

**La position du CCNTA  
sur les services de santé communautaires  
destinés aux aîné-e-s: progrès et défis**

**TABLE DES MATIÈRES**

<b><u>EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE?</u></b> .....	Page 3
<b><u>MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE</u></b> .....	Page 3
<b><u>VALEURS DU CCNTA</u></b> .....	Page 4
<b><u>LA POSITION DU CCNTA EN BREF</u></b> .....	Page 5
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	Page 8
<b><u>LES AVANTAGES DES SERVICES COMMUNAUTAIRES</u></b> .....	Page 9
<b><u>L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SOINS COMMUNAUTAIRES</u></b> .....	Page 10
<b><u>L'ÉVALUATION DES DERNIERS DÉVELOPPEMENTS</u></b> .....	Page 12
<b><u>La décentralisation des décisions et de la     prestation des soins de la santé</u></b> .....	Page 12
<b><u>Le modèle de soins de la santé par guichet unique</u></b> .....	Page 13
<b><u>Le financement des services communautaires</u></b> .....	Page 14
<b><u>Le morcellement des services</u></b> .....	Page 17
<b><u>Les établissements de soins prolongés</u></b> .....	Page 18
<b><u>LES BESOINS DES AÎNÉ-E-S APPARTENANT À DES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES</u></b> .....	Page 19
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	Page 21
<b><u>NOTES</u></b> .....	Page 22
<b><u>POSITIONS DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE</u></b> .....	Page 27
<b><u>REMERCIEMENTS</u></b> .....	Page 28

**LA POSITION DU CCNTA  
SUR LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES  
DESTINÉS AUX AÎNÉ-E-S: PROGRÈS ET DÉFIS**

**Cette position a été adoptée à l'unanimité par  
les membres du CCNTA à la 41<sup>e</sup> réunion  
du Conseil, les 7 au 9 février 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  
Ottawa (Ontario)  
KIA OK9  
tél: (613) 957-1968  
fax: (613) 957-7627

John MacDonell, MD, FRCP(C)  
Président

Susan Fletcher  
Directrice exécutive  
Direction des aînées et aînés

La Direction des aînées et 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<sup>ère</sup> impression, 1995.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1995  
N° de cat.: H-71-2/2-16-1995  
ISBN: 0-662-61701-0

**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<sup>er</sup> 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, 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 font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

**MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE**

(au 9 février 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 EN BREF

Dans ce rapport, le CCNTA évalue les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s au Canada, et identifie les obstacles et les lacunes. Ce rapport se fonde sur un examen des politiques récentes de santé, et résulte également de consultations téléphoniques menées auprès de 42 porte-parole d'associations d'aîné-e-s, de fournisseurs de services, de conseils d'aîné-e-s provinciaux, des gouvernements provinciaux et d'experts en soins communautaires. Le CCNTA tient compte des progrès réalisés dans les domaines suivants: décentralisation de la prise de décision, de la planification et de la prestation de services; établissement d'un système coordonné des soins de la santé à guichet d'accès unique; réallocation des ressources vers les soins de santé communautaires; élimination du morcellement entre les services sociaux et médicaux; assurance d'un continuum des soins de santé incluant les soins de santé en établissement; prestation de services adaptés aux différentes cultures. Partant de ces données, le CCNTA a formulé les recommandations suivantes, qui visent à améliorer les services communautaires destinés aux aîné-e-s.

Pour garantir aux aîné-e-s l'accès aux services communautaires dans un contexte de régionalisation de prise de décision et de prestation de services, le CCNTA recommande que:

**Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de la santé.**

**Les provinces et territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions et établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux et territoriaux.**

Pour fournir des services communautaires dans une perspective qui améliore la qualité des soins ainsi que le rapport coût-efficacité, le CCNTA recommande que:

**Le modèle de soins par guichet unique permettant d'accéder à tous les services soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.**

**Les gouvernement fédéral, provinciaux et territoriaux insistent, par des programmes d'éducation publique, sur les avantages que tireront les aîné-e-s et les aidant-e-s d'un système de soins utilisant le guichet unique.**

Pour garantir le financement adéquat des services communautaires, le CCNTA recommande que:

**Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.**

**Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification à titre de partenaire égal.**

Pour réduire le morcellement entre les services médicaux et les services sociaux dans la plupart des provinces, le CCNTA recommande que:

**Le gouvernement fédéral établit des critères nationaux régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le financement des provinces et des territoires au respect de ces critères.**

Afin que les aîné-e-s puissent continuer d'avoir accès, dans le continuum des soins de santé nécessaires et aux soins en établissement, le CCNTA recommande que:

**Les gouvernements provinciaux et territoriaux prévoient, dans les exercices de planification un nombre de places adéquates dans les établissements de soins prolongés.**

Enfin, pour répondre aux besoins des aîné-e-s des minorités ethnoculturelles, le CCNTA recommande que:

**Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soutiennent les bénévoles et les associations bénévoles qui promouvaient l'accès des aîné-e-s aux services communautaires sociosanitaires qui sont adaptés aux cultures et qu'ils leur offrent de la formation.**



