

---

**Volume III**

# **Scénarios**

**Octobre 1996**

---

---

# Table des matières

## Avant-propos

- 1** **Projet de prestation de services aux aînés**
- 2** **Les relations entre l'industrie minière et le gouvernement**
- 3** **DEO — Modèle Services Canada**



---

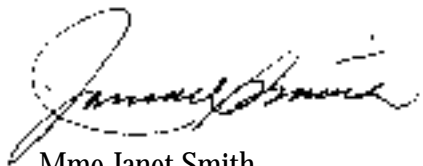
## Avant-propos

L'une des constatations à laquelle en est arrivé le Groupe de travail à partir des études de cas et des conversations qu'il a eues avec nombre d'intervenants et de décisionnaires est le fait qu'il suffit d'examiner la situation actuelle de la prestation des services pour se rendre compte qu'il faut apporter des modifications importantes aux modes de prestation afin d'axer davantage les services sur le citoyen. Dans le cas du Centre de Service Nouveau-Brunswick, c'était la fameuse histoire d'une personne qui voulait exploiter un dépanneur/station d'essence et qui a dû remplir treize formulaires et permis, selon un ordre établi mais inconnu, provenant de sept différents ministères. À l'Île-du-Prince-Édouard, on s'est rendu compte de l'inertie organisationnelle à Santé et Services sociaux en décrivant en détail les démarches qu'un jeune a faites afin d'avoir accès aux services du gouvernement.

Afin de reconnaître la gamme des rôles et des activités complexes du gouvernement, le Groupe de travail a choisi quatre secteurs de services où les compétences se chevauchaient et qui mettaient au défi les citoyens et les utilisateurs des services gouvernementaux, et visaient à la fois les deux types transactionnels de services et le rôle que joue le gouvernement à l'égard du système réglementaire et du bien public. Nous avons élaboré des documents de travail exploratoires dans les secteurs de services gouvernementaux destinés aux jeunes, aux aînés et aux entreprises minières, de même que sur la collaboration intergouvernementale, pour offrir des activités regroupées et pratiques aux citoyens.

Il faut préciser que les auteurs de ces études n'ont examiné que le point de vue de groupes de citoyens, ou de clients particuliers. Dans le cas de l'industrie minière, par exemple, nous n'avons pas tenu compte — même si nous aurions pu le faire — de nombreux autres points de vue importants, tels que ceux des naturalistes, des personnes chargées du développement économique et des environmentalistes.

La question d'examiner les services du point de vue du citoyen plutôt que de celui des pourvoyeurs de services a été parfois difficile et exigeante pour bien des gens. Cet exercice m'a encore plus convaincue du besoin d'axer notre approche sur les activités gouvernementales qui se rapportent au citoyen.



Mme Janet Smith  
Présidente, Groupe de travail sur la prestation des services

---

**1**

**Projet de  
prestation  
de services  
aux aînés**

---

---

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1.0</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	1
1.1	Objectif. ....	1
1.2	Contexte .....	1
<b>2.0</b>	<b>SERVICES AUX AÎNÉS : SITUATION ACTUELLE</b> .....	4
<b>3.0</b>	<b>SERVICES AXÉS SUR LE CLIENT : SITUATION FUTURE</b> .....	12
3.1	Objectif et principes .....	13
3.2	Modèles actuels de coordination des soins. ....	13
3.3	Paramètres d'un modèle d'accès intégré .....	14
3.4	Une nouvelle approche pour l'accès intégré : construire sur les acquis. ....	15
<b>4.0</b>	<b>PROCHAINES ÉTAPES</b> .....	18
<b>5.0</b>	<b>SOMMAIRE</b> .....	22

---

# 1.0 INTRODUCTION

## 1.1 Objectif

Le présent rapport a pour but d'examiner l'état actuel de la prestation des services — en particulier les services gouvernementaux — aux aînés et d'évaluer différentes options pour améliorer la qualité et l'efficacité de cette prestation par l'adoption de mesures concertées axées sur le client. Pour ce faire, il faut examiner les besoins des aînés, décrire les pourvoyeurs actuels et les services qu'ils offrent et proposer un modèle pour la prestation future des services qui comprend des stratégies visant à grouper les services destinés aux aînés et à garantir un accès intégré.

## 1.2 Contexte

Le travail que nous assumons est ardu en soi, mais il l'est encore plus dans le contexte actuel : le vieillissement rapide de la population, une génération issue de l'explosion démographique qui assume la responsabilité de prendre soin des parents, l'évolution des structures de soutien aux familles, les nouveaux rôles des femmes et des gouvernements, la compression du secteur public qui donne lieu à des restrictions financières, et bien d'autres raisons.

Un certain nombre d'autres facteurs viennent compliquer davantage la situation : l'absence d'une définition précise du groupe client des aînés (en effet, on ne s'entend pas sur l'âge où une personne devient une aînée, bien que 65 ans soit souvent considéré comme l'âge d'admissibilité à ce groupe); les besoins variés des aînés parmi la gamme complète d'exigences sociales, économiques et relatives à la santé; la corrélation (bien qu'imparfaite) entre la nature de ces besoins et un continuum selon l'âge et le degré de dépendance; les services offerts aux aînés par chaque palier de gouvernement, le secteur des bénévoles et le secteur à but lucratif; le manque de coordination pour les nombreux pourvoyeurs de services, et l'absence d'une définition claire des normes de qualité, surtout pour les compétences communautaires et provinciales.

Du point de vue de l'aîné et de ses intervenants — famille, amis et pourvoyeurs de soins — l'accès aux services requis peut sembler problématique, étant donné le système actuel. Au fur et à mesure qu'il vieillit, l'aîné se rend compte qu'il peut devoir dépendre de plus en plus

---

d'autres personnes pour son bien-être. En général, l'aîné compte d'abord sur les amis et les membres de sa famille, mais plus tard il dépend des établissements de soins institutionnels et communautaires. En 1993, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) estimait que 500 000 personnes du troisième âge avaient largement besoin des services des associations communautaires ou institutionnelles pour leurs activités quotidiennes. Plus de 80 % des personnes âgées recevaient une aide au moins pour une activité, soit pour l'épicerie, le travail ménager, la préparation des repas, le jardinage, la gestion des finances et les soins personnels (données de 1985). Le CCNTA estime que d'ici l'an 2031, 1,5 million de personnes âgées auront besoin d'une aide importante<sup>1</sup>.

Au fur et à mesure que le soutien doit augmenter, le système peut devenir plus difficile à comprendre pour le client. Cette complexité a trait aux besoins plus nombreux des aînés et, par conséquent, au nombre de fournisseurs des services nécessaires et à leur portée. Il faut donc arriver à mieux comprendre la myriade de services.

Les intervenants chargés des politiques et des programmes ont souvent tendance à retirer les questions relatives aux aînés du contexte sociétal plus vaste dont elles font partie. Cette situation peut donner lieu à une prestation de services et de programmes qui n'apportent que des solutions partielles et donnent l'idée que le système est conçu pour les personnes âgées. Cependant, en réalité, le système n'intègre pas les services pour répondre à leurs besoins réels.

De nombreuses organisations, notamment le gouvernement, les universitaires, les pourvoyeurs de services et les défenseurs des personnes âgées, ont examiné les services offerts aux personnes du troisième âge, mais non pas en mettant pleinement l'accent sur le client. En effet, de nombreuses études ont examiné cette question du point de vue de la réduction des coûts ou des restrictions financières, de la réforme des règlements, des structures organisationnelles des pourvoyeurs de services, du rôle du secteur public par rapport à celui du secteur privé et des tiers, etc.

Bien que ces aspects de la question soient importants dans le cadre des perspectives énoncées dans le présent document, du point de vue analytique, ils sont subordonnés à l'accent mis sur le client.

Il convient d'examiner quatre éléments de base relativement à la prestation de services aux aînés :

1. La définition du groupe client et de ses besoins. Aux fins de la prestation des services, le groupe des aînés doit-il être défini en fonction d'un seuil d'âge ou d'une gamme plus vaste de caractéristiques?

---

<sup>1</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge 1993. Vignettes vieillissement.

- 
2. Les mécanismes qui font que les aînés, leurs familles et d'autres parties ont accès aux services dont ils ont besoin.
  3. La gamme ou les groupes de services qui font partie du cadre de prestation des services.
  4. La prestation des services comme telle.

## **Thèmes de ce document**

Ce document traite de ces quatre éléments, mais lorsque nous discutons des nouvelles approches, nous mettons l'accent sur les numéros deux et trois (accès intégré aux services et groupement des services) plutôt que sur la prestation de services comme telle. En d'autres termes, du point de vue de l'aîné, comment celui-ci peut-il avoir accès à une vaste gamme de services de manière pratique, fiable et efficace?

Cependant, nous ne voulons pas laisser supposer que la prestation des services est optimale. Nous reconnaissons que la question de la quantité et de la qualité des services est en constante évolution et fait l'objet de nombreuses pressions concurrentes au sein du secteur public et entre les secteurs public et privé. La discussion sur cet équilibre délicat déborde le cadre de ce rapport. Ceci dit, il est évident que dans bon nombre de cas, l'efficacité des ressources pourrait être améliorée par la rationalisation des services et la coordination des activités des pourvoyeurs.

La mise en oeuvre d'un modèle de services groupés et d'accès intégré nécessiterait une planification détaillée dans tous les domaines de compétence de même qu'une coordination entre les divers paliers de gouvernement et les fournisseurs de services à l'extérieur du secteur public. Cette mise en oeuvre soulève d'importantes questions de financement. Même si nous notons ces questions, nous n'essayons nullement de les traiter en détail ou de fournir des plans de mise en application. Elles dépassent largement la portée de notre rapport.

