



Santé
Canada Health
Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE


Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des personnes âgées



Canada



Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-7
ISBN 0-662-66310-1

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour
l'adaptation
des services de santé



SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des personnes âgées

Anne Martin-Matthews, PhD

Professeure d'études familiales
School of Social Work and Family Studies
University of British Columbia



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tous ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation de services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 25 projets ayant porté sur la santé des personnes âgées. Il a été préparé par Anne Martin-Matthews, Ph.D., professeure d'études familiales à la *School of Social Work and Family Studies, University of British Columbia*.

La santé des personnes âgées au Canada

Le Canada compte un peu plus de 30 millions d'habitants dont 3,7 millions de personnes (environ 12 p. 100 de la population) ont plus de 65 ans. Ce chiffre devrait passer à cinq millions (14 p. 100 de la population) d'ici 2011. On estime que les personnes âgées constitueront 18 p. 100 de la population d'ici 2025 (Moore et Rosenberg, 1997). Le nombre et la proportion des personnes d'âge avancé (75 ans ou plus) augmentent rapidement. Si on s'intéresse à la santé des aînés, aux fins de la politique nationale, c'est notamment parce que l'on craint que le vieillissement de la population exerce des pressions sur les ressources du régime de santé, en raison du degré d'utilisation des hôpitaux et d'autres services de santé par les aînés (Lassey, Lassey et Jinks, 1997,

p. 73). Toutefois, les questions concernant la santé des aînés et leur recours aux services de santé, sous leur forme actuelle, sont extrêmement complexes.

Chez les personnes âgées, le taux de maladies aiguës et chroniques est très élevé, et il existe beaucoup de différences quant à la disponibilité des soins de santé et quant à la réaction face à la détérioration de l'état de santé. Au stade de l'âge d'or, la maladie est plus souvent chronique qu'aiguë. Or, notre régime de soins de santé, qui met essentiellement l'accent sur les soins hospitaliers de courte durée, se soucie relativement peu d'aider les aînés à faire face aux maladies chroniques inhérentes au vieillissement, par exemple les maladies cardiaques et l'hypertension, les problèmes respiratoires et l'arthrite. On estime qu'environ 18 p. 100 des personnes âgées de 65 à 79 ans, 22 p. 100 de celles qui ont de 80 à 84 ans, et 40 p. 100 de celles âgées de 85 ans ou plus souffrent de maladies chroniques qui limitent leur activité.

Les personnes âgées menacées par une réduction ou une perte de leur indépendance ont besoin d'un ensemble complexe de services sociaux et de soins de santé fournis par des organismes communautaires, des hôpitaux et des établissements de soins prolongés. Ces services sont souvent fragmentés et ne sont guère intégrés, de sorte que chaque secteur du système répond à un ou à plusieurs besoins de santé complexes, mais pas à tous. Il est rare que la personne soit traitée comme une entité.

Les 25 projets financés par le FASS au sujet de la santé des personnes âgées correspondent aux domaines d'étude prioritaires des chercheurs en gérontologie et en gériatrie au Canada (et dans le monde) et aux tendances observées par les groupes de défense des aînés, tels que le Conseil consultatif national sur le troisième âge. La majeure partie des travaux en gérontologie et en gériatrie traduisent la conviction des cliniciens, des chercheurs et des personnes âgées que la meilleure façon de faire face au déclin accompagnant le vieillissement est de recourir aux services communautaires qui encouragent l'autonomie, l'entraide (auto-assistance) et la promotion de la santé. Par conséquent, 14 (56 p. 100) des 25 projets financés par le FASS au sujet de la santé des aînés ont porté sur des aspects des soins

à domicile. Cela met en évidence l'importance relative des soins communautaires dans la prestation des services aux personnes âgées. Les projets financés par le FASS ont mis l'accent sur des façons d'améliorer la prestation de genres particuliers de services dans le continuum des soins; au moins trois projets ont examiné la manière dont les cas sont attribués aux aides à domicile et la façon dont ils sont rétribués.

De même, l'intégration de la prestation des services a été l'objet de dix (40 p. 100) des projets. Ces projets visaient à éliminer ou à réduire la fragmentation et, dans certains cas, le chevauchement des services. Les chercheurs ont, pour cela, mis au point et évalué des mécanismes favorisant les rapports entre les personnes qui assurent les services à une personne âgée. Cette « intégration » pouvait être aussi ciblée que la communication entre un médecin et un pharmacien (ON221), entre un spécialiste de la santé mentale et un aide à domicile (PE121), ou entre divers professionnels de la santé et les planificateurs des sorties dans un service d'urgence (QC429).

D'un autre côté, quelques projets du FASS ont abordé la question de l'intégration des services dans une perspective plus large. L'interface critique entre l'hôpital et le domicile au moment de la sortie a retenu tout particulièrement l'attention des chercheurs. Par exemple, ceux-ci ont examiné la prestation des services intégrés à des stades particuliers, tels que la sortie de l'hôpital ou du service d'urgence, ou dans le contexte de la réception des soins à domicile. D'autres études ont porté sur les méthodes de coordination (p. ex., la création d'un outil d'évaluation normalisé ou d'un mécanisme de communications semblable). Certains des plus grands projets financés par le FASS ont servi à mettre au point ou à évaluer toute une gamme de services dans une région donnée ou, d'une manière plus complète, tous les régimes de prestation de services et de financement connexe dans un ou plusieurs districts de santé et entre eux, ou dans diverses régions géographiques. Chaque projet reposait sur l'existence reconnue d'un problème d'intégration et d'interface entre les divers services utilisés par les aînés dans le continuum des soins.

D'autres projets financés par le FASS concernaient chacune des principales questions se rapportant à l'utilisation de produits pharmaceutiques par les aînés : les méthodes d'établissement des ordonnances; l'utilisation et l'observation des régimes de traitement pharmaceutique; les problèmes inhérents à l'interaction entre les médicaments; et le coût. De plus, les deux projets concernant les personnes âgées des régions rurales visaient des genres bien précis de services : un a porté sur la réadaptation et l'autre sur la palliation.

Les questions relatives aux ressources humaines sont omniprésentes dans les constatations issues des projets du FASS sur la santé des personnes âgées. Qu'il s'agisse des travaux les plus ciblés exécutés dans un secteur mono-service, ou des projets pilotes les plus complexes et des évaluations de vastes initiatives intersectorielles et intégrantes, les chercheurs ont souligné avec constance l'importance des travailleurs de la santé pour l'obtention de résultats. La majorité de ces études ont donné l'impression que le personnel travaillait à la limite de ses capacités; le taux de roulement était élevé, la tension était forte et les cas d'épuisement professionnel, nombreux; on était en général disposé à agir, mais on n'avait pas les moyens de participer aux projets qui accroissaient une charge de travail déjà lourde. Les projets pilotes ont connu le plus de succès quand ils modifiaient les modalités de travail en profondeur et non pas seulement en ajoutant des tâches, ou quand ils attribuaient de nouvelles responsabilités au personnel, comme dans les cas où un poste était créé. Cependant, même dans ces situations, la réussite de l'initiative dépendait souvent des communications établies entre les professionnels de la santé de divers secteurs et de la clarification des rôles et des responsabilités. Dans les rapports rédigés sur les projets, on précise que, dans tous les secteurs, il n'y a pas de systèmes d'accès informatiques dans de nombreux endroits.

Recommandations sur les soins à domicile prodigués aux personnes âgées :

- Dans l'orientation, la structure et l'organisation des services, il est essentiel de bien comprendre les deux fonctions des soins à domicile assurés aux personnes âgées : leur rôle de plus en plus manifeste dans le contexte des soins subaigus post-hospitaliers et leur rôle un peu plus connu dans la gestion des besoins de ces personnes en soins chroniques.
- Il faut trouver et mettre en œuvre des solutions de rechange au financement individualisé.
- Il importe, au profit des travailleurs de la santé assurant des soins à domicile aux personnes âgées, de créer de nouveaux programmes plus souples de gestion des cas et de leur apprendre à se servir d'outils d'évaluation complexes, afin de favoriser la continuité des services fournis à ces personnes.
- Il faut reconnaître les caractéristiques particulières des personnes âgées, en tant que bénéficiaires de soins à domicile; celles risquant grandement de revenir à l'hôpital doivent être mises en rapport avec des services communautaires (soins à domicile) et de soutien, avant leur sortie de l'hôpital.

Recommandations sur la prestation intégrée des services fournis aux personnes âgées :

- Quand on définit les rôles et les responsabilités, il faut prendre en compte les préoccupations des travailleurs de la santé relatives à la prestation intégrée des services, en se souciant tout particulièrement de la distribution et de la nature des tâches et en minimisant l'ambiguïté des rôles des fournisseurs de services dans des domaines connexes.
- Il faut faire participer activement les médecins à la réforme du système et leur donner la formation nécessaire pour qu'au lieu de mettre l'accent sur la primauté du secteur des soins aigus, ils reconnaissent le rôle des services de soins communautaires.
- Il faut des ressources pour mieux intégrer la prestation des services destinés aux personnes âgées et pour financer les projets d'intégration.

Recommandations sur l'assurance-médicaments et sur la santé des aînés :

- Il faut normaliser l'administration (des systèmes communs de classification des médicaments et des outils d'évaluation communs).
- Il faut faciliter et accroître la collaboration entre les médecins et les pharmaciens.

Recommandations sur la santé des aînés dans les régions rurales :

- Les personnes âgées des régions rurales ont besoin d'accéder à toute une gamme de services malgré la distance et dans un contexte non axé sur les services.

Collectivement, ces rapports sur les projets de recherche financés par le FASS soulignent le fait indéniable qu'à mesure que la population vieillit, le régime des soins de santé doit accorder moins d'importance aux soins aigus et mettre plutôt l'accent sur les soins familiaux et communautaires. Ces rapports montrent on ne peut plus clairement que, même si les intervenants dans la réforme actuelle des soins de santé ont évoqué tant et plus l'impératif du continuum des soins, rien de concret ne se produit en pratique (Forum national sur la santé, 1996, p. 56 de la version anglaise).

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la santé des personnes âgées. Il a été préparé par Anne Martin-Matthews, PhD.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des

chercheurs travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements



l'auteur souhaite remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils lui ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.



Table des matières

| | |
|--|-----|
| Condensé | i |
| La santé des personnes âgées au Canada | i |
| Préface | iv |
| Nature unique des projets du FASS | iv |
| Remerciements | v |
| Table des matières | vii |
| 1. Contexte | 1 |
| 1.1 Profil socio-démographique | 1 |
| 1.2 La santé des personnes âgées | 1 |
| 2. Aperçu des études du Fonds pour l'adaptation des services de santé sur la santé des aînés | 4 |
| 3. Analyse des principales constatations | 5 |
| 3.1 Les soins à domicile pour les personnes âgées | 5 |
| 3.2 La prestation des services intégrés | 9 |
| 3.3 L'utilisation des médicaments chez les personnes âgées | 14 |
| 3.4 La santé des personnes âgées dans les régions rurales | 16 |
| 4. Les ressources humaines et la santé des personnes âgées | 17 |
| 5. Les dimensions intersectorielles de la santé des personnes âgées | 18 |
| 6. Conséquences pour les politiques et la pratique : la santé des personnes âgées | 19 |
| 6.1 Questions fondamentales concernant les soins à domicile fournis aux aînés | 19 |
| 6.1.1 Orientation, structure et organisation des services | 19 |
| 6.1.2 Financement des services de soins à domicile | 20 |
| 6.1.3 Dotation en personnel et formation en soins à domicile | 20 |
| 6.1.4 Les personnes âgées : clients des services de soins à domicile | 20 |
| 6.1.5 Ressources pour améliorer les soins à domicile fournis aux aînés | 20 |
| 6.2 Questions fondamentales concernant les services intégrés fournis aux aînés | 21 |
| 6.2.1 Rôles du personnel soignant dans la prestation des services intégrés aux aînés | 21 |
| 6.2.2 Rôle des médecins, à titre d'agents principaux dans la réforme du système | 21 |
| 6.2.3 Ressources pour améliorer l'intégration des services fournis aux aînés | 21 |
| 6.2.4 Financement des projets d'intégration des services | 21 |
| 6.3 Questions fondamentales concernant l'assurance-médicaments et la santé des aînés | 22 |
| 6.4 Questions fondamentales sur la santé des aînés dans les régions rurales | 22 |
| 6.5 Conséquences du processus de recherche du FASS pour les politiques | 23 |
| 7. Conclusions | 23 |
| Ouvrages de référence | 26 |
| Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des personnes âgées | |



1. Contexte

1.1 Profil socio-démographique

Le Canada compte un peu plus de 30 millions d'habitants, dont 3,7 millions (environ 12 p. 100 de la population) ont plus de 65 ans. Ce chiffre devrait passer à cinq millions (14 p. 100 de la population) d'ici 2011. On estime que les personnes âgées constitueront 18 p. 100 de la population d'ici 2025 (Moore & Rosenberg, 1997). Ce sont là des proportions sensiblement plus faibles qu'en Europe de l'Ouest, aux États-Unis et au Japon, la population canadienne étant relativement plus jeune que celle d'autres pays industrialisés avancés.

Au Canada, à l'heure actuelle, l'espérance de vie à la naissance est de 75 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes (McPherson, 1998). Ces chiffres varient suivant les régions du pays, mais les citoyens des grands centres vivent en moyenne un an de plus que les habitants des petites villes ou des régions rurales (Dumas et Bélanger, 1997). À 65 ans, l'espérance de vie est de 16 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes; à 80 ans, les hommes peuvent espérer vivre un peu plus de sept ans, et les femmes, un peu plus de neuf ans (McPherson, 1998). Cependant, chez les hommes et les femmes des Premières nations du Canada, l'espérance de vie est réduite de sept ans par rapport à la moyenne globale du pays.

Environ 7 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes âgés de 65 ans ou plus vivent dans un établissement quelconque de soins prolongés (Statistique Canada, 1999), mais à peu près 35 p. 100 de ceux qui ont 85 ans ou plus y résident. En d'autres mots, on peut dire que 93 p. 100 des aînés du Canada vivent chez eux; même après 85 ans, quel que soit le moment considéré, 65 p. 100 des gens du quatrième âge vivent dans leur collectivité. Toutefois, ces chiffres varient considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre du Canada.

Le nombre et la proportion des personnes d'âge avancé (75 ans ou plus) augmentent rapidement. Si on s'intéresse à la santé des aînés, aux fins de la politique nationale, c'est notamment parce que l'on craint que le vieillissement de la population exerce des pressions sur les ressources du régime de santé, en raison du degré d'utilisation des hôpitaux et d'autres services de santé par les aînés (Lassey, Lassey, & Jinks, 1997). Toutefois, les questions concernant la santé des aînés et leurs recours aux services de santé, sous leur forme actuelle, sont extrêmement complexes.

1.2 La santé des personnes âgées

Chez les personnes âgées, le taux de maladies aiguës et chroniques est très élevé, et il existe beaucoup de différences quant à la disponibilité des soins de santé et quant à la réaction face à la détérioration de l'état de santé. Certaines de ces différences s'expliquent par les modes de vie passés et courants et par des facteurs environnementaux (vie en milieu rural plutôt qu'en ville; pollution; quantité d'exercices; consommation d'alcool, de tabac ou de médicaments; alimentation). D'autres ont un lien plus direct avec la cohorte d'âge, l'hérédité ou des caractéristiques telles que la race ou l'origine ethnique, le sexe, le degré d'instruction, le statut socio-économique, l'état civil et le revenu (McPherson, 1998).

Par conséquent, l'état de santé des aînés varie beaucoup. Chez certains, il se détériore dans la soixantaine, et les personnes passent alors beaucoup de temps dans les rouages du système des soins de santé, tandis que d'autres conservent une santé comparativement bonne et un niveau élevé de bien-être physique passé 80 ou 90 ans et meurent finalement après une courte maladie. Outre que les besoins en services varient, l'accès des aînés aux soins de santé n'est pas toujours le même. De nombreuses personnes âgées vivent là où toute une gamme de services de santé leur sont offerts, mais d'autres (surtout dans les régions rurales et éloignées du Canada) n'ont pas cet avantage. Certaines, qui vivent là où on leur offre un large éventail de services, n'en profitent pas en raison de leurs propres convictions en matière de santé, parce qu'elles connaissent mal les grandes bureaucraties

complexes et n'arrivent pas à négocier avec elles, et à cause de la nature et de l'accessibilité des services. Certains services sont facilement accessibles par l'intermédiaire d'un médecin de famille; dans d'autres cas, la personne âgée peut ne pas être au courant d'un service existant qui correspondrait bien à ses besoins, ou penser qu'il ne lui est pas accessible. Il arrive aussi que le service ne lui soit pas inaccessible pour des raisons aussi simples que le manque de transport ou des obstacles linguistiques. Tous ces facteurs déterminent la façon dont les aînés utilisent (ou n'utilisent pas) les services de santé.

Au stade de l'âge d'or, la maladie est plus souvent chronique qu'aiguë. Or, notre régime de soins de santé, qui met essentiellement l'accent sur les soins hospitaliers de courte durée, se soucie relativement peu d'aider les aînés à faire face aux maladies chroniques inhérentes au vieillissement, par exemple les maladies cardiaques et l'hypertension, les problèmes respiratoires et l'arthrite (Chappell, 1996). De plus, de nombreux aînés disent être aux prises avec plusieurs problèmes de santé permanents (co-morbidité), bien que la présence de plus d'une maladie chronique n'entraîne pas nécessairement une réduction de l'activité ou une incapacité fonctionnelle à court terme. On estime qu'environ 18 p. 100 des personnes âgées de 65 à 79 ans, 22 p. 100 de celles qui sont âgées de 80 à 84 ans, et 40 p. 100 de celles qui ont 85 ans ou plus souffrent de maladies chroniques qui limitent leur activité (Moore & Rosenberg, 1997).

