et [de] favoriser le maintien dans leur milieu de vie des personnes atteintes d'incapacités physiques et cognitives ou celles atteintes de problèmes de santé mentale* » (Lavoie, 2000: 48).

Puis, en réponse aux rapports Romanow et Kirby, qui établissent le caractère essentiel de l'aide à domicile au sein du système de santé canadien, le

gouvernement décida d'en améliorer le programme grâce à un soutien financier lors de *l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Pour appuyer les provinces et territoires dans ce processus, le fédéral a convenu en vertu du *Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé* de couvrir dès le premier dollar certains soins et services, notamment deux semaines de soins actifs de courte durée après un congé de l'hôpital, deux semaines de soins actifs de santé mentale et des soins de fin de vie (CHA, 2009; Santé Canada, 2004a) en plus d'augmenter le montant du Transfert canadien en matière de santé (TCS) à 6% par année pour la période allant de 2007 à 2017 (Meney, 2012). Cependant, comme certains le déplorent, ces initiatives n'abordent pas directement la question des services de maintien pour ceux souffrant de troubles chroniques (Hollander, 2003; Baranek et al., 2004). Enfin, le ministre des Finances a récemment annoncé la diminution des transferts pour les années suivant cette date butoir. Ceux-ci seront alors liés à la progression de l'économie, mais avec un plancher garanti de 3% (Meney, 2012). En d'autres mots, les gouvernements provinciaux conservent la même flexibilité dans la gestion des programmes de santé, dont les services complémentaires non assurés par l'État, mais ils devront repenser leurs programmes et procéder à de nombreuses compressions.

Il n'y a aucun doute que les programmes de santé, incluant l'aide à domicile, devront être reformés, car la demande dans ces domaines, qui est en croissance constante, va continuer sur sa lancée (Dumont-Lemasson et al., 1999; Santé Canada, 2004a; CHA, 2009; Santé Canada, 2011; Romanow, 2002). En effet, même si le besoin d'assistance peut se manifester à tout âge, une plus forte proportion de personnes âgées se retrouve dans cette situation. Or, le processus de vieillissement de la population au Canada est bien enclenché avec le poids du baby-boom, particulièrement important, qui s'apprête à renverser la pyramide des âges. La génération des baby-boomers nés entre 1946 et 1965 a commencé à franchir la barre des 65 ans en 2011 et atteindra 85 ans, âge où l'incapacité tend à augmenter de manière considérable, à partir de 2031. Alors que 8% (1 762 400) des Canadiens étaient âgés de 65 ans et plus en 1971, cette proportion est passée à environ 14,5%

(4 983 400)¹ quarante ans plus tard en 2011 et devrait atteindre 22,8% (9 610 700)² en 2031. Les personnes âgées ayant plus de besoins en matière de santé que les plus jeunes (Rotermann, 2006; Santé Canada, 1999), tout indique qu'il y aura par conséquent augmentation de la demande de soins et santé dans le proche avenir, principalement dans le secteur de l'aide à domicile. Les réformes de 2004 étaient une réponse directe à l'accroissement de la part du soutien à domicile dans le domaine de la santé, relevée par de nombreuses études (Dumont-Lemasson et al., 1999; Santé Canada, 2004a; Anderson et Parent, 2000; MacAdam, 2004; Romanow, 2002). Cette situation s'explique entre autres par l'avancée des technologies qui permettent de plus en plus aux gens de demeurer chez soi, mais également à la préférence des personnes âgées de continuer à vivre dans leur résidence le plus longtemps possible (Santé Canada, 1999; Santé Canada, 2004b; MacAdam, 2004; CHA, 2009). Toutefois, le système de santé n'ayant guère évolué depuis le milieu du XXe siècle, le principal problème actuellement est qu'il continue de se concentrer sur les soins actifs et ne répond pas adéquatement aux besoins des personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé chroniques.

1.2.3-Organisation et gouvernance

Même si le gouvernement fédéral offre un transfert en matière de santé, la gouvernance des programmes de soutien à domicile est entièrement sous autorité provinciale. Les seules exceptions, où le fédéral participe activement à la prestation des soins et services, concernent certains Anciens combattants, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves ainsi que quelques communautés Inuits, les membres des Forces armées et de la GRC, les détenus de prisons fédérales ainsi

¹ Statistique Canada. Tableau 051-0001 « Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel », CANSIM (base de données), E-STAT (distributeur). Mise à jour : 26 septembre 2012, consulté le 20 décembre 2012.

² Statistique Canada. Tableau 052-0005 « Population projetée, par scénario de projection, sexe et groupe d'âge au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel », CANSIM (base de données), E-STAT (distributeur). Selon le scénario M1 : croissance moyenne, tendances historiques (1981 à 2008), consulté le 24 février 2011.

que les demandeurs du statut de réfugié (Santé Canada, 2004b; Santé Canada, 2011). Le premier programme officiel de soins à domicile financé par le secteur public s'est développé en 1970 en Ontario, suivi par le Québec deux années plus tard et par les autres provinces et territoires par la suite (CHA, 2009). Bref, à l'exception du Nunavut, territoire créé plus tardivement, l'ensemble des provinces et territoires canadiennes possédait son propre programme dès 1988.

À l'exception du Nouveau-Brunswick, où deux ministères se partagent les tâches, le soutien à domicile est géré par le ministère de la Santé provincial qui établit l'orientation générale du programme, fixe le budget, le niveau de financement et applique les règlements (ACSSD, 2008). Cependant, puisque les besoins des diverses collectivités canadiennes varient, la planification, la gestion et la prestation sont transférées à des autorités locales dans la plupart des provinces (ACSSD, 2008).

1.2.4-Admissibilité

Malgré le fait que chaque province et territoire possède son propre ensemble de critères d'admissibilité pour l'aide à domicile subventionnée, il existe plusieurs similitudes entre ceux-ci. D'abord, pour accéder aux programmes publics, les individus doivent passer par un système de porte d'entrée unique qui gère toutes les demandes. Ils doivent être en mesure de présenter une preuve de résidence ainsi qu'une carte d'assurance-maladie valide dans la province ou le territoire concerné, puis une évaluation des besoins doit confirmer la nécessité des soins et services. Deux éléments sont pris en compte dans cette évaluation, soit le niveau d'incapacité de la personne et la présence d'un besoin non comblé dû à une implication insatisfaisante du réseau informel. De plus, la résidence du client doit être sécuritaire et adaptée à la prestation de soins et services et ceux-ci doivent être acceptés au préalable par le bénéficiaire (Dumont-Lemasson et al., 1999; MacAdam, 2004; Hawkins, 2005; ACSSD, 2008).

Alors que les soins à domicile sont accessibles à tous sans aucune restriction financière, puisque couverts par les régimes d'assurance-maladie, l'accès aux services de soutien à domicile peut être soumis à un examen des revenus. En effet, six provinces évaluent les revenus pour établir la contribution financière des bénéficiaires aux services reçus, soit l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve (ACSSD, 2008). De plus, selon les régions il existe parfois une limite au coût mensuel ou au nombre maximum d'heures auxquelles un bénéficiaire peut avoir droit, quoique cette limite puisse être augmentée après évaluation des besoins. En fait, les coûts des services prodigués à domicile doivent être inférieurs à ceux encourus si le client se trouvait dans un établissement de longue durée (Dumont-Lemasson et al., 1999; Hawkins, 2005; ACSSD, 2008). Ce plafond varie donc en fonction du lieu de résidence.

1.2.5-Offre de soutien à domicile

Une conséquence du processus de régionalisation de l'aide à domicile, qui permet aux organismes locaux de s'adapter aux besoins particuliers de leurs collectivités selon les ressources disponibles, est que la gestion des programmes diffère d'une province à l'autre, mais également à l'intérieur même d'une province.

1.2.5.1-Soins et services offerts

Il existe une variété de soins et services, financés en partie ou en totalité par le gouvernement, permettant aux individus présentant une incapacité légère autant que ceux nécessitant des soins intensifs et un équipement perfectionné de demeurer dans la collectivité (Santé Canada 2004b). Au départ, tous les programmes offrent la gestion de cas (évaluation et coordination de l'aide à domicile), les soins infirmiers, les soins d'hygiène personnelle, les services de soutien, l'ergothérapie et la physiothérapie. Certains autres services varient en fonction de la région de résidence, mais peuvent inclure l'oxygénothérapie, l'inhalothérapie, l'orthophonie,

et les services de répit, de travailleurs sociaux et de diététistes (Dumont-Lemasson et al., 1999; Santé Canada, 2004b; Hawkins, 2005; ACSSD, 2008; CHA, 2009). L'aide fournie dans le cadre de soins personnels et de soutien à domicile sert à combler des besoins liés aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et aux activités instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ). Les AVQ sont des activités considérées essentielles à l'autonomie personnelle (Gilmour et Park, 2005), comme prendre un bain, s'habiller, manger, prendre des médicaments et se déplacer dans la maison, tandis que préparer les repas, aller à des rendez-vous, faire des courses, faire des travaux ménagers et se déplacer à l'extérieur sont des AIVQ, soit des activités réputées être moins essentielles. Pourtant, un besoin non comblé pour les AIVQ serait aussi néfaste pour l'état de santé général des personnes âgées qu'une diminution de leur état cognitif ou des difficultés à exécuter les activités de la vie quotidienne (Williams et al., 2009).

Comme mentionné précédemment, les Canadiens n'ont pas tous accès au même ensemble de soins et services pour des raisons de disponibilité ou de contraintes diverses. Effectivement, certaines provinces ont pris plus de temps que les autres à développer les services de réadaptation et différentes thérapies plus spécialisées, mais de plus, les régions rurales et éloignées sont parfois soumises à une pénurie de services de qualité et de ressources humaines, principalement les infirmières, qui en affecte l'accès (Cloutier-Fisher et Skinner, 2006; Forbes et Edge, 2009; Dumont-Lemasson et al., 1999; Hollander et Prince, 2002; ACSSD, 2008). De plus, même si tous les types d'aide sont offerts, il est également possible qu'une limite du nombre d'heures de services ou un plafond de coûts financier restreigne l'accès des clients (Dumont-Lemasson et al., 1999; Hawkins, 2005; ACSSD, 2008).

La variété de soins et services financés par l'État se modifie aussi à travers le temps. Déjà en 1998, M.J. Penning et ses collègues avaient remarqué qu'en Colombie-Britannique, moins d'individus recevaient de l'aide alors que les bénéficiaires recevaient plus d'heures de soutien qu'auparavant. Autrement dit, il y avait un changement en cours favorisant les individus nécessitant beaucoup de soins actifs au détriment des patients aux prises avec une maladie chronique

médicalement moins exigeante (Chappell et al., 2003). D'autres auteurs ont également noté ce transfert. Le rapport final de Marcus J. Hollander et Michael J. Prince (2002) sur le continuum de soins énonce que les politiques en cours favorisent le financement des soins aux usagers qui obtiennent un congé de l'hôpital. Cette tendance fut également relevée par les travaux de Glenda Hawkins (2005) et Kathryn Wilkins (2006). Les analyses de ces deux auteures ont fait ressortir une augmentation dans l'utilisation des soins de courte durée (soins infirmiers) combinée à une diminution dans les services de prévention et de maintien à domicile. D'un autre côté, Dorothy A. Forbes et ses collègues ont pour leur part noté une diminution au niveau de la réception de services ménagers, mais une certaine stabilité des soins infirmiers (Forbes et al., 2003).

1.2.5.2-Prestataires

L'aide à domicile peut venir de plusieurs sources différentes, telles que la famille, les amis, les employés du gouvernement, d'organismes privés à but lucratif ou non lucratif et les bénévoles. Toutefois, toutes ces sources sont généralement divisées en deux groupes distincts dans la littérature. D'un côté se trouve le réseau informel non-rémunéré, qui regroupe les membres de la famille et les amis de la personne nécessitant un soutien, et de l'autre le réseau formel, qui comprend tous les autres aidants. Puisque ceux-ci ne sont pas mutuellement exclusifs, l'individu ayant un besoin d'aide et qui l'obtient grâce à une combinaison de membres des deux réseaux, bénéficie alors d'un soutien dit mixte, formel et informel.

Les aidants naturels, qui ne sont pas rémunérés, sont malgré tout considérés comme un élément essentiel au bon fonctionnement des services offerts par l'État (Anderson et Parent, 2000). Lorsqu'une personne commence à avoir des problèmes de santé, c'est généralement le réseau informel qui est en première ligne pour fournir du soutien, le réseau formel agissant comme complément pour les besoins non-comblés (ACSSD, 2008). D'ailleurs, l'aide informelle représente une part très importante de l'aide à domicile. Selon les travaux de Légaré et ses collègues, 70%

de l'aide serait fournie par le réseau informel. Plus précisément, 45% viendrait uniquement d'aidants naturels, 28% d'aidants rémunérés seulement et 27% d'une combinaison des deux réseaux (Légaré et al., 2012). Les aidants sont généralement des femmes, et l'aidant principal est le plus souvent un conjoint, sinon les enfants adultes et dans une moindre mesure d'autres membres de la famille (Conseil canadien de la santé, 2012).

Avec les politiques de désinstitutionnalisation et les différentes réformes, le gouvernement cherchait à accroître l'implication du réseau informel et du coup réduire ses propres dépenses de santé. Il impose donc un fardeau beaucoup plus lourd sur les patients et les aidants au plan des finances et de la charge de travail. En effet, les gens doivent alors déboursier, parfois à même leurs économies, pour des médicaments ou des soins et services qui étaient précédemment assumés par le gouvernement en plus de devoir allouer plus de temps personnel pour aider au maintien à domicile (Hollander et Prince, 2002). Cela engendre beaucoup de stress pour les aidants, dont plusieurs souffrent de détresse (Conseil canadien de la santé, 2012). Toutefois, le rôle des aidants naturels est de plus en plus reconnu et diverses politiques sont mises en œuvre pour les soutenir. Cela va du soutien financier, avec les crédits d'impôt, prestations de compassion de l'assurance-emploi et indemnités mensuelles (en Nouvelle-Écosse), à la création de réseaux de soutien et d'information, et aux soins de répit de courte ou longue durée (ICIS, 2011).

Cependant, lorsqu'il est question des programmes d'aide à domicile subventionnés, seul le réseau formel est pris en compte. Ainsi, lorsqu'on traite de la prestation publique des soins et services à domicile, il est important de faire la distinction entre le financement et la distribution de ceux-ci. Comme le terme l'indique, l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement est financée par l'État, combinant habituellement une contribution du fédéral, du provincial et du régional (MacAdam, 2004). Néanmoins, les soins et services peuvent être attribués par le secteur public autant que par le secteur privé, par des agences à but lucratif ou non lucratif (Anderson et Parent, 2000). Les auteurs s'entendent généralement pour dire qu'il existe quatre modèles de programmes publics d'aide à domicile fondé sur

différents niveaux de sous-traitance (Dumont-Lemasson et al., 1999; Anderson et Parent, 2000; MacAdam, 2004; CHA, 2009) :

-Le fournisseur public, où presque tous les types d'aide (soins et services) sont exécutés par des employés d'organismes publics, comme c'est présentement le cas en Saskatchewan, au Manitoba, au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nunavut et aux Territoires du Nord-Ouest.

-Les soins publics et services privés, où tous les services professionnels (c'est-à-dire toutes les sortes de soins, dont les soins infirmiers) sont exécutés par des employés d'organismes publics et les services de soutien à domicile sont transférés à une agence privée, comme en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve et au Labrador.

-La combinaison public-privé, où les employés publics et privés se partagent l'exécution des divers soins alors que les services de soutien sont sous-traités, ce qui est le cas de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse.

-Le contractuel, c'est le modèle actuel de l'Ontario où tous les soins et services sont transférés par les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) en sous-traitance au secteur privé.

Tous ces modèles ont en commun que le gouvernement prend en charge l'admission des patients, leur évaluation et la gestion des cas (Dumont-Lemasson et al., 1999; Anderson et Parent, 2000) en plus de payer pour les services et de s'assurer de leur qualité, mais par le fait même, les bénéficiaires n'ont aucun contrôle sur le choix des employés, la fréquence de l'aide et les tâches à accomplir (MacAdam, 2004). Pour éviter cela, la plupart des programmes gouvernementaux permettent l'autogestion de l'aide à domicile, une option pas nécessairement accessible aux personnes âgées, c'est-à-dire que les usagers reçoivent un financement direct pour gérer eux-mêmes l'ensemble des soins et services qu'ils requièrent (MacAdam, 2004).

Outre les programmes d'aide à domicile subventionnée, les personnes dans le besoin peuvent également opter pour le modèle à financement privé. Dans ce cas,

ils payent directement de leurs propres poches les frais nécessaires auprès d'agences privées ou d'individus pour accéder aux soins et services qu'ils nécessitent. Cela peut être le cas lorsque le patient n'est pas admissible au programme public ou lorsque celui-ci n'arrive pas à combler tous ces besoins que ce soit à cause de la rareté des ressources ou la longueur des listes d'attentes (Anderson et Parent, 2000; Le Goff, 2002a; MacAdam, 2004).

Puisque les gouvernements provinciaux sont maîtres de choisir les services inclus dans l'aide à domicile ainsi que leur niveau de sous-traitance, les programmes, et par extension les bénéficiaires, sont vulnérables aux changements politiques ou aux fluctuations du financement. Par exemple, depuis 1987, l'Ontario a connu quatre gouvernements majoritaires différents, chacun réformant le programme établi par le parti précédant pour finalement demeurer avec le modèle actuel de compétition entre les fournisseurs privés (CHA, 2009).

1.2.6-Dépenses

L'aide à domicile est réputée être plus rentable pour l'État que lorsque dispensé en établissement, puisque le patient et la famille sont appelés à absorber une bonne partie des coûts (Le Goff, 2002a). Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2007), un organisme pancanadien créé en 1994 qui produit une information impartiale, fiable et comparable sur le système de santé et la santé des Canadiens (ICIS, 2012), les dépenses publiques totales pour le soutien à domicile au Canada, même si elles ne représentaient que 4,2% de l'ensemble des dépenses de santé en 2002-2003, ont augmenté de 9,2% annuellement depuis 1994-1995, passant de 1,6 milliard à 3,4 milliards de dollars. Cependant, les dépenses par habitant se seraient élevées de 6,1% par an (de 54,75\$ à 93,60\$), alors que le nombre d'utilisateurs n'aurait augmenté en moyenne que de 1% par année (de 23,9% à 26,1%). Ce rythme de croissance discordant semble donc indiquer un accroissement de la consommation des soins et services à domicile par les usagers dont le nombre à peu augmenté. Par ailleurs, lorsque cela

était possible, l'ICIS a réparti les dépenses provinciales entre les soins de santé et les services de soutien à domicile. Bien que, dû à la flexibilité des programmes, la situation des différentes provinces et territoires varie énormément, même lorsque les dépenses sont ajustées pour la structure de la population (Coyte et McKeever, 2001), les données illustrent que la part des soins a augmenté en moyenne de 43,3% à 48,6% dans l'ensemble de l'aide à domicile, au détriment des services de prévention et de maintien qui demeurent malgré tout légèrement plus importants au niveau national (ICIS, 2007; CHA, 2009).

Il est très difficile d'obtenir des données détaillées sur la part des dépenses du secteur privé dans le soutien à domicile, mais celle-ci tournerait autour de 22% des dépenses totales (Santé Canada, 2001; ICIS, 2007). Aussi, en 2005, ils étaient 2 à 5% de Canadiens âgés de 18 ans et plus à déclarer utiliser des services de soins à domicile non financés et 2 à 3% pour ceux financés par le gouvernement. Peu importe la province de résidence, les Canadiens âgés de 65 ans et plus étaient toujours plus enclins à utiliser l'aide à domicile financée par le gouvernement que les plus jeunes (Conseil canadien de la santé, 2008). En outre, selon Leong et ses collègues (2007), le privé représentait 75% des dépenses engendrées par les bénéficiaires et leurs familles admissibles au programme ontarien de soutien à domicile.

1.2.7-Ticket modérateur

Alors que l'évaluation et les soins de santé à domicile sont couverts par l'État, divers frais modérateur ou quote-part peuvent s'appliquer pour les services de soutien. Le recours et l'application du frais modérateur dépend principalement du lieu de résidence. En effet, il existe de grandes disparités à l'échelle nationale. Les frais peuvent donc dépendre, ou non, de la capacité de payer des bénéficiaires, que ce soit par une évaluation du revenu ou en favorisant les individus à faible revenu (Dumont-Lemasson et al., 1999; MacAdam, 2004; CHA, 2009). La plupart des frais ne peuvent dépasser un certain niveau, mais ce n'est pas le cas de tous

(Shapiro, 2002). Les gens qui désirent ne pas payer le ticket modérateur ont l'option de se diriger au privé ou de se passer de ces services. La prestation des services à domicile est donc plus fonction des moyens financiers que des besoins de santé. Selon le Canadian Healthcare Association, six provinces appliquent une forme quelconque de frais modérateur, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador (CHA, 2009). Comme l'explique Evelyn Shapiro, ces disparités des frais modérateurs sont d'ordre historique plutôt que rationnel en plus de « ... [constituer] une forme de discrimination entre les personnes souffrant de déficits fonctionnels qui ont avant tout besoin de services de soutien pour lesquels il existe des frais, et les personnes qui ont surtout besoin de services médicaux, qui sont généralement gratuits » (Shapiro, 2002: 20).

1.2.8-Utilisation de l'aide à domicile

Les connaissances sur le soutien à domicile au Canada sont relativement récentes et peu nombreuses. Elles se sont en fait principalement développées au cours des vingt à trente dernières années, initialement grâce à des études produites à l'étranger ou à une échelle régionale (CHA, 2009), dont les travaux d'Evelyn Shapiro au Manitoba et de Marcus J. Hollander en Colombie-Britannique. L'absence d'un programme national et la variété de conceptions de l'aide à domicile à l'échelle du pays, que ce soit au niveau des orientations, du panier de services offerts ou du modèle de prestation, entravent également beaucoup le processus de production de données comparables et de qualité (ICIS, 2004; ACSSD, 2008). Les chercheurs qui se sont penchés sur l'utilisation des soins et services de soutien à domicile ont donc emprunté différentes approches. Certains se sont intéressés aux utilisateurs par rapport aux non-utilisateurs (Wilkins et Park, 1998; Rotermann, 2006; Wilkins et Beudet, 2000; Coyte et Young, 1999), ou aux types de soins et services utilisés (Aubin et Traoré, 2007; Hawkins, 2005; Wilkins, 2006; Forbes et Janzen, 2004; Carrière, 2006). D'autres ont abordé le sujet en

analysant les utilisateurs de l'aide à domicile en comparaison aux utilisateurs d'autres services de soins de santé, ou en analysant le niveau des dépenses en soins et services. Outre ces approches centrées sur les bénéficiaires, les auteurs peuvent s'intéresser aux approches basées sur le financement, c'est-à-dire si l'aide est subventionnée par l'État ou achetée au privé, ou celles basées sur les prestataires (source de soutien formelle ou informelle). Dans le cadre du présent travail, seules les deux premières approches seront considérées plus en détail.

Il est très difficile de comparer les diverses études qui ont trait à l'aide à domicile, car la collecte de données manque généralement d'uniformité. Par conséquent, l'analyse des résultats concernant l'utilisation des soins et services ainsi que les caractéristiques des différentes clientèles s'avère risquée (ICIS, 2004). Toutefois, la situation devrait aller en s'améliorant puisque l'ICIS a été mis responsable de développer de nouveaux indicateurs nationaux, avec une définition unique et commune à tous, ainsi qu'un programme informatique, le Système d'information sur les services à domicile (SISD), pour gérer des données longitudinales, fiables et comparables (ICIS, 2004, ACSSD, 2008).

1.2.8.1-L'utilisation chiffrée

En 2003, un peu plus de 1,2 million (5%) de Canadiens âgés de 18 ans et plus ont déclaré avoir reçu de l'aide à domicile au cours de l'année précédente, soit 3% (648 000) des 18-64 ans et 15% (563 000) des 65 ans et plus (Carrière, 2006). Cette année-là, 2,7% (647 800) ont profité du financement gouvernemental pour la prestation des soins et services. La majorité de ces bénéficiaires (52%) ont reçu des soins infirmiers, suivi par les services d'entretien ménager puis les soins d'hygiène personnelle (Wilkins, 2006). Cette situation nationale est constituée d'une diversité de réalités, manifestation de besoins divers selon les populations, mais potentiellement aussi d'iniquité en termes d'accès, de coûts et de pertinence des traitements (Coyte et McKeever, 2001).

En plus de varier d'une province à l'autre, l'utilisation de l'aide à domicile se modifie à travers le temps. Alors que la part de Canadiens recevant un soutien subventionnée est restée sensiblement la même entre 1994-95 et 1998-99, Dorothy A. Forbes et ses collègues (2003) ont relevé une relative stabilité de l'offre de soins infirmiers (39,3% à 41,2%), mais une diminution dans l'utilisation des travaux ménagers qui passe de 48,7% à 41,7%. Kathryn Wilkins (2006) note aussi une proportion semblable d'utilisateurs entre 1994-95 et 2003, mais souligne que l'aide pour les soins infirmiers ainsi que pour les soins d'hygiène personnelle a augmenté de 39 à 52% et 11 à 25% respectivement, tandis que l'aide pour l'entretien ménager est tombée de 51 à 33%. Glenda Hawkins (2005) en est arrivée sensiblement au même résultat en démontrant une hausse de 14,1% pour les soins infirmiers et une baisse de 13,7% pour l'entretien ménager entre 1996 et 2001 chez les habitants de l'Est canadien âgés de 45 ans et plus utilisant l'aide publique à domicile.

