

Étendre le principe d'intégralité de l'hôpital au domicile *

Mémoire présenté au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Peter C. Coyte, Ph. D.

17 juillet 2002

Pour de plus amples informations :

Peter C. Coyte, professeur en économie de la santé, titulaire d'une chaire de la FCRSS/IRSC en services de santé, codirecteur du Centre d'évaluation et d'étude des soins à domicile et président de l'Association canadienne pour la recherche en économie de la santé, département des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Faculté de médecine, édifice McMurrich, Université de Toronto, Toronto (Ontario) M5S 1A8
Téléphone : (416) 978-8369; fax : (416) 978-7350; courriel : peter.coyte@utoronto.ca

*M. Coyte reçoit des fonds des Instituts de recherche en santé du Canada, de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, et ce à titre de titulaire de la chaire sur les contextes de soins de santé et la population canadienne. En outre, Kelly Murphy a fourni des commentaires utiles, et bon nombre des questions abordées aux sections 1.0 à 3.0 sont liées aux travaux menés en collaboration avec M^{me} Patricia McKeever. Les opinions exprimées dans le présent mémoire sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement l'opinion d'un organisme ou d'une institution de financement en particulier.

Résumé

Le présent mémoire expose une série de mécanismes de financement, de prestation et d'organisation qui permettront que l'intention de la *Loi canadienne sur la santé* s'applique non seulement en milieu hospitalier mais aussi aux services et aux techniques de santé dont les Canadiens peuvent se prévaloir à domicile. À cette fin, trois principes sont invoqués : premièrement, les réformes doivent être adoptées graduellement avec des appuis qui favorisent l'intégration des services; deuxièmement, le principe d'intégralité que prévoit la *Loi canadienne sur la santé* doit être élargi pour comprendre les soins de santé nécessaires quel que soit l'endroit où ces soins sont demandés, dispensés et reçus; enfin, tout ensemble de réformes doit comprendre des mécanismes qui limitent les obligations des gouvernements.

Après une introduction, la section 2.0 présente l'évolution des soins à domicile au Canada, en s'attardant tout particulièrement aux tendances en matière de dépenses et de financement et au contexte des politiques qui a permis l'émergence d'un nouvel ordre en matière de soins de santé. La section 3.0 présente les soins à domicile comme complément des services offerts ailleurs et devant donc y être intégrés. La section 4.0 décrit les mécanismes de financement, de prestation et d'organisation des soins actifs à domicile. La section 5.0 présente une évaluation du coût total d'un programme national de soins actifs à domicile, et la section 6.0 comprend une brève conclusion et les recommandations.

Les bénéficiaires de soins à domicile reçoivent tout un éventail de services de soins de santé, dont les soins aux malades chroniques ou de longue durée, les soins préhospitaliers et les soins actifs, mais le présent mémoire concentre son attention sur les *soins actifs à domicile* (SAD) comme première étape de la création d'un programme national de soins à domicile. L'accent est mis sur ce type de soins afin d'accroître la portée de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que la pertinence de cette dernière pour ce qui est des soins de santé à notre époque moderne. Le fait de mettre l'accent sur de tels soins favorise également le principe d'intégration des services puisque la communication entre l'hôpital et les fournisseurs de services à domicile est essentielle pour permettre la répartition et l'utilisation efficientes et efficaces des services de santé.

Le présent mémoire ne recommande *pas* la création d'un programme de financement distinct sur le plan organisationnel et géographique en vue des soins actifs à domicile. En effet, un programme de SAD national parallèle et distinct risque de nuire à l'intégration des services entre les réseaux de soins et de freiner la répartition et l'utilisation efficaces, efficientes et équitables des services de santé.

Le coût des SAD, avec les « coûts cachés » découlant notamment des médicaments, pourrait atteindre entre 1 021,1 millions et 1 511,80 millions de dollars (en dollars de l'exercice 2002). Si le gouvernement fédéral partage ces frais à parts égales avec les provinces, sa part atteindra entre 510,6 millions et 755,9 millions de dollars.

Les recommandations suivantes visent à accroître l'intégration des services et à faire en sorte que les Canadiens aient accès aux soins de santé nécessaires, quel que soit l'endroit où ces soins sont demandés, dispensés ou reçus :

Recommandation 1 : On devrait définir le bénéficiaire de soins actifs à domicile comme étant une personne ayant reçu sa première visite de soins à domicile dans les 30 jours après avoir été hospitalisée ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour.

Recommandation 2 : Une période de SAD devrait désigner l'ensemble des services de soins à domicile reçus entre la première date de prestation de service suivant le congé d'hospitalisation, si cette date survient moins de 30 jours après le congé, jusqu'à concurrence d'un an après le congé de l'hôpital, pour les personnes qui n'ont pas eu recours aux soins à domicile avant l'hospitalisation.

Recommandation 3 : Les bénéficiaires de SAD doivent être regroupés en catégories cliniques suffisamment petites pour pouvoir dériver des taux d'utilisation stables des SAD. Le recours aux catégories cliniques principales (Major Clinical Categories ou MCC) et aux groupes de chirurgies d'un jour (Day Procedure Groups ou DPG) permet les regroupements à cette fin.

Recommandation 4 : Il convient d'utiliser des estimations du coût moyen des SAD pour prévoir le financement d'un programme national de soins actifs à domicile.

Recommandation 5 : Le financement des SAD doit être dirigé d'abord vers les hôpitaux, mais l'enveloppe des SAD doit être contrôlée à intervalles réguliers afin de s'assurer de la bonne prestation de ces soins.

Recommandation 6 : Pour encourager l'innovation et l'intégration des services et améliorer l'efficience et l'efficacité des services de santé nécessaires, indépendamment du cadre dans lequel ces soins sont reçus, il convient d'élaborer une méthode de remboursement des SAD basée sur les taux, conjointement avec les arrangements fondés sur les taux pour chaque période de soins hospitaliers.

Recommandation 7 : Il convient de ne pas limiter la gamme de services, de produits et de techniques pouvant servir à faciliter les soins à domicile suite à des soins à l'hôpital.

Recommandation 8 : Il convient de donner aux hôpitaux le choix d'élaborer des liens contractuels directement avec les fournisseurs de soins à domicile ou avec des agences intermédiaires pouvant prendre des dispositions en matière de prestation de services et de gestion de cas.

Recommandation 9 : Les contrats établis avec les fournisseurs de soins à domicile devraient inclure, en plus des ententes de remboursement basées sur les taux, des mécanismes pour surveiller la qualité et le rendement des services.

Recommandation 10 : Il convient de tout mettre en oeuvre pour obtenir l'assurance publique au premier dollar des SAD, en conformité avec les conditions d'assurance pour les autres soins de santé nécessaires.

1.0 Introduction

Les soins de santé au XXI^e siècle ne se limitent pas aux cadres institutionnels et aux stéthoscopes; ils mettent en cause plus d'un lieu privilégié (les hôpitaux) et plus d'un fournisseur attitré (les médecins). De nos jours, on demande, on dispense et on reçoit les soins de santé dans des contextes très divers, et les soins sont souvent fournis au moyen de techniques conviviales et miniaturisées¹⁻³. En fait, l'éparpillement des soins de santé dans des divers cadres est la principale caractéristique du nouvel ordre des soins de santé.

À la lumière de ces bouleversements dans l'organisation et la prestation des soins de santé, la *Loi canadienne sur la santé* perd graduellement de son utilité puisque la majorité des soins échappent à son application. La population canadienne s'attend à ce que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour garantir que les soins de santé publics se conforment aux cinq principes d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité, de transférabilité et de gestion publique. Mais comme la Loi vise exclusivement les soins médicalement nécessaires dispensés par *les hôpitaux* et *les médecins*, le gouvernement fédéral n'a pas la possibilité de faire en sorte que les Canadiens aient accès aux soins de santé nécessaires *quel que soit l'endroit où* ils sont dispensés. Par conséquent, le principe d'intégralité couché dans la *Loi canadienne sur la santé* doit être élargi afin que le contexte dans lequel les soins nécessaires sont dispensés n'influe pas sur leur financement.

L'objectif premier du présent mémoire est de présenter une série de mécanismes de financement, de prestation et d'organisation qui élargiront l'intention de la *Loi canadienne sur la santé* afin qu'elle s'applique graduellement aux services et techniques de santé qui étaient auparavant fournis uniquement dans un contexte hospitalier, mais qui sont maintenant aussi offerts aux Canadiens là où ils habitent. Trois postulats sont posés en vue d'atteindre cet objectif : premièrement, il faut adopter graduellement un programme national de soins de santé qui favorisera l'intégration des services; deuxièmement, le principe d'intégralité que prévoit actuellement la *Loi canadienne sur la santé* doit être élargi pour comprendre les soins de santé nécessaires *quel que soit l'endroit où* ces soins sont demandés, dispensés et reçus; et troisièmement, toute réforme doit comprendre des mesures qui limitent les obligations des gouvernements.

Dans ce mémoire, la section 2.0 présente l'évolution des soins à domicile au Canada, en s'attardant tout particulièrement aux tendances en matière de dépenses et de financement et au contexte des politiques qui a permis l'émergence d'un nouvel ordre en matière de soins de santé. La section 3.0 présente les soins à domicile comme complément des services offerts ailleurs, d'où l'importance d'une réforme axée sur l'intégration. La section 4.0 décrit les mécanismes de financement, de prestation et d'organisation des soins à domicile après une hospitalisation (soins actifs à domicile). La section 5.0 présente une évaluation du coût total d'un programme national de soins actifs à domicile, et la section 6.0 comprend une brève conclusion et les recommandations.

Les bénéficiaires de soins à domicile reçoivent tout un éventail de services de soins de santé, dont les soins aux malades chroniques ou de longue durée, les soins préhospitaliers et les soins actifs, mais le présent mémoire concentre son attention sur les *soins actifs à domicile* (SAD) comme première étape de la création d'un programme national de soins à domicile. L'accent est mis sur ce type de soins afin d'accroître la portée de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que la pertinence de cette dernière pour ce qui est des soins de santé à notre époque moderne. Le fait de

mettre l'accent sur de tels soins favorise également le principe d'intégration des services puisque la communication entre l'hôpital et les fournisseurs de services à domicile est essentielle pour permettre la répartition et l'utilisation efficaces des services de santé.

2.0 Les soins à domicile au Canada

Le régime public d'assurance-santé du Canada n'a cessé de croître au cours des 50 dernières années et est devenu un programme national qui protège les Canadiens contre le fardeau économique exorbitant de la maladie puisqu'il fournit l'accès aux soins hospitaliers et médicaux selon les besoins, plutôt qu'en fonction de la capacité de payer. Toutefois, les innovations en matière de technologie médicale et pharmaceutique ainsi que les changements dans les priorités financières des gouvernements et les profonds changements démographiques provoquent l'accroissement de l'éventail des soins de santé dispensés et des contextes dans lesquels ils sont fournis. Ces changements ont eu une conséquence imprévue : l'érosion de la protection que garantissait aux Canadiens la *Loi canadienne sur la santé*.