Le reste du document est organisé comme suit : la prochaine section traite des problèmes de l'accès aux services pour les aînés. Elle pose des questions comme Qui est le client? Quels sont ses besoins? Quels services lui offre-t-on actuellement? Les réponses à ces questions forment la base de discussions sur les nouveaux principes et paramètres de prestation de services, dans la troisième section. Cette section examine également un modèle d'accès intégré qui se fonde sur une infrastructure plus ou moins grande existant dans nombre de collectivités. Enfin, la dernière section précise les prochaines étapes et les questions de mise en oeuvre.



---

## 2.0 SERVICES AUX AÎNÉS : SITUATION ACTUELLE

Afin d'envisager de nouvelles méthodes d'accès aux services destinés aux aînés, il faut d'abord comprendre comment l'aîné perçoit le système actuel de prestation. Dans cette section, nous examinons brièvement les besoins du client, nous tentons de déterminer qui sont les clients et comment on répond à leurs besoins. La section se termine par une analyse des problèmes et des questions ayant trait au processus de prestation et à l'infrastructure. Elle prépare la discussion qui suit sur les paramètres et les principes d'accès aux services et les nouvelles approches.

### i) Quels sont les besoins du client?

Les besoins des aînés relèvent des secteurs social, financier, et de la santé ainsi que d'autres secteurs de services. Nombre de ces besoins ressemblent à ceux de tout membre d'une société : abri, nourriture, revenu, transport, soins de santé, loisirs, divertissements, et bien d'autres.

D'autres sont propres aux personnes du troisième âge : planification de la retraite, aide aux activités quotidiennes (hygiène personnelle, habillement, mouvement), socialisation et adaptation au nouveau rôle, counselling des personnes en deuil, aide à la maison, etc.

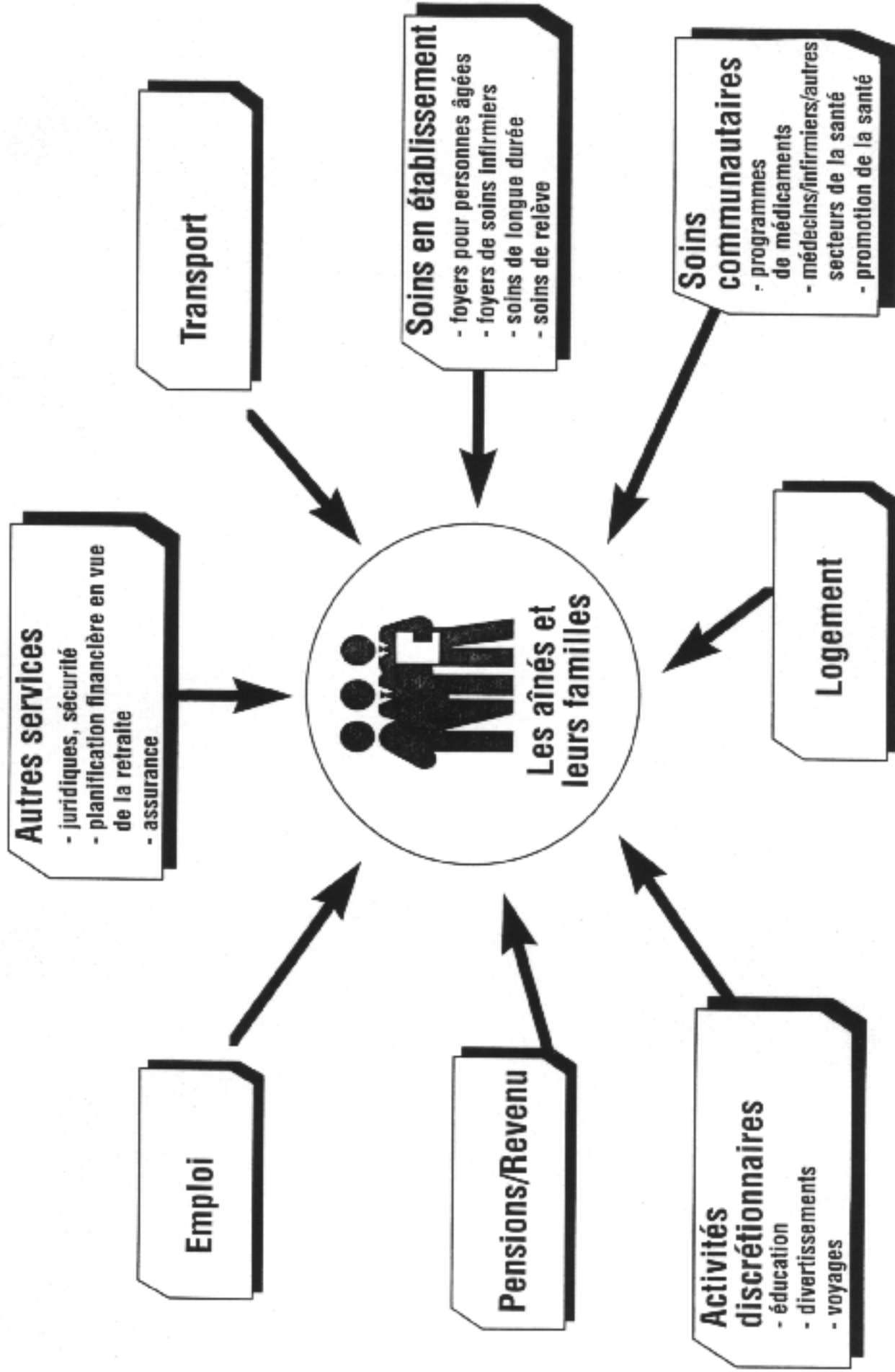
Le graphique 1 illustre toute la gamme de services dont les aînés ont besoin : il est conçu pour être représentatif plutôt qu'exhaustif. À des fins d'illustration, le graphique groupe les services — soins en établissement, transport, pensions et revenu, activités discrétionnaires, etc.

Le point sans doute le plus important du graphique est ce qu'il sous-entend mais n'illustre pas directement : la composition des besoins change avec le degré de dépendance de l'aîné.

### ii) Qui est le client?

Étant donné le rapport âge-dépendance, il est utile de se demander qui est le client. Au niveau le plus général, travaillons-nous avec toutes les personnes du troisième âge, peu importe leur capacité (et leur désir) d'avoir recours à des services qui répondent à leurs besoins? Est-il question d'un sous-groupe d'aînés qui se définit par un âge particulier (dans ce contexte, à quel âge fait-on partie du groupe des aînés) ou par ses besoins?

# Graphique 1 - BESOINS DES ÂÎNÉS



# Graphique 2 - GROUPEMENT DES ÂÎNÉS

ÂGE

Soins en établissement

- Soins de longue durée
- Soins institutionnels à long terme
- Foyers de soins infirmiers
- Foyers pour personnes âgées
- Hôpital

Soins communautaires

- Services bénévoles — p. ex., popote roulante, visites amicales, appels téléphoniques pour rassurer l'ainé
- Services de médecin, autres professionnels de la santé
- Auxiliaires familiales
- Soutiens communautaires spécialisés
- Transport
- Logement avec service de soutien

Services discrétionnaires

- Education
- Conseils financiers
- Voyages
- Emploi
- Loisirs
- Divertissements

Droits à prestations

- Fédéral : SV, SRG, RPC, prestations pour anciens combattants
- Provincial : avantages provinciaux, aide sociale, assurance-médicaments, programmes d'appareils et d'accessoires fonctionnels, etc.

DÉPENDANCE

---

En ce qui a trait aux besoins, il est évident que le groupe des aînés — ou aux fins du présent rapport, le groupe client des aînés — défini par un seuil d'âge précis, n'est pas un groupe homogène.

