



Moderniser les soins de santé pour une population vieillissante



Les années 1990 ont été une décennie turbulente pour les soins de santé au Canada par suite de la modification du financement, des structures de gestion, de l'organisation et de la prestation des services. Conséquence de ces changements peut-être, la confiance du public dans le système de santé est passée de 56 % en 1988 à 20 % en 1998. Chacun semble avoir son explication préférée pour les problèmes endémiques du système : «sous-financement», «surutilisation», «pas assez de lits», «longues listes d'attente», «pénuries de médecins ou d'infirmières».

Pourtant, selon le rapport sur *Les soins de santé au Canada*, plus de la moitié des personnes sondées ont indiqué que les soins médicaux qu'elles-mêmes ou des membres de leur famille avaient reçus au cours de la dernière année étaient très bons ou excellents.

Qu'est-ce donc qui ne va pas?

Le CCNTA estime que le système de santé en place ne correspond plus aux réalités démographiques et sociales d'aujourd'hui. Les soins de santé doivent être recentrés pour tenir compte des changements survenus depuis l'instauration de l'assurance-maladie il y a quarante ans afin de répondre aux besoins actuels de tous, y compris de la population vieillissante.

Voilà les enjeux traités dans le présent numéro d'*Expression*. Nous y examinons ce qu'implique le vieillissement de la population pour le système de santé. Qu'est-ce qui convient encore et qu'est-ce qui ne va plus? Le CCNTA présente enfin sa prescription pour un système de santé plus vigoureux – et des Canadiens et Canadiennes en meilleure santé.

Helen "Bubs" Coleman
Membre du CCNTA





CCNTA

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge est constitué d'au plus 18 membres venant de partout au Canada. Les membres apportent au Conseil diverses compétences pour conseiller le ministre fédéral de la Santé, ses collègues et le public sur la situation des aînés et les mesures requises pour répondre au vieillissement de la population canadienne. Les membres actuels du Conseil sont :

Patricia Raymaker,
présidente, Alb.

E.T. Don Holloway, T.-N.

Mary E. Cooley, N.-É.

Eileen Malone, N.-B.

Reg MacDonald, N.-B.

Lloyd Brunet, T.-N.-O.

Jean Claude Duclos, Qc

Yvette Sentenne, Qc

Gérald Poulin, Ont.

Michael Gordon, Ont.

Anne Skuba, Man.

Bubs Coleman, Sask.

Ruth Schiller, C.-B.

Expression est publié quatre fois l'an par le Conseil consultatif national sur le troisième âge. Ce bulletin est aussi disponible sur le site Internet du Conseil. Veuillez faire parvenir vos commentaires et tout avis de changement d'adresse à :

CCNTA

Indice d'adresse 1908A1

Ottawa (Ontario)

K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968

Télec. : (613) 957-9938

Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca

Internet :

www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines

N° de convention : 1834576

ISSN : 0822-8213

■ Refaire une santé au système

Les débats sur les soins de santé portent souvent sur notre capacité financière ou non de conserver un système public de haute qualité dans une société vieillissante. Le CCNTA croit non seulement que nous avons les moyens d'avoir un tel système, mais que **les Canadiens et les Canadiennes n'accepteront rien de moins**. Le CCNTA croit aussi que le moment est venu d'améliorer le système de santé en ne se concentrant plus uniquement sur les soins médicaux — dispensés surtout dans les cabinets de médecins et les hôpitaux — mais aussi sur les besoins pressants, dont les soins communautaires et les soins à domicile. Mais avons-nous les moyens de nous payer un tel système?

■ C'est tout à fait possible

Dans un récent document de principe intitulé *La position du CCNTA sur l'élargissement des soins de santé*, le **Conseil consultatif national sur le troisième âge** soutient que le Canada peut se donner un système de santé complet à la fois viable et abordable. La plupart des arguments contre la durabilité à long terme sont fondés sur des projections des coûts historiques. Le Conseil est d'avis que ce procédé est mal avisé puisque la santé des Canadiens s'améliore depuis des décennies.