Un cadre en particulier a pris de l'importance dans le nouveau paysage des soins de santé : la maison. C'est dans ce contexte que des soignants non rémunérés – des membres de la famille, des amis et des bénévoles – manient une batterie de services, de produits et de techniques complexes afin d'assurer la santé et le bien-être des Canadiens. De nombreux organismes et fournisseurs, oeuvrant dans les soins à domicile, participent ainsi à la prestation de services visant à améliorer la santé et les habitudes de vie. La gamme de services est vaste et comprend notamment les soins infirmiers, le travail social, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services de repas à domicile et le soutien personnel.

Les dépenses au titre des soins à domicile augmentent plus dans le secteur privé

Au cours des 20 dernières années, les dépenses au titre des soins à domicile ont connu une croissance marquée attribuable à l'admissibilité des bénéficiaires, à l'accessibilité, aux changements démographiques et technologiques ainsi qu'à la restructuration des services de santé, mais cette croissance varie selon les années et les secteurs. La figure 1 en particulier indique une croissance des dépenses publiques en matière de soins de santé au cours des 20 dernières années, mais elle signale aussi une réduction du taux annuel de croissance de ces dépenses qui est passé de 17,2 % au cours des années 80 à 10,4 % au cours des années 90. Par comparaison, il y a eu escalade des dépenses privées en matière de soins à domicile au cours des 20 dernières années, comme le montre la figure 2. Le taux de croissance est passé de 9,4 % dans les années 80 à 13 % au cours des années 90. Par conséquent, malgré les grands discours sur l'importance des soins à domicile, les dépenses publiques à ce chapitre ont chuté au cours des 10 dernières années et représentent moins de 80 % du chiffre d'affaires de cette industrie qui s'élève à 3,5 milliards de dollars⁴.

Les suppositions des politiques sur la santé provoquent le changement

Les pratiques de soins de santé ont subi des mutations profondes au cours des 20 dernières années, et un large éventail de services qui étaient auparavant financés par le secteur public sont maintenant dispensés à domicile et sont, très souvent, financés par le secteur privé. Ce recours toujours plus grand aux soins à domicile repose sur trois suppositions fort répandues.

Premièrement, on croit que les Canadiens veulent jouer un rôle beaucoup plus grand dans la prestation de soins de santé à domicile, quitter au plus tôt les soins actifs et rester dans la collectivité

plutôt que d'être dans des établissements de soins à long terme. Cependant, on offre peu de preuves pour appuyer cette supposition.

Deuxièmement, on suppose que les conditions de logement et d'emploi au Canada permettent de dispenser de façon sûre et efficace une plus grande part des soins à la maison. Or, même la maison moderne la plus luxueuse n'est pas conçue pour faciliter la prestation de soins à long terme; de plus, il faut se demander s'il y aura encore des soignants non rémunérés à l'avenir étant donné les changements dans la main-d'œuvre active et les autres contraintes de temps que vivent les gens⁵.

Enfin, on suppose couramment que les soins seront les mêmes ou meilleurs, en plus d'être moins coûteux s'ils sont dispensés à la maison plutôt qu'en établissement⁶⁻⁸. Selon deux études canadiennes, les soins à domicile pourraient réduire les coûts (pour le secteur public) sans effets néfastes pour la santé des Canadiens⁹⁻¹⁰. Toutefois, un examen plus étendu de la documentation à ce sujet révèle plutôt que, premièrement, rares sont les données indiquant clairement que les soins à domicile sont économiques¹¹⁻¹⁸, et que, deuxièmement, les économies réalisées au moyen des soins à domicile privilégient le secteur public et se font aux dépens des bénéficiaires de soins.

Groupes particuliers de bénéficiaires de soins à domicile

Bon nombre de personnes bénéficient de soins à domicile destinés à prévenir ou à retarder la détérioration de la santé ou à les aider à conserver leur autonomie dans la collectivité, et d'autres reçoivent des soins à domicile pendant une courte période de réhabilitation après une hospitalisation. Les premiers reçoivent donc des soins prolongés tandis que les seconds sont bénéficiaires de soins actifs à domicile. Récemment, les grandes transformations du milieu hospitalier en raison des fermetures et des fusions, des importantes réductions de la durée des séjours et de la modification de la taille et de la fonction des hôpitaux, ont accru la proportion des soins à domicile, obligeant à accorder une plus grande place aux bénéficiaires de soins actifs.

Profils de service distincts

Les soins à domicile ne sont plus réservés aux personnes âgées. Quarante-cinq pour cent des bénéficiaires de soins à domicile en Ontario ont moins de 65 ans et 15 % sont des enfants¹⁹. De plus, les profils de service sont tout à fait distincts pour les deux principaux groupes de clients. L'un reçoit des soins pendant une courte période s'étalant habituellement sur moins de 90 jours tandis que l'autre reçoit des soins prolongés ou permanents. Les bénéficiaires de soins à court terme reçoivent principalement des soins infirmiers (63 %), les autres services étant répartis entre le soutien personnel (20,6 %) et diverses autres thérapies (16,4 %). En comparaison, c'est le soutien personnel qui est le service le plus répandu chez les bénéficiaires de soins prolongés (59,2 %), suivi des soins infirmiers (35,5 %); ces bénéficiaires reçoivent rarement des services thérapeutiques¹⁹.

3.0 Le domicile comme pierre angulaire des soins de santé

Le débat actuel sur les soins à domicile pour remplacer les soins aigus ou en établissement fait fausse route. Il crée un schisme entre les intérêts de l'assurance-santé, d'une part, et les intérêts des soins communautaires et à domicile, d'autre part. Or, les soins à domicile seront présentés dans la présente section comme services qui complètent ceux offerts dans d'autres contextes de soins, et ce afin de bien souligner la possibilité d'une réforme visant une plus grande intégration des services.

Les soins de santé sont demandés, dispensés et reçus dans un assortiment de cadres et sont offerts par des fournisseurs de soins et de techniques (rémunérés et non rémunérés), ainsi que de produits

médicaux. Ces combinaisons de personnes, de lieux et de techniques sont aussi diverses que les besoins de santé de la population servie. De plus, la nature épisodique des soins de santé (diagnostic, intervention et remède, guérison et réhabilitation, et maintien de la santé) et la spécialisation médicale font que les injections de fonds dans la santé sont effectuées de façon sporadique et dans tout un éventail de contextes différents.

Du point de vue des bénéficiaires de soins qui font face chaque jour au nouvel ordre des soins de santé, cet éparpillement géographique et organisationnel des soins de santé semble parfois aller à l'encontre de leurs intérêts. Les divers organismes et établissements de soins de santé étant chacun investis de leurs propres mission, vision et objectif organisationnel et devant faire face à différentes mesures incitatives économiques, il n'est pas étonnant de constater chez eux des incohérences dans les gestes posés et les positions adoptées. Or, ces incohérences entraînent souvent des conséquences néfastes inattendues, comme un manque de continuité des soins, puisque l'on s'attend à ce que les bénéficiaires « suivent » les fournisseurs plutôt que ce soit les fournisseurs de soins qui « suivent » les bénéficiaires.

Les soins de santé au XXI^e siècle sont établis en réseau. Des combinaisons souples de personnes, de lieux et de techniques favorisent l'avancement de la santé. S'il est vrai que ces combinaisons peuvent varier au gré des conditions sous-jacentes, il reste que pour la plupart des Canadiens, le domicile représente la constante dans un processus en mutation constante de recherche et d'obtention de soins. C'est par rapport au domicile que l'on évalue les autres contextes de soins de santé, et c'est là que les Canadiens reçoivent le gros de leurs soins. En fait, le domicile constitue la pierre angulaire des soins de santé.

En considérant le domicile et les services de soins de santé qui y sont reçus comme un complément aux soins demandés, dispensés et reçus dans d'autres contextes, il est possible de dégager une vision d'un système de soins de santé beaucoup plus efficace pour le XXI^e siècle. Plutôt que d'élaborer encore un autre programme de financement cloisonné, distinct sur le plan géographique et organisationnel, il faut œuvrer de façon concertée pour inciter les provinces, les organismes et les fournisseurs de services de santé à réaliser l'intégration des services entre réseaux de soins.

Comme nous l'avons vu à la section 2.0, il y a deux groupes distincts de bénéficiaires de soins à domicile. On peut bien entendu envisager la création d'un programme national de soins à domicile, mais il est beaucoup plus intéressant de profiter de l'occasion pour affirmer que c'est le *bénéficiaire de soins*, avec ses besoins particuliers, qui doit être financé, quel que soit le contexte dans lequel les soins sont demandés, dispensés ou reçus. Parallèlement, les soins actifs à domicile seront intégrés à l'enveloppe budgétaire des hôpitaux, et les soins prolongés feront partie des soins primaires. De tels changements en matière de financement et d'organisation ouvrent la porte à l'accroissement de l'efficience et de l'efficacité des services et peuvent être assortis d'activités de contrôle afin d'assurer la progression des divers objectifs d'équité.

4.0 Financement, organisation et prestation de soins actifs

Nous présentons dans cette section les mécanismes de financement, de prestation et d'organisation des soins à domicile après hospitalisation (soins actifs à domicile). L'accent sera mis sur les mécanismes qui limiteront les obligations du gouvernement, qui appuieront l'intégration des services de santé et qui accroîtront la répartition et l'utilisation efficientes, efficaces et équitables des services de santé.

Cette section repose sur la croyance qu'il faut élargir l'intention de la *Loi canadienne sur la santé* de façon progressive afin qu'elle englobe les services qui étaient auparavant fournis exclusivement en contexte hospitalier, mais qui sont maintenant aussi offerts aux Canadiens là où ils habitent.

Le présent mémoire porte sur le financement, l'organisation et la prestation de *soins actifs à domicile*, bien qu'il existe une large gamme de services à domicile. Il est utile d'aborder dans un premier temps les soins actifs à domicile en vue d'élaborer un programme national de soins à domicile puisque cela permettra d'élargir la portée de la *Loi canadienne sur la santé* et augmentera la pertinence de la Loi pour les soins de santé modernes. En outre, il est plus facile, si l'on s'en tient aux soins actifs à domicile, de déterminer l'admissibilité aux soins et d'élaborer des critères pour la planification des services. La caractérisation des soins actifs à domicile favorise le principe d'intégration des services puisque la communication entre l'hôpital et les fournisseurs de services à domicile devient essentielle afin d'assurer la répartition et l'utilisation efficientes, efficaces et équitables des services de santé.

Définition des soins actifs à domicile

Étant donné que le présent mémoire porte sur les périodes de soins nécessaires pour lesquelles il faut étendre l'intention de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure les contextes et les fournisseurs qui ne sont pas pour l'instant visés par la Loi, il abordera les soins actifs à domicile dans l'optique des soins pouvant être reliés à une hospitalisation. Le défi consiste à définir et à classer les périodes de soins à domicile à la suite d'une hospitalisation et à les relier à une période de soins hospitaliers, que ce soit lors d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour.

