

Le Rapport de la Commission Romanow et les Soins à Domicile

Evelyn Shapiro
Université du Manitoba

Les demandes de tirés-a-part doivent être adressées à: / Requests for offprints should be sent to:

Evelyn Shapiro, Professor/Senior Scholar
Manitoba Centre for Health Policy
Dept. of Community Health Sciences, Faculty of Medicine
University of Manitoba, 408-727
McDermot, R3E 3P5

Introduction

Le Rapport de la Commission Romanow démontre que le fait de s'appuyer sur des recherches probantes et sur des consultations approfondies menées auprès d'un vaste segment de la population peut déboucher sur une contribution positive majeure à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions. Le Rapport endosse les valeurs et principes qui sont à la base du régime d'assurance de soins médicaux et demande une augmentation des crédits fédéraux pour corriger le déséquilibre actuel dans les contributions fédérales/provinciales. Il recommande en outre que de nouveaux fonds fédéraux visant des activités spécifiques soient investis dans la promotion des changements organisationnels nécessaires et le soutien à l'intégration ou à l'élargissement des programmes de soins de santé, mais que les provinces soient responsables de ces fonds aux yeux du public de façon à garantir que cet argent est bien investi pour réaliser les objectifs prévus. L'un des programmes visés par une injection de fonds fédéraux est celui des soins à domicile. En vertu de cette formule, il recevrait 1 milliard de dollars pour chacune des deux premières années afin de lancer la mise en œuvre des changements que recommande le Rapport, sommes qui seraient par la suite intégrées dans les paiements fédéraux annuels de transfert aux provinces pour les soins de santé par le biais de ce que le Rapport appelle le Transfert canadien en matière de santé.

Recommandations du rapport visant les soins à domicile

Dans le chapitre intitulé «Les soins à domicile: le prochain service essentiel», le Rapport recommande ce qu'il appelle les «Orientations proposées». Celles-ci

comprennent: 1) l'utilisation du nouveau Transfert pour soins à domicile (c.-à-d. les nouvelles sommes fournies par le gouvernement fédéral) en vue d'établir une plate-forme nationale pour les services de soins à domicile; 2) une révision de la Loi canadienne sur la santé afin d'y inclure une couverture des services de soins à domicile dans trois secteurs prioritaires, soit la santé mentale, les soins en phase post-aiguë et les soins palliatifs au cours des six derniers mois de vie; et 3) la mise en œuvre d'une nouvelle initiative visant à offrir un appui permanent aux aidants naturels.

Les deux contributions les plus importantes de ces recommandations sont de légitimer les soins à domicile en tant que secteur essentiel des soins de santé et de légitimer la responsabilité fédérale de participer à leur financement et à leur développement. Le titre du chapitre et certaines des hypothèses sur lesquelles s'appuient des recommandations spécifiques méritent toutefois d'être examinés en détail à la lumière de l'historique des soins à domicile au Canada, de l'organisation et des prestations de ces soins, des clients desservis et des éléments nécessaires à l'élaboration d'un cadre visant un programme national de soins à domicile. L'examen doit aussi regarder de près jusqu'à quel point les recommandations du Rapport sur les soins à domicile tiennent compte des résultats de recherche résumés dans le Mémoire soumis à la Commission Romanow par les Instituts de recherche en santé du Canada (Hébert, 2002) et d'autres recherches pertinentes. L'analyse qui suit évalue donc le degré auquel les recommandations se font l'écho des besoins actuels et futurs des soins à domicile.

Regarder les choses en face

Est-il réaliste ou utile de se référer aux soins à domicile comme au «prochain service essentiel»?

L'utilisation du mot «prochain» aurait de quoi vexer quelque peu les provinces, pour qui ce service est perçu depuis longtemps comme essentiel, vu que cela fait presque trente ans qu'elles mettent sur pied, subventionnent et fournissent des services de soins à domicile en fonction du besoin reconnu d'aide pour retourner chez soi ou pour y rester. Bien qu'on admette dans l'ensemble que les fonds alloués aux soins à domicile sont insuffisants pour les fonctions que ces programmes sont censés couvrir, les provinces ont cependant augmenté sensiblement leurs budgets au cours des années car elles les reconnaissent comme des services «essentiels». De plus, la prise en charge des cas qui, selon le Rapport constitue une composante clé de chacune des priorités ciblées, est le plus souvent une caractéristique bien établie de la plupart, sinon de tous les programmes provinciaux, et elle est fournie par les mêmes travailleurs du secteur public ou quasi public qui ont la responsabilité de déterminer les critères d'admissibilité et de prestations de services.