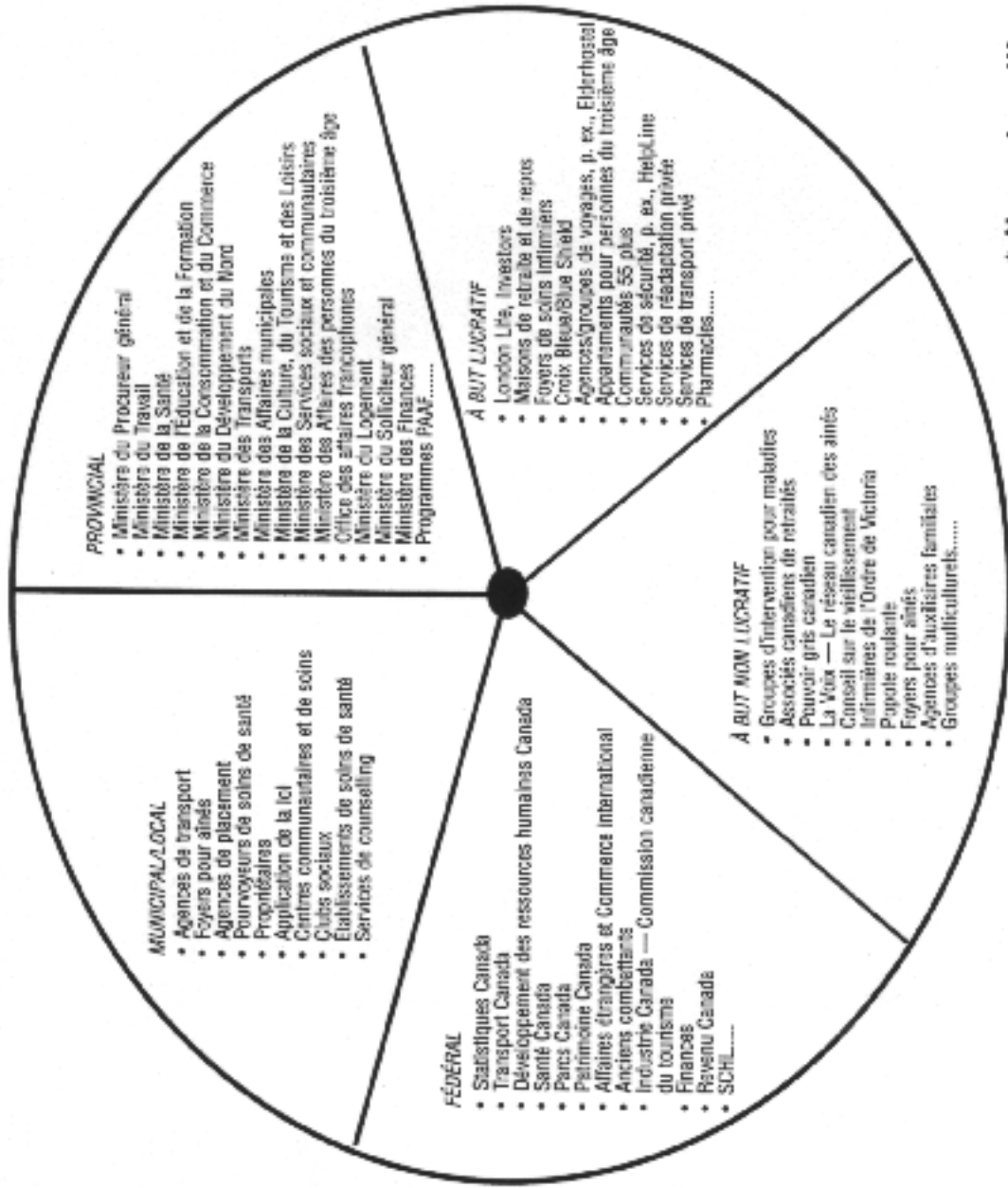
Même si on s'entend en général pour dire que l'âge est le critère qui définit un aîné, on ne s'entend pas sur l'âge exact. Certaines personnes se considèrent comme des aînés lorsque leur âge leur permet d'obtenir des rabais dans les magasins. Dans certains cas, ces rabais sont offerts dès qu'une personne atteint l'âge de 55 ans. D'autres affirment que l'âge de la retraite est ce qui sert à définir un aîné. Là encore, il s'agit d'un facteur variable. Pour avoir droit à une pension, il faut habituellement avoir au moins 65 ans. Certaines institutions financières offrent une gamme de programmes de retraite « Liberté 55 » qui établissent 55 ans comme l'âge cible de la retraite.

Bien que l'âge soit une caractéristique importante qui définit le groupe des aînés, peu importe l'âge d'appartenance au groupe, les besoins varient grandement, qu'il s'agisse des besoins quotidiens d'un aîné en bonne santé ou des nombreux besoins de soins en établissement d'une personne frappée d'incapacité. Les personnes faisant partie de ce groupe sont âgées de 55 à 105 ans. En général, peu importe l'âge, le groupe des personnes du troisième âge est hétérogène en ce qui a trait à la situation financière, au niveau d'instruction et aux antécédents culturels, aux capacités physiques et mentales, et aux besoins d'appui familial/communautaire, etc. Bien qu'un seuil d'âge soit utile pour définir le groupe d'une manière générale, il sera vraisemblablement moins utile pour choisir un moyen de garantir l'accès intégré aux services.

Afin de pouvoir commencer à mettre en relief cette hétérogénéité de façon à ce que l'on puisse s'en servir pour examiner des modèles d'accès intégré, il faut étudier la façon dont les besoins changent, en général, selon l'âge. Bien qu'il y ait de nombreuses façons d'examiner cette question, nous croyons que la dépendance est un point très pertinent. En général, pour les aînés, il y a une corrélation entre l'âge et la dépendance, et une plus grande dépendance entraîne des besoins particuliers.

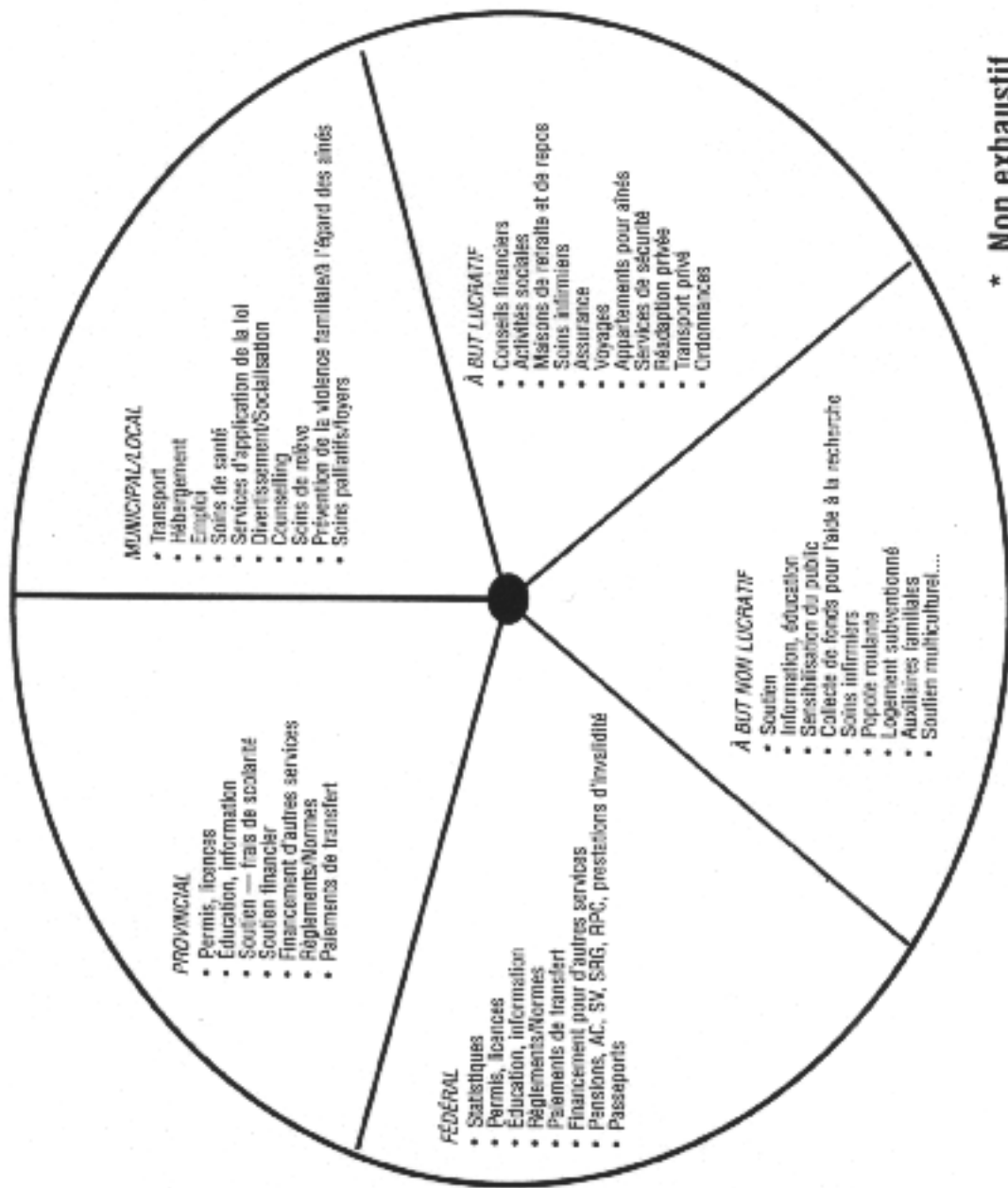
On peut définir la dépendance fonctionnelle et le bien-être physique et mental selon la mesure dans laquelle les aînés ont besoin de l'aide d'autres personnes pour leurs activités quotidiennes. Dans le groupe des aînés, en général, la personne se trouvant au bas du spectre de l'âge est en bonne santé et n'a aucun problème fonctionnel. Au fur et à mesure que l'aîné vieillit, il commence à avoir besoin d'une aide pour des activités comme le ménage et l'épicerie; en outre, il doit avoir accès à des moyens financiers, y compris des pensions. Enfin, il peut devenir complètement dépendant pour des fonctions cognitives et physiques. À mesure que s'accroît cette dépendance, les membres de la famille ou d'autres personnes qui lui fournissent des soins peuvent recourir aux ressources au nom du client.

# Graphique 3 — POURVOYEURS ACTUELS DE SERVICES



\* Non exhaustif

# Graphique 4 - SERVICES ACTUELS



\* Non exhaustif

---

Le graphique 2 définit plus clairement les besoins des aînés indiqués dans le graphique 1 et les classe en quatre catégories le long de l'axe âge-dépendance. Les groupements de besoins qui indiquent ensuite les services nécessaires se situent le long de l'axe. Plus on va vers le haut du graphique, plus la nature du service passe d'un type discrétionnaire — éducation, voyages — à un type moins discrétionnaire tel qu'un foyer de soins infirmiers ou une maison pour personnes âgées. Le graphique démontre bien que les aînés ne forment pas un groupe client clairement défini ou homogène en ce qui a trait à leurs besoins.

Aux fins du présent rapport, il suffit de soulever les questions concernant la définition du groupe client. Il n'est pas nécessaire de fixer des limites pour le groupe, pour deux raisons : premièrement, le modèle d'accès intégré que nous proposerons se fonde sur l'accès à des groupes de services qui dépendent des besoins et non pas de l'âge (par exemple, une personne de 55 ans pourrait avoir accès aux services tout comme le pourrait un petit-fils pour satisfaire aux besoins de l'aîné); deuxièmement, le modèle proposé permettrait l'accès direct aux fournisseurs de services et ne favoriserait donc pas un système de classification des aînés qui limite l'accès des clients.

