

**LES AÎNÉS CANADIENS ET LES SOINS DE SANTÉ  
FINANCÉS PAR L'ÉTAT**

Nancy Miller Chenier  
Division des affaires politiques et sociales

Le 15 novembre 2004

**Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.**

**THIS DOCUMENT IS ALSO  
PUBLISHED IN ENGLISH**

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Page</b>
LE VIEILLISSEMENT ET LES SOINS DE SANTÉ : LE DÉBAT .....	2
OFFRIR DES SERVICES DE SANTÉ AUX AÎNÉS .....	7
A. Médecins .....	9
B. Hôpitaux .....	12
RÉPONDRE AUX BESOINS DES AÎNÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ.....	14
CONCLUSION.....	18



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

## LES ÂÎNÉS ET LES SOINS DE SANTÉ FINANCÉS PAR L'ÉTAT

[...] [L]e vieillissement de la population sert parfois d'épouvantail à ceux qui affirment que les régimes financés par l'État ne sont pas viables à long terme [...] [mais] [c]eux dont les recherches invitent à penser qu'il sera possible d'assumer les conséquences du vieillissement peuvent, par leur volonté de démontrer la viabilité à long terme des valeurs fondamentales et de l'architecture de base de notre système de santé, omettre certaines considérations importantes.<sup>(1)</sup>

La population canadienne vieillit, mais il n'y a guère de consensus chez les spécialistes des politiques concernant les répercussions de ce phénomène sur le système de santé financé par l'État. Au fil des ans, les taux de fertilité, de mortalité et de migration internationale ont été les principaux déterminants de l'évolution de la pyramide d'âge de la population. De nos jours, la faiblesse des taux de fertilité et de mortalité a pour effet de réduire le nombre des naissances et d'accroître la proportion de personnes âgées au sein de la population. De plus, le nombre grandissant de personnes atteintes de maladies reliées à l'âge ainsi que la transformation des structures familiales, conjugués à la plus grande participation des femmes au marché du travail, rendent encore plus essentielle l'utilisation des services de santé publics par les aînés.

Dans ce domaine comme dans d'autres, la politique de santé vise à concilier les notions contradictoires de responsabilité individuelle, de responsabilité des établissements de soins de santé organisés et de responsabilité de l'État. Il s'agit de trouver la meilleure façon d'harmoniser les préoccupations relatives à la santé des aînés et les enjeux reliés à l'ensemble du système national de soins de santé. Cette tâche n'est pas facile, étant donné la divergence des points de vue exprimés au sujet du coût des soins de santé destinés aux aînés et des différentes façons d'organiser les soins. La diversité des besoins des différents groupes qui composent la population âgée exige des réponses souples à tous les niveaux d'intervention, qu'il s'agisse de

---

(1) Santé Canada, « Le vieillissement et la réforme de la santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, vol. 1, n° 1, mars 2001, p. 3  
(<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/bulleti1.pdf>).

promouvoir la santé, d'offrir des soins actifs ou de gérer des états chroniques. La politique gouvernementale doit concilier des intérêts contradictoires lorsque vient le temps d'élaborer des programmes pour relever ces défis au sein d'une population vieillissante.

Dans le domaine des soins de santé, l'attention accordée au phénomène du vieillissement a fait ressortir la possibilité que des pressions accrues s'exercent sur le système public et a suscité des questions sur les changements à apporter aux services actuels. Le présent document passe en revue les grands éléments du débat actuel, fait ressortir les différentes répercussions financières, examine l'organisation des services de santé actuels et présente quelques exemples d'approches différentes des soins de santé destinés aux aînés<sup>(2)</sup>.

## **LE VIEILLISSEMENT ET LES SOINS DE SANTÉ : LE DÉBAT**

Alors que certains observateurs soutiennent que le vieillissement de la population entraînera un accroissement de la demande de services de santé qui, à son tour, fera augmenter les coûts, d'autres insistent pour dire qu'il est possible d'atténuer les effets du vieillissement sur le système de santé en modifiant l'organisation de ce dernier. Dans l'ensemble, bien que tous s'accordent pour dire que le vieillissement peut avoir une incidence à la hausse sur la demande de services, le débat vise surtout à déterminer dans quelle mesure la santé physique et mentale des aînés est tributaire des grands déterminants de la santé comme le sexe, l'origine ethnique et la situation de famille, et dans quelle mesure elle est fonction des modalités de financement et de prestation des soins de santé aux aînés.

Au cours des dernières décennies, le débat a donné lieu à des interventions en faveur de l'une et l'autre thèse. Par exemple, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) soutient que la demande de soins de santé et de services personnels augmente rapidement à mesure que la population avance en âge<sup>(3)</sup>. Le vieillissement de la population a donc pour effet d'accroître le nombre de personnes atteintes de maladies liées à l'âge qui feront appel aux services en place pour rester en santé ou traiter une maladie. Le

---

(2) Parce que le présent document s'intéresse d'abord et avant tout aux services de santé financés par l'État, les questions touchant les soins de longue durée destinés aux aînés n'y sont pas abordées en détail.

(3) Organisation de coopération et de développement économiques, *Le vieillissement démographique : Conséquences pour la politique sociale*, Paris, OCDE 1988, p. 27.

Conseil consultatif national sur le troisième âge, pour sa part, demeure convaincu que l'augmentation de la demande peut s'expliquer par la tendance actuelle à privilégier l'approche curative et axée sur les établissements de soins de santé, et qu'elle ne tient pas uniquement au processus de vieillissement biologique<sup>(4)</sup>. Certains analystes soulignent que le « vieillissement sociogénique », c'est-à-dire le fait que la société croit que les gens changent beaucoup en vieillissant, contribue aussi en partie à donner forme aux besoins perçus. Selon eux, le modèle biomédical fait en sorte que la vieillesse est elle-même considérée comme un problème auquel il est possible de remédier grâce à la prestation de services, essentiellement de nature médicale, au niveau individuel<sup>(5)</sup>. Les récentes données de Statistique Canada donnent à penser que la santé des aînés s'améliore et que leur qualité de vie et leur espérance de vie sont meilleures qu'elles l'étaient il y a 20 ans<sup>(6)</sup>. L'observation de cette tendance a amené plusieurs chercheurs à conclure que même si le nombre de personnes âgées augmente, celles-ci auront vraisemblablement moins besoin des services de santé que par le passé<sup>(7)</sup>.