Si le nombre de jours que les aînés ont passé à l'hôpital en 1991 avait été extrapolé à partir des données de 1971, par exemple, le résultat aurait dépassé de 50 % les chiffres réels¹. Et tout semble indiquer que les aînés de demain seront encore plus en santé que ceux d'aujourd'hui. Une étude comparant la santé des Canadiens qui avaient entre 32 et 85 ans en 1978-1979 à celle des personnes du même âge en 1996-1997 a révélé que le premier groupe était en moins bonne santé, et présentait des taux plus élevés de mortalité, de maladie cardiaque, d'hypertension artérielle, d'arthrite et de limitation d'activité².

En outre, les arguments financiers ne tiennent souvent pas compte des revenus disponibles pour supporter les augmen-

¹ Carrière, Yves. «*The impact of population aging on hospital days: will there be a problem?*». Communication présentée à la 9th John K. Friesen Conference and Lecture. Université Simon Fraser, mai 1998.

² Chen, Jiajian et Wayne J. Millar. «Les générations récentes sont-elles en meilleure santé?». *Rapports sur la santé* 11/4. Printemps 2000. Statistique Canada, n° de cat. 82-003.



tations de coûts. Aujourd'hui, le gouvernement fédéral et de nombreux gouvernements provinciaux prévoient d'importants surplus pour les prochaines années, ce qui suppose qu'ils auront les revenus nécessaires pour maintenir, sinon élargir, le système de santé public. Qui plus est, si les coûts des soins de santé augmentent du fait du vieillissement de la population, le même phénomène démographique aura pour effet de réduire les coûts d'autres programmes qui desservent surtout les plus jeunes (p. ex. éducation et services correctionnels). Enfin, il est raisonnable de croire que nos politiques gouvernementales et nos recettes publiques seront en mesure de s'ajuster aux besoins de la population actuelle, tout comme elles l'ont fait dans les domaines du logement, des infrastructures et de l'éducation pour accommoder la poussée démographique de l'après-guerre³.

Non seulement un système financé à même les fonds publics est-il souhaité par tous les Canadiens, c'est aussi la meilleure option stratégique pour assurer un accès équitable aux soins de santé tout en limitant les coûts⁴. Ce système est plus simple et réduit donc les coûts administratifs; il répartit aussi les coûts des soins de santé plus uniformément dans toute l'économie; et il procure au payeur un plus grand pouvoir de négociation quant au coût des services. Ce point de vue, que partage le CCNTA, a été renforcé dans le rapport final du **Forum national sur la santé** : «Des recherches menées partout dans le

monde démontrent que le financement et l'administration publics d'un régime sont les meilleurs gages de justice et de rapport qualité-prix».

Certains prônent la privatisation des services parce que les listes d'attente sont trop longues. Mais une analyse des dossiers des régimes d'assurance-maladie montre que les données sont souvent peu fiables, les doubles entrées et d'autres anomalies étant fréquentes. D'ailleurs, des projets en Colombie-Britannique (bureau du cancer), en Ontario (réseau de soins cardiaques) et dans l'Ouest canadien (contrôle des listes d'attente) ont démontré qu'il est possible de mieux gérer les listes d'attente, pour le plus grand bien des patients, des professionnels de la santé et du système dans son ensemble.

Une coordination et une utilisation optimale des ressources ne seraient pas possibles dans un système à payeurs multiples⁵.

■ Les coûts du vieillissement

Les besoins en soins de santé tendent à augmenter avec l'âge mais cela ne suffit pas à expliquer l'augmentation des coûts. Le **Dr. Michael Rachlis**, qui a examiné le système canadien de santé sous toutes ses coutures, est persuadé que la structure du système et l'organisation des soins déterminent les coûts de fonctionnement. Les exemples qui suivent démontrent que la structure actuelle du système de santé ne permet pas toujours l'approche la plus rentable.

³ Denton, Frank T. et Byron G. Spencer. «Population aging and its economic costs: a survey of the issues and evidence.» *La Revue canadienne du vieillissement* 19/hors série 1. Été 2000.

⁴ Deber, R. et coll. *Le financement des soins de santé : le partage public-privé*. Université de Toronto : 1996; et Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Rapport final, vol. 1. Ottawa : 1996.

