

**LA POSITION DU CCNTA SUR LES TECHNOLOGIES DE LA
SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT**

TABLE DES MATIÈRES

<u>EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE?</u>	Page 3
<u>MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE</u>	Page 3
<u>VALEURS DU CCNTA</u>	Page 4
<u>INTRODUCTION</u>	Page 5
<u>AMÉLIORATION DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES D'AIDE FONCTIONNELLE</u>	Page 7
<u>AMÉLIORATION DE L'ÉVALUATION DE LA TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ</u>	Page 11
<u>ÉTABLISSEMENT DE PRIORITÉS POUR L'ADOPTION DE NOUVELLE TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ</u>	Page 14
<u>GESTION DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DANS LA PRATIQUE CLINIQUE</u>	Page 15
<u>L'APPLICATION DE LA TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ À UNE CLIENTÈLE ÂGÉE: COMMENT TROUVER L'ÉQUILIBRE</u>	Page 19
<u>AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PAR LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION</u>	Page 22
<u>CONCLUSION</u>	Page 23
<u>NOTES</u>	Page 24
<u>POSITIONS DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE</u>	Page 30
<u>REMERCIEMENTS</u>	Page 31

**LA POSITION DU CCNTA SUR LES TECHNOLOGIES
DE LA SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT**

**Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les membres du CCNTA à la 42^e réunion
du Conseil, les 16, 17 et 18 mai 1995**

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le:

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Localisateur postal: 4203A
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél.: (613) 957-1968
Télec.: (613) 957-7627
Intemet: seniors@hc-sc.gc.ca
URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/>

John E. MacDonell, M.D.,FRCP(C)
Président

Susan Fletcher
Directrice
Division du vieillissement et des
aînés

La Division du vieillissement et des aînés fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

LA POSITION DU CCNTA SUR... contient les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aîné-e-s, ainsi qu'aux questions liées au vieillissement de la population.

1^{ère} impression, 1995

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1995
N° de cat.: H71-2/2-18-1995
ISBN: 0-662-62015-1

EN QUOI CONSISTE
LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1^{er} mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des personnes âgées. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aîné-e-s, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public et publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils apportent au Conseil leur expérience, leurs compétences et lui font part de leurs préoccupations.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

(au 18 mai 1995)

Président

John E. MacDonell

Inverness (Nouvelle-Écosse)

Membres

Hortense Duclos

Montréal (Québec)

Gerald Hodge

Vancouver (Colombie-Britannique)

Bernice MacDougall

Estevan (Saskatchewan)

Juliette Pilon

Sudbury (Ontario)

Douglas Rapelje

Welland (Ontario)

Patricia Raymaker

Calgary (Alberta)

Médard Soucy

Baie-Comeau (Québec)

Mary Ellen Torobin

Gloucester (Ontario)

Joyce Thompson

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Paul Wong

Peterborough (Ontario)

VALEURS DU CCNTA

Le CCNTA croit que:

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.
- Les aîné-e-s ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance, droit de prendre leurs propres décisions, y compris de 'vivre à risque'.
- Les aîné-e-s doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes .
- Les aîné-e-s doivent pouvoir compter sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de la santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie, cela, dans toutes les régions du pays. Les politiques et les programmes doivent aussi tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aîné-e-s.

LA POSITION DU CCNTA SUR LES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT

INTRODUCTION

Les technologies de la santé peuvent accélérer le diagnostic et en améliorer l'exactitude, guérir la maladie, prolonger la durée de vie, soulager la douleur, faciliter la réadaptation et maintenir l'autonomie de vie. - En effet, les progrès technologiques accomplis dans le domaine de la santé sont accueillis avec empressement par les professionnels et la population, qui y voient une promesse de vie meilleure et plus longue. Toutefois, malgré leurs avantages, ces technologies ne sont pas utilisées comme elles le devraient, surtout dans le cas des soins aux aîné-e-s. On doit trouver des solutions aux questions liées à l'emploi efficace des technologies pour pouvoir en tirer le maximum et maintenir à la fois un système de soins de santé abordable au Canada.

Les technologies de la santé désignent aussi bien les dispositifs, les médicaments et les interventions qui servent à diagnostiquer, à traiter et à gérer les maladies ou les incapacités que les mécanismes utilisés pour surveiller l'administration des soins de santé. Certaines impliquent l'utilisation d'appareils, d'instruments ou de produits comme les marchettes, les appareils auditifs, les médicaments, les stimulateurs cardiaques, les dialyseurs, les scanners et les appareils d'imagerie. D'autres ont trait à des interventions qui nécessitent ou non l'utilisation d'appareils, comme les transplantations d'organes et la chirurgie au laser. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) considère aussi que le recours aux ordinateurs pour suivre les services de santé administrés est une autre forme de technologie.

La part que représente la technologie dans le budget des soins de santé au Canada¹ est une donnée que l'on ne connaît qu'indirectement par le biais d'une évaluation globale de l'intensité des services. Cette part comprend des aspects tels que les heures consacrées aux soins infirmiers, les services dispensés par les médecins et l'utilisation d'appareils et de matériel. L'introduction de nouvelles technologies augmente l'intensité des services dans la mesure où, par exemple, le personnel infirmier, les techniciens et les

médecins consacrent plus de temps à la réalisation d'une intervention ou à l'utilisation d'un appareil, à l'interprétation des résultats et au maniement et à l'entretien des appareils. En outre, les interventions technologiques ont pour effet d'augmenter le nombre de services dispensés à un patient par un médecin, voire même le nombre de jours où le patient devra être hospitalisé pour subir une intervention diagnostique ou thérapeutique, ou s'en remettre. Entre 1980 et 1990, l'augmentation de l'intensité des services constituait 15 % de la hausse des coûts hospitaliers. Parallèlement, le nombre de services fournis par des médecins augmentait de plus de 50 %.²

Bien que les développements technologiques représentent une grande partie des coûts reliés aux soins de santé, le CCNTA est porté à croire que les aîné-e-s ne sont pas bien servis par ces développements. Plusieurs appareils et accessoires d'aide fonctionnelle qui reposent sur une technologie simple, mais qui sont susceptibles d'améliorer les capacités fonctionnelles des aîné-e-s handicapés sont mal connus, difficiles d'accès et sous-utilisés. D'autre part, les aîné-e-s font l'objet d'une application exagérée de technologies de la santé 'de pointe', qui n'améliorera pas sensiblement la durée ou la qualité de leur vie. Les aîné-e-s peuvent aussi être privés d'interventions technologiques bienfaites. Enfin, l'absence d'un système informatisé efficace et exhaustif pour surveiller l'utilisation des soins de santé, y compris la prescription des médicaments, est un facteur qui contribue au mauvais usage des médicaments par les aîné-e-s.