Différents auteurs ont insisté sur l'importance pour les décideurs de ne pas axer leurs interventions futures sur des idées fausses et des conceptions erronées au sujet de l'effet du vieillissement de la population sur les services de santé. Moore et Rosenberg soutiennent que selon la plus grave de ces idées fausses, les aînés ne forment plus une tranche importante de la population vivant sous le seuil de la pauvreté en raison de la hausse de leurs prestations au cours des 40 dernières années. Par ailleurs, bien des gens croiraient à tort que les aînés seront si nombreux dans l'avenir qu'il faudra beaucoup plus de ressources pour assurer leur soutien<sup>(8)</sup>. De même, selon Denton et Spencer, le vieillissement de la population est souvent considéré comme

---

(4) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les relations intergouvernementales et le vieillissement de la population au Canada : Les défis à relever*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1991, p. 9.

(5) Neena Chappell, « Society and Essentials for Well-Being: Social Policy and the Provision of Care », dans James E. Thornton et Earl R. Winkler (dir.), *Ethics and Aging: The Right to Live, The Right to Die*, Vancouver, University of British Columbia Press, 1988, p. 147.

(6) Statistique Canada, « L'état de santé des personnes âgées », *Rapports sur la santé* (numéro spécial), vol. 11, n° 3, 2000, p. 47 à 62.

(7) Verena Menec et al., *The Health and Health Care Use of Manitoba's Seniors: Have They Changed Over Time?*, Winnipeg, Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba, septembre 2002 (<http://www.umanitoba.ca/academic/centres/mchp/reports/pdfs/seniors.pdf>).

(8) Eric Moore et Mark Rosenberg en collaboration avec Donald McGuinness, *Vieillir au Canada : Perspectives démographiques et géographiques*, Ottawa, Statistique Canada, 1997, p. 187.

la cause des difficultés actuelles dans les débats publics à propos des « crises » dans le domaine des soins de santé et de la sécurité sociale. La réalité serait pourtant tout autre. La proportion de personnes âgées va certes s'accroître, mais de façon graduelle, et il est faux de prétendre que cette proportion pourrait être à l'origine des problèmes actuels tels que nous les percevons<sup>(9)</sup>.

D'autres affirment par contre que le vieillissement de la population canadienne posera problème. C'est le point de vue exprimé dans un rapport du Conference Board of Canada, selon lequel la forte augmentation du nombre d'aînés et la proportion élevée des dépenses de santé effectuées après l'âge de 65 ans (au-delà de la moitié) sont des facteurs déterminants pour le système de soins de santé<sup>(10)</sup>. L'auteur d'une étude de l'Institut C.D. Howe soutient que le vieillissement de la population exercera une pression constante sur les budgets de santé de bien des provinces, parce que les aînés consomment davantage de biens reliés à la santé et que le nombre de jeunes qui travaillent et paient des impôts diminue<sup>(11)</sup>.

Malgré tout, comme en conviennent bien des analystes, les statistiques globales et les projections mécaniques au sujet du vieillissement de la population et de l'utilisation des services de santé ne disent pas tout. Un document préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (la Commission Romanow) a contribué à alimenter ce débat, puisqu'il évalue certains des facteurs d'incertitude qui sous-tendent les tentatives d'établir des projections<sup>(12)</sup>. Les auteurs de ce document se sont penchés sur les facteurs d'incertitude découlant des données démographiques, des tendances sur le plan de la santé de la population, de l'« effet lié au coût de mourir », des investissements en capital propres à une génération, des changements technologiques, des changements suscités par les politiques et des augmentations générales des coûts attribuables au vieillissement. Ils ont conclu que le vieillissement de la population est un facteur secondaire d'accroissement des dépenses de santé comparativement à

---

(9) Frank T. Denton et Byron G. Spencer, « Population Aging and Its Economic Costs: A Survey of the Issues and Evidence », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, suppl. 1, 2000, p. 20.

(10) Glenn Brimacombe, Pedro Antunes et Jane McIntyre, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020*, Ottawa, Conference Board of Canada, 2001, p. 17  
(<http://www.conferenceboard.ca/press/documents/FutureHealth.pdf>).

(11) William B.P. Robson, « Will the Baby Boomers Bust the Health Budget? Demographic Change and Health Care Financing Reform », Toronto, Institut C.D. Howe, 2001, p. 1.

(12) Seamus Hogan et Sarah Hogan, *Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*, Document de travail n° 25, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, octobre 2002  
([http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/25\\_Hogan\\_F.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/25_Hogan_F.pdf)).

d'autres facteurs. Selon eux, ces facteurs d'incertitude doivent toutefois être pris en compte et évalués pour gérer le risque en vue d'une planification future.

De façon générale, les résultats des différentes études montrent que l'impact possible du vieillissement de la population sur la croissance des dépenses de santé pourrait être relativement modeste par rapport à celui d'autres facteurs. La plupart des rapports font ressortir les multiples variables en matière de soins de santé et de population et les grands déterminants de la santé lorsqu'ils évaluent la situation. Plusieurs facteurs – comme les différences d'état de santé entre les différents groupes d'âges, les inégalités socioéconomiques et autres et l'évolution du profil sanitaire au Canada – ont une incidence sur l'utilisation des services de santé<sup>(13)</sup>. Certains observateurs croient que bon nombre de ces facteurs pourraient être corrigés et ainsi avoir une incidence différente sur l'état de santé des gens du troisième âge.