### **iii) Accès aux services — Quels services sont offerts actuellement, et par qui?**

Les graphiques 3 et 4 donnent une vue d'ensemble des organismes actuels de prestation de services (classés par palier de gouvernement, secteur à but lucratif et non lucratif) et la gamme de services.

Dans le graphique 3, on retrouve les organismes ou personnes qui offrent des services aux aînés. Le graphique présente les organismes selon leur champ de compétences ou leur secteur d'activités. Le graphique 4 présente les services que ces organismes offrent, et c'est souvent ce qui importe le plus aux personnes âgées. Ces deux graphiques indiquent donc les services et les fournisseurs de services auxquels peuvent avoir recours les aînés.

La prestation de services a changé ces dernières années. On met maintenant l'accent sur les façons de répondre aux besoins holistiques de la personne âgée. Par « holistique », on entend une gamme exhaustive de services qui répondent aux besoins émotionnels, physiques, sociaux et financiers. Étant donné ces nombreux besoins, l'aîné doit souvent faire appel, par nécessité, à un grand nombre de fournisseurs de services distincts. Ce nombre de fournisseurs résulte de la spécialisation et de la protection du « territoire ».

#### *Services regroupés*

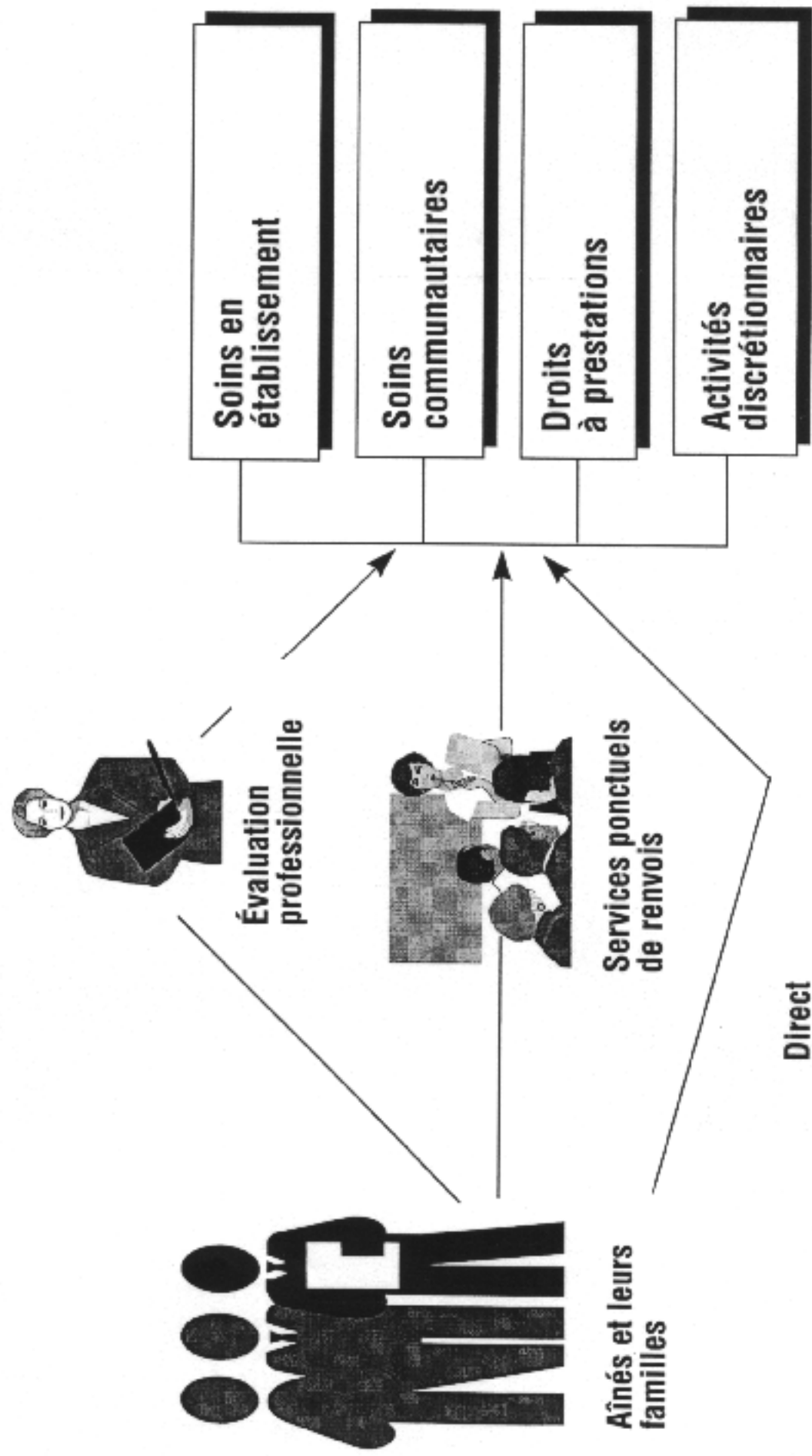
En général, les services ou les fournisseurs de services n'ont pas été groupés. Une grande partie des fournisseurs sont des travailleurs autonomes, et souvent ils sont concurrents et leurs services se chevauchent. Pour faciliter la discussion, nous proposons un nouveau système de

# Graphique 5 : GROUPES DE BESOINS

<b>Soins en établissement</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soins de longue durée</li><li>• Soins institutionnels prolongés</li><li>• Foyers de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées</li><li>• Hôpital</li></ul>
<b>Soins communautaires</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Services bénévoles , p. ex. popote roulante, visites amicales, téléphone pour rassurer l'aîné</li><li>• Services de médecins, autres professionnels de la santé</li><li>• Auxiliaires familiales, infirmiers, etc.</li><li>• Soutiens communautaires spécialisés</li><li>• Transport</li><li>• Logement avec services de soutien</li></ul>
<b>Droits à prestation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fédéral : SV, SRG, RPC, prestations pour anciens combattants, AC, prestations d'invalidité</li><li>• Provincial : avantages provinciaux, aide sociale, assurance-médicaments, programmes d'appareils et d'accessoires fonctionnels, etc. Municipal : aide sociale</li></ul>
<b>Activités discrétionnaires</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Éducation</li><li>• Emploi</li><li>• Loisirs</li><li>• Divertissement</li><li>• Conseils financiers</li><li>• Voyages</li></ul>



# Graphique 6 - Système actuel d'accès direct, d'accès par évaluation, d'accès ponctuel par renvoi



---

classification visant à grouper les fournisseurs de services en quatre catégories. Ces groupes figurent au graphique 2 et de nouveau au graphique 5 pour aider à comprendre quels services peuvent être offerts à différents moments de la vie d'un aîné, selon son âge ou son degré de dépendance. Les quatre groupes sont les *soins en établissement*, les *soins communautaires*, les *services discrétionnaires* et les *droits à prestations*. Même s'il faut reconnaître que certains fournisseurs offrent des services qui se retrouvent dans plus d'un groupe, le graphique illustre bien la complexité des services qui sont nécessaires pour répondre aux besoins des clients.

On a accès aux fournisseurs de *soins en établissement* dans une institution, c'est-à-dire un immeuble, un hôpital ou un centre de soins de longue durée tel qu'une maison de soins infirmiers, un foyer pour personnes âgées (en Ontario, ces deux groupes portent maintenant le nom de services de soins de longue durée) ou des foyers. Souvent, les aînés peuvent bénéficier des services de soins de santé et d'aide aux activités quotidiennes dans ces établissements.

Les fournisseurs de *soins de santé communautaires* comprennent les centres de santé communautaires, les programmes de soins journaliers pour adultes, les services ménagers à domicile, les services de soins infirmiers à domicile, et bien d'autres. Les fournisseurs de services médicaux et multidisciplinaires offrent des soins qui sont conçus pour promouvoir la santé, l'évaluation et le traitement actif et les soins d'entretien et de soutien. Les fournisseurs de services sociaux communautaires comprennent les centres communautaires, les organismes à but non lucratif et les organismes de bénévoles. Ces organismes offrent un soutien aux aînés, notamment la popote roulante, les activités sociales, les visites amicales, le transport, etc.

Les fournisseurs de *droits à prestations* offrent des services tels que les pensions publiques, l'aide sociale, l'assurance-chômage et les programmes de médicaments.

Les programmes et services *discrétionnaires* comprennent les voyages, l'éducation, les loisirs, les services sociaux et financiers, l'emploi et le divertissement. Bien que ces programmes soient adaptés aux besoins des aînés, ils sont souvent semblables à ceux offerts à l'ensemble de la population.

### **Accès aux services**

L'aîné peut avoir accès directement aux services, ou par le biais d'un renvoi ou d'une évaluation professionnelle. Voir le graphique 6 pour les services courants. L'accès direct signifie qu'une personne peut se rendre directement chez le fournisseur pour recevoir ce service. Un renvoi est effectué quand une personne ou un organisme donne le nom de l'aîné à un fournisseur auquel on n'a pas accès directement.

L'évaluation signifie qu'un client doit être vu par un professionnel avant de pouvoir avoir accès au service. Cette évaluation peut se faire dans un but précis, par exemple, une évaluation de l'état de santé, physique ou émotionnelle, les exigences d'occupation, l'âge ou le revenu. Ces

---

évaluations servent souvent à vérifier si la personne a réellement besoin des services qu'elle demande (p. ex. lit pour soins prolongés) ou pour voir si d'autres services de bénévoles ou de communautaires peuvent être fournis (p. ex. visites d'auxiliaires pour que la personne ne soit pas obligée de vivre dans un établissement).