En raison de leur état de santé chronique et malade, on prescrit aux personnes âgées toutes sortes de médicaments. Les aînés constituent 12 p. 100 de la population canadienne, mais ils consomment de 28 à 40 p. 100 des médicaments d'ordonnance (Shapiro et Havens, 2000). En moyenne, ils utilisent entre 3,2 et 4,5 médicaments d'ordonnance par an, et cette moyenne augmente considérablement avec l'âge. Cependant, des études rigoureuses ont montré que, même si le taux d'utilisation des produits pharmaceutiques dans certains groupes d'âge ont augmenté au cours des 40 dernières années, un examen plus approfondi révèle que cette tendance correspond dans une large mesure à une inflation des prix plutôt

qu'à une utilisation accrue (Evans, McGrail, Morgan, Barer et Hertzman, 2001, p. 167). Des recherches canadiennes poussées, en particulier celles de Tamblyn et de ses collègues (2000), ont mis en évidence la complexité du dossier de l'utilisation des produits pharmaceutiques par les aînés. Le coût croissant des médicaments, les mauvaises pratiques en matière de prescription, l'observation laxiste des traitements et le manque de communications efficaces entre les personnes âgées et les médecins ou les pharmaciens sont autant de facteurs dont il faut se préoccuper. Le coût des produits pharmaceutiques est celui qui augmente le plus vite dans le régime des soins de santé, ce qui amène Shapiro et Havens (2000) à souligner que la mauvaise utilisation des médicaments chez les personnes âgées et l'observation approximative des traitements – deux situations qui aboutissent à d'autres séjours à l'hôpital et à des visites chez le médecin quand les malades cessent de prendre leurs médicaments ou en réduisent la dose – sont devenus des problèmes importants. Les effets de la publicité directe des sociétés pharmaceutiques auprès des consommateurs sur le coût des traitements ambulatoires, sur celui des médicaments, voire sur celui des conséquences nuisibles des médicaments, demeurent largement inconnus, malgré leur importance (Shapiro et Havens, 2000). Cela confère à la consommation des produits pharmaceutiques une actualité toute particulière dans le contexte de la santé des personnes âgées au Canada.

Les personnes âgées menacées par une réduction ou une perte de leur indépendance ont besoin d'un ensemble complexe de services sociaux et de soins de santé des organismes communautaires, des hôpitaux et des établissements de soins prolongés. Ces services sont souvent fragmentés et ne sont guère intégrés, de sorte que chaque secteur du système répond à un ou à plusieurs des besoins de santé complexes de la personne, mais pas à tous. Il est rare que la personne soit traitée comme une entité. Nombreux sont les faits prouvant que cela entraîne une hausse du nombre d'hospitalisations de courte et de longue durée et des séjours dans les établissements de soins prolongés. Il s'agit là non seulement des ressources les plus coûteuses, mais ce sont aussi des soins du genre de

ceux que les aînés affectionnent le moins (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1989).

« Une bonne partie de la recherche fondamentale sur les soins de santé et le vieillissement au Canada a porté sur la question de la mesure dans laquelle les aînés ont des problèmes de santé plus nombreux et (ou) font augmenter le coût des soins. » (McDaniel et Chappell, 1999, p. 124.) Nous savons que les personnes âgées recourent beaucoup au système des soins de santé au Canada (Rosenberg & James, 2000). Toutefois, les faits ne corroborent pas l'hypothèse selon laquelle les aînés utilisent les services de santé improprement ou qu'ils abusent du système. L'utilisation de l'expression « monopolisateurs de lits » (*bed blockers*) et l'affirmation fréquente que les problèmes du système sont dus tout simplement à l'augmentation du nombre de personnes âgées sont incorrectes et non fondées. Elles persistent malgré les efforts acharnés et scientifiquement rigoureux des analystes du vieillissement et de l'utilisation des services de santé, dont les travaux montrent que c'est la façon dont les services sont assurés aux aînés, et non les besoins des aînés au Canada en matière de soins de santé, qui pose un problème (voir Evans et coll., 2001; Rosenberg et James, 2000; Shapiro et Havens, 2000). On a employé l'expression « démographie apocalyptique » pour désigner la persistance de ces mythes associés au vieillissement de la population, et la question a fait l'objet de nombreux débats récents parmi les chercheurs en gérontologie au Canada (Evans et coll., 2001; Gee et Gutman, 2000).

Dans le contexte de la restructuration continue du système de santé, les soins demeurent surtout axés sur des aspects des soins aigus qui ne correspondent pas nécessairement aux caractéristiques, à l'état et aux besoins des personnes âgées. Les recherches faites en gérontologie au Canada ont toujours montré qu'une importante lacune du régime officiel des soins de santé résidait dans son incapacité de répondre aux besoins des aînés souffrant d'une maladie chronique (Chappell, 1988). Pour de nombreux aînés, le problème ne se rapporte pas tant à la présence

(ou à l'absence) d'une ou de plusieurs maladies chroniques, mais bien à la mesure dans laquelle leur capacité de fonctionner est réduite. Afin de cerner les divers facteurs susceptibles de se combiner pour gêner ou limiter le fonctionnement de la personne, il importe de définir la santé au sens large. La définition aurait des volets économique, social, psychologique et médical (Chappell, 1988, p. 78). Dans ce contexte, il convient de souligner que de nombreux projets sur la santé des personnes âgées, financés par le FASS, avaient pour but de trouver des façons de prévoir les besoins complexes d'une population vieillissante, d'y répondre et de coordonner et d'intégrer la gamme des services que les aînés reçoivent, tant en milieu communautaire qu'en milieu hospitalier.

Aucun profil de la santé des personnes âgées ne serait complet sans la mention du rôle particulièrement important des soins communautaires, un aspect du système des soins de santé au Canada qui est relativement passé sous silence. Encore une fois, ce n'est pas par hasard que bon nombre de projets financés par le FASS abordent cette réalité, en mettant aussi bien l'accent sur les services à domicile et les services communautaires que sur la relation existant entre les services hospitaliers et les services que les personnes âgées reçoivent chez elles, après leur sortie de l'hôpital. Les données exposées dans la Partie 1.1 éclairent d'une façon essentielle ce tableau; malgré l'éventail des maladies chroniques et les handicaps fonctionnels gênant de nombreux aînés, au moins 93 p. 100 d'entre eux vivent dans la collectivité, au Canada; même après l'âge de 85 ans, au moins 65 p. 100 demeurent dans leur collectivité, quel que soit le moment considéré, bien que bon nombre doivent passer du temps à l'hôpital ou dans un établissement à un moment donné avant leur mort. Avec cette réalité pour toile de fond, les études sur la santé des personnes âgées que le FASS a financées ont principalement mis l'accent, comme il convenait de le faire, sur l'amélioration de la coordination et de la communication entre les divers services utilisés par les aînés vivant à domicile.

2. Aperçu des études du Fonds pour l'adaptation des services de santé sur la santé des aînés

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a financé 25 projets se rapportant à la santé des personnes âgées (voir l'annexe A). Les sommes ont atteint un total de 7 357 885 \$. Elles ont financé de petits projets, dont une étude de 35 000 \$ sur les points de vue des malades et de leur famille sur les services de consultation psychiatrique externes pour les personnes âgées déprimées (QC428), de grandes analyses sur les soins en milieu hospitalier et à domicile prodigués à des clients âgés dans une région géographique donnée (SK124, 242 888 \$), et de vastes initiatives portant sur la mise sur pied et le lancement de modèles de soins intégrés à l'échelle du système (QC 404, 2 798 781 \$).

Ces projets correspondent aux domaines d'étude prioritaires des chercheurs en gérontologie et en gériatrie au Canada (et dans le monde) et aux tendances observées par les groupes de défense des aînés, tels que le Conseil consultatif national sur le troisième âge. Par conséquent, 14 (56 p. 100) des 25 projets financés par le FASS au sujet de la santé des aînés ont porté sur des aspects des soins à domicile. Cela met en évidence l'importance relative des soins communautaires dans la prestation des services aux personnes âgées (voir la Partie 1.2). De même, la prestation de services intégrés a été l'objet de dix (40 p. 100) des projets. Ceux-ci ont mis l'accent sur les mécanismes permettant de réduire la fragmentation et le chevauchement des services utilisés par les aînés et sur la facilitation du processus permettant aux personnes âgées, à leur famille et aux fournisseurs de soins de collaborer ou d'établir des partenariats afin de s'occuper des aînés ayant besoin de soins prolongés (Penning & Keating, 2000, p. 76).

D'autres thèmes de recherche, par exemple le rôle de l'assurance-médicaments dans le contexte de la santé des aînés, la santé des habitants des régions rurales, les soins primaires et la santé mentale, ont également été abordés dans les rapports. Toutefois, la synthèse est axée sur quatre grands thèmes de recherche : les soins à domicile, l'intégration des services fournis, l'assurance-médicaments et la santé dans les régions rurales. Certes, les soins primaires font l'objet de deux projets (l'un d'eux concerne la santé dans les régions rurales, et l'autre, l'assurance-médicaments), mais ils ne constituent pas un des grands axes de la recherche sur la santé des personnes âgées en soi; ils sont plutôt considérés comme un des éléments de la gamme des soins assurés aux aînés dans le cadre d'un système de services de santé intégrés. Par conséquent, l'étude de ces rapports fait partie de la synthèse des projets sur la prestation des services intégrés. De même, bien que la santé mentale fasse l'objet de deux rapports, ceux-ci portent essentiellement sur l'intégration des services, de sorte que la synthèse de ces petits projets est présentée sous ce thème de recherche.

Dans la synthèse de ces rapports, des préoccupations communes se sont manifestées, quel que fût le thème de recherche. Dans les projets axés sur les soins à domicile, sur l'intégration des services, sur l'assurance-médicaments et sur la santé dans les régions rurales, la question des ressources humaines (dotation, formation, rémunération et charges de travail) revient à maintes reprises, tout comme les problèmes de financement, avec un renvoi précis au coût des services fournis non seulement par le système des soins de santé, mais aussi par des personnes âgées et leur famille. Le rôle clé des médecins, en leur qualité d'agents principaux de la réforme du système, est souvent évoqué dans les projets se rapportant aux quatre grands thèmes. La nécessité de normaliser les outils et les protocoles d'évaluation est mentionnée fréquemment, que ce soit dans le contexte des soins à domicile, de l'intégration des services ou de l'assurance-médicaments.

3. Analyse des principales constatations

3.1 Les soins à domicile pour les personnes âgées

On peut décrire la prestation des services de santé aux personnes âgées comme étant un « continuum de soins ». Celui-ci comprend la gamme complète de services et le support dont les aînés ont besoin pour demeurer en santé et améliorer leurs capacités fonctionnelles, depuis ceux qui leur sont fournis chez eux (ce qui comprend l'autogestion de la santé et l'entraide¹, la promotion de la santé, de même que la prévention des maladies et des accidents), jusqu'aux soins chroniques et aigus, y compris les soins subaigus et la réadaptation, et aux soins palliatifs. Dans le contexte de la prestation des services de santé aux personnes âgées, on fait souvent allusion au continuum des soins quand on parle de la recherche et des études gérontologiques au Canada; le fait que les projets financés par le FASS y accordent tant d'attention montre bien à quel point ce continuum est important pour la santé des aînés.

Au début, les programmes de soins à domicile visaient à offrir des services à orientation médicale et à réduire la durée des séjours à l'hôpital. Ils n'étaient pas perçus comme des façons de traiter les personnes ayant besoin de soins chroniques ou prolongés (règle générale, des personnes âgées) ou de les aider à rester dans la collectivité. En passant en revue l'historique de ces programmes, Chappell (1988) fait observer qu'ils se sont développés durant le milieu et à la fin des années 70 et qu'une définition large des services a alors pris forme. Les soins à domicile ont fini par devenir un service en soi plutôt qu'un moyen de raccourcir les séjours à l'hôpital. Ces services sociaux, axés surtout mais non exclusivement sur les personnes âgées, sont peu à peu devenus des ajouts nécessaires aux services médicaux. On a accepté la nécessité

de les coordonner avec d'autres services de santé (Chappell, 1988), et cela transparaît dans les documents du Groupe de travail fédéral-provincial sur les soins de santé mis sur pied en 1974 par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Aujourd'hui, les personnes âgées estiment, pour la plupart, que les soins à domicile forment un volet nécessaire du continuum des soins qui leur sont prodigués en fonction de leurs besoins. Dans les évaluations internationales sur les soins à domicile, on mentionne souvent les services qui permettent aux aînés de rester chez eux le plus longtemps possible (Chappell, 1988). Toutefois, notre système formel de soins de santé est axé sur les services dispensés par les médecins et les établissements plutôt que sur les soins communautaires à long terme. Or, la société accepte en général que les services hospitaliers et médicaux sont plus importants que les services communautaires et de soutien, ce qui fait obstacle à l'affectation de ressources aux soins à domicile pour les personnes âgées au Canada. Ces derniers services sont généralement perçus comme des ajouts à un système déjà onéreux (Chappell, 1988).

Malgré la variabilité des mesures d'une province à l'autre, qui réduit la comparabilité des données, on estime que seulement de 2 p. 100 à 5 p. 100 des budgets provinciaux sont consacrés aux soins communautaires [Données de Santé Canada 1998, citées dans Shapiro et Havens, 2000]. Les soins de santé constituent un élément important du partenariat entre les soins auto-administrés,

1. L'Organisation mondiale de la santé (1983) définit ainsi l'autogestion de la santé : les activités auxquelles les individus, les familles et les collectivités s'adonnent afin d'améliorer et de rétablir leur santé, de prévenir les maladies et d'en réduire l'étendue. Ces activités découlent du savoir et des compétences issus de l'expérience professionnelle et profane accumulée; les personnes les font en leur propre nom, soit séparément ou en collaboration avec des professionnels (voir Morrongiello et Gottlieb, 2000). D'un autre côté, le mot entraide désigne l'auto-assistance et l'aide réciproque que s'accordent les membres de groupes de soutien ou des personnes liées entre elles par des rapports informels (Gottlieb, 2000).

les soins non constitués et les soins formels dispensés aux aînés dans la collectivité.² En fait, de nombreuses recherches gérontologiques faites au Canada montrent qu'il existe déjà des partenariats actifs entre les programmes de soins communautaires et leurs responsables, les clients et les aidants naturels, et qu'accroître la disponibilité des ressources professionnelles n'entraîne pas le retrait ou la réduction des soins auto-administrés ou des soins prodigués par des aidants naturels (Shapiro et Havens, 2000, p. 181). Penning et Keating (2000) citent des preuves convaincantes montrant que les aidants naturels (comme on les appelle dans la documentation européenne) continuent de s'occuper beaucoup des aînés ayant besoin d'aide dans leur collectivité. Ils savent aussi que les partenariats entre ces aînés, leurs aidants naturels et les prestataires de services professionnels existent déjà, et que la prestation de ces derniers comme telle n'encourage pas les aidants naturels à réduire leur participation ou à y mettre fin. En fait, les services professionnels, ou formels, ajoutent et font complément aux soins auto-administrés et aux soins assurés par les aidants naturels.

Au Canada, dans le continuum des soins destinés aux personnes âgées, les soins à domicile prennent une place de plus en plus importante dans le contexte de la réforme du régime des soins de santé. Par exemple, à Toronto, dans 80 p. 100 des cas, on a maintenant tendance à accorder une sortie plus rapide de l'hôpital et à exécuter la majorité des opérations chirurgicales en clinique externe (Deber et Williams, 1995). Cela entraîne la nécessité non seulement de soins à domicile répondant aux besoins des aînés souffrant de maladies chroniques, mais aussi de soins à domicile communautaires pour faire suite aux soins aigus assurés à l'hôpital (McDaniel et Chappell, 1999, p. 129).

Libérer quelqu'un rapidement de l'hôpital comporte un désavantage : avant que les nouveaux clients des soins à domicile aient amorcé leur réadaptation, ils se sont affaiblis davantage et dépendent encore plus des soins. Il est difficile et coûteux pour les thérapeutes en réadaptation et les clients de modifier les comportements de dépendance. Les services de réadaptation

actuels tendent à être réactifs et mettent l'accent sur le traitement du problème le plus évident et le plus pressant, au lieu d'être proactifs et d'accorder la priorité à des changements durables des comportements en matière de santé. Cependant, si les objectifs de réadaptation sont fixés au moment où la personne est confiée aux services de soins à domicile, les clients sont plus susceptibles de retrouver leur indépendance et risquent moins d'avoir besoin de services continus.

Ce point est illustré dans le projet *Incidence et coûts d'une intervention précoce de promotion de la santé et de réadaptation chez un public âgé nécessitant des soins à domicile* (NA1007); dans le cadre de ce projet, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes ont exécuté (ils en ont aussi évalué l'efficacité et l'efficience) une intervention précoce de promotion de la santé et de réadaptation auprès de clients libérés d'un établissement de soins actifs et renvoyés à des services de soins à domicile, qui offraient notamment des services de ménage et/ou des soins infirmiers. Les thérapeutes ont encouragé les comportements et les adaptations environnementales qui ont optimisé les capacités fonctionnelles et l'autonomie de leurs clients. Les analyses préliminaires des données sur 160 des 201 participants à ce projet montrent que les services de réadaptation ont amélioré les capacités fonctionnelles des clients dans le contexte des activités quotidiennes (selon les mesures du Philadelphia Geriatric Centre Instrumental Activities of Daily Living Scale), comparativement au groupe témoin; les premiers résultats prouvent l'avantage d'une intervention précoce de réadaptation dans le cas des adultes âgés. Cependant, ces conclusions pourraient changer une fois que seront connus les

2. Les soins ou le soutien fournis à domicile ou dans la collectivité par la famille, les voisins ou des bénévoles. Ce genre d'assistance peut prendre diverses formes : offrir de la compagnie à quelqu'un; aider au transport, au magasinage ou à l'entretien domestique; ou même fournir des soins personnels (aider la personne à prendre son bain ou à s'habiller, par exemple), à mesure que les besoins changent (McPherson, 1998). Le soutien ou les soins dits « formels » sont des soins payés, fournis par des professionnels dûment formés (santé et services sociaux), souvent après une évaluation des besoins en soins par un organisme officiel. À titre d'exemple, citons les services fournis par les prestataires de soins à domicile, le personnel infirmier, les physiothérapeutes et les médecins.

résultats définitifs fondés sur l'observation de tous les participants au projet.