Différents calculs effectués à partir des données existantes montrent toutefois que les coûts réels des soins de santé destinés aux aînés ont progressé au fil des ans. À partir de données de 1994, l'Association médicale canadienne (AMC) a conclu que les dépenses par habitant pour les personnes de 65 ans et plus dépassaient le triple de celles de l'ensemble de la population<sup>(14)</sup>. Les calculs effectués par l'Institut C.D. Howe à partir de données de 2000 semblent indiquer que ces dépenses seraient plus élevées encore, puisque les dépenses moyennes de santé par habitant des provinces pour les personnes de 65 ans et plus sont environ 5,4 fois supérieures à celles calculées pour le reste de la population<sup>(15)</sup>. Les calculs prospectifs du Conference Board du Canada donnent à penser que les coûts annuels de traitement de la cohorte des 55 à 74 ans, qui étaient évalués à 3 100 \$ par personne en 2001, atteindront environ 4 049 \$ par personne d'ici 2020 (si l'on tient compte des changements technologiques mais non de l'inflation). Avec l'inflation, ce montant pourrait atteindre 6 718 \$ par personne<sup>(16)</sup>. Ces prévisions sont évidemment inquiétantes pour les gouvernements provinciaux et territoriaux, auxquels il incombe d'offrir les soins (avec l'aide du Transfert canadien en matière de santé).

---

(13) Pour avoir un aperçu de certains des défis posés par le vieillissement et des différents scénarios proposés, voir Howard Chodos et Diane Leduc, *Vieillesse de la population et viabilité du système de soins de santé*, TIPS-73F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 14 juin 2004.

(14) Association médicale canadienne, *À la recherche de la viabilité : Perspectives pour le système de santé du Canada*, Ottawa, AMC, 2001, p. 9.

(15) Robson (2001), p. 4.

(16) Brimacombe, Antunes et McIntyre (2001), p. 18.



Dans un rapport des ministres de la Santé provinciaux et territoriaux publié en 2000, on mentionne que le vieillissement devrait contribuer pour environ 1 p. 100 à la croissance annuelle des dépenses de santé entre 1999 et 2007. On estime que les aînés de 65 ans et plus consomment actuellement 45 p. 100 des ressources en santé, mais que d'ici 2020, ils en consommeront près de 55 p. 100<sup>(17)</sup>.

Même si bien des facteurs tendent à démontrer que les dépenses augmentent avec l'âge et que la prestation de soins de santé aux aînés coûte actuellement plus cher que pour le reste de la population, ces conclusions donnent lieu à différentes interprétations. L'AMC a constaté qu'il existait diverses façons de voir la croissance de la population âgée et l'évolution des dépenses de santé en fonction de l'âge. Elle en a recensé, quatre qu'elle distingue de la façon suivante : 1) les dépenses de santé monopoliseront une plus grande part du PIB; 2) la croissance des dépenses de santé sera gérable; 3) l'efficacité compensera la demande accrue; 4) la compression de la morbidité réduira la demande (p. ex. l'apparition plus tardive des premiers signes d'incapacité chez les aînés réduira la demande de services de santé)<sup>(18)</sup>.

Le débat au sujet du vieillissement et des soins de santé se poursuit sans qu'aucune solution claire ne se dégage. Les exemples suivants montrent comment des renseignements connexes peuvent être utilisés de façons différentes. Ainsi, Santé Canada insiste sur le fait que les dépenses moyennes de santé pour une personne qui en est à sa dernière année de vie, sans égard à l'âge, peuvent être de 50 à 100 fois supérieures à celles d'une autre personne<sup>(19)</sup>. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé souligne toutefois que « les coûts des soins actifs durant la dernière année de vie comptent pour 10 à 12 %

---

(17) Ministres de la santé provinciaux et territoriaux, *Comprendre les coûts du système de santé du Canada : Rapport final*, août 2000 ([http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/ptcdf/ptcd\\_doc\\_f.pdf](http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/ptcdf/ptcd_doc_f.pdf)).

(18) L'Association médicale canadienne, *À la recherche de la viabilité : Perspectives pour le système de santé du Canada*, Ottawa, AMC, 2001, p. 9 à 20 ([http://www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/11/documents\\_de\\_discussion/viabilite/pdfs/A\\_la\\_recherche\\_de\\_la\\_viabilite.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/11/documents_de_discussion/viabilite/pdfs/A_la_recherche_de_la_viabilite.pdf)).

(19) Allan Pollock, « Compression des dépenses de santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, vol. 1, n° 1, mars 2001, p. 13 à 15 (<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/bulleti1.pdf>).

du total des budgets de santé »<sup>(20)</sup>. Ces deux évaluations ont certes fait avancer le débat, mais comme c'est le cas pour d'autres éléments du débat, il est difficile aux décideurs de se faire une idée précise des scénarios futurs et de leurs répercussions sur le système de santé en raison de la variabilité des données et des explications.

## OFFRIR DES SERVICES DE SANTÉ AUX AÎNÉS

Les facteurs organisationnels sont généralement considérés comme la principale cause de la croissance des dépenses associées à la prestation de soins de santé aux aînés. L'une des questions que se posent les analystes est la suivante : « Les personnes âgées sont-elles aujourd'hui plus malades qu'elles ne l'étaient, ou le système traite-t-il les besoins de santé gériatriques d'une façon très différente du passé? »<sup>(21)</sup> Dès les années 1980 et 1990, des chercheurs canadiens avaient remarqué que la progression des dépenses pouvait en grande partie s'expliquer non pas par la dégradation de l'état de santé des aînés, mais plutôt par la tendance du système de santé à privilégier les mesures curatives plutôt que préventives, à s'en remettre de façon trop systématique aux médecins plutôt qu'aux autres fournisseurs de soins de santé et à recourir à l'hospitalisation et à d'autres formes de placement en établissement plutôt qu'aux soins à domicile<sup>(22)</sup>. Des questionnements semblables au sujet de l'organisation des services de santé destinés aux aînés ont été amorcés dans les pays où les pressions exercées par le vieillissement de la population se font déjà sentir et où les gouvernements sont conscients des limites du système de santé, de la sécurité du revenu et des services sociaux. Déjà dans les années 1980, un rapport de l'OCDE déplorait que l'on accorde trop peu d'attention aux soins de longue durée destinés aux handicapés et aux malades chroniques, à la médecine préventive, à

---

(20) Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, « Mythe : Les soins prodigués aux mourants coûtent de plus en plus cher au système de santé », *À bas les mythes*, 2003 ([http://www.fcrss.ca/mythbusters/pdf/myth10\\_f.pdf](http://www.fcrss.ca/mythbusters/pdf/myth10_f.pdf)).