# **LA POSITION DU CCNTA SUR LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DESTINÉS AUX AÎNÉ-E-S: PROGRÈS ET DÉFIS**

## **INTRODUCTION**

Depuis sa création en 1980, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a reconnu que l'accent placé sur la prestation de soins de santé en établissement devrait être reporté vers les centres de services communautaires afin de mieux répondre aux besoins de santé d'une population croissante d'aîné-e-s. De nombreux examens des politiques de santé effectués par les provinces vers la fin des années 1980 ont mené aux mêmes conclusions. Ainsi, pour mieux orienter cette expansion des services communautaires, le CCNTA a publié en 1990 un document intitulé *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s*. Le CCNTA y recommandait fortement que les services de santé communautaires soient reconnus comme faisant partie intégrante du système de prestation des soins de santé aux aîné-e-s, et cela, pour plusieurs raisons: ils préviennent ou reportent l'institutionnalisation; ils favorisent l'intégration sociale des aîné-e-s; ils répondent aux besoins changeants de leur santé de façon souple et intégrée; et, ils apportent un soutien aux aidant-e-s naturels.

Quatre années et une récession importante se sont écoulées depuis la parution de ce document de principes et l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé, a demandé au CCNTA de la conseiller sur «les failles qui pourraient apparaître dans le système de soins de la santé lors de la transition des soins en établissement aux soins communautaires». Le Conseil a donc entrepris d'évaluer les progrès réalisés jusqu'à ce jour dans la mise en oeuvre des services de santé communautaires au Canada et d'en cerner les problèmes et failles. Il a étudié diverses critiques et examens récents des politiques de santé et a mené une consultation téléphonique auprès de 42 porte-parole d'associations d'aîné-e-s, de fournisseurs de services, de conseils consultatifs provinciaux, de hauts-fonctionnaires des gouvernements provinciaux et d'experts en soins de santé communautaires. Grâce aux renseignements ainsi recueillis, le CCNTA a

formulé des recommandations précises visant à améliorer les services communautaires aux aîné-e-s.

## **1. LES AVANTAGES DES SERVICES COMMUNAUTAIRES**

Les services communautaires sont l'ensemble des services offerts au sein d'une collectivité dans le but d'aider des personnes à conserver ou retrouver le maximum d'autonomie et d'indépendance en veillant à leur bien-être physique, mental ou social. Ces services comprennent, entre autres, les services d'information et de référence, les services de coordination, les services des divers professionnels de la santé, ainsi qu'une gamme de services de soutien (soutien personnel ou social, services de logement, promotion de la santé, services de répit et transport).<sup>1\*\*</sup> Ces services sont organisés, subventionnés et offerts par l'entremise d'organismes communautaires.<sup>2</sup> Les services de santé communautaires peuvent coûter moins cher que l'hospitalisation ou les soins prolongés en établissement;<sup>3</sup> ils constituent une meilleure façon de répondre aux besoins des nombreux aîné-e-s ayant des maladies chroniques; et surtout, ils correspondent aux désirs de la majorité des aîné-e-s de vieillir à leur domicile, ou de 'vieillir sur place' le plus longtemps possible.

Les personnes consultées par le CCNTA en 1994 ont réaffirmé que les services communautaires contribuaient à la qualité de vie des aîné-e-s de plusieurs façons, dont les suivantes:

- En demeurant à domicile, les aîné-e-s conservent leur confiance en eux et leur autorité à prendre des décisions; ce sentiment de contrôle réduit le stress et leur donne une certaine tranquillité d'esprit

---

**\*\* Toutes les références sont rassemblées à la fin du texte**

- Puisque le domicile est le cadre normal de vie, le fait d'y demeurer permet de conserver d'importants liens avec les membres de la famille et les ami-e-s
- En demeurant dans le m me quartier et le m me milieu culturel, les aîné-e-s conservent un sentiment de sécurité et d'appartenance qui les aide à se sentir intégrés à la société, malgré leurs handicaps.

## **2. L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SOINS COMMUNAUTAIRES**

Lors de sa mise en oeuvre au début des années 1970, le système canadien de soins de la santé visait à soigner les malades en offrant des services médicaux et d'hospitalisation. Les soins couverts par l'assurance-maladie pour les personnes ayant des handicaps ou des maladies chroniques étaient dispensés par des établissements de soins prolongés (résidences pour personnes âgées ou hôpitaux pour malades chroniques). Les provinces ont vite compris que ce type de soins ne convenait pas au nombre croissant d'aîné-e-s ayant des handicaps fonctionnels: l'ajout de lits dans les hôpitaux de soins prolongés était non seulement onéreux, mais de plus, les demandes de services de santé communautaires en provenance des aîné-e-s et de leurs défenseurs devenaient plus insistantes.