Une grande partie des travaux réalisés en gérontologie et en gériatrie attestent la conviction qu'ont les cliniciens, les chercheurs et les personnes âgées elles-mêmes que la meilleure façon de faire face au déclin physique associé au vieillissement consiste à recourir à des services communautaires qui encouragent l'autonomie, l'entraide ou l'auto-assistance et la promotion de la santé. Plusieurs projets financés par le FASS ont mis l'accent sur les moyens d'améliorer la prestation de genres particuliers de services dans le continuum des soins; au moins trois de ces projets ont porté expressément sur les soins à domicile, notamment sur la façon dont se fait l'attribution des cas aux aides à domicile et la manière dont ces dernières sont payées.

Dans le cadre du *Projet d'essai et d'évaluation d'un programme de soins regroupés* (BC122), les chercheurs ont mis à l'essai une formule d'aide des aînés à domicile, fondée sur le travail d'équipe et un horaire souple; c'était une solution de rechange à l'attribution de cas individuels à un travailleur donné faisant des visites à heures fixes. En vertu du programme pilote, des équipes d'aides à domicile, plutôt que des travailleurs individuels, assuraient des services à des « groupes » de clients vivant dans des immeubles résidentiels pour personnes âgées. Il s'agissait par là de voir si des visites plus courtes et plus fréquentes amélioreraient la qualité et l'efficacité des services, tout en favorisant l'indépendance des clients. L'équipe tenait des réunions hebdomadaires; elle examinait alors des cas, discutait des situations instables, réglait des problèmes et planifiait les soins. Le projet a montré que les soins regroupés convenaient bien à la majorité des clients, en particulier à ceux qui vivaient dans de grands ensembles d'habitation et qui bénéficiaient de plusieurs heures de soutien à domicile. Le coût a augmenté légèrement, mais cela a été largement compensé par le degré élevé de satisfaction des clients, des aidants naturels et des fournisseurs de soins professionnels, et par la conviction qu'avaient les clients que les services étaient accessibles (les fournisseurs de soins étaient visibles dans l'immeuble, et les clients savaient

comment les joindre quand il le fallait) et qu'ils répondaient à leurs besoins (il était possible de surveiller de plus près les clients à risque grâce aux visites fréquentes, ce qui leur permettait de rester chez eux). Vu la réussite de ce projet, on pense que la formule pourrait être appliquée dans les grands ensembles d'habitation partout dans le pays. Ces constatations revêtent une pertinence particulière dans le contexte de l'analyse des données administratives faites à la faveur du projet *Une étude exploratoire de l'incidence à long terme des soins à domicile sur la clientèle âgée* (SK101). Ce projet montre le rôle important que peut jouer le logement des personnes âgées dans le continuum des soins, parce qu'elles cernant les questions clés qu'il conviendrait d'étudier davantage. Les conclusions sont particulièrement utiles.

Le projet *Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie* (BC123) a fourni des données supplémentaires sur les autres moyens de financer le recours à des aides à domicile et d'intégrer les services de soutien à domicile à l'ensemble du continuum des soins. Il s'agissait d'une expérience de six mois portant sur la prestation de soins à domicile intégrés à des aînés en perte d'autonomie ou fragiles. Ceux-ci ont été régulièrement suivis en permanence par un coordonnateur des soins ayant une formation en sciences infirmières et une charge considérablement réduite (au maximum, 25 personnes âgées fragiles, au lieu de la charge normale de 150 à 200 clients); en outre, un aide à domicile payé, dont l'horaire était souple, leur assurait des services réguliers, en fonction de l'évolution de leurs besoins propres. Les participants avaient aussi accès à des services de réadaptation dépassant la norme, à un programme d'activités de jour (qui n'a pas été bien utilisé), à une thérapie axée sur les loisirs ainsi qu'à des équipes de services de santé mentale et d'intervention auprès des personnes âgées. À des conférences bihebdomadaires régulières, l'équipe interdisciplinaire discutait de chaque cas, et l'aide à domicile payé y assistait à titre de membre de l'équipe.

Le projet BC123 a montré que, s'ils étaient salariés et non payés à l'heure, les aides à domicile avaient plus de souplesse pour décider de la durée de leur visite

en fonction de l'évolution des besoins du client, et plus de temps pour participer aux réunions d'analyse des cas et pour s'entretenir directement avec le personnel clinique. En outre, le projet a révélé que ce genre de formule de financement, qui va en général de pair avec un roulement réduit du personnel, favorise le maintien des effectifs en aides à domicile. Par ailleurs, on sait bien qu'au lieu de voir de nouveaux visages défiler devant eux, les personnes âgées préfèrent la continuité qu'offre un fournisseur de services qu'elles connaissent bien. Cet aspect a sans doute été particulièrement vital dans le contexte du projet BC123, car 56 p. 100 des aînés traités n'avaient aucun aidant naturel. En six mois, le coût total des services prodigués au groupe traité a atteint 7 367 \$ par client, comparativement à 11 279 \$ dans le cas du groupe de référence, sans grandes différences entre l'état de santé des clients et des fournisseurs de soins des deux groupes. Les membres du groupe traité ont passé beaucoup plus de temps à domicile et ont été plus susceptibles de profiter des organismes communautaires et des programmes de loisirs que ceux de l'autre groupe.

Les conclusions issues du projet *Meilleure gestion des cas de démence* (BC124) corroborent également la nécessité d'un renforcement de la gestion des cas et celle d'une continuité de la relation entre le client et son aide à domicile. L'éducation et des sessions didactiques à l'intention des gestionnaires de cas, des surveillants du soutien à domicile et des aides à domicile dans les régions rurales ont entraîné un accroissement des renvois aux organismes de soutien communautaires, et l'on s'attend à une réduction du nombre des hospitalisations pour démence et des crises médicales et familiales chez les personnes prenant soin d'un aîné atteint de démence.

Bon nombre de projets sur les soins à domicile ont porté sur les ressources humaines. La Partie 4.0 résume les constatations faites à cet égard, mais le projet *Impact du Guichet Unique en CLSC : Utilisation des services et vécu des intervenants* (QC101) a montré que les aspects relatifs aux relations humaines revêtaient une pertinence particulière lorsqu'il s'agissait d'évaluer la réussite de l'intégration des

services dans le continuum des soins, et nous en parlerons donc ici. Le projet QC101 avait pour but de décrire et d'évaluer l'incidence (sur la structure et l'organisation de la charge de travail et sur la répartition des services) et la mise en œuvre d'un système à point d'entrée unique et de voir dans quelle mesure il encourageait les clients âgés à rester chez eux. Cette formule avait été choisie pour les centres locaux de services communautaires (CLSC) à Montréal à la fin de 1996. Des entrevues menées auprès de 93 gestionnaires de cas et un examen des dossiers de 685 malades ont révélé que ce régime à point d'entrée unique avait suscité des critiques de la part des praticiens pour les raisons suivantes : augmentation de leur charge de travail et du nombre de leurs tâches; plus grand nombre de clients à servir; de nouvelles exigences à respecter et de nouvelles formalités à remplir; moins de temps pour exécuter toutes ces tâches. Le personnel infirmier était particulièrement affligé par le peu d'intérêt manifesté par les médecins pour la formule à point d'entrée unique et par leur refus de fournir les renseignements nécessaires. De toute évidence, aucun mode de prestation de services intégrés aux personnes âgées ne réussira si les professionnels de la santé ne contribuent pas à la réalisation des objectifs et si le processus les surcharge inutilement.

Les études financées par le FASS au sujet de la santé des personnes âgées ont surtout porté sur les services de santé fournis à domicile par des travailleurs communautaires, mais il y a également eu d'autres études sur la prestation de ces services à d'autres points du continuum. Dans le projet *Soins hospitaliers et soins à domicile pour les personnes âgées de Saskatoon* (SK124), on a suivi les admissions de 967 malades âgés de 75 ans ou plus dans trois hôpitaux de Saskatoon au cours de neuf mois. L'étude présente un tableau complet de la progression des aînés dans le système hospitalier d'une ville jusqu'au placement en maison de soins, et elle renseigne en particulier sur le nombre de jours ANS (11,8 p. 100) qu'ils ont accumulés. Il s'agit des jours où ces personnes ont occupé un lit dans un hôpital de soins actifs alors qu'un autre niveau de soins (ANS) – en général, des

soins à domicile – aurait fait l'affaire. Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont accumulé beaucoup plus de jours ANS que les autres. Le rapport entre l'utilisation impropre de l'hospitalisation, le rôle de la planification des sorties et l'accès à des services d'aide à domicile a particulièrement été mis en évidence dans les conclusions de cette étude. Ainsi, les femmes âgées de plus de 80 ans, qui avaient une déficience intellectuelle et un profil confinant à l'incapacité et qui avaient reçu des soins à domicile avant leur hospitalisation accumulaient beaucoup plus de jours ANS que les autres malades. Comme l'étude le souligne, si l'on évalue et cerne ces caractéristiques au moment de l'admission, on peut mieux mettre en œuvre des plans de sortie appropriés et organiser le recours à un service de soins à domicile.

Cette étude présentait un autre aspect utile, du fait qu'elle comprenait des données sur le coût des soins hospitaliers post-actifs subi non seulement par le système de soins de santé, mais aussi par les malades et leur famille. L'étude a aussi souligné le rôle des personnes âgées et de leur famille, à titre de partenaires dans le continuum des soins; toutefois, elle a été une des seules à prendre en compte et à évaluer les conséquences des problèmes qu'ont été l'accumulation de jours ANS et la sortie des personnes de l'hôpital sans qu'un accès approprié à des services d'aide à domicile ait été prévu, tant pour les malades mêmes, que pour leur famille.

Dans l'ensemble, dans les 14 projets qui ont porté sur les services de soins à domicile et sur la santé des personnes âgées, les chercheurs ont cerné toute une série de questions, dont les suivantes : l'orientation, la structure et l'organisation des services; le financement de ces services; la dotation en personnel et la formation en soins à domicile; les caractéristiques particulières des aînés à titre de clients des services de soins à domicile; les ressources nécessaires pour améliorer ces services aux personnes âgées. Les conséquences fondamentales de chacun de ces aspects font l'objet de la Partie 6.1.

3.2 La prestation des services intégrés

La prestation des services intégrés, les points d'accès uniques et la transition coordonnée et uniforme dans le continuum des soins, voilà autant d'atouts jugés essentiels pour assurer toute une gamme de services destinés à répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé. La réforme actuelle du régime des soins de santé au Canada poursuit le double objectif suivant : réduire le chevauchement et la fragmentation des services (McWilliam, Diehl-Jones, Jutai, et Tadrassi, 2000). À cause de la prolifération des programmes individuels de promotion de la santé et de prévention, et d'autres aussi, les aînés ne savent pas trop quel programme choisir ni quel serait celui qui répondrait le mieux à leurs besoins.

Les rapports rédigés sur les projets du FASS contiennent des exemples précis de cette confusion et de sa conséquence : les aînés n'utilisent pas judicieusement et efficacement les services. Les projets qui portaient sur la prestation des services intégrés visaient à éliminer ou à réduire la fragmentation et, dans certains cas, le chevauchement des services. Pour cela, les chercheurs ont élaboré et évalué des mécanismes qui réunissaient les personnes fournissant les services à une personne âgée donnée. Cette « intégration » pouvait être aussi ciblée que la communication entre un médecin et un pharmacien (ON221), entre un spécialiste de la santé mentale et un intervenant dans les services d'aide (PE121), ou entre divers professionnels de la santé et les planificateurs des sorties dans un service d'urgence (QC429).

D'autres projets ont mis l'accent sur la prestation des services intégrés à des stades particuliers du continuum, par exemple au moment de la sortie de l'hôpital ou du service d'urgence, ou dans le contexte de la réception des soins à domicile. La recherche a notamment porté sur le rapport critique entre l'hôpital et le domicile au moment de la sortie. Par exemple, le projet *Impact de l'infirmier(ère) coordonnateur(trice) de congé au département d'urgence sur le succès des congés des patients âgés* (QC429) a abouti à la création du poste de coordonnateur des congés. Comme le nom l'indique, le titulaire a été chargé de

coordonner les congés des malades âgés du service d'urgence pour qu'ils se rendent soit chez eux, soit dans une résidence pour aînés. Cette étude a comporté l'intervention d'un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) auprès des malades à risque. En général, quand les personnes âgées obtiennent leur congé de l'hôpital, elles ont des plans de traitement complexes ainsi que des ordonnances nouvelles ou modifiées; d'habitude, c'est le service des soins actifs d'urgence qui signe les documents de sortie, et il n'y a aucun suivi pour savoir comment le traitement donné dans la communauté évolue ou quels problèmes risquent de surgir. Dans le cadre de ce projet, l'infirmier coordonnateur des congés est demeuré en contact avec les malades après leur sortie de l'hôpital, et il y avait une ligne téléphonique attitrée qui permettait à ces derniers de communiquer directement avec l'infirmier pour lui parler de leurs tracas de la semaine, après la sortie. Trois infirmiers(ères) se partageaient le poste, de sorte qu'un coordonnateur était accessible en soirée et pendant les week-ends. Dans le rapport, on lit que les coordonnateurs étaient la présence constante assurée au malade, depuis l'admission jusqu'au moment de la sortie.

Le nombre de personnes revenant à l'hôpital sans rendez-vous a diminué considérablement; il a fléchi de 27 p. 100 au cours de la première semaine suivant la sortie, et de 19 p. 100, après deux semaines. Au bout d'une semaine, les personnes qui entretenaient des rapports avec le coordonnateur des congés étaient plus nombreuses à respecter leur ordonnance et à se sentir bien. Ces différences existaient malgré la fragilité des aînés du groupe suivi. Les personnes déprimées et très malades se disaient plus satisfaites, ce qui montre l'effet positif qu'a l'attention accrue accordée par l'infirmier coordonnateur des congés. Les chercheurs ont aussi constaté que les médecins étaient disposés à libérer les personnes âgées plus tôt s'ils savaient que le coordonnateur assurerait un suivi dans les 24 heures après la sortie. Dans l'ensemble, l'étude a montré l'importance d'une communication continue entre les professionnels de la santé et les personnes âgées, au cours de la transition entre les soins actifs et les soins à domicile, tant pour le bien-être des aînés que pour le système (prévention des retours

à l'hôpital). L'étude a révélé que les facteurs suivants étaient essentiels à la réussite de la planification des congés, au cours du passage de l'hôpital au domicile : prendre le temps voulu pour évaluer les besoins du malade et (ou) de la famille et pour y répondre; établir des liens étroits et solides avec les organismes communautaires; donner aux malades la possibilité d'appeler quelqu'un pour discuter de leurs problèmes ou de leurs préoccupations.

L'intervention au moment de la sortie risque de ne pas toujours réduire le taux de retour au service d'urgence (SU), mais on peut prouver l'existence d'autres résultats bénéfiques. Le projet *Dépistage et intervention* (QC405) reposait sur l'idée que les personnes âgées se rendant au SU risquent beaucoup de subir un déclin fonctionnel et d'autres conséquences non souhaitables. On a prouvé la présence de nombreuses lacunes dans les soins prodigués par les SU à cette population à risque, y compris l'incapacité de relever des problèmes qu'une évaluation plus soignée aurait permis d'atténuer (au SU ou ailleurs) et le fait de ne pas communiquer, en temps opportun, les problèmes observés et les interventions faites au SU aux services communautaires compétents et au médecin traitant. Le projet QC405 avait pour objet d'établir si une brève intervention du personnel infirmier du SU, en deux étapes et visant à remédier à ces problèmes, améliorerait la continuité des soins prodigués aux personnes âgées entre le SU et la collectivité, et si elle préviendrait certains des résultats négatifs postérieurs à une visite au SU. Les deux étapes de l'intervention étaient les suivantes : tout d'abord, on a appliqué un outil de sélection mis au point et à l'essai au préalable à des malades de 65 ans ou plus se présentant au SU et ne devant pas y rester. Ceux qui étaient plus à risque que les autres ont été mis en rapport avec un(e) infirmier(ère) d'intervention. Ensuite, les mêmes malades ont fait l'objet d'une brève évaluation normalisée par l'infirmier(ère) gériatrique. Une fois l'évaluation faite, les infirmiers d'intervention ont consulté le SU de l'hôpital et le personnel du service de gériatrie et ils ont renvoyé la personne, selon les besoins, aux organismes de soutien communautaires, au médecin traitant, à la clinique externe de gériatrie ou à d'autres services communautaires.

Comparativement au projet QC429, qui a duré moins longtemps et qui portait surtout sur le degré de satisfaction et le bien-être des aînés, sur l'observation des ordonnances pharmaceutiques et sur le taux de retours au SU, le projet QC405 s'est prolongé, et les chercheurs ont ainsi eu plus de temps pour en évaluer les résultats. L'intervention a réduit considérablement le taux de déclin fonctionnel au cours des quatre mois postérieurs à la visite au SU. Ce résultat positif est allé de pair avec trois améliorations des soins prodigués aux malades. D'abord, au SU, on a détecté systématiquement les problèmes qui risquaient d'aboutir à un déclin fonctionnel et l'on a transmis systématiquement les renseignements pertinents au médecin traitant, ce qui a donné lieu à une démarche plus appropriée et plus ciblée. Ensuite, la communication a été plus rapide avec le médecin traitant, surtout dans le cas des malades qui entretenaient des rapports réguliers avec le leur. Troisièmement, les soins à domicile ont été prodigués plus vite, en particulier aux malades que le centre de santé communautaire ne connaissait pas déjà. L'intervention n'a aucunement augmenté les coûts globaux pour la société, compte tenu des frais publics et privés subis au moment de la visite au SU ou pendant les quatre mois ultérieurs.

