



## Défis communs liés aux priorités partagées

Mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie au Canada

Volume 2 | Août 2020



Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

[icis.ca](http://icis.ca)

[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-929-5 (PDF)

© 2020 Institut canadien d'information sur la santé

RAI HC © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1994, 1996, 1997, 1999, 2001. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé.

interRAI HC © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1994-2012. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2020.

RAI-MDS 2.0 © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1995, 1997, 1999. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé.

interRAI LTCF © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1990-2011. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2020.

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie au Canada — volume 2, août 2020.* Ottawa, ON : ICIS; 2020.

This publication is also available in English under the title *Common Challenges, Shared Priorities: Measuring Access to Home and Community Care and to Mental Health and Addictions Services in Canada — Volume 2, August 2020.*

ISBN 978-1-77109-928-8 (PDF)

# Table des matières

À propos du rapport . . . . .	4
Blessures auto-infligées . . . . .	6
Détresse des aidants naturels . . . . .	6
Soins de longue durée . . . . .	6
Renseignements contextuels . . . . .	7
Sélection des indicateurs . . . . .	7
Diffusion des indicateurs . . . . .	8
Nouveaux indicateurs et résultats . . . . .	9
Blessures auto-infligées, incluant le suicide . . . . .	10
Détresse des aidants naturels . . . . .	19
Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile . . . . .	29
Rapport d'étape . . . . .	37
Conclusion . . . . .	42
Annexe A : Blessures auto-infligées, incluant le suicide, répartition selon le type d'événement, 2018-2019 . . . . .	43
Annexe B : Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile . . . . .	45
Annexe C : Notes méthodologiques pour l'étude qualitative . . . . .	46
Annexe D : Texte de remplacement pour les figures . . . . .	47
Références . . . . .	52

## À propos du rapport

Avec le vieillissement de la population, un nombre accru de Canadiens ont besoin de services à domicile ou de services communautaires pour arriver à gérer leurs problèmes de santé et vivre chez eux de façon sécuritaire. Chaque année au pays, une personne sur 5 est aux prises avec des problèmes de santé mentale<sup>1</sup>; l'accès en temps opportun à des services en santé mentale et en toxicomanie est donc une préoccupation grandissante pour les Canadiens de tous âges.

En août 2017, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont souscrit à [un énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#), qui comprend un investissement de 11 milliards de dollars sur 10 ans de la part du gouvernement fédéral. Leur objectif : améliorer l'accès aux services à domicile et en milieu communautaire, ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie<sup>2</sup>. Bien que cet objectif ait été fixé avant la pandémie de COVID-19, il demeure représentatif des domaines hautement prioritaires pour les Canadiens.

Pour mesurer les progrès réalisés au chapitre des priorités partagées en santé, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) collabore avec l'ensemble des provinces et des territoires à l'élaboration d'un ensemble de 12 indicateurs pancanadiens qui font l'objet de rapports<sup>i</sup>. Avec le temps, ces indicateurs permettront de brosser un portrait précis de l'accès aux soins à l'échelle du pays, de cerner les lacunes au chapitre des services et d'apporter des changements significatifs qui amélioreront l'expérience des patients et de leurs familles.

Il s'agit ici du deuxième rapport annuel complémentaire de l'ICIS sur la mesure de l'accès aux services. Le rapport fait état des progrès réalisés à ce jour au chapitre de l'élaboration des indicateurs et de la publication de leurs résultats, décrit la façon d'interpréter les résultats des indicateurs et explique l'importance de ces résultats pour les Canadiens. Il comprend également les premiers résultats des 3 nouveaux indicateurs suivants, qui reposent sur les données de 2018-2019 :

- Blessures auto-infligées, incluant le suicide
- Détresse des aidants naturels
- Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile

---

i. Reconnaissant la volonté du gouvernement du Québec d'exercer sa compétence en matière de santé et de services sociaux sur son territoire et ainsi d'assumer lui-même sa maîtrise d'œuvre à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services en ces matières, notamment en matière de santé mentale et de toxicomanie ainsi que de services à domicile et de soins communautaires, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu le 10 mars 2017 d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes et fondée sur l'entente asymétrique conclue en septembre 2004. Le gouvernement du Québec continuera ainsi de faire rapport à la population québécoise sur l'usage des fonds destinés à la santé et poursuivra sa collaboration avec les autres gouvernements à l'égard du partage d'information et de pratiques exemplaires.

Le rapport a pour objectif d'aider les Canadiens à comprendre les mesures que les nouveaux indicateurs permettent d'effectuer, les forces et les limites de ces indicateurs et les facteurs susceptibles d'influer sur leurs résultats. En reconnaissance des efforts déployés au pays dans la lutte contre la maladie à coronavirus, la diffusion publique du présent rapport, qui était prévue en mai cette année, a été repoussée. Les résultats provinciaux et territoriaux pour les 6 indicateurs diffusés précédemment se trouvent dans l'outil Web [Votre système de santé](#) de l'ICIS. (Le tableau 1 présente le calendrier de diffusion des résultats des 12 indicateurs des priorités partagées en santé.)

La production de rapports sur chacun des indicateurs des services en santé mentale et en toxicomanie, ainsi que des services à domicile et des soins communautaires, n'entraînera pas de changement immédiat. Il faudra un certain temps avant que les investissements se traduisent par une amélioration des soins de première ligne et une meilleure réponse aux besoins des patients et de leur famille. De plus, nous ignorons encore quels seront les répercussions de la COVID-19 sur les indicateurs; il faudra un certain temps pour que les données fournissent un portrait complet. Par conséquent, les données incluses dans ce rapport établissent le cadre de référence à partir duquel les changements seront évalués au fil du temps. Les résultats de nouveaux indicateurs seront publiés tous les ans, jusqu'en 2022, et les mesures existantes seront actualisées et peaufinées à mesure que les données seront plus nombreuses et de meilleure qualité.

## Blessures auto-infligées

En 2018,   
**25 000**  
**Canadiens**  
ont été hospitalisés  
ou sont décédés en raison  
de blessures auto-infligées

(Source : ICIS, 2018)

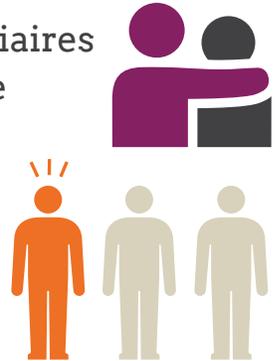
## Détresse des aidants naturels

**96%** des bénéficiaires  
de services à domicile  
de longue durée ont  
un **aidant naturel**

Parmi ces  
aidants naturels,  
**plus de**

**1 sur 3** éprouve de  
la détresse

(Source : ICIS, 2018)



## Soins de longue durée

Environ **1 sur 9**

Résidents nouvellement  
admis en soins de  
longue durée qui  
auraient pu

**recevoir  
des soins  
à domicile**



(Source : ICIS, 2018)

# Renseignements contextuels

## Sélection des indicateurs

D'octobre 2017 à juillet 2018, l'ICIS a dirigé un processus rigoureux visant à sélectionner les indicateurs des [priorités partagées en santé](#). Nous avons mené de nombreuses consultations auprès des gouvernements, des intervenants du secteur, des experts en mesure et de personnes ayant fait l'expérience des services, sous forme d'entrevues, de sondages en ligne et de groupes de discussion. Ces consultations ont permis de cibler des priorités évidentes en vue de combler d'importantes lacunes en matière d'information dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie ainsi que des services à domicile et en milieu communautaire. Les membres du public qui ont participé aux consultations ont fait état des dimensions de l'accès aux soins qui leur importaient le plus : temps d'attente plus courts, accessibilité des services pertinents, amélioration de l'expérience des patients, soutien au cheminement dans le système de santé et prévention.

L'ICIS, en collaboration avec des spécialistes des secteurs et de la mesure, a évalué une centaine de mesures dans chacun des domaines prioritaires. Voici les 3 principes qui ont guidé le choix des 12 indicateurs finaux :

- Pertinence
  - Le choix dépendait de la priorité que donnaient les systèmes de santé et les Canadiens au sujet, et non du degré de facilité de la collecte des renseignements sur ce sujet.
- Équilibre
  - Il était important de s'assurer que les indicateurs portent sur diverses dimensions de l'accès aux soins dans chacun des domaines prioritaires.
- Incidence
  - L'indicateur devait mesurer un aspect de l'accès aux soins dont l'amélioration à l'échelle des systèmes de santé serait pertinente aux yeux des patients.

En juin 2018, la liste définitive des 12 indicateurs proposés par les groupes de travail réunissant l'ICIS et des représentants des gouvernements FPT a été officiellement approuvée par les ministres respectifs de la Santé<sup>3</sup>.

Le Conseil consultatif sur les priorités partagées en santé a été créé en septembre 2018 dans le but de guider l'élaboration des indicateurs<sup>4</sup>. Les membres du Conseil comprennent des représentants des provinces et territoires, de Santé Canada et de Statistique Canada, ainsi que des représentants, à titre d'observateurs, de l'Association canadienne de soins et services à domicile, de la Commission de la santé mentale du Canada et du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. L'ICIS tient également des discussions avec des intervenants provinciaux et territoriaux, des experts et des patients, et sollicite leur avis sur l'élaboration des indicateurs.

## Diffusion des indicateurs

Le processus d'élaboration des indicateurs a atteint son point médian, puisque les résultats de 6 des 12 indicateurs des priorités partagées en santé ont maintenant été diffusés. Le tableau 1 présente la liste complète des indicateurs et les dates prévues pour leur diffusion.

**Tableau 1** Diffusion et déclaration des indicateurs

Année	Indicateurs			Diffusion des indicateurs
2019	Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances* 	Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance* 	Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles† 	 Les résultats des indicateurs peuvent être consultés dans l'outil <a href="#">Votre système de santé : En bref</a>
2020	Blessures auto-infligées, incluant le suicide* 	Détresse des aidants naturels† 	Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile† 	 Les résultats des indicateurs peuvent être consultés dans le présent rapport et sur la <a href="#">page Web Priorités partagées en santé</a>  (En plus des indicateurs actualisés de 2019 accessibles dans l'outil <a href="#">Votre système de santé : En bref</a> )
2021	Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale* 	Temps d'attente pour des services à domicile† 	Maintien à domicile du bénéficiaire grâce aux services à domicile† 	— En plus des indicateurs actualisés de 2019 et de 2020
2022	Niveau d'utilisation des services en santé mentale et en toxicomanie* 	Identification et intervention précoces chez les jeunes* 	Décès à domicile ou hors hôpital† 	— En plus des indicateurs actualisés de 2019, de 2020 et de 2021



\* Santé mentale et toxicomanie



† Services à domicile et soins communautaires

Les résultats de 2 indicateurs de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et d'un indicateur de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ont été publiés en 2019. Des renseignements supplémentaires sur ces mesures se trouvent dans l'outil [Votre système de santé : En bref](#) et dans le premier rapport complémentaire de l'ICIS, [Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada, novembre 2019](#).

## Nouveaux indicateurs et résultats

Cette section du rapport présente les résultats des indicateurs et fournit des renseignements pour faciliter l'interprétation des 3 nouveaux indicateurs qui seront diffusés en août 2020.

Un indicateur de santé est une mesure qui résume l'information sur un sujet prioritaire lié à la santé de la population ou à la performance du système de santé<sup>5, 6</sup>. Les indicateurs de santé

- fournissent des renseignements comparables et exploitables à différentes échelles (emplacement géographique, organisme ou entité administrative) et permettent de surveiller la progression au fil du temps;
- permettent de cerner les possibilités d'amélioration et transmettent des renseignements probants qui appuient la gestion des programmes et des politiques de santé et l'évaluation de l'efficacité des interventions;
- suscitent le questionnement et dirigent l'attention sur les éléments problématiques sans toutefois déterminer les causes ou expliquer les variations;
- brossent un portrait partiel de la situation, de sorte qu'il faut les analyser en profondeur et les associer à des renseignements contextuels et à d'autres indicateurs pertinents pour avoir une vue d'ensemble.

## Blessures auto-infligées, incluant le suicide

La section qui suit aborde le suicide et les blessures auto-infligées.

Si vous avez besoin d'aide, les ressources suivantes sont disponibles en tout temps :

- 9-1-1
- Centre de crise de votre région
- [Jeunesse, J'écoute](#) : 1-800-668-6868
- [Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits](#) : 1-855-242-3310
- 1-866-APPELLE (résidents du Québec)
- [Services de crises du Canada](#) : 1-833-456-4566

### Définition

Cet indicateur mesure le taux de séjours à l'hôpital et de décès en raison de blessures auto-infligées, sans égard à l'intention de suicide. Même en l'absence d'intentions suicidaires, les blessures auto-infligées traduisent une détresse émotionnelle et peuvent avoir des conséquences graves ou mortelles.

L'indicateur combine les travaux antérieurs de l'ICIS sur les séjours à l'hôpital à la suite d'une blessure auto-infligée et les données de Statistique Canada sur les suicides.

### Justification

- Un taux élevé de séjours à l'hôpital et de décès en raison de blessures auto-infligées peut signaler un manque de soins, de soutien communautaire et de traitements appropriés en santé mentale ou en toxicomanie.
- L'indicateur peut également aider à
  - accroître la sensibilisation à l'étendue des blessures auto-infligées;
  - estimer les ressources hospitalières nécessaires au traitement de ces blessures;
  - surveiller l'efficacité des traitements, des politiques de prévention et des services.