⁵ Rachlis, Michael. *Modernizing medicare for the twenty-first century*. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Victoria : 2000.



• Dans la plupart des régions du pays, les maladies évitables comme la grippe ne font pas l'objet d'une stratégie soutenue et les salles d'urgence se retrouvent engorgées chaque hiver. Étant donné que les aînés sont plus à risque que les jeunes d'être hospitalisés pour une grippe, la vaccination et d'autres mesures de prévention auraient pour effet de réduire la souffrance personnelle et la pression sur le système de santé.

• Les personnes en phase terminale de leur maladie sont la plupart du temps soignées à l'hôpital. On pourrait offrir des soins mieux adaptés, moins coûteux, et plus respectueux des patients et de leur famille dans des établissements spécialisés ou à la maison, à condition que ces patients et leurs proches reçoivent de l'aide.

• L'augmentation des coûts des soins de santé n'est pas simplement le résultat du vieillissement de la population, mais aussi de l'utilisation plus intense de technologies nouvelles. Les chirurgies pour les cataractes, les remplacements d'articulations et les pontages sont en effet beaucoup plus courants qu'autrefois, ce qui fait grimper les coûts. Par contre, ces interventions augmentent l'autonomie et la qualité de vie des aînés et réduisent souvent le besoin d'autres services, comme les soins à domicile ou les soins de longue durée⁵.

L'expérience internationale montre que le vieillissement de la population n'a pas

Rapport ICIS : Dépenses totales en santé - 1996		
Pays	Dépenses per capita	Part du PIB
Australie	1,775	8.5
Canada	2,065	9.6
Italie	1,584	7.8
Japon	1,677	7.2
Nouvelle-Zélande	1,270	7.3
Suède	1,675	8.6
États-Unis	3,898	14.0

forcément pour corollaire des coûts de santé impossibles à gérer. D'autres pays — le Japon, l'Italie, la Suède, la Nouvelle-Zélande, l'Australie — ont des proportions comparables sinon plus élevées de personnes âgées, et l'espérance de vie y est égale ou plus élevée qu'au Canada. Pourtant, ils dépensent moins que nous pour la santé.

Il est également possible de dépenser plus que le Canada sans que l'espérance de vie augmente (les États-Unis en sont un bon exemple)⁶.

■ Quel chemin choisir?

Le CCNTA soutient dans son récent document de principe que des soins de santé complets, financés par l'État, sont abordables et représentent une solution durable, en plus d'être équitables et rentables. Le document va plus loin, réclamant la mise en place *graduelle* d'un système beaucoup plus vaste que celui que nous avons actuellement. Il recommande que «le financement public soit étendu à la totalité des services nécessaires pour rétablir et maintenir la santé et les capacités fonctionnelles, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits, les soins fournis dans des établissements de soins de longue durée, les soins dentaires, les aides visuelles et auditives et d'autres appareils et accessoires fonctionnels».



⁶ Organisation de coopération et de développement économiques. *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*. Paris : OCDE, 1998.



Par ailleurs, le CCNTA reconnaît que les soins de santé, c'est plus que des établissements, des services et des produits. La bonne santé d'une personne dépend de son niveau d'instruction et de revenu, du milieu où elle a grandi, et des gènes dont elle a hérité. Nos habitudes personnelles — tabagisme, port de la ceinture de sécurité, alimentation — jouent également un rôle, comme les milieux physiques et sociaux où nous vivons et travaillons. Les politiques et les programmes gouvernementaux — de la collecte des déchets à la protection de l'environnement en passant par la redistribution du revenu — y sont aussi pour quelque chose⁷.

Les Canadiens bénéficient de soins de santé universels, mais des écarts importants subsistent entre eux dans la santé et l'espérance de vie. La modernisation des soins de santé exige d'agir sur les déterminants globaux de la santé pendant tout le cycle de vie et d'accorder une attention particulière aux groupes les plus vulnérables.