(21) Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, « Mythe : La population vieillissante submergera le système de soins de santé », *À bas les mythes*, 2001 ([http://www.fcrss.ca/mythbusters/pdf/myth5\\_f.pdf](http://www.fcrss.ca/mythbusters/pdf/myth5_f.pdf)).

(22) Neena Chappell, Laurell Strain et Audrey Blandford, *Aging and Health Care, A Social Perspective*, Toronto, Holt, Rinehart et Winston, 1986.

l'incidence des facteurs environnementaux et comportementaux sur l'état de santé et à la prestation de soins à l'extérieur des établissements de santé<sup>(23)</sup>.

Au Canada, l'organisation des soins de santé assurés par l'État repose sur la notion de services médicalement nécessaires et met principalement l'accent sur le rôle des médecins et des hôpitaux dans la prestation de soins actifs. Dans le cas des aînés, ces éléments du secteur des soins de santé méritent d'être examinés de près pour plusieurs raisons. D'abord, les services de santé financés par l'État qui sont considérés comme médicalement nécessaires sont dispensés principalement par des médecins en cabinet privé et par des hôpitaux appartenant à des intérêts privés (bien qu'ils soient à but non lucratif). Ensuite, les hôpitaux sont l'élément du système qui, après les médicaments et les médecins, monopolise la plus grande part de l'ensemble des dépenses de santé, soit plus de 70 p. 100 des dépenses de santé publiques et privées en 2001.

De l'avis de certains chercheurs canadiens, les associations de médecins et d'hôpitaux, de concert avec les gouvernements, constituent les élites politiques qui exercent une influence dominante sur les changements à l'intérieur du système de santé. Ces groupes auraient une voix privilégiée dans les débats portant sur les modifications à apporter à l'un ou l'autre des marchés principaux sur lesquels s'appuient les soins de santé<sup>(24)</sup>. Des analystes ont fait observer que le mode d'intervention du système, c'est-à-dire la façon dont les hôpitaux sont organisés pour offrir les soins et la façon dont les médecins interagissent avec les malades, a une incidence déterminante, au même titre que les facteurs démographiques, sur l'utilisation des services médicaux par les aînés<sup>(25)</sup>. Plusieurs des analyses récentes s'arrêtent donc sur l'efficacité des pratiques actuelles dans ces sphères d'activités et proposent une réflexion sur les effets du vieillissement de la population sur les médecins et les hôpitaux et les effets de l'intervention des médecins et des hôpitaux sur les personnes âgées.

---

(23) OCDE (1988), p. 66.

(24) John Lavis, *Les élites politiques et leur influence sur la réforme des soins de santé au Canada*, Étude n° 26, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, octobre 2002 ([http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/26\\_Lavis\\_F.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/26_Lavis_F.pdf)).

(25) Mark Rosenberg et Amanda James, « Medical Services Utilization Patterns by Seniors », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, suppl. 1, 2000, p. 125 à 142.

## A. Médecins

Au Canada, la profession médicale exerce actuellement un pouvoir quasi exclusif sur la définition et l'application des normes de délivrance de permis et des directives cliniques, sur le contrôle de l'organisation hospitalière (et, dans une certaine mesure, non hospitalière) de la prestation des soins et sur l'accès aux services spécialisés de diagnostic et aux traitements curatifs. En retour, les régimes d'assurance provinciaux garantissent aux médecins une rémunération en échange de leur travail<sup>(26)</sup>. Bien qu'en 2000-2001, la plupart des médecins aient été rémunérés à l'acte, un sur quatre recevait des paiements pour des soins cliniques en vertu d'autres modes de rémunération<sup>(27)</sup>.

Parce que les médecins jouent actuellement un rôle déterminant pour ce qui est de décider de l'accès des personnes âgées aux soins médicaux généraux et spécialisés, aux hôpitaux, aux médicaments d'ordonnance et aux soins à domicile, ils occupent souvent une place considérable dans les analyses au sujet des effets du vieillissement. Au début des années 1990, le Conseil consultatif national sur le troisième âge affirmait que « 78 % de l'augmentation des coûts de santé dans les pays industrialisés au cours des 25 dernières années était dus au nombre de médecins et à la quantité ainsi qu'au niveau de services offerts par patient. Seulement 22 % étaient dus à des facteurs démographiques incluant le vieillissement de la population. »<sup>(28)</sup> D'autres études, par contre, insistent sur le fait que la capacité des médecins d'organiser leur cabinet peut être profondément modifiée s'ils dispensent des soins à un nombre accru de personnes âgées chaque semaine ou chaque mois. Une étude des personnes âgées au Québec montre que même si la proportion de personnes âgées a peu progressé entre 1982 et 1992 (passant de 8,9 à 11,2 p. 100 de la population), le nombre de leurs visites chez le médecin s'est sensiblement accru et le coût des services médicaux a plus que doublé. Des analyses révèlent

---

(26) Alexander Segall et Neena Chappell, *Health and Health Care in Canada*, Toronto, Prentice Hall, 2000, p. 217 à 219.

(27) Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada en 2002*, Ottawa, 2002, p. 33.

(28) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada : Consomment des services de santé? À quel prix? », *Vignette vieillissement n° 10*, 1993 ([http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/vignette/pdf/vig1-20\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/vignette/pdf/vig1-20_f.pdf)).

que le recours aux services plus coûteux tend à s'accroître, tout comme le nombre de consultations de spécialistes et la proportion des admissions dans les hôpitaux<sup>(29)</sup>.