Bénéficiaires de soins actifs à domicile

Quand les services de soins actifs à domicile commencent-ils?

Heureusement, il y a eu des études sur la définition des soins actifs à domicile dans le contexte de la restructuration des services de santé²⁰⁻²². Le bénéficiaire de soins actifs à domicile est défini comme étant une personne ayant reçu sa première visite à domicile dans les 30 jours après avoir été hospitalisée ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour; en effet, il est peu probable que, passés ce délai, les soins à domicile soient directement liés à l'hospitalisation^{7,20-23}. Un intervalle plus court que 30 jours risque d'exclure les soins actifs à domicile reportés à cause de problèmes d'horaire ou d'autres difficultés.

Recommandation 1 : On devrait définir le bénéficiaire de soins actifs à domicile comme étant une personne ayant reçu sa première visite de soins à domicile dans les 30 jours après avoir été hospitalisée ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour.

Services de soins actifs à domicile

Quand les services de SAD se terminent-ils?

Il semble y avoir consensus quant à la définition de bénéficiaire de SAD, mais il est plus difficile de définir quels services sont directement liés à l'hospitalisation. Souvent, la solution a été de fixer une date arbitraire au-delà de laquelle on pouvait considérer que la poursuite des services à domicile était sans lien avec les motifs ayant nécessité l'hospitalisation. Dans certains cas, la date limite a été fixée à un an après le congé²⁰⁻²² et dans d'autres cas, à 60 jours. L'une des raisons invoquées pour justifier la période de 60 jours est le fait qu'elle correspond à la catégorie des

soins de court séjour (ou de courte durée), les périodes de soins à domicile de plus de 60 jours étant alors classées comme périodes de long séjour (ou soins prolongés).

Même si la période de 60 jours semble correspondre à la période de prestation de SAD, l'examen de la durée des soins à domicile après les soins hospitaliers semble indiquer que la majorité des bénéficiaires de SAD terminent les soins à domicile avant 30 jours. En outre, presque 70 % des bénéficiaires de SAD cessent les soins avant 60 jours, et seulement 12,7 % des bénéficiaires reçoivent des SAD pendant plus de six mois. Par conséquent, la durée de la période de SAD n'aura sans doute que peu d'effets sur le coût total des SAD.

Quels services de SAD faut-il inclure?

En plus de fixer le début et la fin d'une période de SAD, il faut examiner la classification des services de soins à domicile spécifiques à une période d'hospitalisation. Jusqu'à maintenant, les analystes ont passé cette question sous silence et regroupé tous les services de soins à domicile reçus entre la première visite après le congé de l'hôpital et la date fixée pour la fin des soins, que ce soit 60 jours ou un an après le congé²⁰⁻²². Cependant, il convient de se pencher sur le profil des services reçus par chaque bénéficiaire de soins avant et après une hospitalisation afin de déterminer quels services sont vraiment liés à la période d'hospitalisation.

La classification binaire des soins à domicile après une hospitalisation (services de SAD et services autres que SAD) risque d'être très lourde sur le plan administratif et trop floue sur le plan clinique. Cependant, si l'on se penche sur les soins à domicile reçus par *des personnes qui n'ont pas reçu de soins à domicile avant l'hospitalisation*, on est sûr d'éviter d'étudier des soins prolongés. Bien entendu, il peut s'ensuivre une surestimation des SAD, puisque certains services fournis ne seront pas reliés à la période d'hospitalisation. En étant conscients de cette possibilité de surestimer les SAD, les analystes peuvent utiliser différentes dates de fin de services pour compenser.

Recommandation 2 : Une période de SAD devrait désigner l'ensemble des services de soins à domicile reçus entre la première date de prestation de service suivant le congé d'hospitalisation, si cette date survient moins de 30 jours après le congé, jusqu'à concurrence d'un an après le congé de l'hôpital, pour les personnes qui n'ont pas eu recours aux soins à domicile avant l'hospitalisation.

Classement des périodes d'hospitalisation assorties de soins actifs à domicile

Les méthodes décrites plus haut dans cette section peuvent servir à dériver des estimations globales de l'utilisation des SAD. Cependant, comme ces estimations ne viseront pas un groupe particulier de bénéficiaires de soins à domicile, les planificateurs et les organismes de services de santé ne pourront pas s'y reporter si leur charge ne correspond pas à celle utilisée pour calculer les estimations globales. Par conséquent, un système de classement s'impose afin d'établir des liens entre les périodes d'hospitalisation et les SAD afin qu'il soit possible d'effectuer des ajustements en fonction de la composition de la clientèle.

Heureusement, des études ont été réalisées sur le classement des périodes de soins hospitaliers et des SAD connexes²⁰⁻²³. Dans les travaux de la Commission de restructuration des services de santé en Ontario²⁰⁻²², on a classé chaque patient soit dans l'une de 25 grandes catégories cliniques (Major Clinical Categories ou MCC) mutuellement exclusives, dans le cas des patients

hospitalisés, soit dans l'un de six groupes de chirurgie d'un jour (Day Procedure Groups ou DPG), dans le cas des chirurgies d'un jour^{24,25}. Les patients étaient classés dans les MCC en fonction des renseignements sur le diagnostic contenu dans le résumé de congé. Ces renseignements visent le diagnostic justifiant la plus grande partie du séjour à l'hôpital et correspondent à des systèmes organiques particulier. De la même façon, les patients en chirurgie d'un jour ont été classés dans les DPG en fonction de codes correspondant à des interventions particulières pour chaque période de soins hospitaliers. Les MCC et les DPG ne sont pas aussi précis que le Case Mix Group™ (marque déposée de l'Institut canadien d'information sur la santé)²⁶, mais ils permettent de dériver des taux stables d'utilisation des SAD. (Aux États-Unis, on a eu recours au Diagnostic Related Groups (DRG) pour établir des liens entre les soins hospitaliers et les SAD²³.)

L'existence de méthodes permettant de classer les périodes de soins hospitaliers et de les relier à des périodes de SAD permettra de mettre en œuvre un programme national de soins à domicile pouvant être adopté par étape et pourvu de soutiens qui favoriseront l'intégration des services. Cependant, tout système de classement a des limites. Premièrement, les renseignements diagnostics et les codes d'intervention particuliers utilisés pour classer les patients dans les catégories MCC et DPG peuvent être utiles dans le contexte hospitalier mais l'être beaucoup moins lorsqu'il s'agit de définir les services utilisés après le congé. Par conséquent, le système de classement peut donner des groupes homogènes en ce qui a trait aux soins hospitaliers mais donner des groupes plus hétérogènes lorsqu'il s'agit des SAD.

Deuxièmement, les systèmes de classement, les MCC et les DPG mettent l'accent sur l'aspect clinique des soins hospitaliers mais ne tiennent pas compte des dimensions sociales des soins actifs à domicile ou de l'aspect clinique des soins dans la collectivité. Par conséquent, il convient d'étudier plus à fond l'utilité d'appliquer un système de classement hospitalier aux soins actifs à domicile.

Recommandation 3 : Les bénéficiaires de SAD doivent être regroupés en catégories cliniques suffisamment petites pour pouvoir dériver des taux d'utilisation stables des SAD. Le recours aux catégories cliniques principales (Major Clinical Categories ou MCC) et aux groupes de chirurgies d'un jour (Day Procedure Groups ou DPG) permet les regroupements à cette fin.

Tendance à utiliser les soins actifs à domicile et intensité de l'utilisation

La présente section a décrit des méthodes pour lier les périodes de soins hospitaliers aux SAD ainsi que des mécanismes pouvant servir à classer les bénéficiaires de SAD et les services connexes, mais on n'y a pas établi de mesures opérationnelles pour calculer l'accès aux SAD pour chaque catégorie de bénéficiaire de soins à domicile. La présente sous-section porte donc sur deux caractéristiques de l'accès aux SAD : premièrement, la tendance à utiliser les soins à domicile, c.-à-d. les taux d'utilisation des soins à domicile après un congé de l'hôpital, et deuxièmement, l'intensité d'utilisation de ces soins (ou la quantité de ces soins).

Tendance à utiliser les SAD

Des méthodes ont été élaborées, à partir des travaux de la Commission de restructuration des services de santé en Ontario²⁰⁻²², afin de dériver la tendance à utiliser les SAD chez les bénéficiaires ayant été hospitalisés ou ayant subis une chirurgie d'un jour, en fonction de l'âge, du sexe et de divers regroupements cliniques. On a défini le bénéficiaire de soins actifs à

domicile comme étant une personne ayant reçu sa première visite de soins à domicile dans les 30 jours après avoir été hospitalisé ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour, et le tableau 1 indique les taux d'utilisation des SAD en Ontario en fonction de l'âge et du sexe, sur une période de trois ans, pour ces deux groupes de patients. Il y a eu 2 870 695 patients hospitalisés et 1 803 307 patients hospitalisés pour une journée; dans ces deux groupes, 359 972 et 64 541 respectivement ont reçu des SAD. Le taux d'utilisation des SAD par 100 hospitalisations s'est donc élevé à 12,6 pour les patients hospitalisés et à 3,6 pour les patients hospitalisés une journée. On peut donc dire que presque 13 % des patients hospitalisés et presque 4 % des patients hospitalisés pendant une journée ont par la suite bénéficié de soins actifs à domicile.

Soixantequinze pour cent de tous les patients hospitalisés pendant une journée ou plus avaient moins de 65 ans, et correspondaient à environ 45 % de toutes les périodes de SAD. Les taux d'utilisation des SAD augmentent avec l'âge et sont plus élevés chez les femmes de plus de 45 ans que chez les hommes. Les taux d'utilisation des SAD varient énormément d'une grande catégorie clinique à l'autre et d'un groupe de chirurgie d'un jour à l'autre. En effet, la moitié des patients hospitalisés qui ont par la suite reçu des soins à domicile appartenaient à quatre grandes catégories cliniques, représentant 40 % de toutes les hospitalisations : respiratoire (MCC04), circulatoire (MCC05), digestif (MCC06), et musculosquelettique (MCC08). De la même façon, presque la moitié des patients ayant subi une hospitalisation d'une journée qui ont reçu ensuite des soins à domicile appartenaient à trois groupes de chirurgies d'un jour, qui représentaient 40 % de toutes les hospitalisations d'un jour : lentilles (DPG05), gastro-entérologie (DPG28) et vessie et urètre (DPG35).

Intensité de l'utilisation des SAD

L'intensité d'utilisation de ces services varie d'une personne à l'autre. Une des méthodes utilisées pour évaluer cette intensité a été l'établissement du coût moyen d'une période de SAD pour divers groupes cliniques²⁰⁻²². L'évaluation du coût moyen d'une période de SAD est fondée sur le nombre de services distincts de soins à domicile reçus (soins infirmiers, soins thérapeutiques, soutien personnel, etc.) à partir de la première date de service, si elle survient dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital, jusqu'à un an après le congé (ou jusqu'à la fin des soins à domicile, soit la première des deux éventualités) et le coût unitaire de tels services. Ce coût unitaire était fondé sur les tarifs payés par le programme des soins à domicile du Grand Toronto aux fournisseurs de soins à domicile en 1995 et a été augmenté pour tenir compte de la croissance du financement des soins à domicile.