L'utilisation de l'expression «prochain service essentiel» semble donc avoir été conçue tout particulièrement pour valider la recommandation visant le partenariat futur du gouvernement fédéral dans le financement des soins à domicile. Ainsi, bien que l'emploi du mot «prochain» puisse choquer les provinces, la recommandation offre la possibilité d'utiliser les futures rencontres fédérales/provinciales comme une occasion pour les deux paliers de gouvernement de participer à un processus débouchant sur l'élaboration d'un programme national de soins à domicile. Un tel processus donnerait inévitablement lieu à une résolution des différences entre les politiques actuelles des provinces en ce qui a trait aux critères d'admissibilité, aux frais de service perçus par certaines provinces pour les services non médicaux, et à l'utilisation de ressources ou publiques ou à but lucratif pour la dispense de services afin d'assurer que tous les Canadiens, quel que soit le lieu où ils vivent ou celui où ils décident de déménager, soient admissibles à recevoir des services de soins à domicile selon leurs besoins reconnus. En réalité, le gouvernement fédéral serait bien en peine d'expliquer sa participation au financement des soins à domicile sans pouvoir montrer que tous les Canadiens sont traités sur un pied d'égalité.

Est-ce qu'une révision de la Loi canadienne sur la santé dans le but d'intégrer les services ciblés est la bonne façon de fournir la «plate-forme» d'un programme national de services de soins à domicile?

La question n'est pas ici de savoir si nous avons besoin d'un programme national, mais si l'utilisation

de la Loi canadienne sur la santé constitue une «plate-forme» adéquate pour réaliser un programme national, surtout en tenant compte du fait que 75 à 80 p. cent de ses clients sont des aînés de 65 ans ou plus (Roos et al., 2001). Un problème majeur lié à cette approche est que la Loi exige que l'accès soit restreint aux personnes qui ont besoin de «services médicalement nécessaires». Cette restriction médicaliserait un programme qui n'est pas simplement ou exclusivement un programme de services de santé mais un programme de services de santé et de services sociaux. En réalité, il y a plus de clients de tout âge requérant des soins post-aigus et des soins à long terme qui ont besoin de services de soutien que ceux qui ont besoin de services médicaux. En outre, la majorité des utilisateurs de soins à long terme sont les personnes ayant une incapacité temporaire ou permanente dont les besoins prioritaires et souvent uniques concernent les services de soutien et non les services «médicaux».

Leur exclusion due à la restriction de la Loi canadienne sur la santé aurait des effets particulièrement déplorable pour les trois raisons suivantes. Tout d'abord, comme le font remarquer entre autres Hollander et Chappell (2001), les soins à domicile sont particulièrement efficaces en termes de coûts en ce qu'ils diminuent le nombre nécessaire de lits de soins infirmiers qui seraient l'unique alternative au nombre croissant d'aînés âgés de 75 ans ou plus qui n'ont besoin que de services de soutien. Deuxièmement, les compressions budgétaires actuelles visant les soins à domicile et les renvois hâtifs résultant de la rationalisation dans le secteur hospitalier ont déjà amené les programmes de soins à domicile à privilégier les personnes ayant besoin de soins en phase post-aiguë et à réduire ou supprimer les services aux clients nécessitant des soins de longue durée (Chappell, 2001; Penning et al., 2002). Des recherches menées par Hollander et Tessaro (2001) montrent qu'avec cette politique, on économise un dollar quand on en dépense mille. Selon leurs résultats, le total des dépenses en soins de santé dans les trois prochaines années était plus élevé dans les deux régions provinciales qui avaient coupé ou réduit les services aux clients en soins à long terme par rapport aux coûts pour les clients dans deux autres régions qui n'avaient pas été visées par une telle action. Enfin, troisièmement, le fait de refuser l'accès en raison du besoin de services médicaux établirait une discrimination particulière envers les aînés atteints de démence et leurs aidants naturels. La moitié de ces aînés vivent dans la communauté et les recherches montrent qu'en règle générale ils n'utilisent pas les services médicaux mais qu'ils ont besoin de plus de services de soutien que d'autres personnes qui reçoivent des soins à domicile (Shapiro & Tate, 1997). Bien que la recommandation

visant à faire de la santé mentale une priorité puisse être utilisée comme un levier pour inclure les personnes atteintes de démence, il serait bien difficile à quiconque de justifier une telle mesure vu que normalement ces personnes ne font pas partie de la clientèle des programmes de santé mentale.