Une étude de 1998 conclut qu'entre 1986 et 1994, l'effectif de médecins au Canada s'est accru au même rythme que la croissance et le vieillissement de la population. Dans certaines provinces, le nombre de généralistes et de spécialistes s'est accru plus rapidement que ne le justifiaient les changements démographiques, tandis que dans d'autres, la croissance de l'effectif dans l'un et l'autre groupe accuse un retard par rapport à l'accroissement démographique<sup>(30)</sup>. De plus, outre la complexité et les exigences que suppose la prestation de soins à une population vieillissante, les médecins eux-mêmes vieillissent. En 1999, près de quatre médecins sur dix avaient plus de 50 ans<sup>(31)</sup>. Les auteurs d'une récente étude sur le vieillissement et les soins de santé commandée par la Commission Romanow soutiennent qu'au cours des 50 prochaines années, le taux élevé de départs à la retraite de médecins ainsi que le faible nombre de nouveaux venus dans la profession entraîneront énormément d'incertitude dans le système de soins de santé, où les médecins occupent une place dominante<sup>(32)</sup>.

Certains observateurs croient que les médecins pourraient avoir un rôle à jouer dans l'augmentation des dépenses liées aux médicaments. À l'heure actuelle au Canada, les personnes de plus de 65 ans sont les plus grands consommateurs de médicaments d'ordonnance, et la proportion d'aînés qui déclarent utiliser cinq médicaments ou plus s'accroît<sup>(33)</sup>. Ce phénomène s'explique au moins en partie par l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques, mais il est aussi attribuable à l'expansion de l'industrie pharmaceutique et à la rapidité avec laquelle de nouveaux médicaments, souvent concurrents, sont mis au point. Les points de vue divergent pour ce qui est de savoir si les nouveaux médicaments plus coûteux offrent ou non un avantage thérapeutique important par rapport aux anciens médicaments plus économiques et améliorent vraiment la santé au point de réduire les taux d'hospitalisation. Certaines études donnent à penser que la plus grande consommation de médicaments chez les

---

(29) Marie Demers, « Factors explaining the increase in cost for physician care in Quebec's elderly population », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 155, n° 11, 1996, p. 1555 à 1560.

(30) Noralou Roos *et al.*, « How many physicians does Canada need to care for our aging population? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 158, n° 10, 1998, p. 1275 à 1284.

(31) Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, 2001, p. 52.

(32) Hogan et Hogan (2002).

(33) Institut canadien d'information sur la santé (2002), p. 81.

personnes âgées tient en partie à la prescription excessive de médicaments et à la piètre coordination exercée par les professionnels de la santé. L'une d'elles mentionne que :

le cancer et les maladies chroniques (hypertension, diabète, asthme et diagnostic de démence) sont en progression. Il est toutefois difficile de savoir si cette hausse témoigne d'une augmentation effective de l'incidence ou de la prévalence de ces maladies ou d'une évolution des méthodes de pratique (p. ex. plus grande insistance sur le dépistage du cancer ou changements dans la façon dont les médecins posent leurs diagnostic, entre autres par la modification des critères de diagnostic comme c'est le cas pour le diabète). Quoiqu'il en soit, les diagnostics s'accompagnent souvent de traitements qui peuvent expliquer en partie le recours accru aux médicaments.<sup>(34)</sup>

La prescription excessive de médicaments influe sur le système de santé de deux façons. D'abord, elle accroît les coûts des programmes provinciaux d'assurance-médicaments. Une étude réalisée en Colombie-Britannique sur le nombre d'ordonnances distribuées aux personnes âgées entre 1987 et 1999 révèle que le nombre moyen d'ordonnances par personne s'est accru de 15 p. 100 et que le coût des médicaments par personne a grimpé de près de 150 p. 100, en partie en raison du coût des nouveaux médicaments<sup>(35)</sup>. Ensuite, la prescription excessive de médicaments accroît la possibilité de combinaisons dangereuses de plusieurs médicaments et de problèmes connexes liés à la consommation d'un trop grand nombre de médicaments, à la mauvaise posologie ou à l'utilisation inadéquate de médicaments. Une étude signale que les combinaisons fautives de médicaments chez les personnes âgées sont de l'ordre de 4 à 20 p. 100, tandis qu'une autre étude constate un écart entre l'usage effectif des médicaments et l'usage dont le médecin est au courant chez 115 personnes âgées en perte d'autonomie sur 120<sup>(36)</sup>.

---

(34) Menec *et al.* (2002), p. xiii [traduction].

(35) Institut canadien d'information sur la santé (2002), p. 887 et 888.

(36) R. Tamblin *et al.*, « Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, n° 8, 1996, p. 1177 à 1184; et F. Godwin *et al.*, « What drugs are our frail elderly patients taking? Do drugs they take or fail to take put them at increased risk of interactions and inappropriate medication use? », *Canadian Family Physician*, vol. 47, juin 2001, p. 1198 à 1204.

## **B. Hôpitaux**

La plupart des hôpitaux au Canada relèvent de la compétence des provinces, mais ils déterminent en fait les besoins locaux en services et les niveaux de financement requis, habituellement par l'intermédiaire des régies régionales de la santé. Les fonds de fonctionnement des hôpitaux proviennent des ministères provinciaux de la Santé dans une proportion de 80 à 90 p. 100, tandis que le reste est généré grâce à la participation aux coûts, à la perception de frais pour l'hébergement à supplément, à la collecte de fonds et aux activités commerciales comme les concessions pour les stationnements et les casse-croûte. Les malades sont hospitalisés pour recevoir des soins médicaux continus sous la supervision de médecins et pour obtenir un diagnostic et avoir accès aux services thérapeutiques connexes offerts en milieu hospitalier.