Bien que ces projets aient mis l'accent sur le rôle du personnel de santé au moment de la sortie et sur l'interface entre l'hôpital et le domicile, d'autres études financées par le FASS ont porté sur d'autres méthodes de coordination. Dans certains cas, le mécanisme mis au point pour faire échec à la fragmentation et au chevauchement des services a été fort simple : par exemple, créer un outil d'évaluation normalisé (NA122), ou un autre dispositif de communication semblable (SK424). Dans le cadre du projet *La sécurité des patients avec démence vivant à domicile* (NA122), les chercheurs ont mis au point et validé un outil appelé « Échelle d'évaluation de la sécurité » (EES) afin de réunir des données cliniques utiles à la gestion des cas de malades âgés atteints de démence. L'outil a été conçu sous la forme d'un questionnaire destiné aux praticiens pour qu'ils puissent cerner et quantifier les risques comportementaux auxquels ces malades étaient exposés. On a établi la validité et la fiabilité de l'outil, mais

l'évaluation de son utilité et de son applicabilité a fait problème. Les professionnels de la santé ont été très peu nombreux à remplir le questionnaire, ce qui a révélé l'existence de problèmes intrinsèques dans les activités de coordination, quand on demande au personnel d'accroître sa charge de travail et d'assumer des tâches supplémentaires. Les projets tels que le QC429 et le QC405, qui fournissent d'une manière stratégique du personnel supplémentaire, à qui l'on confie des responsabilités bien précises, réussissent mieux que ceux destinés à tout le personnel et dont on ignore les avantages attendus.

D'autres études ont mis l'accent sur l'intégration des services fournis aux aînés, dans le contexte de dossiers importants ou de traitements particuliers. Mentionnons le projet PE121 intitulé *An Integrated Mental Health Response*, ou le projet QC428, *Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées*. Le projet QC428 a mis l'accent sur l'évaluation des consultations psychiatriques fournies à des aînés déprimés ou souffrant d'autres troubles psychogériatriques courants tels que l'angoisse ou un déficit intellectuel. Le projet avait pour but d'examiner le processus de consultation du point de vue du malade et de sa famille, du médecin traitant et du psychiatre consultant. Les résultats, fondés sur les données relatives à 149 malades âgés, mettent en lumière les nombreux obstacles qui entravent le processus global : les attentes imprécises des malades; la faible concordance entre le médecin traitant et le médecin consultant au sujet du motif de la consultation; la difficulté de mener à bien le suivi auprès du médecin traitant (60 des 141 suivis n'ont jamais été faits par les médecins). L'étude a conclu que la nature des communications (ou leur absence) entre les professionnels de la santé détermine la réussite ou l'échec des efforts déployés pour assurer des soins de santé mentale suffisants et valables. En outre, les lacunes au chapitre des ressources humaines limitent le degré de satisfaction des malades : la superficialité de leur relation avec le psychiatre consultant et le peu de temps passé avec lui ont été des facteurs particulièrement importants.

Certains des plus grands projets financés par le FASS ont étudié l'intégration des services à l'échelle de tout le système. Les chercheurs ont alors mis au point et

(ou) évalué tout un éventail de services dans une région donnée (QC403 et QC123) ou, plus encore, la gamme complète des services offerts et des mécanismes de financement connexes dans un district de santé ou une région en particulier, ou entre les districts ou les régions. Par exemple, le projet SIPA (QC404) avait pour objectif ambitieux de mettre sur pied et à l'épreuve un modèle complexe de prestation de services intégrés à l'échelle du système dans toute une région géographique. C'était un projet atypique parce qu'il a porté sur les mécanismes de financement intégrés (qui, en soi, font souvent obstacle à l'intégration des services). Chaque projet reposait sur l'admission de l'existence d'un problème d'intégration de la gamme de services utilisés par les personnes âgées dans le continuum des soins, et d'un problème d'interface entre ces services.

Dans le cadre du projet *Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs* (QC403), les chercheurs ont mis en application un mécanisme de coordination des services qui a intégré la gamme complète des services gérontogériatriques dans la région, depuis la promotion de la santé et la prévention des maladies jusqu'au diagnostic, au traitement, à la réadaptation, au soutien à domicile, à l'hébergement et aux soins palliatifs. Ils ont conservé les méthodes existantes de rémunération et la structure organisationnelle déjà en place (là où les systèmes administratif, juridique et financier étaient organisés séparément). Le projet avait les buts suivants : cerner les conséquences que ce modèle de coordination aurait pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour leur réseau de soutien jusqu'à 36 mois après la mise en œuvre du projet; voir comment le modèle influencerait au fil du temps sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux; réunir des données sur les principales fonctions d'un mécanisme de coordination des services. Contrairement à la majorité des projets financés par le FASS, dont la période d'observation était de six mois à un an (projets-pilotes), l'étude QC403 a duré trois ans et était axée sur un modèle quasi expérimental, des mesures ayant été prises avant la mise en œuvre du modèle, puis un an, deux ans et trois ans après, dans la région et dans une région de contrôle non visée par le projet pilote.

L'échantillon comprenait 976 clients dont s'occupait activement un gestionnaire de cas au moment de la collecte des données.

Les résultats révèlent que la mise en œuvre du mécanisme de coordination des services a eu quelques modestes effets observables, par exemple : une baisse du taux d'institutionnalisation et du nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente; aucune incidence sur le taux de mortalité; un allègement du fardeau des personnes de soutien; une meilleure perception des services; une amélioration du degré général de satisfaction entre les divers moments où celui-ci a été mesuré.

Le projet connexe, intitulé *Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas* (QC123), a porté sur le coût du nouveau modèle intégré de prestation des soins de santé. Les chercheurs ont examiné le calcul complexe du coût réel des soins fournis à une personne qui reçoit des traitements et des services de nombreuses sources. Les conclusions ont une pertinence pour d'autres projets aussi, tels que l'étude QC429; dans ces cas, les chercheurs n'ont pas réussi à estimer les coûts relatifs, en raison de la façon dont les données avaient été recueillies. Dans le cadre du projet QC123, les chercheurs ont mis au point et étudié un système d'analyse des coûts pour évaluer les résultats de la coordination des services fournis à des personnes âgées fragiles. Ils ont calculé les coûts supportés à de nombreux égards, y compris les suivants : le coût d'un séjour de courte durée à l'unité de soins gérontogériatriques; celui des soins intensifs, des soins infirmiers, de la chirurgie, de la chirurgie de jour; le coût des soins prolongés, des services fournis dans un centre de soins de jour; le coût des centres de jour, des services médicaux, des ordonnances et des soins à domicile; et les frais privés afférents aux soins à domicile. Les chercheurs ont comparé les coûts assumés pour 272 personnes membres du groupe expérimental dans la région à ceux relatifs à 210 personnes composant un groupe de contrôle dans une région ayant exactement les mêmes caractéristiques que

la première. Le projet QC123 a permis de conclure que la coordination des services est viable sur le plan économique et qu'elle a des avantages importants pour les malades. Les chercheurs ont constaté que certains coûts étaient plus élevés dans le groupe de contrôle, et d'autres, dans le groupe expérimental. Une mise en garde s'impose, cependant, et elle est importante dans le contexte du partenariat établi entre les fournisseurs de soins informels et formels dans le continuum des soins assurés aux personnes âgées : au moment de la rédaction du rapport sur le projet QC123, on ne disposait pas de renseignements sur les coûts des soins à domicile assumés par les personnes âgées et leur famille.

Le projet pilote *Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie* (QC404), connu sous son abréviation française SIPA, a été le plus complet, le plus ambitieux et le plus complexe de tous les projets de recherche sur la prestation des services intégrés. Il était conçu pour vérifier la faisabilité et la rentabilité d'un modèle intégré d'organisation, de financement et de mise en œuvre de services au profit de personnes âgées fragiles. Deux districts de santé montréalais (CLSC) ont appliqué le système avec la participation d'équipes interdisciplinaires qui ont coordonné tous les services médicaux et sociaux primaires et secondaires, y compris la promotion de la santé, la réadaptation, et l'obtention de médicaments et d'aides techniques. Les chercheurs ont recruté des personnes âgées affligées d'un handicap fonctionnel et les ont réparties au hasard entre deux groupes, dont l'un a reçu les services du SIPA et l'autre (groupe de contrôle), les soins réguliers des CLSC. Le projet prévoyait une permanence totale (24 heures sur 24, sept jours sur sept) et l'équipe pouvait assurer une combinaison de services sociaux et de soins de santé, peu importe l'endroit; la collaboration et la coordination entre les institutions; la création de partenariats entre les médecins et les institutions; l'accroissement du budget affecté aux interventions communautaires; la promotion, dans l'équipe du SIPA, d'une perspective financière globale qui prenait en compte le coût de tous les services sociaux et de santé, quel que fût le contexte ou l'institution.

Les résultats montrent que les malades et les fournisseurs de soins du groupe SIPA estimaient recevoir des services d'une meilleure qualité et qu'ils se sentaient plus en sécurité que ceux du groupe de contrôle. La vitesse d'intervention dans les situations d'urgence, le suivi rapide, la possibilité d'obtenir les services 24 heures sur 24 et celle de rester chez soi pour les procédures cliniques (p. ex., prises de sang, tension artérielle, etc.), voilà autant d'éléments particulièrement précieux pour les personnes âgées à risque.

Les membres du groupe SIPA ont eu recours sensiblement moins aux ressources hospitalières (moins de personnes attendaient une hospitalisation de courte durée, et la durée du séjour au service des urgences était plus courte), et ils avaient moins de chances d'être institutionnalisés pendant la durée du projet pilote. Malgré tout, au moment de la rédaction du rapport, les coûts globaux étaient un peu plus élevés dans le cas du groupe SIPA; au cours de l'étude, les services hospitaliers ont été moins utilisés, mais cela n'a pas suffi à compenser le recours accru aux services communautaires. (Cette constatation fait contraste avec celle faite dans le cadre du projet BC123 : il s'agissait d'une étude plus ciblée et de moindre envergure, menée dans une collectivité d'un profil socio-démographique différent. Dans ce cas, on a pu faire des économies à court terme.) Cependant, comme le précise le rapport sur le groupe SIPA, cette conclusion pourrait changer quand on tiendra compte du coût des soins à long terme (au-delà de la période d'exécution de l'étude). Certains résultats de ce projet complexe et rigoureux ne sont pas encore connus, mais le remplacement de services institutionnels par des services communautaires semble effectivement viable et permettre de bien répondre aux besoins des aînés. En raison de la réussite du SIPA, d'autres sources ont offert des fonds pour poursuivre le projet une fois que l'appui du FASS cessera, et la régie de la santé de la région de Montréal a récemment décidé d'entreprendre la création de réseaux de services intégrés à l'intention des personnes âgées fragiles, en s'inspirant du modèle du SIPA.

Les leçons apprises sur le processus de mise en œuvre d'un modèle de soins intégrés à l'échelle du système, dans ce qui était essentiellement le territoire de deux régions de santé d'une grande région métropolitaine, ont été aussi précieuses que les données issues du projet SIPA. Même si l'on a mis deux ans à planifier le projet avant l'obtention des fonds et bien que la planification se soit poursuivie pendant plus d'un an avant que le projet devienne opérationnel, de nombreuses difficultés et des retards en ont gêné la mise en œuvre. Le rapport contribue à la réforme des soins de santé au Canada, en cernant les obstacles à une gestion efficace du projet, notamment la difficulté qu'il y a à intégrer les médecins de pratique privée aux équipes SIPA (bien qu'un bon nombre aient été progressivement intégrés au processus) et les conventions collectives provinciales et locales rigides qui ont compliqué le processus de recrutement des membres des équipes cliniques du SIPA. L'instabilité des ressources humaines (la Partie IV aborde cet aspect plus en détail) a influé ici sur le cours des choses.

Dans diverses études menées pour le compte du FASS, on a abordé la question des outils d'évaluation clinique et de suivi administratif, et le SIPA n'a pas fait exception. Parmi les outils créés expressément pour le SIPA figurent les protocoles d'intervention multidisciplinaire, un guide pour communiquer avec les médecins de pratique privée, une grille d'examen des plans sur les interventions intégrées et les services intégrés, et un outil pour surveiller la discussion des cas et les processus de gestion des services critiques.

Ensemble, les 10 projets qui ont porté sur la prestation intégrée des services aux personnes âgées ont permis de cerner tout un éventail de questions, dont les suivantes : les rôles du personnel fournissant les soins de santé dans les systèmes de prestation intégrée des services, le rôle des médecins à titre d'agents clés dans la réforme du système, les ressources nécessaires pour améliorer l'intégration des services, et le financement des projets d'intégration des services. Les conséquences de chacun de ces aspects au plan politique feront l'objet de la Partie 6.2.

3.3 L'utilisation des médicaments chez les personnes âgées

Quatre grandes questions se posent relativement à l'utilisation des médicaments par les personnes âgées : les méthodes d'établissement des ordonnances; l'utilisation et l'observation des pharmacothérapies; les problèmes inhérents à l'interaction entre les médicaments; et le coût. Des améliorations sensibles sur le plan de la prescription des médicaments accroîtraient les avantages de la thérapie et réduiraient les effets négatifs, notamment dans le cas des aînés. Comme Tamblyn et Perrault (2000) l'ont souligné, la hausse du coût des médicaments d'ordonnance a placé les personnes âgées au cœur du débat, car elles en consomment de grandes quantités. On a réuni des données sur divers problèmes, y compris l'utilisation excessive ou insuffisante des médicaments, les erreurs de prescription, la non-observation des traitements, et la prescription inefficace en fonction du coût.

Tamblyn et Perrault (2000) recommandent d'intégrer les politiques et les interventions clés en une solution complète favorisant l'utilisation optimale des médicaments. Parmi les recommandations portant expressément sur la santé des personnes âgées figurent les suivantes : adopter un règlement exigeant que les aînés subissent des tests appropriés avant de pouvoir consommer tel ou tel médicament; créer un institut de la santé des consommateurs, qui serait pour les malades une source centrale et objective de renseignements et qui les aiderait à prendre des décisions. Les projets financés par le FASS n'ont pas abordé ces questions particulières, mais ils ont mis l'accent sur les méthodes de prescription, sur l'observation des pharmacothérapies et sur les mécanismes devant permettre de minimiser les problèmes attribuables à l'interaction entre les médicaments.

Les responsables du *Projet-pilote pour comparer les médicaments utilisés dans les programmes d'assurance-médicaments – antibiotiques chez les aînés et le grand public (NA228)* ont utilisé le système de classification des médicaments et la dose thérapeutique quotidienne (DTQ) de l'Organisation mondiale de la santé pour comparer entre eux la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et

la Saskatchewan quant à l'utilisation des médicaments antibiotiques. Ils ont constaté des variations considérables dans les méthodes de prescription de ces médicaments et ont pu déterminer à quel endroit la majorité des médicaments étaient prescrits (par l'intermédiaire des services à domicile ou des services de soins prolongés, de soins hospitaliers ou de soins primaires). Comme d'autres études sur la santé des aînés avaient mis en lumière les complications qui se produisent à la sortie de l'hôpital par suite de changements dans l'utilisation des médicaments à cette étape, ces constatations pourraient aider à surveiller ces changements entre l'hôpital et le moment où la personne reçoit des soins primaires ou à domicile. Des chercheurs, tels qu'Evans et ses collaborateurs (2001), ont analysé la hausse du coût de médicaments très coûteux dont la valeur est relativement faible par rapport au prix (ou qui ne sont pas plus efficaces – et qui, parfois le sont moins – que des médicaments moins chers). Le système de la DTQ permet aux chercheurs d'évaluer les tendances en ce sens et fournit des données empiriques utiles pour choisir la meilleure pratique en la matière.

La question du coût des médicaments pour les aînés a fait l'objet du projet *Les régimes d'assurance-médicaments sont-ils importants? Effets de l'admissibilité à un régime d'assurance-médicaments sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées, les assistés sociaux et le grand public* (NA227); les chercheurs ont utilisé des données issues de deux enquêtes sur la santé de la population dans les dix provinces, pour prédire l'influence que l'assurance-médicaments aurait sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance, sur les services des médecins et sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. Ils ont repéré des variations quant à l'ampleur de la couverture de l'assurance dans le grand public et des différences dans la façon dont les provinces partagent les frais avec les personnes âgées et les assistés sociaux. Les chercheurs ont constaté que l'étendue de la couverture de l'assurance-médicaments ne semble pas influencer sur les habitudes de la majorité des gens relativement à la consommation des médicaments; cependant, ils ont fait une découverte étonnante au

sujet de la santé des aînés : il existe un écart considérable entre les provinces quant au montant facturé aux personnes âgées dans le cadre des régimes de participation au coût des médicaments. D'après les données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, menée en 1997-1998, le coût moyen marginal des médicaments facturé aux aînés allait de 4,50 \$ en Ontario et de 4,65 \$ au Québec, à 25,56 \$ au Manitoba et à 26,62 \$ en Saskatchewan. Le coût enregistré dans ces deux provinces est près du double de celui qui existe à l'Île-du-Prince-Édouard, où le coût moyen est le plus élevé après ces dernières.

D'après certaines recherches, les problèmes dus à l'interaction entre les médicaments expliquent entre 10 p. 100 et 31 p. 100 des admissions à l'hôpital. Le projet *Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime d'assurance-médicaments [Essais d'évaluation des médicaments destinés aux personnes âgées]* (SMART) (ON221) avait pour but d'examiner l'interaction entre les médicaments consommés par les aînés. Ont participé à l'étude 889 malades âgés qui utilisaient chacun au moins cinq médicaments. Au moins 88 p. 100 d'entre eux étaient aux prises avec au moins un problème de médication; la plupart du temps, un médicament leur avait été prescrit, mais ils ne le recevaient pas. Les pharmaciens avaient accès à la liste complète des médicaments pris par le malade en consultant ce dernier et son dossier au cabinet du médecin. Les médecins ont accepté de donner suite à 84 p. 100 des recommandations reçues des pharmaciens; cinq mois plus tard, 57 p. 100 des changements recommandés avaient été apportés avec succès. Les entrevues qualitatives ont confirmé que les médecins étaient heureux d'avoir un système d'appui pour équilibrer les régimes pharmacothérapeutiques complexes nécessaires afin de conserver une santé fonctionnelle aux malades âgés souffrant de plusieurs états maladifs. Ce projet pilote a amélioré la collaboration entre deux groupes de fournisseurs de soins de santé (les médecins de famille et les pharmaciens) qui, jusque-là, avaient toujours travaillé indépendamment l'un de l'autre.