L'évaluation des coûts moyens (en dollars de 2002) des périodes de SAD pour chaque MCC et DPG est donnée dans les tableaux 2 et 3 respectivement. Les coûts de gestion de cas, de déplacement, de matériel et de fournitures pour chaque patient ne sont pas inclus dans les données pour les soins à domicile mais correspondent à environ 21 % de toutes les dépenses en soins à domicile²⁷. Il faudrait donc augmenter de 21 % le coût moyen d'une période de SAD présenté dans les tableaux 2 et 3 pour donner le coût total de ces soins.

Les évaluations de coût présentées dans les tableaux 2 et 3 sont fondées sur des données historiques, c.-à-d. sur des périodes passées; par conséquent, elles ne reflèteront peut-être pas les coûts réels de ces services à l'avenir, surtout en cette période de profonde restructuration. En effet, il se peut que la restructuration modifie le seuil fixé pour l'hospitalisation d'un patient, les

critères établis pour accorder le congé et les options pour ce qui est d'obtenir des soins actifs dans d'autres contextes. Par conséquent, il faut faire attention avant de choisir un mode particulier d'évaluation des coûts d'une période de SAD, surtout quand les besoins en soins des bénéficiaires subissent de profonds changements en raison de l'accroissement des besoins sur le plan fonctionnel ou de la vie quotidienne. De plus, il se peut que l'intensité d'utilisation augmente en raison d'un contrôle plus intensif des services, des besoins d'information des bénéficiaires et des améliorations apportées à la faculté de réponse des services à domicile. Cet accroissement d'intensité peut faire augmenter le coût d'une période de SAD, ce dont il faut tenir compte dans les ententes financières visant les soins à domicile.

L'évaluation du coût d'une période de SAD était sensible à la mesure centrale de tendance utilisée²⁰⁻²². Les évaluations fondées sur la moyenne sont environ deux fois plus élevées que celles fondées sur la médiane, mais la médiane reste la mesure de choix pour saisir le coût des soins à domicile pour un client type qui a récemment reçu son congé de l'hôpital. Cependant, le coût moyen d'une période de soins reflète l'obligation financière des fournisseurs de soins à domicile à l'égard des bénéficiaires de services. Par conséquent, il faut utiliser les évaluations du coût moyen des SAD pour estimer le coût d'un programme national de soins actifs à domicile.

Recommandation 4 : Il convient d'utiliser des estimations du coût moyen des SAD pour prévoir le financement d'un programme national de soins actifs à domicile.

Dispositions organisationnelles pour les SAD

Le produit de la tendance à utiliser les SAD et de l'intensité connexe d'utilisation de ces soins, évaluée grâce au coût moyen d'une période de soins, donne une idée du coût prévu des SAD pour chaque hospitalisation selon le groupe clinique particulier. Pour obtenir le coût total prévu des SAD, il suffit de multiplier ces coûts approximatifs par le nombre prévu de patients hospitalisés, que ce soit pour une journée ou plus longtemps.

La section 5.0 présente l'évaluation du coût total des SAD à l'échelle nationale, mais le mode de répartition de ces fonds et les mécanismes d'attribution des responsabilités pour l'organisation et la prestation de ces soins auront une très grande incidence sur la réalisation de divers objectifs publics : limiter les obligations des divers niveaux de gouvernement; appuyer l'intégration de services; accroître la répartition et l'utilisation efficaces, efficientes et équitables des services de soins de santé. La présente sous-section expose les mécanismes de financement, d'organisation et de prestation des SAD.

Le contrôle et la responsabilité de l'organisation et de la prestation des SAD s'effectuent de différentes façons d'un bout à l'autre du Canada, mais sont souvent confiés à des organismes distincts des hôpitaux. Cette scission entre les intérêts des organismes responsables des soins hospitaliers et les intérêts des organismes chargés des soins à domicile freine l'intégration de services, nuit à l'innovation et réduit la rentabilité des services.

Ce serait donc une erreur que de continuer à financer les organismes chargés en propre de négocier, de choisir, d'approuver et d'évaluer (à l'interne ou à l'externe) les ententes contractuelles avec les fournisseurs de soins à domicile. En effet, une telle formule de financement ne favorise aucunement l'intégration de services, pourtant si nécessaire.

De nos jours, des combinaisons de personnes, de lieux et de techniques se forment pour répondre aux besoins individuels des bénéficiaires de soins. Cependant, de telles combinaisons se forment en dépit des institutions modernes de soins de santé, et non avec leur aide. La création d'un nouveau programme, assorti d'un autre ensemble d'intérêts établis, n'aidera pas à répondre aux attentes des Canadiens qui souhaitent la formation de configurations personnalisées de services et de cadres de soins. Par conséquent, pour qu'il y ait réforme fondamentale du secteur de la santé, le financement doit suivre les bénéficiaires de soins, ce qui, dans le cas des SAD, suppose que le financement sera d'abord dirigé vers les hôpitaux.

Recommendation 5 : Le financement des SAD doit être dirigé d'abord vers les hôpitaux, mais l'enveloppe des SAD doit être contrôlée à intervalles réguliers afin de s'assurer de la bonne prestation de ces soins.

Il a été souvent démontré que les hôpitaux réagissent de façon prévisible aux encouragements fiscaux. L'introduction d'un remboursement basé sur les taux, en vertu duquel les hôpitaux sont remboursés à un taux fixe (ou par capitation) pour chaque admission – ci-après appelée remboursement fondé sur les taux – les incitera à raccourcir la durée des séjours et à déplacer l'ensemble des cas hospitaliers vers la chirurgie d'un jour et à les détourner des soins à l'hôpital. De plus, étant donné la relation entre les SAD et les soins hospitaliers, l'introduction du remboursement basé sur les taux augmentera la demande de SAD de la part des hôpitaux^{23,28}. L'acceptation des soins à domicile dépendra du mode de financement, de prestation et d'organisation de ces soins.

Si les hôpitaux touchent des fonds pour fournir des SAD, ils pourront jouir de certains avantages, en l'occurrence des économies liées aux séjours plus courts et au recours accru aux SAD, ce qui favorisera l'acceptation des soins à domicile²³. En comparaison, si c'est un organisme distinct qui reçoit des fonds pour fournir des soins à domicile, les économies possibles attribuables aux séjours plus courts ou à l'utilisation de la chirurgie d'un jour ne seront pas récupérées et, par conséquent, n'auront pas d'incidence directe sur les décisions touchant les services. Par conséquent, l'intégration verticale de ces services et leur financement conjoint favoriseront les gains d'efficience tant pour les soins hospitaliers que les SAD.

Recommendation 6 : Pour encourager l'innovation et l'intégration des services et améliorer l'efficience et l'efficacité des services de santé nécessaires, indépendamment du cadre dans lequel ces soins sont reçus, il convient d'élaborer une méthode de remboursement des SAD basée sur les taux, conjointement avec les arrangements fondés sur les taux pour chaque période de soins hospitaliers.

Plusieurs auteurs ont recommandé d'évaluer le remboursement des hôpitaux fondé sur les taux, comportant un volet pour les SAD^{29,30}. Selon eux, il y aura des gains d'efficience et d'efficacité si les hôpitaux reçoivent un montant forfaitaire et se chargent ensuite de tous les aspects des soins de courte durée, quel que soit le cadre où ils sont dispensés (à l'hôpital ou à domicile).

Outre les gains d'efficience possibles, les auteurs soulignent les relations entre la disponibilité de soins prolongés institutionnels et le recours aux soins à domicile après un congé de l'hôpital²³. Il est difficile, en raison de ces liens, de faire une vraie distinction entre les SAD et les autres soins reçus après une hospitalisation. Par conséquent, si l'on verse aux hôpitaux un montant global, on risque de créer des iniquités. Plus précisément, les régions aux prises avec une importante pénurie de lits de

soins prolongés sont aussi de plus grandes utilisatrices des soins à domicile après une hospitalisation^{23,28,31,32}. Or, un montant global servira à financer tant les SAD que les soins prolongés. De plus, les hôpitaux situés dans des régions où il y a pénurie de lits de soins prolongés seront sous-financés eu égard à la prestation de soins à domicile après l'hospitalisation puisque leur taux d'utilisation sera plus élevé que la moyenne. Par conséquent, l'adoption d'un montant global pourrait entraîner une augmentation de l'utilisation des soins à domicile après hospitalisation dans les régions qui ont un nombre élevé de lits de soins prolongés, et des augmentations plus faibles dans les régions qui connaissent une pénurie de tels lits.

Les bénéficiaires de soins à domicile après une hospitalisation ne reçoivent pas uniquement des SAD; par conséquent, il faut éviter de limiter les soins à domicile aux soins infirmiers et thérapeutiques si l'on ne veut pas déformer les modèles de pratique. S'il est vrai que la prestation de soutien personnel peut être une solution économique pour favoriser les congés précoces de l'hôpital, il se peut que les conditions de remboursement dictent la prestation de soins infirmiers pour obtenir le même résultat. Par conséquent, si les conditions de remboursement des soins fournis après hospitalisation sont contraignantes, il se peut que les hôpitaux, par leur réaction, se trouvent à augmenter le coût des soins au lieu de le diminuer. Par conséquent, les dispositions de remboursement pour la prestation de soins à domicile à la suite d'une hospitalisation devraient être suffisamment souples afin d'encourager l'innovation et l'efficience.

Recommandation 7 : Il convient de ne pas limiter la gamme de services, de produits et de techniques pouvant servir à faciliter les soins à domicile suite à des soins à l'hôpital.

Qui fournit des SAD?

Le présent mémoire préconise de verser aux hôpitaux un montant global fondé notamment sur une évaluation juste sur une base actuarielle du coût moyen des SAD pour chaque groupe clinique; néanmoins, les modes d'organisation et de prestation de ces SAD peuvent prendre des formes très diverses. Dans certains cas, les hôpitaux fourniront les services eux-mêmes; dans d'autres, ils pourront établir des contrats avec des fournisseurs de soins à domicile; ils pourront aussi établir des contrats avec des agences intermédiaires qui concluent des contrats de sous-traitance avec des fournisseurs de soins de santé à domicile.

Il existe d'innombrables façons d'organiser les SAD. Premièrement, la création d'organismes intermédiaires distincts peut entraîner une escalade des coûts administratifs et contractuels mais aussi fournir l'occasion aux hôpitaux de certaines régions de mettre en commun des ressources et de réaliser des économies d'échelle dans la prestation de services. Deuxièmement, il se peut que les hôpitaux mettent sur pied des équipes de services à domicile qui, contrairement au personnel hospitalier, sauront s'adapter aux conditions particulières des bénéficiaires dans leurs collectivités. Enfin, les hôpitaux peuvent passer des contrats de sous-traitance avec les fournisseurs de services à domicile pour que ceux-ci fournissent les SAD. Ce genre d'arrangement comporte certains avantages, soit : permettre la prestation de services spécialisés par des fournisseurs qui connaissent bien les conditions du milieu; offrir la possibilité d'intégrer les services hospitaliers et les SAD; permettre aux hôpitaux de récupérer les économies réalisées grâce aux améliorations apportées aux modèles de soins; offrir des ententes de contrôle des services en vue de l'attribution des contrats.