Cela nous amène à la prescription du CCNTA pour moderniser les soins de santé afin de répondre aux besoins changeants de la population canadienne. Le Conseil voit trois priorités :

- renforcer des éléments choisis du système de santé : soins primaires, soins à domicile, assurance-médicaments et soins aux mourants;
- renforcer la promotion de la santé et la prévention de la maladie;

- adopter une approche globale, intégrée et souple des soins axée sur les besoins.

■ Les soins primaires

Les soins primaires sont habituellement le premier point de contact avec le système de santé — un cabinet de médecin, une clinique, un centre de santé communautaire. C'est là que les gens obtiennent l'information et l'aide dont ils ont besoin pour améliorer leur propre santé et celle de leur famille. C'est également le point d'accès aux programmes de prévention et de dépistage. Enfin, les soins primaires permettent aussi de surveiller les personnes aux prises avec des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle pour réduire le risque de problèmes plus graves.

Il est possible d'organiser les services des médecins de famille plus efficacement et de réduire la pression sur le système en instaurant des services complémentaires. Au Québec et au Nouveau-Brunswick, par exemple, des infirmiers et infirmières ▶▶

Un bon choix

La promotion de la santé par la bonne alimentation, l'exercice physique et le contact social est au cœur du programme CHOICE à Edmonton (acronyme anglais pour *options de soins à domicile intégrés pour les aînés*). Trois ou quatre matins par semaine, le personnel de CHOICE se rend sur le terrain aider des gens à se préparer avant d'être amenés à un centre de jour. Après avoir passé la journée au centre, les personnes sont accompagnées chez elles, où on les aide à se préparer à se coucher au besoin. Au centre, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des dentistes, et d'autres spécialistes fournissent des services et s'occupent des personnes aux prises avec des maladies chroniques pour traiter les symptômes avant qu'ils ne s'aggravent. Les participants profitent de repas nutritifs, de la compagnie d'amis et d'activités supervisées. (Source : Rachlis)

CHOICE

⁷ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada. *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*. Ottawa : 2000.



répondent aux appels téléphoniques en dehors des heures de travail normales. Les taux de satisfaction sont élevés chez les appelants, et on réussit ainsi à réduire sensiblement les visites à répétition chez le médecin ou aux salles d'urgence des hôpitaux. La Colombie-Britannique est en train d'instaurer un programme semblable⁵. Organiser de cette façon les soins de santé primaires permet de mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Quel genre de soins les aînés souhaitent-ils?

Des services qui sont...

- efficaces, suffisants, disponibles, accessibles et abordables
- fournis de façon continue et prévisible
- conformes aux valeurs et aux préférences culturelles
- souples et adaptables à mesure que les besoins changent, avec des options permettant de prendre des décisions et de faire des choix
- offerts au bon moment et fournis au bon rythme
- centrés sur la famille, les aidants naturels étant inclus dans la planification des soins

Des fournisseurs de services qui sont...

- clairs et honnêtes dans leurs communications
- attentionnés, compétents et bien formés
- prêts à faire un petit effort supplémentaire - qui vont au-devant des besoins, qui sollicitent des opinions, et qui prennent le temps d'écouter les questions et les préoccupations

Un système de santé qui offre...

- un personnel adéquat et des services bien coordonnés, continus
- du transport au besoin
- des rôles étendus pour les aînés bénévoles afin de leur permettre d'aider les autres et de mettre à profit leurs connaissances
- des soins fournis dans le cadre approprié et plus de souplesse relative aux nouvelles options de soins, comme les foyers de groupe
- des possibilités de soins autogérés
- des moyens de répondre aux préoccupations au sujet de la disponibilité, des coûts et de l'utilisation des médicaments

■ Les soins à domicile

Les soins à domicile aident les personnes avec une invalidité ou une maladie chronique à rester autonomes, et viennent au secours des aidants. La disponibilité des soins à domicile a augmenté au cours des années 1990, mais les services et les modalités de paiement manquent totalement d'uniformité à l'échelle du pays. En conséquence, selon leur revenu ou le lieu où ils habitent, les aînés peuvent devoir se

priver des services dont ils ont besoin, se priver d'autres choses pour pouvoir payer ces services, être obligés de compter davantage sur leur proches ou quitter leur domicile pour un établissement de soins de longue durée.