Grâce aux six projets du FASS qui examinaient le rapport entre la santé des personnes âgées et les produits pharmaceutiques, les chercheurs ont cerné toute une gamme de questions qui concernent toute la population et pas seulement les aînés. Citons la nécessité d'établir des systèmes de classification des médicaments, la formation des médecins, et la collaboration entre les professionnels de la santé. Les conséquences de chacun de ces aspects au plan politique font l'objet de la Partie 6.3.

3.4 La santé des personnes âgées dans les régions rurales

Au Canada, les connaissances gérontologiques sont limitées sur les circonstances propres aux personnes âgées des régions rurales – leur concentration et leur rassemblement (Joseph et Martin Matthews, 1994) et l'accès qu'elles ont aux services (Keating, 1991). Dans de nombreuses régions rurales du pays, les personnes âgées sont très concentrées de sorte que, dans certaines localités, surtout dans les petites villes de 1 000 à 2 500 habitants, jusqu'au quart de la population a plus de 65 ans. Cela complique d'une façon particulière la prestation des services nécessaires, surtout dans les endroits où la rigueur de l'hiver et l'accès limité aux moyens de transport entrent en ligne de compte. Shapiro et Havens (2000, p. 179) soulignent la nécessité de répondre aux besoins des aînés en soins de santé, surtout de ceux qui n'ont pas facilement accès aux centres urbains. Des documents révèlent en outre que de vastes régions rurales du Nord et du Centre du pays ont du mal à attirer assez de personnes capables de fournir les soins ambulatoires et de faire fonctionner les hôpitaux (Lasseby, Lasseby et Jinks, 1997).

Faisant contraste avec les projets complexes conçus pour relier entre eux les nombreux services assurés en milieu urbain, les deux projets du FASS qui concernaient les personnes âgées des régions rurales ont mis l'accent sur des genres particuliers de services : l'un a porté sur la réadaptation, et l'autre, sur la palliation. Dans le cadre du *Programme enrichi de réadaptation en milieu rural* (SK326), les chercheurs ont voulu améliorer les services de réadaptation dans le District de santé rural d'Assiniboine, en recourant à trois physiothérapeutes adjoints à temps plein pour

épauler deux physiothérapeutes à temps plein. Le nombre de malades traités et la fréquence des traitements ont augmenté, et la durée des séjours à l'hôpital a diminué. Toutefois, les malades ont attendu plus longtemps pour obtenir les services, ce qui va directement à l'encontre des résultats attendus. Cela s'explique par l'accroissement du nombre de personnes envoyées par les médecins, sans doute parce que l'on pensait qu'un plus grand nombre de patients pourraient être traités par suite de l'augmentation de l'effectif des services de physiothérapie.

Le projet intitulé *Une évaluation du Programme de soins palliatifs communautaires intégrés de la région régionale de santé de Lakeland* (AB301-17), qui évaluait un projet pilote dans une région rurale du centre-est de l'Alberta, a abouti à l'élaboration d'un ensemble de politiques et de lignes directrices régionales sur la prestation des soins palliatifs, à la création d'un modèle régional de prestation des services et à la mise sur pied d'équipes de consultation sur les soins palliatifs. Dans la région pilote, le pourcentage de décès à domicile est passé d'environ 8 p. 100, avant le début du programme, à près de 30 p. 100 pendant et après ce dernier.

Ces deux projets montrent l'effet ne serait-ce que d'un modeste accroissement de la disponibilité des services dans les régions où ceux-ci sont rares et où les services de santé spécialisés (p. ex., la réadaptation et la palliation) font essentiellement défaut. Les projets font aussi voir le rôle important des para-professionnels et des bénévoles locaux ayant reçu une formation spéciale, lorsqu'il s'agit de seconder les professionnels de la santé dans les collectivités rurales et éloignées. Au lieu d'essayer de reproduire à ces endroits les profils et les ratios urbains de dotation en personnel, les solutions de rechange illustrées dans ces projets représentent des innovations importantes. Comme la santé des habitants des régions rurales constitue une des grandes priorités du Plan d'action rural du gouvernement du Canada (avril 2001), la santé des personnes âgées des régions rurales et éloignées et la viabilité des localités où elles vivent ont des conséquences fort pertinentes pour la politique, conséquences qui sont largement abordées dans la Partie 6.4.

4. Les ressources humaines et la santé des personnes âgées

Les questions relatives aux ressources humaines sont omniprésentes dans les constatations faites à la faveur des projets du FASS sur la santé des personnes âgées. Depuis les initiatives les plus ciblées portant sur un secteur mono-service jusqu'aux projets pilotes et aux évaluations les plus détaillés et les plus complexes qui avaient une grande envergure inter-sectorielle et un caractère intégrant, les chercheurs ont toujours souligné à quel point les résultats dépendaient des travailleurs de la santé. La majorité de ces études ont donné l'impression que le personnel travaillait à la limite de ses capacités; le taux de roulement était élevé, la tension était forte et les cas d'épuisement professionnel, nombreux; on était en général disposé à agir, mais en bout de ligne, on n'avait pas les moyens de participer aux projets qui accroissaient une charge de travail déjà lourde. Les projets pilotes ont connu le plus de succès quand ils modifiaient les modalités de travail en profondeur et non pas seulement en ajoutant des tâches (BC122), ou quand ils attribuaient de nouvelles responsabilités au personnel, comme dans les cas où un poste était créé (QC404 et QC429). Cependant, même dans ces situations, la réussite de l'initiative dépendait souvent des communications établies entre les professionnels de la santé de divers secteurs et de la clarification des rôles et des responsabilités.

Relativement aux ressources humaines, la charge de travail a constitué une des questions primordiales. Il convient de souligner que deux des projets menés à l'échelle du système avaient pour but de réduire le nombre de cas confiés à chaque membre du personnel, dans le cadre de la stratégie suivie. Dans le projet QC404 (SIPA), les gestionnaires de cas s'occupaient de 35 à 45 malades, ce qui est nettement moins que la charge normale; dans le contexte du projet BC123, chaque gestionnaire de cas se voyait confier au maximum 25 personnes âgées très fragiles, alors que la charge normale est de 150 à 200 cas.

Certaines études ont mis en évidence des problèmes attribuables à la charge de travail. Dans le projet *Impact du guichet unique en CLSC : Utilisation des services et vécu des intervenants* (QC101), les praticiens ont critiqué le régime de services intégrés à point d'entrée unique, pour les raisons suivantes : leur charge de travail et le nombre de leurs tâches augmentaient; ils avaient plus de clients à servir; ils avaient de nouvelles exigences à respecter et de nouvelles formalités à remplir; ils avaient moins de temps pour exécuter toutes ces tâches. Le personnel infirmier était particulièrement affligé par le peu d'intérêt manifesté par les médecins pour le régime à point d'entrée unique et par leur refus de fournir les renseignements nécessaires. De toute évidence, aucun mode de prestation de services intégrés aux personnes âgées ne réussira si les professionnels de la santé ne contribuent pas à la réalisation des objectifs et si le processus les surcharge inutilement. Le projet *Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francis* (QC403) a montré comment les attitudes des intervenants et la résistance au changement faisaient obstacle à la coordination et à la mise en œuvre d'un projet. Les auteurs du rapport sur le SIPA (QC404) ont recommandé de mieux définir les rôles et les responsabilités du médecin traitant relativement au gestionnaire de cas et à l'équipe interdisciplinaire, pour régler certains des problèmes s'étant manifestés sur ce plan.

En matière de ressources humaines, d'autres problèmes ont concerné la dotation, les horaires, les systèmes de paiement et le roulement des effectifs. Dans les études du FASS, on a souligné le rôle de la réglementation syndicale et sa place dans la réforme du système; l'instabilité des ressources humaines (roulement des effectifs et épuisement professionnel); et la répartition et la nature de la charge de travail. Sur le plan des services, quand de nombreux fournisseurs de soins ont quelque chose à voir avec tel ou tel cas, il peut être difficile de tenir tous les intervenants informés et de les faire participer au processus. Le fort taux de roulement du personnel rend ce problème encore plus complexe.

Toutes ces questions relatives aux ressources humaines en matière de santé concernent en général la population, mais elles sont particulièrement importantes quand les travailleurs assurent des services aux aînés, et surtout aux plus fragiles et troublés d'entre eux. Les avantages éventuels du système de soins de santé le plus intégré possible sont sérieusement compromis quand les personnes âgées voient défiler des fournisseurs de services qui changent constamment – nouveaux visages, nouveaux noms, nouvelles personnalités et nouvelles méthodes de travail –, surtout quand ces derniers prodiguent des soins personnels intimes, au domicile même de la personne âgée.

Un autre problème connexe relatif aux ressources humaines, problème qui a aussi des ramifications intersectorielles, concerne la nécessité de normaliser les outils d'évaluation des divers services et organismes, comme l'ont montré tant de ces études, et la nécessité d'intégrer les systèmes d'information des divers paliers administratifs, pour que l'intégration donne les résultats escomptés à quelque niveau que ce soit.

Les ressources et la formation que l'on donne au personnel importent également; par exemple, la formation offerte au personnel sur l'utilisation des outils d'évaluation complexes a représenté un élément essentiel de nombreuses études. En outre, la réussite du projet QC429 a été imputable en grande partie à l'intégration à l'équipe du service des urgences du coordonnateur des sorties de ce service (la même observation vaut pour le projet BC124), et aux mesures prises pour faciliter les communications de cette personne avec les organismes communautaires en lui donnant un bureau, un téléphone, un ordinateur et l'accès aux outils appropriés d'évaluation des risques.

En outre, le rôle et la fonction de la gestion des cas, dans le contexte des services de soins à domicile fournis aux aînés, ont été mis en évidence dans les études du FASS. La nécessité de définir les rôles et les responsabilités, notamment ceux des intervenants clés dans les services intégrés – par exemple, les gestionnaires de cas et les médecins traitants –, a été particulièrement manifeste dans les projets pilotes conçus pour mettre en œuvre et évaluer les modèles nouveaux et intégrés de prestation des services.

Au chapitre des ressources humaines, le rôle du médecin de famille a constitué la question dominante. Cette personne établit un lien tellement essentiel entre les personnes âgées et la pléthore de services communautaires et hospitaliers que sa volonté de participer à long terme aux projets détermine souvent la faisabilité et les résultats de ces derniers. Même dans le cas des projets complexes menés à l'échelle du système (le SIPA, p. ex.), la capacité des chercheurs de faire participer les médecins de famille des personnes âgées a influé grandement sur le cours des choses. Dans les deux études parallèles du SIPA, soit les projets QC403 et QC123, les chercheurs ont eux aussi constaté que la présence, la participation et la continuité du suivi assuré par le médecin de famille étaient déterminants pour le degré de réussite du nouveau modèle mis en œuvre et à l'essai. Des études qui portaient sur des services précis (le projet QC428, p. ex.) et qui mettaient l'accent sur le processus par lequel les médecins de famille envoient les personnes âgées voir un spécialiste (psychiatrie gériatrique) ont révélé également que le problème sous-jacent résidait dans la non-disponibilité des spécialistes en psychiatrie gériatrique; quand ils étaient disponibles, il y avait un manque de communication entre eux et les médecins de famille.

5. Les dimensions intersectorielles de la santé des personnes âgées

Ces études mettaient fortement en évidence les conséquences des services humains pour la santé, mais les dimensions intersectorielles éventuelles n'ont pas souvent été évoquées. Un seul projet, intitulé *Projet d'essai et d'évaluation d'un programme de soins regroupés* (BC122), a reconnu l'importance du logement et de l'environnement dans les services de santé assurés aux personnes âgées. Plus précisément, le plan de la maison ainsi que la densité et l'emplacement du complexe résidentiel ont été

jugés importants pour l'organisation, la structure et le financement des soins de santé fournis aux aînés. Dans le projet *Une étude exploratoire de l'incidence à long terme des soins à domicile sur la clientèle âgée* (SK101), les chercheurs ont aussi pris en compte le rôle du logement des personnes âgées dans le continuum des soins qui leur étaient assurés, et ils ont émis l'idée que le logement pourrait éventuellement jouer un important rôle de prévention en retardant le début du déclin de la santé ou en minimisant ses conséquences. C'est là une question qu'il conviendrait d'étudier de plus près.

Dans de nombreux endroits, il n'y a pas de systèmes d'accès informatisés et les projets ont constamment évoqué cette lacune. Dans certains cas, les services d'un même établissement souffraient de cette faiblesse, de sorte que les chercheurs n'ont eu accès aux renseignements sur l'admission de telle ou telle personne que le lendemain de l'admission. Dans d'autres cas, les malades transférés d'un centre hospitalier à un autre ont été difficiles à repérer; il est arrivé qu'on les déclare sortis de l'hôpital alors qu'ils y recevaient encore des soins actifs (QC405). À l'issue du projet intitulé *Mécanisme de coordination des services gériatriques des Bois-Francs* (QC403), les chercheurs ont également conclu qu'un système informatisé adapté aux besoins du milieu et permettant l'échange de renseignements cliniques, en temps réel, entre les gestionnaires de cas de diverses disciplines et les installations favoriserait grandement l'intégration des services de soins.

Étant donné le manque de systèmes normalisés de traitement de l'information, non seulement à des niveaux et dans des établissements particuliers, mais aussi d'un territoire à l'autre à l'intérieur d'une même région des services de santé, il ne semble pas possible de réaliser des projets d'envergure nationale sans accorder une grande attention au transfert technologique. Par exemple, les responsables du *Projet-pilote pour comparer les médicaments utilisés dans les programmes d'assurance-médicaments – antibiotiques chez les aînés et le grand public* (NA228) ont constaté que, pour mettre en œuvre un projet national, il faudrait, idéalement, que les programmes

d'assurance-médicaments se servent de logiciels compatibles et utilisent des systèmes de classification semblables, ce qui faciliterait les comparaisons. Étant donné le nombre de fois où les projets du FASS ont fait état de la difficulté à intégrer les services fournis aux personnes âgées d'un territoire à l'autre à l'intérieur d'une même région, dans une ville ou une région donnée, il est évident que la normalisation est essentielle à la réussite de toute entreprise nationale.

6. Conséquences pour les politiques et la pratique : la santé des personnes âgées

6.1 Questions fondamentales concernant les soins à domicile fournis aux aînés

6.1.1 Orientation, structure et organisation des services

- Il faut bien comprendre les deux fonctions des soins à domicile assurés aux personnes âgées : leur rôle de plus en plus manifeste dans le contexte des soins subaigus post-hospitaliers et leur rôle un peu plus connu dans la gestion des besoins de ces personnes en soins chroniques. Une étude a aussi parlé du rôle des soins à domicile préventifs pour les personnes âgées.
- Il existe un grand besoin de soins sub-aigus et de services de convalescence pour les personnes âgées au moment où elles font la transition entre l'hôpital et leur domicile.
- Le maintien et le rétablissement de la capacité fonctionnelle doivent être reconnus comme étant objectifs précieux, souhaitables et réalisables dans le contexte de la santé des aînés, et il faut inclure les services de réadaptation dans les soins à domicile.

- On peut facilement mettre en œuvre, d'une manière rentable, des politiques axées sur la réadaptation des malades récemment sortis des centres de soins aigus; cela peut supposer la réorientation de ressources existantes plutôt que l'affectation de nouvelles ressources aux services de soins à domicile destinés aux aînés.
- On omet souvent de reconnaître le caractère critique du passage de l'hôpital aux soins à domicile. Grâce aux compétences d'un personnel formé et dévoué et à la facilitation des communications, ce passage peut favoriser au maximum la santé des personnes âgées.

6.1.2 Financement des services de soins à domicile

- Il faut modifier les façons dont les services sont financés, de manière que, là où cela convient, des régimes autres que ceux axés sur l'individu puissent être adoptés. Par exemple, dans certains cas, le financement de services fournis à un « noyau » de clients convient mieux et constitue une solution plus rentable.
- Les politiques relatives aux coûts doivent reposer sur des données concernant non seulement le coût des services fournis par le système des soins de santé, mais aussi par les malades âgés et leur famille.
- En employant les aides à domicile à salaire et non à l'heure, on leur accorde plus de souplesse pour décider de la durée de leur visite chez un client en fonction des besoins de ce dernier, qui évoluent; les aides ont aussi plus de temps pour participer aux analyses des cas et pour communiquer directement avec le personnel clinique. On favorise ainsi la continuité dans la répartition des cas entre les aides à domicile.

6.1.3 Dotation en personnel et formation en soins à domicile

- En ce qui concerne la santé des aînés, il est essentiel de donner au personnel une formation sur l'utilisation des outils d'évaluation complexes.

Lorsqu'il s'agit de fournir des soins à domicile aux personnes âgées, il faut se soucier en priorité de la continuité des services.

6.1.4 Les personnes âgées : clients des services de soins à domicile

- On connaît les principales caractéristiques des malades âgés qui en font des candidats à risque pour le retour à l'hôpital, et l'on peut faire quelque chose à ce chapitre. Par exemple, on peut les mettre en rapport avec des services appropriés de services communautaires (soins à domicile) et de soutien, avant leur sortie de l'hôpital.
- Afin de faciliter les soins à domicile, il faudrait que le système de renvoi à ces soins ait les moyens et le mandat de trier régulièrement les personnes risquant de faire à l'hôpital des séjours inutilement longs.
- Dans le cas des aînés, surtout de ceux qui sont troublés et qui ont un handicap intellectuel, il faut en priorité veiller à ce que les mêmes personnes leur procurent les services à domicile et les soins personnels.

6.1.5 Ressources pour améliorer les soins à domicile fournis aux aînés

- Il faut des systèmes d'information organisés pour suivre les personnes âgées transférées de leur domicile à l'hôpital, et vice-versa.