Auparavant, les services de *soins en établissement* n'étaient pas accessibles de façon exhaustive. Les aînés avaient accès aux services directement, à la suite de la recommandation d'un ami ou d'une évaluation par leur médecin de famille ou un hôpital. Dans un hôpital pour soins actifs, ce sont les médecins, les travailleurs sociaux ou d'autres professionnels de la santé qui font l'évaluation. Cette évaluation sert à déterminer les besoins immédiats d'un client et les mesures à prendre en matière de services de santé et de soins communautaires pour le retour à l'établissement pré-hospitalier. Si des soins en établissement de soins de longue durée sont nécessaires, les listes d'attente sont souvent longues et non administrées. Anciennement, la compensation financière, plutôt que le besoin réel, influait sur le choix d'un lit vacant.

Les *services communautaires* comprennent les conseils financiers et relatifs à l'emploi, l'éducation, le transport, les loisirs/divertissements, la socialisation, le logement avec services de soutien et le maintien à domicile. Ce dernier peut comprendre des services de livraison de repas ou de repas en commun, de l'entretien ménager et du jardinage, des réparations et de l'entretien pour la maison et de l'aide pour le magasinage. On peut avoir accès à ces services directement ou à la suite d'un renvoi par une autre personne ou organisme. Certains de ces services ne peuvent être obtenus que par une évaluation professionnelle et peuvent comporter des critères d'admissibilité, selon l'âge ou le revenu.

Pour avoir accès aux programmes de *droits à prestations*, notamment les pensions, l'aide sociale, l'assurance-chômage et certains programmes de médicaments, l'aîné doit remplir une demande. En général, il y a très peu de coordination entre les paliers de gouvernement et entre les ministères des gouvernements en ce qui a trait à la prestation de ces services aux personnes âgées. En outre, lorsque l'aîné déménage, il doit communiquer lui-même avec chaque organisme gouvernemental pour l'aviser de sa nouvelle adresse.

L'aîné peut déterminer ses besoins lui-même ou avec sa famille, d'autres personnes qui l'aident ou des professionnels comme son médecin de famille ou l'infirmière visiteuse. Lorsque l'aîné ou son représentant essaie d'avoir accès aux services nécessaires, il fait face à une vaste gamme de fournisseurs et d'exigences d'accès qui souvent sèment la confusion. Cette confusion s'accroît au fur et à mesure que l'aîné traverse l'axe âge-dépendance. Souvent, l'accès n'est pas direct.

Par exemple :

Pour avoir accès aux services de soins de santé professionnels, de counselling ou d'aide ménagère, l'aîné doit subir une évaluation professionnelle. Dans nombre de cas, les praticiens

---

peuvent faciliter l'accès à d'autres praticiens qui effectuent une autre évaluation (comme, par exemple, un médecin qui doit diriger une personne vers un physiothérapeute).

En ce qui a trait aux services qui comportent des critères d'admissibilité, il faut parfois faire une évaluation pour confirmer la validité de l'information figurant sur la demande. Il peut s'agir d'un examen du statut d'occupation (vérifier l'adresse d'une facture de services publics), de confirmation de l'âge (certificat de naissance) et la détermination du revenu (situation de l'impôt sur le revenu).

Un grand nombre de services ne nécessitent aucune évaluation car l'accès dépend uniquement de la capacité de payer.

D'autres agences n'exigent aucuns frais, mais s'attendent à un échange de services; par exemple, dans la Coopérative pour aînés de Brandon, chaque personne doit fournir un certain nombre de services en échange des services reçus.

La grande variété de fournisseurs et les différentes méthodes d'accès peuvent semer la confusion, ou être inefficaces et frustrantes.

Dans un certain nombre de communautés ou d'agences, des activités favorisent une certaine approche coordonnée et ordonnée pour l'accès aux services. Des centres de soins de santé et des agences communautaires (p. ex. les infirmières de l'Ordre de Victoria) ont créé des postes de gestionnaires de cas ou de planificateurs des sorties pour aider un aîné et sa famille à décider quels services leur conviennent le mieux.

En juillet 1994, l'Ontario a terminé la mise en oeuvre de 36 services de coordination des placements conçus pour approuver et coordonner les admissions aux foyers de soins infirmiers et aux maisons pour personnes âgées, que l'on appelle maintenant installations de soins de longue durée. D'autres provinces ont examiné des services semblables afin d'améliorer la coordination de l'accès aux ressources nécessaires.

En outre, on dirige souvent les aînés vers les programmes régionaux de soins gériatriques ou les programmes régionaux de réhabilitation gériatrique. Dans le cadre de ces programmes, on examine l'état physique du patient et on recommande des services supplémentaires qui peuvent améliorer l'état du client. Dans le cas du programme de réhabilitation, on offre des services permettant aux clients d'être plus autonomes du point de vue fonctionnel et de retourner à la maison où ils peuvent recevoir des services de maintien à domicile ou dans un milieu nécessitant moins de soutien professionnel.

Dans les collectivités, il y a un certain nombre d'activités ponctuelles d'évaluation des besoins et de renvois. Exemples : les kiosques d'information aux centres pour aînés, les groupes d'intervention (soutien des aînés à domicile, services d'approches pour aînés, le Conseil des citoyens

---

du troisième âge, des organismes relatifs à des maladies précises) et de l'entraide informelle telle qu'une partie de cartes communautaire. Ces groupes peuvent diriger un aîné vers des services professionnels et des services d'alimentation, d'activités sociales ou récréatives ou organiser des visites amicales, ou des appels téléphoniques pour rassurer l'aîné ou fournir une aide ménagère.

Certaines provinces ont établi des Centres d'information communautaire (CIC), soit des organisations de bénévoles plus ou moins officielles qui offrent divers services généraux dans la plupart des collectivités. Ils sont financés par des subventions des gouvernements municipaux ou régionaux, des organismes de charité, des fondations ou des clubs philanthropiques et peuvent générer des revenus par la vente de manuels et de publications.

En général, les CIC fournissent de l'information aux résidents locaux sur les programmes et les services, habituellement par téléphone. Le personnel des CIC reçoit de la formation afin de pouvoir donner de l'information et de faire des renvois. Il a accès à une vaste documentation sur place afin d'aider la personne qui téléphone. Les CIC ont des brochures, des guides et des manuels qu'ils peuvent offrir à l'appelant, en plus d'un système d'échange de données électronique. La liste des ressources est mise à jour annuellement pour les copies imprimées ou, au besoin, pour les registres électroniques. Les CIC ont reçu moins de financement et font de plus en plus appel à des bénévoles.

#### **iv) Conclusion — Le diagnostic**

Les données démographiques imposent des changements. Outre le vieillissement rapide de la population, les attentes de cette population (quantité et qualité des services et accès efficace) sont plus élevées. Des pressions sont exercées à cause des contraintes financières, des questions complexes de compétences et de responsabilités, des questions de la qualité de soins, du rôle changeant des fournisseurs de services, officiels et non officiels, et de la nécessité croissante de recourir au secteur privé.

La relation entre les fournisseurs de services est complexe en raison du nombre et du type de fournisseurs. Selon le Conseil consultatif national sur le vieillissement et l'Association canadienne de soins et services communautaires, en 1991, il y avait 1 000 organismes de soutien à domicile au Canada. Le nombre d'employés et de services à domicile s'est accru d'au moins 50 pour cent au cours de la dernière décennie et on s'attend à ce qu'il continue d'augmenter. Le réseau informel fournit habituellement au moins 80 pour cent des soins aux aînés et améliore les services professionnels dans la collectivité.<sup>2</sup> En raison de l'accroissement démographique, l'accès aux services informels augmentera. Toute personne âgée a droit à des prestations

---

<sup>2</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge 1993. Vignettes vieillissement

---

quelconques et, à un moment donné, elle aura recours, directement ou indirectement, aux fournisseurs de services. Il est difficile de déterminer le nombre de fournisseurs de services discrétionnaires qui servent les aînés. Dans l'ensemble, on constate qu'une vaste gamme de fournisseurs de services essaient de répondre aux besoins des aînés.

Il y a des fournisseurs dans un grand nombre d'organismes et de secteurs de compétence; du secteur public au secteur privé; des gouvernements municipaux/locaux/provinciaux ou fédéral. La gamme de services couvre l'emploi, la planification de la retraite, le counselling pour les personnes en deuil et les soins à domicile. Des facteurs tels que les limites de compétences et les conflits, le pouvoir politique, les traditions et l'intervention de nombreux ministères ont contribué à ralentir l'élaboration de politiques et de procédures visant à coordonner le système d'accès pour les aînés.

Bien que l'on se soit efforcé d'améliorer l'interface entre les aînés et les services dont ils ont besoin, il n'y a actuellement aucun mécanisme officiel de coordination à grande échelle, même si certaines expériences locales semblent avoir réussi. En fin de compte, un grand nombre d'aînés qui ont une grande gamme de besoins doivent trouver ce qui leur convient dans le labyrinthe encore plus vaste des fournisseurs.

Le fait que le groupe des aînés n'est pas homogène crée quelques difficultés quant à l'établissement d'un mécanisme d'accès exhaustif aux services. Premièrement, il y a la question du groupe client visé. Deuxièmement, au fur et à mesure que la population canadienne vieillit, les caractéristiques des aînés (éducation, alphabétisation technologique, cadre de soutien de famille, revenus. etc.) changent.

---

## 3.0 SERVICES AXÉS SUR LE CLIENT : SITUATION FUTURE

La discussion précédente laisse supposer que les structures actuelles de prestation des services soulèvent deux problèmes fondamentaux pour le client. Premièrement, dans les quatre groupes principaux, l'aîné fait face à une vaste gamme de produits et services disponibles. En général, un vaste choix pour les consommateurs est un facteur positif, mais il en est autrement pour les aînés. En effet, lorsque le vaste choix sème la confusion, la situation devient problématique.

Deuxièmement, étant donné la vaste gamme de pourvoyeurs de services et le manque de coordination générale, du point de vue de l'aîné, l'accès aux services peut prendre beaucoup de temps, être compliqué et semer la confusion. Même si cette question peut sembler peu importante en ce qui a trait à certains services *discrétionnaires*, elle devient beaucoup plus urgente en ce qui concerne les services de soins *en établissement* et *communautaires*.