Le CCNTA vise, par ses recommandations, à promouvoir une utilisation judicieuse de la technologie de la santé en vue d'obtenir des résultats optimaux sur le plan de la santé, surtout pour les aîné-e-s, et de limiter les coûts des soins de santé. La première section de ce rapport étudie l'usage des technologies d'aide fonctionnelle à l'intention des aîné-e-s qui ont des handicaps. Aux sections 2, 3 et 4, on étudie comment l'évaluation, l'adoption et l'usage des technologies affectent les aîné-e-s au sein du système des soins de santé. Enfin, la section 5 étudie de quelle manière l'informatisation des soins de santé pourrait améliorer la qualité des soins aux aîné-e-s, et celle de l'ensemble de la population.

1. AMÉLIORATION DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES D'AIDE FONCTIONNELLE

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, réalisée en 1986 et en 1987, a montré que beaucoup d'ainé-e-s ayant des handicaps se heurtent à divers obstacles qui les empêchent de prendre part aux activités de la vie courante.³ Environ 46 % des personnes de 65 ans et plus ont au moins une forme d'incapacité; dans 64 % de ces cas, l'incapacité est modérée ou grave. La plupart des ainé-e-s ayant des handicaps (soit environ 84 %) vivent dans la collectivité. Plusieurs d'entre eux sont limités dans leurs déplacements ainsi que dans leurs loisirs en raison de leur incapacité.⁴

Les technologies d'aide fonctionnelle englobent tout article, appareil ou installation structurelle (p. ex., éclairage, poignées de porte, garde-corps, rampes) servant à maintenir ou à améliorer la capacité fonctionnelle des personnes ayant des handicaps. Ces technologies peuvent contribuer pour beaucoup à accroître l'autonomie et la qualité de vie des ainé-e-s et celle de leurs aidants informels. Bien que la plupart des ainé-e-s au Canada disposent des technologies d'aide fonctionnelle dont ils ont besoin, tel n'est pas le cas pour une importante minorité d'entre eux.⁵ De plus, les attitudes ou les facteurs d'ordre technique peuvent faire obstacle à une utilisation optimale de ces technologies.

L'une des raisons pour lesquelles l'usage des technologies d'aide fonctionnelle n'est pas aussi répandu qu'il le pourrait vient du manque de connaissance qu'ont les ainé-e-s, leur famille et les professionnels de la santé, quant à l'existence de ces technologies. En fait, on croit même qu'il est plus important de diffuser de l'information sur les technologies existantes que d'en développer de nouvelles.⁶ Des pas dans la bonne direction ont été faits, par exemple, grâce au programme ontarien d'information Access Place. La Société canadienne d'hypothèques et de logement a aussi consacré de nombreux efforts pour sensibiliser le public et l'industrie de la construction à l'adaptation du logement pour les personnes ayant un handicap.⁷ Néanmoins, le Canada n'a toujours pas de centre d'information national pour sensibiliser les professionnels et les consommateurs à l'existence des technologies d'aide fonctionnelle.⁸ Un tel centre

pourrait fournir des données comparatives sur les technologies existantes pour divers types de handicaps, leurs coûts et comment se les procurer. Ces renseignements seraient particulièrement utiles aux professionnels de la santé qui évaluent et réfèrent les personnes ayant des handicaps vers les programmes d'aide. Les renseignements pourraient aussi aider les aîné-e-s qui hésitent à se procurer ces articles, parce qu'ils ne sont pas certains qu'ils soient appropriés ou efficaces pour eux.⁹

Le CCNTA recommande que:

- **Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux créent conjointement un bureau national chargé de diffuser, partout au Canada, de l'information sur les technologies d'aide fonctionnelle et de parrainer des programmes d'information sur l'utilisation de ce genre d'appareils.**

La réticence est un autre facteur qui explique pourquoi les aîné-e-s n'utilisent pas les technologies d'aide fonctionnelle autant qu'elles pourraient l'être. Une attitude de résignation et d'impuissance face à une incapacité grandissante peut amener certains aîné-e-s à ne pas tenir compte des bienfaits potentiels des appareils d'aide fonctionnelle. Il arrive aussi que ces personnes préfèrent nier leur incapacité ou qu'elles se sentent gênées d'utiliser un appareil. Une autre explication possible est que certains aîné-e-s craignent que leur 'nouvelle autonomie', procurée par un appareil, leur fasse perdre le contact social avec les personnes qui leur dispensent des soins.¹⁰ Les professionnels et les autres intervenants qui s'occupent des aîné-e-s ayant des handicaps et de leurs familles devraient être à l'affût des diverses attitudes qui entravent l'adoption d'appareils utiles et devraient continuellement encourager les intéressés à surmonter leur résistance. Les compétences nécessaires à cet égard devraient être enseignées dans les programmes de formation destinés aux professionnels et aux paraprofessionnels. En outre, les programmes d'information conçus pour les consommateurs d'appareils d'aide fonctionnelle pourraient contribuer à rassurer les personnes réticentes, par exemple, en leur présentant des modèles positifs.

Le CCNTA recommande que:

- **Les programmes de formation destinés aux professionnels de la réadaptation et aux intervenants communautaires apprennent aux étudiants à contrer, chez les consommateurs, les attitudes qui nuisent à l'adoption de technologies d'aide fonctionnelle.**
- **Les centres de réadaptation et les professionnels qui produisent du matériel éducatif et des programmes d'information sur les technologies d'aide fonctionnelle pour les consommateurs, s'attaquent au problème de la réticence face à ces technologies.**

Certains programmes gouvernementaux offrent une aide financière aux personnes ayant un handicap qui ont besoin d'appareils d'aide fonctionnelle ou de logements adaptés. Ainsi, dans le cadre du Programme d'aide à la remise en état des logements pour les personnes handicapées, la Société canadienne d'hypothèques et de logement consent une aide aux personnes à faible revenu. Le gouvernement fédéral accorde une aide pour les dépenses associées à l'acquisition d'appareils d'aide fonctionnelle ou au réaménagement du domicile sous forme de crédit d'impôt non remboursable pour frais médicaux. Les programmes provinciaux et territoriaux d'appareils et accessoires d'aide fonctionnelle s'appliquent à un grand nombre d'appareils dont pourraient avoir besoin les aîné-e-s pour conserver leur autonomie de vie, mais pas à tous.

Quoi qu'il en soit, le coût est le principal obstacle invoqué par les gens qui n'ont pas les appareils d'aide fonctionnelle nécessaires. Plusieurs aides, comme les appareils de levage et les piles pour fauteuils roulants électriques, souvent ne sont pas couverts par les programmes provinciaux et territoriaux d'appareils et d'accessoires d'aide fonctionnelle.¹¹ Il existe sans doute d'autres sources de financement, comme les clubs philanthropiques ou les associations de bienfaisance, mais les aîné-e-s ne sont pas toujours au courant de ces possibilités ou sont parfois moins favorisés que les personnes plus jeunes sur le plan du financement.¹² Comme le Crédit d'impôt pour frais médicaux n'est pas remboursable, les aîné-e-s qui paient peu ou pas d'impôt ne bénéficient pas de

cette mesure. Afin d'accroître l'autonomie des aîné-e-s dans la collectivité et réduire le risque d'un placement coûteux en établissement, l'État devrait améliorer ses programmes d'aide aux personnes handicapées.

Le CCNTA recommande que:

- **Les programmes provinciaux et territoriaux de financement d'appareils et d'accessoires d'aide fonctionnelle élargissent l'éventail des technologies d'aide fonctionnelle admissibles.**
- **Le gouvernement fédéral transforme le Crédit d'impôt non-remboursable pour frais médicaux en crédit d'impôt remboursable.**

L'abandon des appareils d'aide fonctionnelle par les usagers est un phénomène courant. On attribue cela à divers facteurs: méconnaissance du mode d'emploi, problèmes découlant de l'appareil (par exemple, une pince télescopique peut être difficile à manipuler en raison de son poids), détérioration de l'état de santé de la personne ou présence d'autres incapacités qui l'empêchent d'utiliser l'appareil.¹³ Il est possible qu'à l'étape de la conception de certains appareils, les besoins d'une client le âgée ne soient pas suffisamment pris en considération. Comme les aîné-e-s représentent une grande part de la population handicapée, les travaux de recherche et de développement technologiques devraient tenir compte de leurs besoins et de leur capacité d'utiliser les appareils. Il serait également souhaitable que des professionnels assurent un suivi auprès des aîné-e-s qui font l'acquisition d'un appareil d'aide fonctionnelle pour les aider à en maîtriser le maniement. Comme les incapacités évoluent avec l'âge, il conviendrait de mettre en place des programmes de location ou de prêt d'appareils.

Le CCNTA recommande que:

- **L'industrie des technologies d'aide fonctionnelle collabore avec les centres de recherche en gérontologie et les associations d'aîné-e-s afin de tenir compte de leurs besoins et de leurs capacités, au stade de la conception de tous les appareils.**
- **Des professionnels assurent un suivi auprès des aîné-e-s qui se procurent des appareils d'aide fonctionnelle afin de les aider à en maîtriser le maniement.**
- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux créent des programmes de location ou de prêt afin de permettre aux aîné-e-s de rapporter ou d'échanger leurs appareils à mesure qu'évolue le degré ou la nature de leur incapacité.**

2. AMÉLIORATION DE L'ÉVALUATION DE LA TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ

Par évaluation des technologies, on entend la production et la synthèse de données sur l'efficacité clinique et sur les coûts économiques des technologies dans les soins de santé.¹⁴ L'évaluation permet d'obtenir de l'information sur :

- la capacité d'une technologie donnée d'améliorer le diagnostic ou les effets du traitement sur la durée ou la qualité de vie comparativement à d'autres (par exemple, l'exactitude de la tomographie informatisée par ordinateur par rapport à un examen médical approfondi pour le diagnostic des tumeurs cérébrales);
- les coûts nécessaires à l'obtention de ces résultats cliniques en comparaison de leur valeur (le rapport coûts-avantages); par exemple, le coût d'une transplantation cardiaque est examiné en regard des avantages que procure l'intervention au plan de la prolongation de la durée ou de la qualité de vie;
- les dépenses qu'entraîne le recours à une technologie par rapport à d'autres options également efficaces d'un point de vue clinique (le rapport coût-efficacité). Par exemple, si une transplantation cardiaque et un pontage coronarien offrent des

avantages comparables sur les plans de la durée et de la qualité de vie, la technique la plus rentable est celle qui est la moins coûteuse.

L'évaluation de la technologie a pour objectif de veiller à ce que:

- les technologies de la santé soient efficaces et utilisées à bon escient, lorsque le cas ou la maladie le justifie; et
- l'on privilégie la technologie la moins coûteuse pour obtenir un résultat donné.

Jusqu'à tout récemment, cependant, on a fait peu de cas de l'évaluation de la technologie dans les soins de santé. Comme on le notait dans *La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé: le point de vue des aîné-e-s* (1995), l'absence d'évaluation rigoureuse dans l'ensemble du système a nui au développement de soins de santé efficaces. À l'exception des produits pharmaceutiques, dont la mise en marché est étroitement surveillée par Santé Canada, les technologies ont été introduites dans le système de soins de santé même si l'information concernant leur innocuité, leur efficacité et leur coût n'était que sommaire.¹⁵ En général, une nouvelle technologie est agréée par les régimes provinciaux d'assurance sur la foi d'une recommandation du milieu médical qui en a eu connaissance par des comptes rendus d'essais limités réalisés dans des conditions de pratique idéales.¹⁶ Pour les médecins et les hôpitaux, le sens d'avoir accompli quelque chose et le prestige lié au fait d'être reconnus en tant qu'innovateurs contribuent à l'attrait des nouvelles technologies.¹⁷ Les pressions exercées par les fabricants de la technologie et par la population peuvent aussi intervenir, surtout si le produit réussit à s'imposer comme un 'miracle technologique' grâce à une campagne de publicité bien orchestrée ou si le problème de santé inquiète sérieusement la population (comme dans le cas du SIDA). Une fois dans le système de santé, la technologie s'installe et demeure à moins que des recherches rigoureuses subséquentes indiquent qu'elle est franchement inefficace ou dangereuse;¹⁸ ou qu'elle soit simplement remplacée par des technologies plus récentes.

Devant le rôle joué par la technologie dans l'augmentation des dépenses de la santé et les preuves d'une utilisation inefficace et inappropriée de bon nombre de technologies,¹⁹ les gouvernements fédéral et provinciaux ont favorisé la création récente

de plusieurs organismes d'évaluation des technologies de la santé et de centres de recherche sur les services de santé et ils y consacrent plus de fonds.²⁰ Cependant, l'évaluation des technologies consiste surtout à réaliser et à diffuser des synthèses de recherches originales qui peuvent être menées à l'étranger. Comme les modes de pratique clinique au Canada sont parfois très éloignés de ceux qui ont cours dans le pays où une technologie donnée a été mise au point et évaluée, les conclusions de ces évaluations ne sont pas nécessairement valables dans le contexte canadien, surtout en ce qui concerne le rapport coût-efficacité.²¹ Les centres d'évaluation des technologies pourraient s'employer davantage à adapter les conclusions de recherches réalisées à l'étranger au contexte canadien. Notons également que les organismes canadiens d'évaluation des technologies réalisent peu de travaux de recherche originaux. Or, s'il convient d'utiliser et d'adapter dans la mesure du possible des études originales réalisées ailleurs, il arrive que l'on ne puisse obtenir d'autres sources les renseignements voulus sur certaines technologies importantes.

Le CCNTA recommande que:

- **Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux accordent des fonds aux centres d'évaluation des technologies pour adapter au contexte canadien des recherches menées dans d'autres pays et pour réaliser, particulièrement auprès des aîné-e-s si nécessaire, des essais cliniques contrôlés sur des technologies importantes, mais encore mal évaluées ailleurs.**

Les priorités définies par les gouvernements déterminent sur quelles technologies se pencheront les organismes d'évaluation. Ainsi, à la demande des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) met davantage l'accent sur l'évaluation de technologies coûteuses et peu utilisées (comme les appareils d'imagerie par résonance magnétique) que sur les technologies peu coûteuses mais utilisées couramment (comme les tests diagnostiques de routine) ou sur les technologies utilisées dans le traitement ou la gestion de maladies chroniques et d'affections incapacitantes.²² Cette situation n'existe pas qu'au Canada. Comme le fait remarquer l'éthicien A.R. Caplan, qu'il s'agisse de

douleurs lombaires ou de réadaptation suivant un accident cérébrovasculaire important, l'efficacité de traitements couramment utilisés contre les maladies chroniques n'est pas établie.²³ Bien que l'évaluation de technologies relativement peu coûteuses puisse sembler moins urgente, le recours fréquent et injustifié à ces technologies en pratique clinique (qui, dans bien des cas, sont des technologies diagnostiques comme les tests pour le cholestérol ou les examens radiologiques chez les gens qui ne présentent aucun symptôme de maladie) pourrait s'avérer aussi coûteux, sinon plus, pour le système de soins de santé que les opérations spécialisées coûteuses.²⁴ Comme les maladies chroniques associées à l'âge et les troubles sensoriels et moteurs sont appelés à se multiplier avec le vieillissement de la population, il y a lieu d'accorder plus d'importance à l'évaluation de technologies conçues pour ce genre de problèmes.

Le CCNTA recommande que:

- **Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux financent en priorité l'évaluation des technologies conçues pour les maladies chroniques et incapacitantes liées au vieillissement et l'évaluation des technologies peu coûteuses et abondamment utilisées.**

3. ÉTABLISSEMENT DE PRIORITÉS POUR L'ADOPTION DE NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Comme les résultats d'évaluation des technologies sont essentiels pour justifier des décisions relatives à l'adoption de nouvelles technologies au sein du système de soins de santé, la diffusion de ces résultats doit être à point et bien ciblée. L'OCCETS élabore en ce moment, une stratégie de diffusion qui atteindra le plus grand nombre possible de décideurs et de professionnels qui utilisent des technologies ou sont en mesure d'en recommander l'adoption.

Toutefois, avant de prendre des décisions, il faut peser judicieusement les données de recherche et les questions d'éthique. Dans bien des cas, les décideurs sont obligés

de déterminer dans quelle mesure une technologie doit être plus efficace sur le plan clinique pour justifier des coûts plus élevés, ou encore, dans quelle mesure on peut accepter que son efficacité clinique soit moindre dans l'optique d'une diminution des dépenses. Des lignes directrices concernant l'adoption et l'utilisation de technologies ont été proposées en vue d'aider les décideurs à utiliser les évaluations cliniques et économiques.²⁵ Les décisions doivent être prises non seulement à la lumière de conclusions de recherche et de lignes directrices objectives, mais aussi en fonction de considérations éthiques. L'établissement de priorités en matière de services sur la base de données objectives seulement peut engendrer de la discrimination à l'endroit de personnes handicapées et d'âné-e-s dans la mesure où les bienfaits cliniques espérés des innovations technologiques visant à diagnostiquer et à traiter leurs problèmes de santé, peuvent être moins importants que ceux que laissent entrevoir des technologies adaptées aux besoins d'autres groupes. Comme il y a lieu de peser les avantages et les inconvénients de diverses options pour l'ensemble de la population avant de définir des priorités concernant l'introduction de nouvelles technologies, tous les groupes concernés doivent jouer un rôle significatif dans le processus.

Le CCNTA recommande que:

- **Tout ordre de priorité dans l'offre de services technologiques qui serait établi à partir d'évaluations cliniques et économiques, soit soumis à tous les intervenants, y compris les aîné-e-s et leurs organismes, afin qu'ils conviennent des priorités et que l'on évite toute discrimination.**

4. GESTION DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Le système canadien de soins de santé subventionné par l'État a encouragé la prolifération de technologies dans le système parce que ni le patient ni le professionnel de la santé ne répond des coûts des services technologiques. Bien que dans le contexte économique actuel, où chaque dollar investi dans les soins de santé doit être rentabilisé au maximum, il soit désormais plus difficile d'introduire de nouvelles technologies dans

le système sans les avoir évaluées, bon nombre des technologies présentes sont mal utilisées ou le sont de façon excessive. De plus, on reproche aux professionnels de la santé d'ignorer les coûts et la véritable utilité des tests et des traitements qu'ils prescrivent.²⁶

Le recours à la réglementation pour supprimer certaines technologies du réseau de la santé ne semble pas le moyen idéal de gérer l'utilisation de technologies de la santé. Il semble plus prometteur de promouvoir l'usage approprié et rentable des technologies de la santé en accordant certains avantages aux établissements et aux praticiens qui utilisent les données tirées d'évaluations technologiques lorsqu'ils doivent prendre des décisions.²⁷

La modification du mode de financement des soins de santé et de gestion des services est une solution qui a été proposée pour promouvoir l'utilisation de données fournies par les évaluations technologiques. La rémunération à l'acte comme méthode de rémunération des médecins semble avoir encouragé la prestation excessive de services, dont la sur utilisation de services technologiques.²⁸ Comme on l'a mentionné dans *La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé: le point de vue des aîné-e-s* (1995), la rémunération par le biais d'un salaire ou de la capitation (c'est-à-dire payer au médecin un montant fixe pour chaque patient de sa pratique) réduit la prestation excessive de services. Pour inciter les médecins à offrir des services technologiques additionnels lorsque le patient en a besoin, on pourrait combiner salaire ou capitation à une rémunération à l'acte pour certains services.

Le CCNTA recommande donc à nouveau que:

- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux adoptent des méthodes de rémunération des médecins qui combinent le salaire ou la capitation avec des mesures incitatives qui favorisent l'usage approprié des technologies de la santé.**

On a également lancé l'idée d'un système de paiements préétablis où les paiements effectués dans le cadre du régime d'assurance-maladie reposeraient non sur une facture détaillée des services déjà rendus, mais plutôt sur une somme préalablement calculée à partir du diagnostic posé lors de l'admission et d'autres caractéristiques qui influent sur le traitement (comme l'âge, le sexe, les antécédents médicaux).²⁹ Une troisième option consiste à utiliser l'information tirée des évaluations technologiques pour établir des protocoles cliniques qui orienteraient la pratique de telle sorte que chaque technologie serait utilisée à bon escient; par exemple, on pourrait informer les chirurgiens que certaines interventions ne doivent être pratiquées qu'auprès de patients présentant un diagnostic ou un profil donné.³⁰ Si, en théorie, ces méthodes semblent attirantes, elles n'ont cependant pas été convenablement évaluées dans la pratique. L'application généralisée de ce genre de mesures pourrait avoir un effet discriminatoire, sinon directement dommageable, si on ne tient pas compte de la diversité des besoins en soins de santé. Par exemple, si le régime des paiements préétablis incite les hôpitaux à offrir aux patients le traitement le moins coûteux possible, il se pourrait que des personnes qui présentent des pathologies multiples ou des complications soient lésées; ce genre de situation s'appliquerait fréquemment aux aîné-e-s.

Le CCNTA recommande que:

- **Les ministères de la santé dans les provinces et les territoires évaluent différentes façons de promouvoir l'utilisation, dans la pratique clinique, de l'information fournie par les évaluations technologiques et qu'ils adoptent les méthodes les plus efficaces et les plus aptes à répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé complexes.**

En plus de modifier la structure des avantages offerts dans le système de soins de santé, il faudrait songer à former les médecins et les autres intervenants en santé afin qu'ils demeurent au courant des résultats d'évaluations technologiques et de la façon de s'en servir.³¹ Il va sans dire que les programmes de formation de base des professionnels, tant les cours que les stages en milieu clinique et les internats, devraient insister tant sur l'acquisition d'une attitude critique face aux technologies de la santé que

sur les compétences dans l'évaluation de données de recherches sur les technologies nouvelles (et celles qui existent déjà). On encourage particulièrement les cliniques et les hôpitaux universitaires à donner le ton sur ce plan.

Le CCNTA recommande que:

- **Les programmes d'études en santé offerts dans les universités et les collèges, y inclus les cliniques et les hôpitaux d'enseignement, sensibilisent les étudiants à la nécessité de se tenir au courant de l'évaluation des technologies de la santé et de modifier en conséquence leur recours à ces technologies.**

Comme on l'a déjà mentionné dans *La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé: le point de vue des aîné-e-s* (1995), une modification de pratiques bien établies parmi les professionnels de la santé ne peut se faire par la simple diffusion de données nouvelles dans les revues spécialisées ou dans les cours de perfectionnement professionnel. Plusieurs méthodes sont susceptibles de promouvoir une utilisation accrue de l'information tirée des évaluations technologiques parmi les professionnels de la santé, soit l'assujettissement de la pratique à des vérifications indépendantes et les possibilités d'études de cas, la mise à l'essai de nouveaux modes de pratique et l'exemple donné par les leaders d'opinion locaux.³² David Feeny, économiste dans le domaine de la santé, mentionne que pour être efficace, l'information tirée d'évaluations technologiques doit faire l'objet d'une promotion délibérée et énergique.³³ Ainsi, afin de promouvoir l'utilisation de l'information tirée des évaluations technologiques dans la pratique clinique, **le CCNTA réitère sa recommandation, à savoir que:**

Les associations professionnelles et les établissements de santé mettent sur pied des cours de perfectionnement professionnel continu, des comités d'examen par les pairs, des vérifications indépendantes des pratiques et d'autres méthodes efficaces pour renseigner les praticiens sur l'utilisation appropriée des technologies de la santé.

5. L'APPLICATION DE LA TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ À UNE CLIENTÈLE ÂGÉE: COMMENT TROUVER L'ÉQUILIBRE

L'absence de discernement dans l'utilisation des technologies de la santé a une conséquence grave: elle accroît l'intensité des soins dispensés aux aîné-e-s. Selon des données recueillies en Colombie-Britannique, le taux d'hospitalisation des aîné-e-s a augmenté de 14 % entre 1969 et 1987, alors qu'il a diminué de 16 % pour le reste de la population.³⁴ Cette hausse est attribuable surtout à une multiplication des interventions pratiquées chez les aîné-e-s, mais dont l'efficacité pourrait être remise en question.

L'utilisation excessive et non appropriée des technologies de la santé pour diagnostiquer et traiter des maladies chez les aîné-e-s est un des éléments contribuant à l'augmentation de l'intensité des services, d'où l'augmentation des coûts des soins dispensés à ce groupe d'âge.³⁵ En plus d'être plus chers, les soins technologiques accrus ne sont pas désirés par beaucoup d'aîné-e-s. Avec les possibilités qu'offre la haute technologie en médecine, la crainte d'être soumis à un acharnement thérapeutique, qui pourrait prolonger leur vie sans en améliorer la qualité pousse beaucoup de gens à réclamer la légalisation de directives anticipées, comme le testament de vie, et d'autres moyens de refuser les traitements. Ce genre de pratique a pour autre conséquence de renforcer le mythe selon lequel c'est le vieillissement et non l'usage inefficace et non approprié du système qui est responsable de l'escalade des coûts des soins de santé.³⁶ Cet argument contestable a déjà été invoqué pour justifier l'adoption de mesures discriminatoires et arbitraires à l'égard des aîné-e-s en ce qui a trait à l'affectation des ressources.³⁷

S'il est vrai que les aîné-e-s risquent de recevoir des soins excessifs, paradoxalement, les risques d'excès contraires existent aussi. Par exemple, les médecins Carl Kjekstrand et Henry Moody ont montré récemment que les taux d'admission de personnes de 65 ans et plus dans des programmes de dialyse au Canada sont inférieurs à ceux enregistrés aux États-Unis, en dépit du fait que les dialysés plus âgés sont plus sereins que les patients plus jeunes et qu'ils acceptent plus facilement les contraintes imposées par le traitement.³⁸ La raison invoquée par ces auteurs est que les médecins, à

cause du contexte économique, se voient obligés de limiter l'accès aux interventions technologiques. Le critère le plus souvent retenu est l'âge. Il arrive que les médecins tiennent compte de l'âge du patient, même quand ce facteur n'est pas déterminant pour le pronostic, lorsqu'il s'agit de déterminer jusqu'où ils doivent pousser le traitement. Pour que les aîné-e-s reçoivent les soins appropriés, les analystes de la santé Helen Kapila et Nicholas Cori sont d'avis que:

les médecins doivent atteindre un difficile équilibre entre, d'une part, la volonté de protéger le malade contre le zèle de certains acharnés et, d'autre part, celle de voir à ce qu'il ne soit pas condamné à recevoir des services de second ordre, privé des bienfaits incontestés des percées actuelles de la médecine.³⁹ [traduction libre]

Pour atteindre cet objectif, il faut mesurer les avantages et les risques de chaque intervention technologique cas par cas, indépendamment de l'âge (ou de toute autre caractéristique sociale), en tenant compte des ressources physiques, sociales et psychologiques et des valeurs personnelles de chaque malade. Pour les aîné-e-s, cette évaluation peut être fournie de manière efficace par une équipe d'évaluation gériatrique multidisciplinaire.⁴⁰

Pour cette raison, le CCNTA réitère la recommandation formulée dans *La position du CCNTA sur le quatrième âge: maintenir la qualité de la vie (1993)*, à savoir que:

- **Chaque région dispose d'unités offrant des services d'évaluation gériatrique et de traitement (ou l'équivalent) comprenant des équipes interdisciplinaires à qui les médecins de première ligne et les spécialistes pourront s'adresser.**

Enfin, les professionnels de la santé doivent savoir comment communiquer de manière impartiale tout résultat d'une évaluation des avantages et des risques associés à une intervention technologique pour que les malades âgés puissent participer pleinement à la prise de décisions qui les concernent.

Le CCNTA recommande que:

- **Les programmes destinés aux professionnels de la santé dans les collèges et universités combattent les stéréotypes susceptibles de fausser les jugements cliniques concernant les aîné-e-s; qu'ils leur apprennent à communiquer clairement aux aîné-e-s toutes les données cliniques qui les concernent pour que ces derniers puissent prendre des décisions éclairées relativement aux interventions technologiques.**

Les instruments dont disposent les patients pour exercer leur autodétermination, comme les directives anticipées-et les testaments de vie, peuvent limiter le recours aux interventions technologiques qui ont pour effet de prolonger la vie au détriment de la qualité de vie. Quoi qu'il en soit, comme l'indique *La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé: le point de vue des aîné-e-s* (1995), il ne faudrait pas se servir indûment de ces instruments pour refuser aux aîné-e-s des traitements potentiellement bénéfiques sous prétexte qu'ils sont trop coûteux ou trop peu accessibles pour être 'gaspillés' auprès d'une personne âgée. Étant donné la gravité des conséquences d'une sur utilisation et d'une sous-utilisation des interventions technologiques chez les aîné-e-s, **le CCNTA réitère les recommandations formulées dans son précédent document de principe, à savoir que:**

- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux reconnaissent légalement des mesures visant à accroître la capacité de chaque individu à exercer son droit à l'autodétermination dans toute décision touchant ses soins de santé.**
- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent qu'il y ait des comités de déontologie dans tous les hôpitaux et institutions de soins prolongés, afin de surveiller l'application de directives anticipées, de procurations ou de testaments de vie pour qu'ils ne soient pas détournés de leur intention première et ne servent pas à refuser les traitements à des patients qui en ont besoin et qui y ont droit.**

6. AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PAR LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

L'informatisation des dossiers médicaux est en cours dans la plupart des provinces et des territoires. Un système d'information de la santé intégré présente de nombreux avantages,⁴¹ entre autres,

- une comptabilisation exacte des coûts de tous les services de santé, y compris des technologies de la santé,
- la prévention de l'utilisation frauduleuse des cartes d'assurance-maladie,
- la diffusion continue d'information auprès des patients et leur protection contre les traitements non appropriés (y compris les ordonnances multiples ou l'incompatibilité des médicaments prescrits), et
- l'extraction de données épidémiologiques complètes aux fins de la planification des services de santé.

À l'heure actuelle, la majorité des provinces se livrent à des expériences technologiques, avec la 'carte à puce' individuelle, surtout dans le but d'étudier les pratiques courantes en matière de prescription de médicaments. Grâce à des données justes sur les pratiques de prescription, les dossiers de santé informatisés fourniront des indices additionnels pour l'élaboration de stratégies capables de réduire la surmédication et l'usage inapproprié des médicaments chez les aîné-e-s.⁴² Ce n'est qu'avec l'informatisation complète des dossiers médicaux, cependant, que les bienfaits possibles de cette technologie se feront sentir au chapitre de l'utilisation de tous les services médicaux, y compris les technologies de diagnostic et de traitement.

Le CCNTA recommande que:

- **Les ministères de la santé provinciaux et territoriaux surveillent la prestation en de tous les services de santé assurés au moyen d'un système informatique intégré afin de protéger les gens contre des services inappropriés ou excessifs.**

CONCLUSION

Si on sait les appliquer judicieusement, les promouvoir efficacement et les mettre au service du bon patient et au bon moment, les progrès technologiques accomplis dans le domaine des soins de santé peuvent améliorer considérablement la durée, la qualité de vie et l'autonomie-ainsi que limiter le coût des soins de santé. Les technologies d'aide fonctionnelle peuvent beaucoup améliorer l'autonomie et le bien-être des aîné-e-s et de leurs aidants informels. On doit donc faire plus pour les adapter aux besoins des utilisateurs âgés, en favoriser la promotion et l'accessibilité. On doit aussi veiller à rendre leur usage plus acceptable pour les utilisateurs. Des efforts en vue d'améliorer le rapport coût-efficacité du système de santé ont abouti à l'adoption d'une approche plus critique face à l'introduction de nouvelles technologies. D'autres mesures sont toutefois nécessaires afin d'inciter les professionnels de la santé à utiliser la technologie de façon appropriée, surtout en ce qui a trait aux soins fournis aux aîné-e-s. Enfin, on doit implanter le plus possible des systèmes informatisés qui permettent d'effectuer un suivi de la prestation des services afin de protéger les aîné-e-s contre l'usage inapproprié des technologies de la santé.

NOTES

- 1) Aux États-Unis, on estime que les nouvelles technologies ont contribué pour 25 % à l'augmentation du budget des soins de santé, alors qu'au Royaume-Uni, ce chiffre varie de 30 à 40 %.

U. S. Congress House. Select Committee on Aging. *Technology and the aging: Rationalizing or rationing*. U. S. Government Printing Office: Washington, D. C., 1984.

Jennett, B. *High technology medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

- 2) Angus, D. E. et al. *Sustainable health care for Canada*. Ottawa: Queen's-University of Ottawa Economic Projects, 1995.
- 3) Statistique Canada. *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*. Catalogue 82-615, Vol. 1. Ottawa: 1990.
- 4) Statistique Canada, op. cit.

Mann, W. C. et al. Assistive devices for home-based elderly persons with cognitive impairments. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 8, 2, (1992): 35-52.

Mann, W.C., Hurren D. et M. Tomita. Assistive device needs of home-based elderly persons with hearing impairments. *Technology and Disability*, 3, 1, (1994): 47-61.

- 5) D'après l'Enquête sur les limitations d'activités, 31 % des aîné-e-s qui auraient besoin d'un appareil auditif, 10 % de ceux ou celles qui auraient besoin d'une aide visuelle et 27 % de ceux ou celles qui auraient besoin de logements adaptés, en raison de leur incapacité, n'en ont pas.

Statistique Canada, op. cit.

- 6) Mann W. C. et al. (1992), op. cit.
- 7) Ainsi, la SCHL a publié un rapport intitulé *Choix de logements au Canada pour les personnes handicapées*. (Ottawa: 1992). La Société a aussi présenté dans les grandes villes du Canada une 'maison témoin' qui intègre bon nombre d'aménagements prévus pour les personnes handicapées.

grandes villes du Canada une 'maison témoin' qui intègre bon nombre d'aménagements prévus pour les personnes handicapées.

- 8) Chappell, N. Technology and aging. *Journal of Canadian Studies*, 28, 1 (1993): 45-58.
 - 9) Mann, W. C., Hurren D. et M. Tomita. Comparison of assistive device use and needs of home-based older persons with different impairments. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, II (1993): 980-987.
 - 10) Chappell, N., op. cit.
 - 11) Chappell, N., op. cit.
 - 12) Ellis-Hale, K. et al. *Policy and service implications of economic barriers to AAC services for older adults*. Exposé présenté dans le cadre de la International Conference on Communication, Aging and Health, Hamilton (Ontario), le 13 mai 1994.
 - 13) Mann, W. C., Hurren, D. et M. Tomita, op. cit.
 - 14) Feeny, D. Technology assessment and health policy in Canada. In *Limits to care: Reforming Canada's health system in an age of restraint*. Blomqvist, A. et D.M. Brown (éds). Toronto: C.D. Howe Institute, 1994: 295-326.
 - 15.) Feeny, D., Guyatt, G. et P. Tugwell (éds). *Health care technology: Effectiveness, efficiency and public policy*. Montréal: Institut de recherches politiques, 1986.
 - 16) On expérimente habituellement un nouvel examen diagnostique ou une nouvelle thérapie sur quelques patients qui semblent être de bons candidats. Il existe deux types de comparaison des résultats: avec l'actuel par rapport à l'état antérieur des patients ou à ceux des patients traités dans le passé. Cette façon de procéder cause toutefois problème car il arrive régulièrement que ces études exagèrent l'utilité de la nouvelle procédure.
- Rachlis, M. et C. Kushner. *Strong medicine: How to save Canada's health care system*. Toronto: Harper Collins, 1994: 107.
- 17) Feeny, D., op. cit.

- 18) Les pontages intra-extracrâniens utilisés dans la prévention des accidents cérébrovasculaires est un exemple de technologie qui a été évaluée seulement après avoir été couramment acceptée dans la pratique médicale. À priori, on pensait qu'en leur faisant un pontage à une artère crânienne partiellement bloquée, les patients seraient moins susceptibles de faire une attaque mortelle ou débilante. Les chirurgiens les plus renommés au monde ont raffiné cette technique. Mais quand la chirurgie a fait l'objet d'une évaluation clinique, on a découvert que les patients qui avaient reçu un traitement médical régulier avaient plus de chances de survivre qu'avec la nouvelle méthode.

Feeny, D., op. cit., p. 302

- 19) Rachlis, M. et C. Kushner. *Second opinion: What's wrong with Canada's health care system and how to fix it*. Toronto: Collins, 1989.

- 20) Parmi les organismes d'évaluation des technologies de la santé, il y a le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), le B.C. Office of Health Technology Assessment et le bureau des technologies de la santé du ministère de la Santé de l'Alberta. Au nombre des centres de recherche sur les services de santé, on compte le Institute for Clinical Evaluative Studies de l'Université de Toronto, le Centre for Health Economics and Policy Analysis de l'Université McMaster, le Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation de l'Université du Manitoba et le Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique.

Feeny, D., op. cit.

- 21) Feeny, D., op. cit.

- 22) Entretien personnel avec David Menon, directeur général de l'OCCETS, juin 1994. De plus, un examen du *Répertoire des projets canadiens d'évaluation des technologies de la santé* (3e édition, 1994) a montré que moins de 20 des 200 projets d'évaluation recensés portaient sur les technologies utilisées pour le traitement des maladies chroniques. Les projets cités concernaient des appareils et des techniques utilisés pour les douleurs au cou et au dos, l'hypertension, les migraines, les troubles du sommeil, les troubles sensoriels et moteurs et l'arthrite.

- 23) Caplan, A.R. *If I were a rich man, could I buy a pancreas?* Bloomington, Illinois: Indiana University Press, 1992: 221.

- 24) Laupacis, A. et al. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 146, 4, (1992): 473-481.
- 25) Ibid.
- 26) Vilardelli, F. Ethical problems of medical technology. *Bulletin du PAHO*, 24, 4, (1990): 379-385.
- Rachlis, M. et C. Kushner, op. cit.
- 27) D. Feeny (op. cit.) affirme que lorsqu'on aborde la politique concernant la technologie sous l'angle de la réglementation, on passe à côté du point essentiel, à savoir que la plupart des technologies de la santé sont relativement bien adaptées à certaines circonstances et relativement mal adaptées à d'autres circonstances. L'important, lorsqu'on veut mieux gérer le réseau de soins de santé, est de faire en sorte que chaque technologie soit utilisée à bon escient. La réglementation pourrait servir à éliminer de la gamme des technologies existantes, celles qui sont inefficaces, mais le gros du problème de gestion des technologies demeurerait entier. (p. 319)
- 28) Il est probable que le taux élevé des chirurgies et d'examen diagnostiques effectués au Canada est le résultat des incitatifs économiques pervers propres à notre système de rémunération.
- Rachlis, M. et C. Kushner (1989), op. cit., p. 38.
- 29) Blomqvist, A. Introduction: Economic issues in Canadian health care. In *Limits to care: Reforming Canada's health system in an age of restraint*. Blomqvist, A. et D.M. Brown (éds). Toronto: C.D. Howe Institute, 1994: 3-50.
- 30) Soderstrom, L. Health care reform in Canada: Restructuring the supply side. In *Limits to care: Reforming Canada's health system in an age of restraint*. Blomqvist, A. et D.M. Brown (éds). Toronto: C.D. Howe Institute, 1994: 217-265.
- 31) L'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé diffuse un bulletin à grand tirage qui contient des renseignements sur les évaluations et symposia sur les technologies de la santé.

- 32) Davis, D.A. et al. Evidence for the effectiveness of CME: A review of 50 randomized trials. *Journal of the American Medical Association*, 268, 9, (1992): 1111-1117.
- Shroeder, S.A. et al. The failure of physician éducation as a cost-containment strategy. *Journal of the American Medical Association*, 252, 2, (1984): 225-230.
- 33) Feeny, D., op. cit., p. 321.
- 34) Anderson, G.M. et al. Acute care hospitalization under Canadian national insurance: The British Columbia experience. *Inquiry*, 27 (hiver 1990): 352-358.
- 35) L'intensité des soins dispensés aux aîné-e-s dans le réseau de soins de santé se traduit par une augmentation de la fréquence et de la durée de l'hospitalisation ainsi que par un recours proportionnellement plus grand aux technologies dans la prise en charge de ces patients.
- Anderson G.M. et al., op. cit.
- Hertzman, C. et al. Flat on your back or back to your flat: sources of increased hospital utilization among the elderly in British Columbia. *Social Science Medicine*, 30, 7, (1990): 819-828.
- 36) D'après Morris Barer et d'autres spécialistes de l'économie médicale, si crise il y a, elle est attribuable à une augmentation disproportionnée de l'utilisation de services de santé dispensés par des médecins à la population âgée, et non à l'accroissement du nombre d'usagers potentiels à cette population. (p. 861)
- Barer, M. et al. Aging and health utilization: New evidence on old fallacies. *Social Science Medicine*, 24, 10, (1987): 851-862.
- Une évaluation des facteurs responsables de l'augmentation des frais reliés aux soins de santé entre 1980 et 1990, indique que le vieillissement de la population n'a que peu d'effet, contribuant moins que 5 % mais touchant certains secteurs plus que d'autres.
- Angus, D.E. et al. Sustainable health care for Canada. Ottawa: Queen's University of Ottawa Economic Projects, 1995.
- 37) Callaghan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society*. New York: Simon & Shuster, 1987.

- 38) Kjellstrand, C.M. et H. Moody. Hemodialysis in Canada: a first-class medical crisis. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 150, 7, (1994): 1067-1071.

Le gériatre William Dalziel, à Ottawa, fait remarquer qu'il y a certains exemples de technologies sous-utilisées. Si on considère que la vaccination contre la grippe est une technologie, elle demeure malheureusement sous-utilisée malgré les résultats d'une enquête au Minnesota qui dit qu'elle permet des économies de 100 \$ US par vaccin.

- 39) Kapila, H. et N. Cori. The application of modern diagnostic and therapeutic techniques to aged patients. *Ageing and Society*, 9, 1, (1989): 175.
- 40) Gayton, D. Principes de base et but de l'évaluation gériatrique. In *Évaluation gériatrique: l'expérience canadienne*. Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.). Ottawa: 1991: 25-46.
- 41) MacIntosh, R. *Information technology for health care in Ontario*. Ottawa: document de référence du C.D. Howe Institute, le 12 janvier 1995.
- 42) Angus, D.E. et al., op. cit.

**POSITIONS
DU
CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME-ÂGE**

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés. février 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle: soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada: maintenir la qualité de la vie, janvier 1993.
14. La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement, février 1993.
15. La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes aînées, septembre 1993.
16. La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s: progrès et défis, février 1995.
17. La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé: le point de vue des aîné-e-s, février 1995.
18. La position du CCNTA sur les technologies de la santé et le vieillissement, mai 1995.

REMERCIEMENTS

Le Conseil remercie le personnel de la Division du vieillissement et des aînés pour sa contribution à l'élaboration de *La position du CCNTA sur la technologie de la santé et le vieillissement*.

Recherche: Louise Plouffe

Révision: Le personnel de l'Office des affaires publiques

Présentation: Sonia Gauthier