Recommandation 8 : Il convient de donner aux hôpitaux le choix d'élaborer des liens contractuels directement avec les fournisseurs de soins à domicile ou avec des agences

intermédiaires pouvant prendre des dispositions en matière de prestation de services et de gestion de cas.

Quel que soit l’arrangement organisationnel choisi, le fournisseur de SAD devrait recevoir un remboursement fondé sur les taux. Ainsi, il touchera un montant fixe ou établi par capitation, ce qui permettra de limiter les obligations du gouvernement (et des hôpitaux). Ce mode de paiement aide aussi à soutenir l’innovation et l’intégration des services et améliore l’efficience et l’efficacité de la répartition des services de santé.

Le remboursement des fournisseurs de services à domicile selon un mode de paiement fixe et prédéterminé offre un certain nombre d’incitatifs dont est dépourvu l’actuel régime des honoraires à l’acte. En premier lieu, les fournisseurs peuvent conserver les revenus résiduels nets et sont donc encouragés à choisir les moyens les plus efficaces pour fournir les services. Deuxièmement, les efforts visant à profiter des économies d’échelle et de gamme peuvent favoriser l’intégration verticale et horizontale des services. Des organismes ainsi intégrés peuvent être en meilleure position que d’autres pour déléguer les tâches de façon rentable et améliorer la continuité des soins. Troisièmement, dans la mesure où le paiement par capitation dépasse les coûts engagés pour la prestation des services, ce système incite les organismes à se faire concurrence pour obtenir de nouveaux bénéficiaires^{33,34}. Toutefois, ce système comporte un désavantage, soit d’amener les fournisseurs de soins à se désintéresser des bénéficiaires présentant des besoins élevés. De plus, en l’absence d’un programme d’évaluation vigilant, les organismes seront tentés de lésiner sur la prestation des services³⁴. Par conséquent, pour assurer la rentabilité et l’accessibilité des SAD, il faut élaborer des politiques visant la détermination d’un juste paiement basé sur les taux, ajusté aux risques et adapté aux besoins des bénéficiaires de SAD, ainsi que l’introduction d’un programme systématique d’évaluation du rendement en fonction des résultats attendus.

Recommandation 9 : Les contrats établis avec les fournisseurs de soins à domicile devraient inclure, en plus des ententes de remboursement basées sur les taux, des mécanismes pour surveiller la qualité et le rendement des services.

Qui paye les SAD?

Le présent mémoire décrit des solutions pour le financement, l’organisation et la prestation de SAD mais n’a pas encore abordé le rôle des bénéficiaires de soins. Le Comité sénatorial a demandé une étude sur les ententes de coassurance des SAD, assorties d’une franchise et établies en fonction du revenu. De telles ententes sont possibles, mais il faut se rappeler que les critères fédéraux actuels touchant le financement des services visés par la *Loi canadienne sur la santé* exigent que tous les résidents aient accès à la gamme complète des services assurés, sans obstacles financiers^{35,36}. Par conséquent, l’adoption de frais d’utilisation ou d’autres obstacles financiers aura pour effet de miner le principe d’accessibilité garantit actuellement par la Loi.

Le débat en cours sur la viabilité financière du système de soins de santé porte notamment sur la capacité des gouvernements de financer le système de façon à ce qu’il continue de répondre aux attentes^{37,38}. Les pressions qui s’exercent sur les divers ordres de gouvernement ont provoqué la prise de mesures pour limiter les obligations de ces derniers. Ces pressions vont d’ailleurs s’accroître à mesure que les soins sont dispensés dans des contextes qui ne sont pas visés actuellement par les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Le moyen choisi pour répondre aux besoins financiers – impôt général, paiement direct ou contribution de l’employeur au fonds de

santé (semblable à l’impôt-santé des employeurs appliqué en Ontario) – a peu d’importance pour ce qui est de la réalisation des objectifs financiers mais aura des conséquences considérables sur la répartition.

Le régime fiscal est un moyen de recueillir les fonds nécessaires pour couvrir les coûts des SAD puisque ses frais d’administration sont faibles (en comparaison avec les autres régimes) et qu’il est considéré plus équitable que d’autres formes d’imposition. On pourrait alors offrir à tous les Canadiens des SAD de base et toute utilisation au-dessus de ce seuil et en deçà d’un plafond fixé en fonction de l’âge, du sexe et de l’état de santé pourrait être définie comme un avantage imposable³⁹⁻⁴¹. Cette source supplémentaire de recettes fiscales aidera à financer un programme national de SAD et élargira l’application du principe d’intégralité, mais elle minera du même coup le principe d’accessibilité.

D’autres dispositions, comme des franchises et des ententes de coassurance qui peuvent être établies en fonction du revenu du bénéficiaire ou du foyer, sont des instruments bruts pour limiter les obligations des gouvernements à l’égard des SAD. Chaque formule repose sur l’hypothèse que le choix approprié de mesures financières incitatives évitera la surutilisation de services par les bénéficiaires. Il est possible que le bénéficiaire de soins réagisse aux frais d’utilisation des SAD en réduisant son utilisation, mais il reste que les décisions concernant l’admissibilité aux services et leur planification sont prises avec l’aide d’un gestionnaire de cas. Par conséquent, le bénéficiaire ne joue qu’un petit rôle dans la prise de telles décisions.

L’adoption de frais d’utilisation pour les SAD risque de limiter l’efficacité des divers contextes de soins et de freiner l’intégration des services. Face au choix entre un congé précoce assorti de frais pour obtenir des SAD et un séjour plus long à l’hôpital avec assurance au premier dollar, le bénéficiaire aura davantage tendance à vouloir retarder son congé. Par conséquent, l’imposition de frais d’utilisation des SAD risque d’entraîner des conséquences néfastes non voulues qui limiteront l’intégration des services et en réduiront la rentabilité.

Étant donné les frais administratifs découlant des frais d’utilisation des soins nécessaires, le peu de recettes possibles, les problèmes liés aux mesures incitatives touchant l’utilisation et les iniquités et difficultés possibles, il convient de ne ménager aucun effort pour offrir une assurance-santé publique au premier dollar en vue des SAD. En fait, comme nous l’avons souligné tout au long du présent mémoire, le principe d’intégralité que prévoit actuellement la *Loi canadienne sur la santé* doit être élargi, car le contexte dans lequel les soins sont dispensés ne devrait pas dicter si les soins nécessaires seront financés par l’État. En outre, les conditions d’une telle assurance devront être les mêmes quel que soit l’endroit où les soins de santé nécessaires sont demandés, dispensés ou reçus.

Recommandation 10 : Il convient de tout mettre en oeuvre pour obtenir l’assurance publique au premier dollar des SAD, en conformité avec les conditions d’assurance pour les autres soins de santé nécessaires.

5.0 Le coût d’un programme national de soins actifs à domicile

Pour élargir le principe d’intégralité contenu dans la *Loi canadienne sur la santé* afin d’y inclure les soins reçus à domicile après une période de soins hospitaliers, il faut établir une évaluation des coûts. Or, toute évaluation dépend d’une série d’hypothèses qui ne sont pas nécessairement les mêmes d’une situation à l’autre. Dans la présente section, nous établirons une estimation très

approximative du coût d'un programme national de SAD afin d'orienter le processus décisionnel, mais il faut bien faire la distinction entre les fonds nécessaires pour les SAD et les mécanismes nécessaires pour organiser et dispenser ces soins. Il importe de faire cette distinction afin de favoriser l'innovation, l'intégration des services et la fourniture efficiente et efficace des soins de santé nécessaires.

Comme le montre la figure 3, il existe de larges variations interprovinciales dans les dépenses publiques par personne pour les soins à domicile au Canada, qui persistent même après l'ajustement relatif aux variations de composition âge sexe de la population visée. Le financement public moyen par personne pour les soins à domicile pour l'exercice 2000 s'élevait à 87,51 \$. Cependant, on note un écart de 4 pour 1 dans ces dépenses entre le niveau le plus élevé, au Nouveau-Brunswick (193,76 \$), et le plus bas, à l'Île-du-Prince-Édouard (47,85 \$) et au Québec (51,89 \$)⁴. Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour ce qui est d'attirer l'attention sur ces écarts et peut aider à les réduire afin que tous les Canadiens, où qu'ils habitent, aient un accès raisonnable à un financement équivalent en vue des soins à domicile.

À l'échelle nationale, les dépenses publiques en soins à domicile s'élevaient à 2 690,9 millions de dollars pour l'exercice 2000⁴. Afin d'établir la proportion de ces dépenses associées aux SAD, nous avons utilisé des méthodes basées sur des travaux effectués auparavant en Ontario pour la Commission de restructuration des services de santé²⁰⁻²². Tous les bénéficiaires de soins à domicile ont été identifiés pour l'exercice 1997 et assignés à l'une des quatre catégories mutuellement exclusives, comme le montre la figure 4, en fonction de leur utilisation des soins à domicile relativement à toute période de soins hospitaliers. Les bénéficiaires de soins à domicile ont tout d'abord été classés selon qu'ils ont ou non vécu une période de soins hospitaliers, soit en tant que patients hospitalisés ou lors d'une chirurgie d'un jour, durant l'exercice 1997. S'ils avaient été hospitalisés, la prestation de services de soins à domicile moins de 30 jours après le congé était analysée. Si la visite de soins à domicile à la suite de l'hospitalisation avait eu lieu dans une période de 30 jours, l'utilisation de services de soins à domicile dans les 30 jours avant l'hospitalisation était analysée. Les quatre catégories de bénéficiaires de soins à domicile étaient donc établies comme suit : pas d'hospitalisation; pas de SAD; SAD sans soins à domicile antérieurs; SAD avec soins à domicile antérieurs.

L'utilisation de services de soins à domicile et le coût moyen de tels services ont été évalués pour une année suite à la date des premiers services de soins à domicile (pour les bénéficiaires qui n'ont pas reçu de SAD), ou suite à la date des premiers soins à domicile suivant le congé de l'hôpital (pour les bénéficiaires qui ont reçu des SAD).

Deux estimations existent pour la proportion du coût total des soins à domicile imputable aux SAD. La première estimation (et la plus élevée) a été établie en se basant sur la proportion de bénéficiaires de soins à domicile ayant reçu des SAD, tandis que la deuxième (et plus basse) estimation, a été établie en se basant sur la proportion de *dépenses* attribuables à de tels soins. Bien que 42,8 % des bénéficiaires de soins à domicile aient reçu des SAD, seulement 26,5 % des dépenses totales de soins à domicile étaient attribuables à ces soins. Conséquemment, le fait d'utiliser une estimation basse (26,5 %) et une estimation élevée (42,8 %) pour le coût national du programme de SAD, reconnaît l'incertitude associée à l'estimation de coûts.