Vers la fin des années 1970, les provinces ont mis sur pied divers programmes de services communautaires en injectant de l'argent frais au système, plutôt qu'en modifiant l'allocation de fonds du secteur des soins intensifs.<sup>4</sup> En règle générale, les services de soutien n'étaient pas jugés essentiels du point de vue strictement médical. La plupart des provinces ont donc développé un système combinant les soins de la santé couverts par l'assurance-maladie et les services sociaux, octroyés selon les moyens, couverts partiellement par le Régime d'assistance publique du Canada. Conséquemment, les soins de la santé et les services sociaux étaient offerts par différents ministères ou divisions à l'intérieur d'un ministère donné.

Les arrangements de financement des soins de la santé entre le gouvernement fédéral et les provinces devaient être chambardés au cours de la décennie suivante, alors

que le gouvernement fédéral réduisait graduellement ses paiements de transferts à ce chapitre. En vertu de la *Loi sur les programmes établis* de 1977, les provinces obtenaient une plus grande souplesse d'allocation des ressources du système de soins de la santé leur permettant de financer d'autres programmes que les seuls hôpitaux et services médicaux. En contrepartie, elles devaient défrayer une part plus importante des dépenses de soins de la santé. L'augmentation des dépenses de soins de la santé, la courbe de croissance démographique, les pressions des groupes d'aîné-e-s et la réalisation de recherches suggérant divers services de santé plus économiques, ont tôt fait de provoquer la tenue d'examen approfondis et l'élaboration de projets de réforme du système de soins de la santé dans toutes les provinces.

Ces projets de réforme dans toutes les provinces ont de nombreux points communs et tentent tous de répondre aux besoins en soins de la santé d'une population vieillissante.<sup>5</sup> D'ailleurs, tous les énoncés de politiques soulignent l'importance des valeurs d'indépendance, d'autodétermination, de sécurité et d'intégration sociale pour les aîné-e-s. Parmi les propositions communes sur les services de santé communautaires, notons les suivantes:

- La décentralisation de la prise de décisions, de la planification et de la prestation des services
- L'établissement d'un système coordonné des soins de la santé et des services sociaux à guichet d'accès unique
- La réallocation des ressources afin de déplacer le centre d'intérêt des soins en établissement vers les soins de santé communautaires
- L'élimination du morcellement entre les services sociaux et médicaux
- L'assurance d'une continuité des soins, incluant les soins en établissement.

Ces propositions trouvent leur source dans les objectifs de politiques communs à toutes les compétences. Parmi ces objectifs, soulignons les suivants: améliorer l'efficacité et l'économie du système de soins de la santé; contribuer au maintien de la santé; répondre à la demande d'une plus grande participation des patients, patientes, citoyens et citoyennes au processus décisionnel;<sup>6</sup> et rendre le processus d'établissement des priorités et d'allocation des ressources plus transparent et imputable.<sup>7</sup>

### **3. L'ÉVALUATION DES DERNIERS DÉVELOPPEMENTS**

Le CCNTA a entrepris des consultations et une étude des rapports pertinents qui lui ont permis de mesurer les progrès accomplis au regard des propositions de politiques provinciales tout en cernant les défis qui subsistent.

#### **3.1 La décentralisation des décisions et de la prestation des soins de la santé**

Les participantes à la consultation du CCNTA nous ont confirmé que la plupart des provinces avaient mis en place des conseils régionaux de la santé, ou prévoyaient le faire. La création de ces conseils visait à décentraliser la prestation des services de santé et à accroître la participation de la collectivité. Plusieurs personnes ont souligné l'importance de rapprocher le processus décisionnel de la collectivité. Elles voient aussi d'un bon oeil la participation des utilisateurs aux conseils régionaux de la santé. On s'inquiète toutefois de ce que les utilisateurs siégeant à ces conseils aient, en réalité, moins de pouvoirs que les fournisseurs de services ou les administrateurs. De plus, la régionalisation du processus décisionnel pourrait mener à des normes variables aux plans de la qualité des services ou de l'accès aux services.<sup>8</sup>

Afin de garantir que la régionalisation des soins de la santé atteigne ses principaux objectifs d'imputabilité de la collectivité,

**le CCNTA recommande que:**

**Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de la santé.**

Afin que le droit à l'égalité de tous les Canadiennes et Canadiens soit respecté par le processus de régionalisation,

**le CCNTA recommande que:**

**Les provinces et territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions et établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux et territoriaux.**

### **3.2 Le modèle de soins de la santé par guichet unique**

Le modèle de coordination des services fondé sur le guichet unique est considéré comme un excellent système tant par les économies qu'il permet de réaliser que par la souplesse, la qualité et la continuité des soins qu'il permet d'offrir.<sup>9</sup> En adoptant une démarche

personnalisée, les organismes de services coordonnés aident les aîné-e-s et leurs aidant-e-s à reconnaître leurs besoins, à fixer des objectifs et à obtenir un accès convenable et ponctuel à toute la gamme de services communautaires. Par exemple, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et le Manitoba ont mis en oeuvre un modèle de soins prolongés utilisant le guichet unique, et d'autres provinces, dont l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard, sont à le faire.