## Calcul

$$\frac{\begin{aligned} &\text{Nombre total de séjours à l'hôpital en raison de blessures auto-infligées} \\ &\text{ne menant pas au décès (personnes de 10 ans et plus)} \\ &+ \text{Nombre total de décès en raison de blessures} \\ &\text{auto-infligées (personnes de 10 ans et plus)} \end{aligned}}{\text{Population totale (personnes 10 ans et plus)}} \times 100\,000$$

Aux fins d'amélioration de la comparabilité des résultats entre les provinces et territoires, le taux est ajusté en fonction des différences dans la répartition selon l'âge de la population.

**Tableau 2** Disponibilité des données pour l'indicateur Blessures auto-infligées, incluant le suicide

Source des données	Exercice	Couverture
Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière	2018-2019	Ensemble des provinces et territoires
Statistiques de l'état civil, Statistique Canada*	2018 (année civile)	Ensemble des provinces et territoires, sauf le Yukon
Données du coroner, Bureau des statistiques du Yukon	2018 (année civile)	Yukon
Système d'information ontarien sur la santé mentale	2018-2019	Ontario

### Remarques

\* Les statistiques de l'état civil sont accessibles au public sur le [site Web de Statistique Canada](#). Statistique Canada a fourni à l'ICIS des données supplémentaires sur l'âge et le sexe, ce qui nous a permis de normaliser les taux pour cet indicateur.

En Ontario, les enregistrements des hôpitaux concernant les services en santé mentale et en toxicomanie sont soumis à l'aide du Système d'information ontarien sur la santé mentale. Dans les autres provinces et territoires, ils sont soumis à la Base de données sur les congés des patients et à la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Les données du coroner du Yukon et le Système d'information ontarien sur la santé mentale sont des fichiers de données ouverts, c'est-à-dire que des données historiques peuvent y être ajoutées en tout temps. Les données ayant servi à la rédaction du présent rapport ont été obtenues auprès du Bureau des statistiques du Yukon en septembre 2019 et extraites du Système d'information ontarien sur la santé mentale en novembre 2019.

## Limites des données et mises en garde

- Étant donné les différents cycles de collecte, les données sur les décès sont disponibles par année civile, tandis que les données sur les hospitalisations en raison de blessures auto-infligées sont disponibles par exercice financier. Afin que les données les plus récentes soient prises en compte dans les résultats de l'indicateur, le nombre total d'événements de blessures auto-infligées en un an a été déterminé à l'aide d'une approche mixte.
- Les séjours à l'hôpital inclus dans l'indicateur sont ceux des patients dont le dossier indique une blessure intentionnelle (et non accidentelle). Toutefois, les données ne permettent pas de déterminer si le patient avait des intentions suicidaires.
- En raison des limites des données, cet indicateur *sous-estime* la prévalence des blessures auto-infligées, de sorte que le taux doit être considéré comme le taux *minimal*. Par exemple, la définition de l'indicateur exclut ce qui suit :
  - Visites au service d'urgence en raison de blessures auto-infligées.
    - Étant donné la couverture incomplète des données à l'échelle du pays, les visites au service d'urgence sont exclues de l'indicateur. La probabilité que les patients présentant des blessures auto-infligées soient hospitalisés (plutôt que traités au service d'urgence seulement ou en consultation externe) peut varier selon l'hôpital et la région.
  - Blessures auto-infligées qui se produisent dans la collectivité et qui ne mènent pas à l'hospitalisation ou au décès.
  - Séjours à l'hôpital ou décès de patients dont le dossier indique des blessures accidentelles ou d'origine indéterminée qui peuvent avoir été intentionnelles.
    - À l'heure actuelle, aucune méthode fiable ne permet d'établir la nature intentionnelle des blessures dans ce type de dossiers.
  - Séjours à l'hôpital en raison de blessures auto-infligées menant au décès, mais qui ne sont pas attribués à un suicide par un coroner.
    - Ces cas, en faible nombre par rapport au nombre total de suicides, n'ont pas été inclus dans les calculs.
  - Suicides qui n'ont pas encore été confirmés par un coroner ni déclarés à Statistique Canada au moment du calcul des résultats de l'indicateur.
    - En raison d'une amélioration de la soumission des données en temps opportun, la période de collecte en 2018 a été écourtée par rapport aux années précédentes. Par conséquent, il se peut qu'un nombre inférieur de décès figure dans les statistiques officielles au moment de la diffusion publique, compte tenu du délai nécessaire aux coroners pour terminer leurs enquêtes et pour que les décès soient officiellement déclarés comme des suicides. Les données de 2016, 2017 et 2018 sont donc considérées comme préliminaires.

La classification des suicides et des blessures auto-infligées est problématique au Canada comme ailleurs; des mesures sont prises pour améliorer la déclaration de ces événements, aux fins de surveillance de la santé publique et de prévention. Cet indicateur pourra être amélioré au fil du temps, à mesure que les données — y compris celles sur les visites au service d'urgence — seront plus nombreuses et de meilleure qualité.

## Principaux résultats

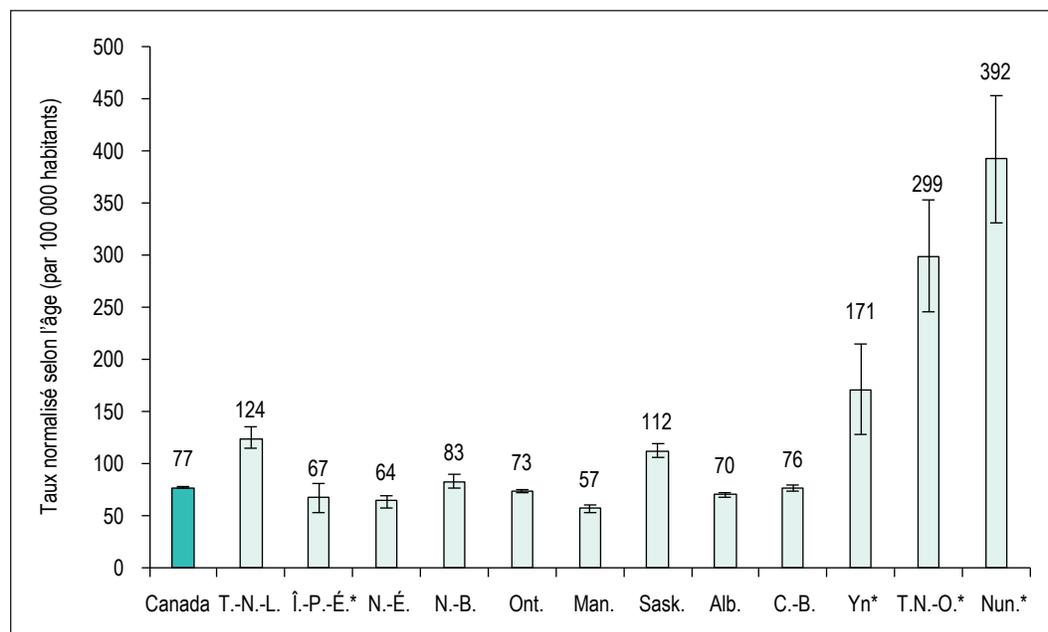
### **On observe une variation (ratio de 7 pour 1) du taux de blessures auto-infligées incluant le suicide parmi les provinces et les territoires**

En 2018-2019, près de 25 000 Canadiens ont été hospitalisés en raison de blessures auto-infligées ou se sont suicidés. Ce nombre représente près de 70 événements de blessures auto-infligées chaque jour. La fréquence des hospitalisations en raison de blessures auto-infligées est plus de 5 fois supérieure à celle des suicides. La majorité (98 %) des patients hospitalisés en raison de blessures auto-infligées ont survécu; 4 sur 5 (80 %) ont été renvoyés à leur domicile à la sortie de l'hôpital, et plus de 10 % d'entre eux étaient dans un état suffisamment grave pour nécessiter un transfert vers un établissement offrant des soins mieux adaptés.

Des quelque 25 000 Canadiens qui se sont infligé des blessures l'an dernier, plus de 3 800 en sont décédés. Ces décès étaient beaucoup plus susceptibles de se produire dans la collectivité (89 %) qu'à l'hôpital.

Le taux de blessures auto-infligées, y compris de suicides, variait entre les provinces et les territoires jusqu'à dépasser le ratio de 7 pour 1. La proportion de décès par rapport au nombre total de cas de blessures auto-infligées variait aussi considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre, allant de 6 % pour l'Île-du-Prince-Édouard à 27 % pour le Manitoba. La répartition des hospitalisations et des décès est un élément important à considérer, les écarts entre les taux globaux de blessures auto-infligées pouvant découler des différences dans le traitement de ces blessures selon l'autorité compétente. Par exemple, un faible taux de séjours à l'hôpital peut provenir du fait que des patients sont traités hors du cadre d'une hospitalisation, par exemple dans une clinique de consultation externe, un service d'urgence ou un centre de crise.

**Figure 1** Taux de blessures auto-infligées, incluant le suicide, normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, par province et territoire, 2018-2019



Autorité compétente	T.-N.-L.	Î.-P.-É.*	N.-É.	N.-B.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*
<b>Nombre d'événements de blessures auto-infligées (séjours à l'hôpital et décès)</b>	532	88	529	539	9 229	677	1 137	2 636	3 296	60	122	165
<b>Proportion de décès</b>	13 %	6 %	24 %	20 %	14 %	27 %	20 %	22 %	12 %	8 %	8 %	12 %
<b>Taux de décès par 100 000 habitants (normalisé selon l'âge)*</b>	15	4	14	16	10	16	22	15	9	12	24	48

#### Remarques

\* En raison du faible nombre de décès dans ces autorités compétentes, le taux de suicide peut varier considérablement d'une année à l'autre.

La ligne à l'extrémité de chaque barre verticale délimite l'intervalle de confiance (IC) qui sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Le 10 mars 2017, les gouvernements du Canada et du Québec ont conclu une entente asymétrique distincte de l'énoncé de principes actuel et basée sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Par conséquent, le présent rapport n'inclut pas les résultats du Québec.

#### Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé; Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, 2018, Statistique Canada; Bureau des statistiques du Yukon, 2018.

De nombreux facteurs peuvent influencer sur le taux de séjours à l'hôpital et de décès en raison de blessures auto-infligées, dont les suivants :

- L'accès en temps opportun à des services en santé mentale et en toxicomanie dans la collectivité.
  - Ce facteur comprend le degré de disponibilité des services, le temps d'attente pour obtenir des soins, le degré de facilité du cheminement dans le système et la qualité de la coordination des services entre eux et avec les soins primaires.
- Les déterminants sociaux de la santé, tels que le revenu, l'emploi, la scolarité, les conditions de logement, la sécurité alimentaire, le soutien social et les traumatismes personnels ou intergénérationnels.
- La santé de la population, par exemple la prévalence des problèmes de santé concomitants.
  - Il peut s'agir de problèmes de santé mentale, de problèmes de toxicomanie, de maladies chroniques ou d'incapacités.
- La stigmatisation, réelle ou perçue, et les perceptions culturelles de la santé mentale et de la toxicomanie.
  - La stigmatisation peut influencer sur la décision de la personne de demander de l'aide et sur l'endroit où elle choisira de le faire.
- Les variations provinciales et territoriales au chapitre des pratiques médicales.
  - Certaines autorités compétentes ont tendance à hospitaliser les personnes qui s'infligent des blessures de moindre gravité selon le danger que le patient semble présenter pour lui-même, la disponibilité des lits et la disponibilité des services hors hôpital (collectivité, consultation externe).

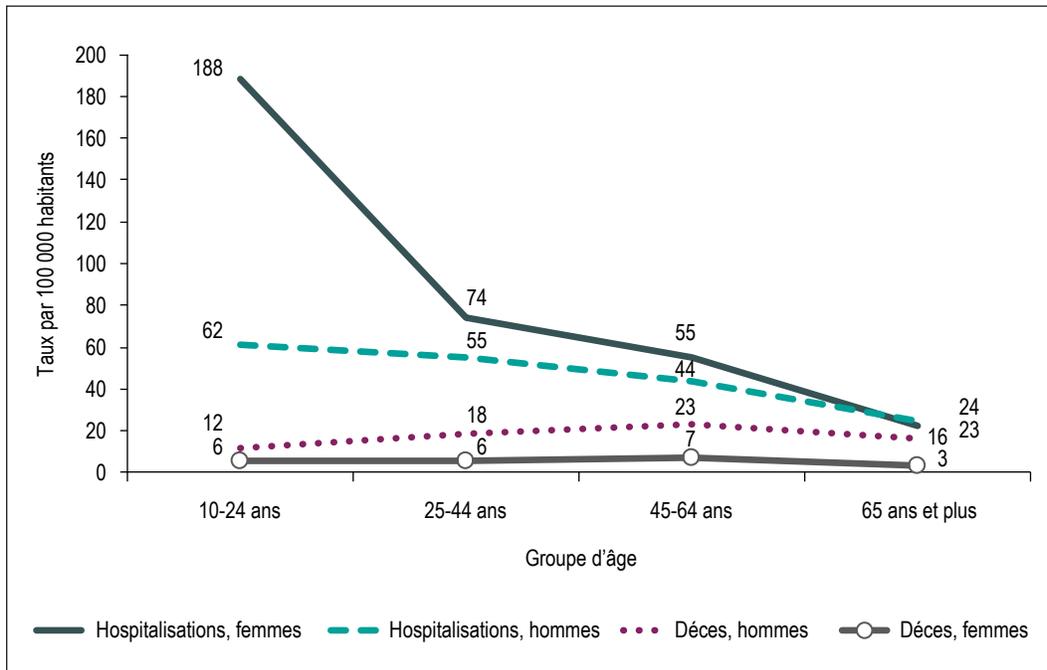
L'[annexe A](#) fournit une ventilation plus détaillée des blessures auto-infligées et des suicides par province et territoire.