6.2 Questions fondamentales concernant les services intégrés fournis aux aînés

Toutes les recommandations qui suivent reposent sur la constatation, faite dans plusieurs études sur la santé des personnes âgées, que les aînés admis à l'hôpital sont en mauvaise santé et ont besoin de services hospitaliers. Tel qu'il est structuré actuellement, le système des soins de santé accueille des gens très malades, s'occupe du problème de l'admission et les renvoie chez eux. Cependant, les problèmes de santé sous-jacents demeurent souvent. Le système a peu amélioré l'état de santé général des personnes âgées. Comme le rapport issu du projet SK124 le signale, il faut conclure de tout cela que, même si notre système s'occupe des problèmes immédiats des aînés, il ne va pas plus loin. Il n'améliore en rien l'état de santé fondamental de ces personnes, qui est médiocre.

6.2.1 Rôles du personnel soignant dans la prestation des services intégrés aux aînés

- Prendre en compte le problème des ressources humaines dans les efforts faits pour intégrer les services.
- Songer à la répartition et à la nature de la charge de travail, quand on définit les rôles et les responsabilités.
- Clarifier le plus possible les rôles des fournisseurs de soins dans les domaines de compétence connexes.
- Veiller à ce que les rôles et les fonctions de tous les fournisseurs de services de santé soient bien définis relativement aux protocoles de triage. Il faut élaborer, faire accepter et appliquer ces protocoles.
- Encourager les organisations à intégrer la prestation des services.
- Les fournisseurs de services doivent sentir qu'ils sont pris en compte aux stades de la conception et de la mise en œuvre des programmes qui influent sur leur travail quotidien.

Le personnel des établissements de soins actifs doit recevoir une formation plus poussée sur la disponibilité des ressources communautaires.

6.2.2 Rôle des médecins, à titre d'agents principaux dans la réforme du système

- Il faut faire intervenir activement les médecins dans la réforme du système.
- Il faudra apprendre aux médecins à mettre moins l'accent sur les soins actifs et à reconnaître le rôle des services de soins communautaires.
- En formant mieux les médecins sur les questions gériatriques, on améliorera la communications entre les médecins traitants et les malades ayant un handicap mental, de sorte que les malades âgés comprendront mieux l'utilité de se soumettre à une évaluation psychogériatrique.
- Il faut procurer aux médecins soutien et éducation au sujet des soins communautaires; ainsi, ils accepteront mieux de laisser un autre fournisseur de services assurer les soins aux malades.

6.2.3 Ressources pour améliorer l'intégration des services fournis aux aînés

- Il faut normaliser les outils d'évaluation des divers services et organismes et intégrer les systèmes d'information des divers paliers administratifs, pour que l'intégration donne les résultats escomptés à quelque niveau que ce soit.
- Il faut adapter les systèmes informatisés aux besoins du milieu et permettre l'échange de renseignements cliniques en temps réel entre les gestionnaires de cas de diverses disciplines et installations.

6.2.4 Financement des projets d'intégration des services

- Comme dans le cas des services de soins à domicile, les politiques relatives aux coûts doivent reposer sur des données concernant non seulement le coût des services fournis par le système des soins de santé, mais aussi le coût de ceux assumés par les malades âgés et leur famille.

6.3 Questions fondamentales concernant l'assurance-médicaments et la santé des aînés

En ce qui concerne l'assurance-médicaments, les recommandations issues du Forum national sur la santé (1996) s'assimilent beaucoup à celles ayant résulté des études du FASS. Celles-ci ont abordé des questions fondamentales précises dans deux grands domaines : l'administration et les ressources humaines. Les questions du premier domaine se rapportent essentiellement à l'organisation et à la gestion du système à l'échelle du pays et elles concernent, entre autres, les systèmes de classification des médicaments et le rôle des gouvernements provinciaux et territoriaux relativement à l'accessibilité des données administratives et à la possibilité de relier les bases de données des divers paliers de compétence. Sur ce plan, les questions importantes portent sur les conséquences, pour les aînés, des écarts considérables entre la couverture du coût des médicaments assurée d'une province à l'autre. Au chapitre des ressources humaines, les principales questions concernent la communication entre les intervenants clés, surtout les médecins traitants et les pharmaciens, et le rôle de l'enseignement médical continu (EMC) dans l'établissement des normes et des pratiques.

- Il faut établir un système de classification des médicaments commun aux programmes des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, ce qui facilitera le repérage des ressources entre l'hôpital et le domicile, pendant que les malades cheminent dans le continuum des soins.
- Les gouvernements provinciaux doivent collaborer pour améliorer le contenu et l'accessibilité des bases de données administratives sur l'assurance-médicaments et pour les relier.
- Il faut évaluer les façons de sensibiliser les médecins à toute une gamme de questions relatives aux pratiques, et d'améliorer les normes professionnelles grâce à l'EMC.

- La réforme des soins de santé doit mettre l'accent sur l'amélioration de la collaboration entre les médecins et les pharmaciens, surtout afin de fournir aux médecins un système d'appui pour équilibrer les régimes pharmacothérapeutiques complexes nécessaires afin de conserver une santé fonctionnelle aux malades âgés souffrant de plusieurs états maladifs.

6.4 Questions fondamentales sur la santé des aînés dans les régions rurales

Il arrive souvent, dans les régions rurales, que les personnes âgées n'aient pas accès à la gamme de services dont elles ont besoin, à moins qu'elles soient prêtes à parcourir une certaine distance – souvent une grande distance – pour les obtenir. Par conséquent, les problèmes relatifs à la santé en milieu rural ne concernent pas les mêmes aspects que ceux en contexte non rural. Par exemple, dans les villes, la question primordiale se rapporte fréquemment au degré d'intégration des divers genres de services et aux mécanismes appropriés pour faciliter la communication entre eux. En milieu rural, en revanche, c'est surtout la disponibilité d'un personnel qualifié pour fournir les soins des diverses catégories, surtout les services spécialisés, qui pose un problème. Les projets du FASS qui ont porté sur la santé en milieu rural ont montré qu'obtenir des outils d'évaluation normalisés et fiables et amener le personnel à suffisamment bien comprendre ces outils et à apprendre à s'en servir convenablement constituaient des questions plus pressantes que dans les régions urbaines.

Dans les régions rurales, l'accent a été mis beaucoup moins sur l'intégration des services à l'échelle du système, dans l'ensemble des secteurs de compétence, que sur les changements plus petits et plus progressifs à l'intérieur de ces secteurs, surtout dans les régions où l'on percevait un manque important de ressources communautaires pour les personnes âgées. Les responsables de divers rapports sur les projets du FASS concernant la santé des personnes âgées des régions rurales ont formulé une importante recom-

mandation : il faut reconnaître la nécessité d'adopter des stratégies de recrutement, de conservation et de formation du personnel des soins de santé dans les localités rurales. Cela vaut tout particulièrement pour les services spécialisés tels que les services de santé mentale, la réadaptation et la palliation.

6.5 Conséquences du processus de recherche du FASS pour les politiques

En réfléchissant à l'éventail des questions fondamentales cernées au cours de ces études, il importe également d'examiner les difficultés inhérentes aux processus qui ont été constatées dans le cadre de nombreux projets, car cette démarche pourrait renseigner grandement sur les défis que comporte la mise en œuvre de la réforme des soins de santé. La difficulté la plus souvent citée tenait au manque de temps pour organiser les initiatives et en évaluer l'incidence. À cet égard, signalons en particulier les projets NA1007 et QC404, mais le problème était fort répandu. Par conséquent, en opérant la réforme, il faut réserver assez de temps à l'élaboration et à la mise en application des politiques et des programmes, surtout dans le contexte des initiatives multisectorielles essentielles à la prestation intégrée des services.

L'influence déterminante des médecins sur le degré de réussite des programmes pilotes en dit long aussi sur le processus global de la mise en œuvre de la réforme des soins de santé. De même, les conventions collectives nationales ou locales rigides, qui ont compliqué le recrutement des membres de diverses équipes cliniques participant à la recherche du FASS, feront obstacle à la réalisation de la réforme. L'instabilité des ressources humaines (constatée dans le cadre de nombreux projets du FASS et examinée plus en détail dans la Partie 4) constitue une autre difficulté à prendre en compte.

7. Conclusions

Nous savons que, pour avoir une bonne qualité de vie pendant la vieillesse, il faut avoir alors un bon degré d'indépendance et d'autonomie. Comme Chappell (1996) l'a signalé, la grande majorité des personnes âgées ne sont pas affligées par un déclin mental grave, une situation de dépendance et un mauvais état de santé physique; l'affirmation contraire est un stéréotype. Les milieux socio-économiques et matériel influent beaucoup sur la qualité de la santé des aînés. Nous savons que ce n'est pas dans les pays les plus riches que l'espérance de vie est la plus longue, mais bien dans ceux où la fourchette des revenus est la plus étroite et où seule une proportion infime de la population vit dans une pauvreté relative.

Comme l'éventail des questions intéressant la santé des personnes âgées est très vaste, il ne faut pas analyser isolément les rapports de synthèse rédigés sur les projets du FASS. Les rapports de synthèse concernant les études du Groupe de travail sur les déterminants de la santé, qui relevait du Forum national sur la santé, présentent aussi un intérêt pour l'orientation générale des initiatives fondamentales relatives à la santé des personnes âgées. Le Forum avait pour mandat d'informer les Canadiens et les Canadiennes sur les façons novatrices d'améliorer leur santé, de les faire participer aux efforts déployés en ce sens et de conseiller le gouvernement fédéral en la matière. Les documents d'étude commandés par le Forum ont porté sur des éléments tels que les principales conclusions issues de la littérature concernant les déterminants de la santé, des modèles de réussite portant sur le problème, et les conséquences et conseils fondamentaux en la matière.

Un grand nombre de recommandations de base issues de la recherche faite sur la santé des aînés dans le cadre des projets du FASS vont dans le sens de celles formulées par le Forum national sur la santé (FNS), les renforcent et en sont le prolongement. Par exemple, les recommandations du FNS sur le maintien et l'amélioration de l'indépendance et du bien-être au troisième âge visent à garantir un soutien suffisant aux services de soins familiaux et communautaires;

financer les programmes communautaires; évaluer les conséquences intersectorielles des politiques élaborées dans des secteurs tels que le logement, les transports et l'impôt; veiller à ce que les nouvelles régies régionales et locales de la santé ne soient pas dominées par des intérêts traditionnels (p. ex., les hôpitaux et les médecins); songer à la formation et à la carrière des travailleurs de la santé qui ne sont pas médecins (Forum national sur la santé, 1996, p. 57 de la version anglaise).

Parmi les recommandations du Forum national sur la santé qui intéressent l'utilisation des produits pharmaceutiques par les personnes âgées figurent les suivantes : il faut aider les aînés à évaluer les risques et les avantages de la pharmacothérapie; c'est d'abord dans le contexte des soins primaires et dans les pharmacies qu'il faut recourir à l'infotechnologie pour mettre les médecins en rapport avec les bonnes sources d'information et leur donner accès aux renseignements pertinents; il faut intégrer aux programmes d'enseignement médical des plans d'action destinés à améliorer les compétences des médecins aux chapitres des communications avec les malades et de la façon d'établir les ordonnances, et il faut évaluer ces programmes (Forum national sur la santé, 1996, p. 69-70 de la version anglaise).

Il faut donc voir dans ces divers rapports – ceux du Forum national sur la santé et ceux issus des études du FASS – des éléments d'une littérature plus vaste qui va dans le sens des politiques sur la santé des personnes âgées mettant en évidence le fait indéniable qu'à mesure que la population vieillit, le système des soins de santé doit de moins en moins mettre l'accent sur les soins actifs et viser plutôt à soutenir les soins familiaux et communautaires et à en reconnaître l'utilité. Les rapports rédigés sur les projets du FASS montrent clairement que, même si les propos tenus sur la réforme actuelle des soins de santé ont fait valoir la nécessité impérieuse du continuum des cas, rien ne s'est encore produit dans les faits (Chappell, 1996, p. 56). Il faut ici se poser la question de savoir si le continuum des soins destinés aux aînés exige une intégration de tous les programmes et de tous les services à l'échelle du système, ou, dans des proportions plus réduites, une gamme d'activités éducationnelles inter-organisationnelles et inter-professionnelles qui

favorisent l'élimination de ces obstacles structurels (Shapiro et Havens, 2000). Ce qui est clair à la lecture de ces rapports, c'est que les innovations continuent de se faire ponctuellement dans le système, sans changements correspondants. Nous avons maintenant les résultats de 20 ans de recherche (p. ex., Evans et coll., 1981; Kane et Kane, 1985) montrant que, pour des raisons afférentes au contrôle des coûts, à l'efficacité et à l'efficacé, il faut envisager le système comme un tout. Selon les chercheurs, cela signifie que, si un nouveau genre de soins doit en remplacer un autre, ce dernier doit disparaître.

Aussi détaillés que les projets financés par le FASS aient pu être, il reste encore des domaines inexplorés. Par exemple, les chercheurs doivent encore voir comment, quand une catégorie de soins sera remplacée par une autre, on décidera quels services éliminer au cours de la réforme des services de santé et ceux qui devront être ajoutés. En outre, dans l'avenir, il faudra examiner comment des facteurs environnementaux tels que l'isolement géographique, le manque d'accès aux transports et la rigueur du climat risquent de compromettre la santé des personnes âgées et leur accès aux services de santé dont elles ont besoin.

Les chercheurs du domaine de la santé doivent aussi reconnaître qu'étant donné la composition des groupes défavorisés, il faudra répondre aux besoins des personnes âgées, dont la diversité ethnique et raciale s'accroît sans cesse au Canada, en leur offrant des soins de santé prenant davantage en compte la dimension culturelle du contexte. Comme Wister (1998) le signale, le vieillissement de la population et les changements parallèles dans la santé des gens ont un effet profond sur l'organisation et la prestation des soins de santé dans de nombreux pays du monde. Vu la croissance des nombres relatif et absolu de personnes âgées et vu l'évolution des tendances de la morbidité et de la mortalité, on s'intéresse maintenant à la qualité, à l'efficacité et à l'efficacé des systèmes de soins de santé. L'évolution marquée des valeurs et des croyances dans un pays donné au fil des ans et les différences ethniques existant dans un pays à un moment précis constituent d'importants éléments culturels qui influent grandement sur la santé de la population, sur l'organisation des soins de santé et

sur la politique adoptée en matière de santé. Ces observations doivent guider les études qui seront faites sur la santé des aînés et déboucher sur des politiques officielles tenant compte de toutes les composantes du groupe extrêmement diversifié que les personnes âgées forment au Canada. Les rapports rédigés sur les projets du FASS constituent une bonne pierre angulaire sur laquelle fonder ces études. Avec le prolongement de la recherche qui reconnaît les besoins particuliers des sous-groupes à risque au sein de l'ensemble des personnes âgées au Canada, nous nous rapprocherons toujours davantage, comme le font valoir Shapiro et Havens (2000), de l'objectif qu'est la collecte de données généralisables sur l'incidence que la réforme du système de santé aura sur la santé des aînés.



Ouvrages de référence

- Chappell, N.L. (1988). Long-term care in Canada. In E. Rathbone-McCuan & B. Havens (Eds.), *North American elders: United States and Canadian perspectives* (pp. 73-88). Westport, CT: Greenwood Press.
- Chappell, N.L. (1996). Summary of "Maintaining and enhancing independence and well-being in old age." In National Forum on Health, *What determines health?: Summaries of a series of papers on the determinants of health* (pp. 54-57). Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada (Cat. # H21-126\3-1996E).
- Deber, R.B., & Williams, A.P. (1995). Policy, payment and participation: Long-term care reform in Ontario. *Canadian Journal on Aging, 14*(2), 294-318.
- Dumas, J., & Bélanger, A. (1997). *Report on the demographic situation in Canada, 1996*. Ottawa: Statistics Canada.
- Evans, R.L., McGrail, K.M., Morgan, S.G., Barer, M.L., & Hertzman, C. (2001). Apocalypse No: Population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal on Aging, 20*(Suppl.1, Summer), 160-191.
- Gee, E.M., & Gutman, G.M. (2000). *The overselling of population aging: Apocalyptic demography, inter-generational challenges and social policy*. Toronto: Oxford University Press.
- Gottlieb, B.H. (2000). Self-help, mutual aid, and support groups among older adults. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 58-74.
- Health Canada. (2001). *Rural action plan*. Ottawa: The Author.
- Joseph, A.E., & Martin-Matthews, A. (1994). Growing old in aging communities. In V.W. Marshall & B.D. McPherson (Eds.), *Aging: Canadian perspectives* (pp. 20-35). Peterborough, ON: Broadview Press.
- Kane, R.L., & Kane, R.A. (1985). *A will and a way: What the United States can learn from Canada about caring for the elderly*. New York: Columbia University Press.
- Keating, N.C. (1991). *Aging in rural Canada*. Toronto: Butterworths/Harcourt.
- Lassey, M.L., Lassey, W.R., & Jinks, M.J. (1997). *Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- McDaniel, S.A., & Chappell, N.L. (1999). Issues and commentaries: Health care in regression: Contradictions, tensions and implications for Canadian seniors. *Canadian Public Policy, XXV*(1), 123-132.
- McPherson, B.D. (1998). *Aging as a social process* (3rd ed.). Toronto: Harcourt Brace Canada.
- McWilliam, C.L., Diehl-Jones, W.L., Jutai, J., & Tadrassi, S. (2000). Care delivery approaches and seniors' independence. *Canadian Journal on Aging, 19* (Suppl. 1), 101-124.
- Moore, E., & Rosenberg, M. (1997). *Growing old in Canada*. Ottawa: Statistics Canada.
- Morrongiello, B.A., & Gottlieb, B.H. (2000). Self-care among older adults. *Canadian Journal on Aging, 19* (Suppl. 1), 32-57.
- National Advisory Council on Aging. (1989). *Understanding seniors' independence: Report #1: The barriers and suggestions for action*. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada.
- National Forum on Health. (1996). *What determines health?: Summaries of a series of papers on the determinants of health*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada (Cat. # H21-126\3-1996E).
- Penning, M.J., & Keating, N.C. (2000). Self-, informal and formal care: Partnerships in community-based and residential long-term care settings. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 75-100.
- Rosenberg, M.W., & James, A.M. (2000). Medical services utilization patterns by seniors. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 125-142.
- Shapiro, E., & Havens, B. (2000). Bridging the knowledge gap: from evidence to policy and practice that fosters seniors' independence. *Canadian Journal on Aging, 19*(Suppl. 1), 176-190.

Statistics Canada. (1999). *A portrait of seniors in Canada* (3rd ed.). Ottawa: Statistics Canada. Catalogue 99-XPE, p. 46.

Tamblyn, R., & Perreault, R. (2000). Prescription drug use and seniors. *Canadian Journal on Aging*, 19 (Suppl. 1), 143-175.

Wister, A. (1998). Introduction. In A.V. Wister and G.M. Gutman (Eds.), *Health systems and aging in selected Pacific Rim countries: Cultural diversity and change* (pp. 9-17). Vancouver: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des personnes âgées

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass.

(NA122) La sécurité des patients avec démence vivant à domicile

Bénéficiaire : CLSC Côte-des-Neiges, Montréal

Contribution : 178 035 \$

Ce projet a mis au point et validé un questionnaire d'évaluation des risques courus par les personnes âgées atteintes de démence et vivant chez elles. Le questionnaire visait à dégager et à réduire les risques en évaluant les interventions appropriées et l'impact du conseil sur le soignant naturel. Le questionnaire mis au point l'a été dans deux versions (courte et longue) et dans deux langues (français et anglais) grâce à des travaux pilotes réalisés dans des milieux urbains, semi-urbains et ruraux de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Québec. On a demandé aux professionnels de la santé qui avaient aiguillé des patients vers le projet de passer en revue les questionnaires de leurs patients. Le taux de réponse des professionnels se montait à 50 pour cent au Québec, à seulement 15 pour cent en Alberta, et à zéro pour cent en Colombie-Britannique. Les auteurs estiment que cet outil peut être utilisé dans l'ensemble des provinces pour fournir une entrevue d'évaluation structurée, notamment lors de la première rencontre avec le patient atteint de démence et vivant à domicile.

(NA221) L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés

Bénéficiaire : Association des facultés de médecine du Canada

Contribution : 618 455 \$

Ce projet d'envergure nationale étudiait la faisabilité d'un examen de l'utilisation des médicaments à l'échelle du Canada ainsi que celle d'un volet de formation médicale continue (FMC) pour les médecins de première ligne au sujet de la prescription appropriée des benzodiazépines. La consommation abusive et la prescription inappropriée de benzodiazépines chez les personnes âgées sont toutes deux bien documentées. Chacun des huit provinces ayant des facultés de médecine aborde ce problème à sa façon. L'Ontario et le Québec ont pu identifier les médecins dont les schémas de prescription étaient potentiellement inappropriés et ont adapté les efforts d'éducation à ces personnes et ce, de manière confidentielle. Dans les différentes provinces, les interventions comprenaient des séminaires, l'envoi de matériel imprimé par la poste et du matériel d'enseignement aux patients. Quatre provinces ont également un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prenait une forme éducative et non coercitive. Au moment d'établir le présent rapport, l'analyse de suivi n'avait été achevée qu'en Ontario et à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constatait aucun changement important sur le plan des données de prescription collective tandis qu'en Ontario, on notait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux aînés.

(NA227) Les régimes d'assurance-médicaments sont-ils importants? Effets de l'admissibilité à un régime d'assurance-médicaments sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées, les assistés sociaux et le grand public

Bénéficiaire : Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution : 122 372 \$

Cette étude éclairait les débats entourant la question d'un programme national d'assurance-médicaments en utilisant les données rassemblées dans le cadre de deux enquêtes de santé auprès de la population de 10 provinces en vue de prédire l'impact d'un tel

programme sur la consommation de médicaments prescrits, sur les services des médecins et sur l'état de santé de la population canadienne. Le projet a dégagé des variations en ce qui concerne la protection dont dispose le grand public et des différences au niveau de la distribution des coûts entre les provinces d'une part et les aînés et les assistés sociaux d'autre part. Ensuite, le projet a élaboré une plage d'indicateurs et de modèles d'estimation de l'utilisation des médicaments prescrits afin de repérer l'impact de divers types de régimes d'assurance-médicaments ainsi que de plusieurs variables socio-économiques, démographiques et sanitaires. La conclusion indique que les variations au niveau de la portée de l'assurance-médicaments ne semblent pas influencer sur les schémas de consommation des médicaments des personnes ayant un statut socio-économique et un état de santé moyens, ce qui suggère qu'un programme d'assurance-médicaments ne serait pas, pour la majorité des Canadiens, un encouragement à utiliser substantiellement plus de médicaments ou de ressources professionnelles. D'un autre côté, le transfert des coûts du consommateur au gouvernement pourrait stimuler la consommation de médicaments chez les personnes à faible revenu et les malades pour qui le prix est un obstacle aux soins, ce qui pourrait, en bout de ligne, entraîner l'amélioration de leur état de santé.

(NA228) Projet-pilote pour comparer les médicaments utilisés dans les programmes d'assurance-médicaments – antibiotiques chez les aînés et le grand public

Bénéficiaire : Dalhousie University, Halifax

Contribution : 105 300 \$

Cette étude mettait à l'essai et évaluait de nouvelles manières de comparer la consommation de médicaments au sein des juridictions canadiennes – une méthode qui effectue les rajustements nécessaires aux médicaments qui existent sous différentes concentrations, les doses recommandées et les formulations. Les chercheurs ont éprouvé l'efficacité du système de doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ) mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour réaliser des comparaisons sur une classe entière de médicaments, dans le cas présent, les anti-infectieux de prise orale (p. ex. l'amoxicilline). Ils ont repéré des médicaments individuels utilisés dans trois provinces (Nouvelle-Écosse, Manitoba, Saskatchewan) au cours de trois exercices financiers, leur ont attribué

manuellement des codes de classification anatomique thérapeutique chimique, et ont ensuite calculé le nombre de DTQ de chaque médicament qui avait été prescrit par 1000 bénéficiaires et par an. Ils ont ainsi pu décrire la consommation par province, par médicament et par sous-groupe de patients au sein de la population générale (Manitoba, Saskatchewan) et celle des personnes âgées (Manitoba, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse). Ils ont observé qu'au cours des trois années de l'étude, la consommation d'anti-infectieux avait diminué en Saskatchewan, avait augmenté en Nouvelle-Écosse, avait baissé puis remonté au Manitoba.

(NA404/QC404) Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Contribution : 2 798 781 \$

Ce projet de démonstration mettait à l'essai la faisabilité et la rentabilité d'une nouvelle méthode d'organisation, de financement et de prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agissait du SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie), le financement duquel simulait la capitation. Le rapport décrit comment deux territoires de CLSC de Montréal ont mis le système en place avec l'aide d'équipes interdisciplinaires qui coordonnaient l'ensemble des services médicaux et sociaux, aussi bien primaires que secondaires, et qui dispensaient les soins aigus et chroniques à tous les patients. Ce projet visait à répondre aux besoins des personnes âgées frêles et de maintenir leur autonomie et leur capacité à choisir des solutions appropriées. En ce qui concerne le système des services sanitaires et sociaux, le but était d'optimiser l'utilisation des ressources communautaires, hospitalières ou institutionnelles. Le rapport détaille les difficultés et les retards ayant marqué la mise en œuvre, ainsi que les obstacles à la gestion efficace du projet, notamment les difficultés à impliquer les médecins d'exercice privé. Néanmoins, les patients (et le personnel soignant) du groupe SIPA déclaraient qu'à leur avis la qualité des services était supérieure et qu'ils éprouvaient un plus grand sentiment de sécurité par rapport à ceux du groupe témoin. En outre, le groupe SIPA a réduit de manière significative son utilisation des ressources hospitalières, et la tendance à l'institutionnalisation était moindre

parmi ces patients. L'analyse des coûts des soins révélait qu'ils étaient légèrement plus élevés chez les patients du groupe SIPA et que l'utilisation accrue des services communautaires n'était pas compensée, du point de vue financier, par la réduction de l'utilisation des services hospitaliers, à tout le moins durant la période d'expérimentation. Toutefois, les auteurs suggèrent que cette méthode pourrait devenir plus rentable si on y incorporait le coût des soins de longue durée sur une période plus prolongée.

(NA1007) Incidence et coûts d'une intervention précoce de promotion de la santé et de réadaptation chez un public âgé nécessitant des soins à domicile

Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton

Contribution : 223 201 \$

Cette étude sur échantillon aléatoire et contrôlé cherchait à savoir si l'utilisation d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes en milieu de soins à domicile prévenait le déclin fonctionnel chez les patients âgés et améliorait leur autonomie, réduisait le fardeau des aidants naturels, et diminuait l'utilisation des services sanitaires et sociaux. Il est notoire que les personnes âgées qui nécessitent une hospitalisation courent le risque de subir une détérioration à long terme de leur état de santé qui peut se poursuivre après leur congé, étant donné que les clients peuvent passer à un état de dépendance vis-à-vis des services de soins à domicile. Dans le cadre de ce projet, les patients admissibles (de 60 ans et plus) qui recevaient leur congé des hôpitaux de soins de courte durée et qui étaient aiguillés vers le Community Access Centre of Halton pour la prestation de services d'aide et d'entretien ménager et/ou de soins infirmiers étaient répartis au hasard entre le groupe recevant les services de soins à domicile habituels et le groupe bénéficiant d'une intervention précoce individuelle de promotion de la santé et de réadaptation menée par des ergothérapeutes et des physiothérapeutes en plus des soins à domicile. On a ainsi recruté un total de 201 patients. On poursuit actuellement l'évaluation des résultats du projet, mais les analyses préliminaires montrent que les services de réadaptation ont permis d'améliorer les capacités fonctionnelles des clients sur le plan des activités de la vie quotidienne par rapport à celles du groupe témoin.

(AB301-17) Une évaluation du Programme de soins palliatifs communautaire intégrés de la région régionale de santé de Lakeland

Ce projet visait à mettre en place et à évaluer un modèle de prestation intégrée des soins palliatifs dans une région rurale du Centre-Est de l'Alberta. Il avait pour but d'améliorer l'accès aux soins palliatifs et la qualité des services. L'équipe du projet se composait d'un médecin consultant en soins palliatifs, d'une responsable de projet et d'une coordonnatrice des soins palliatifs qui jouait également le rôle de consultante en soins infirmiers. On a constaté l'augmentation des consultations entre les professionnels de la santé et l'équipe de soins palliatifs; les patients, les proches et les prestataires de soins signalaient tous une amélioration de la qualité des soins; le projet a réussi à amorcer le virage des soins de courte durée aux soins communautaires. Ainsi, dans la zone concernée par le projet pilote, le nombre de décès à domicile est passé de 8 pour cent en pré-programme à presque 30 pour cent en post-programme.

(BC122) Projet d'essai et d'évaluation d'un programme de soins regroupés

Bénéficiaire : South Fraser Health Region

Contribution : 84 000 \$

Ce projet d'une durée de sept mois a examiné une approche d'équipe à horaire variable (appelée soins regroupés) dans le cadre des services de maintien à domicile aux aînés en tant que solution de remplacement à l'attribution de cas individuels et aux visites à heure fixe. On se demandait si des visites plus brèves mais plus fréquentes se traduiraient par une amélioration des soins et de l'efficacité des services et une autonomie accrue chez les clients. Après avoir étudié deux expériences apparentées à Waterloo et à Kamloops, les chercheurs ont sélectionné deux sites pilotes et ont dirigé deux équipes de soutien à domicile. Des comparaisons détaillées des modèles de soins traditionnels et de soins regroupés ont montré que ces derniers convenaient à la plupart des clients et qu'ils étaient particulièrement appropriés pour les clients habitant dans des immeubles résidentiels et recevant un nombre considérable d'heures de soutien à domicile. Dans l'ensemble, les niveaux de soins ont augmenté, notamment aux niveaux les plus complexes; ceci pourrait certes venir du fait que l'on

a comparé en 1998 et en 1999 le même groupe de clients, dont la majorité avait plus de 80 ans et dont les besoins de santé ont pu s'accroître durant cette période. Des soins améliorés et l'approche d'équipe se sont soldés par un supplément d'heures et de coûts. Les enquêtes effectuées indiquaient le haut degré de satisfaction des clients, des soignants et des aidants naturels vis-à-vis du programme.

(BC123) Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie

Bénéficiaire : North Shore Health Region

Contribution : 139 875 \$

Ce projet d'une durée de six mois comparait les services de soins à domicile intégrés et non intégrés aux aînés en perte d'autonomie. Il évaluait également la rentabilité et les résultats relatifs pour les patients des soins à domicile intégrés. Les clients appartenant au groupe de traitement bénéficiaient de l'attention continue d'une coordonnatrice des soins, de généreux services de rééducation en ergothérapie et en physiothérapie, de l'accès à un programme de soins journaliers pour adultes, de consultations auprès d'équipes mobiles de santé mentale et de soins gériatriques, de séances de récréothérapie, d'une attention régulière aux réunions d'études de cas de l'équipe interdisciplinaire ainsi que des services d'un travailleur salarié de soutien à domicile. Le programme s'est avéré très rentable. Durant ses six mois d'existence, les coûts totaux des services s'élevaient à 7 367 \$ par client dans le groupe de traitement tandis qu'ils se chiffraient à 11 279 \$ dans le groupe témoin. Il n'existait, entre les deux groupes, aucune différence significative sur le plan des résultats pour les patients.

(BC124) Meilleure gestion des cas de démence

Bénéficiaire : Upper Island/Central Coast Community Health Services Society

Contribution : 126 623 \$

Cette initiative avait pour but d'augmenter les connaissances et la confiance des dispensateurs de services et des soignants naturels qui soutiennent les personnes atteintes de démence hors établissement. Le projet a permis l'élaboration et la tenue d'une série de séances d'éducation et de séances tenues sur place à l'intention des travailleurs de soutien à domicile, des responsables de cas et des superviseurs du maintien

à domicile. Après avoir suivi leur formation, les responsables de cas ont augmenté le temps qu'ils passaient avec les soignants naturels. Tous les membres de l'équipe de soutien ont bénéficié des retombées positives de la création, dans un hôpital local, d'un poste expérimental voué entièrement à la gestion des cas et chargé du dépistage, de la prise en charge et du congé des patients atteints de démence. Les chercheurs ont constaté que les travailleurs de soutien à domicile s'intéressaient au programme en plus grand nombre que prévu. Les participants ont rapporté que leurs connaissances, leur confiance et la fierté d'appartenir à l'équipe s'étaient « infiniment multipliées » dans le cadre du projet.

(BC201) Projet de transition vers un régime d'assurance-médicaments en Colombie-Britannique

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 3 165 600 \$ Huit sous-projets

(BC201-01) Projet sur la gestion du sommeil et de l'anxiété

Ce projet fournissait aux médecins de famille de la documentation en vue de les aider à gérer les troubles du sommeil et de l'anxiété chez les personnes âgées dans l'espoir que cela réduirait la prescription de benzodiazépines, une classe de tranquillisants et de somnifères. Le projet a également examiné si une ligne de soutien téléphonique entraînerait des changements au niveau des pratiques de prescription des médicaments. La prescription de ces médicaments au cours des six mois précédant le projet a été comparée à celle des six mois suivant l'introduction des interventions liées au projet. Dans l'ensemble, cette étude a conclu que son hypothèse n'était pas fondée.

(BC201-7) Projet d'extension des services aux patients

Ce projet pilote tirait parti du système PharmaNet de la Colombie-Britannique pour alerter les pharmaciens au sujet de ceux de leurs patients qui ne prenaient pas adéquatement leurs médicaments prescrits. Les concepteurs du projet repéraient les patients qui prenaient un minimum de cinq médicaments concomitants. Une fois alerté, le pharmacien choisissait parmi un éventail d'interventions en vue d'instruire le patient sur ses médicaments et leur

emploi, dont la formation, le renforcement et l'aiguillage vers le médecin. Le projet examinait la faisabilité et l'acceptabilité du système d'alerte ainsi que la faisabilité du programme d'approche. Les principaux résultats indiquent que le système d'alerte de PharmaNet est efficace et réalisable dans le milieu des pharmacies communautaires et qu'il ne perturbe pas les pratiques de travail régulières. De prochaines analyses examineront la rentabilité du programme.

(PE121) Une intervention intégrée en santé mentale pour les aînés

Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services

Contribution : 140 000 \$

Cette étude de deux ans a élaboré et vérifié sur le terrain un modèle de dispensation des services intégrant les services de santé mentale à domicile et en milieu communautaire à l'intention des personnes âgées atteintes de démence ou de dépression, les troubles mentaux les plus fréquents chez cette population. Les principaux objectifs étaient une évaluation plus précoce, la planification des soins et la pertinence des interventions. La planification du modèle a progressé avec prudence afin de permettre aux travailleurs en soins à domicile et en santé mentale d'assimiler les objectifs. Une fois lancé, le projet visait à accroître la confiance et la compétence du personnel de première ligne au moyen d'ateliers (pour les travailleurs en soins à domicile) et d'une formation intensifiée sur la santé des aînés (pour les travailleurs en santé mentale). Les chercheurs ont mis au point un bilan de dépistage permettant de reconnaître les signes avant-coureurs de la maladie lors des visites à domicile ainsi qu'un protocole de diagnostic multidisciplinaire pour les évaluations effectuées auprès des clients et des soignants. Le projet a rehaussé l'accessibilité du personnel des soins à domicile à l'expertise en santé mentale; parmi les défis, on notait le maintien en poste des effectifs et les efforts nécessaires pour obtenir l'appui des médecins de famille.

(ON221) Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médicaments en Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)

Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton

Contribution : 677 860 \$

Cette étude évaluait un programme de cinq mois créant des partenariats entre des médecins de famille et des pharmaciens formés à la dispensation de soins cognitifs et cliniques axés sur le patient (pharmaciens à rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le projet faisait appel à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés utilisant chacun cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de régions urbaines et rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe d'intervention, donnait accès aux dossiers médicaux et aux entrevues réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et déterminait, au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que l'expérience s'est soldée par une réussite, qu'elle était efficace et reproductible : des problèmes liés aux médicaments ont été dégagés chez 88 pour cent des patients du groupe d'intervention; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommandations reçues; après cinq mois, 56,5 pour cent de ces changements avaient fait l'objet d'une mise en œuvre réussie. L'étude n'a observé aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments quotidiens ou d'unités de médicaments, la proportion respective d'utilisation des médicaments à bon et à mauvais escient, la proportion de patients signalant un problème lié aux médicaments ou un problème de qualité de vie. Les médecins et les pharmaciens déclaraient qu'ils recommanderaient cette méthode de collaboration à leurs collègues.

**(QC101) Impact du Guichet Unique en CLSC :
Utilisation des services et vécu des intervenants**

Bénéficiaire : CLSC René-Cassin

Contribution : 242 663 \$

À la fin de 1996, on a demandé aux CLSC de Montréal de mettre en œuvre les modalités de guichet unique pour la prestation des services afin de s'assurer du maintien à domicile des clients âgés. Cette étude évaluait la mise en œuvre de ce processus et son impact sur les professionnels de la santé et leur pratique. Les chercheurs ont obtenu les données par le biais de groupes de réflexion, de questionnaires et d'entrevues individuelles. Ils en ont conclu que la satisfaction des besoins complexes d'une population vieillissante exige l'adoption d'une approche intégrée. En revanche, ils ont constaté que certains problèmes accompagnaient l'introduction de la gestion de cas dans les CLSC à l'étude : lourde charge professionnelle des travailleurs; gestionnaires de cas courant un risque d'épuisement professionnel du fait de l'accroissement du nombre de cas et de la complexité des tâches; les gestionnaires de cas n'ayant pas l'autorité nécessaire pour orienter le travail des professionnels dans tous les services qu'ils doivent coordonner. Les auteurs recommandent que l'on forme les gestionnaires de cas à leurs nouvelles tâches; que l'on forme les partenaires du continuum de services anticipé (p. ex. médecins, hôpitaux, organismes communautaires) afin qu'ils comprennent clairement leur rôle; que l'on établisse des critères clairs pour la définition de la clientèle; que l'on définisse des normes en matière de charge de travail telles qu'elles n'accablent pas les travailleurs. Bien que l'approche du guichet unique vise, en partie, à réduire le taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation de la population vieillissante, et donc, de réduire les dépenses publiques, cette étude ne s'est pas penchée sur les coûts relatifs. Quant au processus de changement proprement dit, les chercheurs signalent que l'organisation des contingences facilite le processus de changement.

(QC123) Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas

Bénéficiaire : Université Laval

Contribution : 199 290 \$

Ce projet a mis au point un système d'analyse des coûts en vue d'évaluer les résultats de la coordination des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les Bois-Francs, Québec. (Consulter le projet QC403 qui présente une évaluation du présent projet en ce qui concerne sa mise en œuvre et les résultats pour les patients.) Le calcul des coûts concernait les soins et services de santé à domicile destinés aux personnes âgées d'une part, et le réseau de la santé publique et des services sociaux, d'autre part. L'analyse économique des coûts assumés par les personnes âgées elles-mêmes et leur famille n'était pas disponible. Les résultats montrent qu'à long terme, les coûts globaux étaient comparables, entre les deux régions visées par l'essai, quoiqu'il y ait des différences sur le plan des services utilisés. Les chercheurs ont conclu que l'initiative de coordination des services est rentable parce qu'elle entraîne des avantages importants pour les patients sans pour autant exiger de dépenses accrues du système public. De plus, ils suggèrent que leur modèle de ventilation des coûts pourrait servir à évaluer d'autres projets d'intégration de services pour d'autres groupes de clients.

(QC403) Mécanisme de coordination des services gériatologiques des Bois-Francs

Bénéficiaire : Université Laval

Contribution : 250 700 \$

Ce projet évaluait un modèle de soins coordonnés pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui avait été élaboré en 1997 dans la région des Bois-Francs, Québec. La coordination des services se faisait par le biais d'un guichet unique, d'intervenants-pivots et de plans de services personnalisés allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Un système de dossiers cliniques informatisés a été conçu en vue de faciliter la communication interdisciplinaire. L'évaluation montrait que le programme réussissait à atteindre les personnes âgées frêles et que les intervenants-pivots remplissaient bien le rôle de

gestionnaires de cas. Le partage informatisé de l'information n'a pas aussi bien réussi parce que tous les intervenants du réseau ne possédaient pas l'équipement requis. L'évaluation des résultats pour les patients révélait que la clientèle des Bois-Francs restait plus longtemps à domicile que celle de la région témoin; en outre, les soignants naturels rapportaient la réduction de leur fardeau au cours des deux premières années de l'évaluation. Il était impossible d'en démontrer l'incidence sur l'utilisation du service des urgences, sur l'hospitalisation ou sur la consommation de médicaments. Le projet complémentaire (QC123) se penchait, lui, sur les coûts relatifs des services coordonnés et sur ceux d'une région contrôlée; sa conclusion est que l'amélioration générale apparente des résultats pour les patients et pour leurs proches ne se traduisait pas par des coûts plus élevés.

(QC405) Personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables : dépistage et intervention

Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary

Contribution : 301 302 \$

Cette étude examine la manière dont les services des urgences hospitaliers pourraient jouer un rôle intégrant sur le plan du continuum des soins pour les personnes âgées et éviter certains résultats adverses à la suite d'une visite à l'urgence, que l'on perçoit traditionnellement comme une brève période de transition. Un outil de dépistage a été élaboré afin d'identifier les personnes âgées de 65 ans et plus qui couraient le plus grand risque d'éprouver une perte fonctionnelle immédiatement après leur visite à l'urgence. Cet outil, utilisé par quatre hôpitaux montréalais, était le fruit des travaux d'un groupe de gériatres et d'une équipe de consultants universitaires chargés de l'apport technique et de l'analyse statistique et économique. Parmi les patients à risque élevé identifiés, on décelait en moyenne deux problèmes nouveaux ou non compensés dans des catégories telles que troubles physiques, activités de la vie quotidienne, troubles du comportement, troubles sociaux. Les patients ont fait l'objet d'un suivi un mois et quatre mois plus tard. L'administration du processus s'est avérée facile et rapide dans le milieu des services d'urgence. L'étude a montré que l'intervention réduit de manière significative le taux de déclin de l'état

fonctionnel et les chercheurs mettaient l'accent sur le rôle pivot du service des urgences en tant qu'interface entre l'hôpital et les services communautaires.

(QC428) Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées : points de vue des patients, de leur famille, des médecins qui ont référé les patients à ces services et des psychiatres consultés

Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary

Contribution : 35 013 \$

Cette étude, réalisée dans la clinique gériatrique d'un hôpital montréalais, fournit des renseignements sur ce qui se passe lorsqu'un médecin de premier recours aiguille des patients vers des psychiatres gériatriques. Le virage ambulatoire du Québec met actuellement l'accent sur les soins de santé communautaires et exige des ressources hospitalières qu'elles jouent un rôle de consultation; cependant, la revue de la littérature effectuée par les chercheurs n'a mis à jour aucun modèle efficace de ce genre d'interaction dans le cas de patients en gériatrie. Le processus de consultation gériatrique englobait les vues des patients et de leur famille, celles des médecins ayant référé les patients et celles des psychiatres consultés. Quoique la plupart des patients et des médecins de premier recours soient satisfaits, ces derniers et les spécialistes consultés n'étaient que modérément d'accord sur le type de consultation réclamé, la raison de la consultation et la responsabilité des traitements supplémentaires. Le rapport souligne quelques-uns des problèmes soulevés par la démarche de consultation et propose des moyens simples d'améliorer la communication et donc de rehausser les soins aux patients.

(QC429) Impact de l'infirmier (ère) coordonnateur (trice) de congé au département d'urgence sur le succès des congés des patients âgés

Bénéficiaire : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Contribution : 453 637 \$

Ce projet a vu la création d'un poste d'infirmier (ère) coordonnateur (trice) de congé afin de superviser le congé des patients âgés du service des urgences de l'Hôpital général juif de Montréal. Les chercheurs voulaient en déterminer l'impact sur le taux de retour au service d'urgence et d'hospitalisation à court terme

ainsi que sur la satisfaction des patients et sur l'observance des plans de traitement. La planification du congé comprenait notamment l'établissement de liens entre le réseau des CLSC, les médecins de famille, le service des urgences et le système hospitalier. Il semblerait que les médecins soient prêts à donner un congé plus rapide aux patients âgés lorsqu'ils savent qu'une infirmière assurera un suivi dans les 24 heures. Ce facteur et la réduction de l'utilisation des services du département d'urgence entraîneraient probablement des économies au niveau de l'hôpital; par contre, il a été impossible d'effectuer une analyse coût-efficacité car on ne disposait pas de mesures adéquates pour certaines des variables. Cependant, les administrateurs de l'hôpital ont exprimé leur confiance dans les résultats de l'étude en établissant le poste d'infirmière coordonnatrice des congés rattaché au service des urgences, afin qu'elle œuvre auprès de la population définie comme étant à risque grâce à l'expérience menée.

(SK101) Une étude exploratoire de l'incidence à long terme des soins à domicile sur la clientèle âgée

Bénéficiaire : Health Services Utilization and Research Commission

Contribution : 26 490 \$

C'est en se basant sur les statistiques provinciales que cette étude cherche à vérifier si les soins à domicile et les logements sociaux contribuent réellement à la longévité et à l'autonomie des personnes âgées. Les chercheurs ont rassemblé des données provinciales couvrant une période de huit ans concernant l'ensemble des 26 490 personnes âgées de la Saskatchewan et leur utilisation des hôpitaux, leurs médicaments, leurs soins médicaux et les schémas des soins reçus. Ils ont comparé les coûts de santé des bénéficiaires des services mentionnés ci-dessus à ceux des personnes qui n'en bénéficiaient pas. Après avoir rajusté les données en fonction de l'état de santé et de l'utilisation d'autres services, ils ont découvert que chez les bénéficiaires de soins à domicile, le coût total des services de santé était environ le triple du coût pour les non bénéficiaires, tandis que le coût total chez les résidents de logements sociaux était à peu près égal à celui des non résidents. Ces résultats suggèrent qu'en ce qui concerne les personnes âgées, le logement est une méthode plus efficace que les

soins à domicile préventifs pour prolonger leur vie et leur éviter d'entrer en foyer pour personnes âgées et qu'il entraîne une réduction des coûts globaux des services de santé. Cependant, les auteurs avertissent que leurs travaux connaissent des limitations importantes et suggèrent que l'on entreprenne des études additionnelles afin de confirmer et de prolonger leurs propres résultats.

(SK124) Soins hospitaliers et soins à domicile pour les personnes âgées de Saskatoon

Bénéficiaire : Saskatoon District Health

Contribution : 242 888 \$

Cette étude suivait de près les admissions de patients âgés de 75 ans et plus dans trois hôpitaux de Saskatoon sur une période de neuf mois afin d'entreprendre une évaluation de processus et de résultats. Les chercheurs ont analysé les admissions, les besoins relatifs aux soins de courte durée, l'opportunité du congé, l'utilisation des soins à domicile et les perceptions des médecins relatives aux facteurs d'admission et de congé. Pour ce qui est des résultats, les chercheurs ont analysé l'état de santé des participants, notamment les mesures de la capacité fonctionnelle et de l'invalidité, à la suite de l'épisode hospitalier; le fardeau des soignants naturels; le coût de l'ensemble des services. Les données recueillies concernaient 967 patients, dans un bassin de 1502 participants éventuels. Le projet a mené une collecte de données similaire à un recensement qui définissait systématiquement la population âgée, ses caractéristiques, ses besoins, les trajectoires de soins et la pertinence des soins prodigués à cette population. L'étude est très révélatrice de la proportion des jours d'hôpital (11,8 pour cent) que cette population a passée dans des lits de soins actifs alors qu'un autre niveau de soins (ANS) aurait convenu. Les résultats concernant les soins à domicile sont aussi révélateurs : 29 pour cent des personnes de l'échantillon ont reçu des soins à domicile après leur congé, et 54 pour cent d'elles en avaient reçu avant leur admission.

(SK326) Programme enrichi de réadaptation en milieu rural**Bénéficiaire : Assiniboine Valley Health District****Contribution : 177 513 \$**

Ce projet visait à améliorer les services de réadaptation dans le Assiniboine Valley Health District en faisant appel à trois physiothérapeutes auxiliaires à temps plein qui travaillaient aux côtés de deux physiothérapeutes eux aussi à temps plein. Les trois physiothérapeutes auxiliaires ont été embauchés à un salaire moindre que celui des physiothérapeutes en titre pour s'occuper de diverses tâches dont le travail de bureau, l'enseignement aux patients et la conduite de cures de mouvements. Une évaluation interne a conclu que le nombre de patients recevant un traitement et la fréquence des traitements avaient augmenté tandis que la durée d'hospitalisation des patients avait, elle, diminué. De plus, il y avait une baisse du nombre de blessures au dos, aux épaules et au cou chez les professionnels des soins de santé et du nombre de chutes chez les patients. Toutefois, l'étude a également découvert que les patients devaient attendre plus longtemps les services de physiothérapie, une situation qui, selon les chercheurs, était due à l'accroissement des renvois par les médecins convaincus que le système pouvait répondre aux besoins.

(SK424) Évaluation d'un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système**Bénéficiaire : Regina Health District****Contribution : 208 000 \$**

Cette étude avait pour but d'évaluer un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système dont la création remontait à septembre 1997 afin d'intégrer et d'améliorer les procédures du district de santé de Regina (RHD). Quoique ce service subisse encore une évolution et qu'il n'ait pas encore fait l'objet d'une mise en œuvre complète au moment de l'évaluation, les chercheurs ont observé des améliorations dans les domaines de la qualité, de l'intégration et de l'accessibilité des services, et ils faisaient état des mesures particulières qui avaient réussi. Ils signalent que bien que les principes directeurs qui sous-tendent le service des admissions et des congés pour l'ensemble du système paraissent avoir le soutien du personnel, certains problèmes font encore obstacle à son implantation complète. En

outre, les volets résultats de santé et rentabilité n'ont pas évolué de manière significative. Les chercheurs remarquent que certains facteurs doivent être en place si on veut que ce service des admissions et des congés atteigne son plein potentiel, notamment le leadership nécessaire à l'établissement d'une culture organisationnelle favorable; une définition claire des buts, structures, volets et processus; une communication et une collaboration rehaussées parmi les fournisseurs de services; des charges de travail réalistes pour les gestionnaires de cas; des ressources suffisantes dans la collectivité; la sensibilisation du public sur l'utilisation appropriée des divers types de soins de santé, un enjeu soulignant l'importance de la perception du public dans l'acceptation des changements apportés à la prestation des services de santé. L'évaluation pourra aider le district de santé de Regina à perfectionner ce nouveau service et à guider les pas d'autres organismes qui souhaitent mettre en œuvre un programme similaire.

(NT401) Améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades chroniques**Bénéficiaire : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest****Contribution : 79 000 \$**

Ce projet a élaboré et mis en œuvre une nouvelle Trousse d'évaluation en soins continus (CCAP) permettant d'évaluer les clients exigeant des soins continus dans les Territoires du Nord-Ouest. L'utilisation d'un instrument normalisé a permis de diriger les clients vers les services communautaires qui fournissent un continuum de soins en tant qu'option rentable à l'institutionnalisation. Les données recueillies grâce à la trousse CCAP ont également permis d'améliorer la planification de la prestation des services, du logement et d'autres besoins liés aux ressources. Le rapport du projet pilote souligne les obstacles rencontrés tels que la résistance au changement, mais le principal problème était le roulement du personnel. Dans les petites juridictions, le départ d'une personne et la perte d'expertise connexe perturbent sérieusement la mise en œuvre des programmes. Les auteurs suggèrent que l'on résolve ces problèmes en préparant un manuel et en assurant une formation continue. Ils mettent aussi l'accent sur l'importance de l'appui des gestionnaires lorsqu'il

s'agit de faire accepter un nouvel outil. La trousse CCAP s'est révélée être un moyen efficace de réaliser des évaluations plus objectives et normalisées, ce qui a rendu l'accès aux soins continus à la fois plus efficace et plus équitable.

L'Organisation mondiale de la santé (1983) définit ainsi l'autogestion de la santé : les activités auxquelles les individus, les familles et les collectivités s'adonnent afin d'améliorer et de rétablir leur santé, de prévenir les maladies et d'en réduire l'étendue. Ces activités découlent du savoir et des compétences issus de l'expérience professionnelle et profane accumulée; les personnes les font en leur propre nom, soit séparément ou en collaboration avec des professionnels (voir Morrongiello et Gottlieb, 2000). D'un autre côté, le mot entraide désigne l'auto-assistance et l'aide réciproque que s'accordent les membres de groupes de soutien ou des personnes liées entre elles par des rapports informels (Gottlieb, 2000).

Les soins ou le soutien fournis à domicile ou dans la collectivité par la famille, les voisins ou des bénévoles. Ce genre d'assistance peut prendre diverses formes : offrir de la compagnie à quelqu'un; aider au transport, au magasinage ou à l'entretien domestique; ou même fournir des soins personnels (aider la personne à prendre son bain ou à s'habiller, par exemple), à mesure que les besoins changent (McPherson, 1998). Le soutien ou les soins dits « formels » sont des soins payés, fournis par des professionnels dûment formés (santé et services sociaux), souvent après une évaluation des besoins en soins par un organisme officiel. À titre d'exemple, citons les services fournis par les prestataires de soins à domicile, le personnel infirmier, les physiothérapeutes et les médecins.