Par conséquent, pour concevoir un nouveau modèle de prestation de services axés sur les aînés, nous devons tenir compte de ces deux problèmes — le manque de rationalisation/coordination entre les services et l'absence d'un accès intégré. Dans un monde « parfait », un modèle complet réglerait ces deux questions.

Cependant, du point de vue de l'aîné, le point crucial demeure l'accès. Ainsi, nous traiterons surtout de cette question dans le reste de ce document. Les avantages qui pourraient résulter de la simplification des programmes et services qu'offrent les organismes, des champs de compétence et des secteurs sont importants à plusieurs points de vue. Cependant, selon la perspective du client, il pourrait être possible d'offrir un accès intégré, fiable et efficace sans rationaliser tout à fait la prestation de services. Il se peut que le modèle de regroupement de ces services que nous proposons soit l'étape initiale nécessaire pour intégrer et regrouper les pourvoyeurs de services. Pour cette raison, nous traiterons en détail de cette question dans les pages qui suivent.

---

### 3.1 Objectif et principes

Un modèle d'accès intégré doit être conçu en fonction d'une vision ou d'un objectif clairement défini.

Nous pourrions peaufiner l'énoncé de mission ci-dessus et nous étendre sur la question, mais, aux fins du présent rapport, nous nous bornerons à fixer l'objectif suivant : « fournir aux aînés l'option d'un accès intégré, fiable et efficace à des services prédéterminés ».

Il faut trouver le moyen d'assurer la prestation des services en fonction de certains principes directeurs. Un des principes directeurs est le fait que les aînés s'attendent à recevoir des services efficaces, à être traités avec dignité et d'une façon qui respecte les règles de confidentialité et leur désir d'autonomie. En outre, il faut tenir compte des principes suivants dans l'établissement d'une nouvelle approche pour l'accès intégré :

- permettre à la famille de participer avec l'aîné ou en son nom;
- refléter la nécessité d'intégration sociale complète des aînés;
- considérer l'aîné comme une personne;
- assurer un accès équitable aux services;
- tirer parti des points forts et des mécanismes actuels;
- être plus attentif aux besoins changeants du client dans la société;
- favoriser l'exhaustivité, l'intégration et la coordination;
- assurer l'utilisation efficace et efficiente des ressources;
- prévoir une gestion professionnelle;
- permettre la participation des intervenants en ce qui a trait à l'orientation du système;
- favoriser la transférabilité, la mobilité et l'uniformité dans les divers champs de compétence.

### 3.2 Modèles actuels de coordination des soins

De nombreuses villes, régions et provinces examinent la façon dont les organismes offrent des services et essaient d'apporter des modifications organisationnelles pour les améliorer.

Un exemple récent est l'annonce de l'établissement de Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) en Ontario. Ces centres sont chargés de coordonner les services de placement et les services des agences communautaires (par exemple, les infirmières de l'Ordre de Victoria). D'autres agences de services ne seront pas incluses. Le but de ce nouveau système est de faciliter l'accès aux services de soins prolongés. Les CASC achèteront les services des fournisseurs communautaires dans le but d'obtenir les services de la meilleure qualité au prix le plus bas, tout en maintenant la précieuse contribution des fournisseurs et des bénévoles. Ce modèle comprend de bonnes possibilités d'améliorer les liens entre les soins infirmiers, le



---

soutien dans la collectivité, les services ménagers et les centres de soins prolongés. Cependant, il n'intègre pas pleinement tous les services et ne tire pas profit des systèmes d'information actuels.

Bien que certaines autorités aient décidé de combiner tous les services de soins aux aînés sous une seule administration, cela ne veut pas nécessairement dire que les autorités qui sont divisées sont sous-optimales. Si la division est bien établie, il peut y avoir des mécanismes nécessaires pour coordonner les services.

### 3.3 Paramètres d'un modèle d'accès intégré

Selon les recherches, la segmentation du marché est un élément essentiel pour cibler les services afin de répondre aux besoins de la population. Ces segments du marché peuvent être définis en fonction de l'âge, des besoins, du revenu, de l'éducation, etc.

Dans le cas des aînés, la notion de segmentation est importante. Au début du présent rapport, nous avons mentionné que les aînés ne forment pas un groupe homogène : dans tout groupe d'âge bien défini, les besoins peuvent varier de façon importante. Qui plus est, un certain nombre d'intervenants peuvent avoir accès aux services au nom de l'aîné, soit un membre de la famille, un ami, un organisme ou une institution. Il se peut également que différents points d'accès conviennent; tout dépend de la personne qui fait les démarches.

Ce rapport propose un modèle générique innovateur pour avoir accès de façon plus intégrée aux services destinés aux aînés. Il se base sur trois éléments clés de la prestation des services que nous avons déjà mentionnés : la délimitation des clients, les regroupements des services et les mécanismes d'accès.

Le **groupe client**, c'est-à-dire toute personne qui demande à avoir accès aux services qui font partie du modèle d'accès intégré. Dans ce sens, et aux fins du présent rapport, le groupe client des aînés se définit par un processus d'autosélection, c'est-à-dire ceux qui sont à la recherche de services par le biais de l'accès intégré.

Les **groupes de services** se fondent sur les quatre groupes déjà mentionnés — *soins en établissement, soins communautaires, droits à prestations et services discrétionnaires*. Bien que les services au sein de chaque groupe aient des affinités naturelles, il y a de nombreuses façons de regrouper les services et rien n'empêche de modifier le nombre de groupes ou de services de chaque groupe.

Les **mécanismes d'accès** sont les façons dont les aînés ou leurs familles obtiennent les services dont ils ont besoin. Comme nous l'avons déjà indiqué, les moyens et la qualité d'accès à ces services varient grandement en fonction du service, de la collectivité, de la région et de la

---

province. Dans certaines collectivités, l'accès intégré n'existe pas; ainsi, l'aîné doit lui-même avoir accès directement aux services; dans d'autres, l'accès peut être coordonné dans une certaine mesure, mais la gamme de services n'est pas exhaustive. Finalement, on a tenté d'établir des points d'accès intégré. En effet, comme nous l'avons déjà indiqué, l'Ontario a annoncé l'établissement de 43 Centres d'accès aux soins communautaires (CASC). Il faut tenir compte des choix du client lorsque nous établissons un système d'accès. Bien que l'accès intégré comporte de nombreux avantages, certains aînés préfèrent peut-être obtenir l'information et déterminer eux-mêmes leurs besoins. Le modèle présenté ci-dessous permet au client de choisir entre l'accès intégré et l'accès direct.

### **3.4 Une nouvelle approche pour l'accès intégré : construire sur les acquis**

Nous proposons une approche pour l'accès intégré dans le graphique 7.

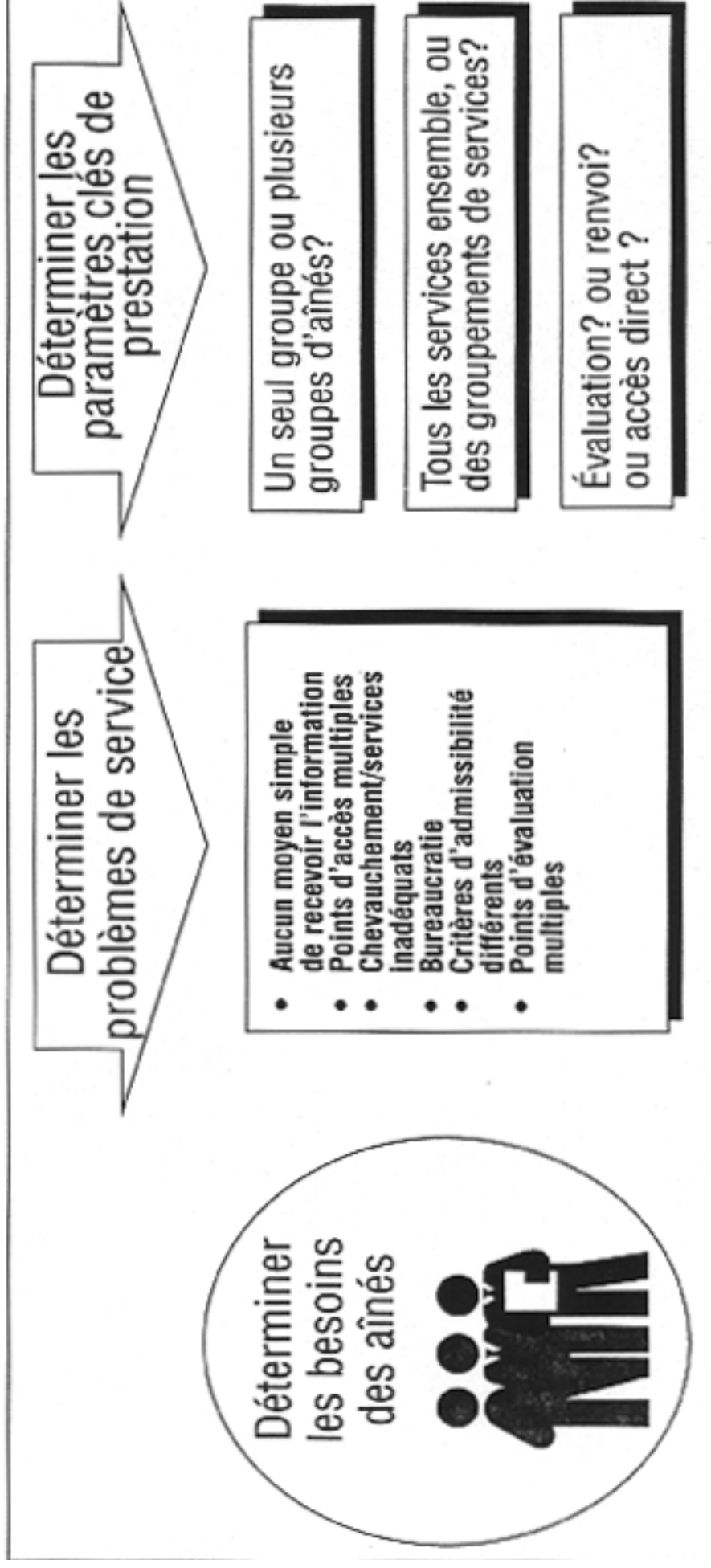
Le modèle proposé se fonde sur un rôle grandement accru des Centres d'information communautaires (CIC). Nous avons déjà décrit les CIC comme des pourvoyeurs de services communautaires. Voici comment nous justifions l'intensification du rôle des CIC :

- ils fournissent de l'information aux communautés depuis longtemps;
- les organisations existent déjà; donc il n'est pas nécessaire de les créer;
- les agences sont communautaires et sans but lucratif;
- les agences ont déjà des bases de données communautaires;
- la présence de ces agences évite la congestion ou la création d'autres paliers.