Et les coûts cachés?

En plus du coût des services de soins à domicile, il existe d'autres coûts associés à la prestation de SAD, cachés dans d'autres catégories de dépenses provinciales. Le coût des médicaments constitue une composante majeure des coûts cachés. Pour l'exercice 2001, les dépenses du Programme de médicaments de l'Ontario attribuables aux bénéficiaires de soins à domicile, étaient évaluées à 86,8 millions de dollars⁴². Ces données sont liées à des personnes qui étaient autrement inadmissibles à un programme d'assurance-médicaments provincial ou dont l'admissibilité a changé pour des raisons financières. Bien que ces données reflètent une sous-estimation des coûts du programme de médicament provincial associé à la prestation de soins à domicile, elles peuvent servir à estimer les coûts cachés liés à la prestation de SAD.

Supposons que les dépenses du Programme de médicaments de l'Ontario attribuables aux soins de santé à domicile représentent seulement les coûts cachés engagés par les personnes de moins de 65 ans durant la période de soins à domicile. Selon cette hypothèse, l'estimation des coûts cachés liés à cette période de soins à domicile s'élève à 627,97 \$ (en dollars 2001). Étant donné que ces coûts sont supposés être les mêmes dans toutes les catégories de bénéficiaires de soins à domicile, ils peuvent servir à calculer un facteur d'inflation des « coûts cachés » pour les SAD. Ce facteur tenant compte de l'inflation peut être défini comme étant la valeur un plus le ratio des coûts cachés (627,97 \$) par rapport aux coûts par bénéficiaire de SAD. Ces derniers dépendent des coûts attribuables aux soins de santé à domicile pour les bénéficiaires de SAD divisés par le nombre de bénéficiaires (137 915 d'après la figure 4). En utilisant les chiffres de l'Ontario, conjointement avec l'estimation élevée des coûts de SAD, le facteur d'inflation des coûts cachés s'élève à 1,1731 tandis qu'il s'élève à 1,2796 en utilisant l'estimation la plus basse des coûts de SAD.

Combien coûtera un programme national de SAD?

Nous avons combiné les estimations de coûts cachés à celles des coûts directs liés au service, converties en dollars 2002, en utilisant le taux de croissance de 11,9 % du financement dans le domaine des soins à domicile en Ontario entre les exercices 2000 et 2002 afin d'évaluer le coût d'un programme national de SAD. D'après ces évaluations, le programme coûterait entre 1 021,1 millions et 1 511,8 millions de dollars pour l'exercice 2002. L'estimation basse a été calculée en utilisant la formule $2\,690,9 \text{ M } \$ * 1,119 * 0,265 * 1,2796$, tandis que l'estimation élevée a été dérivée de : $2\,690,9 \text{ M } \$ * 1,119 * 0,428 * 1,1731$. Si le gouvernement fédéral partageait le coût de ce programme à parts égales avec les provinces, sa part totale du coût (en dollars de l'exercice 2002) au regard d'un programme national de SAD atteindrait entre 510,6 millions et 755,9 millions de dollars.

6.0 Conclusion et recommandations

Le système canadien de soins de santé au XXI^e siècle n'est pas qu'une simple collection de contextes, de gens et de techniques disparates en matière de soins de santé. Le nouvel ordre de soins de santé est plutôt fondé sur le réseautage, où les gens, les lieux et les techniques se regroupent selon des formules qui changent constamment afin de répondre aux besoins de soins de santé des Canadiens tout au long de leur vie. Le principal objectif du présent mémoire est de présenter une série de mécanismes de financement, de prestation et d'organisations visant à élargir la portée de la *Loi canadienne sur la santé* afin qu'elle comprenne les services et les techniques de santé qui étaient auparavant dispensés dans un contexte hospitalier mais qui sont maintenant offerts aux Canadiens là où ils habitent. Trois principes ont orienté le processus de

réforme en vue de réaliser cet objectif : premièrement, les réformes doivent être adoptées graduellement avec des appuis qui favorisent l'intégration des services; deuxièmement, le principe d'intégralité contenu dans la *Loi canadienne sur la santé* doit être élargi pour comprendre les soins de santé nécessaires quel que soit l'endroit où ces soins sont demandés, dispensés et reçus; et finalement, tout ensemble de réformes doit comprendre des mécanismes qui limitent les obligations des gouvernements.

Le mémoire porte sur les SAD et l'évaluation du coût d'un programme national de SAD, mais il ne recommande *pas* la création d'un programme de financement distinct sur le plan géographique et organisationnel en vue des SAD. En effet, un programme de SAD national parallèle et distinct risque de nuire à l'intégration des services entre les réseaux de soins et de freiner la répartition et l'utilisation efficaces, efficientes et équitables des services de soins de santé.

Les recommandations suivantes visent à accroître l'intégration des services et à faire en sorte que les Canadiens aient accès aux soins de santé nécessaires, quel que soit l'endroit où ces soins sont demandés, dispensés ou reçus :

Recommandation 1 : On devrait définir le bénéficiaire de soins actifs à domicile comme étant une personne ayant reçu sa première visite de soins à domicile dans les 30 jours après avoir été hospitalisée ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour.

Recommandation 2 : Une période de SAD devrait désigner l'ensemble des services de soins à domicile reçus entre la première date de prestation de service suivant le congé d'hospitalisation, si cette date survient moins de 30 jours après le congé, jusqu'à concurrence d'un an après le congé de l'hôpital, pour les personnes qui n'ont pas eu recours aux soins à domicile avant l'hospitalisation.

Recommandation 3 : Les bénéficiaires de SAD doivent être regroupés en catégories cliniques suffisamment petites pour pouvoir dériver des taux d'utilisation stables des SAD. Le recours aux catégories cliniques principales (Major Clinical Categories ou MCC) et aux groupes de chirurgies d'un jour (Day Procedure Groups ou DPG) permet les regroupements à cette fin.

Recommandation 4 : Il convient d'utiliser des estimations du coût moyen des SAD pour prévoir le financement d'un programme national de soins actifs à domicile.

Recommandation 5 : Le financement des SAD doit être dirigé d'abord vers les hôpitaux, mais l'enveloppe des SAD doit être contrôlée à intervalles réguliers afin de s'assurer de la bonne prestation de ces soins.

Recommandation 6 : Pour encourager l'innovation et l'intégration des services et améliorer l'efficience et l'efficacité des services de santé nécessaires, indépendamment du cadre dans lequel ces soins sont reçus, il convient d'élaborer une méthode de remboursement des SAD basée sur les taux, conjointement avec les arrangements fondés sur les taux pour chaque période de soins hospitaliers.

Recommandation 7 : Il convient de ne pas limiter la gamme de services, de produits et de techniques pouvant servir à faciliter les soins à domicile suite à des soins à l'hôpital.

Recommandation 8 : Il convient de donner aux hôpitaux le choix d'élaborer des liens contractuels directement avec les fournisseurs de soins à domicile ou avec des agences intermédiaires pouvant prendre des dispositions en matière de prestation de services et de gestion de cas.

Recommandation 9 : Les contrats établis avec les fournisseurs de soins à domicile devraient inclure, en plus des ententes de remboursement basées sur les taux, des mécanismes pour surveiller la qualité et le rendement des services.

Recommandation 10 : Il convient de tout mettre en oeuvre pour obtenir l'assurance publique au premier dollar des SAD, en conformité avec les conditions d'assurance pour les autres soins de santé nécessaires.

