



FÉDÉRATION DE L'ÂGE D'OR DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

À LA COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU
CANADA

Un engagement nécessaire

26 mars 2002

TABLE DES MATIÈRES

	Page
La Fédération.....	3
Constat.....	4
Réseau de services intégrés.....	4
Public vs privatisation.....	6
Budget santé.....	8
Financement.....	9
Virage ambulatoire et aidantes.....	11
Entreprises d'économie sociale.....	13
CHSLD.....	13
Prévention.....	14
Les utilisateurs.....	15
Comprendre la surconsommation.....	16
Information et formation.....	19
Question d'engagement.....	20
Conclusion.....	20
Conclusion.....	22
Bibliographie.....	23

La Fédération

La Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ) est un regroupement volontaire de personnes âgées de 50 ans et plus dont l'objectif principal est de maintenir et d'améliorer la qualité de vie de ses membres et par voie de conséquence, de l'ensemble des aînés québécois.

Aujourd'hui, la FADOQ est présente dans 17 régions du Québec et rassemble 280 000 personnes. Active dans le domaine du loisir, elle défend également les droits de ses membres dans des domaines aussi variés que ceux de la santé, du logement, des revenus, du transport, du vieillissement et de la violence. La FADOQ défend les droits de ses membres afin de leur offrir un terrain propice à leur épanouissement, quel que soit l'endroit où ils habitent. L'implication sociale de ses membres collabore aussi au mieux-être de la communauté et à l'équilibre de notre société.

Certains des aspects présentés ici l'ont été lors de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par monsieur Michel Clair. Nous croyons qu'il est fondamental que les élus fédéraux comprennent bien la diversité des problématiques provinciales et la respectent. Il faut cependant déterminer quel devrait être l'engagement du fédéral en matière de santé et la latitude que devraient avoir les provinces en matière de santé.

Constat

Il y a cinq ans déjà, le Conseil de la santé et du bien-être portait le diagnostic suivant ¹:

- ✂ les services sont trop souvent discontinus, incomplets et impersonnels
- ✂ les ressources humaines sont mal gérées et démotivées
- ✂ les responsabilités sont mal partagées entre les organismes et les établissements, ce qui conduit à un cloisonnement des activités
- ✂ les mécanismes de participation des citoyens sont sclérosés
- ✂ les conseils régionaux sont dans une impasse
- ✂ l'allocation budgétaire est essentiellement centrée sur la production de services ; le moyen est devenu une fin en soi.

Réseau de services intégrés

Le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) a de quoi faire réfléchir. En effet, l'organisation des soins aux aînés en perte d'autonomie ou souffrant de problèmes de santé que le SIPA propose semble fort prometteuse. Nous croyons qu'il serait possible de s'inspirer de cette façon de procéder dans la réorganisation du système de santé; chose certaine, nous ne pouvons nier que sa logique est implacable et ses résultats, concluants.

Nul besoin d'expliquer ici en détails la façon de fonctionner de ce système, mais rappelons tout de même que

¹ CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Un juste prix pour les services de santé*, Gouvernement du Québec, 1995, p. 74-75

« À l'heure actuelle, au Québec, la responsabilité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie incombe à plusieurs agences et établissements différents. La personne âgée et son entourage ont très souvent le sentiment d'être dans un labyrinthe. Par exemple, les soins médicaux de première ligne sont généralement sous la responsabilité du médecin de famille en pratique privée (...). Les soins infirmiers et les soins personnels sont sous la responsabilité des CLSC, mais des organismes communautaires et privés peuvent être impliqués de façon très importante. Les centres de jour sont généralement sous la responsabilité d'un centre d'accueil, alors que les hôpitaux de jour sont pour la plupart sous la responsabilité des centres d'hébergement de soins prolongés. Les services de gériatrie et les services médicaux spécialisés sont offerts à l'hôpital. Des firmes privées offrent des résidences avec services et des résidences d'accueil hébergent des personnes âgées fragiles. Au mieux, certains établissements coordonnent leurs efforts entre eux. Mais relevant d'entités administratives différentes et bénéficiant de sources de financement variées, les services ne sont pas coordonnés à partir des besoins de la personne âgée. (...) Chaque composante du système tend à travailler en parallèle et fonctionne à l'intérieur de son propre budget global. »²

² BERGMAN, Howard et al. « L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, n° 2, 1997, p. 314.

Le SIPA vise donc à éviter le chevauchement inutile des services et offre l'assurance qu'une seule entité soit responsable globalement de la personne impliquée. Il intègre les ressources, offrant ainsi tous les services et les soins appropriés à la personne. Par ailleurs, il respecte les principes fondamentaux de notre système de santé : universalité, accessibilité, intégralité et administration publique.³ Le gouvernement ne devrait-il pas s'inspirer de ce système afin d'alléger son fardeau? Dans un contexte de personnes autonomes, il s'agirait de faciliter les démarches du citoyen en besoin afin de faciliter son entrée dans le système et non de tout faire à sa place. Le citoyen devrait pouvoir gérer son propre processus, tel qu'était supposé l'offrir la réforme Côté avec le citoyen au cœur du système... qui n'a jamais vu le jour.

Public vs privatisation

Nous ne pouvons dire hors de tout doute si le privé doit être exclu de la réorganisation des soins de santé. D'ailleurs, il a déjà ses entrées. Mais chose certaine, la clientèle défavorisée, déjà étranglée, ne peut se permettre d'assumer ne serait-ce qu'un dollar de frais pour ses soins de santé. Si des services de santé venaient à être privatisés, il est primordial, en particulier pour la clientèle aînée ou en perte d'autonomie, que le caractère universel des soins soit maintenu. Et attention, la privatisation de certains services ne devrait pas servir d'écran aux changements nécessaires qui allégeraient le fardeau du système. Et il faut faire la distinction entre l'organisation et les soins offerts.

³ Id. p. 316

Par ailleurs, dans toute la littérature que nous avons lue sur le sujet, il semble que la privatisation des soins, qu'elle soit partielle ou totale, n'apporte aucunement le succès et les économies escomptées. Les États-Unis sont un bon exemple d'un pays qui a des dépenses très élevées dans un système privatisé à outrance (56 %) et qui, pourtant, se classe 37^e en ce qui a trait à sa performance (état général de santé de la population, accessibilité aux soins, qualité des soins, équité de la contribution financière, etc.). Comme on le sait, le Canada se classe 30^e avec un taux de privatisation de 28% alors que la France se classe bonne première avec un taux de privatisation de 23 %.

On constate bien souvent que les médecins, tentés par les honoraires plus intéressants dans le réseau privé, quittent le public, ce qui ne fait qu'accentuer les problèmes de disponibilité et de listes d'attente. De plus, ils se cantonnent dans des interventions peu coûteuses mais qui rapportent. Dès que les cas se compliquent, ils les renvoient au public pour des interventions à grands frais. La France a d'ailleurs conclu, tant qu'à elle, qu'il est nécessaire d'obliger les médecins à pratiquer dans le public pendant un certain nombre d'heures, ce qui permet, semble-t-il, de sauvegarder un système dont une partie des services sont privatisés alors que l'ensemble demeure public. Le Québec a commencé à y voir, notamment par l'entente-cadre sur la rémunération des médecins (bonification des tarifs pour les tâches les plus lourdes). L'Association des hôpitaux du Québec propose, quant à elle, une approche punitive.

Malheureusement, aucune solution ne retient l'assentiment de tous les acteurs. Chose certaine, si le gouvernement réalise ce virage, il faudra que les services privatisés soient rigoureusement encadrés et que les citoyens les plus vulnérables soient protégés. Mais qui le fera?

De plus, chaque ministre tend à dire que les citoyens ont la capacité de payer, sans pour autant penser que son collègue aura demandé la même chose. Faisons payer pour l'assurance médicaments, faisons payer la TVQ, faisons payer des impôts. Mais dans un contexte où les citoyens sont surtaxés – et là, même le gouvernement le reconnaît –, que voudra dire, pour les aînés à faibles revenus, la privatisation de certains services de santé?

Finalement, nous croyons que l'État devra toujours jouer un rôle fondamental dans l'offre de services de soins de santé, cela va de soi. Et il est certain que le privé n'est pas une réponse à tous les maux actuels d'un système de santé de plus en plus malade. Mais peut-être pourrait-il soulager la pression ? Et si nous refusions l'apport du privé, devra-t-on piger dans les poches des patients ? Ou couper dans l'éducation, dans l'aide sociale ? À la FADOQ, nous sommes conscients qu'il y a des choix à faire et qu'ils ne seront pas faciles. Jusqu'où désirons-nous aller et à quoi tenons-nous ? Bien que ces questions soient taboues, il est fondamental d'y répondre.

Budget santé

On aura beau dire qu'il n'y a pas que la question du financement à observer dans cette problématique, le fait que le Canada se classe parmi les derniers pays de l'OCDE quant au financement public de la santé est déplorable. Il ne nous semble pas, comme certains le prétendent, que ce soit le signe d'une bonne et saine gestion. Le gouvernement a-t-il tenu compte de la croissance de la population, de l'inflation, des changements démographiques et des progrès technologiques dans le choix de ses budgets en matière de santé? Il appert que le financement adéquat est une question primordiale, bien que l'organisation du système doive également être revue de fond en comble. À l'instar de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, nous croyons que le rehaussement des budgets est essentiel à l'amélioration et au maintien des services.

Selon nous, des économies réelles peuvent être effectuées en transformant le mode d'organisation et de gestion des services, en resserrant la définition des rôles et en offrant plus de formation. Ceci permettrait assurément à l'État de continuer à financer le système de santé. Cependant, si aucun changement n'est effectué à ce titre, il nous semble évident que seule l'injection d'argent ne suffira pas à offrir à la population un système de santé adéquat.

Il est certain que la concertation entre les différents services est primordiale afin d'éviter de coûteux doublons de services. Dans un esprit de rationalisation, la multiplicité des évaluations, par exemple, est assurément déplorable. La continuité dans les services ne peut être que favorable pour tous.

Financement

La rémunération des médecins, comme bien d'autres éléments du système de santé serait à revoir. Comment se fait-il que, malgré une approbation fortement majoritaire de la part des nouveaux médecins pour un paiement à honoraires, le paiement à l'acte persiste alors qu'il est démontré hors de toute doute que cette façon de procéder est inutilement coûteuse pour l'État?

« Le système de rémunération à l'acte pour la majorité des médecins semble échapper à la logique d'un système centré sur les ressources. En effet, étant rémunérés pour chaque service rendu, les médecins sont incités à produire davantage de services ».⁴

Il nous apparaît fort clair qu'il faille revoir la rémunération à l'acte comme elle s'effectue maintenant. Nous croyons que cette dernière devrait être remplacée par la rémunération à honoraires fixes ou forfaitaires. D'autre part, la rigidité des conventions collectives a également été identifiée par plusieurs spécialistes et penseurs comme un problème à résoudre. Il faudrait y voir.

⁴ PINEAULT, Raynald, *Les problèmes actuels : conséquences d'un système centré sur les ressources plutôt que sur les services*, Santé, Pour une thérapie de choc, PUL, 2000, p.55

Le financement des établissements pose également problème. Il devrait être revu afin de favoriser le citoyen plutôt que le système.

« La première caractéristique de ce système est son mode de financement centré sur l'allocation des ressources plutôt que sur la production de services. De façon générale, ce n'est pas le niveau mais le mode de financement qui constitue un problème. »⁵

À titre d'exemple, un CLSC ne retire aucun avantage à aider l'hôpital à diminuer ses durées de séjour alors qu'il suffit à peine à répondre à la demande des services reliés à son mandat, des services à domicile en particulier. Le financement par enveloppe budgétaire pour chaque établissement semble être une source importante des problèmes financiers du système de santé actuel. Il est urgent de se débarrasser de ce carcan.

« (...) le monde de la santé est pire qu'une administration pyramidale, parce que s'y côtoient plusieurs hiérarchies parallèles qui s'ignorent mutuellement. (...) Par exemple, l'utilisation d'un médicament très coûteux pour éviter des interventions chirurgicales devient presque impossible, puisque l'administration qui paiera la note n'est pas celle qui réalisera les économies. »⁶

⁵ PINEAULT, Raynald, op. cit., p. 53

⁶ DUBUC, Alain, « La santé en crise », *La Presse* (série), 9 juin 2000

Les personnes âgées désirent avant tout être traitées et soignées adéquatement. La création d'un véritable réseau ne peut qu'y collaborer et l'élimination de ces irritants ne peut qu'en favoriser la mise en place.

Virage ambulatoire et aidantes

La philosophie du virage ambulatoire ne peut que récolter des appuis. En effet, le fait de favoriser l'autonomie et la responsabilisation des personnes est sans conteste positif. Cependant, la façon dont il a été conçu laisse songeur. Les bénéficiaires sont souvent mal à l'aise avec ce système, particulièrement ceux et celles qui ne peuvent bénéficier du support de leurs proches, telles les femmes âgées. Les congés précoces ne sont pas sans conséquence lorsque l'on est isolé ou que l'on ne peut obtenir l'aide adéquate. Et les services offerts ne correspondent pas toujours aux besoins de ces personnes. L'aide domestique a été délaissée, les services de réadaptation, les services psychosociaux et de prévention sont sous-développés, le transport pour recevoir des services, négligé. Le contexte dans lequel s'inscrivent les caractéristiques individuelles doit être pris en considération. Et le virage ambulatoire doit s'effectuer quand c'est possible seulement.

Pourtant, le bénévolat des femmes aidantes – non négligeable – procure des économies dont l'État devrait tenir compte. Comment se fait-il qu'on ne puisse pas toujours offrir de soins et de services à domicile efficaces à quelqu'un à la maison suite à une intervention chirurgicale, alors que son séjour abrégé en milieu hospitalier a amené des économies substantielles?

Que dire du stress des aidantes (des femmes dans 70 % à 80 % des cas) à qui on a expliqué les soins à donner à la sortie de l'hôpital et qui, une fois revenues à la maison, ne sont plus certaines des instructions à suivre? Et qui ont en plus à prendre en charge « (...) les tâches affectives et d'accompagnement, surveillance, travail domestique et organisation de la vie quotidienne, gestion des problèmes de santé, aménagement des conditions de vie, gestion de comportements, soins personnels (...) »⁷ Cette situation est particulièrement criante chez les personnes âgées. L'évaluation de l'impact du virage ambulatoire sur les aidantes naturelles doit être effectuée sans délai afin de pouvoir remédier à leurs besoins. Qu'en est-il du véritable droit au consentement?

Nous croyons, à la Fédération, que les aidantes devraient être reconnues; ce serait la moindre des choses. Dans un premier temps, des mesures fiscales significatives devraient être établies afin de compenser les pertes financières qu'elles encourent lorsqu'elles prennent soin d'un aîné. Celles qui doivent quitter temporairement leur emploi devraient avoir l'assurance que ce dernier est garanti et ne devraient pas être pénalisées en regard de leur régime de retraite. Le gouvernement ne pourrait-il pas encourager les employeurs en ce sens? Les économies générées par ce bénévolat devraient être retournées sans conteste aux femmes.

⁷ CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Virage ambulatoire: le prix caché pour les femmes*, Gouvernement du Québec, 1999, p. 54

Les aidantes n'étant pas toujours disponibles ou étant avancées en âge, il est primordial que l'on développe des outils de maintien à domicile pour les personnes âgées, intervention beaucoup plus souple, beaucoup moins coûteuse et beaucoup plus humaine que l'institutionnalisation ou le placement.

D'autre part, la baisse de l'offre de services oblige les gens qui en ont les moyens à recourir à des services privés. C'est cela, l'universalité des soins?

Entreprises d'économie sociale

Il nous semble par ailleurs que l'utilisation d'entreprises d'économie sociale, dans le contexte actuel, devrait être rigoureusement encadrée. Si elles ne le sont pas, la situation pourrait devenir problématique. En effet, imaginons un instant que leur mandat s'élargisse et que faute de formation, ces employés n'aient pas conscience de la dégradation d'un client ou n'osent pas avertir le CLSC que leur client semble confus, de peur de perdre un contrat! Il est du devoir de l'État de s'assurer que les personnes les plus vulnérables ne subissent ni exploitation ni préjudices.

Il est certain que l'utilisation des entreprises d'économie sociale vaut mieux que le travail au noir. Mais nous nous questionnons face au personnel embauché dans ces entreprises. Afin d'éviter tout problème, ces derniers devraient obtenir une formation adéquate. Cependant, faute de moyens, il semble que cette formation ne soit pas offerte systématiquement par les entreprises. L'État n'a-t-il pas un rôle essentiel à jouer ici, voire même une obligation? En effet, les employés ont-ils tous la capacité et les connaissances afin de reconnaître l'apparition de problèmes liés à la maladie d'Alzheimer par exemple?

CHSLD

Partie intégrante du réseau de la santé, les CHSLD ne jouissent pas d'une situation reluisante. Le manque de personnel amènerait, semble-t-il, des façons de gérer les cas qui remettent l'intégrité des aînés qui y séjournent en question. Contention et couches ne sont que des exemples d'actions utilisées alors qu'elles ne seraient pas nécessaires si on y mettait le temps voulu. Les aînés en fauteuil roulant que l'on « stationne » devant la cafétéria dès 10h30 le matin en vue du repas du midi ou les repas servis en purée parce qu'on a que 4 minutes pour faire manger le bénéficiaire sont le reflet d'un climat et de méthodes n'étant pas sans rappeler une période noire de notre histoire.

Par ailleurs, le fait qu'environ 4000 à 5000 personnes par année soient en attente d'une place en hébergement public alors qu'elles requièrent 2,5 à 3 heures de soins par jour est absolument inadmissible. Comment peuvent bien se débrouiller des personnes qui nécessitent autant de soins alors que bien des résidences privées n'ont pas accès aux services à domicile offerts par les CLSC ni ne peuvent offrir elles-mêmes de services de soins? Qu'en sera-t-il dans quelques années alors que les baby boomers auront avancé en âge et frapperont à leur tour à cette porte?

Prévention

La prévention et la promotion de la santé nous semblent essentielles dans la réorganisation des soins de santé et dans la philosophie qui les sous-tend. Alimentation adéquate, forme physique, habitudes sexuelles saines, abstinence de la cigarette, bonne utilisation des médicaments forment à coup sûr des éléments sur lesquels les individus peuvent avoir le contrôle et ayant pour résultat une meilleure santé.

Déjà, plusieurs régions au Québec ont effectué des efforts très concrets afin d'amorcer un virage en ce domaine envers les aînés. Actualisation du potentiel des aînés, actions politiques, activités sont au cœur de ce vent de changement. À titre d'exemple, lors du dernier congrès de la Fédération de l'Âge d'Or du Québec, les membres ont majoritairement voté pour la proposition suivante :

Compte tenu que l'accessibilité des soins et des services est essentielle et que pour ce faire, il faut avoir accès à des soins de santé de qualité, il est proposé que la FADOQ fasse la promotion de moyens de prévention tels l'activité physique, une bonne alimentation, etc. et qu'elle développe également des outils utilisables par les aînés en vue de leur prise en charge.

La FADOQ en Montérégie a par exemple mis sur pied le programme *Les médicaments : oui...non...mais!* en collaboration avec le CLSC et la Régie régionale de la santé. Issu de l'Outaouais, ce programme comprend six séances de formation traitant de l'utilisation de médicaments prescrits et en vente libre. Le programme *Alerte et en santé*, en collaboration avec MedicAlert et Merck Frosst est un autre exemple d'implication des aînés dans la prévention et la prise en charge de leur santé.

Les décideurs régionaux de l'Estrie, quant à eux, se sont dotés d'un plan d'action visant à faire diminuer les coûts des soins de santé et des services sociaux tout en maintenant l'accès aux soins et aux services. La Montérégie a conçu l'expérience du « Mieux vieillir ». Et la liste est encore longue. Le dynamisme est là, sans conteste. Les gens sont de plus en plus prêts à faire cet effort de prise en charge, particulièrement les personnes âgées. Les économies en frais de soins et la qualité de vie accrue qu'elle offre, font de la prévention un élément fondamental des changements à venir.

Les utilisateurs

A-t-on tenu compte des patients (de plus en plus impatients) au cours de tous ces chambardements? La réforme avec le citoyen au cœur des préoccupations nous semble un concept bien loin de la réalité. Il semble plutôt que l'absence de responsabilité envers la personne soit flagrante. La personne doit trop souvent se débrouiller seule afin de connaître et d'établir les liens nécessaires tout au long de son cheminement, sans que l'on ait fait aucun effort afin de lui indiquer le chemin à prendre. La personne âgée se sent trop souvent bafouée, incomprise. Elle est inquiète à juste titre et ne sait pas toujours vers qui se tourner pour obtenir réponse à ses questions et à ses inquiétudes.

L'équité, l'accès aux services pour tous, sans discrimination, l'universalité ne devraient pas être remis en cause. Dans une société démocratique et riche, les plus démunis ne devraient jamais être mis en situation périlleuse. Il est clair que l'on ne doit pas oublier que les utilisateurs des services de santé sont des individus fragiles – du moins temporairement – évidence que l'on semble avoir malheureusement mise de côté.

Comprendre la surconsommation

Il est essentiel de comprendre les réflexes des consommateurs de services de santé et ce qui les motivent. Selon la FADOQ, cette refonte du système ne devrait pas s'attarder qu'au fonctionnement et au financement du système. Pourquoi pas une petite incursion dans la qualité des services? À quand des services médicaux cotés ISO?

Le patient seul ne saurait être la cause d'une mauvaise consommation des services de santé. La littérature fourmille de cas de plaintes envers des médecins qui n'auraient pas rencontré les critères de qualité que l'on attend d'eux, particulièrement envers les personnes âgées. La littérature nous démontre hors de tout doute que de multiples problèmes de santé sont dus à de mauvais diagnostics ou à de mauvais traitements.

L'âgisme a quant à lui la vie dure dans le monde de la santé. La revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées *Bien vivre avec son âge* révèle qu'« une majorité de documents traitent de l'inadaptation persistante des soins et des services qui sont offerts à ces personnes. Ils montrent que quand les malaises sont associés à l'âge, ils sont traités avec une certaine négligence. »⁸ On nous cite en exemple la personne aînée qui se présente chez le médecin avec un mal persistant au genou gauche. Diagnostic? La vieillesse. Autrement dit : rien à faire. Et pourquoi la vieillesse se serait-elle attaquée à un genou seulement?

Si, dans un monde idéal, les médecins offraient des services de qualité et ne commettaient pas d'erreurs médicales, est-ce que les gens seraient autant portés que maintenant à aller chercher un deuxième, voire un troisième ou un quatrième diagnostic, avec tous les examens que cela implique?

⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Bien vivre avec son âge, revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, santé publique, Québec, 1999, p. 50

D'autre part, il semble que l'imposition d'un ticket modérateur ne soit d'aucune utilité à moyen terme, bien au contraire : certaines personnes iraient même jusqu'à éviter de consulter au moment opportun, faute d'argent, alors que ce comportement aggrave bien souvent leur cas et implique dès lors des soins plus coûteux. Les informations que nous avons recueillies dans la revue de presse que nous avons effectuée nous confirment que les pays où le ticket modérateur a été imposé n'ont récolté aucun bénéfice à moyen terme.⁹ Pourtant, la privatisation de soins ou l'imposition d'un tarif pour les soins vise spécifiquement la sensibilisation du consommateur face aux coûts des services auxquels il recourt.

Le conseil de la santé et du bien-être, dans son rapport *Un juste prix pour les services de santé*¹⁰, concluait :

- ✍ ✍ La tarification et la coassurance ne sont pas appropriées pour réduire les abus des consommateurs, les décisions quant à la consommation relevant essentiellement des prestataires de services.

- ✍ ✍ La tarification et la coassurance ne permettront pas de réduire la consommation globale de services à moyen terme.

⁹ En Belgique, entre autres pays. En Saskatchewan de 1968 à 1971.

¹⁰ CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Un juste prix pour les services de santé*, Gouvernement du Québec, 1995, 196 p.

- ✂ La tarification et la coassurance risquent de modifier le profil de consommation en orientant les usagers vers les services plus onéreux, en limitant l'accès aux services préventifs et aux consultations pour maladies aiguës, pénalisant ainsi les groupes plus vulnérables.
- ✂ La tarification et la coassurance risquent d'entraîner, à moyen terme, une augmentation des dépenses totales de santé.

Mais tenons-nous le pour dit, ce n'est pas le vieillissement de la population en tant que tel qui menace le système de santé.

« (...) si le vieillissement avait été le seul facteur responsable de l'augmentation des dépenses, celles-ci auraient connu une hausse beaucoup plus modeste. Donc, étant donné que le taux de croissance de la population dans les années à venir sera semblable au taux relevé au cours des dernières décennies, le fardeau financier du vieillissement dans les années à venir devrait donc être sensiblement le même qu'au cours des dernières années. »¹¹

Cessons donc de mettre sur le dos des aînés l'incapacité du système à contrôler ses coûts. Reconnaissons que l'explosion des coûts en santé est liée à la croissance des services, aux nouveaux traitements et à l'innovation technologique. Reconnaissons que la médecine peut désormais « (...) détecter plus tôt un plus grand nombre de maladies et de les traiter plus vite et plus efficacement à l'aide de nouveaux produits toujours plus coûteux (...) »¹²

¹¹ LEFEBVRE, Anne, Lee Soderstrom, *Le vieillissement de la population et les dépenses de santé : quelle crise financière ?*, in CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE et LE DEVOIR, Santé, Pour une thérapie de choc, sous la direction de Hélène Morais et Michel Venne, Les Presses de l'Université Laval, 2000, p. 25

¹² SANSFAÇON, Jean-Robert, « Les maux de la santé », *Le Devoir* (série), 3 mai 2000

Information et formation

Les plaintes des aînés sont principalement reliées au manque de services, bien entendu, mais également à l'attitude du personnel soignant. Ils se sentent comme partie négligeable et ont parfois l'impression qu'ils seraient mieux de mourir au plus vite. C'est tout à fait inadmissible.

Les médecins et le personnel soignant ne devraient-ils pas être régulièrement informés à propos des frais qu'impliquent leur pratique? Chacun ne devrait-il pas être formé et informé de façon intensive à propos des nouvelles méthodes et pratiques médicales, de dépistage et de prévention, notamment celles reliées au vieillissement?

Il est notable que les connaissances du personnel soignant à propos des services existants sont nettement insuffisantes. Le *Groupe de travail sur la santé des aînés* a récemment lancé le programme pan canadien MATURE (Approche multidisciplinaire pour des résultats inégalés chez les aînés). Visant à neutraliser l'âgisme, ce programme s'adresse aux médecins et autres professionnels de la santé. L'information qui y est offerte entoure des approches préventives et des outils de dépistage pour des maladies courantes. Ce programme a été mis sur pied grâce à une subvention éducative du privé. Il reflète l'originalité dans les solutions qui devraient inspirer notre travail.

Question d'engagement

Il nous apparaît de plus en plus évident que les gouvernements doivent s'engager fermement dans la reconstruction des divers systèmes de santé au Canada. Rappelons qu'au cours des derniers mois, les provinces se sont unies et ont réclamé d'Ottawa des sommes d'argent importantes afin de régler cette crise. Cependant, il est fondamental de déterminer si nous devons prôner l'uniformité au sein des divers régimes provinciaux. Nous croyons que ce serait aux provinces d'informer le fédéral, par voie de référendum si nécessaire, sur cet aspect. Et si tel était le cas, nous croyons qu'un engagement fiscal ferme du fédéral devrait y être associé car comment peut-on imposer quelque chose sans appui financier, et de quel droit le fédéral le ferait-il ? Par ailleurs, la FADOQ ne croit pas en une telle uniformité. Bien souvent, il en résulte un système inutilement rigide qui ne répond plus aux couleurs de chacune des provinces, déjà qu'à l'intérieur de ces dernières, les régions se distinguent. Comme l'évoquait monsieur Claude Castonguay récemment, nous croyons qu'au lieu de chercher à encadrer les provinces, le gouvernement fédéral devrait financer adéquatement les provinces afin d'assurer un meilleur équilibre dans le partage du fardeau de l'assurance maladie.

Conclusion

Tel qu'il est, le système de santé ne pourra répondre à la demande croissante. Par ailleurs, des principes telle l'universalité ne peuvent être remis en cause. Comme nous l'avons soulevé au cours de ces pages, il ne saurait y avoir de solution unique ou de recette miracle pour pallier aux problèmes actuels et à venir du système de santé.

Cependant, une chose est certaine, les aînés sont souvent pris au dépourvu, dans un système de santé gravement malade ou en phase de le devenir.

Il n'est pas normal ni acceptable que des gens quittent l'hôpital sans que l'on ne se soit assuré que le conjoint ou la conjointe soit en état de prendre soin du malade, ait la capacité de changer un pansement ou ait la forme pour aider au bain. Il n'est pas normal ni acceptable que les personnes âgées sentent qu'elles sont de trop et souhaitent mourir. Il est horrifiant que l'on ait si peur de vieillir de crainte d'avoir à séjourner dans un CHSLD et d'être traité comme marchandise négligeable.

Nous vivons dans un pays riche. Il est inconcevable que nous ne puissions faire quelque chose de bien et correspondant aux besoins de la clientèle avec un système de santé ayant somme toute à son actif du personnel, de l'équipement et des technologies à la fine pointe. Il faut que nos dirigeants politiques aient la volonté et le courage de prendre ce virage au nom de tous les citoyens québécois.

Et sans la participation du fédéral, il est loin d'être assuré que les provinces pourront continuer de respecter les cinq grands principes sur : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Et sans ces cinq grands principes, comment assurer à la population des services dignes d'un pays pourtant réputé comme étant riche sans surtaxer les personnes dans le besoin.

Les recommandations de la FADOQ

La Fédération de l'Âge d'Or du Québec recommande que :

1. Les gouvernements encouragent la mise sur pied de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie;
2. Le caractère universel des soins soit maintenu, et ce, sans exiger de contribution ou de taxation supplémentaire de la part des citoyens;
3. Les modes d'organisation et de gestions des services soient revus;
4. La définition des rôles soit resserrée;
5. Le mode de rémunération des médecins soit revu;
6. Le rôle des aidantes dites naturelles soit reconnu et qu'elles soient soutenues adéquatement;
7. Les entreprises d'économie sociale soient rigoureusement encadrées;
8. L'accessibilité et la qualité de vie en CHSLD soient revues afin d'offrir une qualité de vie adéquate aux personnes qui doivent y vivre;
9. La réorganisation des soins de santé mette de l'avant la prévention et la promotion de la santé;
10. Tout soit mis en place afin de comprendre la surconsommation des soins de santé et des médicaments;
11. L'on offre des formations à l'ensemble des intervenants, notamment sur les effets du vieillissement;
12. Le fédéral institue les soins de santé comme une priorité et, en conséquence, investisse l'argent nécessaire (et déjà perçu) en transférant aux provinces les sommes correspondant au moins au niveau de 1994-1995 et ce, sans ingérence aucune;
13. La gouvernance des soins de santé demeure sous la juridiction des provinces.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, 1999, 18 p.

BERGMAN, Howard et al. « L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, n° 2, 1997, p. 311-321.

BUZZETTI, Hélène, CORNELIER, Manon, PARÉ, Isabelle, RIOUX, Christian, SANSFAÇON, Jean-Robert, SZACKA, Alexandra, « Les maux de la santé », *Le Devoir* (série), avril-mai 2000

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE, *La position du CCNTA sur les soins à domicile*, Gouvernement du Canada, mars 2000, 23 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Un juste prix pour les services de santé*, Gouvernement du Québec, 1995, 196 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE et LE DEVOIR, *Santé, Pour une thérapie de choc*, sous la direction de Hélène Morais et Michel Venne, Les Presses de l'Université Laval, 2000, 120 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Gouvernement du Québec, 1999, 121 p.

DUBUC, Alain, « La santé en crise », *La Presse* (série), juin 2000

LACROIX, Liliane, « La santé en France », *La Presse* (série), février 2002

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Bien vivre avec son âge, revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, santé publique, Québec, 1999, 115 p.

PICHER, Claude, « Coup d'œil sur les chiffres de l'OMS », *La Presse*, février 2002

STATISTIQUE CANADA, *Rapports sur la santé*, Printemps 2000, Vol. 11, no 4, 97 p.

USHER, Susan, « Le maintien du système de santé public. Quel est l'enjeu fondamental? », *Forum Santé*, Vol. 3, no. 2, Été 2000, p. 12-17