Est-ce que les priorités (santé mentale, soins à domicile en phase post-aiguë et soins palliatifs à domicile) devraient être celles choisies pour être incluses dans le programme de Transfert en matière de soins à domicile, qu'elles soient ou non intégrées dans la Loi canadienne sur la santé?

Si l'on se fie aux résultats des recherches (p. ex., McEwan et al., 2002; Shapiro, 2002), les programmes de santé mentale visant l'appui au retour chez eux des adultes ou à leur maintien à domicile devraient faire l'objet d'une attention toute spéciale et d'un financement accru, car les adultes souffrant d'une maladie mentale aiguë ou chronique font face à de sérieux obstacles qui leur bloquent l'accès aux services de soins à domicile. Il est cependant probable qu'une injection de fonds n'aurait qu'un effet limité à moins qu'on ne règle d'abord les difficultés du côté organisationnel et de l'aspect pratique liées à la dispense de services appropriés aux besoins de ces adultes. Ainsi, les services aux personnes souffrant d'une maladie mentale qui quittent un établissement de soins actifs ou qui vivent dans la communauté sont actuellement du ressort des programmes provinciaux de santé mentale, mais leurs clients ont aussi besoin de l'aide dispensée par d'autres ressources communautaires telles que les soins à domicile. Afin de favoriser la mise sur pied de partenariats entre les programmes de santé mentale et ceux de soins à domicile en vue d'améliorer les services destinés aux malades mentaux, le Fonds pour l'adaptation des services de santé a fourni un certain montant pour appuyer un petit nombre d'expériences visant à tester des modèles dans lesquels les programmes de santé mentale et de soins à domicile conjuguent leurs efforts pour réduire les obstacles et améliorer leurs services. Mais le nombre restreint de ces expériences, les différences dans les processus utilisés pour amener des changements et les différences dans les modèles auxquelles elles ont abouti n'ont pas donné de preuves suffisamment fiables de l'efficacité de chaque modèle.

La première question qu'il faut donc se poser est de savoir si les programmes de soins à domicile devraient intégrer les fonctions de gestion financière, de prise en charge des cas, d'évaluation et de prestation de services pour des clients ayant des problèmes de santé mentale, ou si les programmes provinciaux de santé mentale devraient créer leurs propres services spécialisés de soins à domicile pour cette population, ou encore, si la responsabilité devrait être conjointe,

avec des fonctions spécifiques attribuées à chaque programme. Si, par exemple, la décision était prise d'assigner une coresponsabilité pour les processus d'évaluation et de réévaluation (ce qui paraît une décision logique au vu des habiletés professionnelles spécialisées disponibles dans les programmes de santé mentale) et d'assigner à la fois les fonctions de prise en charge des cas et de prestation de services aux programmes de soins à domicile, les fournisseurs de services directs auraient besoin d'une formation complémentaire pour pouvoir offrir des services de soutien adéquats à ce groupe de clients et pour savoir comment servir de modèles pour ceux qui ont besoin d'améliorer leur autonomie fonctionnelle afin de retourner dans la communauté ou de s'y maintenir.

Le fait de cibler comme une priorité les soins palliatifs à domicile pour une durée définie pourrait avoir des effets positifs sur les malades en phase terminale qui préfèrent recevoir des soins à la maison, ainsi que sur leurs soignants. Bien que ce soit un volet de services très intensifs et par là même très coûteux, il pourrait cependant s'avérer rentable, surtout si la dispense de soins palliatifs à domicile s'accompagne d'une suppression encore plus importante de lits d'hôpitaux. Il reste toutefois certaines questions qui méritent de faire l'objet à la fois de recherches précédant un tel élargissement et d'une évaluation subséquente. Ainsi, si l'on tient compte de l'importance du contrôle de la douleur, est-ce que le programme pourra compter sur la participation directe du médecin de chaque client ou bien le programme devra-t-il recruter ses propres médecins? Où les prestataires de soins à domicile et leurs soignants, surtout ceux avec personnes à charge, recevront-ils des services sociaux professionnels s'ils ont besoin de services directs tels que l'orientation familiale et le counseling d'emploi?

Quant aux soins en phase post-aiguë, les recherches prouvent que le fait de les inscrire sur la liste des priorités est difficile à justifier, même s'ils ont toujours constitué un volet majeur et nécessaire des soins à domicile. Leur croissance qui s'est récemment accélérée a été lancée par la rationalisation qui a eu lieu dans le secteur hospitalier au cours des derniers dix ans, les congés d'hôpital hâtifs qui en ont résulté, l'expansion majeure de la chirurgie d'un jour et les nouvelles modalités de traitement qui font qu'il est possible et souhaitable de traiter les patients à domicile plutôt qu'à l'hôpital. La raison pour laquelle ce volet ne mérite pas d'être considéré comme prioritaire est qu'il bénéficie déjà d'un statut prioritaire dans le cadre des soins à domicile aux dépens des bénéficiaires de soins à long terme. En fait, la dispense actuelle de soins en phase post-aiguë dans le cadre de budgets plafonnés pour les soins à domicile réduit la capacité des programmes de soins à domicile d'offrir

des services à ceux qui ont besoin de soins de longue durée, au point que, comme nous l'avons déjà dit, des programmes dans un certain nombre de provinces éliminent ou diminuent sensiblement la dispense de services à des personnes qui nécessitent des soins à long terme. Les listes d'attente se font de plus en plus longues pour l'accès à des services requis, même si cela entraîne une plus grande utilisation d'autres ressources en matière de soins de santé à des coûts plus élevés. Ce sont les soins à long terme pour les aînés souffrant d'une incapacité et qui vivent dans la communauté – les grands utilisateurs des soins à long terme – qui connaissent actuellement de sérieux problèmes. Comme le rapporte le Mémoire de Hébert (2002), «il faut un virage bien concret dans les ressources pour renverser l'approche traditionnelle, axée sur l'hôpital.»

Par conséquent, à moins que les provinces n'utilisent les nouveaux dollars que le fédéral destine aux soins à domicile pour transférer certaines de leurs ressources dédiées actuellement aux soins de courte durée pour élargir la capacité des soins à domicile de longue durée, ce volet de services qui est déjà un parent pauvre du système va mettre en danger la santé et le bien-être des aînés et augmenter le coût d'autres ressources de soins de santé. Le soutien accru aux soins à long terme permettrait à ce volet de fournir dans des délais raisonnables l'accès et les services aux clients souffrant d'une incapacité – y compris ceux ayant des problèmes chroniques de santé mentale – pour leur maintien à domicile dans la communauté.

En outre, en affectant plus de ressources aux soins à domicile de courte durée, la médicalisation des services, surtout si elle est incluse dans la Loi canadienne sur la santé, pourrait en arriver au point où nous verrions l'ensemble du programme des soins à domicile revenir à l'«ancien temps», quand dans certaines provinces les médecins devaient attester qu'une personne avait besoin d'un service médical à domicile pour être admissible à recevoir des soins à domicile. Cette politique a été abandonnée il y a plusieurs dizaines d'années vu qu'elle ne répondait pas aux besoins de la plupart des gens ayant besoin d'aide pour retourner chez eux ou pour y rester, surtout parce que les médecins ne connaissaient généralement pas les conditions de vie de leurs patients, et aussi parce qu'elle bloquait l'accès aux soins à domicile pour la grande majorité des gens ayant besoin d'aide pour rester chez eux mais n'ayant pas besoin de services médicaux.

La dernière recommandation du Rapport concerne le lancement d'une nouvelle initiative visant à soutenir les aidants naturels de façon à reconnaître l'importance de leur contribution aux soins à domicile et le

fait qu'ils doivent renoncer à leur emploi ou à d'autres activités lucratives pour contribuer aux soins. Cette recommandation ne comprend pas le transfert de dollars du fédéral et elle ne précise pas non plus quelle forme devrait prendre cette initiative. Elle inclut toutefois une suggestion visant à explorer la possibilité d'utiliser le programme de l'Assurance-emploi pour offrir des prestations directes aux aidants naturels dans certaines conditions.