Le CCNTA croit que les soins à domicile devraient faire partie du continuum des services de santé financés et gérés par l'État, afin que les écarts actuels soient comblés, que les disparités d'une province à l'autre soient éliminées, et que les besoins futurs soient comblés.

■ L'assurance-médicaments

Les ventes de médicaments au détail représentent aujourd'hui plus de 15 % des dépenses au titre des soins de santé, comparativement à 8,6 % en 1979. Cette composante des coûts est ainsi celle qui

⁵CCNTA, *La réforme des soins de santé... quels effets sur les aînés?* (réponses à un sondage des aînés)



augmente le plus rapidement. (Depuis 1997, les dépenses pour les médicaments dépassent les coûts des services de médecin, jusque-là devancés par les hôpitaux seulement⁷.) L'augmentation tient à deux facteurs en particulier : premièrement, les médecins prescrivent plus de nouveaux médicaments, sans qu'il ait nécessairement été prouvé que ces médicaments, plus coûteux, sont plus efficaces; deuxièmement, des médicaments non indiqués pour la maladie traitée sont prescrits. Une autre préoccupation est la multiplication des ordonnances. Au moins 5 % des personnes âgées admises à l'hôpital le sont pour des problèmes mettant en cause des médicaments⁵.

On estime de plus qu'environ 20 % des aînés ne font pas remplir leur ordonnance ou ne suivent pas les consignes quant à la dose et à la durée de leur traitement⁸. Le coût des médicaments semble souvent en cause. Au sein des pays de l'OCDE, le Canada se classe parmi les derniers pour ce qui est de la participation du secteur public aux coûts des médicaments. Les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux varient considérablement pour ce qui est de la garantie, des critères d'admissibilité, et des genres et niveaux de frais d'utilisation (primes,

franchises et quotes-parts) et seulement la moitié des Canadiens âgés bénéficient d'une assurance privée. Voilà pourquoi le CCNTA estime que l'assurance-médicaments devrait venir à faire partie de l'éventail des services couverts par les régimes publics d'assurance-maladie.

Mais il faut en même temps instaurer des stratégies pour aider à limiter les coûts des médicaments et améliorer les résultats⁵. Par exemple, l'efficacité d'approches non médicamenteuses a été démontrée dans certaines situations, notamment pour la réadaptation cardiaque, l'hypertension légère et certains problèmes psychologiques. Pourtant, ces coûts ne sont souvent pas couverts par l'assurance-maladie. Si les

services sont fournis par des travailleurs sociaux, des psychologues et des ergothérapeutes, ils peuvent ne pas être considérés comme des services de santé, même si leurs bienfaits sont d'ordre médical.

Une autre stratégie consiste à améliorer les pratiques de prescription. Des programmes à Toronto et à Vancouver montrent que des médecins faisant équipe avec des pharmaciens,

Équipe d'intervention rapide de Victoria

L'Équipe d'intervention rapide a été mise sur pied en 1987, dans le but de réduire la pression sur les salles d'urgence et les lits de soins actifs. Avant, un aîné fragile qui vivait seul et qui faisait une chute se retrouvait souvent à l'hôpital. Même les personnes sans fracture ni autre raison pour recevoir des soins actifs étaient hospitalisées si elles étaient trop meurtries ou secouées pour prendre soin d'elles-mêmes. Grâce à l'Équipe d'intervention rapide, ces personnes sont évaluées promptement et reçoivent des soins plus appropriés, comme des soins de courte durée pendant 24 heures chez elles ou des soins à domicile si elles ont encore besoin de services après trois jours. Les services de l'équipe sont disponibles 15 heures par jour, et les clients y sont référés par les salles d'urgence, les organismes communautaires, les médecins de famille, les voisins et les parents. Le concept s'est étendu à l'Alberta et à la Saskatchewan, où les services sont même disponibles 24 heures sur 24 dans certaines régions. (Source : Rachlis)

⁸ Tamblin, Robin et Robert Perrault. «Prescription drug use and seniors». *La Revue canadienne du vieillissement* 19/hors série 1. Été 2000.



des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes et d'autres intervenants peuvent réduire la consommation globale de médicaments, obtenir de meilleurs résultats et réduire les coûts.