Les soins actifs essentiels dispensés par les hôpitaux sont offerts aux aînés aussi bien qu'au reste de la population canadienne. Dans certains cas, toutefois, les aînés sont accusés d'être des malades « monopolisant les lits », lorsqu'ils occupent des lits pour soins actifs plus longtemps que la durée moyenne des séjours. Souvent, leur séjour se prolonge parce qu'il est impossible de leur trouver une place dans d'autres établissements ou dans la collectivité. Habituellement, une personne âgée entre dans la filière du système de santé ou du réseau social lorsqu'elle est victime de troubles de santé aigus qui exigent son admission à l'hôpital, mais des études indiquent que bon nombre de malades âgés sont gardés trop longtemps à l'hôpital, alors qu'il serait préférable pour eux de pouvoir bénéficier de programmes de soins à domicile ou de consultation externe. Entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 1990, le nombre d'hôpitaux publics et le nombre de lits approuvés ont diminué. Une bonne part de cette baisse est attribuable à la réduction du secteur des soins hospitaliers de longue durée, bon nombre d'unités de soins prolongés étant transformées en établissements de soins pour bénéficiaires internes<sup>(37)</sup>. Dans des provinces comme l'Ontario, bon nombre d'aînés d'abord admis dans des unités de soins actifs sont par la suite évalués par un médecin qui juge qu'ils ont besoin d'un niveau de soins autres qu'actifs; ils sont ensuite déclarés comme hébergés en principe dans un

---

(37) Patricia Tully et Etienne Saint-Pierre, « La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 8, n° 4, printemps 1997, p. 33.

établissement pour malades chroniques ou de soins prolongés et sont tenus d'assumer la quote-part des malades chroniques pour couvrir une partie des frais d'hébergement et de repas<sup>(38)</sup>.

Les experts ne s'entendent pas sur les conséquences du vieillissement pour les hôpitaux<sup>(39)</sup>. Ceux qui tiennent pour acquis que les aînés continueront dans l'avenir à avoir accès aux hôpitaux de la même façon qu'à l'heure actuelle s'attendent à une forte augmentation de l'utilisation des hôpitaux de soins actifs au cours des dix prochaines années. D'autres mettent en doute ces prévisions, convaincus qu'ils sont que les aînés seront en meilleure santé, que les taux d'hospitalisation continueront de diminuer et que le système de santé évoluera. Selon une étude réalisée au Manitoba, près des deux tiers des journées d'hospitalisation utilisées à Winnipeg en 1998-1999 l'ont été par un faible nombre d'aînés, qui ont contribué dans la même proportion aux coûts d'hospitalisation. Des analystes attribuent toutefois cette situation à des facteurs reliés à la difficulté d'obtenir rapidement des tests de diagnostic ou le résultat de consultations ainsi qu'à la lenteur du processus d'aiguillage vers les programmes de soins à domicile<sup>(40)</sup>.

Depuis le début des années 1990, des études réalisées au Canada montrent que la plupart des aînés, sauf lorsqu'ils sont hospitalisés juste avant de mourir, n'ont pas recours aux services médicaux plus souvent que le reste de la population adulte plus jeune. Selon une étude sur une grande échelle réalisée au Manitoba, 59 p. 100 des services de santé sont utilisés par environ 5 p. 100 de la population âgée (essentiellement par les personnes très âgées) et les coûts les plus importants sont engagés juste avant le décès<sup>(41)</sup>. Certaines études mettent en relief des facteurs autres que l'âge, notamment le fait que l'incidence des chirurgies nécessitant une hospitalisation s'accroît autant chez les personnes plus jeunes que chez les personnes âgées. Ainsi, une analyse portant sur une période de 10 ans montre que 37 p. 100 de tous les congés accordés à des personnes âgées à la suite d'une hospitalisation en 1987 faisaient suite à une chirurgie, alors que ce pourcentage était de 29 p. 100 en 1975. Dans le cas des personnes plus

---

(38) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « Chronic Care Co-Payment Fact Sheet » et « Hospital Chronic Care Co-payment: Questions and Answers », Toronto, 1998.

(39) Institut canadien d'information sur la santé (2001), p. 29 et 30.

(40) Sharon Bruce *et al.*, *Acuity of Patients Hospitalized for Medical Conditions at Winnipeg Acute Care Hospitals*, Winnipeg, Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba, 2001 (<http://www.umanitoba.ca/academic/centres/mchp/reports/pdfs/acuity.pdf>).

(41) Cité dans le Conseil consultatif sur le troisième âge, « The Canadian Health Care System: Myths and Realities », *Expression*, vol. 8, n° 2, printemps 1992, p. 5.



jeunes, 55 p. 100 de tous les congés faisaient suite à une chirurgie en 1987, alors que ce pourcentage était de 50 p. 100 en 1975<sup>(42)</sup>.

Parce que les hôpitaux sont dotés d'un nombre important de technologies médicales servant au diagnostic et au traitement ainsi qu'au maintien et à la prolongation de la vie, les interventions médicales auprès des aînés permettent maintenant d'empêcher que ceux-ci succombent à une affection aiguë comme cela aurait été le cas il y a quelques décennies. Dans ce contexte, certains se demandent si de nouvelles technologies et de nouveaux traitements intensifs devraient servir à garder en vie tous les malades et dans quelles circonstances il y aurait lieu de recourir à des solutions de rechange comme les soins à domicile ou même les soins palliatifs. Certains auteurs estiment toutefois qu'il faut se garder de refuser un traitement chirurgical uniquement en raison de l'âge du malade et citent à l'appui des études comme celles portant sur le pontage aorto-coronarien chez les malades âgés selon lesquelles cette intervention chirurgicale est à la fois sûre et salutaire comparativement au traitement médical<sup>(43)</sup>. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé fait valoir que « quant aux progrès technologiques, le fait est que la plupart des gens meurent sans aucun recours à ces moyens coûteux »<sup>(44)</sup>.

## **RÉPONDRE AUX BESOINS DES ÂÎNÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ**

Les aînés partagent les préoccupations des analystes au sujet du coût croissant des soins de santé et du manque apparent de coordination entre les différents fournisseurs de soins et établissements. Ils craignent surtout de ne pouvoir jouir d'un accès équitable aux soins dont ils ont besoin. Eux-mêmes et les organismes qui parlent en leur nom font observer que les solutions doivent viser à remédier au caractère inadéquat ou impersonnel des soins, à la surmédicalisation des problèmes sociaux, à l'augmentation des temps d'attente pour certains traitements et à l'utilisation abusive de technologies médicales coûteuses.