La question des «soins aux soignants» continue d'alimenter le débat sur l'efficacité comme sur l'équité de mesures prises par le passé dans ce domaine et sur les autres initiatives qui devraient être mises en œuvre. Cependant, un facteur clé trop souvent exclu de ce débat est que l'un des modes les plus importants de soutien aux aidants naturels est de garantir qu'ils peuvent, s'ils en ont besoin, compter sur la disponibilité en temps opportun d'un programme de soins à domicile viable et adapté aux circonstances. Ce programme doit bénéficier du financement, de la structure organisationnelle ainsi que du type comme de la quantité de services directs qui permettent d'offrir le niveau de service approprié aux clients de soins à domicile dont s'occupent les aidants naturels. Les aidants qui ont le plus besoin d'un tel programme ne sont pas ceux qui aident les personnes nécessitant des soins en phase post-aiguë car la demande pour ce genre d'aide est en général de courte durée; ceux qui sont besoin de soutien sont les aidants qui fournissent les services de longue durée et dont le fardeau augmente avec le temps. Il est donc quelque peu ironique que la recommandation du Rapport visant à offrir plus d'argent pour les soins en phase post-aiguë plutôt que pour le volet indigent des soins à domicile concernant les soins à long terme pourrait faire retomber de plus en plus la dispense des soins de longue durée sur les épaules des aidants naturels.

Qu'est-ce qui manque dans le chapitre du Rapport qui couvre les soins à domicile?

Ce chapitre est aussi intéressant pour ce qu'il omet de souligner ou de discuter que pour ce qu'il contient. Il omet de reconnaître que, même si seulement une faible minorité de personnes âgées font appel chaque année aux services de soins à domicile, elles constituent de loin le plus grand nombre de clients recevant des soins à domicile; en fait, on serait bien en peine de trouver dans ce chapitre le mot «aînés» ou «personnes âgées». Aucune attention n'est en outre portée aux trois questions majeures soulevées dans le Mémoire de Hébert adressé à la Commission de la part des IRSC (2002). Tout d'abord, alors que le chapitre traite de l'importance d'une bonne coordination des cas (une fonction de la prise en charge des cas) afin d'assurer des soins continus, il omet de souligner qu'une des conditions cruciales à la continuité des

soins est la transmission rapide de l'information entre les autres ressources des soins de santé et les gestionnaires de cas en matière de soins à domicile – un problème sur lequel il faudrait se pencher et auquel on devrait consacrer des ressources. Deuxièmement, le chapitre fait peu de cas des expériences qui ont cours actuellement visant à tester l'efficacité et la rentabilité des modèles de soins à domicile afin d'améliorer les services aux aînés en perte d'autonomie, laissant ainsi passer l'occasion de reconnaître l'importance d'encourager de tels travaux de recherche. Troisièmement, il contourne la question soulevée par l'énoncé du Mémoire à l'effet qu'«il n'y a pas de preuves scientifiques qui appuient la tendance actuelle visant à confier au secteur privé la gestion et la dispense des soins et des services», question aussi connexe et importante pour les soins à domicile en ce qui touche la prestation des services que pour d'autres ressources du système de soins de santé, vu que dans certaines provinces, la politique actuelle est de confier la prestation des services de soins à domicile à des sociétés privées. Par exemple, plusieurs études récentes financées par le Fonds pour l'adaptation des services de santé ont trouvé que la dispense des soins à domicile par des fournisseurs qui en tirent un profit réduit la souplesse nécessaire aux innovations qui exigent la prestation soutenue de services par le même personnel (Shapiro, 2002) et que l'expérience de 1996 à Winnipeg visant la privatisation de la dispense de services qui devait se traduire par une économie d'argent s'est en fait soldée par un échec (Shapiro, 2000).