## **Les femmes sont hospitalisées en plus grand nombre pour des blessures auto-infligées, mais les risques de décès sont plus élevés chez les hommes**

Pour mieux cibler les initiatives de prévention et améliorer les services de santé mentale offerts dans la collectivité, il importe de déterminer quelles personnes sont les plus susceptibles de s'infliger des blessures. Le taux d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées était plus élevé chez les femmes dans la plupart des groupes d'âge, le taux le plus élevé ayant été observé chez les fillettes et les jeunes filles. Chez les personnes de 10 à 24 ans, le taux d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées était 3 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

La situation était toutefois différente en ce qui concerne les décès en raison de blessures auto-infligées : le taux de suicide était plus élevé chez les hommes, tous groupes d'âge confondus, et le taux le plus élevé a été observé chez les hommes de 45 à 64 ans.

**Figure 2** Taux de blessures auto-infligées, incluant le suicide, par 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, 2018-2019



**Sources**

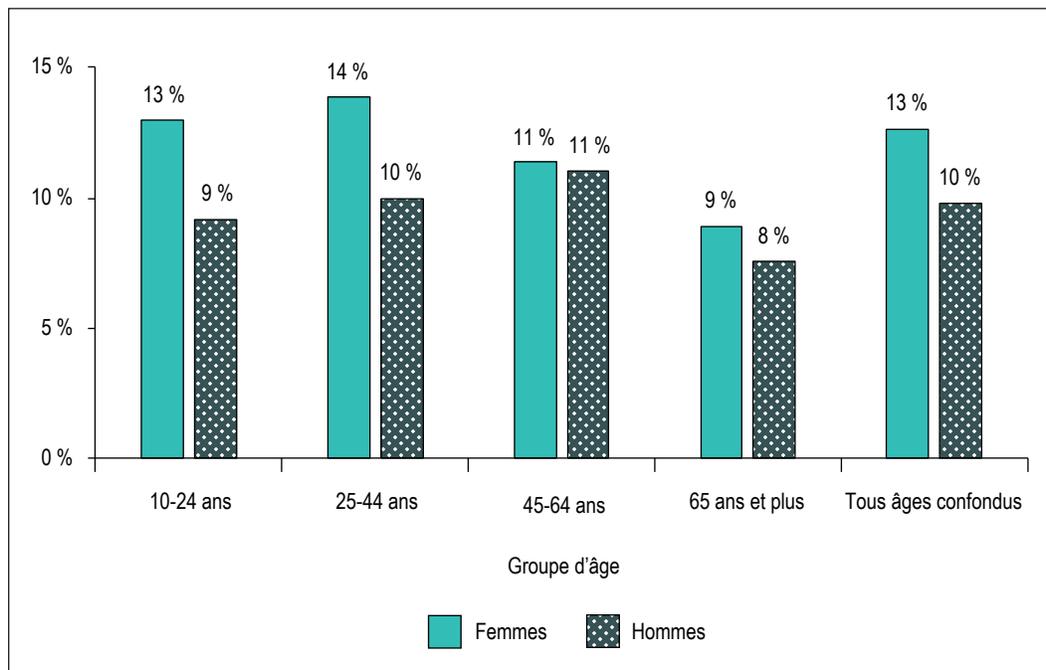
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé; Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, 2018, Statistique Canada; Bureau des statistiques du Yukon, 2018.

Les blessures auto-infligées touchent des Canadiens se situant à tous les niveaux de revenu. Néanmoins, le taux de séjours à l'hôpital était 2 fois plus élevé chez les Canadiens vivant dans les quartiers au revenu le plus faible (104 par 100 000 habitants) que chez les Canadiens vivant dans les quartiers au revenu le plus élevé (49 par 100 000 habitants).

De plus, le taux d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées était plus élevé chez les personnes vivant en région rurale ou éloignée (74 par 100 000 habitants) que chez les personnes vivant en région urbaine (63 par 100 000 habitants). Les différences dans la prestation des services pourraient expliquer en partie ce résultat. Par exemple, en région urbaine, les options de traitement dans la collectivité (p. ex. cliniques spécialisées ou de consultation externe) sont souvent plus nombreuses.

Environ une personne sur 9 (11 %) ayant séjourné à l'hôpital en raison de blessures auto-infligées a été hospitalisée au moins une autre fois dans l'année pour les mêmes raisons. Les séjours répétés à l'hôpital peuvent signaler des lacunes au chapitre du suivi en santé mentale que le patient reçoit dans la collectivité après sa sortie de l'hôpital. Les séjours répétés à l'hôpital en raison de blessures auto-infligées étaient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, tous âges confondus.

**Figure 3** Pourcentage de patients ayant connu des séjours répétés à l'hôpital dans l'année en raison de blessures auto-infligées, selon l'âge et le sexe, 2018-2019



**Sources**

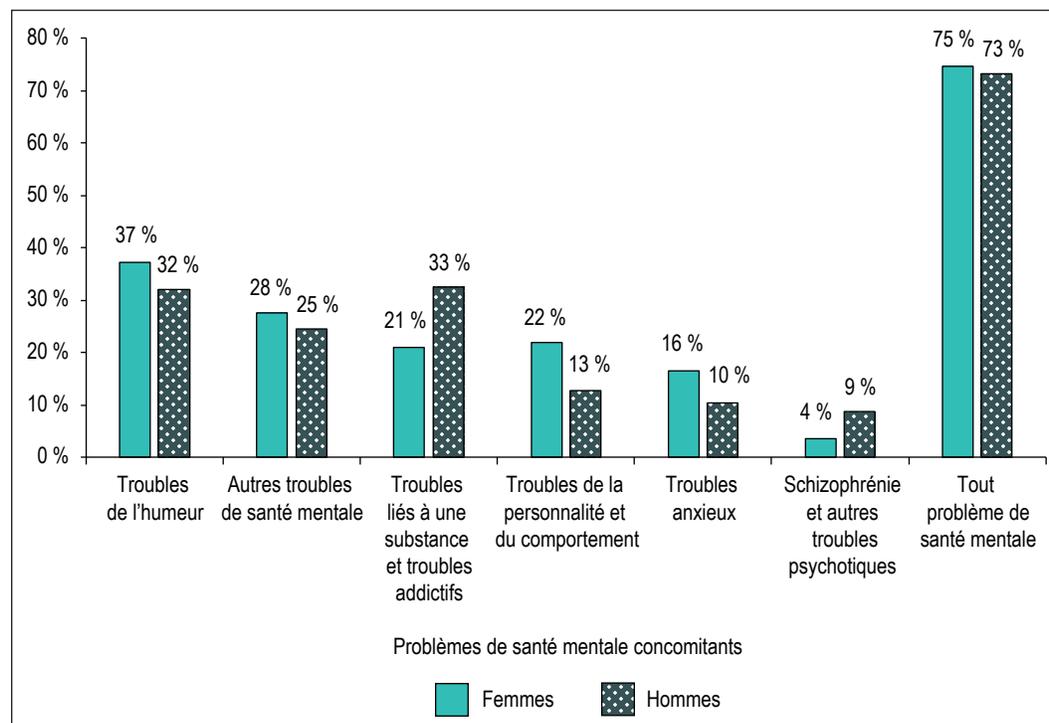
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé; Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, 2018, Statistique Canada; Bureau des statistiques du Yukon, 2018.

## Près de 3 Canadiens sur 4 hospitalisés en raison de blessures auto-infligées sont aussi traités pour un problème de santé mentale

Environ les trois quarts (74 %) des personnes hospitalisées en raison de blessures auto-infligées ont aussi reçu des soins relatifs à un problème de santé mentale concomitant durant leur séjour à l'hôpital<sup>ii</sup>. Les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, etc.), les troubles liés à une substance et les troubles addictifs ainsi que les autres troubles de santé mentale (y compris l'état de stress post-traumatique) étaient les problèmes les plus courants. Les femmes étaient plus nombreuses à présenter des troubles de l'humeur et de la personnalité, tandis que les troubles liés à une substance et la schizophrénie étaient plus fréquents chez les hommes.

ii. Les personnes n'ayant pas reçu de soins de santé mentale durant leur hospitalisation en raison de blessures auto-infligées ont peut-être été orientées vers des services de santé mentale en consultation externe ou communautaires à leur sortie de l'hôpital; les données sont toutefois insuffisantes pour confirmer cette hypothèse.

**Figure 4** Pourcentage de patients hospitalisés en raison de blessures auto-infligées présentant un problème de santé mentale concomitant, selon le sexe, 2018-2019



**Remarque**

Seuls les problèmes de santé mentale traités durant le séjour à l'hôpital ont été inclus.

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

L'intoxication constituait la blessure auto-infligée la plus courante et représentait 82 % des séjours à l'hôpital. La majorité des médicaments utilisés lors d'une auto-intoxication sont vendus sur ordonnance seulement (antidépresseurs, benzodiazépines, antipsychotiques, etc.). Les dérivés du 4-aminophénol (vendus en pharmacie sous le nom d'acétaminophène) étaient les médicaments sans ordonnance les plus souvent en cause lors des intoxications intentionnelles. D'autres études mentionnent aussi les analgésiques vendus sans ordonnance comme mode d'auto-intoxication. Une étude sur les visites au service d'urgence précise que chez les jeunes de 12 à 17 ans, environ 40 % des auto-intoxications mettent en cause des substances vendues sans ordonnance, le plus souvent l'acétaminophène<sup>7</sup>. Bien que cette substance ne présente habituellement aucun danger, une surdose entraîne souvent une défaillance hépatique<sup>8</sup>. Le risque d'intoxication volontaire à l'acétaminophène est un problème sur lequel de nombreux décideurs politiques se penchent à l'échelle planétaire.

En Australie, le nombre d'admissions à l'hôpital en raison d'une auto-intoxication à l'acétaminophène a diminué après l'instauration de restrictions sur la vente de ce médicament<sup>9</sup>; au Royaume-Uni, l'adoption d'une loi limitant l'accès à l'acétaminophène a fait chuter le nombre de décès par intoxication à ce médicament<sup>10</sup>.

## Liens vers d'autres ressources de l'ICIS

- Indicateur Blessures auto-infligées, incluant le suicide
  - [Priorités partagées en santé](#) — résultats des indicateurs et infographies
  - [Définitions et renseignements sur la méthodologie](#)
- Banques de données et ressources
  - [Information sur la santé mentale et la toxicomanie](#)
  - [Métadonnées de la Base de données sur la morbidité hospitalière](#)
  - [Métadonnées du Système d'information ontarien sur la santé mentale](#)
- Travaux de l'ICIS
  - [Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux](#)
  - [Blessures auto-infligées et agressions chez les enfants et les jeunes : un examen approfondi](#)
  - Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées dans l'outil [Votre système de santé : En détail](#) — résultats de l'indicateur présentés par région sanitaire

## Liens vers d'autres ressources de Statistique Canada

- Travaux de Statistique Canada sur le suicide
  - [Données sur le suicide au Canada](#)

# Détresse des aidants naturels

## Définition

Cet indicateur mesure la proportion d'aidants naturels qui éprouvent de la détresse pendant qu'ils s'occupent d'un parent ou d'un ami recevant des services à domicile et de soutien financés par le secteur public. La mesure est ajustée afin de tenir compte du degré de gravité des problèmes de santé des bénéficiaires de services à domicile.

## Justification

- Un taux élevé de détresse chez les aidants naturels peut révéler la nécessité d'offrir des services à domicile et de soutien communautaire plus efficaces et mieux adaptés.
- L'indicateur peut également aider à
  - mesurer le fardeau des aidants naturels;
  - déterminer dans quels domaines l'attribution de ressources additionnelles serait utile aux aidants naturels, préviendrait mieux leur épuisement et permettrait aux personnes dont ils prennent soin de rester chez elles le plus longtemps possible. Par exemple, il peut s'agir d'augmenter le nombre d'heures de services à domicile formels, de donner accès à différents types de services (repas, aide ménagère, soins de répit, etc.) et de fournir une aide au cheminement dans le système de santé.

## Calcul

$$\frac{\text{Nombre de bénéficiaires de services à domicile dont l'aidant naturel éprouve de la détresse}}{\text{Nombre total de bénéficiaires de services à domicile qui ont un aidant naturel}} \times 100$$

- Le terme aidant naturel désigne le conjoint, l'enfant, le parent, l'ami ou le voisin qui aide, sans rémunération, une personne recevant des services à domicile de longue durée (définie comme étant supérieure à 60 jours de service) financés par le secteur public.
- On considère que l'aidant naturel éprouve de la détresse lorsqu'il ressent du désarroi, de la colère ou de la dépression, ou qu'il ne peut plus prodiguer de soins. L'identification des symptômes repose sur une évaluation clinique menée par un professionnel de la santé formé à cet effet.
- Pour accroître la comparabilité entre les provinces et territoires, l'indicateur a été ajusté en fonction des risques afin de tenir compte du degré de gravité des problèmes de santé des personnes qui reçoivent des services à domicile. Il peut s'agir
  - de l'étendue de l'aide dont la personne a besoin pour ses soins personnels quotidiens (se nourrir, utiliser les toilettes, se brosser les dents, s'habiller, etc.);
  - du niveau de fonction cognitive (mémoire, prise de décision, communication, vivacité d'esprit, etc.);
  - du degré d'instabilité de l'état de santé ou du risque de détérioration importante au moment de l'évaluation des services à domicile.

**Tableau 3** Disponibilité des données pour l'indicateur Détresse des aidants naturels

Source des données	Exercice	Couverture
Système d'information sur les services à domicile	2018-2019	Complète : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario, Saskatchewan, Yukon  Partielle : Alberta (toutes les régions, sauf la zone de Calgary), Colombie-Britannique (toutes les régions, sauf Northern Health)

**Remarque**

Les données recueillies dans le Système d'information sur les services à domicile reposent sur l'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HC) © et les évaluations Services à domicile (SD) interRAI ©.

## Limites des données et mises en garde

- Certaines personnes qui reçoivent des services à domicile habitent dans un logement supervisé (p. ex. une résidence avec services, une résidence de soins communautaires) ou dans une maison de retraite privée; ces personnes peuvent avoir accès à un plus grand nombre de services de soutien par rapport aux personnes qui vivent dans une résidence privée. Toutefois, les données ne permettent pas de distinguer les clients qui habitent dans un logement supervisé de ceux qui vivent dans une résidence privée.
- L'indicateur ne tient pas compte des aidants naturels qui prodiguent des soins à des personnes recevant des services à domicile de courte durée (moins de 60 jours) financés par le secteur public, à des personnes qui reçoivent uniquement des services privés, ni à des personnes qui ne reçoivent pas de services à domicile formels. Par conséquent, il ne brosse qu'un portrait partiel de la détresse des aidants naturels au sein de la population dans son ensemble.
- Les résultats reposent sur une couverture partielle des données en Alberta (sauf la zone de Calgary) et en Colombie-Britannique (sauf Northern Health). Malgré cette couverture partielle, les résultats diffusés sont considérés comme représentatifs de ces provinces et peuvent servir à des fins de comparaison.

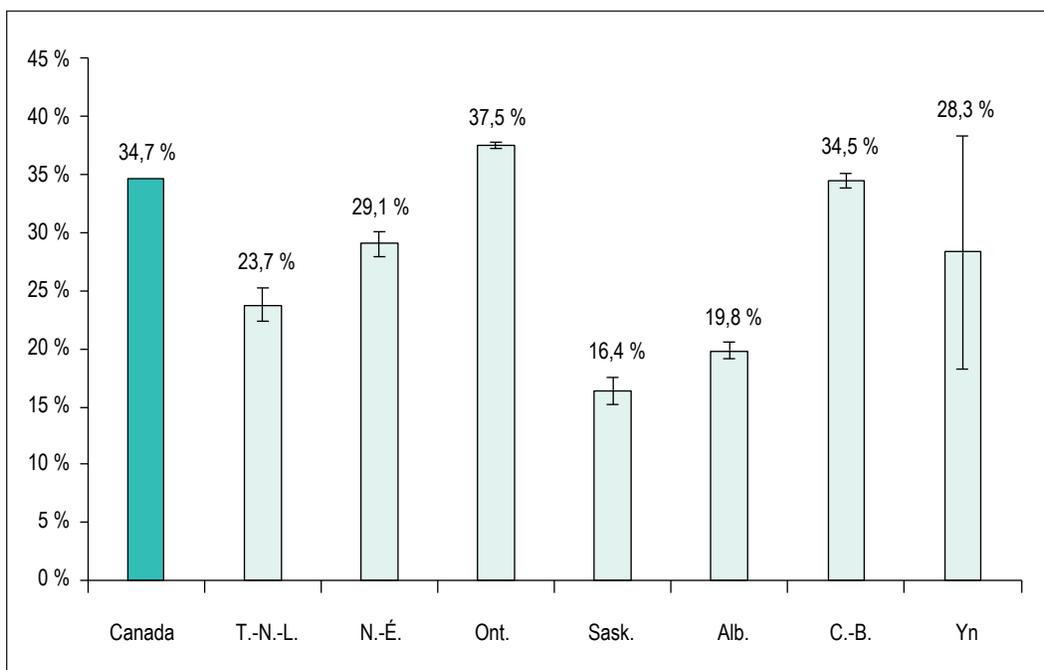
## Principaux résultats

### Plus du tiers des personnes qui prennent soin d'un bénéficiaire de services à domicile éprouvent de la détresse

Les aidants naturels jouent un rôle essentiel dans nos systèmes de santé : ils aident les personnes aux prises avec des problèmes de santé à rester chez elles ou dans la collectivité et contribuent à assurer la pérennité des services de santé<sup>11</sup>. En 2018-2019, environ 96 % des Canadiens qui recevaient des services à domicile à long terme avaient un aidant naturel. Prodiger des soins à un parent ou à un ami est un travail exigeant qui peut avoir une incidence considérable sur la santé émotionnelle, mentale, financière et physique de l'aidant, surtout s'il ne dispose pas d'un soutien adéquat<sup>12</sup>.

En 2018-2019 dans les provinces et territoires déclarants, plus du tiers (34,7 %) des aidants naturels prodiguant des soins à un bénéficiaire de services à domicile éprouvaient de la détresse. De ceux-là, la majorité (83 %) ressentait un sentiment de détresse, de colère ou de dépression, et plus de la moitié (55 %) estimaient ne plus être en mesure de prodiguer des soins.

**Figure 5** Taux de détresse des aidants naturels ajusté selon les risques, par autorité compétente, 2018-2019



Autorité compétente	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn
Nombre de clients des services à domicile à long terme ayant subi au moins 2 évaluations et ayant un aidant naturel	5 322	8 492	128 358	6 251	19 867	20 972	185
Taux bruts de détresse des aidants naturels	17,0 %	24,1 %	40,7 %	13,5 %	14,8 %	31,6 %	14,6 %

#### Remarques

La ligne à l'extrémité de chaque barre verticale délimite l'intervalle de confiance (IC) qui sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Les taux sont ajustés selon l'âge.

#### Source

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

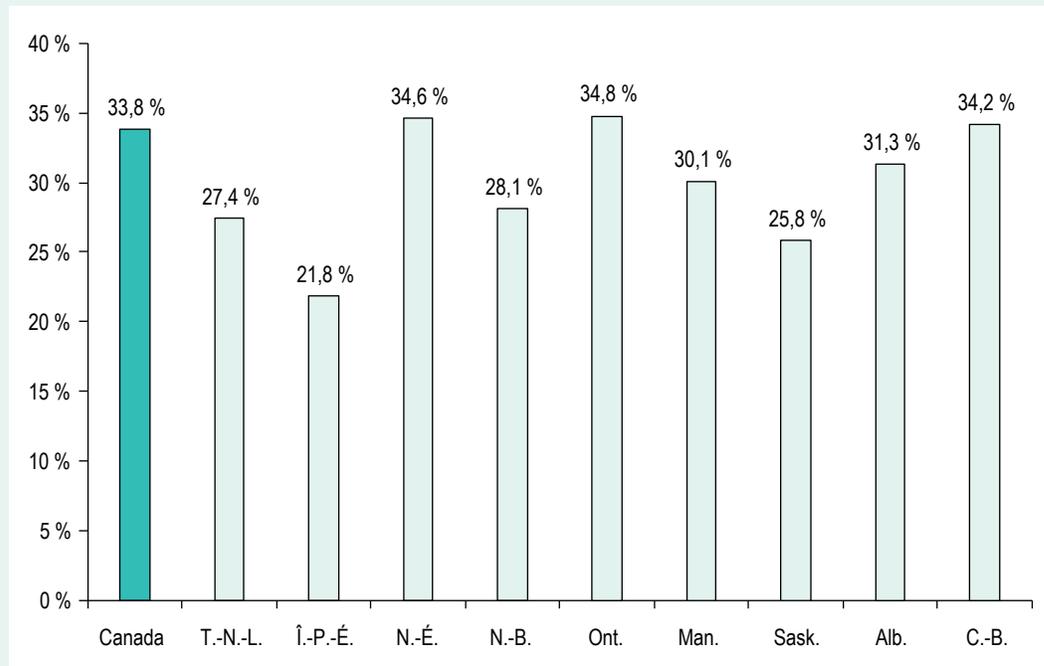
Les taux bruts, en plus des taux ajustés en fonction des risques, sont utiles pour comprendre le taux global d'aidants naturels qui éprouvent de la détresse dans une autorité compétente donnée, peu importe l'état de santé de la personne à qui les soins sont prodigués. Lorsque le taux brut d'une province (p. ex. l'Ontario) est supérieur au taux ajusté en fonction des risques, cela indique que les personnes qui reçoivent des services à domicile dans cette province pourraient avoir de plus grands besoins que la moyenne canadienne, ce qui peut contribuer à la détresse globale des aidants naturels.

De nombreux facteurs peuvent influencer sur le taux de détresse des aidants naturels :

- La disponibilité des services à domicile dans les provinces et les territoires.
  - Par exemple, si les services sont difficiles à obtenir, occasionnent des frais ou ne répondent pas aux besoins des personnes qui les reçoivent, la détresse des aidants naturels risque d'être plus grande<sup>12, 13</sup>. Si par contre les services évoluent selon les besoins ou incluent diverses formes de soutien (programmes de jour pour adultes, services de livraison de repas, du soutien communautaire, etc.), la détresse des aidants naturels pourrait être diminuée<sup>13-15</sup>.
- Le milieu de vie, tel que les maisons de retraite ou les logements supervisés.
  - Ces types de logements peuvent offrir plus de services et de soutien sur place aux résidents et à leur famille, mais les modèles de financement varient selon les régions<sup>11, 13</sup>.
- La disponibilité des lits en soins de longue durée.
  - Le placement dans un centre de soins infirmiers ou un établissement de soins de longue durée peut convenir aux personnes vivant à la maison et ayant des besoins très élevés (p. ex. une personne atteinte de démence à un stade avancé et d'incapacités physiques). Les longs temps d'attente pour ces lits peuvent toutefois alourdir le fardeau des aidants naturels et influencer sur le taux de détresse<sup>13, 16</sup>.

## Aperçu de l'enquête

**Figure 6** Pourcentage des aidants naturels au Canada ayant déclaré que leurs responsabilités étaient stressantes ou très stressantes lors de l'Enquête sociale générale, 2018



### Remarques

Cette enquête fait état des niveaux de stress des aidants naturels dans les provinces canadiennes, peu importe les services reçus. Elle recueille des données auprès de personnes non institutionnalisées de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces uniquement.

Le taux de réponse était de 52,8 %.

Le 10 mars 2017, les gouvernements du Canada et du Québec ont conclu une entente asymétrique distincte de l'énoncé de principes actuel et basée sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Par conséquent, le présent rapport n'inclut pas les résultats du Québec.

### Source

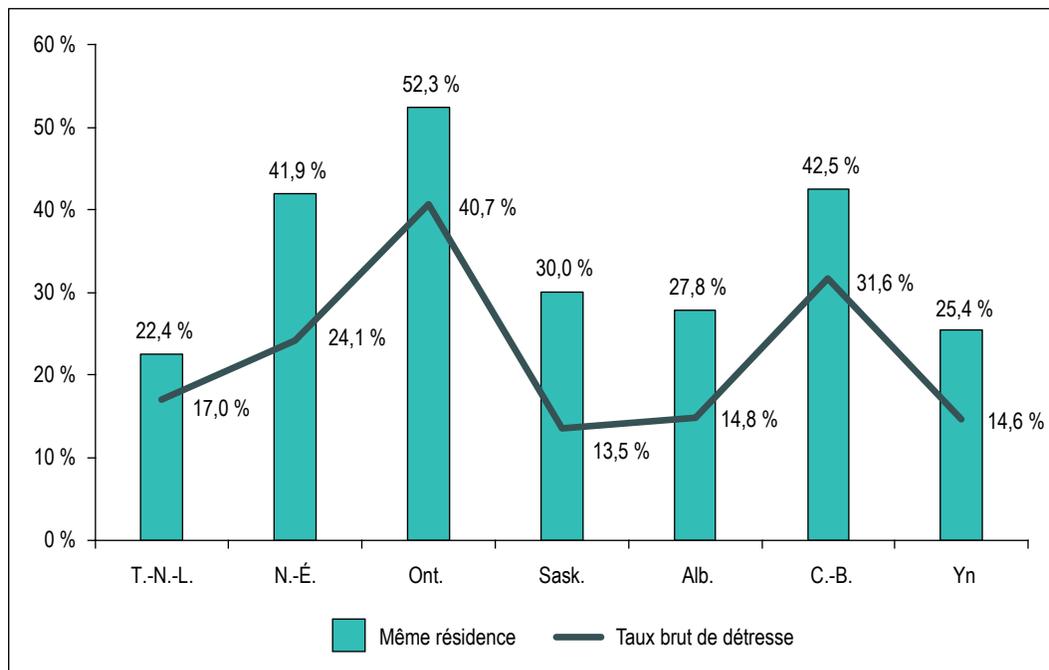
Statistique Canada. Tableaux spéciaux fondés sur les données de l'Enquête sociale générale sur les soins donnés et reçus 2018. Reçus en janvier 2020.

De nombreux Canadiens qui ne reçoivent pas de services à domicile formels ont un aidant naturel qui peut également ressentir de la détresse. Tous les 5 ans, Statistique Canada mène une enquête auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble des aidants naturels au Canada. Lors de l'Enquête sociale générale de 2018, 34 % des aidants naturels au pays ont déclaré que leurs responsabilités étaient stressantes ou très stressantes. Plus de la moitié ont dit se sentir anxieux ou inquiets (62 %) ou fatigués (59 %), et de nombreux aidants ont déclaré qu'ils se sentaient dépassés (42 %) ou qu'ils avaient du mal à dormir (41 %).

## La détresse est presque 2 fois plus présente chez les aidants naturels vivant avec la personne qui reçoit des services à domicile

La détresse est 2 fois plus élevée chez les aidants naturels qui vivent avec la personne dont ils prennent soin (47 %) que chez ceux qui ne partagent pas la même résidence (24 %). Parmi les aidants naturels qui vivent chez la personne dont ils prennent soin, environ la moitié sont les conjoints et le tiers, les enfants adultes de cette personne. Ces aidants sont plus susceptibles de s'occuper de personnes ayant particulièrement besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (68 %), par rapport à ceux qui ne partagent pas la même résidence (55 %). Les responsabilités accrues, la nécessité d'être présent en tout temps et l'impossibilité d'avoir du répit pourraient aussi expliquer la hausse des taux de détresse<sup>12, 15</sup>. Le nombre d'aidants naturels qui ressentent de la détresse est plus élevé dans les provinces et territoires où les aidants naturels sont plus susceptibles d'habiter avec la personne qu'ils soignent.

**Figure 7** Taux de détresse des aidants naturels et pourcentage des personnes qui partagent la même résidence, 2018-2019



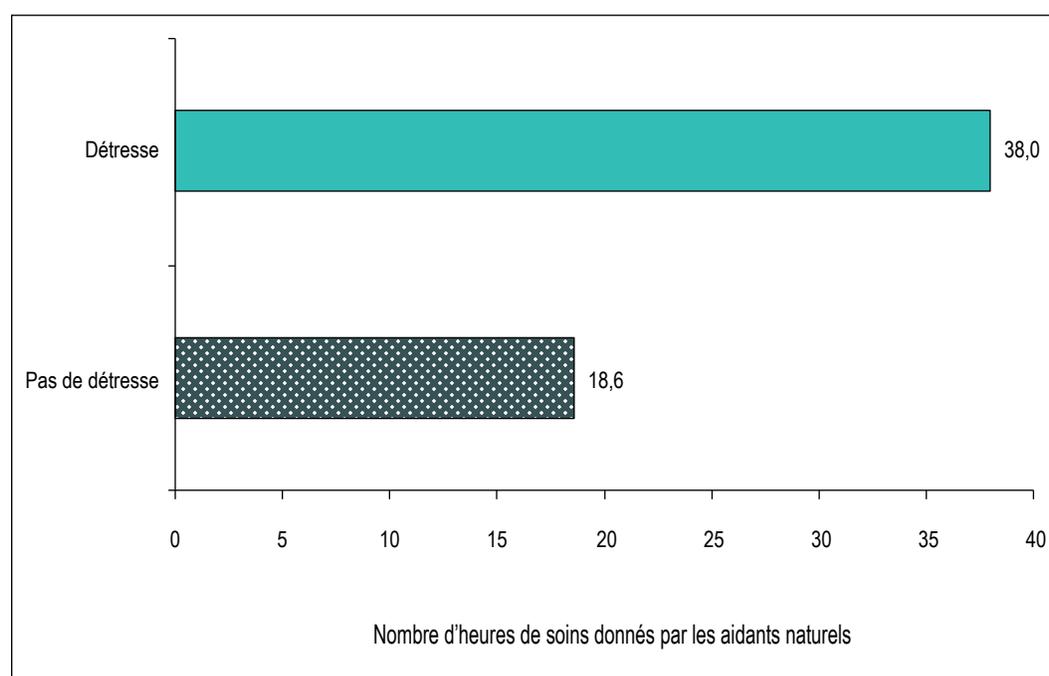
**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## Le temps que les aidants naturels éprouvant de la détresse consacrent à leur proche équivaut à un emploi à temps plein

Les aidants naturels qui éprouvent de la détresse consacraient en moyenne 38 heures par semaine aux soins de leur proche recevant des services à domicile, soit l'équivalent d'un emploi à temps plein et le double du nombre d'heures consacrées par les aidants qui ne ressentent pas de détresse (19 heures par semaines).

**Figure 8** Nombre moyen d'heures de soins donnés par les aidants naturels par semaine, 2018-2019



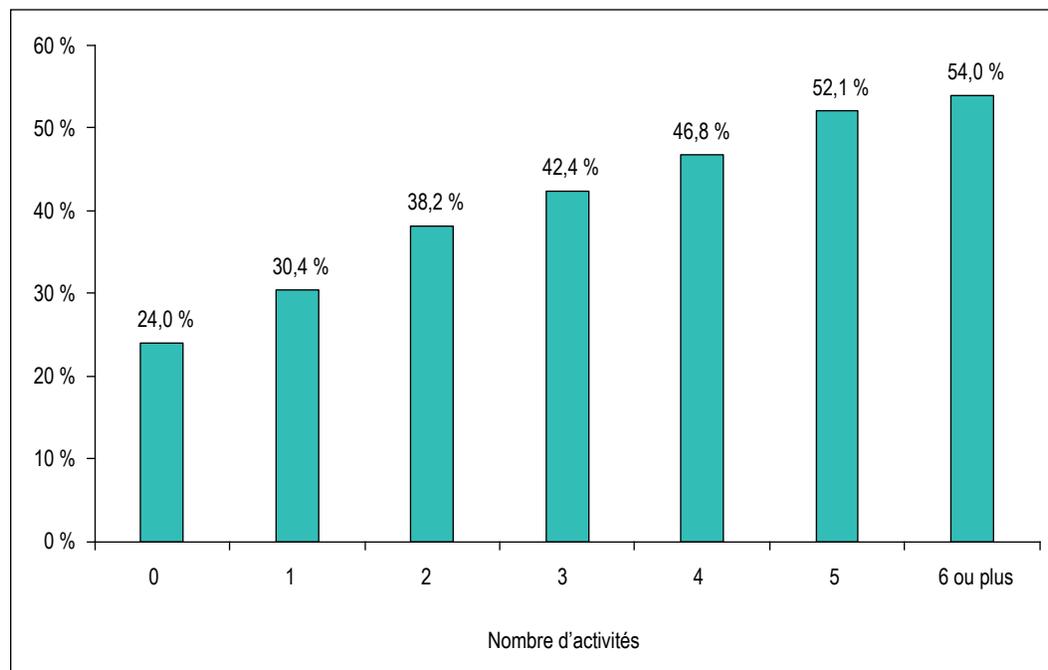
**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## 7 aidants naturels sur 10 qui éprouvent de la détresse s'occupent de personnes nécessitant une aide considérable pour les activités liées aux soins personnels

Chez les aidants naturels qui éprouvent de la détresse, 7 sur 10 prenaient soin de personnes nécessitant une aide considérable pour les activités liées aux soins personnels, telles que prendre un bain ou une douche, se nourrir, s'habiller, se brosser les dents, utiliser les toilettes et se mettre au lit et se lever. Parmi tous les aidants naturels, 6 sur 10 (61 %) s'occupaient de personnes qui nécessitaient une aide importante ou qui étaient totalement dépendantes pour les activités liées aux soins personnels. Le taux de détresse des aidants naturels augmentait au même rythme que la hausse du niveau de soins personnels requis.

**Figure 9** Pourcentage des aidants naturels ayant déclaré éprouver de la détresse, selon le nombre d'activités liées aux soins personnels exigeant une aide considérable, 2018-2019



**Remarque**

Nombre croissant d'activités liées aux soins personnels exigeant une aide considérable de la part de l'aidant naturel : de 0 (aucune activité exigeant une aide considérable) à 6 ou plus (au moins 6 activités exigeant une aide considérable).

**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## Les aidants naturels qui s'occupent d'une personne sujette à l'errance ou qui résiste aux soins sont plus susceptibles d'éprouver de la détresse

Les aidants naturels sont 2 fois plus susceptibles de ressentir de la détresse lorsque la personne qui reçoit des services à domicile présente des problèmes de comportement, comme l'errance, résiste aux soins, ou manifeste des comportements physiques ou verbaux de défiance. De même, plus de la moitié des aidants naturels s'occupant de bénéficiaires de services à domicile qui présentaient des symptômes de dépression ou qui avaient des craintes irréalistes et des préoccupations anxieuses à répétition éprouvaient de la détresse. Les difficultés de communication (p. ex. à se faire comprendre ou à comprendre les autres) de même que les difficultés physiques (p. ex. les chutes) étaient aussi associées à un taux élevé de détresse des aidants naturels.

De telles difficultés alourdissent vraisemblablement le fardeau des aidants naturels. Par exemple, une personne atteinte de démence et sujette à l'errance peut nécessiter une surveillance constante pour des raisons de sécurité, de sorte que l'aidant naturel risque de manquer de sommeil<sup>17</sup>. Néanmoins, des études indiquent que les personnes ayant des besoins complexes peuvent demeurer chez elles si elles ont accès à des services à domicile adéquats<sup>11, 15, 18</sup>.

**Tableau 4** Pourcentage des aidants naturels ayant signalé de la détresse, selon les caractéristiques de santé et comportementales de la personne à qui les soins sont prodigués, 2018-2019

Caractéristiques cliniques des personnes qui reçoivent des services à domicile	Taux de détresse des aidants naturels	
	Présence de difficultés	Absence de difficultés
Comportements physiques ou verbaux de défiance	64 %	33 %
Errance	62 %	33 %
Résistance aux soins	60 %	32 %
Signes de dépression*	54 %	29 %
Craintes irréalistes et préoccupations anxieuses à répétition	53 %	31 %
Difficulté à se faire comprendre ou à comprendre les autres	46 %	24 %
Incontinence urinaire	39 %	27 %

**Remarque**

\* Présence de 3 symptômes ou plus sur l'échelle de mesure de la dépression de l'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile, qui sert au dépistage clinique de la dépression selon des critères tels que le sentiment de tristesse, les expressions faciales de tristesse ou d'inquiétude, la colère persistante et les pleurs.

**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## Liens vers d'autres ressources de l'ICIS

- Indicateur Détresse des aidants naturels
  - [Priorités partagées en santé](#) — résultats des indicateurs et infographies
  - [Définitions et renseignements sur la méthodologie](#)
- Banques de données et ressources
  - [Métadonnées du Système d'information sur les services à domicile](#)
  - [Système d'information sur les services à domicile et RAI-HC](#)
- Travaux de l'ICIS
  - [Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile](#)
  - [La démence au Canada](#) — rapport et résultats sur les défis et le soutien des aidants naturels
  - [Indicateurs de la qualité des services à domicile](#)

# Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile

## Définition

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes nouvellement admises en soins de longue durée qui présentent les mêmes caractéristiques de santé que les personnes recevant des soins à domicile avec le soutien formel approprié.

## Justification

Cet indicateur peut aider à

- déterminer les cas où la mise en place de services à domicile et de soutien communautaire plus efficaces pourrait favoriser le report ou prévenir l'admission précoce en soins de longue durée, et ainsi
  - améliorer l'expérience des Canadiens en respectant la volonté de la plupart des personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible;
  - faire en sorte que les établissements de soins de longue durée soient en mesure de dispenser des soins à des personnes aux besoins de santé plus complexes;
- souligner l'importance d'adopter des évaluations, des politiques et des services de placement efficaces dans l'ensemble du continuum des soins de santé.

## Calcul

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux résidents en soins de longue durée qui présentent les mêmes caractéristiques de santé que les personnes recevant des soins à domicile avec le soutien formel approprié}}{\text{Nombre total de nouveaux résidents en soins de longue durée}} \times 100$$

- Cet indicateur repose sur une évaluation clinique des résidents nouvellement admis en soins de longue durée. Ces résidents pourraient recevoir des soins chez eux s'ils présentaient les mêmes caractéristiques de santé que les personnes qui vivent à la maison et reçoivent des services à domicile de longue durée. Il pourrait s'agir de personnes sans déficit cognitif ou avec un déficit léger (p. ex. difficultés à communiquer, pertes de mémoire) et qui ont besoin d'une aide limitée pour les activités de la vie quotidienne (utiliser les toilettes, se laver, se nourrir, etc.). En outre, ces personnes n'auraient pas fait de chutes au cours des 30 jours précédents, n'auraient pas de comportements physiques ou verbaux de défiance et ne seraient pas sujettes à l'errance.

- Afin d'améliorer la comparabilité des résultats entre les provinces et territoires, cet indicateur tient compte des différences entre les résidents et est ajusté en fonction des risques selon le groupe d'âge, le sexe et la situation de vie avant l'admission en soins de longue durée. Il est également ajusté en fonction des diagnostics de schizophrénie et de trouble bipolaire, qui augmentent la probabilité de placement en établissement, peu importe l'état de santé physique ou le degré de déficience cognitive.

**Tableau 5** Disponibilité des données pour l'indicateur Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile

Source des données	Exercice	Couverture
Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)	2018-2019	Complète : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon Partielle : Nouvelle-Écosse*, Manitoba, Saskatchewan

**Remarques**

\* En raison de la faible taille de l'échantillon et de la couverture insuffisante des données, les résultats pour la Nouvelle-Écosse ne sont pas présentés, mais sont inclus dans le taux global pour le Canada.