Les personnes interrogées par le CCNTA ont, en règle générale, exprimé leur satisfaction au sujet de ce dernier développement parce qu'il amènera la coordination des services et la capacité de répondre aux besoins individuels d'une manière rapide et appropriée. Quelques personnes ont fait part de leurs préoccupations dans certaines provinces, mais il est à espérer que celles-ci seront balayées lorsque la coordination

centrale des services sera réellement terminée. Par exemple, on a soulevé la question des aîné-e-s qui risqueraient d'être moins bien servis s'ils habitent une ville dépourvue d'un guichet d'accès. Le fait que le guichet unique forme une structure très bureaucratique en inquiète d'autres qui se demandent si les aîné-e-s ne risquent pas d'y perdre leur pouvoir décisionnel une fois qu'ils seront 'dans le système'.<sup>10</sup> Cette crainte est peut-être aggravée par certaines propositions voulant que le guichet unique ne soit pas simplement un mode de coordination mais plutôt le grand responsable de la prestation de tous les services.<sup>11</sup> Conséquemment,

**le CCNTA réitère sa recommandation de 1990:**

**Que le modèle de soins par guichet unique - permettant d'accéder à tous les services - soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.**

Pour réduire l'appréhension et les soupçons qui pourraient en retarder la mise en oeuvre et l'acceptation.

**le CCNTA recommande que:**

**Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux insistent, par des programmes d'éducation publique, sur les avantages que tireront les aîné-e-s et les aidant-e-s d'un système de soins utilisant le guichet unique.**

**3.3 Le financement des services communautaires**

Les services communautaires représentent une faible part du budget des soins de la santé; ils ne s'élèveraient que de 2 à 4 % de tous les fonds provinciaux alloués aux hôpitaux, établissements de santé et soins communautaires. <sup>12</sup> Bien que les provinces aient, dans une certaine mesure, augmenté les budgets alloués aux services de santé communautaires, rien ne prouve encore qu'elles aient procédé à une véritable réallocation de fonds du secteur des établissements vers celui des services de santé communautaires, malgré les

recommandations très claires à ce sujet contenues dans les rapports sur les politiques de soins de la santé.<sup>13</sup>

Plusieurs personnes interrogées par le CCNTA ont soulevé la question de la suffisance de fonds alloués aux services communautaires. Des compressions budgétaires ont été infligées aux hôpitaux et autres établissements de santé, mais les économies ainsi réalisées ne semblent pas avoir été affectées à l'expansion ou à la consolidation des services communautaires. Dans un rapport sur les politiques de santé, la gérontologue Neena Chappell exprime des préoccupations analogues: «Si les soins médicaux subissent des compressions sans qu'on ajoute aux services communautaires, les aîné-e-s n'obtiennent pas un nouveau système de santé, mais plutôt un vieux système moins approprié»<sup>14</sup> [traduction libre]. Afin de prévenir cette situation, les chercheurs du projet des universités d'Ottawa et Queen's sur l'économie du système canadien de soins de la santé ont suggéré que «les services communautaires ou de remplacement soient mis en place avant la fermeture des hôpitaux, ceci afin d'assurer que les patientes aient accès aux services nécessaires ... »<sup>15</sup> [traduction libre].

Le CCNTA a accumulé des preuves selon lesquelles les efforts d'expansion des services de santé communautaires sans argent frais mènent à une réduction de services aux individus. La remarque suivante figure au rapport annuel de 1993-1994 du Conseil consultatif des aîné-e-s de l'Alberta.

Bien que les fonds alloués au programme de soins à domicile aient augmenté, ils demeurent insuffisants. Le programme doit servir une clientèle de plus en plus variée, dont les jeunes handicapés, les enfants handicapés et les patients ayant obtenu un congé devancé des hôpitaux de soins actifs. Dans certains cas, cette situation a eu pour effet de réduire les services offerts aux aîné-e-s qui en avaient besoin mais qui n'étaient pas en danger immédiat d'institutionnalisation<sup>16</sup> [traduction libre].



Un cadre supérieur d'une société de soins à domicile établie dans sept provinces abonde dans le même sens:

Dans de nombreuses provinces, les organismes qui fournissent des services ont remarqué que les gouvernements achètent moins de services par utilisateur ou utilisatrice (mesurés en heures de service ou visites de professionnels) bien qu'ils desservent maintenant plus de personnes que voilà quelques années <sup>17</sup> [traduction libre].