Afin d'offrir un véritable accès intégré, dans de nombreux cas, il faudrait renforcer les CIC afin qu'ils offrent les quatre fonctions principales suivantes : évaluation des besoins, renseignements, renvois et services d'évaluation professionnelle souvent requis pour avoir accès aux *soins en établissement* (p. ex. les soins prolongés lorsqu'il faut trouver un lit) ou dans le cas des *soins communautaires* intensifs (p. ex. les soins de jour pour aînés). Ceci étant dit, l'objectif serait d'accroître la capacité existante en établissant des paramètres normalisés pour les services généraux à l'égard des CIC, tout en encourageant les collectivités à élaborer des structures qui conviendraient aux conditions et aux besoins locaux.

Une question importante se pose en ce qui a trait à la conception du modèle intégré des CIC : Quels services seraient accessibles par le biais de ce mécanisme? Il faut trouver un équilibre entre l'adaptation aux conditions et aux besoins locaux et la mise en oeuvre de conditions nationales qui amélioreraient la mobilité des aînés et assureraient une certaine uniformité. À cet égard, le graphique 2 montre, dans une certaine mesure, l'ordre naturel des regroupements de services.

# Graphique 7 - Quels sont les facteurs importants dans la planification des modèles futurs de prestation de services aux aînés?



---

Pour qu'un CIC intégré soit efficace, il doit mettre l'accent sur les services regroupés qui, du point de vue du client, sont les plus nécessaires et les plus difficiles d'accès. Ces services comprendraient au moins l'accès aux groupes de *soins en établissement* et *communautaires*. De nombreux aînés pourraient considérer l'accès intégré aux droits à prestations comme une amélioration importante. Quant aux *services discrétionnaires*, beaucoup sont offerts par le secteur privé, et bien que l'accès intégré puisse être perçu de façon positive, l'utilisation des deniers publics pour appuyer l'accès à ces services peut sembler inacceptable.

Comme nous l'avons démontré au graphique 7, en assumant un rôle plus important, les CIC donneraient accès aux fournisseurs de services. Cependant, comme nous l'avons indiqué, nous n'avons pas l'intention d'éliminer la capacité d'accès direct pour ceux qui préfèrent un tel système.

On propose que l'aîné, ou un membre de sa famille, ait accès au CIC directement en personne ou par voie électronique (téléphone, télécopieur ou internet). Le représentant du CIC répondrait immédiatement aux demandes simples ou, au besoin, ferait une évaluation détaillée des besoins.

D'après l'évaluation des besoins, on pourrait établir des contacts pour le compte de l'aîné avec les organismes et institutions appropriés. Comme nous l'indiquons plus loin, un aspect important du système serait l'accès rapide à l'information sur les fournisseurs de services grâce à des bases de données en direct. Le système pourrait être établi de façon à ce que l'aîné accepte un plan d'action individuel conçu pour lui, convenu à l'avance avec les fournisseurs de services, au moment de l'évaluation des besoins.

Comme nous l'avons déjà mentionné, certains types de soins en établissement et communautaires nécessitent des évaluations professionnelles. Actuellement, on peut faire ces évaluations de différentes façons. Dans la mesure du possible, le CIC pourrait offrir ces services sur place ou, du moins, les organiser directement et prendre les rendez-vous.

Le modèle proposé comprendrait également l'utilisation accrue par le CIC des systèmes d'information en direct, reliés aux fournisseurs de services de tous les groupes. On pourrait élaborer un réseau informatique intégré avec quatre serveurs qui coordonneraient l'information du CIC et de chacun des fournisseurs de *soins en établissement* et *communautaires* de même que les programmes de *droits à prestations* et d'autres activités *discrétionnaires*. Actuellement, tous les pourvoyeurs de services disposent de leur propre système informatique et le partage de données avec d'autres fournisseurs de leur groupe ou à l'échelle de tous les groupes se fait de façon ponctuelle. Il n'est actuellement pas nécessaire que ces organismes soient liés à un service d'information central comprenant un système de renseignements à jour sur les services, les coûts, la disponibilité, les listes d'attente, et de l'information sur la qualité des services (par exemple, les résultats de l'agrément, les plaintes), etc.

---

Ce modèle a fait l'objet de discussions avec les employés d'un CIC local. Ceux-ci savent qu'il a été recommandé d'améliorer l'accès à l'information mais, ils n'ont pas participé à l'élaboration de propositions<sup>3</sup>.

*Quel sera l'effet de cette approche sur les aînés, les familles et les collectivités?*

L'accès intégré aux services pourrait améliorer de façon importante la prestation des services aux aînés grâce à la participation accrue des aînés et de leurs familles, à une meilleure intégration et coordination, et à une plus grande efficacité dans l'allocation/la coordination des ressources pour répondre aux besoins locaux des aînés et de leurs familles.

- Les aînés bénéficieront de services mieux coordonnés et intégrés en ce qui a trait aux soins en établissement, à l'aide communautaire et aux droits à prestations.
- Les pourvoyeurs de services communautaires locaux seraient plus en mesure d'offrir une approche cohérente et uniforme pour la prestation des services.
- L'accessibilité locale améliorera la coordination relative aux aînés qui ont besoin d'aide pour bien déterminer leurs besoins et trouver ce qu'ils cherchent dans le labyrinthe de fournisseurs de services.
- La production accrue de rapports sur les mesures de la qualité permet de prêter davantage attention aux résultats, à la mentalité et aux coûts des services et ainsi les ressources limitées seraient utilisées à meilleur escient.
- Une meilleure coordination des services permettrait de déterminer les lacunes ou les activités qui se chevauchent et aiderait ainsi à établir une pleine gamme de services.
- La frustration qui fait suite à des renvois multiples serait moindre car un seul service coordonnerait les exigences des agences de services en matière d'évaluation.

Qui plus est, si nous appliquions ce modèle à l'ensemble des services communautaires et dans toutes les provinces, nous pourrions peut-être atténuer les difficultés que connaissent les aînés lorsqu'ils veulent ou doivent déménager.

---

<sup>3</sup> Entrevue avec Katlyn, Centre d'information communautaire, Ottawa, 4 avril.

---

## 4.0 PROCHAINES ÉTAPES

Il faudrait franchir un certain nombre d'étapes pour mettre sur pied des CIC à accès intégré. En effet, un plan de travail exhaustif devrait non seulement préciser les exigences pour l'établissement d'un CIC, mais également les paramètres de service et d'évaluation plus vastes visant la création d'un réseau de CIC. Nous couvrirons certains de ces points, notamment les questions de champs de compétence, la formation, le financement, la définition de la zone de recrutement, les services couverts, les normes de service et les paramètres d'évaluation.

Nous croyons que l'idée d'améliorer le rôle des Centres d'information communautaires mérite d'être étudiée plus à fond car le concept n'a pas été testé. Selon un modèle hypothétique et des essais limités, nous estimons que ce concept est réalisable : il nécessite une évaluation de la capacité et des moyens du gouvernement et des fournisseurs de services.

### *Financement*

Actuellement, le financement des CIC provient d'un certain nombre de sources. Comme nous l'avons déjà indiqué, les centres sont habituellement financés par des subventions provenant des gouvernements locaux/régionaux, des oeuvres de bienfaisance, des fondations et des clubs philanthropiques, et peuvent générer directement des revenus. Le modèle que nous proposons nécessiterait un financement supplémentaire pour l'établissement et l'exploitation d'un CIC. En période de restrictions financières, les intervenants auraient à déterminer quelles seraient les sources de financement. Il faut savoir que le financement actuel des CIC a été réduit; par conséquent, toute augmentation dans les services nécessiterait des fonds supplémentaires.

### *Questions de champ de compétence*

Un modèle de CIC nécessiterait la collaboration de tous les paliers de gouvernement au niveau de la coordination de la prestation, du financement, du partage des données, etc. Il faudrait mettre en oeuvre un mécanisme pour mener à bien cette collaboration. À cet égard, il est à signaler que le gouvernement fédéral n'aurait que très peu d'influence pour encourager l'établissement d'un réseau de CIC; son financement est indirect, et ses responsabilités relatives aux champs de compétence sont limitées.

---

En outre, il faudrait régler la question de mobilité et de transférabilité entre les provinces.

### ***Formation***

Le CIC doit avoir des employés professionnels et techniques pour l'élaboration et l'évaluation de programmes, l'établissement de systèmes d'information et financier, la planification des ressources humaines et la formation, la gestion et la prestation des services aux aînés.

La formation concerne trois groupes cibles.