---

(42) Mary Beth Maclean et Jillian Oderkirk, « Les interventions chirurgicales chez les personnes âgées », *Tendances sociales canadiennes*, été 1991, p. 12.

(43) William Ghali et Michelle Graham, « Evidence or faith? Coronary artery bypass grafting in elderly patients », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 6, 2001, p. 775 et 776.

(44) Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2003).

De nouveaux modes de financement des services de santé destinés à la population âgée sont actuellement à l'étude. Plusieurs analystes ont proposé différentes méthodes de financement pour répondre aux besoins en matière de soins actifs. Par exemple, les ministres provinciaux et territoriaux ont exhorté le gouvernement fédéral à établir sa participation au financement des soins de santé au moyen d'une échelle mobile adaptée, qui tiendrait compte de considérations comme la croissance démographique, le vieillissement, les tendances des maladies, l'utilisation des technologies et le développement économique. Le Plan décennal pour consolider les soins de santé adopté par les premiers ministres en septembre 2004 est un premier pas dans cette direction, puisqu'il prévoit l'application d'une échelle mobile de 6 p. 100 au calcul du Transfert canadien en matière de santé à compter de 2006-2007<sup>(45)</sup>.

L'Institut C.D. Howe a pris position en faveur d'une subvention pour la santé des aînés (une partie du Transfert canadien en matière de santé serait transformée en subvention pour chaque personne âgée de 65 ans et plus) et d'un compte pour la santé des aînés (créé grâce à l'établissement d'un fonds d'affectation spécial pour couvrir les coûts différentiels de la subvention)<sup>(46)</sup>. Les nouvelles ententes financières proposées visent à inciter les fournisseurs de soins à mieux tenir compte du coût des traitements offerts; l'Institut propose d'instituer un mécanisme d'inscription des clients pour les soins primaires qui s'ajouterait ou se substituerait à l'actuel système de rémunération à l'acte, comme moyen pour atténuer la tendance à surtraiter et à surconsommer<sup>(47)</sup>.

Au Québec, le rapport de la Commission Clair (publié en janvier 2001) met l'accent sur la nécessité d'offrir davantage de soins de longue durée et recommande la création d'un fonds d'assurance contre la perte d'autonomie à long terme financé grâce à un impôt spécial. Le fonds serait distinct des recettes provinciales générales et serait administré par un organisme comme la Régie des rentes du Québec. L'objectif est de permettre au système « de répondre simultanément à différents objectifs : établir à l'échelle de la province un système équitable de soins institutionnels et de soins à domicile; réduire les coûts et les inconvénients

---

(45) Réunion des premiers ministres sur les soins de santé, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, communiqué, Ottawa, septembre 2004  
(<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/rpm/index.html>).

(46) Robson (2001), p. 20 à 25.

(47) *Ibid.*, p. 18.

associés à l'hospitalisation à long terme; et soutenir et compléter le travail des fournisseurs de soins non professionnels »<sup>(48)</sup>.

Sur le plan organisationnel, plusieurs solutions ont été proposées et certaines ont déjà été appliquées. Dans le cas des fournisseurs de soins et des hôpitaux, on propose d'exiger la création de réseaux de fournisseurs, en particulier de liens entre les fournisseurs de soins primaires et les autres fournisseurs de soins, ainsi que le passage à des réseaux locaux d'hôpitaux avec des médecins, la plus grande intégration des services hospitaliers offerts, des alliances élargies entre hôpitaux avoisinants et, de façon générale, une plus grande attention à l'amélioration de la qualité et à la gestion des soins thérapeutiques. Pour répondre aux multiples besoins des aînés, les partisans du changement préconisent un plus grand recours aux activités de diffusion et de sensibilisation, aux initiatives de prise en compte de la diversité culturelle et à la participation générale des consommateurs et des porte-parole. Toutefois, comme l'a signalé le Forum national sur la santé en 1997, les initiatives de ce genre sont entravées par un manque de mesures et de données claires sur le rendement et par l'absence d'analyses portant sur l'utilisation des services, l'amélioration de la qualité et la satisfaction des patients<sup>(49)</sup>.

Les hôpitaux sont de plus en plus appelés à intervenir au-delà de leurs murs lorsque vient le temps de planifier les congés des malades et d'établir des liens avec les services communautaires. Certains services d'urgence disposent d'équipes de consultation en gériatrie pour évaluer la capacité fonctionnelle des aînés qui viennent se faire traiter. L'un des exemples bien connus de changement destiné à réduire la demande de soins actifs pour les aînés est l'équipe multidisciplinaire d'intervention rapide créée à Victoria il y a plusieurs années, dont d'autres régions du Canada se sont inspirées depuis. Des équipes d'infirmières, de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes collaborant avec des médecins aident les clients âgés à poursuivre leur convalescence à la maison plutôt qu'à l'hôpital, comme cela aurait été le cas auparavant. Les études semblent indiquer que sans l'intervention de l'équipe multidisciplinaire, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui se présentent à l'urgence

---

(48) Howard Chodos, *Examen du système de santé au Québec (la Commission Clair)*, PRB 00-37F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 26 février 2001 ([http://pintrabp/lopimages2/prbpubs/bp1000/prb0037-f.asp#D. Le%20financement%20public\(txt\)](http://pintrabp/lopimages2/prbpubs/bp1000/prb0037-f.asp#D. Le%20financement%20public(txt))).

(49) « Rapport de synthèse du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre », dans le Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 2, 1997.

seraient hospitalisées, alors que seulement une sur dix a maintenant besoin d'être admise dans un hôpital de soins actifs<sup>(50)</sup>. En 2001, l'auteure d'une évaluation du programme d'intervention rapide mis sur pied en 1997 dans le district de santé de Saskatoon signalait qu'en plus d'être moins coûteux que les soins hospitaliers, ces services atténuent la pénurie de lits d'hôpitaux<sup>(51)</sup>. Elle insistait toutefois aussi sur le fait qu'un programme d'intervention rapide est un service supplémentaire pour faciliter l'accès aux soins nécessaires et qu'il ne réduit les dépenses au titre des soins de santé que s'il permet la fermeture de lits.