1.2.8.2-Bénéficiaires

Les divers programmes provinciaux d'aide à domicile répondent à une clientèle très hétéroclite que ce soit en termes de facteurs sociodémographiques ou d'état de santé. Ce sujet sera abordé plus en détail dans la deuxième section de la revue de la littérature, néanmoins, les bénéficiaires de soins et services de maintien à domicile sont généralement âgés, de sexe féminin, ont un faible revenu et vivent seuls en plus d'avoir une mauvaise santé, c'est-à-dire avoir besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), avoir des problèmes de santé chroniques et avoir été hospitalisé au cours des douze derniers mois (Wilkins et Park, 1998; Rotermann, 2006; Hawkins, 2006; Carrière, 2006; Wilkins et Beaudet, 2000; Forbes et al., 2003; Forbes et Janzen, 2004).

1.2.9-Aide à domicile en Ontario

L'Ontario fut la première région à proposer un programme public de soutien à domicile en 1970 (CHA, 2009). Ceux-ci étant sujet au gouvernement provincial en place, et l'Ontario ayant connu une succession de quatre partis depuis 1987, ils ont donc subi de fréquentes réformes reposant sur des perceptions fondamentalement différentes des rôles du public par rapport au privé (Baranek et al., 2004). Ainsi, sous le Parti conservateur (1995-2003) furent créés les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), toujours à l'œuvre, pour gérer l'ensemble du programme de soins et services à domicile, incluant les contrats de sous-traitance aux agences privées sélectionnées lors d'un appel d'offre. L'objectif était d'offrir un accès égalitaire à tous et à moindres coûts, grâce à la compétition entre prestataires (Coyte et McKeever, 2001). Cela eut cependant diverses répercussions. D'abord, la forte demande pour certains services, principalement les thérapies, et la pénurie de main-d'œuvre crée parfois de longues listes d'attente puis même si le programme ontarien est celui qui offre le plus important éventail de soins et services au Canada (Dumont-Lemasson et al., 1999), les travaux de Cloutier-Fisher et Skinner (2006) ont démontré que le modèle 'contractuel' contraint les prestataires, réduit l'offre de services et l'accès aux soins de longue durée dans les communautés rurales. Soumis à une enveloppe budgétaire serrée malgré l'accroissement de la demande, surtout suite à la politique de désinstitutionnalisation, les CASC imposèrent des critères d'admissibilité plus sévères et un plafond dans la quantité de soins et services reçus. Ce faisant, « *the main consumers of home and community care are no longer seniors or the disabled with long-term needs, but people of all ages with acute-care requirements* » (Baranek et al., 2004: 294).

C'est dans un tel contexte que les Libéraux reprennent le pouvoir en 2003 puis annoncent dès 2007 la mise en place de la stratégie 'Vieillir chez soi' visant à favoriser l'autonomie et la bonne santé des personnes âgées, chez eux et dans leur communauté (RLISS, 2008). Forts de leur succès, ils élargiront le programme en

plus d'offrir un appui financier supplémentaire aux CASC pour les soins et services (de soutien et d'aide ménagère) à domicile (Erwin et Morrison, 2009).

1.2.10-Aperçu de l'aide à domicile à l'international

Tout comme au Canada, la prise en charge publique de l'aide aux personnes présentant une incapacité à l'échelle internationale est composée d'une multitude de réalités disparates basées sur « *des différences au niveau des besoins, de la structure des services, de l'importance des prestations offertes par les systèmes formels dispensant des soins de longue durée, mais aussi au niveau du rôle de la famille et des habitudes culturelles vis-à-vis de la prise en charge des personnes dépendantes* » (Colombo et al., 2011: 57). Néanmoins, au cours des dernières années, la plupart des pays de l'OCDE ont connu un accroissement de l'utilisation en coûts et en volume des soins et services de longue durée qui devrait se poursuivre avec le vieillissement de leur population. Selon les données de l'OCDE (Colombo et al., 2011), la part de la population de 65 ans et plus, ainsi que celle des 80 ans et plus ont fortement augmenté entre 1998 et 2008, soit de 12% et 32% respectivement. En fait, le poids des 80 ans et plus dans la population est passé de 1% en 1950 à 4% en 2010 et devrait atteindre près de 10% en 2050. À l'heure actuelle, les dépenses publiques moyennes des pays de l'OCDE pour la prise en charge de la dépendance, représentent environ 1,2% du PIB, ce qui est le cas du Canada alors que certains dépassent le 2 % (Pays-Bas, Suède, Norvège) et d'autres peinent à atteindre 0,5% (Portugal, Hongrie). Cependant, l'OCDE prévoit que ces dépenses publiques seront appelées à doubler, peut-être même tripler d'ici 2050. Enfin, dans presque tous les pays de l'OCDE, de 50 à 75% des soins et services formels de longue durée sont offerts à la maison et depuis 2000 la part des usagers à domicile s'est accrue dans la majorité des pays, à l'exception des Pays-Bas et de la Suisse dont la part a diminué dans le premier cas et est restée stable dans le second.

La plupart des pays de l'OCDE offrent des programmes de prestation de services et de prestation en espèces, où les usagers reçoivent des fonds pour

autogérer leur situation, mais le processus de mise en œuvre varie entre les pays, parfois même à l'intérieur d'un même pays. En effet, près du tiers des pays de l'OCDE, dont le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse, ont opté pour la décentralisation de la gestion des systèmes de santé (Colombo et al., 2011). Même si de plus en plus de gens ont recours à l'aide à domicile, il n'en demeure pas moins que ces programmes, qui représentent en moyenne autour de 30% du financement public, sont généralement moins bien développés que les programmes déployés en établissement (OCDE, 2005). Toutefois, cette situation tend à s'améliorer, car l'importance de l'aide à domicile est de plus en plus reconnue. En effet, bon nombre de pays ont mis en place de nouvelles initiatives en la matière (MacAdam, 2004; OCDE, 2005). En 1995, l'Allemagne a créé une assurance sociale pour les soins de longue durée permettant aux bénéficiaires de choisir entre recevoir directement des soins et services à domicile ou percevoir un financement pour contracter eux-mêmes le soutien dont ils ont besoin, tout comme les Pays-Bas depuis 2003. Les administrations locales au Royaume-Uni ont augmenté à partir de l'an 2000 le nombre de bénéficiaires aux programmes de soins intensifs, soit ceux ayant une incapacité lourde. Enfin, l'Australie, qui est le pays qui ressemble le plus au Canada en raison de sa taille, sa stratification politique et sa population, a instauré un programme national d'aide à domicile dès 1985 (CHA, 2009), incluant un ensemble de soins communautaires pour les personnes âgées ayant de légers besoins, ainsi qu'un programme de soins intensifs pour aînés en 1997 (OCDE, 2005). Bref, les dernières années furent témoin du déploiement de plusieurs nouveaux programmes d'aide à domicile dans les pays membres de l'OCDE qui offrent un plus grand accès aux soins et services ainsi qu'un plus grand choix aux bénéficiaires.

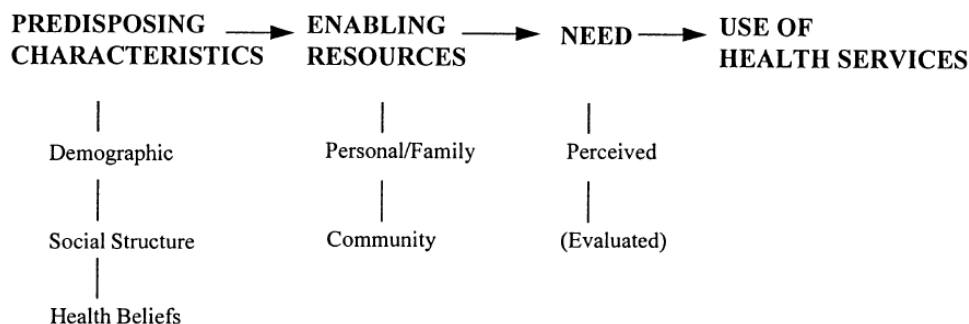
1.3-Cadre conceptuel de l'utilisation du soutien à domicile

1.3.1-Modèle d'Andersen et Newman

Le cadre d'analyse ayant permis d'orienter la recherche de ce mémoire est le *Behavioral Model of Health Services Utilization*, ou le modèle des déterminants de l'utilisation des services de santé³, développé par Ronald M. Andersen avec la collaboration de John F. Newman. Le modèle original (voir figure 1) fut conçu par Andersen à la fin des années 1960 dans l'idée d'expliquer l'utilisation personnelle de services de santé dans le contexte américain. Ainsi, le modèle se voulait un moyen d'améliorer les connaissances sur les raisons poussant les familles américaines à avoir recours aux services de santé, principalement les hôpitaux, les médecins et les soins dentaires, mais aussi de définir et mesurer l'accès équitable en plus de faciliter le développement de politiques favorisant un accès équitable aux soins de santé (Andersen, 1995). Pour l'auteur, l'unité d'analyse se devait d'être la famille, car il considérait alors que les soins obtenus par un individu dépendaient forcément des caractéristiques démographiques et économiques de l'ensemble familial. (Andersen, 1995). Par conséquent, l'utilisation individuelle des services de santé est fonction d'une combinaison de caractéristiques individuelles, familiales et environnementales. Ceux-ci se distinguent en trois catégories, soit les facteurs de prédisposition (*predisposing characteristics*), les facteurs du milieu (*enabling resources*) et les facteurs de besoins en matière de santé (*need*) (Wilkins et Beaudet, 2000).

³ La traduction française des termes liés au modèle d'Andersen est issue de l'article de Wilkins et Beaudet (2000).

Figure 1. *Modèle initial des déterminants de l'utilisation des services de santé d'Andersen*



Source : Andersen, 1995

Les *facteurs de prédisposition* représentent les caractéristiques individuelles présentes avant la manifestation d'un début d'épisode de maladie et qui peuvent favoriser les probabilités de l'individu à avoir recours aux services de santé, sans en être directement responsables. Ces caractéristiques sont essentiellement d'ordre démographique (âge, sexe, etc.), social (éducation, origine ethnique, etc.) et culturel, c'est-à-dire les croyances en santé fondées sur les connaissances, valeurs et attitudes envers les soins, les médecins et la maladie (Andersen et Newman, 1973; Wilkins et Beaudet, 2000; Kadushin, 2004). Selon le modèle, ces caractéristiques sont liées aux *facteurs du milieu* dans le sens où la prédisposition individuelle doit s'accompagner de conditions familiales ou communautaires facilitant ou restreignant l'accessibilité des services de santé, autrement dit avoir les moyens et les connaissances (Andersen et Newman, 1973; Andersen, 1995; Wilkins et Beaudet, 2000; Kadushin, 2004). La capacité d'utiliser les services va donc possiblement être influencée par les ressources familiales, que ce soit au niveau du revenu, du soutien social ou la présence d'une source de soins régulière, ainsi que par les caractéristiques de la communauté de vie. La localisation de celle-ci, la disponibilité d'un nombre suffisant d'établissement et de personnel de santé, tout comme la facilité d'accès aux services peut avoir une influence sur les comportements de santé. Enfin, le fait que la famille ou l'individu croit à la présence d'une maladie, donc les *facteurs de besoin*, serait le déterminant le plus

direct de l'utilisation ou non des services de santé (Andersen et Newman, 1973; Andersen, 1995; Kadushin, 2004). Cette perception d'un besoin serait en lien avec la présence de douleurs, la manifestation d'incapacité ou un sentiment de crainte. Parallèlement à cette impression, l'évaluation médicale sert à déterminer la maladie ainsi que sa sévérité pour estimer le type et le volume de services de santé qui seront requis (Andersen et Newman, 1973; Kadushin, 2004). Cette évaluation se base principalement sur la difficulté à exécuter les AVQ et les AIVQ (Kadushin, 2004).

1.3.2-Analyse de l'aide à domicile selon ce modèle

1.3.2.1-Le raisonnement

Quoique le modèle initial des déterminants de l'utilisation des services soit avant tout conçu pour s'appliquer aux soins médicaux, plus précisément l'utilisation de services hospitaliers, soins dentaires et services obtenus de médecins, la contribution de plusieurs auteurs au fil du temps a permis de concevoir un modèle plus adapté à l'étude de l'aide à domicile. Comme le démontre le travail de Goldie Kadushin (2004) qui a présenté une revue de la littérature des recherches, majoritairement américaines, portant sur l'utilisation du soutien à domicile durant la période s'étendant de 1985 à 2000, le modèle d'Andersen et Newman est le plus utilisé pour l'analyse des soins et services dispensés à domicile. En fait, une légère majorité (55%) des articles ne spécifie explicitement aucun cadre conceptuel. Toutefois, lorsqu'un cadre est clairement articulé, la quasi-totalité (à deux exceptions près), opte pour ce modèle particulier. Tout comme la plupart de ces études, le modèle d'Andersen et Newman fut donc retenu comme cadre conceptuel permettant d'analyser l'utilisation de l'aide à domicile subventionnée par les Canadiens dans le cadre de ce projet de mémoire.

1.3.2.2-Adaptations du modèle

Le modèle original s'est grandement transformé au cours des décennies suivantes en raison de diverses critiques et contributions de collègues, dont J.F. Newman lors de l'élaboration du fameux modèle d'Andersen et Newman présenté en 1973, et dont l'article fut republié en 2005, mais également de nouveaux développements dans la recherche en santé et l'émergence de problématiques originales à chaque période (Andersen, 2008). Malgré tous ces changements, la structure de base est restée sensiblement la même puisque les transformations se traduisirent principalement en ajouts de caractéristiques contextuelles, comportements de santé et aboutissements. D'abord, dû à la difficulté de concevoir des indicateurs familiaux qui seraient en mesure de tenir compte de l'hétérogénéité des membres, l'unité d'analyse s'est déplacée de la famille vers l'individu (Andersen, 1995). Les déterminants de l'utilisation des services étant initialement limités aux caractéristiques populationnelles, plusieurs autres variables furent par la suite ajoutées. Le système de santé fut inclus pour tenir compte de l'influence à un moment précis et dans le temps des politiques, des ressources et de leur organisation. Les autres ajouts furent les caractéristiques de l'environnement extérieur ainsi que l'influence du soutien informel. De cette manière, le modèle explique l'utilisation en considérant aussi le contexte physique, politique et économique en plus des facteurs prédisposant, du milieu et de besoin inhérent aux aidants informels (Kadushin, 2004; Andersen, 1995). Le concept d'utilisation fut également développé plus en détail pour inclure le type d'aide, le lieu, la raison, puis combiné aux habitudes personnelles (dont l'alimentation et l'exercice) et à l'interaction patients-aidants pour former la composante de comportement en matière de santé (Andersen, 2008; Andersen, 1995). Enfin, une composante reflétant l'issue des comportements de santé en termes de santé perçue, santé évaluée et satisfaction fut insérée dans le modèle (Andersen, 2008; Andersen, 1995).

Tout au long de sa carrière, Ronald Andersen a continué de travailler à l'amélioration de son modèle, et la dernière version présentée au début du XXIe

siècle est certainement la plus complète (Andersen, 2008). Chaque composante discutée précédemment y est incluse, en plus de bien représenter les diverses dynamiques du modèle. Puisque notre intérêt concerne uniquement l'utilisation de soins et services de santé et qu'en raison de nos moyens limités il est impossible de tenir compte de chacune des autres composantes, seuls les facteurs individuels de prédispositions, du milieu et de besoins, par rapport à l'utilisation d'aide à domicile, seront conservés pour l'analyse dans ce mémoire.

1.3.3-Indicateurs d'utilisation de l'aide à domicile

Les études sur l'aide à domicile et, plus particulièrement, sur l'utilisation des soins et services se penchent surtout sur les variables explicatives. En effet, pour comprendre l'impact de politiques publiques et pouvoir proposer de meilleures avenues, les décideurs publics doivent être en mesure de mieux connaître le profil des utilisateurs. Les variables explicatives, ou prédictives, sont des variables en relation avec une variable expliquée, c'est-à-dire le sujet à l'étude, car elle en influence l'issue potentielle. Autrement dit, pour avoir une idée des tendances futures en matière de recours au soutien à domicile, il est nécessaire de déterminer les caractéristiques qui ont un impact sur le passage de la catégorie non-utilisateur à utilisateur. Le modèle d'Andersen et Newman étant le plus populaire pour permettre une telle analyse (Kadushin, 2004; Hall et Coyte, 2001), les variables retenues par les différents travaux présents dans la littérature sont généralement regroupées en trois groupes : les facteurs de prédisposition, du milieu et de besoin.

Selon les divers résultats relevés, la catégorie relative aux besoins est celle qui explique le plus l'utilisation de l'aide à domicile (Wilkins et Beaudet, 2000; Forbes et Janzen, 2004; Rotermann, 2006; Hawkins, 2005). Les facteurs de prédisposition sont aussi généralement de bonnes variables explicatives (Wilkins et Park, 1998; Forbes et Janzen, 2004; Hawkins, 2005), ce qui n'est pas toujours le cas avec les caractéristiques du milieu. En effet, les résultats pour ces facteurs ne sont pas identiques à travers tous les travaux. Certains ont démontré une relation

significative entre les facteurs du milieu et l'utilisation (Wilkins et Beaudet, 2000; Forbes et Janzen, 2004; Hawkins, 2005; Shapiro, 1986), d'autres n'en ont trouvé aucune (Hall et Coyte, 2001).

Malgré une certaine tendance générale au niveau des groupes de variables, il existe une très grande disparité à l'intérieur de ceux-ci comme démontré par Kadushin (2004) qui a organisé tous les articles recensés dans la littérature selon différentes variables explicatives à savoir si les auteurs avaient trouvé ou non une relation significative, et dans l'affirmative, si cette association était positive ou négative. Comme l'explique Kadushin, la variation des résultats peut s'expliquer par l'hétérogénéité des pays à l'étude, des sources de données, de l'échantillon (national ou régional, l'ensemble de la population ou un groupe particulier selon l'origine ethnique, une catégorie de maladie ou le niveau de sévérité de la maladie, etc.), ainsi que des types de services retenus pour l'analyse. Il faut donc être conscient de ce genre de limites lorsqu'il est question de comparaisons de travaux variés.

1.3.3.1-Facteurs de prédisposition

Les variables incluses dans ce groupe de facteurs sont des caractéristiques personnelles qui influencent la disposition des individus à avoir recours à l'aide à domicile. On y retrouve l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le mode de vie, l'éducation et l'origine ethnique.

L'âge est un déterminant important de l'utilisation de l'aide à domicile au Canada, qu'elle soit subventionnée ou non. En 2003, 15% des Canadiens de 65 ans et plus (563 000) ont reçu de l'aide à domicile. Cela représente 8% des 65-74 ans, 20% des 75-84 ans et 42 % des 85 ans et plus (Carrière, 2006). La plupart des travaux ont souligné un lien positif entre l'âge et l'utilisation (Shapiro, 1986; Wilkins et Beaudet, 2000; Hawkins, 2005), mais ce n'est pas nécessairement le cas au niveau international où plusieurs ont noté une absence de relation significative (Kadushin, 2004). Autrement dit, au Canada la probabilité de recevoir des soins et

services augmente à mesure que les individus vieillissent, car l'incapacité, et par conséquent le besoin d'aide pour combler la perte d'autonomie, s'accroît avec l'âge. D'ailleurs, cette augmentation peut être rapide, car comme le faisait remarquer Shapiro (1986) avec son étude sur l'utilisation de l'aide publique chez les Manitobains âgés, avoir 75 à 85 ans doublait, alors qu'être plus vieux multipliait par quatre les probabilités d'utiliser de l'aide à domicile par rapport aux 65 à 75 ans.

Les femmes sont généralement plus nombreuses que les hommes à recevoir des soins et services, qu'ils soient couverts par le gouvernement ou non (Shapiro, 1986; Forbes et Janzen, 2004; Wilkins et Park, 1998; Aubin et Traoré, 2007). En fait, le groupe des utilisateurs est constitué à environ deux tiers de femmes (Wilkins, 2006; Carrière, 2006). Malgré cette surreprésentation féminine, le sexe n'est pas automatiquement considéré comme une variable explicative de l'utilisation, car tandis que certains ont trouvé une association significative (Forbes et Janzen, 2004; Shapiro, 1986), d'autres en sont arrivés à la conclusion inverse (Wilkins et Park, 1998; Wilkins et Beudet, 2000; Hall et Coyte, 2001). Ainsi, lorsque le sexe est lié à l'utilisation, le fait d'être une femme augmente les probabilités d'utiliser l'aide à domicile. Possiblement, car elles sont proportionnellement plus nombreuses à être affectées par des maladies chroniques qui limitent leur autonomie sans être fatales que les hommes et qu'en plus, elles ont tendance à survivre à leur conjoint, vivant par conséquent plus souvent seules et requérant plus d'aide pour les tâches et activités régulières (Martel et Bélanger, 2000; OCDE, 2005; Kadushin, 2004). Selon une étude sur les Canadiens de 18 ans et plus où la relation était positive, les femmes avaient en moyenne 2 fois plus de chance de recevoir de l'aide du gouvernement (1,5 en ville et 2,5 fois plus en milieu rural) que les hommes (Forbes et Janzen, 2004).

Le statut matrimonial peut aussi être considéré comme variable de prédisposition. Ainsi, Geerlings et ses collègues (2005) se sont intéressés à la transition vers le début de l'utilisation chez les Néerlandais de 55 à 85 ans et ont trouvé que le fait de perdre ou de n'avoir aucun partenaire augmentait les probabilités de recevoir de l'aide gouvernementale. Toutefois, cette relation est

fréquemment non observable (Shapiro, 1986; Kadushin, 2004). Le fait de ne pas avoir de conjoint, qui sont les principaux aidants informels, implique de prime abord que les individus n'ont pas de partenaire disponible pour aider aux tâches quotidiennes, donc qu'ils ont plus de chance d'avoir besoin d'une aide extérieure. En effet, les individus en couple semblent considérer l'exécution de certains types d'aide comme faisant partie de la division normale des tâches entre partenaires (Cranswick et Thomas, 2005). Cette réflexion peut cependant être trompeuse, car il est possible que deux conjoints choisissent de ne pas partager la même résidence pour conserver une certaine indépendance (de Jong Gierveld, 2004), alors que des célibataires peuvent opter pour la colocation comme stratégie pour pallier leurs besoins de soutien.

De ce fait, le mode de vie, ou le fait de cohabiter avec quelqu'un, est un indicateur plus approprié pour l'étude de la réception d'aide à domicile puisqu'il reflète mieux la présence d'un aidant informel potentiel et parallèlement la vulnérabilité des individus. En 2003, 11% des clients vivaient uniquement avec leur conjoint, 17% avec d'autres personnes (avec ou sans conjoint) alors que 21% vivaient seuls (Carrière, 2006). Au Canada, la cohabitation explique bien l'utilisation (Wilkins et Park, 1998; Wilkins et Beaudet, 2000; Forbes et Janzen, 2004; Rotermann, 2006; Hawkins, 2005). Effectivement, Hawkins (2005) a démontré qu'en 2001 ceux vivant seuls risquaient 1,7 fois plus de recourir aux programmes d'aide à domicile que ceux vivant avec d'autres (avec ou sans conjoint), car ils ont moins aisément accès à une source de soutien en cas de besoin.

De manière générale, les analyses qui se basent sur le modèle d'Andersen et Newman incluent l'éducation parmi les facteurs de prédisposition. Toutefois, la plupart du temps aucune association avec l'utilisation de l'aide n'est observée dans le contexte canadien (Rotermann, 2006; Hall et Coyte, 2001, Hawkins, 2005; Shapiro, 1986), ce qui implique que le niveau de scolarité n'influence pas de manière significative la réception de soins et services à domicile. Néanmoins, une étude s'intéressant plus particulièrement aux différences selon le milieu de vie urbain ou rural chez les 18 ans et plus, a démontré une divergence par rapport à

l'éducation. Tandis qu'en ville la variable ne semble pas avoir d'influence, avoir au moins une éducation secondaire augmente par quatre la probabilité d'utiliser les programmes gouvernementaux en contexte rural (Forbes et Janzen, 2004).

Une autre variable de prédisposition qui se retrouve dans la littérature est l'origine ethnique, qui fait indirectement appel par l'occasion à un certain niveau de la réalité culturelle, soit les croyances, valeurs et attitudes. On distingue alors généralement les Caucasiens des autres, ou les blancs des non-blancs. La plupart des écrits n'ont relevé aucune relation évidente (Kadushin, 2004; Goodridge et al., 2012), ce qui est également le cas pour les travaux canadiens (Hall et Coyte, 2001; Shapiro, 1986). Pour les quelques-uns ayant trouvé une relation, ils sont autant à dénoter une association positive que négative (où les non-blancs ont une probabilité moindre d'utiliser l'aide) (Kadushin, 2004).

1.3.3.2 - Facteurs du milieu

En plus de devoir avoir une certaine prédisposition pour l'utilisation des soins et services à domicile, les individus doivent avoir les moyens d'y accéder. Les variables faisant référence à l'accessibilité des soins et services au niveau de l'individu ou de la communauté comprennent le revenu, le soutien social, avoir un médecin de famille et le contexte de vie urbain ou rural.

Il est évident que les moyens financiers ont un rôle à jouer dans l'utilisation de l'aide subventionnée. Plusieurs provinces canadiennes exigent une contribution financière fondée sur la capacité de payer des clients et les gens ont toujours la possibilité d'acheter des soins et services directement du secteur privé si leurs moyens le permettent. Ainsi, le revenu est la variable socioéconomique la plus utilisée pour l'étude des soins et services de santé à domicile (Goodridge et al., 2012). Parmi les travaux canadiens, certains se sont intéressés à la source de revenu (versements gouvernementaux ou autres) (Rotermann, 2006) d'autres au montant (Wilkins et Park, 1998; Wilkins et Beaudet, 2000; Forbes et Janzen, 2004; Hawkins, 2005; Shapiro, 1986; Hall et Coyte, 2001; Goodridge et al., 2012). Alors

que la source ne semble pas être suffisante pour expliquer l'utilisation, le niveau du revenu était, à l'exception d'un cas (Hall et Coyte, 2001), généralement significatif. Autrement dit, avoir un faible revenu accroît les probabilités de recevoir de l'aide à domicile gouvernemental, car il semblerait qu'en situation de besoins non comblés par le réseau informel, ces individus n'ont pas d'autres ressources. En 1998-1999, les Canadiens à faible revenu avaient de 1,6 (urbain) à 2,5 (rural) fois plus de chance d'utiliser les programmes publics que les individus à revenu élevé (Forbes et Janzen, 2004). Toutefois, à l'inverse, être mieux nanti ne serait pas un déterminant de l'utilisation du soutien à domicile privé (Guerriere et al., 2008).

Le soutien social, c'est-à-dire le soutien pratique ou émotionnel et les contacts avec le réseau informel, est une autre variable individuelle qui peut faciliter ou restreindre l'accès. Alors que peu de travaux canadiens l'incluent dans leur analyse prédictive, la relation est parfois présente (Wilkins et Beaudet, 2000; Shapiro, 1986) et parfois absente (Forbes et Janzen, 2004). Ceux qui ont noté une association ont généralement trouvé que celle-ci était positive. Par conséquent, les individus ayant un soutien social plus développé ont une probabilité plus élevée d'utiliser l'aide gouvernementale. Pour Shapiro (1986), avoir des contacts quotidiens avec ses proches augmente les chances de 1,6 par rapport au fait d'avoir des contacts moins fréquents. Malgré tout, la recherche de Kadushin (2004) semble suggérer que l'association serait plutôt négative, ceux recevant du soutien informel ont une probabilité moindre d'utiliser l'aide à domicile que ceux n'en recevant aucun.

Avoir un médecin de famille est une autre variable d'intérêt pour l'étude du soutien à domicile, mais qui est peu exploitée dans la littérature. La présence d'un médecin de famille est une caractéristique relative au milieu et un facteur important dans le processus d'accès. En effet, le médecin peut recommander un patient à l'évaluation des besoins pour l'admissibilité au programme public. C'est d'ailleurs un élément obligatoire pour être admissible dans le cas du Nouveau-Brunswick (Dumont-Lemasson et al., 1999). Même si 86% des Canadiens ont un médecin de famille (Conseil canadien de la santé, 2008), Hall et Coyte (2001) n'ont pas trouvé

de relation significative avec l'utilisation de l'aide à domicile pour les Ontariens de 25 ans et plus. Au contraire, Hawkins (2005) a noté une relation positive, où le fait d'avoir un médecin augmentait de 60% la probabilité chez les résidents de l'Est canadien de 45 ans et plus.

Le milieu de résidence est également une variable permettant d'expliquer l'accessibilité aux soins et services de soutien à domicile. Le fait de vivre dans une communauté urbaine ou rurale peut faciliter ou à l'opposé restreindre l'utilisation, et cela dû entre autres au nombre de prestataires de qualité et de services disponibles (Cloutier-Fisher et Skinner, 2006; Forbes et Edge, 2009; Dumont-Lemasson et al., 1999; Hollander et Prince, 2002; ACSSD, 2008; Romanow, 2002). Même si certains travaux (Shapiro, 1986) ont souligné que les citoyens canadiens semblent avoir plus les moyens d'accéder à l'aide à domicile que ceux vivant en campagne, les travaux de Kadushin (2004) et Goodridge et al. (2012), corroborés par l'étude de Hall et Coyte (2001) au Canada, énoncent plutôt l'absence de relation claire.

1.3.3.3 - Facteurs de besoin

Outre la prédisposition individuelle et l'accès ou non à des moyens permettant d'avoir recours au soutien à domicile, l'utilisation sera surtout influencée par la présence d'un besoin ressenti. Les facteurs de besoin font référence aux problèmes physiques, soit le niveau de santé perçue, l'hospitalisation récente, une difficulté à accomplir les AVQ et AIVQ ainsi que les problèmes chroniques de santé, ou aux problèmes cognitifs.

La manifestation d'un besoin de santé peut faire suite à une simple auto-évaluation de l'état. La majorité des travaux canadiens ont souligné une relation positive entre l'état de santé auto-évalué et l'utilisation de l'aide à domicile (Wilkins et Park, 1998; Forbes et Janzen, 2004; Rotermann, 2006; Hall et Coyte, 2001; Shapiro, 1986). Autrement dit, considérer avoir une santé mauvaise ou passable par opposition à une bonne santé augmente les chances de recevoir du

soutien à domicile. En 2003, les probabilités d'utiliser l'aide publique pour les personnes âgées estimant ne pas avoir une bonne santé étaient de 2 (hommes) à 2 fois et demi (femmes) plus élevées (Rotermann, 2006). Cependant, Kadushin (2004) a relevé plusieurs articles ne trouvant aucune relation et considère par conséquent cette variable comme possédant un effet incertain.

Une hospitalisation au cours de la dernière année, tout comme l'utilisation antérieure de soins ou services, peut également être considérée comme une variable de besoin. Même s'il semblerait logique de voir cette variable comme étant un comportement de santé résultant de caractéristiques individuelles, plutôt qu'une de ces caractéristiques en soi, elle fait fréquemment partie des modèles d'analyse. En effet, l'hospitalisation ou non reflète un certain état de santé aigu qui peut nécessiter une variété de soins ou services une fois de retour dans la communauté. D'ailleurs, les patients obtiennent leur congé de plus en plus rapidement (après une moyenne de 13,4 jours en 1994-1995, mais 8,6 jours en 2003) et représentent par conséquent une part croissante (12,1% à 16,4%) des utilisateurs de soutien à domicile (Wilkins, 2006). Tous les travaux recensés qui tenaient compte de l'hospitalisation antérieure ont relevé une association positive, c'est-à-dire que les individus ayant été hospitalisés avaient plus de chance d'utiliser l'aide à domicile (Kadushin, 2004; Wilkins et Park, 1998; Wilkins et Beaudet, 2000; Rotermann, 2006; Forbes et Janzen, 2004; Hall et Coyte, 2001). Hawkins (2005) a démontré qu'en 1996 les Canadiens précédemment hospitalisés avaient 2 fois plus de chance d'utiliser l'aide à domicile que ceux n'ayant pas été hospitalisés et que cette probabilité atteignait 4 fois et demie en 2001, soit plus du double.

Le fait d'être limité dans l'exécution des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou des activités instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ) est un facteur de besoin important. Se laver, s'habiller, manger, prendre des médicaments et se déplacer dans la maison (AVQ) sont des activités considérées essentielles à l'autonomie individuelle (Gilmour et Park, 2005) alors que préparer les repas, faire des courses ou des travaux ménagers et se déplacer à l'extérieur seraient moins importantes. Toutefois, ces dernières peuvent être tout aussi mauvaises pour l'état

de santé. En 2003, près de deux personnes de 18 ans et plus sur trois ayant besoin d'aide pour manger, se laver ou s'habiller n'ont pas reçu l'aide nécessaire alors que 76% étaient dans cette situation concernant les déplacements dans la maison. Ces chiffres sont en augmentation par rapport à 1994-1995 où ils atteignaient respectivement 54% et 61% (Wilkins, 2006). Avoir un besoin non comblé pour les AVQ ou les AIVQ peut être très néfaste pour la santé, par conséquent la presque totalité des travaux ont trouvé une association positive avec l'utilisation de l'aide à domicile (Wilkins et Park, 1998; Wilkins et Beaudet, 2000; Hall et Coyte, 2001; Hawkins, 2005; Shapiro, 1986; Forbes et Janzen, 2004; Kadushin, 2004). Ainsi, en 2001 avoir une incapacité au niveau des AIVQ multipliait la probabilité par 4 alors qu'elle était 5 fois plus élevée pour les AVQ (Hawkins, 2005).

Une dernière variable de besoin relative à la déficience physique est la présence, et parfois le nombre, de problèmes de santé chroniques. Cette variable se distingue de la précédente puisque les divers troubles de santé qui peuvent affecter un individu à long terme ne réduisent pas nécessairement la capacité d'exécuter les AVQ et AIVQ. D'autant plus que ceux souffrant de problèmes chroniques peuvent s'être adaptés à leur condition et par conséquent ne plus avoir besoin d'aide pour les activités quotidiennes (Hall et Coyte, 2001). L'association entre l'état de santé chronique et l'utilisation de soutien à domicile n'est pas très flagrante, car certains ont noté une relation positive (Rotermann, 2006; Hawkins, 2005) d'autres non (Wilkins et Beaudet, 2000; Hall et Coyte, 2001; Shapiro, 1986). Selon l'étude de Hawkins (2005), ceux souffrant d'une condition chronique en 1996 avaient une probabilité 3,5 fois plus élevée de recevoir de l'aide que ceux sans problème, tandis que cinq ans plus tard le fait d'avoir un problème de santé chronique n'avait aucun effet significatif sur l'utilisation d'aide.

Avoir une déficience cognitive peut également influencer l'utilisation de l'aide à domicile en réduisant la capacité de prendre soin de soi et d'accomplir les tâches quotidiennes de manière autonome (Kadushin, 2004; Shapiro, 1986; Hawranik et Strain, 2001). Peu d'études ont considéré cette variable dans leurs analyses multivariées et celles qui l'ont fait n'ont pas trouvé d'association

clairement significative (Hawranik et Strain, 2001; Shapiro, 1986; Kadushin, 2004). Cette inconsistance peut refléter une réticence des proches face au soutien formel, le fait que la déficience ne soit pas évaluée de manière optimale ou que le soutien à domicile aide effectivement au niveau des activités quotidiennes, mais pas vraiment pour les besoins propres à un problème cognitif, tel qu'une supervision constante (Hawranik, 1998; Kadushin, 2004; Hawranik et Strain, 2001).

1.4-Objectifs de la recherche

La recension des écrits a permis de constater que le soutien à domicile gouvernemental est un domaine très complexe et qu'il est essentiel d'en connaître davantage sur les utilisateurs et l'impact de changements politiques pour mieux anticiper la demande future. Par ailleurs, cette revue de divers travaux sur le sujet a démontré que selon la population à l'étude, l'incidence des indicateurs du modèle d'Andersen et Newman d'utilisation d'aide à domicile diffère.

Par conséquent, l'objectif principal de ce mémoire vise à analyser l'impact des modifications dans les subventions gouvernementales à l'aide à domicile aux Canadiens âgés de 65 ans et plus, plus précisément, à vérifier la tendance observée par différents auteurs d'un système public qui privilégie les soins de courte durée au détriment des services de prévention et de maintien à domicile. Pour ce faire, nous étudierons :

1. Comment se distribue, en proportion et en nombre, la population recevant de l'aide à domicile subventionnée à travers les différents types d'aide (soins infirmiers, soins d'hygiène personnelle, travaux ménagers, préparation des repas, magasinage, autres services ou soins) en 1996-1997 et 2005, puis si cette distribution change dans le temps?
2. Quelles sont les déterminants de l'utilisation d'aide à domicile en 1996-1997 et en 2005, et se sont-ils modifiés au cours de la période ?

De plus, puisqu'il est intéressant d'observer ces tendances avec les plus récentes données, la situation de l'Ontario en 2009-2010 sera analysée, puisqu'étant la seule province ayant répondu au module optionnel sur la prestation de soins et services de santé à domicile. Ce cas permettra d'obtenir des informations sur l'évolution de :

3. la distribution des Ontariens recevant de l'aide à domicile parmi les différents types d'aide mentionnés précédemment en 1996-1997, 2005 et 2009-2010;
4. les déterminants de l'utilisation d'aide à domicile pour ces années.

Le cas de l'Ontario pourra également servir à inférer quelle pourrait être la situation nationale si les données avaient été disponibles pour l'ensemble du pays.

Chapitre 2 – Données et méthodologie

Ce chapitre permet d'énoncer les données et la méthodologie utilisées pour répondre aux objectifs de recherche, soit établir la distribution des utilisateurs de soutien à domicile public selon le type d'aide reçue, et déterminer les indicateurs d'utilisation. Dans un premier temps, nous allons explorer les différentes enquêtes qui ont servi au projet en fonction du type d'enquête, de la population cible et du plan d'échantillonnage. Par la suite, nous discuterons de la méthodologie retenue. Il sera alors question des échantillons, la mesure des variables dépendantes et indépendantes ainsi que les méthodes d'analyse de données.

2.1-Présentation des enquêtes

2.1.1-Bases de données

Les données utilisées dans le cadre de cette recherche sont issues de deux enquêtes produites par Statistique Canada, soit l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Nous avons retenu plus particulièrement l'ENSP de 1996-1997 ainsi que l'ESCC de 2005 et de 2009-2010. Nous avons choisi ces bases de données, car elles incluait des questions sur l'aide à domicile subventionnée par l'État, c'est-à-dire « *des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement* » (Statistique Canada, 1999). Les deux premières sources permettent d'analyser les changements qui se sont déroulés à l'échelle nationale sur près de dix ans; 2005 étant la dernière année où cette thématique fut abordée par l'ensemble des provinces canadiennes. Pour avoir une idée de la situation actuelle, les données du module optionnel de l'ESCC 2009-2010⁴ sur les services de soins à domicile pour l'Ontario, seule province à avoir recueilli ces informations, furent également

⁴ Cycle le plus récent au moment de rédiger ce mémoire.

analysées. Faute de données récentes pour l'ensemble du pays, le cas de l'Ontario est retenu pour tenter d'inférer la situation nationale.

L'ENSP fut créée en 1994-1995 pour recueillir de l'information sur la santé de la population sous trois volets distincts : les ménages (volet utilisé dans cette recherche), les établissements de soins de santé et le Nord. Le volet ménages possédait au départ une composante longitudinale et une autre transversale. Dans le cadre du présent travail, nous avons eu recours à cette dernière. De même, deux fichiers distincts, général et de santé, permettent de traiter le contenu transversal de l'ENSP. Nous avons retenu le fichier de santé puisqu'il a l'avantage de s'intéresser à des aspects plus spécifiques de la santé auprès d'un répondant sélectionné dans le ménage, le rendant beaucoup plus comparable à l'ESCC au niveau du contenu et de l'échantillonnage (Statistique Canada, 2003).

La composante transversale du volet ménages ainsi que le volet Nord de l'ENSP furent incorporés en 2001 à l'ESCC nouvellement créé qui s'intéresse également au thème de la santé. L'enquête recueille des informations sur l'état de santé des Canadiens ainsi que sur ses déterminants, et sur l'utilisation des soins et services de santé, et ce, à différents niveaux géographiques, soit national, provincial et intra-provincial. L'ESCC était d'abord biennale, c'est-à-dire que les données étaient recueillies chaque deux ans sur une période de douze mois. Suite à d'importantes modifications, l'enquête est, depuis 2007, devenue annuelle et porte sur un échantillon maintenant deux fois plus petit. En plus du fichier annuel, il est possible d'avoir accès à un fichier combiné de 24 mois, soit deux années à la fois. Le fichier annuel permet de brosser un portrait actuel et précis des caractéristiques de la population. Cependant, en combinant deux années d'enquête la taille de l'échantillon augmente du double (pour atteindre un niveau comparable à celui d'avant les modifications), offrant alors une meilleure puissance d'analyse (Statistique Canada, 2011). Pour cette raison, nous avons opté pour le fichier combiné.

Le contenu de l'ESCC est constitué de quatre composantes : de base, thématique, optionnelle et réponse rapide. Le contenu de base et le contenu

thématique s'adressent à tous les répondants. À noter, tandis que le premier demeure sensiblement intact à travers le temps, le second varie à chaque cycle. Le contenu optionnel est un complément d'information offert à l'échelle sociosanitaire (même si généralement harmonisé pour la province) qui peut aussi varier à travers le temps. Enfin, le contenu de réponse rapide fournit des estimations nationales pour un sujet précis ou inédit et il a la particularité de pouvoir être introduit à chaque période de collecte, soit tous les deux mois.

L'ENSP et l'ESCC ont l'avantage d'offrir un suivi dans le temps permettant d'observer des changements dans l'utilisation par les Canadiens de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement à différents moments. Toutefois, les remaniements apportés à la conception des enquêtes compliquent l'utilisation et la comparabilité des différents cycles d'enquêtes.

2.1.2-Population d'intérêt

Tous les Canadiens sont ciblés par l'ENSP. Cependant, faisant l'objet d'un volet particulier, les habitants des territoires (volet Nord) et ceux vivant en institutions (volet établissements de soins de santé) ne sont pas inclus dans le volet ménages. Sont aussi exclus de cette enquête les membres des Forces canadiennes ainsi que les résidents de réserves indiennes ou de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario. Pour sa part, l'ESCC ne s'intéresse qu'aux Canadiens de 12 ans et plus, outre ceux habitant dans les réserves indiennes, certaines régions éloignées, en institution et les membres à temps plein des Forces canadiennes. Par contre, ayant récupéré le volet Nord de son prédécesseur, l'ESCC vise également les résidents des territoires. Nous verrons la population retenue aux fins de l'analyse de manière plus détaillée à la section 2.2.1.

2.1.3-Plan de sondage

Il est important de tenir compte du plan de sondage lors de l'analyse des données pour obtenir des résultats et des estimations justes. Pour que la significativité statistique des estimateurs obtenus soit exacte, il est nécessaire de s'assurer que l'estimation de la variance, c'est-à-dire de l'erreur-type, ne soit pas biaisée. Pour se faire, il faut appliquer la pondération adéquate par rapport aux données et aux corrections de l'effet de plan.

L'échantillon de l'ENSP 1996-1997 est composé des membres du panel longitudinal et des membres de leur ménage, mais aussi des unités d'échantillonnage supplémentaires achetées par l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta leur permettant d'avoir des estimations fiables au niveau des régions sociosanitaires. Ces derniers ont tous été interviewés par téléphone à partir du système de composition aléatoire (CA) alors que le reste de l'échantillon fut formé sur la base de sondage aréolaire de l'Enquête sur la population active (EPA). Le plan de sondage de l'EPA est un plan complexe stratifié à deux degrés. Chaque province est divisée en grandes strates géographiques à partir desquelles on sélectionne des grappes, puis à partir de celles-ci des logements. Pour sélectionner les échantillons, l'ESCC 2005 et l'ESCC 2009-2010 ont utilisé trois bases de sondage : la base aréolaire de l'EPA, une base liste de numéros de téléphone et une base de CA.

Autrement dit, l'ENSP et l'ESCC sont des enquêtes à plans complexes et il est essentiel de considérer le plan de sondage lors de l'analyse. Par conséquent, une pondération basée sur les poids d'échantillonnage offrirait des estimateurs convergents (ou consistants), mais la variance serait incorrecte. L'utilisation des poids *bootstrap* fournis par Statistique Canada avec les enquêtes est la solution pour remédier à cette situation.

2.2-Méthodologie

2.2.1-Les échantillons

Même si la taille du fichier santé de l'ENSP 1996-1997 (cycle 2) est beaucoup plus petite que celle du fichier général (81 804 contre 210 337 répondants), celui-ci fut retenu pour ses propriétés plus comparables à celles de l'ESCC (Statistique Canada, 2003). Cet échantillon repose sur des individus de tout âge, vivant dans les dix provinces canadiennes. Pour leurs parts, l'ESCC 2005 (cycle 3.1 - 132 947 répondants) et l'ESCC 2009-2010 (124 870 répondants) représentent les Canadiens de 12 ans et plus résidant dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens.

Le sujet principal de ce mémoire concerne l'aide à domicile financée par le réseau public. Toutefois, toutes les questions s'y rapportant dans les enquêtes sur la santé de Statistique Canada n'ont été posées qu'aux individus de 18 ans et plus. Par conséquent, les répondants de moins de 18 ans furent écartés. Cet échantillon permet alors de brosser un portrait du contexte général, mais notre intérêt portera principalement sur le sous-groupe des personnes âgées de 65 ans et plus. Notons également qu'à des fins de comparaison avec l'ENSP, les habitants des territoires furent retirés des échantillons de l'ESCC. Par ailleurs, l'Ontario étant la seule province à avoir recueilli des informations récentes sur l'aide publique à domicile, sa situation sera analysée plus particulièrement. Les figures 2 à 4 détaillent les sous-échantillons de répondants vivant dans la communauté selon les années d'enquêtes.

Figure 2. Distribution de l'échantillon de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1996-1997 (répondants de tout âge, excluant les territoires), selon les sous-échantillons retenus

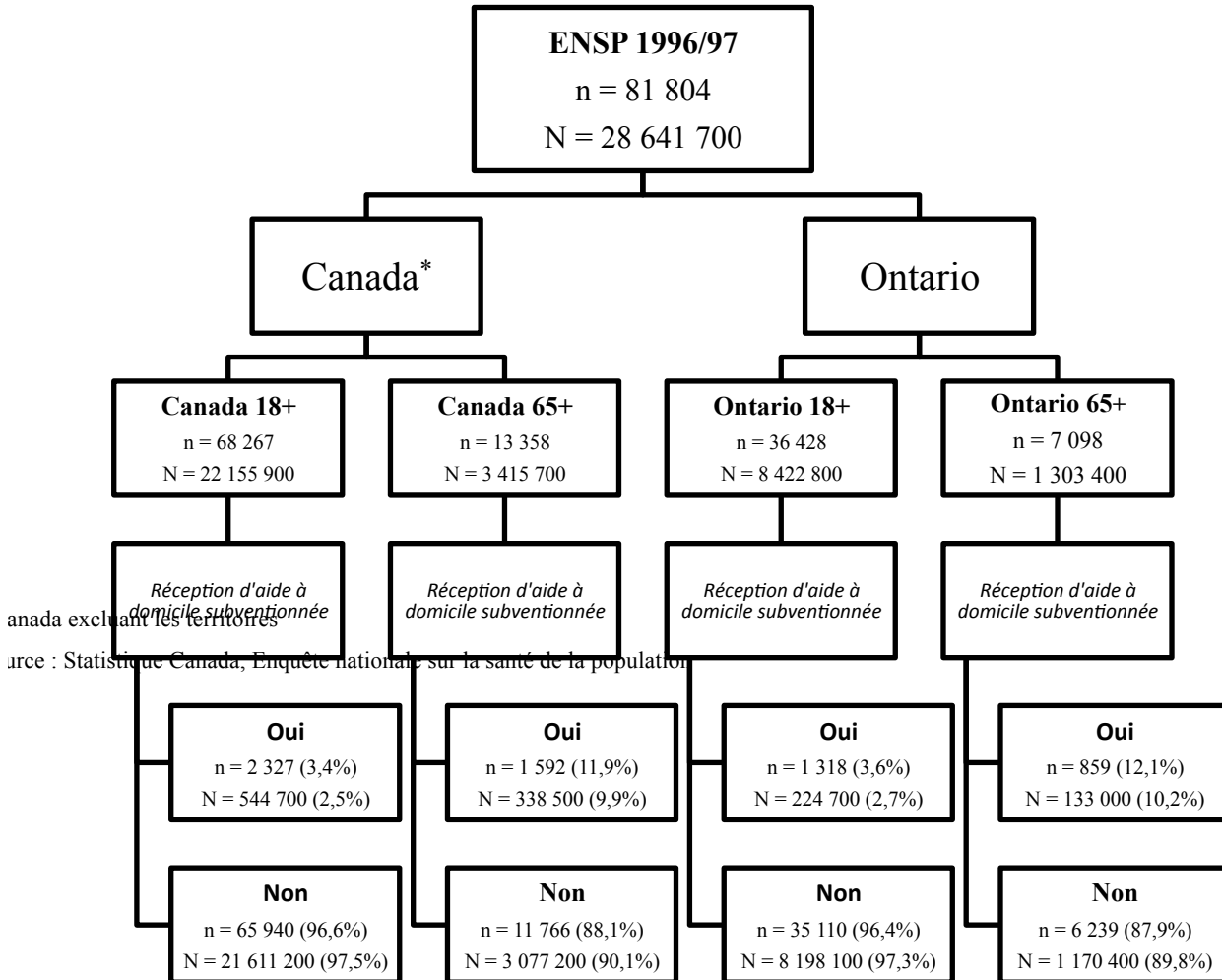


Figure 3. Distribution de l'échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005 (répondants de 12 ans et plus, incluant les territoires), selon les sous-échantillons retenus

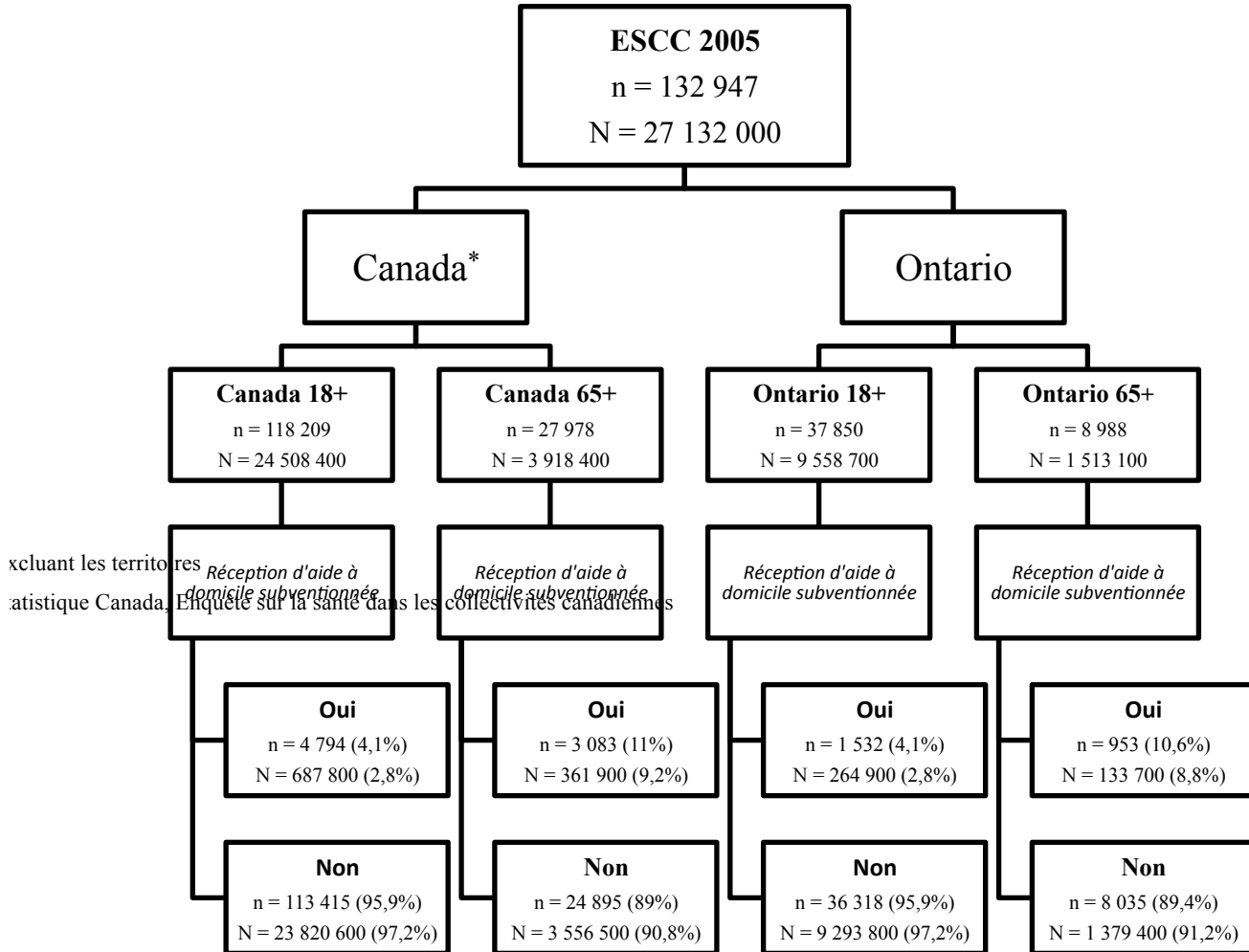
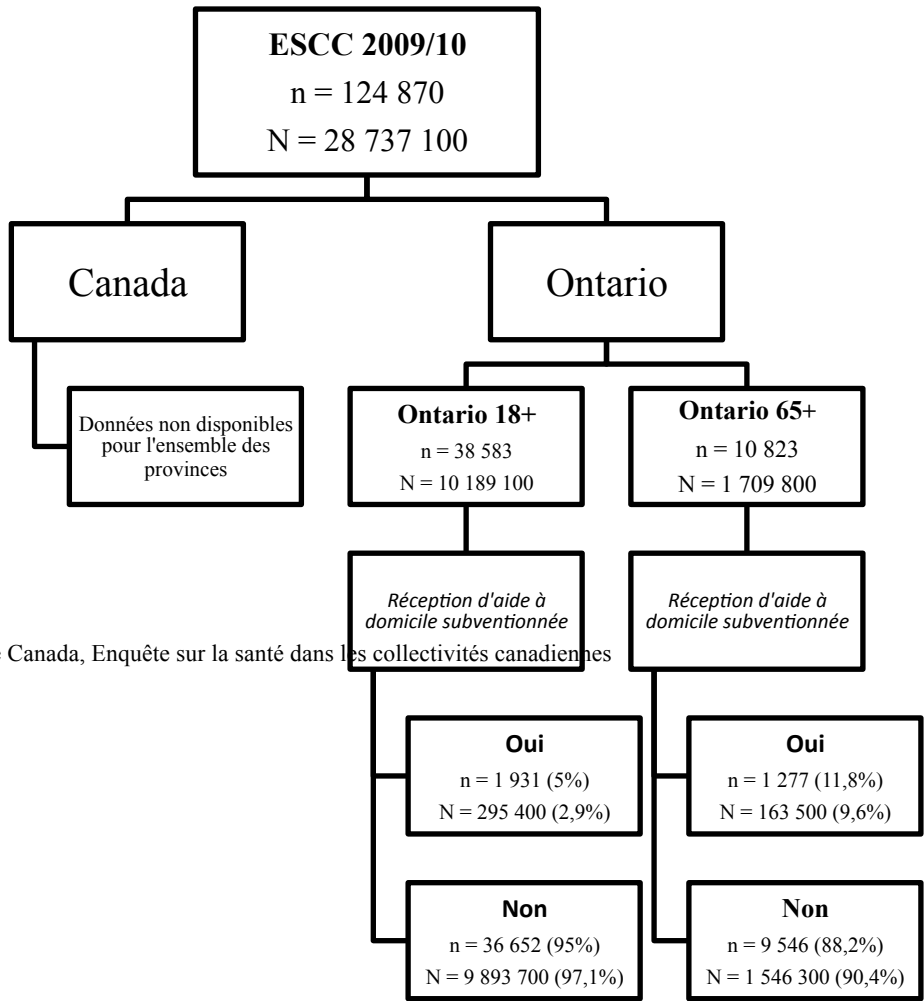


Figure 4. Distribution de l'échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010 (répondants de 12 ans et plus, incluant les territoires), selon les sous-échantillons retenus



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

2.2.2-Mesures des variables

2.2.2.1-Variables dépendantes

Pour être en mesure de répondre aux objectifs de recherche, il faut d'abord distinguer ceux qui reçoivent du soutien à domicile subventionné par le gouvernement de ceux qui n'en reçoivent pas. Ainsi, la première variable dépendante concerne la réception ou non d'aide publique au cours des douze derniers mois. Les trois enquêtes utilisent sensiblement la même définition soit : « *...des soins de santé, des services d'entretien ménager ou d'autres services de soutien reçus à domicile [...] dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement* » (Statistique Canada, 2006: 46). La deuxième variable d'intérêt concerne le type de soins ou services reçus. On y retrouve au total neuf catégories définies comme:

1. Soins infirmiers (changement de pansement, préparation des médicaments, visites I.O.V.⁵)
2. Autres services ou soins de santé (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, conseils en nutrition)
3. Soins d'hygiène personnelle (bain, soins des pieds)
4. Travaux ménagers (nettoyage, lavage)
5. Préparation des repas ou livraison
6. Magasinage
7. Services de relève (soutien aux soignants)
8. Équipements médicaux ou fournitures médicales
9. Autres

La catégorie des équipements médicaux est la seule à ne pas se retrouver dans l'ensemble des enquêtes, puisqu'absente de l'ENSP. Pour analyser la distribution de la population par type d'aide, chaque catégorie devra être codée comme une variable à part entière, car elles ne sont pas mutuellement exclusives. En effet, après

⁵ Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada.

avoir signalé qu'ils reçoivent de l'aide, les répondants doivent identifier tous les types reçus et peuvent alors se retrouver dans plus d'une catégorie à la fois⁶.

2.2.2.2-Variables indépendantes

Le choix des variables indépendantes s'est fait d'abord en relation avec le modèle des déterminants de l'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman et des travaux relevés dans la revue de la littérature. Toutefois, la sélection finale (figure 5) découle de l'information disponible dans les différents cycles d'enquêtes. De plus, puisqu'une partie des objectifs de recherche est de voir l'évolution de l'utilisation dans le temps, une variable représentant l'année de l'enquête fut également incluse. Enfin, notre modèle tient aussi compte de certaines variables de contrôle.

2.2.2.2.1-Facteurs de prédisposition

La revue de la littérature a relevé l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le mode de vie, l'éducation et l'origine ethnique comme variables de prédisposition d'intérêt. Toutes ces variables furent retenues (voir le tableau 1 pour en connaître le codage) à l'exception de l'origine ethnique, remplacée par le lieu de naissance, et le statut matrimonial. Même si quelques études ont démontré son incidence sur l'utilisation des soins et services à domicile, il va de soi que l'état matrimonial et le mode de cohabitation sont intimement corrélés (multicolinéarité), car seuls les individus en union peuvent se retrouver dans les catégories résidentielles incluant un conjoint. Pour éviter ces problèmes de multicolinéarité, le mode de vie, qui reflète mieux la vulnérabilité des personnes par rapport à l'utilisation de l'aide publique à domicile, fut favorisé. Nous y distinguons plus particulièrement les gens en couple, soit ceux vivant uniquement avec un partenaire et ceux avec un partenaire et d'autres, des gens seuls ou habitant avec d'autres.

⁶Notons qu'une erreur de codage s'est glissée dans le fichier maître de l'ESCC 2005, alors que certaines valeurs pour les types d'aide ont été attribuées aux mauvaises variables. Nous nous sommes donc assurés de récupérer les bonnes valeurs selon les directions de Statistique Canada.

2.2.2.2-Facteurs du milieu

Le revenu, le niveau de soutien social, avoir un médecin de famille, vivre dans une région urbaine ou rurale se sont révélés être des variables de milieu intéressantes. Toutefois, dû à des problèmes de comparabilité de mesures entre les différentes enquêtes, les variables de revenu et de soutien social n'ont pu être conservées, de même que la présence d'un médecin, qui n'a pas été jugé pertinente dans le cadre qui nous concerne. Par ailleurs, nous avons ajouté la région de résidence puisqu'il fut démontré que les programmes d'aide à domicile sont sous juridiction provinciale. De plus, l'Alberta se distinguant des autres provinces des Prairies par son modèle de prestation d'aide à domicile public-privé, nous avons préféré conserver cette province séparée.

2.2.2.3-Facteurs de besoin

Les variables en lien avec la présence d'un besoin dans les différents travaux étaient le niveau de santé perçue, l'hospitalisation ou non au cours des douze derniers mois, une difficulté à accomplir différentes activités quotidiennes (AVQ et AIVQ), les problèmes chroniques de santé et les problèmes cognitifs. N'étant pas présente dans l'ENSP 1996-1997, donc impossible à comparer dans le temps, cette dernière fut écartée.

Il fut jugé que le nombre de besoins d'aide pour les AVQ et AIVQ était plus révélateur de l'état de santé que la simple présence d'un besoin. Effectivement, la majorité des personnes âgées ont besoin d'aide avec les gros travaux d'entretien (dont le ménage du printemps), mais sans pour autant avoir besoin de recevoir de l'aide à domicile subventionnée. Les différentes activités n'étant pas présentes dans l'ensemble des enquêtes, seules les cinq catégories présentes dans les trois cycles d'enquêtes (faire les repas, les courses, les tâches ménagères, se donner des soins personnels et se déplacer dans la maison) furent considérées. Accomplir les gros travaux d'entretien et s'occuper de ses finances personnelles furent exclus, car respectivement absents de l'ESCC 2009-2010 et de l'ENSP 1996-1997.

Au même titre, la variable concernant les problèmes chroniques de santé fut établie selon le nombre de problèmes graves, c'est-à-dire ayant d'importantes répercussions sur la réception de soutien à domicile, et non pas simplement la présence d'une maladie. Les enquêtes de santé contiennent une multitude de maladies chroniques, allant d'allergies aux maladies cardiaques. Cependant, la vaste majorité ne convient pas pour l'étude de l'utilisation d'aide à domicile. Il est donc nécessaire de circonscrire le niveau de santé chronique à cinq problèmes sévères et pertinents. Pour ce faire, nous avons retenu l'arthrite, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) qui incluent la bronchite chronique et l'emphysème, le diabète, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral et la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence cérébrale.

2.2.2.2.4-Variables de contrôle

Le fait que l'intervieweur soit en présence du répondant (interview face à face) ou non (par téléphone) peut avoir un effet sur les réponses fournies (Wolf et al., 2005), donc sur l'estimation des paramètres de régression. Pour tenir compte des changements méthodologiques au niveau du mode de collecte des données dans les différents cycles d'enquêtes, cette variable de contrôle fut incluse dans notre modèle. Lorsque les personnes sélectionnées sont dans l'incapacité de répondre, les intervieweurs ont recours à un répondant par procuration (proxy) qui doit fournir les renseignements nécessaires sur cette personne. Ce faisant, il peut être difficile d'obtenir la même exactitude. Ils peuvent par exemple, surestimer l'état d'incapacité (Wolf et al., 2005). Ainsi, de la même manière que pour le mode de collecte, une variable se référant aux répondants par proxy fut également incluse.

Facteurs de besoin

- Niveau de résidence
- Niveau de santé perçue
- Région de résidence
- Hospitalisation au cours des 12 derniers mois
- Niveau d'éducation
- Niveau de revenu
- Lieu de naissance
- Mode de collecte des données
- Répondant par proxy
- Nombre de problèmes chroniques de santé

variables d'intérêt

a) utilisateurs/non-utilisateurs

b) type d'aide :

- Soins infirmiers
- Autres services ou soins de santé
- Soins d'hygiène personnelle
- Travaux ménagers
- Préparation des repas ou livraison

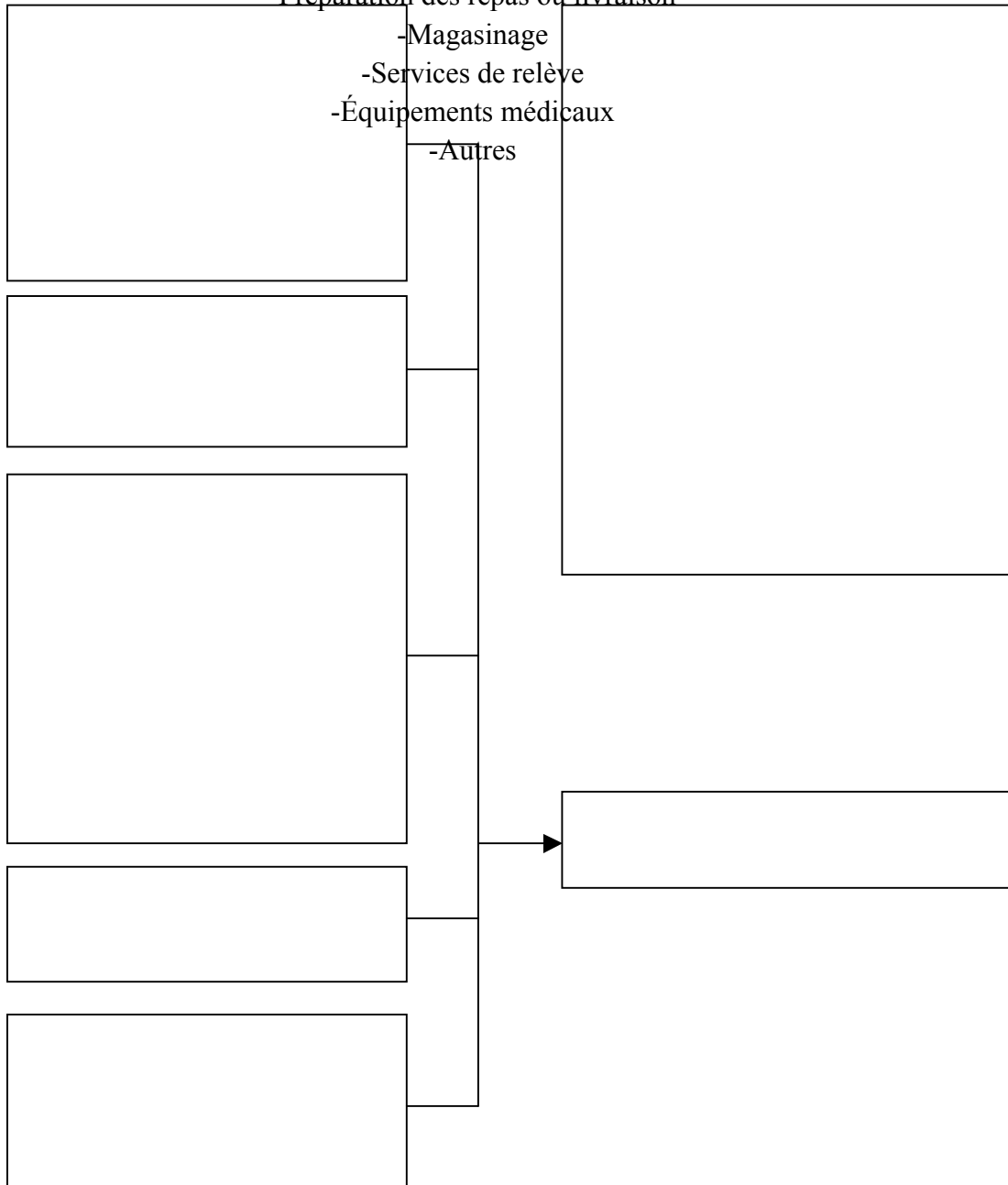


Figure 5. Cadre conceptuel de la présente recherche sur la réception d'aide à domicile

Tableau 1. *Construction des variables indépendantes et de contrôles pour l'analyse*

<u>Variables indépendantes</u>	<u>Codage</u>
Groupes d'âge	0 = 18-64 ans 1 = 64-74 ans 2 = 75-84 ans 3 = 85 ans et +
Sexe	1 = homme 2 = femme
Mode de vie	1 = vit seul 2 = vit avec un conjoint seulement 3 = vit avec un conjoint et d'autres 4 = vit avec autres, mais sans conjoint
Niveau d'éducation	1 = moins qu'un diplôme d'études secondaires 2 = diplôme d'études secondaires 3 = études post-secondaires, sans université 4 = études universitaires
Lieu de naissance	1 = au Canada 2 = à l'extérieur du Canada
Milieu de résidence	1 = urbain 2 = rural
Région de résidence	1 = Colombie-Britannique 2 = Alberta 3 = Prairies 4 = Ontario 5 = Québec 6 = Atlantique
Niveau de santé perçue	0 = mauvaise 1 = bonne
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois	0 = non 1 = oui
Nombre d'activités (AVQ/AIVQ) présentant un besoin d'aide	0 = aucune 1 = 1 ou 2 2 = 3+
Nombre de problèmes chroniques de santé	0 = aucun 1 = 1 2 = 2+
Année de l'enquête	1 = 1996-1997 2 = 2005 3 = 2009-2010
Mode de collecte des données	1 = par téléphone 2 = face à face
Répondant par proxy	0 = non 1 = oui

2.2.3-Méthodes d'analyse

Pour nos analyses concernant l'évolution dans le temps de l'utilisation des soins et services à domicile subventionnés par le gouvernement, nous devons combiner tous les cycles d'enquêtes en une seule base de données. Cela permettra du coup de créer une variable identifiant l'année d'enquête. Nous pourrons ainsi estimer l'effet potentiel de la période sur la réception d'aide. Par ailleurs, pour tenir compte du plan de sondage complexe de l'ENSP et de l'ESCC et ainsi estimer la variance adéquate, nous avons appliqué la pondération des poids *bootstrap* fournis par Statistique Canada grâce à la méthode *bootstrap* habituelle. Cette technique permet d'estimer la variance grâce à une méthode dite par 'réplication', c'est-à-dire en produisant « *des échantillons synthétiques appelés « répliques », à partir de l'échantillon original* » (Phillips, 2004: 6). Pour ce faire, les commandes *SVY* fournies par le logiciel STATA (version 11) ont été utilisées pour appliquer la pondération et les corrections de l'effet de plan.

2.2.3.1-Analyse descriptive

La première étape de cette recherche consistera à décrire l'utilisation des programmes de soutien à domicile publics. En plus de brosser un portrait des utilisateurs de 65 ans et plus, nous estimerons le niveau global d'utilisation par année d'enquête, ainsi que la prévalence par type d'aide reçue. Un calcul de fréquences permettra d'obtenir cette distribution qui sera alors mise en parallèle avec celle du groupe des 18-64 ans. Pour analyser la différence de proportions dans le temps tout en tenant compte des poids d'enquête *bootstrap* habituels, nous utiliserons la commande *TEST* de STATA. Cette commande utilise un test de Wald pour tester l'hypothèse nulle d'égalité des deux proportions avec des données pondérées. Nous comparerons ainsi les résultats du test Wald de 1996-1997 et 2005 pour le Canada (question de recherche 1), tandis que pour l'Ontario, ayant des données plus récentes, l'analyse se fera dans un premier temps entre 1996-1997 et 2005, puis entre 1996-1997 et 2009-2010 (question 3).

2.2.3.2-Analyse multivariée

La deuxième section de résultats visera à répondre aux autres questions de recherche (2 et 4), à savoir si les déterminants de l'utilisation se sont modifiés au cours de la période. L'analyse multivariée permettra de voir l'évolution de l'utilisation, tout en contrôlant pour la structure sociodémographique de la population. D'abord, ayant une variable dépendante qualitative et dichotomique (la réception ou non d'aide à domicile subventionnée), le modèle de régression logistique sera utilisé pour estimer l'impact différent des variables indépendantes grâce à la significativité de leurs coefficients. Il y aura une régression par année, soit deux pour l'ensemble du Canada et trois pour l'Ontario (la seule province à avoir des données en 2009-2010). Les coefficients estimés seront transformés en rapports de cotes qui fournissent, de manière plus facilement interprétable, l'effet relatif des variables. Ces résultats ne sont toutefois pas comparables dans le temps. Par conséquent, après avoir estimé l'effet des variables indépendantes, dont l'année d'enquête et les variables de contrôle, nous utiliserons la nouvelle commande de post-estimation *MARGINS* de STATA pour obtenir les probabilités prédites moyennes de l'événement à partir des valeurs obtenues lors de la régression logistique. Cela correspond à la moyenne des probabilités prédites (*average marginal effect*) de l'utilisation d'aide publique à domicile pour chaque observation, étant donné la distribution des autres variables. L'algorithme du logiciel STATA se concentre sur une variable à la fois et obtient la probabilité prédite de chaque valeur. Dans le cas de la variable *sexe* par exemple, les répondants sont d'abord tous fixés comme étant des hommes, tout en contrôlant la valeur des autres caractéristiques. La probabilité d'utilisation de l'aide est alors calculée pour chaque répondant, puis la moyenne est estimée. Ensuite, les répondants sont tous fixés comme étant des femmes et le processus se répète. Les probabilités prédites moyennes sont donc calculées au niveau de tous les répondants de la base de données, dont on estime une moyenne. Nous sommes ainsi en mesure de comparer les probabilités à travers les différents cycles d'enquête.

Chapitre 3 – Résultats

Bien que la recension des écrits ait permis de constater que l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement est sous juridiction provinciale, nous croyons qu'il est nécessaire d'essayer de brosser un portrait global de la situation au Canada, comme cela a été fait par d'autres auteurs, en plus de s'intéresser au cas plus particulier de l'Ontario, qui est pour le moment la seule province à récolter des données sur le sujet. De ce fait, c'est également le seul moyen d'essayer d'inférer ce que serait la situation nationale si les données existaient. Aussi, le groupe d'intérêt pour ce mémoire étant les 65 ans et plus, nous allons contextualiser les résultats de ce groupe parmi l'ensemble des utilisateurs en le comparant plus précisément aux 18-64 ans, dont la réalité diffère grandement de celle des personnes plus âgées. Pour mieux comprendre la réception de soutien à domicile, nous allons d'abord décrire la prévalence du phénomène, pour ensuite identifier les principaux facteurs d'utilisation et terminer avec une discussion des résultats. Tous les résultats sont issus de l'échantillon pondéré.

3.1-Résultats descriptifs

Cette première section du chapitre des résultats s'intéresse à la prévalence du phénomène d'aide à domicile subventionnée. Différents calculs de fréquences permettent de présenter la situation dans son ensemble, mais également la réalité des 65 ans et plus, et ce, par rapport aux utilisateurs plus jeunes. Puis, le test de Wald, combiné aux poids bootstrap, permet d'analyser l'évolution dans le temps. Nous discuterons ainsi des niveaux de réception, des caractéristiques des bénéficiaires, de la distribution des divers types d'aide et des changements au fil des cycles d'enquêtes.

3.1.1-Utilisation de l'aide à domicile subventionnée

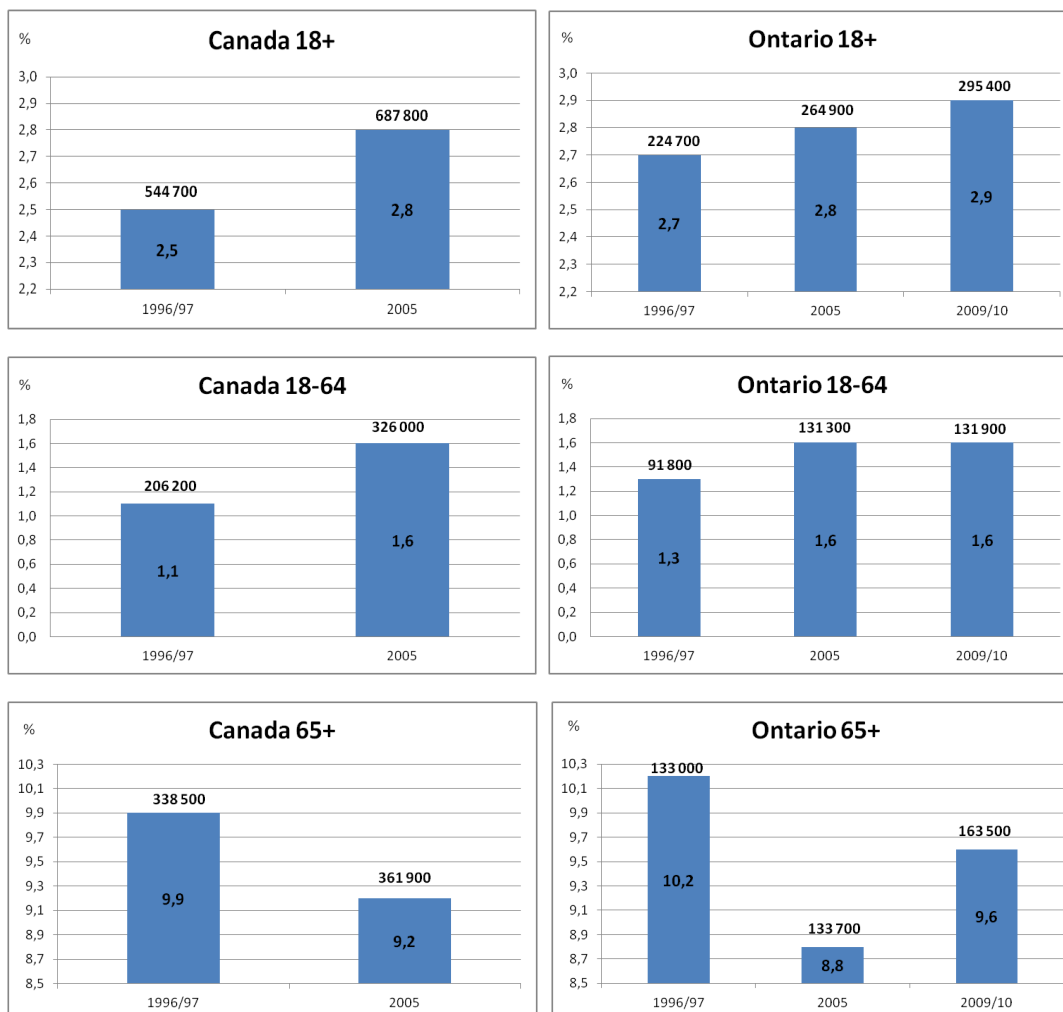
Comme on pouvait s'y attendre avec l'accroissement et le vieillissement de la population ayant des besoins en matière de santé au Canada, peu importe la sous-

population à l'étude, le nombre d'utilisateurs est constamment en augmentation (figure 6). Cela se produit néanmoins à des rythmes différents. Par ailleurs, la proportion d'utilisateurs dans la population ne suit pas nécessairement ce mouvement à la hausse.

Ainsi, lorsque nous observons le phénomène dans son ensemble, nous constatons qu'en Ontario, tout comme dans l'ensemble du pays, la proportion d'utilisateurs de 18 ans et plus est en augmentation au fil des ans. Cette situation se confirme pour le groupe des 18-64 ans. Toutefois, en s'intéressant aux 65 ans et plus, nous remarquons alors une tendance générale à la baisse. Qui plus est, ce groupe d'âge moins nombreux dans la population (14,8% en 2011⁷) est clairement le principal utilisateur des programmes publics de soutien à domicile (figure A-1 en annexe). Malgré tout, il est intéressant de noter que la grande majorité des Canadiens et Ontariens n'ont pas recours à l'aide publique à domicile. En effet, en moyenne à peine 3% des 18 ans et plus, soit 1,5% des 18-64 ans et 10% des 65 ans et plus, ont utilisé les programmes gouvernementaux au cours des cycles à l'étude. De plus, alors que chez les plus jeunes, la part d'utilisateurs en Ontario se compare à l'ensemble des provinces canadiennes, quoique légèrement plus élevée en 1996-1997, le programme provincial se distingue un peu plus dans le cas des Ontariens de 65 ans et plus.

⁷ Statistique Canada. « Population selon les grands groupes d'âges et le sexe, chiffres de 2011 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires ». Mise à jour : 29 mai 2012, consulté le 5 juin 2012.

Figure 6. Utilisation de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement en nombre et en proportion (%), pour l'ensemble des utilisateurs et par groupe d'âge, selon l'année, Canada et Ontario



Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

3.1.2-Caractéristiques des bénéficiaires

Puisque la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population va gagner en importance (principalement avec l'arrivée graduelle des baby-boomers), et que ce groupe d'âge correspond aux principaux utilisateurs des programmes publics de soutien à domicile, ils sont par conséquent les plus affectés par la restructuration des programmes, ce qui se répercute sur les réseaux de soutien. Pour cette raison,

nous nous intéressons plus particulièrement à la situation des utilisateurs de 65 ans et plus au Canada ainsi qu'en Ontario, dont les caractéristiques sociodémographiques à chaque cycle d'enquête se retrouvent dans les tableaux 2 et 3.

Ainsi, en accord avec ce que l'on retrouve dans la littérature, parmi les Canadiens plus âgés une majorité des utilisateurs de soins et services publics (que ce soit en 1996-1997 ou 2005) ont entre 75 et 84 ans alors que les non-utilisateurs sont plus jeunes et que leur nombre diminue rapidement avec l'âge. Les utilisateurs de sexe féminin et ceux vivant seuls sont surreprésentés (respectivement 65% et 45% environ) par rapport au groupe des non-utilisateurs (55% et 30%) dont plus de la moitié vivent avec un conjoint, mais sans autre colocataire. Peu importe le groupe, près de la moitié n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires et plus des trois quarts sont nés au Canada ou résident en ville. Tandis qu'à peine plus de 50% des utilisateurs canadiens considèrent avoir une mauvaise santé, sans nécessairement avoir été hospitalisé au cours de la dernière année (44%), les non-utilisateurs sont en bien meilleure santé (près de 80%) et beaucoup moins nombreux à avoir été hospitalisé (un peu plus de 10%). La part des utilisateurs avec au moins une maladie chronique ou un besoin d'aide pour accomplir les AVQ/AIVQ est beaucoup plus importante que dans le cas des non-utilisateurs. Parmi ces activités quotidiennes, les Canadiens ont davantage besoin d'aide pour faire les courses et les travaux ménagers. Enfin, les entrevues face à face ou dont le répondant est un proxy sont surreprésentées dans le groupe des utilisateurs d'aide gouvernementale.

Du point de vue de la distribution géographique, la situation est très variée dans l'espace et dans le temps. Ainsi près de 40% des Canadiens se retrouvent en Ontario (utilisateurs ou non) alors que l'ensemble des provinces Atlantiques compte à peine 9% de ceux-ci. Entre 1996-1997 et 2005, plusieurs régions ont vu leur part d'utilisateurs diminuer, compensée principalement par l'accroissement de la part du Québec de 18% à près de 25% (alors que les non-utilisateurs demeurent à 25%). Autrement, les utilisateurs ontariens (les seuls sur lesquels il y a de l'information en 2009) sont sensiblement les mêmes que ceux de l'ensemble canadien, à l'exception

du fait qu'en 2005 et 2009-2010 ils sont plus nombreux à vivre uniquement avec un partenaire.

Tableau 2. *Distribution (%) des effectifs d'utilisateurs et de non-utilisateurs selon les caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus, par année, Canada*

Variables Indépendantes	ENSP 1996/97		ESCC 2005	
	utilisateurs	non-utilisateurs	utilisateurs	non-utilisateurs
Groupes d'âge	(338 500)	(3 077 200)	(361 900)	(3 556 500)
65-74 ans	32,1%	64,6%	29,2%	60,0%
75-84 ans	42,5%	29,7%	46,7%	33,3%
85 ans et +	25,4%	5,7%	24,1%	6,7%
Sexe	(338 500)	(3 077 200)	(361 900)	(3 556 500)
Hommes	32,7%	44,4%	37,6%	45,2%
Femmes	67,3%	55,6%	62,4%	54,8%
Région de résidence	(338 500)	(3 077 200)	(361 900)	(3 556 500)
Colombie-Britannique	15,0%	13,3%	13,9%	14,0%
Alberta	7,4%	7,5%	8,0%	8,0%
Prairies	11,1%	8,0%	8,4%	7,0%
Ontario	39,3%	38,0%	36,9%	38,8%
Québec	18,4%	25,1%	24,7%	24,5%
Atlantique	8,8%	8,1%	8,1%	7,7%
Mode de vie	(333 100)	(3 050 300)	(354 500)	(3 512 900)
Seul	49,6%	30,4%	42,5%	28,1%
Conjoint seulement	34,3%	50,9%	38,2%	53,7%
Conjoint et d'autres	8,4%	12,4%	10,0%	11,3%
Avec autres, mais sans conjoint	7,7%	6,3%	9,3%	6,9%
Niveau d'éducation	(330 500)	(3 034 200)	(335 200)	(3 385 400)
Moins qu'un diplôme d'études secondaires (DES)	57,4%	50,6%	50,5%	41,7%
DES	14,2%	15,8%	12,3%	14,0%
Études post-secondaires, sans université	23,4%	25,6%	26,7%	30,1%
Études universitaires	5,0%	7,9%	10,5%	14,2%
Pays de naissance	(338 500)	(3 072 700)	(347 300)	(3 437 900)
Canada	73,8%	75,1%	78,1%	71,8%
Extérieur du Canada	26,2%	24,9%	21,9%	28,2%
Milieu de résidence	(338 500)	(3 076 400)	(361 900)	(3 556 500)
Urbain	82,3%	82,9%	81,9%	81,9%
Rural	17,7%	17,1%	18,1%	18,1%

suite à la page suivante...

suite...

Variables Indépendantes	ENSP 1996/97		ESCC 2005	
	utilisateurs	non-utilisateurs	utilisateurs	non-utilisateurs
Niveau de santé perçue	(338 500)	(3 077 200)	(359 400)	(3 548 000)
Bonne	48,1%	80,9%	44,8%	76,6%
Mauvaise	51,9%	19,1%	55,2%	23,4%
Hospitalisé récemment	(337 500)	(3 076 900)	(361 600)	(3 549 900)
Oui	44,2%	11,8%	44,4%	10,9%
Non	55,8%	88,2%	55,6%	89,1%
Besoin d'aide - repas	(338 100)	(3 076 500)	(360 100)	(3 549 400)
Oui	38,8%	5,4%	33,9%	5,1%
Non	61,2%	94,6%	66,1%	94,9%
Besoin d'aide - magasinage	(338 100)	(3 076 700)	(360 600)	(3 549 900)
Oui	55,5%	9,3%	53,8%	11,9%
Non	44,5%	90,7%	46,2%	88,1%
Besoin d'aide - travaux ménagers	(338 400)	(3 076 600)	(360 300)	(3 547 800)
Oui	59,7%	9,2%	57,5%	11,0%
Non	40,3%	90,8%	42,5%	89,0%
Besoin d'aide - soins personnels	(338 200)	(3 076 900)	(360 600)	(3 550 400)
Oui	36,1%	2,7%	33,0%	3,0%
Non	63,9%	97,3%	67,0%	97,0%
Besoin d'aide - se déplacer à la maison	(338 400)	(3 075 900)	(360 600)	(3 550 800)
Oui	24,4%	2,4%	15,5%	2,0%
Non	75,6%	97,6%	84,5%	98,0%
Nombre d'activités (AVQ/AIVQ) présentant un besoin d'aide	(338 400)	(3 076 900)	(360 900)	(3 551 900)
Aucune	29,3%	87,2%	30,9%	83,2%
1 ou 2	28,8%	7,8%	32,9%	12,2%
3 et plus	41,9%	5,0%	36,2%	4,6%
Nombre de problèmes chroniques de santé	(338 500)	(3 076 900)	(361 900)	(3 555 800)
Aucun	25,7%	50,4%	21,9%	43,9%
1	48,5%	41,0%	46,4%	43,7%
2 et plus	25,8%	8,6%	31,7%	12,4%
Mode de collecte des données	(338 500)	(3 077 200)	(361 900)	(3 556 500)
Par téléphone	89,9%	94,5%	62,3%	65,0%
Face à face	10,1%	5,5%	37,7%	35,0%
Répondant par proxy	(338 500)	(3 077 200)	(361 900)	(3 556 500)
Oui	11,2%	5,3%	14,9%	4,9%
Non	88,8%	94,7%	85,1%	95,1%
N =	338 500	3 077 200	361 900	3 556 500

Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

Tableau 3. *Distribution (%) des effectifs d'utilisateurs et de non-utilisateurs selon les caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus, par année, Ontario*

Variables Indépendantes	ENSP 1996/97		ESCC 2005		ESCC 2009/10	
	utilisateurs	non-utilisateurs	utilisateurs	non-utilisateurs	utilisateurs	non-utilisateurs
Groupes d'âge	(133 000)	(1 170 400)	(133 700)	(1 379 400)	(163 500)	(1 546 300)
65-74 ans	34,7%	66,7%	33,9%	60,4%	30,6%	58,2%
75-84 ans	45,1%	28,3%	44,4%	33,4%	40,9%	34,3%
85 ans et +	20,2%	5,0%	21,7%	6,2%	28,5%	7,5%
Sexe	(133 000)	(1 170 400)	(133 700)	(1 379 400)	(163 500)	(1 546 300)
Hommes	34,4%	44,4%	41,1%	45,0%	39,7%	45,5%
Femmes	65,6%	55,6%	58,9%	55,0%	60,3%	54,5%
Mode de vie	(131 700)	(1 159 800)	(130 200)	(1 363 500)	(159 400)	(1 522 400)
Seul	45,9%	27,8%	38,9%	25,4%	39,4%	25,9%
Conjoint seulement	36,2%	50,7%	40,6%	52,4%	42,7%	54,5%
Conjoint et d'autres	11,5%	14,2%	10,4%	15,3%	7,7%	13,8%
Avec autres, mais sans conjoint	6,4%	7,3%	10,1%	6,9%	10,2%	5,8%
Niveau d'éducation	(127 100)	(1 136 800)	(123 500)	(1 307 700)	(156 300)	(1 481 600)
Moins qu'un dipl. d'études secondaires	49,6%	41,7%	46,7%	37,9%	40,4%	32,5%
DES	20,8%	20,7%	15,4%	15,7%	17,8%	17,6%
Études post-secondaires, sans université	22,8%	26,8%	27,0%	31,2%	28,0%	31,1%
Études universitaires	6,8%	10,8%	11,0%	15,2%	13,8%	18,8%
Pays de naissance	(133 000)	(1 166 400)	(127 200)	(1 329 600)	(158 300)	(1 499 700)
Canada	68,1%	65,1%	68,8%	59,4%	62,6%	58,4%
Extérieur du Canada	31,9%	34,9%	31,2%	40,6%	37,4%	41,6%
Milieu de résidence	(132 900)	(1 169 600)	(133 700)	(1 379 400)	(163 500)	(1 546 300)
Urbain	87,9%	87,6%	84,2%	85,7%	81,4%	82,9%
Rural	12,1%	12,4%	15,8%	14,3%	18,6%	17,1%
Niveau de santé perçue	(133 000)	(1 170 400)	(133 100)	(1 377 200)	(163 000)	(1 545 400)
Bonne	48,2%	79,7%	44,0%	77,2%	45,5%	77,8%
Mauvaise	51,8%	20,3%	56,0%	22,8%	54,5%	22,2%
Hospitalisé récemment	(132 000)	(1 170 300)	(133 700)	(1 374 400)	(163 000)	(1 544 700)
Oui	46,1%	10,1%	49,5%	8,7%	46,5%	9,9%
Non	53,9%	89,9%	50,5%	91,3%	53,5%	90,1%
Besoin d'aide - repas	(132 800)	(1 169 900)	(133 100)	(1 377 900)	(162 900)	(1 546 200)
Oui	40,2%	4,3%	35,3%	5,4%	34,8%	6,7%
Non	59,8%	95,7%	64,7%	94,6%	65,2%	93,3%
Besoin d'aide - magasinage	(132 800)	(1 170 100)	(133 300)	(1 377 800)	(163 400)	(1 545 800)
Oui	55,3%	7,2%	54,0%	12,2%	52,9%	15,0%
Non	44,7%	92,8%	46,0%	87,8%	47,1%	85,0%
Besoin d'aide - travaux ménagers	(132 800)	(1 170 000)	(133 300)	(1 376 900)	(163 100)	(1 545 900)
Oui	58,7%	8,1%	55,2%	12,0%	58,8%	14,2%
Non	41,3%	91,9%	44,8%	88,0%	41,2%	85,8%
Besoin d'aide - soins personnels	(132 800)	(1 170 200)	(133 200)	(1 377 900)	(163 200)	(1 546 300)
Oui	38,1%	2,7%	37,6%	3,3%	38,3%	4,5%
Non	61,9%	97,3%	62,4%	96,7%	61,7%	95,5%
Besoin d'aide - se déplacer à la maison	(132 800)	(1 170 200)	(133 200)	(1 377 800)	(163 500)	(1 545 900)
Oui	29,8%	2,7%	18,3%	2,7%	17,9%	3,1%
Non	70,2%	97,3%	81,7%	97,3%	82,1%	96,9%
Nombre d'activités (AVQ/AIVQ) présentant un besoin d'aide	(132 800)	(1 170 200)	(133 300)	(1 378 300)	(163 500)	(1 546 300)
Aucune	32,2%	89,2%	32,6%	82,4%	31,0%	79,7%
1 ou 2	23,9%	6,5%	28,4%	12,4%	29,7%	13,9%
3 et plus	43,9%	4,3%	39,0%	5,2%	39,3%	6,4%
Nombre de problèmes chroniques de santé	(132 900)	(1 170 400)	(133 700)	(1 379 300)	(163 300)	(1 546 100)
Aucun	22,7%	50,1%	19,5%	41,9%	20,4%	41,1%
1	51,1%	40,4%	44,5%	45,7%	46,8%	44,3%
2 et plus	26,2%	9,5%	36,0%	12,4%	32,8%	14,6%
Mode de collecte des données	(133 000)	(1 170 400)	(133 700)	(1 379 400)	(163 500)	(1 546 300)
Par téléphone	98,7%	98,8%	58,1%	64,5%	54,9%	57,9%
Face à face	1,3%	1,2%	41,9%	35,5%	45,1%	42,1%
Répondant par proxy	(133 000)	(1 170 400)	(133 700)	(1 379 400)	(163 500)	(1 546 300)
Oui	16,7%	6,8%	15,2%	5,6%	16,1%	5,3%
Non	83,3%	93,2%	84,8%	94,4%	83,9%	94,7%
N =	133 000	1 170 400	133 700	1 379 400	163 500	1 546 300

Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

3.1.3-Distribution de l'aide reçue

La figure 7 illustre l'évolution du niveau d'utilisation de l'aide publique à domicile pour les 65 ans et plus selon les différents types de soins et services. Puisque les répondants aux enquêtes devaient identifier tous les types reçus, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Autrement dit, elles doivent être analysées indépendamment, car en faire la somme dépasserait 100%. La catégorie 'autres' n'étant pas clairement définie, puisque réunissant tout soin ou service que les répondants n'arrivaient pas à classer, elle ne sera pas spécifiquement analysée. Par ailleurs, la catégorie 'équipements médicaux', introduite seulement à partir de l'ESCC 2005, fut conservée, car elle illustre bien qu'une part non négligeable des utilisateurs (environ 10%) nécessite cette forme de soutien à domicile. Cette catégorie surpasse celle des services de relève et du magasinage, parfois même de l'aide pour les repas, et vient pallier à des besoins de santé.

La tendance entre 1996-1997 et 2005 dans les types d'aide reçue chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Canada et en Ontario est sensiblement la même. Il y a ainsi une augmentation de la réception des soins infirmiers (bien que minime en Ontario), soins d'hygiène personnelle et services de relève, mais une baisse des travaux ménagers, préparation ou livraison des repas et magasinage. La seule exception se situe au niveau de la réception d'autres soins ou services de santé, dont la part s'est légèrement accrue (13% à 15%)⁸ en Ontario contrairement à l'ensemble national.

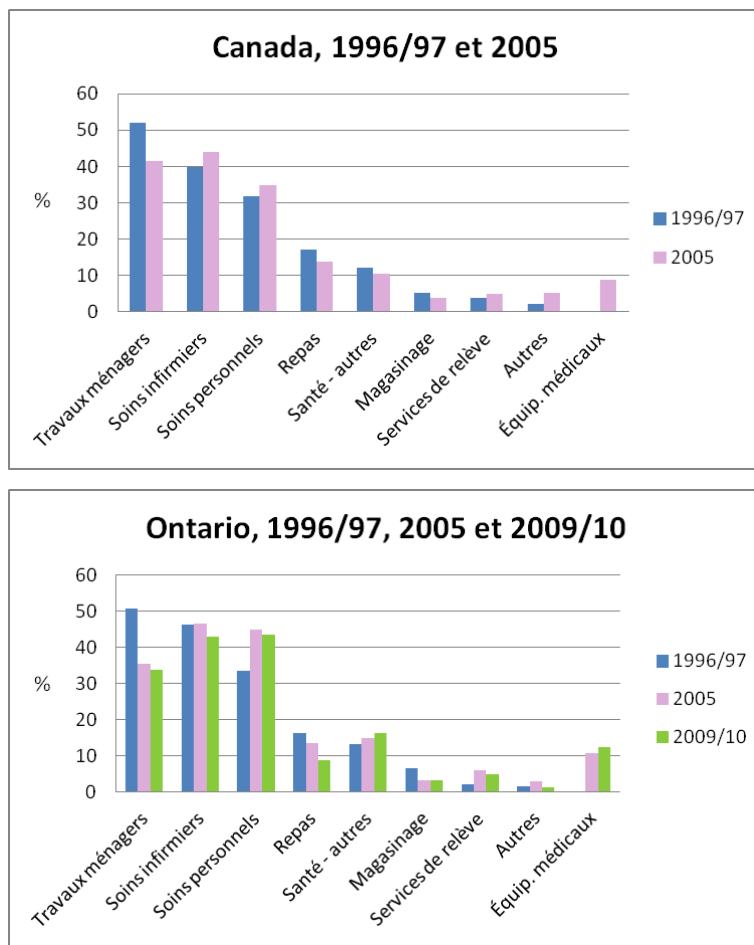
Il est aussi possible d'analyser la tendance sur une plus longue période (1996-1997 à 2009-2010) avec les données de l'Ontario. Tout comme le cas précédent, il y a augmentation des soins personnels, des services de relève et des autres services ou soins de santé, mais diminution des travaux ménagers, repas et magasinage. Toutefois, nous remarquons en plus un déclin des soins infirmiers (46% à 43%)⁹ et un faible accroissement de la réception d'équipement médical (11% à 12%)⁹ pour

⁸ Tableau A-1 en annexe.

⁹ Données non-publiées.

l'intervalle allant de 2005 à 2009-2010. Cette dernière tendance n'ayant pu être mise en lumière plus tôt dû à l'absence de données sur le sujet.

Figure 7. *Prévalence de la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement selon le type d'aide reçue, pour les 65 ans et plus, selon l'année, Canada et Ontario*



Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

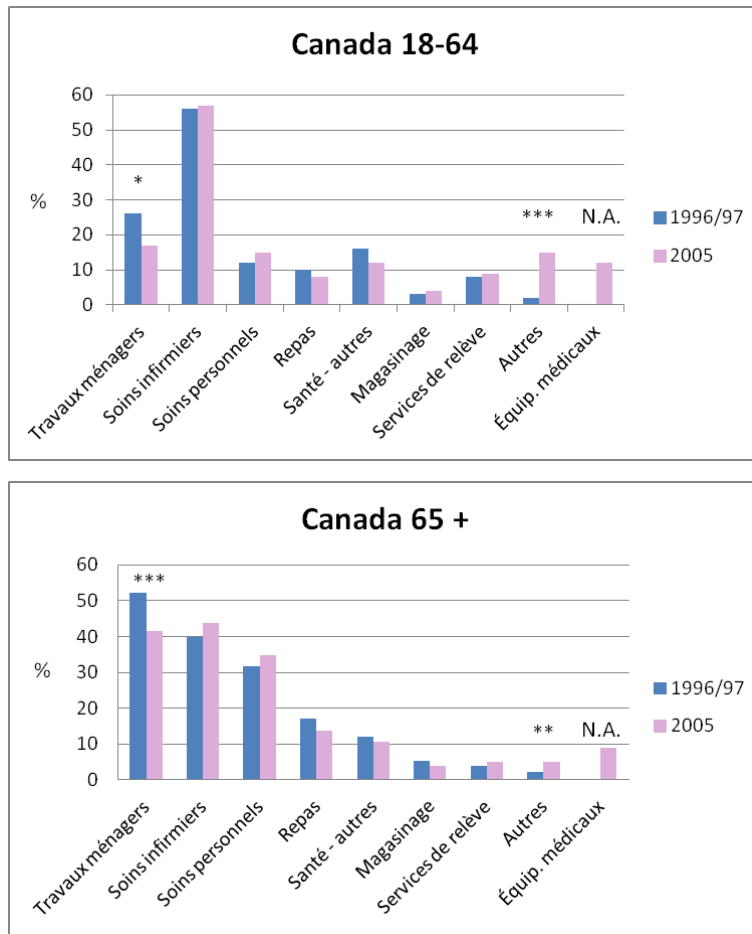
La figure 7 démontre également l'aspect plutôt singulier de l'année 2005. Tel que relevé précédemment, la prévalence de la réception d'aide à domicile subventionnée a chuté en 2005 par rapport à 1996-1997, puis est remontée au cycle suivant, sans toutefois atteindre le même niveau qu'au départ. Ce type de phénomène

se retrouve également dans la réception de soins infirmiers, soins personnels, services de relève et autres aides, dont la proportion grimpe en 2005 pour se rétablir à la baisse en 2009-2010. Au vu des nombreuses particularités de l'ESCC 2005, nous croyons qu'il est nécessaire d'être prudent lors de l'analyse des résultats de ce cycle d'enquête.

3.1.4- Changements à travers le temps

Après avoir identifié ces différences de distribution, il est important de savoir si les changements sont bel et bien significativement différents, ce que permet le test Wald qui compare deux proportions lorsque la variable dépendante est dichotomique. Pour avoir une variance robuste, le test fut appliqué aux données pondérées à l'aide des poids bootstrap fournis par Statistique Canada. D'emblée, la figure 8 illustre que les Canadiens de 65 ans et plus reçoivent principalement de l'aide gouvernementale pour les travaux ménagers, les soins infirmiers et les soins personnels, tandis que seule la réception de soins infirmiers se démarque chez les plus jeunes. Cette situation est également observable en Ontario (figure A-2 en annexe). Aussi, parmi toutes les tendances suggérées précédemment, le seul changement significatif est la diminution de l'aide pour les travaux ménagers, plus marquée chez les 65 ans et plus ($p \leq 0.001$) que chez les 18 à 64 ans ($p \leq 0.05$). Même s'il est impossible d'identifier ce à quoi se réfère l'augmentation notable pour la catégorie autres types d'assistance, il pourrait être tentant d'y voir un développement des soins et services offerts. Enfin, le test n'a pas pu être réalisé dans le cas de la réception d'équipements médicaux puisque l'information nécessaire n'existe pas pour le cycle 1996-1997. En somme, même si nos résultats préliminaires vont dans la même direction que ce qui se retrouve dans la revue de la littérature (quoiqu'à des niveaux plus faibles), soit une augmentation des soins infirmiers, des soins d'hygiène personnelle et une diminution de l'aide aux travaux ménagers (Wilkins, 2006; Hawkins, 2005), le test de Wald permet de dire que seule la tendance à la baisse de cette dernière catégorie est significative.

Figure 8. Comparaison de l'évolution des prévalences entre 1996-1997 et 2005 par type d'aide reçue selon le groupe d'âge, Canada

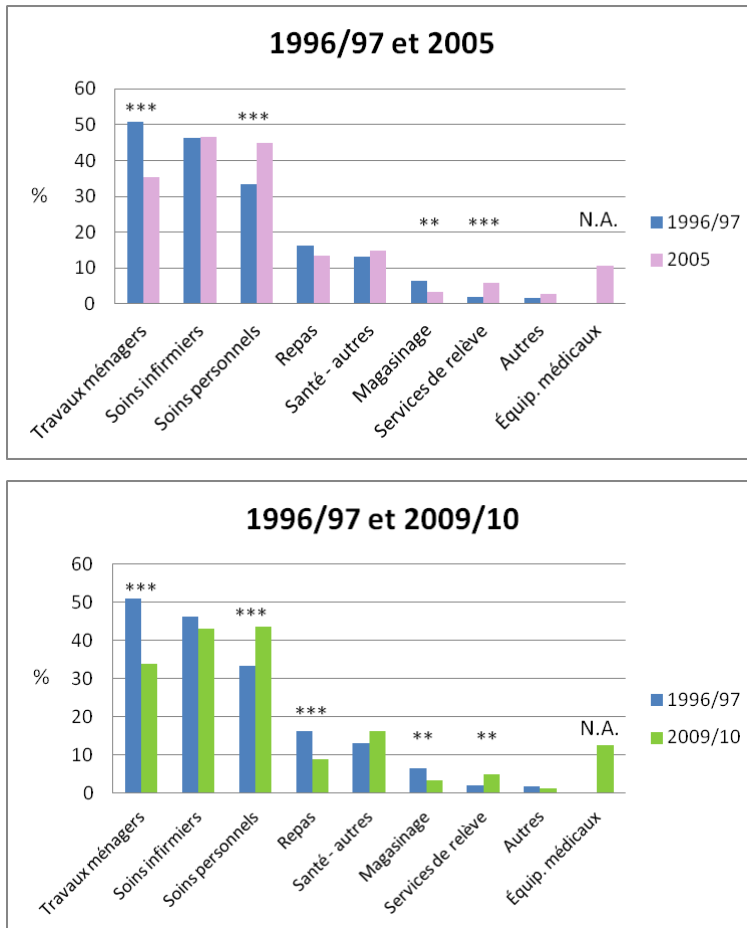


*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$ selon le test de Wald

La prestation des programmes publics d'aide à domicile n'étant pas identique dans chaque province, le cas canadien représente un agrégat de tendances diverses. Par conséquent, il est possible que l'évolution de la prestation dans certaines provinces aille dans des directions inverses, mais ces tendances opposées s'annulent lorsqu'on considère la situation dans son ensemble. Ainsi, pris séparément, l'Ontario se distingue de l'ensemble national avec une plus grande quantité de changements marqués (figure 9). Pour la même période d'observation, soit de 1996-1997 à 2005, la tendance à la hausse des soins personnels et des services de répit, ainsi que celle à la baisse des travaux ménagers (seule tendance significative pour le Canada) et du magasinage s'avèrent significatives. Malgré la particularité des résultats de 2005,

telle que soulevée plus haut, les tendances plus récentes (1996-1997 à 2009-2010) sont relativement semblables. L'accroissement de la réception de services de relève est cependant légèrement plus faible ($p = 0.002$ contre $p = 0.001$)¹⁰ et s'ajoute une diminution notable dans l'aide aux repas ($p = 0.000$).¹⁰

Figure 9. Comparaison de l'évolution des prévalences selon la période par type d'aide reçue, pour les 65 ans et plus, Ontario



*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$ selon le test de Wald

¹⁰ Résultats non publiés.

3.2-Résultats multivariés

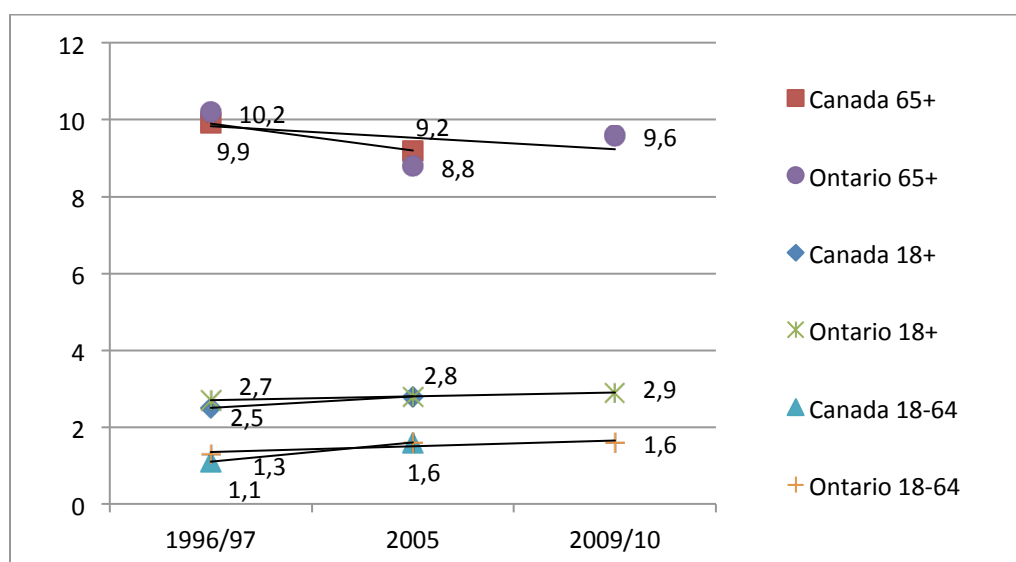
Cette seconde section cherche à identifier les déterminants de la réception d'aide grâce au modèle de régression logistique binomial appliqué à une base de données pondérée combinant tous les cycles d'enquêtes et où les poids bootstrap garantissent une variance robuste. Ce modèle comprend les variables indépendantes et de contrôles énoncées à la figure 5. Ainsi, pour chaque cycle nous présentons la valeur du coefficient estimé, sa significativité, le rapport de cote et la moyenne des probabilités prédites (pourcentage). À des fins d'analyse transversale, nous discuterons des résultats en termes de rapport de cote (l'exponentiel du coefficient) qui représente la cote estimée d'un groupe d'intérêt par rapport à celle d'un groupe de référence. La cote $[p/(1-p)]$ consiste en la probabilité qu'un événement se produise, dans le cas présent, recevoir de l'aide publique à domicile, sur la probabilité qu'il ne se produise pas. Une valeur supérieure à l'unité signifie que la chance de l'événement est plus importante que chez le groupe de référence, alors qu'une valeur entre 0 et l'unité implique une chance plus faible. Le rapport de cote est donc une mesure relative de grandeur d'effet par rapport au groupe de référence. Par conséquent, pour étudier l'évolution de l'effet des déterminants à différents cycles, il est nécessaire d'utiliser une mesure comparable, d'où le recours aux probabilités prédites. Nous verrons l'effet de l'année d'enquête, les déterminants du recours au soutien gouvernemental par année ainsi que les changements de leur effet à travers le temps.

3.2.1-Tendance entre 1996-1997 et 2009-2010

Pour tester s'il existe une tendance significative dans l'évolution de la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement entre 1996-1997 et 2009-2010, seul le facteur temps nous intéresse pour le moment. Par conséquent, le tableau 4 ne présentera que les paramètres associés à la variable d'année de l'enquête, une fois toutes les autres variables du modèle logit prises en compte.

Les tendances dépeintes à partir des résultats descriptifs (figure 10) ne contrôlent pas les effets des variables sociodémographiques, ce que permet le modèle de régression. Ce faisant, nous notons une situation quelque peu différente (tableau 4). Nous trouvons plutôt une certaine stabilité du phénomène dans son ensemble (18+) entre 1996-1997 et 2005 au Canada, mais une diminution notable de la part des bénéficiaires ontariens entre 1996-1997 et 2009-2010. De manière plus détaillée, il existe effectivement une hausse chez les jeunes utilisateurs au Canada ($p \leq 0.01$), mais non pas en Ontario, tandis que la baisse chez les 65 ans et plus est effectivement significative, quoiqu'à un niveau plus élevé pour l'Ontario ($p = 0.000$) que pour le pays ($p \leq 0.01$). En d'autres mots, les personnes âgées canadiennes reçoivent de moins en moins de soins et services à domicile de la part du gouvernement, l'ampleur de cette diminution variant selon la province, dans un contexte de réduction générale du soutien en Ontario, mais de redistribution vers les plus jeunes au niveau canadien.

Figure 10. *Tendance du taux d'utilisation de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement (%) selon le groupe d'âge, Canada et Ontario, 1996-1997 à 2009-2010*



Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

Les taux inscrits sont les taux observés, ils ne sont donc pas issus de la droite de tendance estimée

Tableau 4. Paramètres de régression associés à l'année d'enquête (1996-1997, 2005 et 2009-2010) sur le risque de recevoir de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement en contrôlant pour les variables sociodémographiques selon le groupe d'âge, Canada et Ontario

Réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement							
Canada 18+			Rapport	Ontario 18+			Rapport
Année	β	Significativité	de cote	Année	β	Significativité	de cote
1996/97 (a)	-		-	1996/97 (a)	-		-
2005	0,066	0,358	1,068	2005	-0,112	0,116	0,894
2009/10	(omis)			2009/10	-0,209	0,002 **	0,811
Canada 18-64				Ontario 18-64			
Année				Année			
1996/97 (a)	-		-	1996/97 (a)	-		-
2005	0,326	0,002 **	1,385	2005	0,110	0,296	1,116
2009/10	(omis)			2009/10	-0,034	0,736	0,967
Canada 65+				Ontario 65+			
Année				Année			
1996/97 (a)	-		-	1996/97 (a)	-		-
2005	-0,191	0,036 *	0,826	2005	-0,365	0,000 ***	0,694
2009/10	(omis)			2009/10	-0,385	0,000 ***	0,681

(a) Modalité de référence pour la variable indépendante

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

3.2.2-Déterminants de l'utilisation d'aide à domicile par année

Les déterminants du soutien subventionné sont identifiés selon la significativité de leur effet sur le risque de réception. Les tableaux 5 et 6 présentent les paramètres de régressions associés aux variables indépendantes du modèle de régression logistique pour chaque année de manière distincte, pour le cas du Canada puis de l'Ontario. De manière générale, nos résultats correspondent bien à ceux relevés par la revue de la littérature.

3.2.2.1-Facteurs de prédisposition

Comme la majorité des travaux sur le sujet l'ont démontré, l'âge a un effet important sur la réception d'aide à domicile subventionnée. Le risque de recevoir de l'aide pour les Canadiens ainsi que les Ontariens de 75-84 ans est plus élevé que pour les 65-74 ans et encore plus à partir de 85 ans (par exemple, pour le Canada en 2005, rapports de cote de 1,944 et 2,934). Tel qu'anticipé suite à la recension des écrits, même si les femmes représentent près des deux tiers des bénéficiaires (tableau 2), la variable sexe n'est pas significativement associée à la réception lorsqu'on contrôle pour tous les facteurs. Cela est également le cas pour le niveau d'éducation. Par rapport aux autres types de cohabitation, vivre seul présente un risque d'utilisation plus élevé, mais le fait d'habiter avec quelqu'un autre qu'un conjoint n'a pas toujours un effet protecteur (Canada 1996-1997, Ontario 2005, Ontario 2009-2010). Les répondants vivant avec d'autres, incluant un partenaire, sont ceux ayant le plus faible risque. Enfin, uniquement pour l'année 2005 (cycle particulier), le pays de naissance se révèle être un déterminant de la réception d'aide gouvernementale au Canada et en Ontario, où les immigrants ont significativement moins de chances de recevoir du soutien (rapports de cote respectifs de 0,683 et 0,697).

3.2.2.2-Facteurs du milieu

Alors que la prestation d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement varie selon les provinces, seule la région atlantique en 2005 présentait un risque de réception un peu plus faible que l'Ontario (rapport de cote de 0,766). De plus, tandis que le milieu de résidence n'est pas un déterminant de l'utilisation au niveau national, vivre en régions rurales pour l'Ontario augmente légèrement les chances de réception en 2005 et 2009-2010 (rapports de cote respectifs de 1,310 et 1,392).

3.2.2.3-Facteurs de besoin

Puisque la recension des écrits a identifié cette catégorie de facteurs comme étant la plus explicative de l'utilisation de l'aide à domicile, nous nous attendions à observer plusieurs associations significatives. Effectivement, toutes les variables retenues pour mesurer l'état de santé des répondants se sont révélées avoir habituellement une relation significative avec la réception d'aide publique. Ainsi, à l'exception du cas ontarien en 1996-1997, considérer avoir une mauvaise santé accroît le risque d'utilisation tout comme le fait d'avoir été hospitalisé au cours des douze derniers mois. Les tableaux 5 et 6 illustrent bien l'effet aggravant du besoin d'aide pour les activités quotidiennes. En effet, le risque s'élève considérablement à mesure que le nombre d'AVQ/AIVQ nécessitant de l'aide augmente (par exemple, rapports de cote passant de 3,871 à 10,948 au Canada en 2005). Finalement, tout comme le laissait présager la revue de la littérature, l'effet des problèmes chroniques de santé est plutôt incertain. Le risque tend à augmenter avec le nombre croissant de problèmes, mais la tendance n'est pas toujours significative pour autant.

3.2.2.4-Variables de contrôle

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les variables de contrôle n'ont aucune relation significative avec la réception d'aide subventionnée par le gouvernement lorsque l'on garde constante la structure sociodémographique de la population, et ce, peu importe la région ou la période. Autrement dit, ces facteurs méthodologiques n'introduisent aucun biais entre les trois cycles d'enquêtes.

3.2.3-Évolution des déterminants à travers le temps

Jusqu'à présent, le rapport de cote nous a permis d'analyser la situation de manière transversale. Cette mesure étant relative à une catégorie de référence, il est toutefois impossible de comparer différents cycles d'enquêtes pour analyser l'évolution des déterminants de la réception d'aide subventionnée. Pour pallier cette

difficulté, nous utilisons la moyenne des probabilités prédites (%) pour chaque observation, contrôlant ainsi pour la distribution des autres variables du modèle.

Ce faisant, nous voyons dans un premier temps que la réception d'aide a bel et bien diminué au Canada entre 1996-1997 et 2005, puisque la valeur de la probabilité prédite de la constante, soit de l'ensemble du modèle, a baissé de 0,8 point de pourcentage (tableau 5). En d'autres mots, cela signifie que, toutes choses étant égales par ailleurs, la probabilité de recevoir de l'aide publique à domicile chez les Canadiens de 65 ans et plus est passée de 9,7% à 8,9%. Les déterminants ayant le plus souffert durant la période sont le fait de vivre seul, d'être né à l'extérieur du pays et d'avoir au moins un besoin d'aide pour les activités quotidiennes. De manière plus générale, nous voyons également que les personnes âgées, principalement celles de 85 ans et plus, les femmes, ceux ne vivant pas avec un conjoint, ayant un faible niveau de scolarité, considérant avoir une mauvaise santé ou ayant moins de deux problèmes chroniques de santé ont moins de chances d'être bénéficiaires du soutien public en 2005 qu'en 1996-1997. À l'opposé, ceux vivant avec d'autres, dont un conjoint, ou qui ont été hospitalisés récemment ont plus de chances de bénéficier de l'aide. Ainsi au Canada, l'évolution de la distribution des programmes publics se fait au détriment des gens les plus vulnérables, même s'ils en demeurent généralement les principaux bénéficiaires.

D'un point de vue géographique, on note une baisse de la probabilité d'utilisation dans toutes les régions canadiennes (quoique plus timidement en Colombie-Britannique), sauf au Québec. Alors que les Québécois de 65 ans et plus avaient la plus faible probabilité en 1996-1997 (7,3% de la population recevant de l'aide à domicile subventionnée), une hausse de plus de deux points de pourcentage les place en tête à l'année 2005, avec une probabilité de 9,6% de recevoir de l'aide.

Pour le cas ontarien, nous constatons de nouveau qu'en contrôlant pour les variables sociodémographiques, la diminution de l'utilisation de l'aide se confirme. La probabilité prédite passe de 9,9% des personnes âgées en 1996-1997 à 8,5% en 2005 pour remonter par la suite légèrement sous la valeur initiale avec 9,4% en 2009-2010 (tableau 7). Ainsi, la singularité des données ontariennes de 2005 soulevée à la

section 3.1.3 se reflète de nouveau dans les résultats du modèle logistique. D'ailleurs, la forte majorité des déterminants connaissent la même progression, soit une perte importante entre les deux premiers cycles d'enquêtes qui se récupère en partie au troisième cycle. Les seules variables à suivre la trajectoire inverse sont l'hospitalisation récente et avoir au moins deux problèmes chroniques de santé, dont la probabilité grimpe en 2005 pour redescendre en 2009-2010.

Donc, en omettant 2005 pour se concentrer sur la tendance à long terme allant de 1996-1997 à 2009-2010 nous constatons à l'aide des données de l'Ontario que les personnes âgées, plus particulièrement ceux entre 75 et 85 ans, les femmes, ceux ayant un faible niveau de scolarité, moins de deux problèmes chroniques de santé ou au moins un besoin d'aide pour les activités quotidiennes ont une probabilité plus faible d'obtenir du soutien public. L'effet de la restriction dans les activités de tous les jours est celui qui fut le plus affecté entre les deux cycles d'enquêtes. La probabilité de réception pour ceux présentant un ou deux besoins est passée de 18,5% à 13,4%, et de 36,7% à 24,5% pour ceux plus lourdement limités, soit une perte respective de 5 et 12 points de pourcentage. Les déterminants dont l'impact sur la réception a gagné en importance sont l'hospitalisation récente et, dans une moindre mesure, être un homme.

De plus, la probabilité de réception pour ceux vivant avec un conjoint et d'autres perd près de trois points de pourcentage (6,8% à 4,2%) tandis qu'elle augmente de près de quatre points (7,1% à 10,8%) pour ceux vivant avec d'autres, mais sans conjoint. Aussi, peu importe le niveau de santé perçu, il y a diminution de la probabilité de réception et les personnes urbaines ont légèrement moins de chances de recevoir (10% à 9,1%), se faisant dépasser par les ruraux dont la probabilité s'élève de 9,5% à 11,3%.

Tableau 5. Paramètres de régression logistique et probabilités prédites (%) associés à la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement pour les 65 ans et plus, selon l'année (1996-1997 et 2005), Canada

	1996/97				2005			
	β	sign.	rapport de cote	probabilité prédite	β	sign.	rapport de cote	probabilité prédite
Groupes d'âge								
65-74 ans (a)	-	-	-	7,244	-	-	-	6,344
75-84 ans	0,606	0,000 ***	1,834	10,916	0,665	0,000 ***	1,944	10,311
85 ans et +	1,175	0,000 ***	3,237	15,550	1,076	0,000 ***	2,934	13,637
Sexe								
Hommes (a)	-	-	-	8,791	-	-	-	9,221
Femmes	0,252	0,116	1,287	10,315	-0,078	0,327	0,925	8,744
Région de résidence								
Colombie-Britannique	-0,268	0,270	0,765	9,327	-0,016	0,879	0,984	8,913
Alberta	-0,047	0,681	0,954	10,709	-0,048	0,746	0,953	8,722
Prairies	0,033	0,831	1,034	11,248	-0,086	0,400	0,918	8,497
Ontario (a)	-	-	-	11,022	-	-	-	9,012
Québec	-0,639	0,056	0,528	7,317	0,093	0,312	1,097	9,599
Atlantique	-0,157	0,536	0,855	10,005	-0,266	0,020 *	0,766	7,487
Mode de vie								
Seul (a)	-	-	-	13,305	-	-	-	11,102
Conjoint seulement	-0,802	0,000 ***	0,448	8,058	-0,497	0,000 ***	0,608	7,908
Conjoint et d'autres	-1,232	0,000 ***	0,292	6,002	-0,620	0,001 ***	0,538	7,243
Avec autres, mais sans conjoint	-0,691	0,067	0,501	8,669	-0,458	0,000 ***	0,632	8,125
Niveau d'éducation								
Moins qu'un diplôme d'études secondaires (a)	-	-	-	9,874	-	-	-	8,933
DES	0,121	0,466	1,128	10,641	-0,054	0,590	0,947	8,606
Études post-secondaires, sans université	-0,126	0,558	0,882	9,120	0,000	1,000	1,000	8,933
Études universitaires	-0,142	0,584	0,868	9,029	0,052	0,686	1,054	9,257
Pays de naissance								
Canada (a)	-	-	-	9,435	-	-	-	9,507
Extérieur du Canada	0,207	0,253	1,230	10,733	-0,381	0,000 ***	0,683	7,291
Milieu de résidence								
Urbain (a)	-	-	-	9,657	-	-	-	8,865
Rural	0,078	0,690	1,081	10,141	0,056	0,456	1,057	9,210
Niveau de santé perçue								
Mauvaise (a)	-	-	-	11,976	-	-	-	10,128
Bonne	-0,543	0,002 **	0,581	8,419	-0,330	0,000 ***	0,719	8,035
Hospitalisé récemment								
Non (a)	-	-	-	7,568	-	-	-	6,560
Oui	1,250	0,000 ***	3,489	17,208	1,461	0,000 ***	4,310	18,627
Nombre d'activités (AVQ/AIVQ) présentant un besoin d'aide								
Aucune (a)	-	-	-	4,514	-	-	-	4,514
1 ou 2	1,770	0,000 ***	5,871	18,647	1,354	0,000 ***	3,871	13,978
3 et plus	2,526	0,000 ***	12,508	30,324	2,393	0,000 ***	10,948	28,641
Nombre de problèmes chroniques de santé								
Aucun (a)	-	-	-	9,212	-	-	-	7,512
1	0,104	0,558	1,109	9,840	0,250	0,003 **	1,283	8,972
2 et plus	0,189	0,507	1,208	10,385	0,512	0,000 ***	1,669	10,749
Mode de collecte des données								
Par téléphone (a)	-	-	-	9,521	-	-	-	8,910
Face à face	0,502	0,194	1,652	12,937	0,007	0,924	1,007	8,951
Répondant par proxy								
Non (a)	-	-	-	9,837	-	-	-	8,942
Oui	-0,162	0,572	0,850	8,879	-0,024	0,869	0,976	8,794
Constante	-2,995	0,000 ***	0,050	9,739	-3,361	0,000 ***	0,035	8,926
	N=		3 328 915				3 653 754	

(a) Modalité de référence pour la variable indépendante

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

Tableau 6. Paramètres de régression logistique associés à la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement pour les 65 ans et plus, selon l'année (1996-1997, 2005 et 2009-2010), Ontario

	1996/97			2005			2009/10		
	β	sign.	rappor t de cote	β	sign.	rappor t de cote	β	sign.	rappor t de cote
Groupes d'âge									
65-74 ans (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75-84 ans	0,666	0,000 ***	1,946	0,418	0,002 **	1,519	0,438	0,001 ***	1,550
85 ans et +	1,158	0,000 ***	3,183	0,902	0,000 ***	2,465	1,128	0,000 ***	3,090
Sexe									
Hommes (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes	0,180	0,186	1,197	-0,165	0,203	0,848	-0,160	0,237	0,852
Mode de vie									
Seul (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conjoint seulement	-0,445	0,002 **	0,641	-0,560	0,000 ***	0,571	-0,466	0,000 ***	0,628
Conjoint et d'autres	-0,976	0,000 ***	0,377	-0,797	0,007 **	0,450	-1,504	0,000 ***	0,222
Avec autres, mais sans conjoint	-0,908	0,001 ***	0,403	-0,358	0,110	0,699	-0,193	0,507	0,824
Niveau d'éducation									
Moins qu'un dipl. d'études secondaires (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DES	0,014	0,929	1,014	0,196	0,260	1,217	0,028	0,856	1,029
Études post-secondaires, sans université	-0,228	0,108	0,796	-0,029	0,833	0,972	-0,076	0,604	0,927
Études universitaires	-0,197	0,395	0,821	0,037	0,871	1,038	0,031	0,873	1,031
Pays de naissance									
Canada (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extérieur du Canada	-0,161	0,258	0,851	-0,360	0,007 **	0,697	-0,195	0,140	0,823
Milieu de résidence									
Urbain (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rural	-0,085	0,612	0,918	0,270	0,050 *	1,310	0,331	0,023 *	1,392
Niveau de santé perçue									
Mauvaise (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bonne	-0,262	0,066	0,770	-0,306	0,037 *	0,736	-0,333	0,009 **	0,717
Hospitalisé récemment									
Non (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oui	1,621	0,000 ***	5,057	1,987	0,000 ***	7,296	1,696	0,000 ***	5,450
Nombre d'activités (AVQ/AIVQ) présentant un besoin d'aide									
Aucune (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 ou 2	1,695	0,000 ***	5,449	1,167	0,000 ***	3,211	1,207	0,000 ***	3,345
3 et plus	2,805	0,000 ***	16,533	2,467	0,000 ***	11,788	2,089	0,000 ***	8,078
Nombre de problèmes chroniques de santé									
Aucun (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	0,375	0,009 **	1,455	0,147	0,350	1,158	0,347	0,034 *	1,415
2 et plus	0,370	0,064	1,448	0,682	0,000 ***	1,979	0,572	0,001 ***	1,772
Mode de collecte des données									
Par téléphone (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Face à face	0,361	0,449	1,435	0,162	0,202	1,176	0,092	0,438	1,096
Répondant par proxy									
Non (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oui	-0,057	0,811	0,945	-0,379	0,157	0,685	0,242	0,349	1,273
Constante	-3,440	0,000 ***	0,032	-3,366	0,000 ***	0,035	-3,353	0,000 ***	0,035
N=	1 248 426			1 405 446			1 610 189		

(a) Modalité de référence pour la variable indépendante

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

Tableau 7. Probabilités prédites (%) associés à la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement pour les 65 ans et plus, selon l'année (1996-1997, 2005, 2009-2010), Ontario

	1996/97	2005	2009/10
	probabilité prédite	probabilité prédite	probabilité prédite
Groupes d'âge			
65-74 ans (a)	7,620	6,908	7,119
75-84 ans	11,665	9,206	9,759
85 ans et +	15,665	12,618	15,460
Sexe			
Hommes (a)	9,309	9,100	10,026
Femmes	10,376	8,167	9,013
Mode de vie			
Seul (a)	12,388	10,960	12,192
Conjoint seulement	9,526	7,592	8,957
Conjoint et d'autres	6,828	6,451	4,195
Avec autres, mais sans conjoint	7,136	8,694	10,752
Niveau d'éducation			
Moins qu'un dipl. d'études secondaires (a)	10,402	8,389	9,485
DES	10,488	9,535	9,666
Études post-secondaires, sans université	9,060	8,232	9,012
Études universitaires	9,237	8,596	9,681
Pays de naissance			
Canada (a)	10,294	9,269	9,896
Extérieur du Canada	9,342	7,295	8,680
Milieu de résidence			
Urbain (a)	10,036	8,313	9,055
Rural	9,535	9,912	11,263
Niveau de santé perçue			
Mauvaise (a)	10,963	9,546	10,672
Bonne	9,341	7,765	8,495
Hospitalisé récemment			
Non (a)	7,359	5,597	6,567
Oui	20,827	22,911	21,747
Nombre d'activités (AVQ/AIVQ) présentant un besoin d'aide			
Aucune (a)	4,824	4,573	5,061
1 ou 2	18,493	11,672	13,406
3 et plus	36,659	27,939	24,541
Nombre de problèmes chroniques de santé			
Aucun (a)	8,496	7,216	7,529
1	10,713	7,989	9,598
2 et plus	10,684	11,410	11,166
Mode de collecte des données			
Par téléphone (a)	9,954	8,161	9,136
Face à face	12,311	9,085	9,717
Répondant par proxy			
Non (a)	10,023	8,790	9,232
Oui	9,688	6,841	10,845
Constante	9,979	8,538	9,405
N=	1 248 426	1 405 446	1 610 189

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

3.3-Discussion

L'analyse de l'utilisation d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement a révélé d'importants changements à travers le temps qu'il est nécessaire de considérer dans le contexte présent du vieillissement de la population.

Pour nos résultats concernant la diminution de la part de bénéficiaires âgés et l'évolution des types d'assistance offerts, il est difficile de les comparer à d'autres études, puisque peu d'auteurs se sont intéressés à la prévalence de l'aide pour le groupe spécifique des 65 ans et plus. Lorsque dans un premier temps nous analysons la situation dans son ensemble, nos conclusions correspondent à celles de Wilkins ainsi que Forbes et ses collègues, c'est-à-dire une faible augmentation (ou une relative stabilité) de la part des utilisateurs de soins et services à domicile subventionnés dans l'ensemble de la population canadienne (Forbes et al., 2003; Wilkins, 2006). Nos travaux proposent toutefois le fait que ce sont les plus jeunes qui reçoivent l'aide au détriment des plus âgés qui sont moins nombreux à en bénéficier. Ainsi, les résultats de Hawkins, qui note encore une fois un accroissement chez les habitants de l'Est canadien de 45 ans et plus (Hawkins, 2005), s'expliquent par une part plus grande de ces nouveaux utilisateurs plus jeunes dans l'échantillon. Cependant, M.J. Penning et ses collègues se sont, tout comme nous, intéressés aux gens âgés de 65 ans et plus, notant également une baisse du nombre de bénéficiaires en Colombie-Britannique en 1998 (Chappell et al., 2003). Ainsi, la diminution observée au Canada chez les personnes âgées de 65 ans et plus évoque une contraction de l'aide au niveau de chacune des provinces du pays, ou tout au moins, dans les provinces ayant le plus de poids dans l'ensemble national.

Pour ce qui est des types de soins et services offerts, toutes les études, peu importe l'échantillon, ont souligné la diminution des services de travaux ménagers, au même titre que nos propres travaux sur le Canada et l'Ontario (Forbes et al., 2003; Hawkins, 2005; Wilkins, 2006). Toutefois, Wilkins et Hawkins ont du même coup attiré l'attention sur une augmentation des soins infirmiers, en plus d'une hausse des soins personnels dans l'analyse de Wilkins, respectivement chez les Canadiens de 18 ans et plus et les habitants de l'Est canadien de 45 ans et plus, alors que nos travaux

révèlent qu'aucune de ces augmentations n'est significative chez les Canadiens âgés. Cette fois, l'âge ne semble pas être un facteur explicatif puisque nous avons également étudié le groupe des moins de 65 ans et aucune de ces tendances n'y était significative. Il est possible que cette situation découle plutôt de l'absence de test de significativité dans les études qui auraient alors potentiellement enregistré une stabilité de ces prévalences. Ainsi, au cours de la période à l'étude, l'État semble avoir coupé dans l'offre d'aide à domicile aux personnes âgées, et ce, pour les bénéficiaires de services de soutien sans nécessairement affecter ceux recevant des soins de santé.

Nos conclusions concernant l'analyse ponctuelle des déterminants de l'utilisation du soutien à domicile subventionné par le gouvernement chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Canada et en Ontario cadrent bien avec ceux relevés par la recension des écrits. La majorité des travaux canadiens ayant recours au modèle d'Andersen et Newman, laissait effectivement présager que parmi les facteurs de prédispositions, l'âge (Shapiro, 1986; Wilkins et Beaudet, 2000; Hawkins, 2005) et le mode de vie (Wilkins et Park, 1998; Wilkins et Beaudet, 2000; Forbes et Janzen, 2004; Rotermann, 2006; Hawkins, 2005) sont d'excellents déterminants, le sexe (Wilkins et Park, 1998; Wilkins et Beaudet, 2000; Hall et Coyte, 2001) et le niveau d'éducation (Rotermann, 2006; Hall et Coyte, 2001; Hawkins, 2005, Shapiro, 1986) n'y sont pas associés, alors que la relation avec le pays d'origine est ambiguë (Hall et Coyte, 2001; Shapiro, 1986). De la même manière, les caractéristiques du milieu de vie sont équivoques (Kadushin, 2004; Goodridge et al., 2012; Hall et Coyte, 2001) et, à quelques rares exceptions (le nombre de problèmes chroniques de santé au Canada en 1996-1997 et le niveau de santé perçu en 1996-1997), les facteurs de besoins sont presque toujours de bons déterminants de l'utilisation de l'aide à domicile gouvernementale (Wilkins et Park, 1998; Forbes et Janzen, 2004; Rotermann, 2006; Hall et Coyte, 2001; Shapiro, 1986; Kadushin, 2004; Wilkins et Beaudet, 2000; Hawkins, 2005). Ainsi, de manière transversale nous voyons que ceux qui en ont le plus besoin (les plus âgés, ceux n'ayant personne pour les aider dans le ménage, ayant des problèmes de santé ou

ayant une restriction d'autonomie) ont plus de chance de bénéficier d'un soutien de la part du gouvernement.

La revue de la littérature n'a malheureusement pas permis de trouver d'études faisant référence à l'évolution au cours du temps des déterminants de l'utilisation de l'aide à domicile subventionnée. Il est essentiel de remédier à la situation, puisque nos travaux ont mis en évidence un changement important du profil des bénéficiaires. En effet, l'aide à domicile semble rejoindre de moins en moins les personnes âgées, les femmes, ceux vivant seuls ainsi que ceux ayant besoin d'aide pour certaines activités quotidiennes. En fait, même s'ils demeurent de manière générale les principaux utilisateurs de l'aide gouvernementale, ce sont davantage les plus vulnérables qui paraissent souffrir des changements à travers le temps. De l'autre côté, les hommes, de même que ceux récemment hospitalisés ont une probabilité de plus en plus élevée de recevoir du soutien. Il semble que les bénéficiaires sont de plus en plus des individus aux prises avec un problème de santé temporaire plutôt qu'une condition chronique nécessitant du soutien à long terme. Forbes et ses collègues (2003) en sont arrivés sensiblement aux mêmes résultats dans leur étude plus spécifique des déterminants de l'utilisation des services d'entretien ménager d'une part, et des soins infirmiers de l'autre. Dans le premier cas, les facteurs sont être âgé, être une femme, vivre seul, avoir un faible revenu, avoir des restrictions d'activités, ne pas avoir été hospitalisé dans les années antérieures et souffrir d'au moins une maladie chronique, tandis que les déterminants des soins infirmiers sont généralement l'inverse.

Alors que les résultats pour le Canada illustrent bien les grandes tendances en cours au pays, les résultats de l'Ontario mettent en lumière pour leur part l'impact que peuvent avoir les décisions politiques sur l'aide à domicile. En effet, chaque province et territoire étant maître de gérer son programme, seul le niveau provincial permet de saisir cette dynamique particulière. L'étude des changements à l'échelle provinciale, dont la dynamique unique peut être porteuse d'une grande variété de tendances, ne peut donc refléter adéquatement la réalité nationale qui représente un amalgame de différentes politiques provinciales.

Au même titre que l'ensemble canadien, l'Ontario connaît une diminution générale de la part de bénéficiaires âgés, suggérant une contraction de l'offre de soutien pour ce groupe. Toutefois, ce changement n'est pas uniforme au cours de la période à l'étude. Tel qu'on pouvait s'y attendre suite à la recension des écrits, la période 1996-1997 à 2005 correspond sensiblement à la gouvernance du Parti conservateur (1995-2003) qui créa les CASC et mis en place le modèle contractuel de prestations de l'aide à domicile. Ces décisions eurent pour effet d'en réduire l'offre et l'accès, encore plus en régions rurales, ce qui cadre avec nos résultats où la réception d'aide passe de 10,2% à 8,8% chez les personnes âgées. Puis, les Libéraux prirent le pouvoir et décidèrent de mettre plus d'attention sur ce groupe en investissant dans le programme 'Vieillir chez soi'. Cela rejoint de nouveau nos observations, soit une augmentation de la part de bénéficiaires entre 2005 et 2009-2010 (9,6%), qui n'arrive cependant pas à rattraper la proportion initiale.

Pour ce qui est de l'utilisation des divers types d'assistance, nous avons fait ressortir une diminution significative des travaux ménagers, aide aux repas et magasinage simultanément à une augmentation des soins d'hygiène personnelle (mais pas des soins infirmiers ni d'autres soins de santé) et des services de relève. Cela suggère que le gouvernement ontarien investit moins dans les services de maintien, mais porte une attention grandissante au soutien pour les aidants naturels, leur offrant un moment de répit pour qu'ils puissent continuer à offrir une énorme part du soutien à domicile. Cette fois, nous ne remarquons aucune fluctuation majeure durant la période. C'est donc dire que les politiques des Libéraux semblent répondre à un plus grand nombre de personnes âgées, sans toutefois intervenir sur les problèmes d'offre liés au modèle contractuel toujours en place.

Enfin, l'évolution des déterminants en Ontario suggère qu'encore une fois, ce sont les individus les plus vulnérables qui souffrent davantage des changements, malgré le fait qu'ils demeurent les principaux bénéficiaires. Cependant, même si la tendance générale se maintient au cours de l'ensemble de la période, on note de nouveau un changement de direction à partir de 2005. La diminution marquée entre 1996-1997 et 2005 de l'aide aux personnes âgées, aux femmes, à ceux vivant seuls,

et ceux présentant des restrictions pour 1 ou 2 activités quotidiennes est atténuée par l'inversion de la tendance durant la période suivante. Il semble donc y avoir un effort, quoi qu'insuffisant, de la part des Libéraux pour rejoindre ceux qui en ont le plus besoin parmi les personnes âgées. D'autant plus que ceux récemment hospitalisés reçoivent légèrement moins d'aide, tandis que les habitants de régions rurales, particulièrement affectés par les effets négatifs du modèle contractuel, reçoivent de plus en plus. Toutefois, les personnes âgées ayant besoin d'aide pour au moins trois activités quotidiennes continuent de recevoir moins de soutien. Parmi ce groupe, il est surtout question d'individus ayant besoin d'aide pour les AIVQ (préparer les repas, aller à des rendez-vous, faire des courses, faire des travaux ménagers et se déplacer à l'extérieur), donc nécessitant des services de soutien à long terme plutôt que des soins de santé. Autrement dit, malgré un certain effort des Libéraux pour rejoindre les plus vulnérables, les personnes âgées ayant besoin d'un soutien chronique ne paraissent toujours pas convenablement prises en charge.

Les résultats de notre recherche, que ce soit au niveau de l'évolution de l'utilisation des soins et services ou des déterminants de l'utilisation de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement, évoquent une tendance claire de diminution de l'offre de services de soutien à domicile entre 1996-1997 et 2009-2010. Pourtant, les personnes âgées souhaitant demeurer à la maison ont avant tout principalement besoin de ces services de maintien. Tel qu'exposé dans la revue de la littérature, le système de santé au Canada est toujours principalement sous la doctrine d'un modèle de soins conçu il y a plus d'un demi siècle où le biomédical domine (par opposition à un modèle social). Donc, lorsqu'assujetti à une enveloppe budgétaire restreinte, le gouvernement choisit de favoriser le financement des soins de santé. Cela rejoint les politiques fédérales du *Plan décennal de 2004* décrit précédemment qui couvrent maintenant deux semaines de soins actifs post hospitalisation. Il ne reste alors plus suffisamment de ressources pour soutenir adéquatement les services de maintien, comme nos propres résultats le proposent. Autrement dit, malgré la création de nombreux programmes publics prônant le maintien à domicile des personnes âgées (Vieillir chez soi / Aging at home), les aînés semblent être indirectement les principales victimes des compressions budgétaires et changements

de politiques. Cela a d'énormes implications lorsque l'on considère le vieillissement de la population qui ira de plus en plus rapidement avec le passage graduel des baby-boomers dans le groupe des 65 ans et plus. Comment va-t-on gérer l'augmentation de la demande de soins et services de santé ? Peut-on réellement poursuivre sur la voie du modèle présentement en place ?

Sur ce point, il est intéressant de considérer le rythme d'accroissement annuel moyen différentiel du nombre d'utilisateurs par rapport à la population durant la période à l'étude (figure A-3 en annexe). Même si l'on pourrait être tenté de se féliciter de l'accroissement supérieur de la part des utilisateurs en comparaison à la population, il faut voir que cela est davantage dû au groupe des moins de 65 ans¹¹, qui ont plutôt tendance à avoir besoin de soins de courte durée. Chez les aînés, le nombre d'utilisateurs ne suit pas l'augmentation de la population et cet écart devrait s'accroître avec le temps par l'effet d'une insuffisance de l'offre. En effet, tel que souligné par Janice Keefe et ses collègues (2012), la recherche pointe vers une future réduction de la disponibilité du réseau de soutien informel, de même qu'à une possible pénurie de main-d'œuvre formelle qualifiée pour le soutien à domicile dans certaines régions du pays. Par conséquent, si la tendance se maintient, l'offre d'aide ne sera pas en mesure de suivre la demande. Les personnes âgées qui ont besoin de soins et services, mais qui, faute de ressources, ne reçoivent pas l'aide à domicile nécessaire (souvent les plus vulnérables) retournent habituellement dans le système institutionnel où la prestation d'aide est plus onéreuse (Baranek et al., 2004). Cela va à l'encontre du concept de désinstitutionnalisation actuellement en place. Il est donc à prévoir que les gens qui devront rester chez soi présenteront un état de santé de plus en plus mauvais.

Comme Hollander et Tessaro (2001) l'expliquent, couper dans l'offre de services à domicile jugés moins essentiels que les soins pour réduire les coûts peut s'avérer plus onéreux à long terme, car cela accroît le risque de '*health crisis*' chez certains individus qui coûteront de ce fait plus cher qu'au départ. Pourtant, alors que

¹¹ La période 2005 à 2009-2010 en Ontario se distingue, possiblement suite à un effort des Libéraux, de retour au pouvoir, de réajuster la tendance issue des politiques conservatrices, avec la mise en œuvre du programme *Vieillir chez soi* par exemple.

certaines décideurs politiques préfèrent se concentrer sur les soins de courte durée, ayant l'impression que le soutien chronique augmenterait les coûts de santé, ceux-ci pourraient être relativement modestes si on décidait de simplement d'améliorer les systèmes déjà en place (Hollander, 2003). Marcus J. Hollander expose bien le fait que : « *The danger in focusing exclusively on short term home care is that the definition of home care will shift in the minds of policy makers and the public to equating home care with short term home care* » (Hollander, 2003: 8). De nombreux rapports (Conseil canadien de la santé, 2012; ICIS, 2011; Hollander, 2003; Romanow, 2002) ont déjà clairement reconnu l'importance des services de maintien à domicile pour l'ensemble du pays. Néanmoins, les changements tardent à venir. Il est essentiel de modifier au plus vite la tendance observée, en prévision de l'arrivée des baby-boomers. Pour ce faire, il faut d'abord cesser d'essayer de régler le défi actuel avec un système conçu pour répondre aux problèmes des années 1950. Il faut réformer les programmes en place pour aborder la nouvelle réalité en se concentrant sur les problèmes de santé chroniques plutôt que les soins de courte durée. Il est par conséquent fondamental de créer un nouveau modèle pour le système de santé, où l'aide à domicile serait entièrement intégrée dans un continuum de soins et services, et qui serait applicable à l'échelle nationale plutôt que soumis aux disparités provinciales.

Aucune recherche n'étant parfaite, nous terminerons en abordant certaines limites de notre étude. La plus flagrante est évidemment l'absence de données récentes pour le Canada. Faute de cette information, nous avons utilisé les données concernant l'Ontario, seule province à avoir choisi de répondre à ce module de question dans la plus récente enquête. Toutefois, la comparaison des résultats pour les trois cycles de l'Ontario a permis de souligner les particularités de 2005. Même si la tendance générale entre 1996/97-2005 et 1996/97-2009/10 demeure relativement inchangée, l'ESCC 2005 se distingue. Cette situation peut découler de changements réels dû aux changements de politiques entre le Parti Conservateur et Libéral, mais risque d'être plus problématique si une partie de l'explication se situe au niveau de l'enquête, puisqu'étant la seule source de données récentes pour l'ensemble du pays. De plus, pour la même période à l'étude (1996/97-2005), nous avons remarqué que

les résultats pour l'Ontario ne reflétaient pas adéquatement la réalité canadienne. Il est probable que d'autres provinces (telles que le Québec, dont l'utilisation d'aide à domicile gouvernementale s'est particulièrement accrue) puissent avoir suffisamment de poids pour également influencer cette réalité qui correspond à un agglomérat. La situation diffère donc assez pour ne finalement pas être en mesure d'inférer ce que serait exactement la réalité au Canada, si les données existaient. Il est donc important d'insister sur le fait qu'il est essentiel d'avoir des informations récentes à l'échelle nationale pour étudier l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement, d'autant plus qu'il pourrait être intéressant de procéder à des analyses interprovinciales, puisqu'elles ont chacune leur propre programme.

Une autre limite majeure découle de l'utilisation de données secondaires, c'est-à-dire qu'on est limité par ce que les enquêtes nous offrent. Par conséquent, nous n'avons pas été en mesure d'inclure tous les déterminants qui se trouvent normalement dans le modèle d'Andersen et Newman. Par exemple, dû à des problèmes de mesure de données et face à une contrainte de temps et de moyens pour ce mémoire, la variable de revenu n'a pu être incorporée dans notre modèle.

Enfin, le fait que peu d'auteurs se soient penchés sur cette question pour le même échantillon que nous a compliqué la comparaison des résultats. Cependant, les travaux trouvés nous permettent de dire que de futures recherches pourraient approfondir nos résultats sur l'utilisation des types d'assistance en contrôlant pour l'effet de différentes caractéristiques de la population incluses dans le modèle. Aussi, il est important de noter que ce travail portait uniquement sur l'aide publique, alors que les individus peuvent également recourir à l'aide du privé et du réseau informel. Autrement dit, une diminution de l'aide gouvernementale ne signifie pas nécessairement la diminution des besoins. Les besoins chroniques ne disparaissent pas en fonction de l'aide reçue.

Conclusion

Ce projet de mémoire s'est développé dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste qui s'intéresse à l'aide à l'aide formelle, plus précisément à la capacité de payer des baby-boomers par rapport à d'autres cohortes, et les tendances en matière d'utilisation du réseau public. Le but de ce projet consiste à améliorer les projections de besoins d'aide à domicile des personnes âgées grâce à une plus grande variété de scénarios. Avec ce travail de mémoire nous cherchions donc à nous acquitter de la deuxième dimension du projet, soit en apprendre davantage sur l'impact que peuvent avoir les restructurations des programmes d'aide à domicile gouvernementaux chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Pour ce faire, nous avons comme objectifs d'étudier l'évolution de l'utilisation, selon la prévalence à travers différents types d'assistance, en plus des déterminants qui y sont associés au cours de la période 1996-1997 à 2005. Le cas ontarien fut analysé plus particulièrement dans l'espoir de pouvoir utiliser ses données plus récentes (2009-2010) pour inférer ce que serait alors la réalité canadienne si des données à l'échelle nationale avaient été recueillies.

D'emblée, nos travaux ont permis d'observer une baisse de la part des personnes âgées bénéficiaires de soutien public entre 1996-1997 et 2005, au Canada et en Ontario. Toutefois, grâce aux seules données plus récentes, avec le cas ontarien, on note une reprise pour 2009 qui vient atténuer la baisse que l'année 2005 laissait présager. Parmi les soins et services offerts aux 65 ans et plus, seule la baisse de réception d'aide aux travaux ménagers se distingue entre 1996-1997 et 2005 pour le Canada. En se concentrant plutôt sur l'Ontario entre 1996-1997 et 2009-2010, on observe alors une augmentation dans la prestation des soins personnels et de l'assistance aux aidants informels (services de relève) parallèlement à une diminution des services de soutien (travaux ménagers, repas, magasinage) et une certaine stabilité dans l'offre de soins de santé (soins infirmiers et thérapies). Nos analyses multivariées ont aussi permis de mettre en évidence des tendances intéressantes au niveau des facteurs explicatifs de l'utilisation de l'aide publique à domicile. Que ce soit au Canada ou en Ontario, le profil des utilisateurs s'est transformé. L'aide subventionnée rejoint de plus en plus d'hommes, ainsi que d'individus récemment

hospitalisés. En contrepartie, les personnes âgées, les femmes, les gens vivant seuls (principalement au Canada) ou ceux ayant besoin d'aide pour accomplir certaines activités quotidiennes (facteur fortement marqué en Ontario) sont moins nombreux à recevoir de l'aide au fil du temps.

Ce travail a également permis de remarquer que l'utilisation de l'aide à domicile subventionnée en Ontario n'est pas identique à celle de l'ensemble national, puisque la prestation varie selon les programmes uniques à chaque province. Malgré tout, il est essentiel de chercher à examiner les grandes tendances au niveau canadien. Il est donc malheureux de constater l'absence de données postérieures à 2005. Lorsqu'on se concentre sur le cas ontarien, on est alors en mesure d'étudier les répercussions de changements politiques sur l'utilisation de l'aide à domicile. Les résultats suggèrent que même si certains efforts orientés vers les personnes âgées, dont le programme 'Vieillir chez soi', semblent améliorer leur situation, ce groupe d'individus n'est toujours pas adéquatement pris en charge, et ce, puisque le système de santé paraît se concentrer sur l'offre de soins plutôt que de services de maintien à domicile.

Par conséquent, il semblerait que les changements mis en place au cours des dernières années dans la prestation de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement affectent particulièrement les personnes âgées. Par ailleurs, la disponibilité d'aidants naturels est appelée à diminuer. Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, il faut se demander ce qu'il adviendra de ce groupe grandissant de personnes âgées dont les besoins ne sont plus pris en charge par l'État et qui n'ont pas suffisamment d'aide du réseau informel ou les ressources pour se tourner vers le secteur privé. Si la tendance se maintient, force est de croire que les individus maintenus à domicile présenteront un état de santé de plus en plus mauvais, donc beaucoup plus de besoins d'assistance onéreuse. Les répercussions néfastes sont donc d'ordres sociaux et financiers. La force politique de la génération des baby-boomers risque toutefois d'influencer cette tendance. Il est donc essentiel de repenser le système de santé comme un continuum où l'aide à domicile, dont le centre d'intérêt est davantage sur les problèmes de santé chroniques que sur les problèmes

de santé de courte durée, s'intègre à part entière. En s'assurant dès aujourd'hui de bien financer les services de maintien à domicile, qui par définition rejoignent plutôt les personnes âgées, il est possible de remédier à la situation présente. Pour ce faire, il faudrait d'abord séparer l'enveloppe budgétaire pour les soins institutionnels d'une part, et l'aide à domicile de l'autre, pour s'assurer d'avoir un financement adéquat. De cette manière, on impose un fardeau moins important sur le groupe des aidants informels en plus de diminuer à long terme les coûts pour le réseau formel, car on réduit les risques de crises de santé menant à une hospitalisation, donc des coûts de santé supérieurs.

Les travaux futurs devraient garder à l'œil la tendance qui se profile dans le contexte ontarien, puisque étant la seule province dont les données existent dans les cycles d'enquête récents. Il est néanmoins important de mentionner que le module optionnel concernant les services de soins de santé à domicile de l'ESCC 2011 fut utilisé par l'Ontario, mais également par l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick ainsi que Terre-Neuve et Labrador. Cela permet d'ouvrir de nouvelles voies de recherche. Il sera ainsi possible d'étudier l'évolution du processus depuis 15 ans (entre 1996-1997 et 2011), en plus d'être en mesure de comparer les tendances de différentes provinces.

Bibliographie

- ANDERSEN, Ronald M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, no 1, pp. 1-10.
- ANDERSEN, Ronald M. (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use, *Medical Care*, vol. 46, no 7, pp. 647-653.
- ANDERSEN, Ronald M. et NEWMAN, John F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, vol. 51, no 1, pp. 95-124.
- ANDERSEN, Ronald M. et NEWMAN, John F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, *The Milbank Quarterly*, vol. 83, no 4, pp. 1-28.
- ANDERSON, Malcolm et PARENT, Karen (2000). *Care in the Home: Public Responsibility - Private Roles? Paper prepared for the Dialogue on Health Reform*, Kingston, ON: Queen's University.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (ACSSD) (2008). *Portraits des soins à domicile au Canada 2008 [résumé]*, Ottawa : auteur. En ligne. <<http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1898>>. Consulté le 14 février 2012.
- AUBIN, Jacinthe et TRAORÉ, Issouf (2007). L'utilisation des services à domicile et les besoins perçus par les adultes québécois, Institut de la Statistique du Québec, *Zoom Santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, pp. 1-4.
- BARANEK, Patricia M., DEBER, Raisa B. et WILLIAMS, A. Paul (2004). *Almost Home: Reforming Home and Community Care in Ontario*, Toronto: University of Toronto Press.
- CANADIAN HEALTHCARE ASSOCIATION (CHA) (2009). *Home Care in Canada: From the Margins to the Mainstream*, Ottawa : Author.
- CARRIÈRE, Gisèle (2006). Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées, Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 17, no 4, no 82-003 au catalogue, pp. 47-51.

- CHAPPELL, Neena L., GEE, Ellen, McDONALD, Lynn et STONES, Michael (2003). *Aging in Contemporary Canada*, Toronto: Prentice Hall.
- CLOUTIER-FISHER, Denise et SKINNER, Mark W. (2006). Levelling the playing field? Exploring the implications of managed competition for voluntary sector providers of long-term care in small town Ontario. *Health & Place*, vol. 12, no 1, pp. 97-109.
- COLOMBO, Francesca, LLENA-NOZAL, Ana, MERCIER, Jérôme et TJADENS, Frits (2011). *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE.
- CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2008). *Refaire le fondement: Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*, Toronto : Conseil canadien de la santé.
- CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2012). *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?*, Toronto : Conseil canadien de la santé.
- COYTE, Peter C. et MCKEEVER, Patricia (2001). Home care in Canada: Passing the buck, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, no 2, pp.11-25.
- COYTE, Peter C. et YOUNG, Wendy (1999). Regional Variations in the Use of Home Care Services in Ontario, 1993/1995, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, no 4, pp. 376-380.
- CRANSWICK, K. et THOMAS, D (2005). Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux, Statistique Canada, *Tendances sociales canadiennes*, no 11-008 au catalogue, pp. 11-17.
- DE JONG GIERVELD, Jenny (2004). Remarriage, unmarried cohabitation, living apart together: Partner relationships following bereavement or divorce. *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, no 1, pp. 236-243.
- DUMONT-LEMASSON, Mireille, DONOVAN, Carol et WYLIE, Maggie (1999). Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : Une synthèse pour le Canada, Santé Canada, *Système de soins de santé*. En ligne. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/1999-pt-synthes/index-fra.php>>. Consulté le 12 février 2012.
- ERWIN, Steve et MORRISON, Andrew (2009). *L'Ontario transforme les soins à domicile et communautaires pour les personnes âgées*. Toronto : Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

- FORBES, Dorothy A. et EDGE, Dana S. (2009). Canadian Home Care Policy and Practice in Rural and Remote Settings: Challenges and Solutions, *Journal of Agromedicine*, vol. 14, no 2, pp. 119-124.
- FORBES, Dorothy A. et JANZEN, Bonnie L. (2004). Comparison of rural and urban users and non-users of home care in Canada, *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 9, no 4, pp. 227-235.
- FORBES, Dorothy A., STEWART, Norma, MORGAN, Debra, ANDERSON, Malcolm, PARENT, Karen et JANZEN, Bonnie L. (2003). Individual Determinants of Home-Care Nursing and Housework Assistance, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 35, no 4, pp. 14-36.
- GEERLINGS, Sandra W., MARGRIET POT, Anne, TWISK, Jos W.R. et DEEG, Dorly J.H. (2005). Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults, *Ageing and Society*, vol. 25, no 1, p. 111-130.
- GILMOUR, Heather et PARK, Jungwee (2005). Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées, Statistique Canada, *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 16, no 82-003 au catalogue, pp. 23-34.
- GOODRIDGE, Donna, HAWRANIK, Pamela, DUNCAN, Vicky et TURNER, Hollie (2012). Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review, *International Journal of Nursing Studies*, p. 1-10.
- GUERRIERE, Denise N., WONG, Ada Y.M., CROXFORD, Ruth, LEONG, Vivian W., McKEEVER, Patricia et COYTE, Peter C. (2008). Costs and determinants of privately financed home-based health care in Ontario, Canada, *Health and Social Care in the Community*, vol. 16, no 2, pp. 126-136.
- HALL, Ruth et COYTE, Peter C. (2001). Determinants of Home Care Utilization: Who Uses Home Care in Ontario?, *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, no 2, pp. 175-192.
- HAWKINS, Glenda (2005). *Patterns and Predictors of Home Care Utilization in Eastern Canada: Analysing Changes Over a 5-year Period (1996-2001)*, Master thesis, Halifax, Mont Saint Vincent University, 106 p.
- HAWRANIK, Pamela (1998). The Role of Cognitive Status in the Use of Inhome Services: Implications for Nursing Assessment, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, no 2, pp. 45-65.

- HAWRANIK, Pamela et STRAIN, Laurel A. (2001). Cognitive Impairment, Disruptive Behaviors, and Home Care Utilization, *Western Journal of Nursing Research*, vol. 23, no 2, pp. 148-162.
- HOLLANDER, Marcus J. (2003). *Unfinished business: The case for chronic home care services, a policy paper*. Victoria, BC: Hollander Analytical Services.
- HOLLANDER, Marcus J. et PRINCE, Michael J. (2002). *Analysis of Interfaces Along the Continuum of Care. Final Report: "The Third Way": A Framework for Organizing Health Related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families*. Victoria, BC: Hollander Analytical Services Ltd.
- HOLLANDER, Marcus J. et TESSARO, Angela (2001). *Evaluation of the maintenance and preventive model of home care*. Victoria, BC: Hollander Analytical Services Ltd. Rapport final préparé pour Santé Canada.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2004). *Développement d'indicateurs nationaux et de rapports pour les services à domicile. Phase 2 - Rapport final du projet*, Ottawa, ON : ICIS.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2007). *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*, Ottawa, ON : ICIS.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2011). *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa, ON : ICIS.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2012) « Vision et mandat ». In *À propos de l'ICIS*. En ligne. <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/Home/home/cihi000001>>. Consulté le 5 mars 2012.
- KADUSHIN, Goldie (2004). Home Health Care Utilization: Review of the Research for Social Work, *Health and Social Work*, vol. 29, no 3, pp. 219-244.
- KEEFE, Janice, KNIGHT, Lucy, VÉZINA, Samuel, MACDONALD, Bonnie-Jeanne et LÉGARÉ, Jacques (2012). *Caregiver Supply and Demand: Preparing for the Future Needs of Older Canadians. Final Synthesis Paper*. Prepared for Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC), contract no. 9755-09-0017/02
- LAVOIE, Jean-Pierre (2000). Les paradigmes implicites du virage ambulatoire. Vers un affrontement État-familles ?. In *Comprendre la famille V : Actes du 5^e symposium québécois de recherche sur la famille*, sous la dir de Marie Simard et Jacques Alary, Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 48-56.

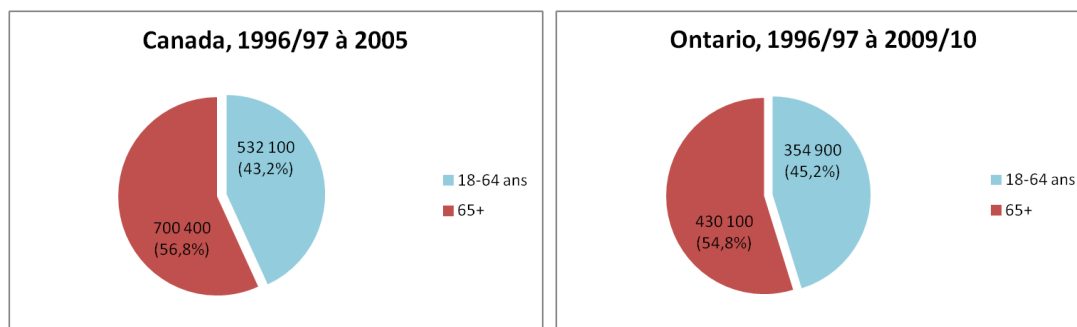
- LÉGARÉ, Jacques, KEEFE, Janice, VÉZINA, Samuel et DÉCARIE, Yann (2012). *Future care needs of older Canadians needing assistance: Who will do how much and for whom? Final Report: Project 2*. Prepared for Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC), contract no. 9755-09-0017/02.
- LE GOFF, Philippe (2002a) Les soins à domicile au Canada : problèmes économiques (PRB 02-29F), *Direction de la recherche parlementaire*, Bibliothèque du parlement. En ligne. 24 p. <<http://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/PRB-f/PRB0229-f.pdf>>. Consulté le 25 février 2012.
- LE GOFF, Philippe (2002b) Les soins à domicile au Québec et en Ontario : structures et dépenses (PRB 02-32F), *Direction de la recherche parlementaire*, Bibliothèque du parlement. En ligne. 22p. <<http://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/PRB-f/PRB0231-f.pdf>>. Consulté le 25 février 2012.
- LEONG, Vivian W., GUERRIERE, Denise N., CROXFORD, Ruth et COYTE, Peter C. (2007). The Magnitude, Share and Determinants of Private Costs Incurred by Clients (and their Caregivers) of In-home Publicly Financed Care, *Healthcare Policy*, vol. 3, no 1, pp. 141-159.
- MacADAM, Margaret (2004). Examining Home Care in Other Countries: The Policy Issues, *Home Health Care Management and Practice*, vol. 16, no 5, pp. 393-404.
- MARTEL, Laurent et BÉLANGER, Alain (2000). L'espérance de vie sans dépendance au Canada, Statistique Canada, *Tendances sociales canadiennes*, no 11-008 au catalogue, pp. 26-31.
- MENEY, Florence (2012) (19 janvier). « Le transfert canadien en santé aux provinces : la fin d'une époque ? ». In *Radio-Canada.ca*. En ligne. <<http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/2012/01/19/002-transfert-sante-dossier2.shtml>>. Consulté le 10 février 2012.
- MINISTÈRE DE LA JUSTICE (2012). Loi canadienne sur la santé (L.R.C. (1985), ch. C-6), *Ministère de la justice*. En ligne. <<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/page-1.html#s-2>>. Consulté le 15 mars 2012.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) (2005). *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*. Le projet de l'OCDE sur la santé, Éditions OCDE.

- PHILLIPS, Owen (2004) Comment utiliser les poids *bootstrap* avec Wes VAR et SUDDAN. *Le Bulletin technique et d'information des Centres de données de recherche*, vol. 1, no 2, no 12-002-XIF au catalogue, pp. 6-15.
- RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ (RLISS) DE HAMILTON NIAGARA HALDIMAND BRANT (2008). Rapport sommaire. Mise en œuvre de la stratégie Vieillir chez soi pendant l'année 1. En ligne. <<http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/23006/285255.pdf>> Consulté le 4 mai 2012.
- ROMANOW, Roy J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport Final*. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- ROTERMANN, Michelle (2006). Utilisation des services de santé par les personnes âgées, Statistique Canada, *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 16, no 82-003 au catalogue, pp. 35-50.
- SANTÉ CANADA (1999). Les soins à domicile au Canada : Vue d'ensemble pour 1999, Santé Canada, *Système de soins de santé*. En ligne. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/1999-home-domicile/index-fra.php>>. Consulté le 18 février 2012.
- SANTÉ CANADA (2001). Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada, *Système de soins de santé*. En ligne. 63 p. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/expen-depens/2001-exp-depen-1980/index-fra.php>>. Consulté le 5 mars 2012.
- SANTÉ CANADA (2004a) Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé. Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Santé Canada, *Système de soins de santé*. En ligne. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>>. Consulté le 7 mars 2012.
- SANTÉ CANADA (2004b) Soins à domicile et soins communautaires, Santé Canada, *Système de soins de santé*. En ligne. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/commun/index-fra.php>>. Consulté le 18 février 2012.
- SANTÉ CANADA (2011) Le système des soins de santé au Canada, Santé Canada, *Rapports et publications – Régime de soins de santé*. En ligne. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>>. Consulté le 13 octobre 2012.
- SHAPIRO, Evelyn (1986). Patterns and Predictors of Home Care Use by the Elderly When Need Is the Sole Basis for Admission, *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 7, no 1, pp.29-44.

- SHAPIRO, Evelyn (2002). *De la connaissance à la pratique : Le Fonds pour l'adaptation des services de santé : Série de rapports de synthèse : Les soins à domicile*, Santé Canada, 52 p.
- STATISTIQUE CANADA (1999) Enquête nationale sur la santé de la population : Volet ménages – transversal. *Questionnaire cycle 2 (1996-1997)*, 122 p.
- STATISTIQUE CANADA (2003) Enquêtes sur la santé – Échantillons transversaux. Aspects pouvant expliquer les différences entre des estimations obtenues à deux différentes occasions d'enquête. En ligne. <http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb-bmdi/document/3226_D17_T9_V4-fra.htm>. Consulté le 5 avril 2012.
- STATISTIQUE CANADA (2006) Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). *Questionnaire pour cycle 3.1*, 302 p.
- STATISTIQUE CANADA (2011) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – composante annuelle. *Guide de l'utilisateur. Fichiers de microdonnées de 2010 et 2009-2010*, 106 p.
- WILKINS, Kathryn (2006). Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement, Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 17, no 4, no 82-003 au catalogue, pp. 41-45.
- WILKINS, Kathryn et BEAUDET, Marie P. (2000). Soutien social aux aînés et soins à domicile, Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 11, no 4, no 82-003 au catalogue, pp. 43-53.
- WILKINS, Kathryn et PARK, Evelyn (1998). Les soins à domicile au Canada. Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 10, no 1, no 82-003 au catalogue, pp. 31-40.
- WILLIAMS, A. Paul, CHALLIS, David, DEBER, Raisa, WATKINS, Jillian, KULUSKI, Kerry, LUM, Janet M. et DAUB, Stacey (2009). Balancing Institutional and Community-Based Care: Why Some Older Persons Can Age Successfully at Home While Others Require Residential Long-Term Care, *Healthcare Quarterly*, vol. 12, no 2, pp. 95-105.
- WOLF, Douglas A., HUNT, Kelly et KNICKMAN, James (2005). Perspectives on the Recent Decline in Disability at Older Age, *The Milbank Quarterly*, vol. 83, no 3, pp. 365-395.

Annexe

Figure A - 1. *Distribution des utilisateurs de l'aide à domicile subventionnée par le gouvernement en nombre et en proportion (%) selon le groupe d'âge, pour l'ensemble de la période, Canada et Ontario*



Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées

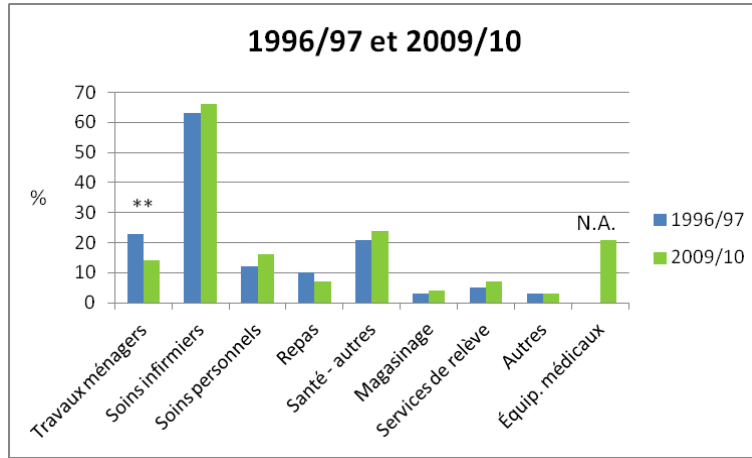
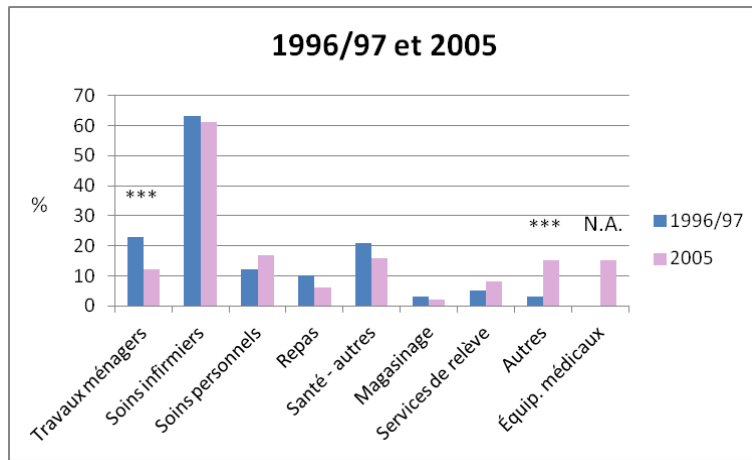
Tableau A - 1. *Prévalence de la réception d'aide à domicile subventionnée par le gouvernement selon le type d'aide reçue, pour les 65 ans et plus, selon l'année, Ontario*

	ENSP 1996/97	ESCC 2005	ESCC 2009/10
Utilisateurs	133,000 (10,2%)	133,700 (8,8%)	163,500 (9,6%)
<i>Type d'aide</i>			
Travaux ménagers	67,700 (50,9%)	47,300 (35,4%)	54,900 (33,8%)
Soins infirmiers	61,600 (46,3%)	62,400 (46,6%)	69,800 (43,0%)
Soins personnels	44,400 (33,4%)	60,100 (45,0%)	70,900 (43,6%)
Repas	21,600 (16,3%)	18,000 (13,5%)	14,300 (8,8%)
Autres services ou soins de santé	17,400 (13,1%)	19,700 (14,8%)	26,300 (16,2%)
Magasinage	8,700 (6,5%)	4,200 (3,2%)	5,200 (3,2%)
Services de relève	2,700 (2,0%)	8,000 (6,0%)	7,800 (4,8%)
Autres	2,100 (1,6%)	3,800 (2,9%)	2,000 (1,2%)
Équipements médicaux	-	14,200 (10,6%)	20,200 (12,4%)

Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

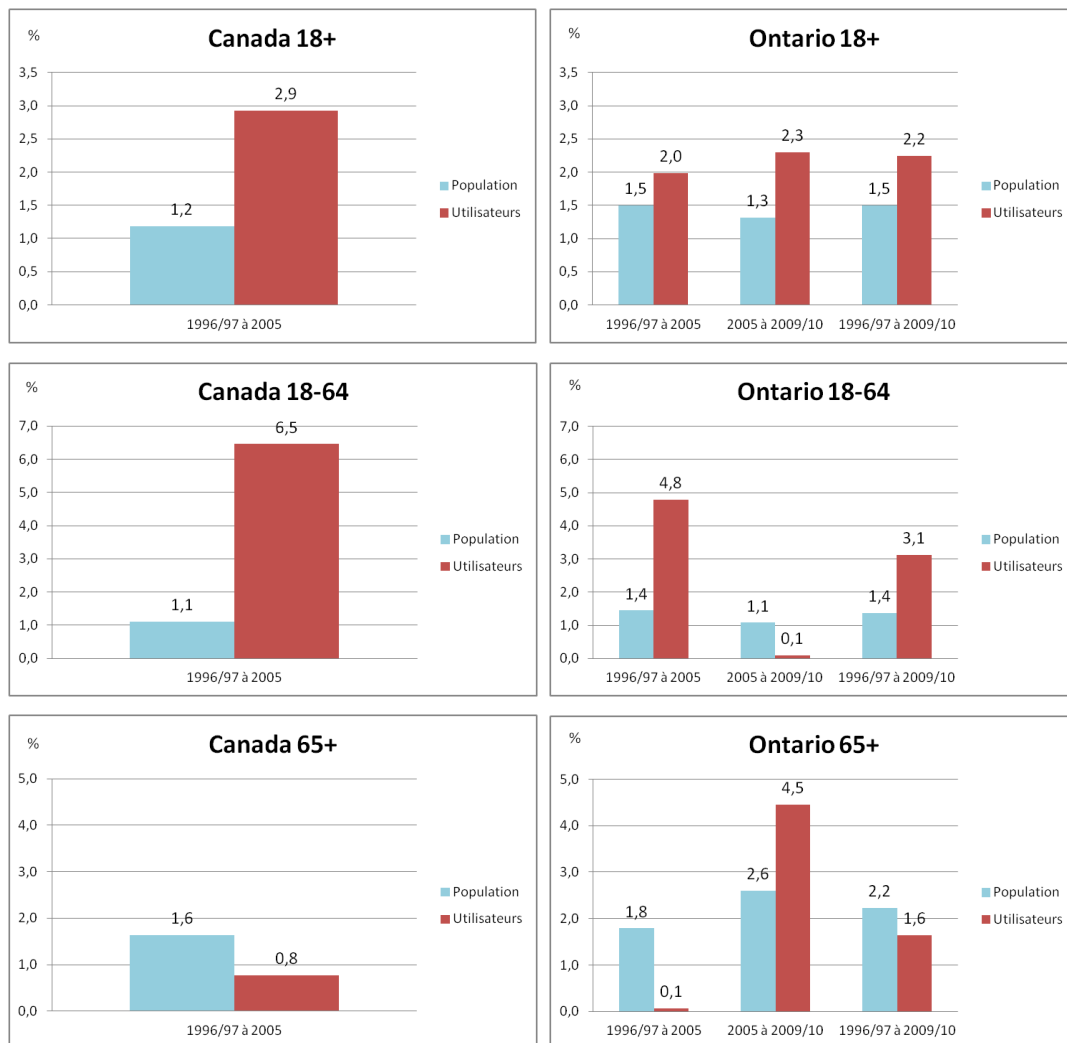
Note : données pondérées

Figure A - 2. Comparaison de l'évolution des prévalences selon la période par type d'aide reçue, pour les 18 à 64 ans, Ontario



*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$ selon le test de Wald

Figure A - 3. *Accroissement annuel moyen (%) du nombre d'utilisateurs par rapport à l'accroissement annuel moyen (%) de la population selon le groupe d'âge et différentes périodes, Canada et Ontario*



Source : Statistique Canada, ENSP et ESCC

Note : données pondérées