Parmi les conséquences du manque de services communautaires pouvant compenser les coupures faites dans les soins hospitaliers, notons celle des soins insuffisants offerts aux patientes après leur congé de l'hôpital. Ce problème a été soulevé lors de la consultation du CCNTA et par le Conseil consultatif des aîné-e-s de l'Alberta. <sup>18</sup>

L'augmentation de la charge de travail pour les aidant-e-s naturels, qui assurent déjà près de 80 % des soins dispensés aux aîné-e-s," est une autre conséquence malheureuse de cet état de choses. Le manque de services communautaires aura pour effet à long terme de faire augmenter les coûts du système de soins de la santé. Premièrement, les aidant-e-s éprouveront une plus grande fatigue physique et mentale et exigeront eux-mêmes plus de soins. <sup>20</sup> Deuxièmement, le manque de soutien structuré sous la forme de services de santé communautaires forcera éventuellement les aidant-e-s épuisés à se retirer de la scène, entraînant par le fait même un plus haut taux d'institutionnalisation pour les aîné-e-s.<sup>21</sup>

On a avancé certaines hypothèses qui expliqueraient pourquoi les économies réalisées dans le secteur des établissements de santé n'ont pas été réaffectées aux services communautaires. La première est que toute la rhétorique de la réforme du système de soins de la santé cacherait la véritable intention de reporter la responsabilité des soins des aîné-e-s sur les épaules des familles, principalement sur celles des femmes, afin de contrôler les coûts associés à une population vieillissante.<sup>22</sup> La deuxième veut que les économies réalisées par les compressions budgétaires des hôpitaux et autres établissements aient été submergées par les dépenses accrues au chapitre des

médicaments.<sup>23</sup> Et la dernière estime simplement que les services de santé communautaires sont considérés comme un simple figurant, tant du point de vue budgétaire qu'organisationnel dans le processus décisionnel global du système de soins de la santé. Ainsi, l'incidence de mesures comme la fermeture de lits d'hôpitaux ou de centres de soins prolongés sur les services communautaires serait mal étudiée et les ressources mal redistribuées.<sup>24</sup>

Les gouvernements provinciaux doivent affecter des ressources plus importantes aux services communautaires s'ils désirent atteindre leurs objectifs de réforme du système de soins de la santé. Les obstacles au financement raisonnable de ces services doivent être surmontés. Bien que des augmentations de ressources soient nécessaires, aucun objectif précis de financement ne peut être établi parce que celui-ci dépend entièrement des besoins en soins de la collectivité. Conséquemment,

**le CCNTA recommande que:**

**Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.**

**Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification à titre de partenaire égal.**

### **3.4 Le morcellement des services**

Le morcellement des services médicaux et des services sociaux est une des préoccupations soulevées lors des consultations du CCNTA. La grande disparité dans les services offerts dans les provinces et territoires en est le reflet. Cet état de choses est principalement dû aux différents arrangements entre les gouvernements fédéral et provinciaux en matière de services de santé et services sociaux. Contrairement aux soins de la santé, aucun ensemble de services de base financé par le Régime d'assistance

publique du Canada n'est commun à toutes les provinces et l'admissibilité aux services sociaux varie d'une province à l'autre.

Le gouvernement fédéral a indiqué qu'il envisageait le financement global de la santé, des services sociaux et de l'éducation. Transférer ainsi l'argent aux provinces et territoires sans établir de normes nationales pourrait déboucher sur une disparité encore plus grande, chaque province ou territoire étant tout à fait libre de décider de l'allocation des transferts fédéraux. Dans son document de travail sur la sécurité sociale, le gouvernement fédéral a redit son engagement à «protéger le financement d'une gamme étendue de services sociaux essentiels, notamment en matière de services aux personnes âgées et de dépenses liées à la santé.»<sup>25</sup> Cet engagement pourrait être respecté en rendant les transferts au chapitre des services sociaux et de santé conditionnels au respect, de la part des provinces, d'exigences fédérales concernant la fourniture de services de base qui seraient assortis de critères d'admissibilité semblables dans toutes les régions.

**Le CCNTA recommande que:**

**Le gouvernement fédéral établisse des critères nationaux régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le Financement des provinces et territoires au respect de ces critères.**

### **3.5 Les établissements de soins prolongés**

En 1991, les aîné-e-s de 85 + ans constituaient 9 % de la population des 65 + ans. En 2011, ce pourcentage passera à 13 %. À l'heure actuelle, on estime que 23 % hommes et 36 % des femmes de 85 + ans vivent en institution.<sup>26</sup> Le fait que les aîné-e-s de l'avenir auront bénéficié d'une meilleure éducation et de revenus supérieurs (et peut-être d'une meilleure santé), pourrait entraîner une diminution de la proportion d'aîné-e-s en institution.<sup>27</sup> De même, la mise en oeuvre d'un système efficace de soins communautaires pourrait ralentir la croissance de la demande de placement institutionnel ou même la réduire.<sup>28</sup> Quoi qu'il en soit, les besoins en établissements de soins

prolongés iront probablement grandissant, de concert avec l'augmentation du nombre d'aîné-e-s du quatrième âge; en fonction des projections démographiques et sanitaires, on estime que le nombre d'aîné-es en institution passera des 195 080 qu'il était en 1986 à 312 300 en 2011.<sup>29</sup>

Afin de contrôler les coûts des soins de la santé, les provinces ont limité l'expansion des établissements de soins prolongés. Le danger de cette tendance est de se retrouver avec une pénurie réelle de places dans les établissements pour les aîné-e-s trop sérieusement handicapés pour demeurer dans leur collectivité. Les participantes à la consultation du CCNTA s'inquiètent de ce que l'importance accordée aux soins communautaires puisse aussi conduire à un manque d'établissements de soins prolongés de qualité. Cette crainte est plus prononcée dans les collectivités rurales.