À l'autre bout du spectre, il y a aussi le travail de prévention bénévole et communautaire, comme celui accompli par le Santropol Roulant à Montréal. Cette initiative intergénérationnelle fait intervenir de jeunes bénévoles qui préparent et livrent des repas aux aînés et contribuent ainsi à atténuer en partie les problèmes de malnutrition et d'isolement social que vivent ces derniers. Selon certaines évaluations, le Santropol Roulant aurait permis d'économiser au-delà de 2,4 millions de dollars en fonds public grâce aux services dispensés pour prévenir le placement en établissement de personnes âgées isolées<sup>(52)</sup>. D'autres études font état d'un besoin croissant de programmes axés sur la prévention des blessures et la réadaptation, afin de réduire le nombre d'hospitalisations à la suite de chutes et de fractures de la hanche, qui sont courantes chez les aînés, en particulier chez les femmes âgées de 85 ans et plus<sup>(53)</sup>. Les efforts se poursuivent pour adapter les programmes d'études des écoles de médecine et de nursing et modifier les services offerts par les cliniques et les hôpitaux pour qu'ils tiennent davantage compte de la diversité culturelle. Certains proposent de reconnaître davantage les compétences et les titres acquis à l'étranger pour qu'il y ait parmi les infirmières et les médecins appelés à travailler auprès des personnes âgées des personnes qui connaissent les us et coutumes

---

(50) Anne Mullens, « Victoria's Health », *Vancouver Sun*, 17 mai 1991, p. 1.

(51) Joanne Franko, *Evaluation of the Cost-effectiveness of the Quick Response Program of Saskatoon District Health*, Victoria, National Evaluation of the Cost Effectiveness of Home Care, 2001, p. 24 et 25 ([http://www.homecarestudy.com/reports/full-text/substudy-14-final\\_report.pdf](http://www.homecarestudy.com/reports/full-text/substudy-14-final_report.pdf)).

(52) Voir le site Web du Santropol Roulant (<http://www.santropolroulant.org/>).

(53) Pekka Kannus et Karim Khan, « Prevention of falls and subsequent injuries in elderly people: a long way to go in both research and practice », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 5, 2001, p. 587 et 588; Menec *et al.* (2002).

propres aux différentes cultures<sup>(54)</sup>. Certaines études portant sur les liens entre la culture et la santé ont examiné notamment les besoins des aînés d'origine chinoise afin de mieux comprendre l'incidence de la culture sur la planification des politiques et des programmes de soins de santé<sup>(55)</sup>.

Le débat actuel au Canada est de plus en plus axé sur la recherche d'un équilibre entre la rentabilité et l'accès à une bonne qualité de vie pour les aînés canadiens, notamment sur la possibilité que la prestation des services de santé par des professionnels autres que des médecins puisse contribuer à une meilleure utilisation des services de soins actifs et de soins de longue durée actuellement offerts. Au Nouveau-Brunswick, le programme d'hôpital extra-mural compte sur les services de santé publique et sur les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada pour offrir des soins d'appoint aux personnes âgées qui sont transférées des établissements de soins de santé généraux à leur domicile. Certains sont d'avis que l'ajout d'un volet promotion de la santé administré par une infirmière hygiéniste à l'actuel processus d'évaluation des soins de longue durée permettrait de recourir dans une moindre mesure aux services de longue durée offerts par les établissements dans le cas des aînés en perte d'autonomie<sup>(56)</sup>.

## CONCLUSION

Dans l'ensemble, il y a lieu de procéder à une collecte systématique de renseignements et à une interprétation uniforme des données sur tous les aspects des soins de santé destinés aux personnes âgées. Pour arriver à circonscrire les coûts associés aux changements technologiques et aux besoins croissants en soins de santé des aînés, les multiples facettes de la situation devront bientôt être réexaminées. Le contrôle des dépenses au titre des soins de santé et la réforme des modes de financement de ces dépenses doivent s'accompagner

---

(54) H. Jack Geiger, « Racial stereotyping and medicine: the need for cultural competence », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 12, 2001, p. 1699 et 1700; Glenda Simms, « La santé des femmes, les minorités et la diversité : Une perspective canadienne », Ottawa, document commandé en prévision du Forum canado-américain sur la santé des femmes, 1996.

(55) Dennis Urquhart, « Multicultural health care: Investigating the health needs of Chinese seniors in Canada », *Gazette* [Université de Calgary], 3 décembre 2001; Maria Lironi, « UVic researchers survey Chinese seniors' attitudes to health », *The Ring* [Université de Victoria], 24 janvier 2002.

(56) H.M. Morris *et al.*, « Health Promotion and Senior Women With Limited Incomes », *Journal of Community Health Nursing*, vol. 17, n° 2, été 2000, p. 115 à 126.

d'une réorganisation des principaux éléments des sphères d'intervention actuellement dominées par les médecins et les hôpitaux. De façon générale, il faut arriver à concilier besoin d'efficience et besoin d'équité.

Le Canada a réussi à offrir aux aînés un accès presque universel à des services de santé de base de qualité supérieure. Ces services peuvent être aussi bien préventifs que curatifs, être offerts sur une courte période ou à plus long terme et nécessiter l'intervention d'un vaste éventail de fournisseurs de services. Tous les services exigeront un investissement considérable pour assurer le maintien normes actuelles. La prestation de soins de santé de qualité supérieure ne se limite toutefois pas à traiter la maladie et l'incapacité; elle doit aussi comprendre des services de soutien aux aînés qui souhaitent conserver leur autonomie et vivre en sécurité et réduire le sentiment d'isolement et de vulnérabilité que ressentent certains aînés en raison de leur déficience physique croissante et de leur mobilité réduite.