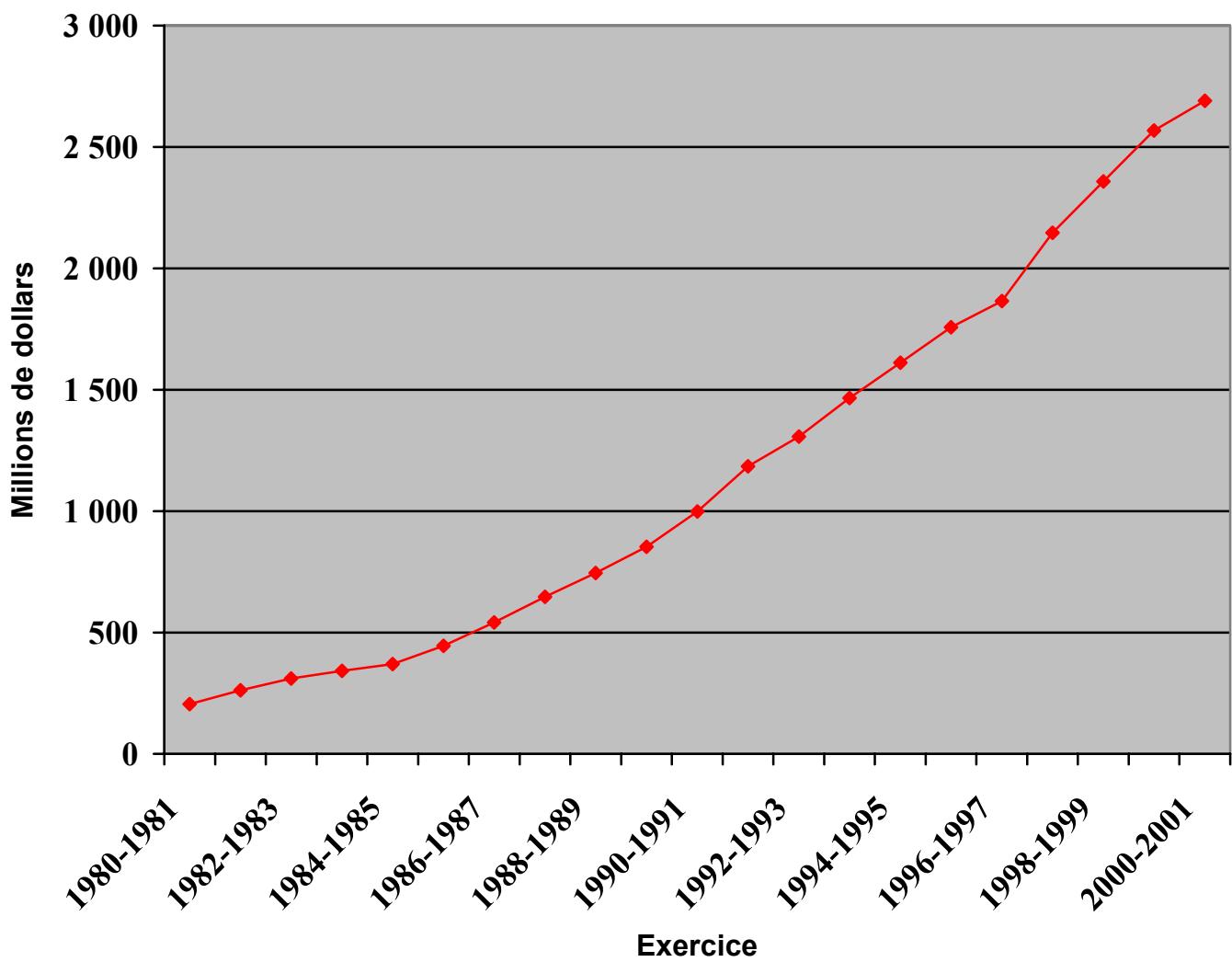
Références

1. Coyte, P.C, P. McKeever. Les soins à domicile au Canada : une tendance à la déresponsabilisation. Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 33:2, 11-25, 2001.
2. Coyte, P.C., P. McKeever, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Study on the State of the Health Care System of Canada. le Comité Kirby, octobre 2001.
3. McKeever P, P.C. Coyte. Here, there and everywhere. University of Toronto Bulletin, A16, 25 mars 2002.
4. Santé Canada. Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001. Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada, Ottawa, août 2001.
5. Keating, N., et coll. Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences. 89-570-XPF. Ottawa, Statistique Canada, novembre 1999.
6. Jackson, R.A. Home care: The cornerstone of health renewal in Nova Scotia. Leadership in Health Services, 4: 5-14, 1994.
7. Hollander, M. The costs, and cost-effectiveness of continuing care services in Canada. Queen's-University of Ottawa Economic Projects Ottawa, 1-113, 1994.
8. Jacobs, P, E. Hall, I. Henderson, D. Nichols. Episodic acute care costs: Linking inpatient and home care. Revue canadienne de santé publique, 86: 200-205, 1995.
9. Saskatchewan Health Services Utilization and Research Commission: Hospital and home care study. Saskatoon, Saskatchewan Health Services Utilization and Research Commission, Report No. 10, 1998.
10. Hollander, M.J. Substudy 1: Comparative analysis of home care and residential care services: Preliminary findings. National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Centre on Aging, Université de Victoria, novembre 1999.
11. Parr, K. The cost effectiveness of home care: A literature review. Health Services Utilization and Research Commission, Saskatoon, Saskatchewan, mars 1996.
12. Price Waterhouse. Operational Review of the Ontario Home Care Program, Final Report, Toronto, 1989.
13. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile. Groupe de travail du Sous-comité fédéral-provincial-territorial sur les soins prolongés. Rapport sur les soins à domicile. Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1990.
14. Weissert, W, T. Wan, B.B. Livieratos, J. Pellegrino. Effects and costs of day-care services for the chronically ill. Medical Care, 28:6, 567-584, 1980;
15. Weissert, W. Seven reasons why it is so difficult to make community-based long-term care cost-effective. Health Services Research, 20:4, 423-433, 1985.
16. Weissert, W.G. A new policy agenda for home care. Health Affairs, 10:2, 67-77, 1991.
17. Weissert, W.G., C.M. Cready. Toward a model for improved targeting of aged at risk of institutionalization. Health Services Research, 24:4, 485-510, 1989.
18. PriceWaterhouseCoopers. Health insider: An indepth research report on consumer health issues. Toronto, 1999.
19. Laporte, A, R. Croxford, P.C. Coyte. Access to home care services The role of socio-economic status. Présentation à la conférence de l'Association canadienne pour la recherche en économie de la santé, Halifax, mai 2002.

20. Coyte, P.C., W. Young. Regional variations in the use of home care services in Ontario, 1993/1995. Journal de l'Association médicale canadienne, 161:4, 376-380, 1999.
21. Coyte, P.C., W. Young. Reinvestment in and use of home care services, Technical Report No. 97-05-TR, Institute for Clinical Evaluative Studies: Toronto, Ontario, novembre 1997.
22. Coyte, P.C., W. Young, D. DeBoer. Home care report for the Health Services Restructuring Commission. Rapport présenté à la Commission de restructuration des services de santé, Toronto, 1997.
23. Kenney, G.M. How access to long-term care affects home health transfers. Journal of Health Politics Policy and Law, 83: 412-414, 1993.
24. Institut canadien d'information sur la santé. Durée de séjour à l'hôpital. Ottawa. Institut canadien d'information sur la santé, 1994.
25. Institut canadien d'information sur la santé. DPG booklet. Ottawa. Institut canadien d'information sur la santé. 1996.
26. Pink, G.H., H.B. Bolley. Case mix groups and resource intensity weights: An overview for physicians. Journal de l'Association médicale canadienne, 150:6, 889-894, 1994.
27. Commission de restructuration des services de santé. Reconstruire le système de santé de l'Ontario : Directives de planification et stratégies de mise en œuvre provisoires. Commission de restructuration des services de santé, Toronto. Juillet 1997.
28. Kenney, G.M. Understanding the effects of PPS on Medicare home health use. Inquiry, 28: 129-139, 1991.
29. Neu, C.R., et coll. Extending the Medicare prospective payment system to posthospital care: Planning a demonstration. R-3335-HCFA, Santa Monica, Rand Corp., 1986.
30. Morrisey, M.A., F. Sloan, J. Valvona. Shifting Medicare patients out of hospital. Health Affairs, 7:5, 52-64, 1988.
31. Kenney, G.M. Is access to home health care a problem in rural areas? American Journal of Public Health, 83:3, 412-414, 1993.
32. Kenney, G.M., L.C. Dubay. Explaining area variation in the use of Medicare home health services. Medical Care, 30:1, 43-57, 1992.
33. Valdeck, B.C., N.A. Miller. The Medicare home health initiative. Health Care Financing Review, 16:1, 7 – 16, 1994.
34. Phillips, B.R., R.S. Brown, C.E. Bishop et coll. Do preset per visit payments affect home health agency behaviour? Health Care Financing Review, 16:1, 91- 107, 1994.
35. Vayda, E., R.B. Deber. The Canadian health care system: An overview. Social Science and Medicine, 3: 191-197, 1984.
36. Evans, R.G., J. Lomas, M.L. Barer et coll. Controlling health expenditures: The Canadian reality. New England Journal of Medicine, 320:9, 571-577, 1989
37. Association médicale canadienne. Towards a new consensus on health financing in Canada. Policy Position Paper, Working Group on Health System Financing in Canada, July, 1993.
38. Association médicale canadienne. Health financing in Canada: Meeting the challenges of change. Groupe de travail sur le financement du système de santé au Canada, mai 1994.
39. Gouvernement du Québec. Un financement équitable à la mesure de nos moyens, résumé d'un document de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1991.
40. Houghton, D. Paying for the social services. Institute of Economic Affairs: London, 1968.
41. Conseil économique de l'Ontario. Issues and alternatives, 1976: Health. Conseil économique de l'Ontario, Toronto, 1976.

42. Communication personnelle, M. Carl Marshall, directeur associé, Administration, finance et admissibilité, Programmes de médicaments, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2002.

Figure 1: Dépenses publiques en matière de soins à domicile au Canada, 1980-1981 à 2000-2001



**Figure 2: Dépenses privées en matière de soins à domicile au Canada,
1980-1981 à 2000-2001**

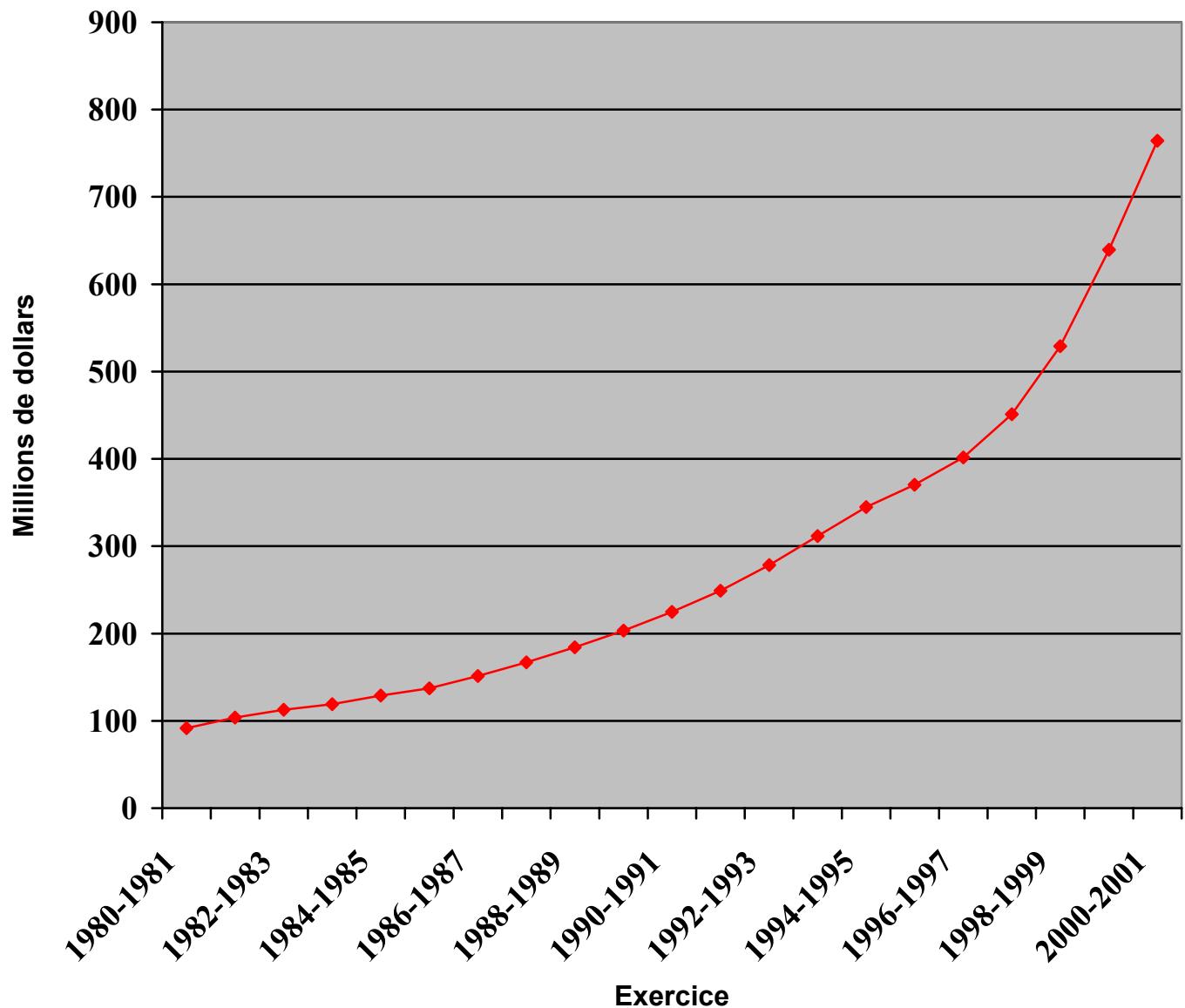


Figure 3: Dépenses publiques par personne en soins à domicile, pour les provinces et les territoires du Canada, 2000-2001

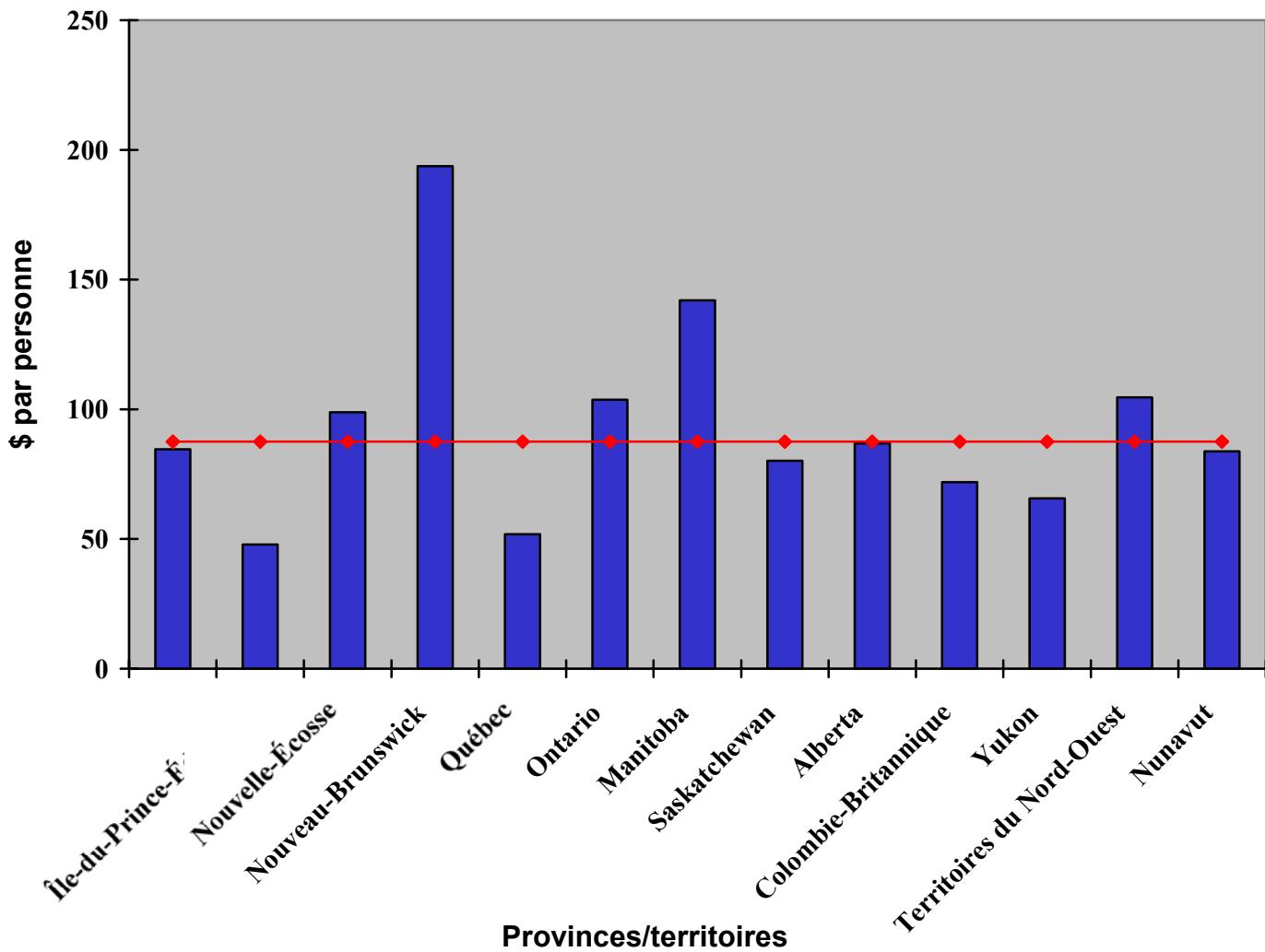
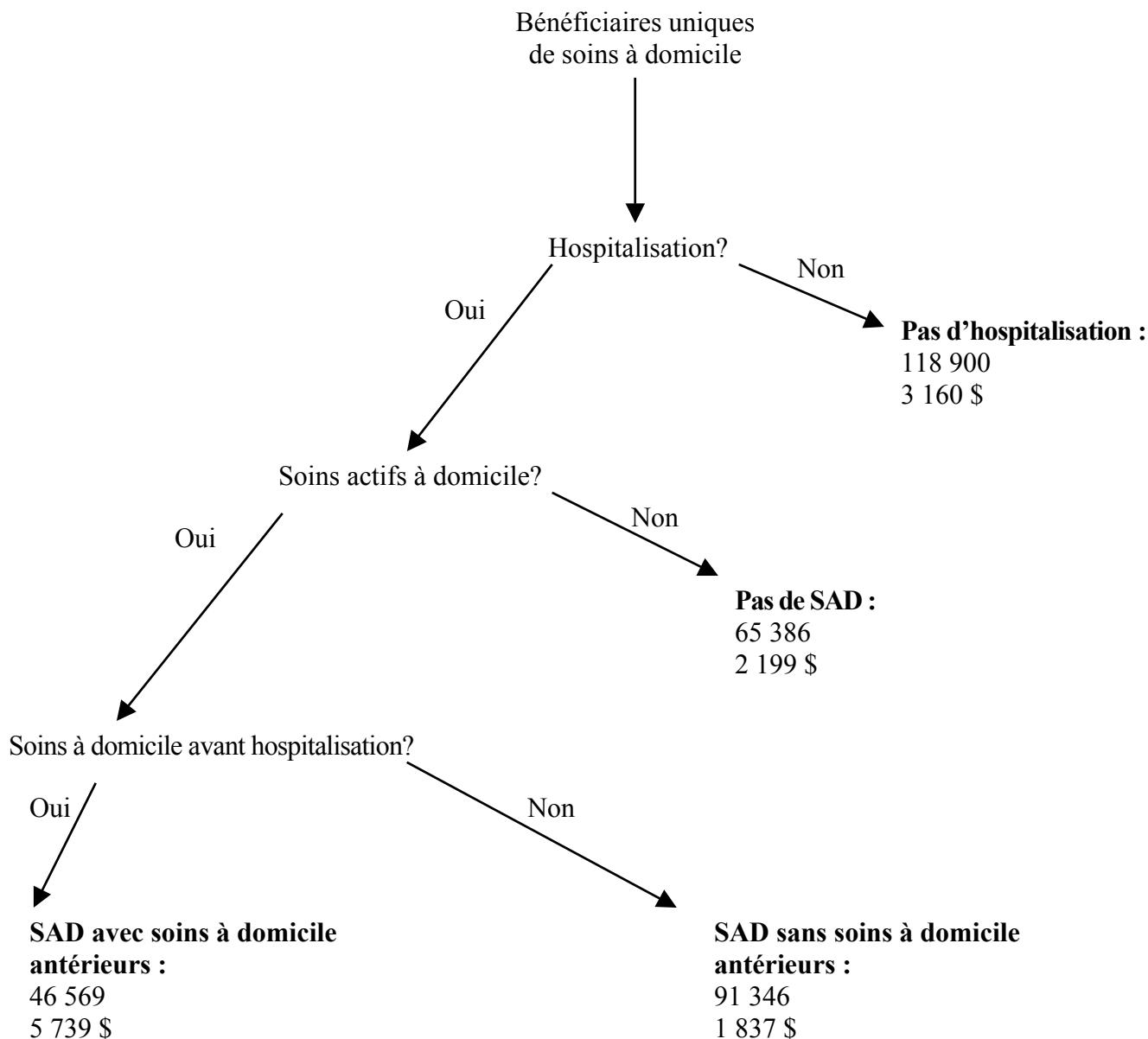


Figure 4 : Bénéficiaires de soins à domicile et dépenses moyennes (en dollars 2002)



**Tableau 1 : Taux spécifiques (âge/sexe) d'utilisation des soins actifs à domicile en Ontario,
exercices 1993-1995**

Sexe	Âge	Hospitalisations			Hospitalisations-chirurgies d'un jour		
		Patients qui ont reçu des soins à domicile	Nombre d'hospitalisations	Taux pour 100 hospitalisations	Patients qui ont reçu des soins à domicile	Nombre d'hospitalisations-chirurgies d'un jour	Taux pour 100 hospitalisations
Femme	<44	50 250	1 073 733	4,7	7 774	556 192	1,4
	45-64	38 206	243 296	15,7	7 102	245 103	2,9
	65-74	47 421	166 403	28,5	7 804	124 705	6,3
	>75	77 913	218 368	35,7	12 724	97 511	13,0
	Total	213 790	1 701 800	12,6	35 404	1 023 511	3,5
Homme	<44	32 186	590 935	5,4	8 497	354 957	2,4
	45-64	31 979	244 423	13,1	6 206	211 487	2,9
	65-74	36 961	177 200	20,9	6 465	130 916	4,9
	>75	45 056	156 337	28,8	7 969	82 436	9,7
	Total	146 182	1 168 895	12,5	29 137	779 796	3,7
Total		359 972	2 870 695	12,5	64 541	1 803 307	3,6

Tableau 2 : Coût moyen (en dollars 2002) d'une période de soins actifs à domicile pour différentes grandes catégories cliniques

Catégorie clinique principale (Major Clinical Categories ou MCC)	Coût moyen (en dollars 2002) d'une période de SAD
MCC01-Système nerveux	2 133,45 \$
MCC02-Yeux	1 768,55 \$
MCC03-Oreilles, nez, gorge	2 001,70 \$
MCC04-Respiratoires	1 943,54 \$
MCC05-Circulatoire	1 740,64 \$
MCC06-Digestif	1 795,90 \$
MCC07-Hépatobiliaire	1 482,21 \$
MCC08-Musculosquelettique	1 545,76 \$
MCC09-Peau	1 633,78 \$
MCC10-Endocrine	2 001,29 \$
MCC11-Rein	1 601,27 \$
MCC12-Reproduction-homme	1 012,71 \$
MCC13-Reproduction-femme	1 167,23 \$
MCC14-Grossesse	446,26 \$
MCC15-Nouveaux-nés	241,07 \$
MCC16-Sang	2 034,55 \$
MCC17-Lymphome	1 850,52 \$
MCC18-Multisystémique	2 012,25 \$
MCC19-Maladie mentale	2 013,32 \$
MCC21-Blessure	1 993,10 \$
MCC22-Brûlures	1 104,13 \$
MCC23-Autre raison	2 297,06 \$
MCC24-Sida	3 636,44 \$
MCC25-Traumatisme	1 673,15 \$
MCC99-Non groupable	2 050,05 \$

Tableau 3 : Coût moyen (en dollars 2002) d'une période de soins actifs à domicile pour différents groupes de chirurgies d'un jour

Groupe de chirurgies d'un jour (Day Procedure Group ou DPG)	Coût moyen (en dollars 2002) d'une période de SAD
DPG 05 – Lentilles	913,77 \$
DPG 13 – Amygdales/adénoïde	93,43 \$
DPG 28 – Gastro-entérologie	2 086,50 \$
DPG 35 – Vessie et urètre	2 116,06 \$
DPG 59 – Peau	1 507,02 \$
Toutes les autres chirurgies d'un jour	1 295,80 \$