**Le CCNTA recommande que:**

**Les gouvernements provinciaux et territoriaux planifient un nombre de places adéquat dans les établissements de soins prolongés.**

#### **4. LES BESOINS DES AÎNÉ-E-S APPARTENANT À DES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES**

Depuis l'adoption de la politique d'immigration sur la réunification des familles, le nombre d'aîné-e-s appartenant à des minorités ethnoculturelles a augmenté au Canada. Environ 17 % des aîné-e-s canadiens sont nés à l'extérieur du pays. Parmi les habitants du Canada qui ne parlent ni anglais ni français, 55 % ont plus de 45 ans.<sup>30</sup> Les barrières linguistiques et religieuses, les différences culturelles ainsi que la dépendance économique sont autant de facteurs qui contribuent à réduire l'accès aux services de santé communautaires et aux services sociaux pour ce groupe d'aîné-e-s. Ceci est particulièrement vrai pour les aîné-e-s qui vivent à l'extérieur des grands centres urbains ou pour ceux qui appartiennent à des groupes ethniques moins reconnus ou établis.

Les personnes interrogées par le CCNTA ont fait remarquer que l'amélioration de l'accès aux services communautaires pour ces aîné-e-s se limitait habituellement à leur offrir des services dans leur langue, en particulier les services d'information ou de référence. Les centres de services dans les grandes villes sont en mesure d'offrir des services adaptés aux groupes ethniques dans la mesure où le personnel a été formé à intervenir auprès de cette clientèle ou si on compte parmi le personnel des membres de ces groupes ethniques. Si un groupe ethnique est suffisamment important au sein de la collectivité, des services véritablement adaptés au groupe peuvent être mis en oeuvre, habituellement grâce à l'aide financière généreuse et au travail des bénévoles de la collectivité ethnique même.

Afin de répondre aux besoins des aîné-e-s provenant de groupes ethniques, le CCNTA a recommandé, dans *La position du CCNTA sur la formation en gérontologie* (1991), qu'on tienne compte des questions ethnoculturelles dans les programmes de formation de base et de perfectionnement en gérontologie et gériatrie et qu'on encourage, au moyen de subventions à l'éducation, la formation d'intervenants d'origine ethnique dans les domaines de la santé et des services sociaux pour qu'ils puissent travailler auprès des aîné-e-s. Ces recommandations demeurent pertinentes pour assurer un meilleur accès des aîné-e-s des minorités ethnoculturelles aux services communautaires. Sachant que la réussite dans l'adaptation des services de base aux différentes ethnies et à leur culture propre dépend de la participation active de plusieurs bénévoles venant des communautés ethnoculturelles,

**le CCNTA recommande aussi que:**

**Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soutiennent les bénévoles et les associations bénévoles qui promouvaient l'accès des aîné-e-s aux services communautaires sociosanitaires qui sont adaptés aux cultures et qu'ils leur offrent de la formation.**

## CONCLUSION

Le CCNTA est heureux de constater que son examen des progrès de la mise en oeuvre des services communautaires pour la population vieillissante ait révélé une constance au sein des politiques de toutes les provinces au sujet du développement de certains éléments clés, notamment les conseils de santé régionaux et les guichets uniques des réseaux de santé. Toutefois, le Conseil s'inquiète de l'absence de recanalisation des ressources nécessaires à l'expansion et à la consolidation des services communautaires à partir d'autres secteurs de la santé. Il s'inquiète aussi de ce que la disponibilité des services de soutien non médicaux et l'accès à ces services varient dans la plupart des provinces et territoires. Il s'agit là de services souvent très utiles au maintien de l'autonomie.

Dans son rapport *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s* de 1990, le Conseil affirmait que pour répondre aux besoins de santé en évolution d'une population vieillissante, les trois secteurs de services, soit l'informel, le communautaire et l'institutionnel, doivent être reconnus dans leur complémentarité mutuelle et comme parties intégrantes et d'importance égale d'un système complet de services. À ce jour, les preuves tirées des rapports et des consultations auprès des aîné-e-s, des fournisseurs de services, des représentants gouvernementaux et des experts, semblent indiquer que le secteur communautaire ne connaît pas une expansion proportionnelle aux compressions réalisées dans le secteur institutionnel. Cela pourrait nous amener à reporter un trop lourd fardeau sur les aidant-e-s informels, dont les épaules sont déjà surchargées.

Si l'on veut obtenir un système abordable, la réforme des services de santé signifie bien plus que le contrôle des coûts. Il s'agit plutôt de fournir des soins efficaces et appropriés qui répondent aux besoins changeants des Canadiennes et Canadiens. Le CCNTA incite fortement les gouvernements provinciaux et territoriaux à respecter leurs engagements envers l'expansion et la consolidation des services communautaires tout en maintenant des services institutionnels suffisants pour les aîné-e-s. Le Conseil encourage aussi le gouvernement fédéral à utiliser sa position privilégiée de chef de file et de bailleur de fonds pour appuyer les provinces et les territoires dans cette tâche.