### **Les aînés et leurs familles :**

Les aînés auront besoin de recevoir de l'information à propos des services disponibles et des méthodes d'accès. Exemples :

- description du service;
- lieu où est offert le service;
- exigences en matière d'admissibilité/accès, par exemple, renvoi d'un médecin de famille, restrictions imposées aux résidents de la province, etc.;
- structure tarifaire, par exemple, tarif horaire pour le service, coût des photocopies, etc.

### **Personnel du CIC :**

Le personnel qui assurera le soutien à ces programmes devra être formé. La formation comprendrait ce qui suit :

- description des services disponibles et indication du lieu où ils sont offerts;
- exigences en matière d'admissibilité et d'accès;
- structure tarifaire des programmes;
- animation;
- compréhension de la terminologie et des programmes sociaux et médicaux;
- technologie informatique;
- gestion de cas sociaux et relatifs à la santé;
- sensibilisation aux différences culturelles et sociales (clients et divers pourvoyeurs directs de services);
- recherche de ressources, par exemple, base de données, Medline.

---

## **Pourvoyeurs de services :**

Pour optimiser leurs compétences, les pourvoyeurs de services devront recevoir une formation sur les points suivants :

- les besoins des Centres d'information communautaires;
- les méthodes d'acheminement des aînés et de leurs clients vers d'autres pourvoyeurs;
- la segmentation du service offert par chaque pourvoyeur et les services offerts par d'autres employés.

### ***Élaboration d'une base de données et des systèmes***

Il faudrait créer une base de données réseau exhaustive pour fournir des données exactes et à jour et pour offrir des services de souscription aux services ou pour les demandes de service. La base de données pourrait comprendre la description des services, les critères d'admissibilité, les coûts, les listes de disponibilité/d'attente, les données sur la qualité et l'évaluation des pourvoyeurs de services, par exemple, l'accréditation, le nombre de plaintes/de poursuites, etc.).

Les systèmes informatiques devraient également favoriser le partage des données et la capacité d'accès :

- mécanismes appropriés sur les champs de compétence pour favoriser les rapports entre les intervenants (c'est-à-dire, une différenciation et délimitation claires des rôles, responsabilités et fonctions des pourvoyeurs de services, surtout ceux du secteur public).

### ***Zone de recrutement***

Il faudra, en outre, définir la zone géographique qui sera desservie par les Centres d'information communautaires (les grandes sous-unités auraient vraisemblablement le savoir-faire et seraient mieux placées pour réaliser des économies d'échelle; les petites sous-unités pourraient s'assurer que les services sont disponibles non loin du domicile de l'aîné et de sa famille); il faudra également aborder la question des restrictions relatives aux clients d'une zone qui désirent avoir accès aux services d'un CIC d'une autre zone.

### ***Services couverts***

Il faudra examiner la portée des services disponibles par le biais d'un modèle d'accès intégré. Les quatre groupes de services seront-ils regroupés? Faudra-t-il mettre davantage l'accent sur les services dont l'accès est plus difficile?



---

## *Normes de service et paramètres d'évaluation*

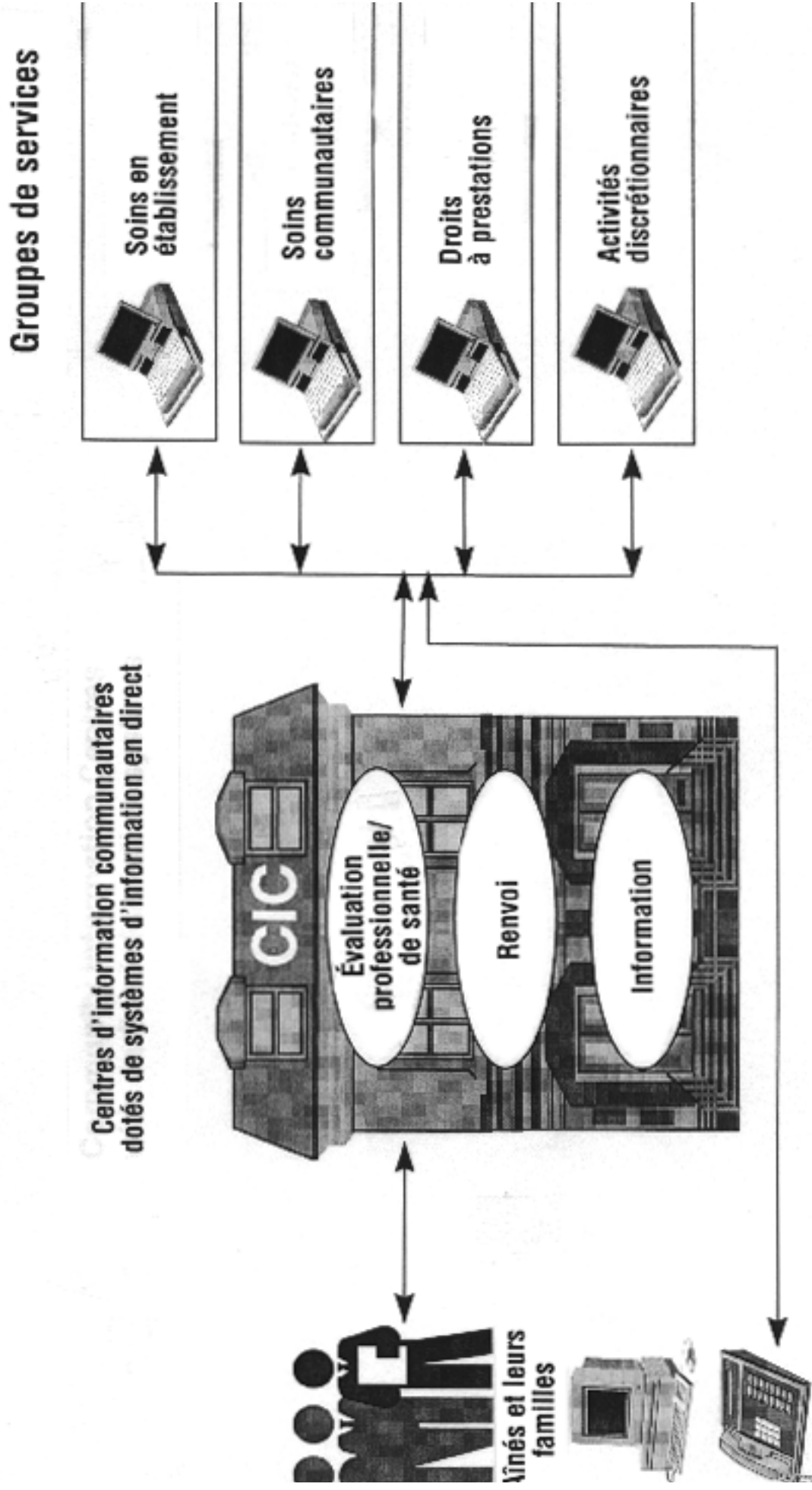
Si on envisage l'établissement d'un vaste réseau de CIC, il faudra établir des normes relatives aux services et des paramètres d'évaluation. Les normes peuvent servir à l'atteinte des objectifs relatifs aux résultats généraux, et les paramètres d'évaluation peuvent fournir l'information nécessaire pour garantir l'amélioration continue des CIC.

Même si les normes relatives aux services et les paramètres d'évaluation peuvent être différents pour les divers intervenants, il faut examiner les éléments suivants qui se fondent sur le point de vue de l'aîné.

- *Accès amélioré* : facile d'accès et facilement disponible.
- *Pertinence* : s'assurer que les bonnes ressources sont offertes, répondent bien aux besoins du client (questions fonctionnelles, sociales ou médicales).
- *Efficacité* : si le travail est bien fait.
- *Efficience* dans le service : les ressources sont-elles utilisées efficacement (y a-t-il un temps d'attente minimal? Combien d'interventions sont-elles nécessaires pour chaque service?).
- *Respect* : le client est-il bien traité? Les pourvoyeurs sont-ils à l'écoute de ses besoins personnels et culturels.
- *Fiabilité* : les services sont fournis sans erreur (par exemple, les indicateurs de rendement tels que les résultats de l'inspection/agrément).

Les éléments susmentionnés doivent être envisagés lors de l'élaboration d'un plan de travail exhaustif. On doit bien sûr tenir compte de nombreux autres points.

# Graphique 8 - AVENIR : SYSTÈME D'ACCÈS INTÉGRÉ ET GROUPE DE SERVICES



---

## 5.0 SOMMAIRE

Il est évident que d'importants changements aux structures et aux processus s'imposent afin de garantir que la prestation est axée sur le client (aîné). Pour ce faire, on peut réinventer tout le système de prestation des services aux aînés ou travailler avec les moyens dont on dispose et améliorer le service.

Les recommandations du présent rapport optent nettement pour l'amélioration du système, car elles proposent la mise en place d'un système plus intégré et une plus grande coordination au chapitre de la prestation des services, ce qui serait à l'avantage de l'aîné. Grâce à ces modifications, les aînés et leurs familles pourraient plus facilement répondre à leurs propres besoins. Dans le cadre de cette approche, nous utiliserions les ressources actuelles et bien établies à meilleur escient, sans créer de nouveaux organismes pour effectuer les mêmes fonctions ou des fonctions similaires : la plupart des collectivités ont des CIC ou des organismes semblables qui assument cette fonction depuis longtemps, mais de façon limitée, pour les résidents locaux.

Bien entendu, l'établissement d'un vaste réseau de CIC qui appliquerait les mêmes normes de service minimal ne se ferait pas sans problèmes. Premièrement, le niveau de développement des CIC varie à l'échelle du pays et la création de ce rôle amélioré pourrait être difficile pour certaines organisations. Deuxièmement, il faudrait des ressources supplémentaires, ce qui créerait des difficultés, à moins qu'on puisse au moins déterminer des possibilités d'économies compensatoires au sein de l'infrastructure actuelle de prestation de services aux aînés.