Les données recueillies dans le Système d'information sur les soins de longue durée reposent sur l'évaluation effectuée au moyen de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 ©. Consultez le tableau A1 pour obtenir des précisions.

## Limites des données et mises en garde

- Cet indicateur inclut uniquement les personnes nouvellement admises dans un établissement de soins de longue durée financé par le secteur public au cours d'une année.
- Il porte sur les nouveaux résidents en soins de longue durée qui pourraient vivre chez eux s'ils recevaient des services à domicile formels, selon leurs caractéristiques de santé. Toutefois, les données ne permettent pas de déterminer si ces personnes avaient un aidant naturel ou si elles recevaient d'autres types de services ou de soutien avant leur admission en soins de longue durée.
- Il sera possible de peaufiner cet indicateur à mesure que la collecte des données s'améliorera dans les provinces et territoires, ce qui permettra de mieux comprendre les besoins des personnes avant l'admission en soins de longue durée.

## Principaux résultats

### Environ un résident nouvellement admis en soins de longue durée sur 9 pourrait recevoir des soins à domicile

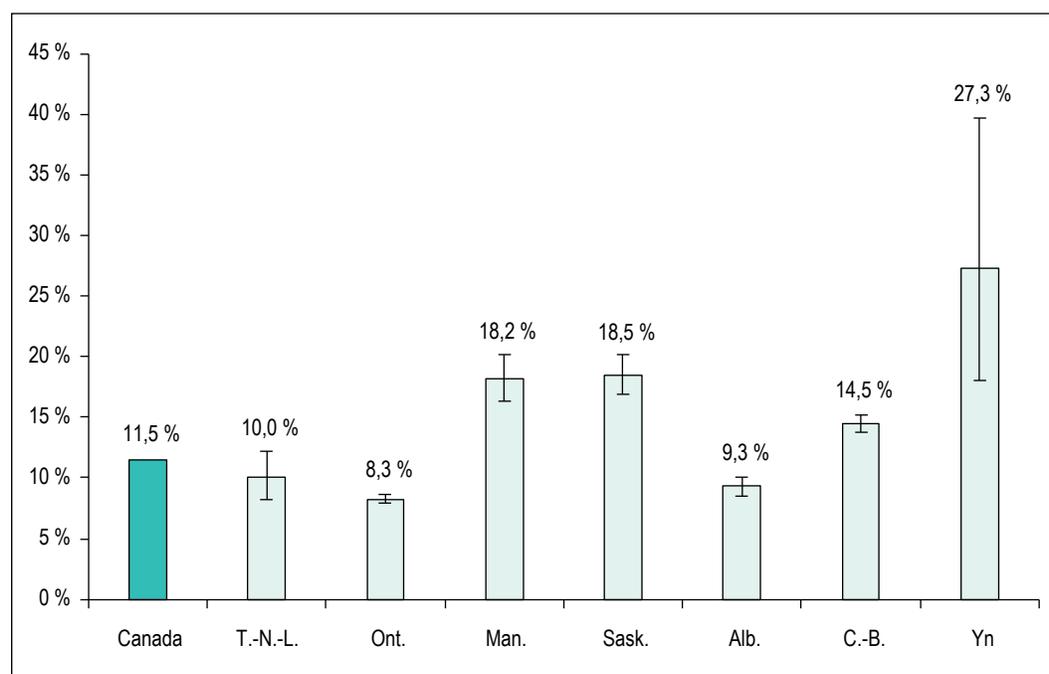
La plupart des personnes âgées souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible<sup>19-21</sup>. Néanmoins, certaines personnes âgées ayant des limitations physiques ou des problèmes de santé légers à modérés sont admises en soins de longue durée, et ce, même si elles ne nécessitent pas de soins continus et auraient pu recevoir des soins à domicile avec le soutien approprié.

En 2018-2019, 45 000 Canadiens ont été admis dans un établissement de soins de longue durée dans les provinces et territoires déclarants. De ces résidents, environ 11 % (un sur 9) auraient pu recevoir des soins à la maison s'ils avaient eu accès à du soutien et à des services à domicile continus. Pour les autorités compétentes déclarantes, cela représente plus de 5 000 places en soins de longue durée annuellement.

Cela représente également des lits qui auraient pu être attribués à des personnes ayant des besoins plus grands et nécessitant des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il s'agit d'un problème important, puisque la plupart des provinces et territoires ont une liste d'attente — parfois longue — pour les soins de longue durée financés par le secteur public.

## La proportion des nouveaux résidents qui auraient pu recevoir des soins à domicile varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre

**Figure 10** Pourcentage ajusté selon les risques de nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile, par province et territoire, 2018-2019



Nombre de nouvelles admissions en soins de longue durée, 2018-2019	T.-N.-L.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn
Résidents qui auraient pu recevoir des soins à domicile	102	2 099	348	506	585	1 457	27
Autres nouvelles admissions en soins de longue durée	870	22 440	1 350	1 929	5 379	7 511	60
<b>Total</b>	<b>972</b>	<b>24 539</b>	<b>1 698</b>	<b>2 435</b>	<b>5 964</b>	<b>8 968</b>	<b>87</b>

### Remarques

La ligne à l'extrémité de chaque barre verticale délimite l'intervalle de confiance (IC) qui sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Les taux sont ajustés selon les risques.

En raison de la faible taille de l'échantillon et de la couverture incomplète des données, les résultats pour la Nouvelle-Écosse ne sont pas présentés séparément, mais sont inclus dans le taux global pour le Canada.

### Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

La proportion des nouveaux résidents qui auraient pu recevoir des soins à domicile varie considérablement d'une autorité compétente à l'autre. En effet, le taux en Saskatchewan (19 %) et au Manitoba (18 %) représente près du double de celui de l'Alberta (9 %) et de l'Ontario (8 %). Le taux le plus élevé a été observé au Yukon (27 %), mais doit être interprété avec prudence en raison du faible nombre d'admissions en soins de longue durée.

Divers facteurs peuvent influencer sur les taux de cet indicateur :

- L'accès aux services ou au soutien à domicile.
  - Cela comprend l'accès aux bons types de services et à un nombre d'heures de soins suffisant pour permettre aux personnes de demeurer chez elles<sup>13</sup>.
- L'accès à un aidant naturel.
- L'accès à d'autres milieux de vie offrant du soutien additionnel aux personnes âgées, tels que les maisons de retraite ou les résidences avec services.
  - Ces milieux fournissent parfois aux résidents et à leur famille des soins et du soutien sur place qui permettent de retarder ou d'éviter l'admission en soins de longue durée<sup>13</sup>.
- Le degré de densité de la population.
  - Dans les autorités compétentes vastes et peu peuplées, la prestation des services à domicile peut être difficile, surtout en région éloignée.
- La disponibilité des lits en soins de longue durée.
  - Ce facteur peut influencer sur les politiques et pratiques de placement telles que les critères d'admission en soins de longue durée.
- L'intégration des soins dans le continuum.
  - La planification des transferts et la coordination entre les soins primaires, les services à domicile, les services sociaux, les soins de longue durée et les soins hospitaliers peuvent faire en sorte que les Canadiens reçoivent les soins dont ils ont besoin dans le milieu approprié et au bon moment.

### **Les résidents qui auraient pu recevoir des soins à domicile sont plus susceptibles d'habiter seuls et en région rurale**

Le lieu de résidence des personnes et le fait qu'elles habitent seules ou non peuvent influencer sur la probabilité de placement en soins de longue durée. Par rapport aux habitants des régions urbaines, les personnes vivant en région rurale étaient 50 % plus susceptibles d'être admises en soins de longue durée, et ce, même si elles avaient pu recevoir des soins à domicile avec le soutien formel approprié. Le nombre réduit de services à domicile offerts dans les régions rurales et éloignées peut expliquer ce résultat.

De même, la probabilité d'être admises en soins de longue durée était 2 fois plus élevée chez les personnes vivant seules que chez les personnes habitant avec des proches, même si leurs besoins en matière de soins étaient plus légers. Ce résultat confirme le rôle critique du soutien familial et des aidants naturels dans le prolongement du maintien à la maison. De plus, lorsque les personnes âgées vivent seules, il arrive que les membres de leur famille s'inquiètent de leur bien-être et insistent pour qu'elles soient admises en soins de longue durée.

**Tableau 6** Lieu de résidence et milieu de vie avant l'admission en soins de longue durée

Caractéristiques du résident	Résidents qui auraient pu recevoir des soins à domicile	Nombre total de nouvelles admissions en soins de longue durée	Résidents qui auraient pu recevoir des soins à domicile en pourcentage du nombre total de nouvelles admissions
Région rurale	1 140	6 944	16,4 %
Région urbaine	3 635	34 474	10,5 %
Résidents qui vivaient seuls avant leur admission	1 492	7 713	19,3 %
Résidents qui ne vivaient pas seuls	3 278	34 250	9,6 %

**Remarques**

En raison de l'absence du code postal du domicile, le lieu de résidence avant l'admission en soins de longue durée n'est pas inclus pour certains résidents.

Les pourcentages reposent sur les taux bruts et ne sont pas ajustés selon les risques.

**Source**

Système d'information sur les soins de longue durée, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## Dans les établissements de soins de longue durée, 2 résidents sur 3 sont des femmes; la moitié ont plus de 85 ans

En 2018-2019, environ 63 % de tous les nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile étaient des femmes et 37 % étaient des hommes. La grande majorité (plus de 90 %) de ces nouveaux résidents avaient 65 ans et plus, l'âge médian étant de 85 ans. Cependant, les profils d'âge et de sexe de ces résidents étaient sensiblement les mêmes que ceux des autres résidents nouvellement admis en soins de longue durée.

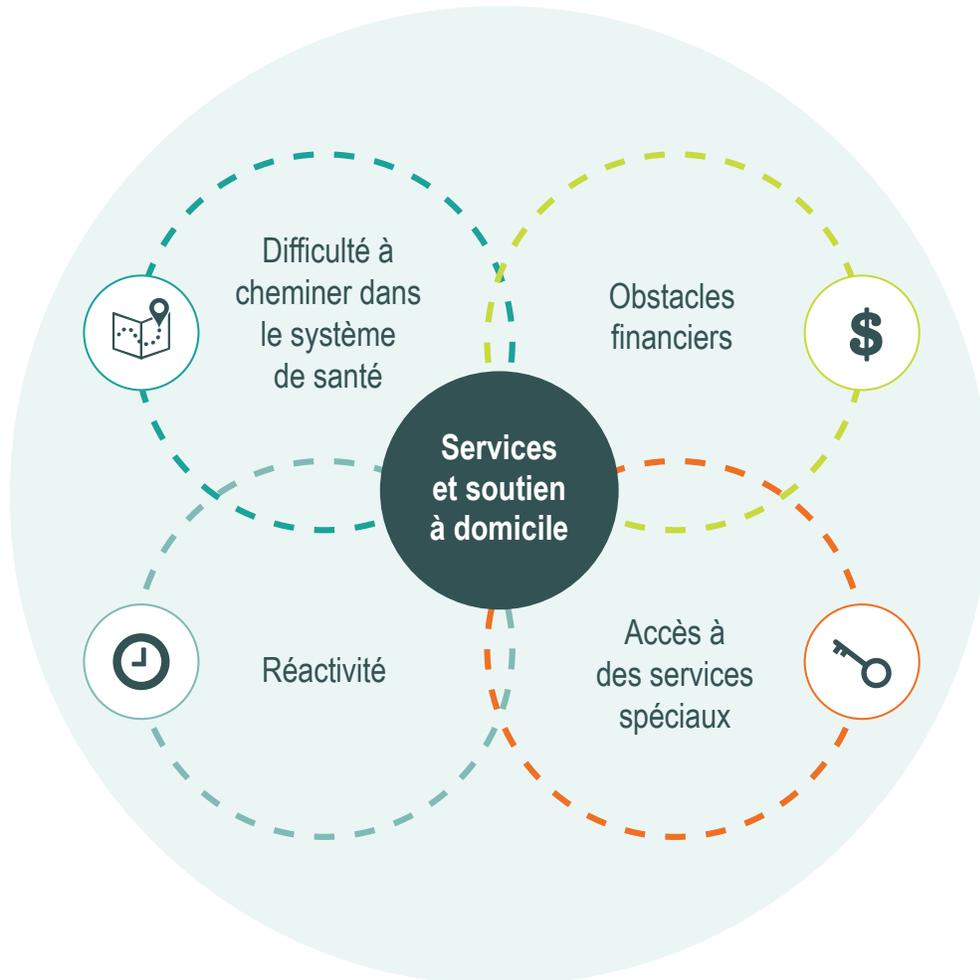
Au Canada, les femmes sont généralement plus nombreuses à être admises en soins de longue durée, car elles vivent en moyenne plus longtemps que les hommes. Et puisqu'elles survivent souvent à leur conjoint, les femmes sont moins susceptibles d'avoir quelqu'un pour s'occuper d'elles lorsque leur santé commence à se dégrader.

## **Les familles estiment que le cheminement dans le système de santé et les difficultés financières sont des obstacles au maintien à domicile**

Afin de mieux comprendre leur expérience, l'ICIS a recueilli de l'information auprès de résidents admis en soins de longue durée au cours des 3 dernières années, ainsi qu'auprès des membres de leur famille et de leurs conjoints. Ces personnes ont décrit les obstacles qu'elles ont dû surmonter pour avoir accès à des services à domicile qui auraient permis le maintien du résident à domicile. Une analyse qualitative des résultats des groupes de discussion a permis de dégager de l'expérience des participants les 4 grands thèmes suivants :

- **Difficulté à cheminer dans le système de santé**
  - Les participants ont eu de la difficulté à savoir qui appeler, quels types de services étaient offerts et combien de temps prendrait la coordination des services; ils ont aussi mentionné le manque de continuité des soins à l'échelle du système.
- **Obstacles financiers**
  - Les programmes publics de financement des services à domicile ne couvrent pas tous les frais associés au maintien d'une personne à la maison, de sorte que les familles doivent assumer une part considérable des dépenses. En milieu rural particulièrement, les familles doivent assumer des frais de déplacement plus élevés pour les rendez-vous médicaux et composer avec la disponibilité limitée du soutien et des services à domicile.
- **Réactivité**
  - Les participants ont insisté sur l'importance de la fiabilité du personnel pour la qualité des soins à domicile, de même que sur la nécessité d'offrir des services flexibles et adaptés aux besoins changeants de la personne qui les reçoit.
- **Accès à des services spéciaux**
  - Les participants ont souligné la nécessité d'offrir du soutien social et affectif, de l'aide pour les besoins non médicaux, des services linguistiques et des services culturellement adaptés.

**Figure 11** Obstacles à l'accès aux services à domicile : opinion des résidents, des aidants naturels et des familles



**Remarque**

Consultez l'[annexe C](#) pour obtenir des précisions sur l'étude qualitative.

**Source**

Données qualitatives, 2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## Liens vers d'autres ressources de l'ICIS

- Indicateur Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile
  - [Priorités partagées en santé](#) — résultats des indicateurs et infographies
  - [Définitions et renseignements sur la méthodologie](#)
- Banques de données et ressources
  - [Métadonnées du Système d'information sur les soins de longue durée](#)
  - [Système d'information sur les soins de longue durée et RAI-MDS 2.0](#)
  - [Métadonnées du Système d'information sur les services à domicile](#)
  - [Système d'information sur les services à domicile et RAI-HC](#)
- Travaux de l'ICIS
  - [Statistiques éclair : Profil des résidents des établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée, 2018-2019](#)
  - [Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins](#)

## Rapport d'étape

Les résultats de 6 indicateurs prioritaires ont maintenant été diffusés, et nous prévoyons diffuser les résultats de l'ensemble des 12 indicateurs de l'accès aux services à domicile et en milieu communautaire ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie d'ici 2022. Cet objectif ne pourrait être atteint sans la collaboration de l'ensemble des provinces et des territoires, qui ont participé aux travaux des groupes consultatifs d'experts sur l'élaboration des indicateurs, transmis les données existantes à l'ICIS et mis en place des systèmes d'information et de collecte de données afin de combler les lacunes à ces égards.

De plus, l'ICIS et ses partenaires en santé — notamment Santé Canada, Statistique Canada, la Commission de la santé mentale du Canada, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, l'Association canadienne de soins et services à domicile, les intervenants du secteur de la santé, des experts cliniques et des personnes ayant fait l'expérience des services — ont étroitement collaboré à l'élaboration des indicateurs des priorités partagées en santé<sup>4</sup>.

Vous trouverez les résultats à jour des indicateurs publiés en 2019 dans l'outil [Votre système de santé](#) de l'ICIS, des renseignements techniques supplémentaires dans le [Répertoire des indicateurs](#) de l'ICIS, ainsi que des renseignements contextuels dans le [rapport complémentaire de 2019](#)<sup>22, 23</sup>. (Les indicateurs publiés en 2019 sont Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances, Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance et Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles.)

Le travail accompli à ce jour sur les indicateurs à paraître en 2021 comprend notamment

## **ICIS**

- l'élaboration d'une définition des temps d'attente pour des services à domicile et des temps d'attente pour des services de santé mentale en milieu communautaire;
- la collecte de données d'essais pilotes auprès des provinces et territoires pour ces indicateurs de temps d'attente;
- la collecte auprès de patients et d'aidants naturels de commentaires sur leur expérience en matière d'accès aux soins;

## **Statistique Canada**

- l'élaboration d'un indicateur visant à mesurer l'efficacité des services à domicile dans le maintien des bénéficiaires à la maison, et la collecte de données pour les besoins de cet indicateur.

Les travaux se poursuivent relativement aux 3 indicateurs dont les résultats seront publiés en 2022 : Niveau d'utilisation des services en santé mentale et en toxicomanie, Identification et intervention précoces chez les jeunes et Décès à domicile ou hors hôpital. Ces travaux consistent, entre autres, à former des groupes consultatifs d'experts, à effectuer des analyses documentaires et des examens de la portée, à explorer les options concernant la définition des indicateurs et les sources des données, et à développer des approches pour l'engagement des patients.

Ces travaux ont pour objectif de mesurer l'accès aux services qui sont importants aux yeux des Canadiens et, à terme, d'améliorer les soins. Le tableau 7 présente les données comparables disponibles pour produire des rapports sur les 12 indicateurs en date de la publication du présent rapport.

En ce qui concerne les données, il importe de souligner les efforts considérables déployés par les provinces et territoires pour élargir la portée des banques de données existantes, établir des normes communes en matière d'information pour améliorer la qualité des données et explorer de nouvelles sources de données aux fins de diffusion publique. Ces efforts concertés aident à brosser pour les Canadiens un portrait plus détaillé de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie ainsi qu'aux services communautaires et à domicile.

Les renseignements sur les [banques de données](#) de l'ICIS et leur portée sont régulièrement mis à jour sur le site Web de l'ICIS.

**Tableau 7** Avancement des travaux d'élaboration des indicateurs

Indicateur	Année et volet	État de la définition normalisée	Sources de données	Couverture par autorité compétence
<b>Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances</b>	Année 1 (2019) Santé mentale et toxicomanie	Terminé	Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients  (En Ontario, les données des hôpitaux pour cet indicateur sont aussi recueillies à l'aide du Système d'information ontarien sur la santé mentale et du Système national d'information sur les soins ambulatoires.)	Ensemble des provinces et des territoires
<b>Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance</b>	Année 1 (2019) Santé mentale et toxicomanie	Terminé	Système national d'information sur les soins ambulatoires	Couverture complète : Ontario, Alberta, Yukon  Couverture partielle : Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Manitoba, Saskatchewan, Colombie-Britannique  Participation ou augmentation de la couverture prévue : Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Manitoba, Saskatchewan, Colombie-Britannique, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut
<b>Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles</b>	Année 1 (2019) Services à domicile et soins communautaires	Terminé	Base de données sur les congés des patients	Ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec

Indicateur	Année et volet	État de la définition normalisée	Sources de données	Couverture par autorité compétence
<b>Blessures auto-infligées, incluant le suicide</b>	Année 2 (2020) Santé mentale et toxicomanie	Terminé	Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients  Statistiques de l'état civil (Statistique Canada)  (En Ontario, les données des hôpitaux pour cet indicateur sont aussi recueillies à l'aide du Système d'information ontarien sur la santé mentale et du Système national d'information sur les soins ambulatoires.)	Ensemble des provinces et territoires
<b>Détresse des aidants naturels</b>	Année 2 (2020) Services à domicile et soins communautaires	Terminé	Système d'information sur les services à domicile; instrument d'évaluation des résidents — services à domicile; Services à domicile (SD) interRAI	Couverture complète : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario, Saskatchewan, Yukon  Couverture partielle : Alberta (toutes les régions, sauf la zone de Calgary), Colombie-Britannique (toutes les régions, sauf Northern Health)  Participation ou augmentation de la couverture prévue : Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Manitoba, Alberta, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut
<b>Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile</b>	Année 2 (2020) Services à domicile et soins communautaires	Terminé	Système d'information sur les soins de longue durée; instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 ou Soins de longue durée en établissement (SLD) interRAI ©	Couverture complète : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon  Couverture partielle : Nouvelle-Écosse, Manitoba, Saskatchewan  Participation ou augmentation de la couverture prévue : Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut

Indicateur	Année et volet	État de la définition normalisée	Sources de données	Couverture par autorité compétence
<b>Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale</b>	Année 3 (2021) Santé mentale et toxicomanie	Mise au point de la définition — en cours	Collecte de nouvelles données provinciales et territoriales	En cours d'élaboration
<b>Temps d'attente pour des services à domicile</b>	Année 3 (2021) Services à domicile et soins communautaires	Mise au point de la définition — en cours	Collecte de nouvelles données provinciales et territoriales	En cours d'élaboration
<b>Maintien à domicile du bénéficiaire grâce aux services à domicile</b>	Année 3 (2021) Services à domicile et soins communautaires	Ajout de questions au sondage actuel — La collecte de données a commencé en janvier 2020 et a été mise en suspend en mars 2020 en raison de la COVID-19. Elle devrait reprendre à l'automne 2020.	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada)	Ensemble des provinces et territoires
<b>Niveau d'utilisation des services en santé mentale et en toxicomanie</b>	Année 4 (2022) Santé mentale et toxicomanie	Nouvelle définition requise	À déterminer	En cours d'élaboration
<b>Identification et intervention précoces chez les jeunes</b>	Année 4 (2022) Santé mentale et toxicomanie	Nouvelle définition requise	À déterminer	En cours d'élaboration
<b>Décès à domicile ou hors hôpital</b>	Année 4 (2022) Services à domicile et soins communautaires	Nouvelle définition requise	À déterminer	En cours d'élaboration

**Remarque**

Sauf indication contraire, toutes les sources de données appartiennent à l'ICIS.

## Conclusion

L'enquête démontre systématiquement que les Canadiens souhaitent des temps d'attente réduits et un meilleur accès aux services de santé dont ils ont besoin. L'accès en temps opportun à des services en santé mentale et en toxicomanie de même qu'à des soins communautaires pour aider les personnes âgées figure parmi les besoins les plus pressants au pays.

L'amélioration de cet accès ne sera pas une tâche facile. Il faudra peut-être trouver de nouvelles façons de coordonner les soins et de faciliter le cheminement des patients et de leur famille dans le système de santé. Les indicateurs des priorités partagées en santé font également état de défis de santé publique complexes pour lesquels il n'existe aucune solution miracle. Les répercussions de la pandémie de COVID-19 et le fardeau que celle-ci représente pour les ressources du système de santé pourraient souligner davantage la nécessité d'améliorer les services dans ces domaines.

*Or, l'amélioration des données constitue un bon point de départ.* Grâce aux résultats des 6 indicateurs diffusés jusqu'à maintenant, et à ceux des 6 indicateurs à venir, les Canadiens et les planificateurs de soins de santé ont une idée plus précise de l'accès aux soins dans ces domaines prioritaires avant la pandémie.

Chaque année, les résultats des indicateurs nous en révéleront un peu plus sur l'accès aux soins et sur son évolution au fil du temps. Il sera important de surveiller les répercussions de la COVID-19 et de déterminer si la pandémie a des conséquences inattendues sur la santé des Canadiens en mesurant l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, de même qu'aux services à domicile et en milieu communautaire.

Les indicateurs suscitent de nombreuses questions au sujet des facteurs qui influencent les données et des façons d'améliorer les résultats. L'ICIS continuera à favoriser le dialogue ainsi qu'à soutenir les chercheurs et les partenaires en santé qui souhaitent analyser les résultats en profondeur. Au fil du temps, la déclaration des résultats des indicateurs permettra aux planificateurs du système de santé et aux dispensateurs de comprendre ce qui fonctionne et ce qui doit être amélioré, de tirer des leçons des pratiques exemplaires et des réussites, et de concevoir et gérer des programmes qui répondent mieux aux besoins des Canadiens.

## Annexe A : Blessures auto-infligées, incluant le suicide, répartition selon le type d'événement, 2018-2019

Province ou territoire	Type d'événement	Nombre d'événements	Taux par 100 000 habitants (normalisé selon l'âge)
Terre-Neuve-et-Labrador	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	532	124
	Décès par suicide	70	15
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	472	113
Île-du-Prince-Édouard	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	88	67
	Décès par suicide	5	4
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	86	65
Nouvelle-Écosse	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	529	64
	Décès par suicide	125	14
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	413	51
Nouveau-Brunswick	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	539	83
	Décès par suicide	110	16
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	432	69
Ontario	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	9 229	73
	Décès par suicide	1 275	10
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	8 109	65
Manitoba	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	677	57
	Décès par suicide	185	16
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	511	43
Saskatchewan	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	1 137	112
	Décès par suicide	225	22
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	931	93

Province ou territoire	Type d'événement	Nombre d'événements	Taux par 100 000 habitants (normalisé selon l'âge)
Alberta	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	2 636	70
	Décès par suicide	570	15
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	2 107	56
Colombie-Britannique	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	3 296	76
	Décès par suicide	410	9
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	2 928	69
Yukon	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	60	171
	Décès par suicide	5	12
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	55	158
Territoires du Nord-Ouest	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	122	299
	Décès par suicide	10	24
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	112	280
Nunavut	Blessures auto-infligées, incluant le suicide	165	392
	Décès par suicide	20	48
	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées	145	343

#### Remarques

Les hospitalisations en raison de blessures auto-infligées menant au décès pourraient aussi être incluses dans le nombre de décès dus au suicide.

Le 10 mars 2017, les gouvernements du Canada et du Québec ont conclu une entente asymétrique distincte de l'énoncé de principes actuel et basée sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Par conséquent, le présent rapport n'inclut pas les résultats du Québec.

#### Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## Annexe B : Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile

**Tableau B1** Disponibilité des données destinées au Système d'information sur les soins de longue durée

Autorité compétente	Couverture	Secteur	5 années de données ou plus
T.-N.-L.	Complète	Collectivité	Oui
Î.-P.-É.	Aucune	s.o.	s.o.
N.-É.	Partielle*	Collectivité	Non
N.-B.	Partielle*	s.o.	s.o.
Qc	Aucune	s.o.	s.o.
Ont.	Complète	Soins de longue durée dans la collectivité et en milieu hospitalier	Oui
Man.	Partielle	Soins de longue durée dans la collectivité et en milieu hospitalier	Oui
Sask.	Partielle	Collectivité	Oui
Alb.	Complète	Collectivité	Oui
C.-B.	Complète	Collectivité	Oui
Yn	Complète	Collectivité	Oui
T.N.-O.	Aucune	s.o.	s.o.
Nun.	Aucune	s.o.	s.o.

### Remarques

\* En raison de la couverture incomplète, ces données seront supprimées dans la mise à jour de 2020.

s.o. : sans objet.

Les données recueillies dans le Système d'information sur les soins de longue durée reposent sur les résultats de l'évaluation effectuée au moyen de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0.

### Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

## Annexe C : Notes méthodologiques pour l'étude qualitative

### Les familles estiment que le cheminement dans le système de santé et les difficultés financières sont des obstacles au maintien à domicile

Les participants à l'étude qualitative ont été recrutés avec l'aide des réseaux pancanadiens de patients, des conseils provinciaux et régionaux de résidents et de famille, des gestionnaires des relations avec les clients de l'ICIS et du Bureau de l'engagement des patients de l'ICIS. Un sondage de présélection et des entrevues téléphoniques ont permis d'isoler environ 45 participants admissibles. De ce nombre, 15 (dont 2 résidents en soins de longue durée) ont pris part à 2 groupes de discussion en juillet 2019.

Une approche théorique fondée sur la pratique a été utilisée pour examiner les données<sup>24</sup>, et une analyse du contenu a permis de dégager les 4 grands thèmes<sup>25</sup>. Ensuite, 3 membres de l'équipe ont séparément codifié, catégorisé, saisi et comparé les données, puis procédé à la mise en correspondance des concepts; le taux de fiabilité et de rigueur obtenu dépasse 95 %.

## Annexe D : Texte de remplacement pour les figures

**Figure 1 : Taux de blessures auto-infligées, incluant le suicide, normalisé selon l'âge par 100 000 habitants, par province et territoire, 2018-2019**

Autorité compétente	Taux	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
Canada	77	76	78
T.-N.-L.	124	114	135
Î.-P.-É.*	67	53	81
N.-É.	64	58	69
N.-B.	83	76	90
Ont.	73	72	75
Man.	57	53	61
Sask.	112	106	119
Alb.	70	67	72
C.-B.	76	74	79
Yn*	171	128	215
T.N.-O.*	299	246	353
Nun.*	392	331	453

### Remarques

\* En raison du faible nombre de décès dans ces autorités compétentes, le taux de suicide peut varier considérablement d'une année à l'autre.

L'intervalle de confiance (IC) sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Le 10 mars 2017, les gouvernements du Canada et du Québec ont conclu une entente asymétrique distincte de l'énoncé de principes actuel et basée sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Par conséquent, le présent rapport n'inclut pas les résultats du Québec.

### Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé; Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, 2018, Statistique Canada; Bureau des statistiques du Yukon, 2018.

**Figure 2 : Taux de blessures auto-infligées, incluant le suicide, par 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, 2018-2019**

Groupe d'âge	Décès en raison de blessures auto-infligées, femmes	Décès en raison de blessures auto-infligées, hommes	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées, femmes	Hospitalisations en raison de blessures auto-infligées, hommes
10-24 ans	6	12	188	62
25-44 ans	6	18	74	55
45-64 ans	7	23	55	44
65 ans et plus	3	16	23	24

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé; Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, 2018, Statistique Canada; Bureau des statistiques du Yukon, 2018.

**Figure 3 : Pourcentage de patients ayant connu des séjours répétés à l'hôpital dans l'année en raison de blessures auto-infligées, selon l'âge et le sexe, 2018-2019**

Groupe d'âge	Femmes	Hommes
10-24 ans	13 %	9 %
25-44 ans	14 %	10 %
45-64 ans	11 %	11 %
65 ans et plus	9 %	8 %
Tous âges confondus	13 %	10 %

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé; Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, 2018, Statistique Canada; Bureau des statistiques du Yukon, 2018.

**Figure 4 : Pourcentage de patients hospitalisés en raison de blessures auto-infligées présentant un problème de santé mentale concomitant, selon le sexe, 2018-2019**

Problèmes de santé mentale concomitants	Femmes	Hommes
Troubles de l'humeur	37 %	32 %
Autres troubles de santé mentale	28 %	25 %
Troubles liés à une substance et troubles addictifs	21 %	33 %
Troubles de la personnalité et du comportement	22 %	13 %
Troubles anxieux	16 %	10 %
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	4 %	9 %
Tout problème de santé mentale	75 %	73 %

**Remarque**

Seuls les problèmes de santé mentale traités durant le séjour à l'hôpital ont été inclus.

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 5 : Taux de détresse des aidants naturels ajusté selon les risques, par autorité compétente, 2018-2019**

Autorité compétente	Taux	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
Canada	34,7 %	—	—
T.-N.-L.	23,7 %	22,3 %	25,2 %
N.-É.	29,1 %	28,0 %	30,1 %
Ont.	37,5 %	37,3 %	37,8 %
Sask.	16,4 %	15,1 %	17,6 %
Alb.	19,8 %	19,1 %	20,6 %
C.-B.	34,5 %	33,8 %	35,1 %
Yn	28,3 %	18,3 %	38,3 %

**Remarques**

— Sans objet.

L'intervalle de confiance (IC) sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Les taux sont ajustés selon l'âge.

**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 6 : Pourcentage des aidants naturels au Canada ayant déclaré que leurs responsabilités étaient stressantes ou très stressantes lors de l'Enquête sociale générale, 2018**

Autorité compétente	Stressantes ou très stressantes
Canada	33,8 %
T.-N.-L.	27,4 %
Î.-P.-É.	21,8 %
N.-É.	34,6 %
N.-B.	28,1 %
Ont.	34,8 %
Man.	30,1 %
Sask.	25,8 %
Alb.	31,3 %
C.-B.	34,2 %

**Remarques**

Cette enquête fait état des niveaux de stress des aidants naturels dans les provinces canadiennes, peu importe les services reçus. Elle recueille des données auprès de personnes non institutionnalisées de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces uniquement.

Le taux de réponse était de 52,8 %.

Le 10 mars 2017, les gouvernements du Canada et du Québec ont conclu une entente asymétrique distincte de l'énoncé de principes actuel et basée sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Par conséquent, le présent rapport n'inclut pas les résultats du Québec.

**Source**

Statistique Canada. Tableaux spéciaux fondés sur les données de l'Enquête sociale générale sur les soins donnés et reçus 2018. Reçus en janvier 2020.

**Figure 7 : Taux de détresse des aidants naturels et pourcentage des personnes qui partagent la même résidence, 2018-2019**

Autorité compétente	Taux brut de détresse	Même résidence
T.-N.-L.	17,0 %	22,4 %
N.-É.	24,1 %	41,9 %
Ont.	40,7 %	52,3 %
Sask.	13,5 %	30,0 %
Alb.	14,8 %	27,8 %
C.-B.	31,6 %	42,5 %
Yn	14,6 %	25,4 %

**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 8 : Nombre moyen d'heures de soins donnés par les aidants naturels par semaine, 2018-2019**

Aidants naturels qui...	Nombre moyen d'heures de soins donnés par les aidants naturels par semaine
ne ressentent pas de détresse	18,6
ressentent de la détresse	38,0

**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 9 : Pourcentage des aidants naturels ayant déclaré éprouver de la détresse, selon le nombre d'activités liées aux soins personnels exigeant une aide considérable, 2018-2019**

Nombre d'activités liées aux soins personnels exigeant une aide considérable	Détresse des aidants naturels
0	24,0 %
1	30,4 %
2	38,2 %
3	42,4 %
4	46,8 %
5	52,1 %
6 ou plus	54,0 %

**Remarque**

Nombre croissant d'activités liées aux soins personnels exigeant une aide considérable de la part de l'aidant naturel : de 0 (aucune activité exigeant une aide considérable) à 6 ou plus (au moins 6 activités exigeant une aide considérable).

**Source**

Système d'information sur les services à domicile, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 10 : Pourcentage ajusté selon les risques de nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile, par province et territoire, 2018-2019**

Autorité compétente	Taux	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
Canada	11,5 %	—	—
T.-N.-L.	10,0 %	8,2 %	12,2 %
Ont.	8,3 %	7,9 %	8,6 %
Man.	18,2 %	16,3 %	20,2 %
Sask.	18,5 %	16,9 %	20,2 %
Alb.	9,3 %	8,6 %	10,1 %
C.-B.	14,5 %	13,7 %	15,2 %
Yn	27,3 %	18,0 %	39,7 %

**Remarques**

— Sans objet.

L'intervalle de confiance (IC) sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Les taux sont ajustés selon les risques.

En raison de la faible taille de l'échantillon et de la couverture incomplète des données, les résultats pour la Nouvelle-Écosse ne sont pas présentés séparément, mais sont inclus dans le taux global pour le Canada.

**Source**

Système d'information sur les soins de longue durée, 2018-2019, Institut canadien d'information sur la santé.

# Références

1. Commission de la santé mentale du Canada. [Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques](#). 2017.
2. Gouvernement du Canada. [Priorités partagées en matière de santé](#). Consulté le 2 décembre 2019.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [Une première au Canada : l'ICIS mesurera l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, de même qu'aux services à domicile et en milieu communautaire](#). Consulté le 2 décembre 2019.
4. Institut canadien d'information sur la santé. [Priorités partagées en santé](#). Consulté le 2 décembre 2019.
5. Institut canadien d'information sur la santé. [Indicateurs de santé](#). Consulté le 2 décembre 2019.
6. Institut canadien d'information sur la santé. [Répertoire des indicateurs](#). Consulté le 2 décembre 2019.
7. Rhodes AE, Bethell J, Spence J, Links PS, Streiner DL, Jaakkimainen RL. [Age–sex differences in medicinal self-poisonings: A population-based study of deliberate intent and medical severity](#). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008.
8. Myers RP, Li B, Shaheen AA. [Emergency department visits for acetaminophen overdose: A Canadian population-based epidemiologic study \(1997–2002\)](#). *Canadian Journal of Emergency Medical Care*. 2007.
9. Kisely SR, Lawrence D, Preston NJ. [The effect of recalling paracetamol on hospital admissions for poisoning in Western Australia](#). *Medical Journal of Australia*. 2003.
10. Morgan OW, Griffiths C, Majeed A. [Interrupted time-series analysis of regulations to reduce paracetamol \(acetaminophen\) poisoning](#). *PLoS Medicine/Public Library of Science*. 2007.
11. Hermus G, Stonebridge C, Thériault L, Bounajm F. [Home and Community Care in Canada: An Economic Footprint](#). 2012.
12. Canadian Caregiver Coalition. [A Canadian Caregiver Strategy: Are We Making Progress?](#). 2014.

13. Conseil canadien de la santé. [\*Aînés dans le besoin, aidants en détresse : quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?\*](#). 2012.
14. Adelman R, Tmanova L, Delgado D, Dion S, Lachs M. [\*Caregiver burden: A clinical review\*](#). *JAMA*. 2014.
15. Williams AP, et al. [\*Balancing institutional and community-based care: Why some older persons can age successfully at home while others require residential long-term care\*](#). *Healthcare Quarterly*. 2009.
16. Betini RSD, Hirdes JP, Lero DS, Cadell S, Poss J, Heckman G. [\*A longitudinal study looking at and beyond care recipient health as a predictor of long-term care home admission\*](#). *BMC Health Services Research*. 2017.
17. Arber S, Venn S. [\*Caregiving at night: Understanding the impact on carers\*](#). *Journal of Aging Studies*. 2011.
18. Statistique Canada. [\*Être aidant familial : quelles sont les conséquences?\*](#). Consulté le 2 décembre 2019.
19. Institut canadien d'information sur la santé. [\*Aînés en transition : cheminement dans le continuum des soins\*](#). 2017.
20. Luppá M, Luck T, Weyerer S, et al. [\*Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review\*](#). *Age and Ageing*. 2009.
21. Office of the Seniors Advocate (British Columbia). [\*Home Support: We Can Do Better\*](#). 2019.
22. Institut canadien d'information sur la santé. [\*Votre système de santé : En bref\*](#) [outil Web]. Consulté le 2 décembre 2019.
23. Institut canadien d'information sur la santé. [\*Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada, novembre 2019\*](#). 2019.
24. Corbin J, Strauss A. [\*Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, Fourth Edition\*](#). 2007.
25. Creswell JW, Poth CN. [\*Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches\*](#). 2007.



**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6  
**613-241-7860**

**ICIS Toronto**

4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7  
**416-481-2002**

**ICIS Victoria**

880, rue Douglas  
Bureau 600  
Victoria (C.-B.)  
V8W 2B7  
**250-220-4100**

**ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 602  
Montréal (Qc)  
H3A 2R7  
**514-842-2226**

---

icis.ca

21950-0320