Conclusion

Le rapport de la Commission Romanow mérite d'être applaudi, surtout si on le compare aux autres rapports publiés dernièrement. Les raisons principales de sa prééminence sont l'insistance sur certaines valeurs, le processus de consultation, le fait que les conclusions s'appuient sur des résultats de recherche probants et l'insistance sur l'imputabilité publique quant aux fonds destinés à de nouveaux programmes. Les recommandations du Rapport concernant nos services de soins de santé destinés à l'ensemble de la population méritent qu'on les appuie et qu'on les mette en place. Il semble donc de mauvais goût de contester certains points des recommandations visant les soins à domicile; «critiquer le cadeau qu'on reçoit» pourrait être perçu non seulement comme témoignant d'une mauvaise grâce mais aussi comme une attitude qui va à l'encontre du but recherché. L'objectif de cette critique est cependant de mettre à profit l'intervalle de temps entre la publication du Rapport et les discussions fédérales/provinciales concernant la mise en œuvre des recommandations pour revenir sur celles qui touchent les soins à domicile. Compte tenu de la

complexité des soins à domicile, de leurs buts, de leur rapport intime avec les hôpitaux comme avec les maisons de soins infirmiers, et de leurs services, une réflexion plus approfondie pourrait s'avérer utile pour résoudre certaines des questions soulevées ici.

Aucun individu parmi ceux qui sont rompus au domaine des soins à domicile ne contestera les recommandations à l'effet que les soins à domicile devraient être reconnus comme un service essentiel d'un bout à l'autre du pays, que le gouvernement fédéral devrait participer à leur financement, que les négociations fédérales/provinciales devraient avoir pour but de faire des soins à domicile un programme national accessible à tous les Canadiens sur la base de besoins reconnus quel que soit le lieu où ils habitent. Les questions portent sur la meilleure façon d'établir un programme national qui accorde une importance cruciale aux soutiens sociaux, et sur la meilleure façon d'allouer nos ressources actuelles et futures destinées aux soins à domicile afin d'assurer que les individus, dont la plupart sont des aînés, se voient traités sur un pied d'égalité, qu'ils aient besoin de soins en phase post-aiguë ou de soins à long terme. Un tel objectif concorderait parfaitement avec l'idée maîtresse du Rapport de la Commission Romanow et serait un pas dans la bonne direction.

Références

- Chappell, N.L. (2001). Quality long-term care: Perspectives from the users of home care. Dans L.S. Noelker et Z. Harel (Éd.), *Linking quality of long-term care and quality of life* (pp. 75–94). New York: Springer.
- Hébert, R. (2002). Research on aging: Providing evidence for rescuing the Canadian health care system (Rapport spécial – Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada le 28 mai 2002). *Revue canadienne du vieillissement*, 21, 343–347.
- Hollander, M.J. & Chappell, N.L. (2001). *Rapport final de l'étude sur l'analyse comparative des coûts des services de soins à domicile et en établissement*. Victoria, BC: Évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile.
- Hollander, M. & Tessaro, A. (mars 2001). *Evaluation of the maintenance and preventive function of home care* (Rapport final). Victoria, BC: Soins à domicile et Produits pharmaceutiques, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada. Hollander Analytical Services.
- McEwan, K., Ritter, R. & Lawrence, B. (février 2002). *Analysis of interfaces along the continuum of care* (Rapport technique 4: Adults requiring mental health services). Victoria, BC: Soins à domicile et Produits pharmaceutiques, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada. Hollander Analytical Services.
- Penning, M., Allan, D., Roos, L., Chappell, N.L., Roos N. & Lin G. (2002). *Health care restructuring and community based care: 3 regions in BC* (Rapport final pour la Fonda-

tion canadienne de la recherche sur les services de santé). Victoria, BC.

Roos, N., Stranc, L., Peterson, S., Mitchell, L., Bogdanovic, B. & Shapiro E. (août 2001). *A look at home care in Manitoba*. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. Winnipeg.

Shapiro, E. (printemps 2000). Community and long-term facility care in Canada. *Journal of Health and Human Services Administration*, 22, 436–451.

Shapiro, E. (2002). *De la connaissance à la pratique: les soins à domicile*. Série de rapports de synthèse du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Ottawa, ON: Santé Canada.

Shapiro, E. & Tate, R.B. (1997). The use and cost of community care services by elders with unimpaired cognitive function, with cognitive impairment/no dementia and with dementia. *Revue canadienne du vieillissement*, 16, 665–681.