## NOTES

- 1) Parmi les différents services communautaires, on trouve notamment les suivants:

### **Services d'information et de référence**

### **Services de coordination**

Les **services des professionnels de la santé**, ceux que dispensent entre autres les médecins, les infirmières de soins à domicile, les physiothérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les pédologues, les diététiciens et les travailleurs sociaux.

Les **services de soutien personnel**, qui regroupent les services domestiques comme la préparation de repas, la livraison de repas préparés, le déplacement vers les repas communautaires, la lessive, le ménage, l'entretien de la maison et de la propriété, ainsi que les services de magasinage et de transactions bancaires.

Les **services personnels**, permettant d'aider les aîné-e-s à se v tir, à se laver, à manger ou à se déplacer.

Les **services de soutien social**, comprenant les services sociaux ou récréatifs, les visites amicales et les visites ou appels de réconfort.

Les **services de soutien au logement**, incluant les programmes de partage et de regroupement de logements et les maisons-jardins.

Les **services de promotion de la santé et de prévention**, comprenant les activités de conditionnement physique en groupe, de développement personnel et les programmes d'éducation sur la santé.

Les **services d'appui aux aidants naturels**, permettant d'offrir la garde pour adultes, un bref séjour dans un établissement de santé pour les aîné-e-s ou la prestation de soins à domicile, des programmes de groupes de soutien pour les aidants, des services de conseils et des programmes de formation.

Les **services de transport**, permettant d'offrir du transport adapté aux personnes handicapées et de former des clubs de transport.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés*. Ottawa: 1990: 8, 13-14.

- 2) On doit distinguer les services communautaires véritables des services de rayonnement mis sur pied par les divers établissements. Ces derniers, s'ils s'adressent à la collectivité avoisinante comme les services communautaires, sont toutefois organisés, financés et offerts par des hôpitaux ou autres établissements de santé. Puisque ces services de rayonnement sont financés à m me les budgets des établissements de santé, ils sont vulnérables aux pressions budgétaires provenant des

autres services de l'établissement (par exemple, un hôpital pourrait décider de réallouer des fonds destinés à son service de soins à domicile en faveur de son service de cardiologie). Les services de rayonnement ont aussi la réputation d'être moins attentifs aux besoins réels de la collectivité que les services communautaires.

- 3) Une étude sur l'économie des services résidentiels, communautaires ou domiciliaires a permis à Marcus Hollander de conclure que «les services communautaires peuvent être économiques au sein d'un système de prestation de services convenablement structuré.» [traduction libre]

Hollander, M.J. *The costs and cost-effectiveness of continuing-care services in Canada*. Ébauche d'un mémoire préparé dans le cadre du Project on the Cost-effectiveness of the Canadian Health Care System, Projets économiques des universités d'Ottawa et Queen's, juin 1994.

- 4) Shapiro, E. *Community and long-term health care in Canada*. Dans *Limits to care: Reforming Canada's health system in an age of restraint*. Blomqvist, A. et D.M. Brown (éd.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994: 327-362.
- 5) Béland, F. et E. Shapiro. *Ten provinces in search of a long-term care policy*. Dans *Aging: Canadian perspectives*. Marshall, V. et B. McPherson (éd.). Peterborough: Broadview Press, 1994: 245-261.

Mhatre, S.L. et R.B. Deber. From equal access to health care to equitable access to health: A review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services*, 22, 4, (1992): 645-668.

- 6) Hurley, J., Lomas, J. et V. Bhatia. When tinkering is not enough: Provincial reform to manage health care resources. *Canadian Public Administration*, 37, 3, (1994): 490-514.
- 7) Angus, D.E. et al. *Sustainable health care in Canada*, rapport de synthèse du Project on the Cost-effectiveness of the Canadian Health Care System, Projets économiques des universités d'Ottawa et Queen's, 1995.
- 8) Décentralisée depuis plusieurs années, la prestation des services de santé et des services sociaux au Québec est assurée en partie par les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans son rapport déposé en décembre 1994, le Vérificateur général du Québec a critiqué l'absence de normes pour les services communautaires fournis par les CLSC. Par exemple, il existe des différences dans le nombre d'heures de soins à domicile offertes ainsi que dans les qualifications des fournisseurs de soins.

Vérificateur général du Québec. *Rapport du vérificateur général à l'assemblée nationale*. Québec: Les publications du Québec, 1994.



- 9) Hollander, M.J., *op. cit.*

Un série d'études sur les services de santé communautaires dans le Sud de l'Ontario ont associé des coûts d'utilisation moindres et des résultats sur la santé égaux ou meilleurs à des services bien intégrés (par opposition à des services passifs et fragmentés).

Browne, G. et al. *More effective and less expensive: Lessons from five studies examining community approaches to care.* Document de travail n' 93-1 1. Hamilton: System-Linked Research Unit, McMaster University, 1993.

- 10) Comme le disait un des participants, «les aîné-e-s ont peur qu'une fois qu'ils auront été 'happés' par un des guichets uniques, ils ne pourront en sortir et finiront dans un quelconque établissement de santé.»
- 11) L'Ontario a voté une loi en 1994 sur la création d'organismes de multiservices (OMS) à l'échelle de la province qui offriront une vaste gamme de services communautaires de santé et de services sociaux. Au moins 80 % des services seraient offerts directement par les OMS, tandis que les OMS achèteraient les autres 20 % d'organismes commerciaux ou sans but lucratif.
- 12) Shapiro, E., *op. cit.*
- 13) Shapiro, E., *op. cit.*

Chappell, N. *Health reform - Implications for informal caregivers.* Rapport non publié. préparé pour le Consultative Committee on Social Policy en décembre 1993.

Evans, R. *There and back again: Coming home from hospital.* Texte de la conférence principale devant l'Association canadienne de gérontologie, le 16 octobre 1994. Winnipeg: 1994.

- 14) Chappell, N. *op. cit.*: 16.
- 15) Angus, D. et al. *op. cit.*: 117.
- 16) Seniors Advisory Council for Alberta. *Annual Report 1993-94.* Edmonton: 1994.
- 17) Correspondance personnelle avec M. Lewis Nickerson, vice-président de l'administration, Comcare Canada, le 29 juillet 1994.
- 18) «Dans une grande région urbaine, certains années 'en situation de risque' ont reçu un congé prématuré de leur centre hospitalier avant que des arrangements satisfaisants concernant leurs soins n'aient été faits. De plus, les membres de leurs familles ont été avisés qu'ils en étaient désormais responsables. Certains adultes âgés, provenant de régions rurales, ont aussi reçu leur congé après un très court séjour à l'hôpital dans un centre urbain, sans que les renseignements médicaux pertinents n'aient été transmis aux services de santé ruraux (hôpitaux ou services de soins à domicile) qui devront pourtant leur apporter les soins qui s'imposent.»

Seniors Advisory Council for Alberta, *op. cit.*: 8.

- 19) Canada. Les aîné(e)s. *Autonomie et vieillissement: aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1991.
- 20) Étude sur la santé et le vieillissement au Canada. Patterns of caring for people with dementia in Canada. *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 13, 4, (1994): 470-488.  
  
Zarit, S.H., Reever, K.E. et J. Bach-Peterson. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 4, (1980): 649-655.
- 21) Shapiro, E. *op. cit.*
- 22) Chappell, N. *op. cit.*  
  
Rosenthal, C.J. Long-term care reform and 'family' care: A worrisome combination. Éditorial du *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 13, 4, (1994): 419-422.
- 23) Evans, R. *op. cit.*
- 24) Shapiro, E. *op. cit.*
- 25) Développement des ressources humaines Canada. *La sécurité sociale dans le Canada de demain*. Document de travail. Ottawa: 1994: 91.
- 26) Statistique Canada. *Profil des personnes âgées au Canada*. N° de catalogue 96-312 F. Ottawa: 1994.
- 27) Carrière, Y. et J. Légaré. Vieillesse démographique et institutionnalisation des personnes âgées: des projections nuancées pour le Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 22, 1, (printemps 1993): 63-92.
- 28) La Colombie-Britannique a élaboré en 1989 un cadre de référence proactif sur la planification et l'allocation de ressources. En vertu de ce dernier, les services communautaires reçoivent des ressources auparavant destinées aux établissements. Cette démarche a permis de réduire le coefficient d'utilisation de lits de 71,6 lits par 1 000 aîné-e-s de 65 + ans en 1983-1984 à seulement 57 lits en 1991-1992, tout en maintenant la liste d'attente sensiblement inchangée. En contrepartie, le nombre d'utilisateurs de services communautaires parmi la population aînée est passé de 89,5 par 1 000 aîné-e-s en 1983-1984 à 115 en 1991-1992.  
  
Hollander, M.J., *op. cit.*: 129-130.
- 29) Rosenberg, M. W. *Health, housing and social support for an aging population in 2011: An assessment using CEPHID*. Rapport non-publié préparé pour la Direction des politiques et de la consultation, Santé Canada, 1994.

- 30)** Dans la population de personnes au Canada qui ne parlent ni français ni l'anglais, 29 % ont 65 ans et plus, tandis que 26 % ont entre 45 et 64 ans.

Statistiques produites à partir des données du Recensement de 1991 par Patrimoine Canada.

**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, mars 1995,

## REMERCIEMENTS

Le Conseil remercie le personnel de la Direction des aînées et aînés pour sa contribution à l'élaboration de *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s: progrès et défis*.

**Recherche:**

Louise Plouffe

**Révision:**

Francine Beauregard  
Aline Dubois  
Michèle Quenneville

**Présentation:**

Josée Mongeon