Enfin, la Colombie-Britannique applique un système dit des prix de référence qui rend obligatoire l'utilisation des médicaments du meilleur rapport coût-efficacité (d'après une évaluation indépendante de l'efficacité et de l'efficience). Le gouvernement de la Colombie-Britannique estime que la province épargne ainsi 44 millions de dollars par année.

■ Soins palliatifs

Les soins les plus intensifs et les plus coûteux sont le plus souvent prodigués dans les derniers mois de la vie. Des personnes en phase terminale entrent à l'hôpital, où elles peuvent subir de multiples interventions médicales. Le résultat peut être une mort pénible, d'où la dignité a été évacuée. Malheureusement, la disponibilité et le financement des soins palliatifs — qui répondent non seulement aux besoins physiques, mais aussi aux besoins sociaux, psychologiques et spirituels des personnes en phase terminale et de leurs proches — varient d'un endroit à l'autre.

La plupart des personnes atteintes de cancer meurent à l'hôpital, alors qu'elles préféreraient mourir chez elles ou dans un cadre familial. Edmonton a démontré par son programme régional de soins palliatifs que cela est parfaitement faisable⁵. Encore une fois, la clé consiste à intégrer les soins

palliatifs — en particulier à domicile et en milieu communautaire — dans le continuum des services de santé financés et gérés par l'État, afin de pouvoir offrir des choix à la population⁹.

Le respect de la volonté d'un malade en matière de soins peut être assuré s'il a rempli une «directive préalable en matière de soins», qui permet au patient de décider avec sa famille jusqu'où il est prêt à subir des interventions médicales. À Hamilton, un projet pilote dans un foyer pour personnes âgées a permis à ces dernières de mettre sur papier la façon dont elles voulaient être traitées en cas de maladie irréversible, ou réversible mais qui mettrait la vie en danger. Les avantages pour ces aînés ont été un meilleur contrôle des symptômes et une plus grande dignité au cours de leurs derniers mois ou dernières années de vie. Les avantages pour le système ont été une utilisation réduite des lits d'hôpital et des technologies coûteuses pour les personnes qui n'en voulaient tout simplement pas⁵.

■ Promotion et prévention

Nous avons parlé jusqu'ici des soins après l'apparition de la maladie. Toutefois, un système de santé moderne devrait mettre en valeur des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Pour les personnes âgées d'aujourd'hui, prévenir les maladies qui exigent des soins médicaux (maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, diabète, ostéoporose et nombre de cancers), c'est bien manger, faire de l'exercice et avoir des contacts sociaux. Pour les personnes âgées de demain, c'est

⁹ Conseil consultatif national sur le troisième âge. 1999 et après / *Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ottawa : 1999.



faire de l'exercice régulièrement, avoir un régime varié et nutritif, s'engager socialement, gérer le stress et ne pas fumer.

Il est abondamment démontré que la prévention de la maladie et la promotion de la santé chez les personnes âgées — exercice physique, prévention des chutes, immunisation, renforcement de l'autonomie — sont extrêmement efficaces pour améliorer la capacité fonctionnelle et réduire l'utilisation des services de santé.

Même les personnes âgées fragiles ont beaucoup à gagner¹⁰.

Malgré le fait que de mauvaises habitudes de vie sont en cause dans une très forte proportion des taux de mortalité, une infime fraction du budget de la santé va à la promotion de la santé et à la prévention. Par exemple, plus de la moitié de la

population est à risque pour l'hypertension artérielle (précurseur d'accidents vasculaires cérébraux et de crises cardiaques) à cause d'un excès de poids, d'un mode de vie sédentaire ou d'une consommation excessive d'alcool, mais moins de 2 % des budgets de la santé est consacré à la prévention et à la promotion¹¹.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures doivent être plus prioritaires — non seulement dans la politique et les programmes de santé, mais dans d'autres secteurs aussi, comme la protection de l'environnement, les sports et les loisirs, le logement et l'urbanisme, et tous les autres déterminants globaux de la santé. Sans un changement de cap, les inégalités dans l'état de santé persisteront, et la demande pour les services de santé pourrait devenir plus difficile à contrôler.

Le SIPA

À Montréal, le SIPA (*Soins intégrés pour les aînés*) fournit des soins communautaires complets et intégrés aux aînés fragiles, qu'il dirige vers des hôpitaux et des centres de soins de longue durée au besoin. Les personnes inscrites au SIPA peuvent appeler une infirmière 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour obtenir immédiatement les services dont elles ont besoin. Depuis le début du projet en 1999, le nombre de demandes d'admission à des centres de soins de longue durée chez les aînés inscrits a diminué de 50 %, et trois fois moins d'entre eux ont occupé un lit d'hôpital en attente de soins. (Source : Isabelle Paré, « Des projets pilotes prometteurs en santé », *Le Devoir*, 27 octobre 2000.)

SIPA

■ Approche globale

Les Canadiens et les Canadiennes sont en droit de s'attendre au même niveau de soins peu importe où ils vivent, et le revenu ne devrait pas être un facteur qui détermine l'accès aux services ou aux produits de santé dont ils ont besoin. À mesure que changent les besoins de la population, le système de santé et les politiques qui

le sous-tendent doivent être modernisés en parallèle. Il faut pour cela adopter une approche globale, intégrée et souple, axée sur les besoins. Il faut intégrer, dans l'éventail des soins de santé financés par l'État, tous les services et produits qui contribuent au maintien de la santé, de l'autonomie et de la qualité de vie. Il faut structurer les

¹⁰ McWilliam, Carol et coll. «Care delivery approaches and seniors' independence». *La Revue canadienne du vieillissement* 19/hors série 1. Été 2000.

¹¹ Santé Canada et la Coalition canadienne pour la prévention et le traitement de l'hypertension. *Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension, Rapport sommaire du groupe d'experts*. Ottawa : 2000.



services et les systèmes de prestation de telle manière qu'ils soient rentables et adaptés aux besoins des personnes qu'ils servent.

Ce n'est pas une utopie. Le programme CHOICE à Edmonton, l'Équipe d'intervention rapide à Victoria et le projet SIPA à Montréal (voir encadrés précédents) illustrent bien comment la réorganisation des services et l'agencement des ressources peuvent se traduire par de meilleurs résultats pour les personnes et des coûts de santé moindres pour tous. Ces programmes innovateurs montrent que nous avons les moyens et le savoir-faire pour moderniser les soins de santé.

Par le passé, le Canada a réussi remarquablement bien à s'adapter aux changements démographiques et sociaux. Une génération antérieure — les aînés d'aujourd'hui — a pris les mesures nécessaires pour créer le système de santé public auquel les citoyens de ce pays tiennent tant.



"Bubs" Coleman réside à Saskatoon depuis plus de quarante ans. Elle a été nommée membre du Conseil consultatif national sur le troisième âge en 1999 et siège aussi au Comité consultatif provincial des aînés.

Diplômée de l'université Queen's, elle a fait carrière comme rédactrice et réviseure au Canada et à l'étranger. À sa retraite, en 1994, elle était coordonnatrice de la Galerie d'art Mendel, à Saskatoon. Elle oeuvre aussi comme bénévole auprès du Conseil sur le vieillissement de Saskatoon et au Wanuskewin Heritage Park.

Notre obligation envers cette génération — et les générations à venir — est de veiller à ce que les décideurs et les leaders communautaires passent à l'étape suivante : faire évoluer ce système pour qu'il continue de répondre aux besoins changeants de la population canadienne. ■

Pour en savoir plus long...

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé* - N° 19. Ottawa : 1997. *

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La réforme des soins de santé... quels effets sur les aînés? Guide d'évaluation participative*. Ottawa : 1998. *

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les soins à domicile* - N° 20. Ottawa : 2000.*

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada* - N° 21. Ottawa : 2000. *

Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Rapport final, volume 1. Ottawa : 1996. (www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/finvol1/1transf.htm)

Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*. Ottawa : 2000. (www.cihi.ca)

Rachlis, Michael M. *Modernizing Medicare for the Twenty-first Century*. Victoria : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 2000.

* www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines