

**LA POSITION DU CCNTA SUR
LA PRIVATISATION DES SOINS DE SANTÉ**

**Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les membres du CCNTA à la 50^e réunion
du Conseil, les 21 et 22 mai 1997**

Conseil consultatif national sur le troisième âge

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

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

Patricia Raymaker
Présidente

Nancy Garrard
Directrice intérimaire
Division du vieillissement et des aînés

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

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

1^{ère} impression, 1997

©Ministre des Travaux Publics et Services Gouvernementaux Canada 1997
N° de cat. : H71-2/2-19-1997
ISBN : 0-662-63222-2

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

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

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

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

(au 21 mai 1997)

Présidente

Patricia Raymaker

Calgary (Alberta)

Membres

Hortense Duclos

Montréal (Québec)

Peter Fraser

Fort Resolution (Territoires du Nord-Ouest)

Gerald Hodge

Denman Island (Colombie-Britannique)

Bernice MacDougall

Estevan (Saskatchewan)

Yvon Milette

St-Georges-de-Champlain (Québec)

Patricia O'Leary-Coughlan

Douglas (Nouveau Brunswick)

Juliette Pilon

Sudbury (Ontario)

Douglas Rapelje

Welland (Ontario)

Yvette Sentenne

Montréal (Québec)

Anne Skuba

Winnipeg (Manitoba)

Mary Ellen Torobin

Gloucester (Ontario)

Joyce Thompson

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

VALEURS DU CCNTA

Le CCNTA croit que :

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

LA POSITION DU CCNTA EN BREF

Au Canada, chacun des trois grands aspects des soins de santé – le financement, la distribution et la prestation – peut être public, privé ou public/privé.

La question à se poser, ce n'est pas s'il faut choisir entre public et privé, mais comment le ratio public/privé des services influe sur le coût, l'accès et la qualité des soins ainsi que sur la responsabilisation des fournisseurs.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) croit que les soins de santé doivent être accessibles à tous en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer, que les fournisseurs de soins de santé doivent rendre compte au public des services qu'ils assurent, et que la qualité et l'équité doivent être incluses parmi les critères d'évaluation des soins, au même titre que l'efficacité et l'efficience.

Dans ce rapport, le CCNTA identifie le dosage public/privé qui permettrait que les aîné-e-s du Canada continuent d'avoir accès, universellement, à des soins de qualité par l'entremise du système de santé canadien.

En particulier, le CCNTA recommande que :

- Les services de santé médicalement nécessaires continuent d'être financés entièrement à l'aide des fonds publics, au moyen d'un système provincial/territorial « à payeur unique ».
- Le financement public soit étendu à la totalité des services médicalement nécessaires, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits et les technologies médicales. La définition de la nécessité médicale doit prendre en compte les

besoins globaux des aîné-e-s en matière de santé, y compris les soins personnels et l'aide ménagère.

- En étendant la couverture des services de santé médicalement nécessaires fournis dans le cadre d'un système « à payeur unique », les gouvernements provinciaux et territoriaux considèrent les effets positifs du financement public dans le contrôle des coûts totaux des soins de santé et la réduction du fardeau financier disproportionné qui serait imposé aux aîné-e-s et à leurs aidants naturels par les coûts privés en soins de santé.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de santé.
- Les provinces et les territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions, établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux ou territoriaux et s'assurent de leur application.
- Le modèle de soins par guichet unique permettant d'accéder à tous les services soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.

- Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification en matière de soins de santé à titre de partenaire égal.
- Le gouvernement fédéral établit des normes nationales régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le financement des provinces et des territoires au respect de ces normes.
- Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé surveillent et évaluent les tendances en ce qui concerne l'imposition directe au client de frais de séjour en établissement de soins de longue durée ou en hôpital.
- Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé établissent un barème de frais de séjour – en établissement de soins de longue durée ou à l'hôpital –, qui assure tout le monde d'un accès équitable et d'un coût raisonnable et ne pénalise pas les clients pour les lacunes du système de soins, par exemple, la mauvaise planification des congés de l'hôpital ou le manque de places en établissement de soins de longue durée.

- Les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé collaborent ensemble à définir les critères préalables à toute désassurance de service de santé, et surveillent l'impact de telles décisions. Les critères devront prendre en compte les effets de la désassurance sur la santé, sur la qualité de vie, sur les risques de maladie, sur l'équité des soins de santé, sur l'accès aux soins de santé et sur le coût total (public et privé) des soins de santé.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux jouent un rôle majeur dans la réglementation publique des services de soins à domicile, la gestion des processus compétitifs d'adjudication des contrats de soins à domicile et les processus de surveillance et de reddition des comptes, afin d'assurer la qualité des soins, un accès équitable aux soins et la promptitude du service.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des normes de soins à domicile et évaluent les services en faisant participer les aîné-e-s, les aidants naturels, les prestataires de soins professionnels et les administrateurs d'organismes, afin que l'on considère aussi bien l'incidence sur la qualité de vie que l'incidence sur l'état de santé.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des indicateurs portant sur les affectations proportionnelles de ressources au service au client, à la rémunération du personnel, à l'habilitation du personnel, et enfin à la formation et au soutien du personnel, en vue d'évaluer la qualité des soins et d'adjudger les contrats de soins à domicile.

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux injectent suffisamment de ressources dans les soins à domicile pour assurer une rémunération et une formation adéquates des intervenants rémunérés, et pour éviter que le fardeau des soins à domicile ne pèse sur les intervenants mal rémunérés ou sur les aidants naturels, qui sont pour la plupart des femmes.

LA POSITION DU CCNTA SUR LA PRIVATISATION DES SOINS DE SANTÉ

INTRODUCTION

Pour la société canadienne, l'universalité d'accès aux soins de santé en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer est une valeur fondamentale. Les Canadiens et les Canadiennes sont fiers de leur système de santé « à palier unique » qui ne comporte qu'un seul point d'accès pour tous, quels que soient les moyens financiers de la personne.

Dans l'esprit d'un grand nombre, un système de soins de santé privatisé est un système à l'américaine – un système « à deux paliers », qui offre de meilleurs services à ceux qui ont les moyens de payer et des services appauvris ou inexistantes à ceux qui n'en ont pas les moyens¹. Mais que faut-il entendre exactement par « privatisation »? La définition change selon que l'on considère l'un ou l'autre des trois grands aspects des soins de santé – le financement, la distribution ou la prestation. Privatiser le **financement** des services de santé, c'est payer les soins non plus avec les recettes fiscales des gouvernements mais à partir du revenu privé des particuliers, en recourant aux frais d'utilisateur, au paiement partiel ou intégral de certains services et à l'assurance privée. Privatiser la **distribution** des services, c'est adopter certaines formes de concurrence de marché pour décider quels services seront offerts, qui les offrira et à quel coût. Privatiser la **prestation** des services, c'est faire appel à des particuliers ou à des organisations de l'extérieur du gouvernement – qu'ils poursuivent ou non un but lucratif – pour dispenser les services.

Au Canada, chacun de ces processus – financement, distribution ou prestation – peut être public, privé ou public/privé². Par exemple, les soins hospitaliers médicalement nécessaires sont entièrement financés par l'État, tandis que la plupart des soins dentaires sont financés soit par l'assurance privée, soit directement par le client. De même, la distribution des services de santé peut être planifiée à l'échelle régionale, comme lorsque les conseils de santé régionaux prennent des décisions au sujet de la fermeture des hôpitaux, ou s'aligner plutôt sur un régime de marché, comme lorsque les particuliers choisissent leur médecin personnel. La prestation, enfin, est parfois entièrement publique, comme pour les programmes de santé publique, parfois publique/privée, comme pour les services hospitaliers et les soins de longue durée, parfois entièrement privée, comme pour les services de médecin ou de pharmacien.

La privatisation des soins de santé n'est pas contestable en soi. En fait, il existe de bons arguments en faveur de la prestation privée pour certains types de services de santé. Mais il existe aussi d'excellents arguments en faveur du financement public des soins de santé. Et la manière dont les changements apportés aux soins de santé altèrent l'équilibre public/privé suscite des préoccupations. **La question à se poser, ce n'est pas s'il faut choisir entre public et privé, mais comment le ratio public/privé du financement, de la distribution et de la prestation des services influe sur le coût, l'accès et la qualité des soins ainsi que sur la responsabilisation des fournisseurs.**

L'équilibre public/privé du système de soins de santé est particulièrement préoccupant pour les aîné-e-s, qui sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins que les autres Canadiens³ et qui sont plus pauvres⁴. Les aîné-e-s sont plus exposés aux maladies chroniques, à la restriction des activités et à l'incapacité physique⁵. Les taux d'hospitalisation et de consommation de médicaments sont plus élevés chez les personnes

âgées que chez tout autre groupe d'âges⁶. Et si, de 1980 à 1994, l'incidence de faible revenu chez les personnes de 65+ans est tombée de 34 % à 19 %, il y avait encore en 1994 un aîné-e sur cinq dont le revenu était inférieur au « seuil de faible revenu » de Statistique Canada⁷. La tendance au faible revenu est nettement plus prononcée chez les femmes âgées seules que chez les hommes âgés seuls⁸. En 1994, les taux de faible revenu de ces deux groupes étaient respectivement de 53 % et de 32 %. Si la privatisation a pour effet d'obliger les aîné-e-s à payer pour obtenir les soins nécessaires, les plus susceptibles d'avoir besoin de soins sont aussi les moins susceptibles de pouvoir se les payer.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) croit que les soins de santé doivent être accessibles à tous en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer, que les fournisseurs de soins de santé doivent rendre compte au public des services qu'ils assurent, et que la qualité et l'équité doivent être incluses parmi les critères d'évaluation des soins, au même titre que l'efficacité et l'efficience.

Ce rapport expose la position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé, position qui découle des convictions énoncées ci-dessus. Il s'attarde particulièrement aux points suivants :

- le maintien du financement public des services médicalement nécessaires et la définition de ces services;
- l'affectation de ressources adéquates aux services communautaires;
- la surveillance et l'évaluation de l'impact du paiement privé sur les services de santé; et

- l'assurance de la qualité des services communautaires et institutionnels, et de la reddition des comptes.

Le document vise à identifier avec clarté le dosage public/privé qui permettrait que les aîné-e-s canadiens continuent d'avoir accès, universellement, à des soins de qualité par l'entremise du système de santé au Canada. Il s'inspire d'un certain nombre de sources d'information : les travaux du Forum national sur la santé; deux enquêtes informelles du CCNTA auprès des aîné-e-s, l'une sur le financement et la prestation des soins de santé, l'autre sur les attentes des aîné-e-s et des personnes qui les soignent⁹; un examen de la documentation sur les services de soins à domicile¹⁰; et diverses études d'économie de la santé et de gérontologie.

1. MAINTIEN DU FINANCEMENT PUBLIC DES SOINS DE SANTÉ CONFORMÉMENT AUX PRINCIPES DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

Durant les années 1970, au Canada, le financement public des services de santé et des services sociaux connexes s'est étendu au-delà du financement des services hospitaliers et médicaux pour inclure les soins de longue durée (soins à domicile, soins ambulatoires, soins courants en maison de repos et soins en établissement pour adultes) et les services sociaux liés à la santé (soutien à domicile : repas, habillement, transport, soins personnels et aide ménagère). Au début des années 1980, la plupart des provinces avaient mis sur pied un système qui assurait les services de santé de façon universelle, et les services sociaux connexes en fonction des moyens financiers des prestataires. La contribution fédérale à la couverture universelle des services de santé était prévue par le Financement des programmes établis (FPE), et la contribution fédérale au financement des services sociaux liés à la santé, par le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC).

Les transferts fédéraux étaient soumis à différentes conditions. Pour qu'une province ou un territoire puisse toucher le transfert fédéral relatif aux services médicalement nécessaires, son régime d'assurance-maladie devait satisfaire aux conditions prescrites par la *Loi canadienne sur la santé* pour les soins de santé au Canada, à savoir : universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique. La contribution fédérale pour les services de soins de santé de longue durée, par contre, était proportionnelle au nombre d'habitants de la province ou du territoire et non subordonnée aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, pour recevoir la contribution fédérale prévue par le RAPC relativement aux services sociaux liés à la santé, la province ou le territoire ne devait subordonner l'aide sociale qu'au besoin, sans imposer de période de résidence minimale, et prévoir en tout temps une procédure d'appel. Le choix des services à offrir et des modalités de prestation était laissé à la province ou au territoire.

Ces dernières années, toutes les administrations publiques ont dû compresser leurs dépenses. Ainsi, le gouvernement fédéral a combiné le FPE et le RAPC en un fonds unique – le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) –, qui assure désormais le financement global des services de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'aide sociale, et il a réduit le montant global transféré aux provinces et aux territoires. Sous le régime du TCSPS comme sous celui du FPE, les recettes fiscales fédérales sont transférées sous deux formes : en espèces et en points d'impôt. Les transferts en espèces sont un moyen pour le gouvernement fédéral d'assurer le respect des principes de la *Loi canadienne sur la santé* : les provinces qui transgressent ces principes, par exemple en imposant des frais d'utilisateur, voient leur transfert en espèces réduit d'un montant égal au montant abusivement prélevé. Toutefois, dans le cadre de son programme de compression des dépenses, le gouvernement fédéral a annoncé en 1996 qu'il réduirait progressivement les transferts en espèces du TCSPS : de 18,5 milliards de dollars en 1995-1996, leur montant global tomberait à 12,5 milliards en 1997-1998, à

11,8 milliards en 1998-1999 et à 11,1 milliards en 1999-2000. (Plus récemment, le gouvernement fédéral a annoncé que les paiements de transfert du TCSPS seraient maintenus au niveau de 1997-1998, sans autres réductions ultérieures.) Les compressions effectuées à ce jour auront non seulement pour effet de réduire les montants (et donc les options) dont disposent les provinces pour fournir les soins de santé, mais aussi d'affaiblir les leviers que le gouvernement fédéral peut exercer pour maintenir les normes nationales en matière de soins de santé¹¹.

Ces faits nouveaux soulèvent un certain nombre de questions :

- Le Canada dépense-t-il suffisamment pour les soins de santé?
- Quels services de soins de santé faut-il considérer comme « médicalement nécessaires »?
- Si un plus grand nombre de services sont reconnus médicalement nécessaires, où trouvera-t-on l'argent qu'il faut pour payer ces services?

1.1 Financement public

Le Canada dépense-t-il suffisamment pour les soins de santé?

Le Forum national sur la santé s'est penché sur cette question. Il a conclu que « les citoyens dépensent déjà assez par leurs taxes, impôts et déboursés personnels pour se garantir l'accès aux soins médicaux qui leur sont nécessaires » – presque 10 % de leur produit national brut, soit relativement plus que la plupart des pays industrialisés¹². Selon le Forum, le meilleur moyen de comprimer les coûts tout en assurant l'équité serait de maintenir le financement public des soins à l'aide du système dit « à payeur unique » déjà en place dans les provinces et les territoires. Il est amplement prouvé qu'un tel système, en plus d'assurer l'équité, permet d'économiser en réduisant les coûts administratifs, en éliminant les incitations à faire payer par d'autres les soins destinés aux patients à risque élevé (aux aîné-e-s, par exemple), en répartissant plus également le coût des soins entre les différents secteurs de l'économie, et en octroyant plus de pouvoir à l'acheteur pour la négociation du coût des services¹³. Comme l'observe le Forum national sur la santé :

« En matière de financement, le motif du profit dérogerait à la notion de la santé comme bien public, il ferait gonfler les frais d'administration et pourrait produire des injustices dans l'accessibilité et la qualité des soins. Des recherches menées partout dans le monde démontrent que le financement et l'administration publics d'un régime sont les meilleurs gages de justice et de rapport qualité-prix¹⁴. »

Le CCNTA recommande que :

- **Les services de santé médicalement nécessaires continuent d'être financés entièrement à l'aide des fonds publics, au moyen d'un système provincial/territorial « à payeur unique ».**

1.2 Services médicalement nécessaires

Quels services de soins de santé faut-il considérer comme « médicalement nécessaires »?

À l'heure actuelle, la plupart des services dispensés par les hôpitaux ou les médecins sont considérés comme médicalement nécessaires et donc entièrement couverts par le régime public d'assurance-maladie. Certains autres services – comme la distribution des médicaments dans les hôpitaux, ou les soins de longue durée en établissement – sont aussi couverts intégralement. Toutefois, la *Loi canadienne sur la santé* n'exige cette couverture que pour les services hospitaliers et médicaux, et pour rien d'autre. Pour les services complémentaires – comme la distribution des médicaments prescrits aux personnes non hospitalisées, les soins dentaires, les soins de la vue ou les soins à domicile –, la couverture varie d'une province à une autre. Les provinces offrent la couverture pour des groupes particuliers, notamment les aîné-e-s; mais en général une forme quelconque de paiement privé est exigée (copaiements ou cotisations)¹⁵. Ainsi, en 1994, le ratio public/privé des dépenses pour les services de santé était de 90/10 pour les soins hospitaliers et de 99/1 pour les soins médicaux, mais de 70/30 pour les soins en établissement autres que les soins hospitaliers (comme les soins de longue durée pour aîné-e-s) et certains autres services (comme les soins à domicile), de 32/68 pour les médicaments, et de 14/86 pour les soins dispensés par d'autres professionnels (p.ex., dentistes, physiothérapeutes)¹⁶.

La réalité des soins de santé a considérablement changé au Canada depuis 1984, année où a été adoptée la *Loi canadienne sur la santé*, qui mettait l'accent sur les services dispensés par les hôpitaux et les médecins. L'un des changements les plus notoires est le recul des soins en établissements, hôpitaux y compris, au profit des soins communautaires. L'apparition de techniques médicales moins importunes et les séjours plus brefs à l'hôpital ont eu pour conséquence que les Canadiens et les Canadiennes reçoivent aujourd'hui plus de soins médicaux en milieu communautaire. Il faut noter également l'augmentation spectaculaire des dépenses des médicaments; de 1975 à 1994, la part du budget total de la santé consacrée aux médicaments est passée de 8,8 % à 12,7 %¹⁷. Ces changements ont altéré l'équilibre entre financement public et financement privé : de nombreux services reconnus aujourd'hui comme médicalement nécessaires ne sont pas couverts pas les régimes publics d'assurance-maladie, car ils ne sont pas dispensés par des hôpitaux ou des médecins.

Pour certains, le transfert graduel des services hospitaliers aux services communautaires est une forme de « privatisation passive » puisqu'il aboutit à désassurer des services qui auparavant étaient financés entièrement par l'État¹⁸. Il est évident que les technologies et thérapies qui requièrent moins de soins en établissement sont très avantageuses; mais il est essentiel que la définition de la nécessité médicale tienne compte de la manière dont les services sont dispensés aujourd'hui. Si le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, du Forum national sur la santé, a constaté un appui massif en faveur des services communautaires, on lui a fait valoir à maintes reprises « qu'il fallait financer les soins et non les établissements¹⁹. » Dans cette optique, reconnaissant que le maintien et la protection des soins de santé exigent qu'on s'adapte aux réalités nouvelles, le Forum recommande d'« accroître la couverture du financement public à tous les services médicalement nécessaires et, en premier lieu, aux soins à domicile et aux médicaments²⁰. »

Cette recommandation a un certain nombre de conséquences pour les aîné-e-s. Comme il a déjà été mentionné, les personnes âgées sont plus exposées aux maladies chroniques, à la restriction des activités et à l'incapacité physique. Il s'ensuit que les aîné-e-s, en particulier les 75+ans, recourent plus aux services de soins à domicile que les générations plus jeunes; en outre, ils ne demandent pas les mêmes services. Plus une personne vieillit, plus elle a besoin de soins personnels, d'aide ménagère et d'aide pour la préparation des repas; les personnes plus jeunes demandent surtout des soins infirmiers²¹. Les services à domicile préviennent, retardent ou remplacent des services plus coûteux en établissement. Dans le cas des aîné-e-s, ils doivent être inclus dans la catégorie des services médicalement nécessaires.

*«Tous les matins pendant une heure, j'ai une auxiliaire familiale qui m'aide à faire ma toilette à l'éponge, ou ma douche une fois par semaine, puis à m'habiller. Regardez mes souliers : je les fais nettoyer; je ne peux pas le faire moi-même parce ce que j'ai mal aux bras. Mes bras sont pratiquement inutiles. Mais je ne peux pas me chausser tant que mes souliers ne sont pas nettoyés. J'ai aussi une auxiliaire familiale pendant une heure trois jours sur semaine et pendant une heure en fin de semaine pour préparer mon souper. C'est tout; voilà les soins que je reçois²². »
(une personne âgée)*

Les médicaments prescrits peuvent eux aussi prévenir ou remplacer des soins plus coûteux en établissement. Il est donc important qu'ils soient mis à la disposition de toute personne qui en a besoin, quels que soient les moyens financiers de cette dernière. À l'heure actuelle, les régimes provinciaux d'assurance-médicaments couvrent les dépenses en médicaments des aîné-e-s et des assistés sociaux; le reste – 68 % en 1994 – est payé par l'assurance privée ou directement par le client. La plupart des régimes d'assurance-médicaments, qu'ils soient publics ou privés, exigent un certain partage des coûts (déboursés directs), qui peut prendre la forme de frais d'utilisateur, de copaiements ou de cotisations²³. Ces exigences peuvent causer des difficultés aux aîné-e-s à faible revenu, et

amener certains d'entre eux à renoncer à leurs médicaments, comme l'a constaté le CCNTA lors d'une consultation récente. Le financement public universel des médicaments prescrits éliminerait une telle injustice.

« Alors, ils m'ont prescrit des médicaments, mais maintenant les médicaments sont très chers. Je ne peux plus m'en procurer. Avec le nouveau régime, je n'ai plus les moyens d'acheter des médicaments. J'en prends seulement quand j'ai très mal ²⁴. »
(une personne âgée)

Une étude récente du gouvernement de l'Alberta révèle que les aîné-e-s à faible revenu peuvent se heurter à des difficultés financières si leur état de santé requiert beaucoup de soins ou que leurs dépenses augmentent brusquement de façon imprévue – par exemple, si le coût des médicaments augmente²⁵. Ces constatations confirment l'importance d'un financement public des soins à domicile et des médicaments.

Outre les soins à domicile et les médicaments, d'autres services devraient être mentionnés dans le débat sur la nécessité médicale, dont l'aide technologique pour le contrôle de la maladie ou l'incapacité (par exemple, les systèmes de moniteurs, les appareils facilitant la mobilité, les prothèses auditives et visuelles). Ces technologies peuvent améliorer l'autonomie et la qualité de vie des aîné-e-s souffrant d'incapacité et faciliter le travail des soignants informels.

Le CCNTA recommande que :

- **Le financement public soit étendu à la totalité des services médicalement nécessaires, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits et les technologies médicales. La définition de la nécessité médicale doit prendre en**

compte les besoins globaux des aîné-e-s en matière de santé, y compris les soins personnels et l'aide ménagère.

1.3 Coût total des soins de santé

Si le Canada dépense déjà assez pour les soins de santé, et si un plus grand nombre de services sont reconnus médicamenteusement nécessaires, où trouvera-t-on l'argent qu'il faut pour payer ces services?

Pour répondre à cette question, il faut considérer non seulement la quantité de fonds disponible pour les soins de santé, mais aussi la manière dont ces fonds sont distribués – ce qui sera abordé plus en détail dans la prochaine section. Il convient toutefois de citer ici le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, du Forum national sur la santé, dans sa réflexion sur les sources de financement :

« Ce qui est important, c'est le coût total, tandis que le gouvernement est préoccupé par les coûts publics. Par conséquent, les mesures incitatives doivent être telles que les patients seront traités de la façon la plus appropriée et la plus efficiente, en considérant les coûts privés et les coûts publics ainsi que le fardeau financier et humain que doivent supporter les soignants, qui sont souvent des femmes et, en plus, âgées ²⁶. »

Un article récent sur le coût des soins aux aîné-e-s au Canada va dans le même sens. On y conclut que c'est la famille, et surtout les femmes, qui supporte les conséquences du remplacement des soins de santé professionnels par les soins informels en milieu familial²⁷. Du point de vue du coût total des soins, il s'agit d'un simple transfert de dépenses du secteur public au secteur privé, sans considération des coûts cachés occasionnés à l'économie et aux aidants naturels, notamment le travail non rémunéré, les pertes de possibilités d'emploi et les dépenses directes des particuliers. Ces coûts cachés de la privatisation des soins préoccupent particulièrement le CCNTA.

Il a été démontré que le financement public universel des soins de santé au moyen d'un système « à payeur unique » est le moyen le plus efficace de contenir les dépenses de santé tout en maintenant l'équité et la qualité des services²⁸. Cette leçon ne doit pas être oubliée au moment où l'on s'efforce de réaligner le financement sur la réalité des soins de santé. Il est bien tentant, toutefois, de chercher par tous les moyens à renflouer le porte-monnaie – ce que font les gouvernements quand ils imposent des frais d'utilisateur pour les services de soins à domicile – plutôt que de dépenser judicieusement.

Si la *Loi canadienne sur la santé* interdit les frais d'utilisateur pour les services hospitaliers et médicaux, de tels frais peuvent être imposés, et sont imposés, pour les services de soins à domicile. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des services de soins à domicile sont financés par les fonds publics provinciaux, mais 10 % le sont par les frais d'utilisateur et 5 % par l'assurance privée :

« Habituellement, les clients doivent payer des frais de service ou des frais d'utilisateur pour des services non cliniques comme l'aide ménagère, l'assistance personnelle, la livraison des repas à domicile, le transport, ainsi que les fournitures et appareils. Les frais sont généralement calculés d'après une échelle mobile, en fonction du revenu ²⁹. » [traduction libre]

L'effet disproportionné de cette politique sur les aîné-e-s, qui sont les principaux utilisateurs des services de soins à domicile non cliniques, est évident.

À première vue, les frais d'utilisateur semblent un moyen raisonnable et efficace de réduire les coûts des soins à domicile et de mieux les financer : des frais d'utilisateur, soutient-on, dissuadent les gens de recourir inutilement aux services de santé et augmentent la contribution financière de ceux qui ont les moyens de payer. D'ailleurs, lors d'une consultation informelle menée par le CCNTA, le tiers environ des répondants s'est déclaré en faveur des frais d'utilisateur comme moyen de maîtriser les coûts des soins de santé. Dans les faits, toutefois, les frais d'utilisateur ont pour effet d'**accroître le coût total des soins de santé** (en ajoutant aux coûts privés sans réduire substantiellement les coûts publics) et de **limiter l'accès aux soins de santé pour les personnes à faible revenu** (qui, bien que plus susceptibles d'avoir besoin de soins de santé, ont moins de chances de pouvoir payer les frais imposés)³⁰.

L'une des principales raisons pour lesquelles les frais d'utilisateur ne réduisent pas les coûts est que les coûts dépendent moins du nombre des utilisateurs que du type de service offert. Ceci a d'importantes implications pour les aîné-e-s, étant donné l'association que l'on fait communément entre l'augmentation des coûts des soins de santé et le vieillissement de la population canadienne. Les études révèlent, en effet, que le vieillissement de la population en lui-même ne fait pas grimper sensiblement les coûts. Les coûts augmentent parce que les types de service offerts à la population – services de

médecin, technologies de pointe – ne sont peut-être pas les plus appropriés et certainement pas les moins coûteux³¹. Que de tels services soient dispensés a plus à voir avec leur présence sur le marché et avec l'intérêt qu'ils représentent pour les fournisseurs qu'avec les décisions ou même les besoins des aîné-e-s.

Certes, il n'est pas facile de réaligner les services de santé sans accroître le montant total des dépenses – publiques et privées. Comme le fait observer le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, « ... un dollar dépensé en biens ou en services par une personne est un dollar de revenu pour une autre. Une nouvelle répartition des dépenses entraîne donc une nouvelle répartition des revenus³². » Il faut s'attendre à ce que ceux dont le revenu est menacé par les changements de distribution des dépenses de santé résistent à ces changements. De plus, les transitions exigent souvent un afflux d'argent. La mise en place d'une assurance-médicaments financée par l'État sur le modèle de ce qui est proposé ici constitue un bon exemple. Comme le fait remarquer le Forum national sur la santé, la création d'un tel programme nécessiterait un investissement dans les systèmes et technologies d'information et un transfert de dépenses des particuliers aux gouvernements. Peut-être les dépenses gouvernementales augmenteraient-elles (et aussi les impôts), mais les dépenses des particuliers et le coût total des soins diminueraient probablement³³. Les consommateurs, tout comme les gouvernements, doivent comprendre cela. L'important est de ne pas perdre de vue le **coût total** des soins et de faire en sorte que le dispositif de financement ne crée pas d'inégalité dans l'accès aux soins ou de déséquilibre dans la responsabilité des soins.

Le CCNTA recommande que :

- **En étendant la couverture des services de santé médicalement nécessaires fournis dans le cadre d'un système « à payeur unique », les gouvernements**

provinciaux et territoriaux considèrent les effets positifs du financement public dans le contrôle des coûts totaux des soins de santé et la réduction du fardeau financier disproportionné qui serait imposé aux aîné-e-s et à leurs aidants naturels par les coûts privés en soins de santé.

2. AFFECTATION DES FONDS NÉCESSAIRES AUX SERVICES COMMUNAUTAIRES

La frontière qui sépare les services de soins de santé des services sociaux liés à la santé n'est pas clairement définie, particulièrement dans le cas des aîné-e-s³⁴. La recherche sur les déterminants de la santé chez les aîné-e-s révèle que les habitudes d'hygiène personnelle et l'environnement socio-économique ont de profonds effets sur la santé et le bien-être de l'aîné-e³⁵. Un soutien social peut aider l'aîné-e à maintenir des attaches sociales, à bien s'alimenter, à composer avec le déclin des facultés physiques ou une maladie chronique, et à conserver l'estime de soi et un sentiment de maîtrise – autant d'éléments qui contribuent indirectement à prévenir et à prendre en charge la maladie et à maintenir l'autonomie.

Les aidants naturels – conjoints, autres proches ou amis – assurent déjà 80 % des soins dispensés aux aîné-e-s³⁶. Le CCNTA craint que, sans l'injection de ressources suffisantes dans les services de santé communautaires, le fardeau financier des aidants naturels (déboursés directs) et leur fardeau économique (pertes d'emplois, occasions d'emploi manquées) n'augmentent. Le Conseil craint également que l'équilibre entre les services en établissement et les services communautaires, et entre les services communautaires eux-mêmes, soit perturbé au point de ne plus permettre de répondre aux besoins des aîné-e-s³⁷ qui requièrent plus de soutien à domicile. Il pourrait en résulter une

augmentation du coût des établissements par suite de l'institutionnalisation d'aîné-e-s qui seraient autrement capables de rester chez eux³⁸.

*« Je suis vraiment inquiète de toutes ces coupures dont on entend parler. Le plus petit soutien est important pour moi ces temps-ci. Chaque heure de la journée est cruciale, et si l'un des trois programmes que j'utilise disparaît, je coule. Je me sens très vulnérable et très dépendante des systèmes en place. J'ai très peu de marge de manoeuvre. En fait, j'ai l'impression de faire juste ce qu'il faut pour ne pas tomber au fond du gouffre. »
(une aidante naturelle)*

*« Ce serait jeter l'argent de tout le monde par la fenêtre (si je devais la placer dès maintenant dans un foyer). Et ce serait mettre un terme à sa vie prématurément et inutilement. C'est la vie de quelqu'un qui est en jeu ici. Pour elle, chaque jour de plus à la maison est un jour de plus de vie normale³⁹. »
(un aidant naturel)*

Il y a plusieurs forces en jeu ici. En premier lieu, il y a le passage au financement global avec le TCSPS. Comme il a déjà été mentionné, de nombreux services communautaires de soins de santé, utilisés par les aîné-e-s mais non reconnus comme médicalement nécessaires, sont néanmoins couverts en partie par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. De plus, les gouvernements provinciaux offrent des services sociaux communautaires aux aîné-e-s qui en ont besoin. À l'époque du FPE et du RAPC, certaines mesures étaient prévues pour inciter les provinces à offrir ces services complémentaires. Le TCSPS ne contient pas de telles mesures incitatives. Désormais, les provinces reçoivent un montant de financement global, sans restrictions quant à la manière dont elles répartiront les fonds. Elles sont simplement tenues d'offrir les services de soins de santé jugés médicalement nécessaires, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*, et de s'abstenir d'imposer des conditions de résidence pour les services sociaux; à part ces exigences, elles sont libres de répartir les fonds de transfert comme elles

l'entendent entre les services de santé, l'enseignement et les services sociaux. Certains craignent que, dans ces conditions, les services sociaux soient servis en dernier⁴⁰.

Deuxièmement, les affectations de ressources aux services communautaires de soins de santé n'ont plus grand rapport avec la demande⁴¹. Bien que les provinces aient, à plusieurs reprises au cours de la dernière décennie, augmenté les ressources allouées aux soins à domicile⁴², ce secteur ne représente toujours qu'une fraction minime des services de santé. De 1975 à 1994, la part des dépenses nationales de santé consacrée aux hôpitaux a diminué de 7,7 points de pourcentage (en tombant de 44,9 % à 37,2 %), tandis que la part relative aux soins à domicile n'a augmenté que de 1,1 points de pourcentage (en passant de 0,3 % à 1,4 %); la part relative aux autres établissements (essentiellement les foyers de soins pour personnes âgées) a légèrement augmenté – de 0,6 point de pourcentage (en passant de 9,2 % à 9,8 %)⁴³. Dans *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis* (1995), le Conseil énumère quelques conséquences de l'insuffisance des ressources affectées aux services communautaires : médiocrité des soins post-hospitalisation, surcharge de travail pour les aidants naturels, et risque accru d'institutionnalisation⁴⁴. Pour reprendre les mots de la gérontologue Neena Chappell, citée dans l'ouvrage du CCNTA : « Si les soins médicaux subissent des compressions sans qu'on ajoute aux services communautaires, les aîné-e-s n'obtiennent pas un nouveau système de santé, mais plutôt un vieux système moins approprié⁴⁵. »

Troisièmement, les éléments mêmes qui sont à l'origine du déclin des soins en établissement créent une rivalité entre les services communautaires, qui se disputent les ressources disponibles. Il y a différents modèles de soins à domicile, chacun avec ses propres objectifs et ses propres fonctions⁴⁶ :

le modèle de **maintien et prévention**, qui vise les personnes vivant chez elles et atteintes de problèmes de santé ou de troubles fonctionnels, et qui a pour but de maintenir l'aptitude à vivre de façon autonome et de prévenir la dégradation et l'institutionnalisation;

le modèle de **substitution aux soins de longue durée**, qui répond aux besoins des personnes pour lesquelles l'institutionnalisation serait autrement nécessaire;

le modèle de **substitution aux soins aigus**, qui répond aux besoins des personnes pour lesquelles le séjour définitif, ou l'admission, dans un établissement de soins aigus serait autrement nécessaire.

La demande de services de substitution aux soins aigus ou de services de substitution aux soins de longue durée est à la hausse⁴⁷. D'une part, la réduction du séjour à l'hôpital et la nécessité d'assurer les soins de convalescence créent un besoin de services de substitution aux soins aigus. D'autre part, le fait que le nombre de lits d'hôpitaux pour soins de longue durée diminue alors que le nombre d'aîné-e-s augmente intensifie le besoin de services de substitution aux soins de longue durée. Dans la compétition pour les ressources, il existe un risque que les services communautaires de soins aigus passent en premier, et les services communautaires de maintien et de prévention en dernier. Il est plus intéressant de fournir des services de substitution aux soins aigus – réponse à un besoin urgent, services quantifiables et contrôlés, et chances accrues de profit (si les services sont fournis dans un but lucratif⁴⁸) – que des services aussi communs que l'aide ménagère, l'assistance-achats, les activités récréatives ou le réconfort moral.

Ces faits ne font que souligner la nécessité d'une planification globale et participative des services de santé et des services sociaux, services communautaires

compris, à partir des besoins régionaux. À cet égard, *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis* (1995) présente plusieurs recommandations encore valables aujourd'hui. En effet, les principes sur lesquels reposent ces recommandations – définition englobante de la nécessité médicale, maintien de l'assurance publique universelle pour les services en question, point d'accès unique pour l'ensemble des services, distribution des ressources à l'échelon régional en fonction des besoins généraux, et participation des utilisateurs de services à la détermination des besoins et à l'attribution des ressources – trouvent un écho dans les conclusions récentes du Forum national sur la santé⁴⁹.

Le CCNTA recommande à nouveau que :

- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de santé.**
- **Les provinces et les territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions, établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux ou territoriaux et s'assurent de leur application.**
- **Le modèle de soins par guichet unique permettant d'accéder à tous les services soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.**
- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.**

- **Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification en matière de soins de santé à titre de partenaire égal.**
- **Le gouvernement fédéral établit des normes nationales régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le financement des provinces et des territoires au respect de ces normes.**

3. IMPACT DU PAIEMENT PRIVÉ DES SOINS DE SANTÉ – SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements provinciaux et territoriaux ne doivent pas permettre que le paiement public des services médicalement nécessaires se double d'un paiement privé, sous quelque forme que ce soit – frais d'utilisateur, surfacturation ou autre. Cette politique doit être maintenue lorsque la définition de la nécessité médicale sera élargie de manière à s'appliquer également à des services comme les soins à domicile et les médicaments. À l'heure actuelle, toutefois, un paiement privé additionnel est exigé pour divers services de soins de santé déjà financés par l'État et représentant une nécessité vitale pour les aîné-e-s; certains de ces services sont même entièrement « désassurés » (ils ne sont plus couverts par le régime public d'assurance-maladie et doivent être payés directement par le client ou par l'assurance privée).

3.1 Paiement privé des séjours en établissement de soins de longue durée ou à l'hôpital

La majorité des personnes qui résident dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée au Canada sont des aîné-e-s. En 1991, 8,1 % des 65 ans et plus vivaient en établissement, la plupart dans un foyer de soins spéciaux; les aîné-e-s comptaient pour 58 % de toutes les personnes institutionnalisées au Canada⁵⁰. Le taux d'institutionnalisation des aîné-e-s croît avec l'âge. En 1991, il était de 2,7 % chez les 65 à 74 ans, de 10,4 % chez les 75 à 84 ans et de 36,6 % chez les 85 ans et plus. Le taux est particulièrement élevé chez les femmes de 85 ans et plus – 41 % en 1991 –, qui sont dans l'ensemble plus susceptibles que les hommes de leur groupe d'âges de vivre en établissement⁵¹.

Les frais de séjour en établissement de soins de longue durée sont fixés par des barèmes provinciaux ou territoriaux. Il n'existe actuellement aucune uniformité entre les provinces pour ce qui est des tarifs ou de leur détermination. Dans certaines juridictions, les tarifs sont déterminés suivant le revenu du client, alors que dans d'autres chaque client paie un tarif fixe; dans certaines provinces, les biens sont inclus dans le calcul du revenu total⁵². Des données recueillies en Alberta révèlent que les frais de séjour en établissement sont un obstacle financier pour de nombreux aîné-e-s. Il a été démontré que dans cette province, où ces frais sont normalisés, les aîné-e-s à faible revenu risquent de se heurter à des difficultés financières s'ils résident, ou si leur conjoint réside, dans un établissement de soins de longue durée, ou s'ils doivent passer quelque temps dans un tel établissement⁵³.

Les personnes qui séjournent à l'hôpital pour de longues périodes dans l'attente de leur congé peuvent se voir exiger des frais de séjour pour la période d'attente. Cette pratique pénalise la personne pour des circonstances hors de son contrôle, par exemple, le manque de planification adéquate des congés de l'hôpital ou le manque de lits dans les établissements de soins de longue durée.

Le CCNTA recommande que :

- **Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé surveillent et évaluent les tendances en ce qui concerne l'imposition directe au client de frais de séjour en établissement de soins de longue durée ou en hôpital.**
- **Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé établissent un barème de frais de séjour, en établissement de soins de longue durée ou à l'hôpital, qui assure tout le monde d'un accès équitable et d'un coût raisonnable et ne**

pénalise pas les clients pour les lacunes du système de soins, par exemple, la mauvaise planification des congés de l'hôpital ou le manque de places en établissement de soins de longue durée.

3.2 Désassurance des services médicaux

Pour réduire la part publique des dépenses de santé, les provinces et territoires ont commencé à désassurer les services médicaux non mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Un certain nombre, par exemple, ont désassuré complètement ou en partie l'examen courant de la vue (à l'exception des services aux enfants et aux aîné-e-s), la podologie et la physiothérapie. Les études révèlent que la désassurance a augmenté les coûts totaux des soins de santé, bien qu'elle ait diminué les coûts publics. Selon une étude d'échantillon de commodité effectuée par la filiale albertaine de l'Association des consommateurs du Canada, depuis que le ministère albertain de la Santé a désassuré l'examen courant de la vue, le prix moyen de l'examen a augmenté d'environ 30 %⁵⁴. De même, la désassurance introduit un élément d'injustice dans les soins de santé, puisque les services désassurés sont désormais proportionnellement plus chers pour les personnes à faible revenu que pour les personnes à revenu élevé.

Lorsqu'une province désassure un service médical, les autres provinces ont tendance à l'imiter. Ce phénomène, qui vient renforcer l'absence d'une surveillance adéquate des effets de la désassurance, peut susciter l'apparition de politiques qui ne tiennent pas compte du coût réel de la désassurance ni de ses effets possibles. Il serait de beaucoup préférable que ce genre de décision soit prise conjointement par les provinces, à partir de critères et de données qui prennent en compte l'impact de la désassurance sur la santé, la qualité de vie, les risques de maladie, l'équité des soins, l'accès aux soins et le coût total des soins de santé. Le fait que les provinces ne puissent s'entendre à ce sujet

confirme probablement ce que pensent un grand nombre : que le seul moyen efficace dont dispose le gouvernement fédéral pour maintenir les normes nationales en matière de soins de santé est le levier qu'il peut exercer au moyen des paiements de transfert du TCSPS⁵⁵.

Le CCNTA recommande que :

- **Les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé collaborent ensemble à définir les critères préalables à toute désassurance de service de santé, et surveillent l'impact de telles décisions. Les critères devront prendre en compte les effets de la désassurance sur la santé, sur la qualité de vie, sur les risques de maladie, sur l'équité des soins de santé, sur l'accès aux soins de santé et sur le coût total (public et privé) des soins de santé.**

4. ASSURANCE DE LA QUALITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES ET INSTITUTIONNELS, ET DE LA REDDITION DES COMPTES À LEUR SUJET

Présentement, il y a un mélange de soins de santé publics, privés à but lucratif et à but non lucratif aux niveaux communautaire et institutionnel. Étant donné que ces services se font de plus en plus concurrence pour les fonds gouvernementaux, le CCNTA craint que les pressions exercées sur les coûts jouent en la défaveur de la qualité des soins.

Les programmes de soins à domicile coordonnés qui sont financés par l'État représentent plus de 90 % des services de soins à domicile dispensés au Canada. La plupart de ces programmes – 381 sur plus de 400 – sont affiliés à des organismes communautaires, et la grande majorité sont administrés par des organismes de santé gouvernementaux et des conseils de santé communautaires élus localement.

Généralement, ces organismes sont responsables de la coordination, des adjudications de contrats et de la surveillance des services. Dans toutes les provinces sauf deux, le personnel des programmes fournit la plupart des services professionnels, comme les soins infirmiers et les services de réadaptation, et les organismes externes liés par contrat, la plupart des services de soutien à domicile et des services auxiliaires – aide ménagère, aide à la préparation des repas, livraison de repas à domicile, médicaments, pansements, fournitures et matériel, et autres⁵⁶.

Le fait que certains services communautaires soient fournis par des organismes privés à but lucratif préoccupe le CCNTA. Une étude sur la privatisation des services publics aux États-Unis sous l'administration Reagan a révélé que les organismes à but lucratif étaient plus efficaces dans la fourniture de services routiniers, mesurables et faciles à surveiller, comme la cueillette des ordures ménagères ou le traitement des données, et que les organismes sans but lucratif étaient plus efficaces dans la fourniture de services sociaux plus complexes, comme les soins infirmiers à domicile⁵⁷. S'il y a peu d'études comparatives sur les services de soins à domicile à but lucratif et sans but lucratif, une étude américaine a permis de constater que les fournisseurs sans but lucratif de soins infirmiers à domicile servent davantage les assistés sociaux, les indigents et les personnes non protégées par un régime d'assurance, et effectuent deux fois plus de visites par client, que les fournisseurs à but lucratif⁵⁸.

Le public semble accepter le phénomène de la prestation privée des services de soins à domicile, dans la mesure où le gouvernement conserve un rôle dans la gestion des cas et le contrôle de la qualité⁵⁹. Le CCNTA attire l'attention sur plusieurs aspects de la responsabilité du gouvernement à cet égard :

- réglementation, gestion, normes et évaluation;

- conditions de travail, surveillance du personnel et formation du personnel.

4.1 Réglementation, gestion, normes et évaluation

À l'heure où les services de santé sortent des hôpitaux et des autres établissements pour être pris en charge à l'échelon communautaire, par les fournisseurs les plus divers – publics, sans but lucratif ou à but lucratif –, il est important que les gouvernements provinciaux et territoriaux assurent la réglementation et la coordination de l'ensemble des soins de santé. Comme éléments essentiels à l'établissement de mécanismes et systèmes de prestation de soins efficaces et efficients, la plupart des provinces ont mis en place un système coordonné d'évaluation et de placement, des programmes coordonnés de gestion des cas, un dispositif central d'administration des soins et des systèmes uniformes de classification du niveau des soins⁶⁰. Par ailleurs, les gouvernements continuent à jouer un rôle dans le processus compétitif d'adjudication des contrats de soins à domicile, afin d'assurer l'obtention de certains résultats réclamés par le public et le maintien de la qualité des soins⁶¹. Le secteur public doit continuer à jouer un rôle dans la réglementation et la gestion des soins à domicile si l'on veut assurer des services rentables et de haute qualité.

Des progrès sont réalisés, également, du côté des normes et de l'agrément des services communautaires de soins à domicile. Il existe aujourd'hui un programme de normes et d'agrément pour les organismes de soins et de services à domicile, de même qu'un programme pour les centres de santé communautaire. Des normes ont aussi été rédigées pour les services de santé mentale et les services de réadaptation; on peut s'en procurer copie auprès du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Toutefois, il n'existe pas de normes de soins à domicile dans toutes les provinces et tous les territoires, et il faut des systèmes pour réunir l'information nécessaire à la surveillance de l'application des normes⁶².

Le résultat des interventions est souvent plus difficile à mesurer et à évaluer dans le cas des soins à domicile que dans celui des autres types de service de santé. Les aîné-e-s peuvent avoir des besoins complexes, nécessitant toute une gamme de services – soins médicaux, soins personnels, aide fonctionnelle et réconfort moral. Il est possible que l'objectif soit moins de rétablir entièrement la santé que d'améliorer la qualité de vie. Dans de tels cas, pour évaluer la qualité des soins, il faut tenir compte du point de vue du client.

Récemment, le CCNTA a procédé à une consultation informelle auprès des aîné-e-s et de leurs aidants naturels pour savoir ce qu'ils attendaient des soins de santé, formels ou informels⁶³. Selon le rapport de consultation, les aîné-e-s attendent un service efficace, suffisant (qui n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire), accessible, prévisible, souple, abordable et dispensé au bon moment. Ils attendent de la personne qui les soigne qu'elle communique clairement et honnêtement, qu'elle soit attentive et prévoyante, qu'elle inspire confiance et qu'elle soit prête à en faire un peu plus que ce qu'on lui demande.

Le rapport de consultation recommande d'encourager les chercheurs à faire participer régulièrement les aîné-e-s et ceux qui les soignent à la planification et à la réalisation des travaux de recherche qui les concernent⁶⁴. Cette recommandation s'applique particulièrement bien à l'évaluation des services communautaires, qui, en plus de mesurer l'amélioration de l'état de santé, devrait mesurer des résultats moins tangibles, comme l'impact des services sur la qualité de vie des aîné-e-s et des aidants naturels et la qualité des rapports entre les aîné-e-s et les prestataires de soins⁶⁵. La recherche sur la qualité des soins a eu tendance jusqu'ici à s'intéresser aux résultats plutôt qu'au processus. On entend par processus la manière dont les soins sont dispensés, y compris la relation de l'aidant ou du prestataire de soins avec le client, et sa compétence dans l'exécution des

tâches à remplir⁶⁶. Les études révèlent que, pour l'aîné-e qui reçoit des soins à domicile, la compétence de l'aidant ou du prestataire de soins, sa compatibilité avec l'aîné-e, et la continuité des soins sont importantes⁶⁷. Les services communautaires devraient être évalués quant à la manière dont ils répondent à ces besoins déclarés des aîné-e-s, de même qu'aux besoins perçus par les aidants naturels.

Le CCNTA recommande que :

- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux jouent un rôle majeur dans la réglementation publique des services de soins à domicile, la gestion des processus compétitifs d'adjudication des contrats de soins à domicile et les processus de surveillance et de reddition des comptes, afin d'assurer la qualité des soins, un accès équitable aux soins et la promptitude du service.**
- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des normes de soins à domicile et évaluent les services en faisant participer les aîné-e-s, les aidants naturels, les prestataires de soins professionnels et les administrateurs d'organismes, afin que l'on considère aussi bien l'incidence sur la qualité de vie que l'incidence sur l'état de santé.**

4.2 Conditions de travail, supervision du personnel et formation du personnel

L'évaluation des organismes de soins à domicile doit prendre en compte non seulement les besoins des clients mais aussi les exigences à l'égard de ceux qui fournissent des soins directs. En général, les intervenants de soins à domicile sont mal payés, travaillent de longues heures et ne touchent que très peu de bénéfices marginaux⁶⁸. La plupart d'entre eux sont des femmes. Ils travaillent dans l'isolement, avec un minimum de supervision,

d'appui et de formation⁶⁹. Enfin, ils ont affaire aux clients les plus divers, depuis ceux dont la vie dépend de ressources technologiques jusqu'à ceux qui requièrent des soins aigus et ont été congédiés prématurément de l'hôpital, en passant par les personnes handicapées, de santé fragile ou très âgées.

En 1995, l'Association canadienne de soins et services communautaires a rencontré 155 intervenants et 50 gestionnaires ou superviseurs de soins à domicile, provenant de 35 agences à travers le Canada, pour évaluer leurs besoins. L'un des principaux sujets de discussion avec les intervenants a été le stress occasionné par le travail. Le degré de stress varie selon que certains systèmes et politiques sont ou non en place, peu importe que l'organisme poursuive ou non un but lucratif, qu'il soit de petite ou de grande envergure, qu'il travaille en milieu urbain ou rural, et que son personnel soit ou non syndiqué. Manque de supervision et de formation, absence de dispositions ou d'appui en cas de deuil d'un client, médiocrité des salaires et des bénéfices marginaux, manque de reconnaissance de la part des autres membres de l'équipe d'intervention, exclusion du processus de gestion des cas, nécessité d'exécuter des tâches complexes sur le plan technologique, risques pour la sécurité personnelle – tous ces éléments contribuent au stress des intervenants⁷⁰. Les directeurs, quant à eux, ont parlé des efforts qu'ils déployaient pour rémunérer correctement les intervenants, planifier les horaires et conseiller les intervenants sur les limites que comportent leur relation avec le client, et ils se sont dits préoccupés par l'épuisement physique et psychologique qui guette les intervenants⁷¹.

L'étude fait ressortir la nécessité d'une bonne supervision, d'un soutien solide, d'une formation adéquate, d'un horaire réaliste et d'un salaire équitable pour les paraprofessionnels des soins à domicile. Jusqu'ici, la recherche s'est peu intéressée aux effets de la privatisation sur les conditions de travail de ces derniers, telles qu'elles

viennent d'être évoquées. Aux États-Unis, toutefois, un examen de l'état financier des fournisseurs de soins à domicile à but lucratif a révélé que les fournisseurs de soins non spécialisés réalisaient moins de profits et subissaient de plus grandes pressions financières que les fournisseurs de soins médicaux normalisés ou de haute technicité⁷². Le roulement intense de personnel et la médiocrité des salaires, caractéristiques de ce type de service, compromettent la qualité, la fiabilité et la disponibilité des soins dispensés :

« Comme l'a déclaré l'un des fournisseurs, les intervenants de soins à domicile, mal payés, 'subventionnent' les soins. Les difficultés financières des fournisseurs interdisent une amélioration des conditions de travail des intervenants, ce qui entraîne une diminution de la qualité du service dispensé aux aîné-e-s⁷³. »

[traduction libre]

Cet état de chose force pour le moins à conclure que toute évaluation de prestation de soins à domicile doit mesurer l'impact des barèmes d'honoraires provinciaux, des salaires et bénéfices marginaux, et enfin de la supervision et de la formation du personnel sur les conditions de travail des intervenants et, indirectement, sur la qualité des soins dispensés.

Le CCNTA recommande que :

- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des indicateurs portant sur les affectations proportionnelles de ressources au service au client, à la rémunération du personnel, à l'habilitation du personnel, et enfin à la formation et au soutien du personnel, en vue d'évaluer la qualité des soins et d'adjuger les contrats de soins à domicile.**

- **Les gouvernements provinciaux et territoriaux injectent suffisamment de ressources dans les soins à domicile pour assurer une rémunération et une formation adéquates des intervenants rémunérés, et pour éviter que le fardeau des soins à domicile ne pèse sur les intervenants mal rémunérés ou sur les aidants naturels, qui sont pour la plupart des femmes.**

Bien que le Conseil n'ait pas été en mesure de documenter de manière aussi complète les tendances vers la privatisation dans les établissements de soins de longue durée, les données indiquent que des problèmes similaires reliés à la qualité des soins dérivant de la privatisation font surface. Dans ce contexte, le CCNTA croit donc que toutes les recommandations proposées pour assurer la qualité des soins à domicile sont applicables au domaine des soins en institution.

CONCLUSION

Les changements qui sont en train de modifier la réalité des soins de santé doivent s'accompagner de changements dans les modalités de financement, de distribution et de prestation des services. Compte tenu de toutes les dimensions du débat sur la privatisation des soins de santé, le CCNTA estime qu'il est possible d'opérer ces changements sans accroître le coût total (public et privé) des soins de santé, sans violer l'intégralité et l'universalité des services médicalement nécessaires, sans menacer les services dont les aîné-e-s ont besoin pour rester en santé et continuer à vivre chez eux (particulièrement les soins à domicile), et sans augmenter le fardeau financier des aîné-e-s à faible revenu par rapport à celui des aîné-e-s à revenu élevé. Les recommandations du présent document proposent des mesures précises aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, alors qu'ils procèdent à la réforme du système canadien de soins de santé, pour maintenir un ratio public/privé susceptible de promouvoir, et non d'entraver, l'accès universel aux soins en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer.

NOTES

- 1) Le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, du Forum national sur la santé dont l'établissement découle en partie « du constat que la part du financement privé des soins de santé s'accroît subrepticement et donc, sans que ce soit explicitement voulu, que le droit à l'accès universel aux soins de santé en fonction du besoin est remis en cause dans l'ensemble du pays » note que « le débat sur la privatisation repose principalement sur le rejet émotif et catégorique du système de santé américain », même si « le Canada est très loin du niveau de financement privé qui caractérise ce système ».

Lewis, S. et al., Rapport de synthèse du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre. Dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. II : *Rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa : Forum national sur la santé, 1996. pp. 3, 38-39.

- 2) Forum national sur la santé. *Le financement public et privé du système de santé du Canada : Document de discussion*. Ottawa : 1995.
- 3) Wilkins, K. et E. Park. Chronic conditions, physical limitations and dependency among seniors living in the community. *Health Reports*, Winter, 1996, Vol. 8, No. 3.
- 4) « Il existe une forte association entre la probabilité de souffrir de limitation fonctionnelle à divers degrés et une situation économique défavorable. Il y a également des associations entre, d'une part, une plus grande vraisemblance d'être en mauvaise santé et, d'autre part, la proportion des personnes ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu ou ayant peu de scolarité... L'accroissement continu de la concentration des femmes âgées qui vivent seules constitue un facteur particulièrement important dans cette analyse... cette concentration de femmes vivant seules est significative car, même si le degré d'autonomie fonctionnelle de ce groupe est relativement plus élevé, ces femmes font beaucoup plus appel aux organismes de soutien officiels. »

Moore, E. G., Rosenberg, M. W. et D. McGuinness. *Vieillir au Canada : les aspects démographique et géographique du vieillissement*. Ottawa : Statistique Canada, 1997. p. 179.

- 5) Renaud, M. et al., Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les déterminants de la santé. Dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. II : *Rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa : Forum national sur la santé, 1996, p. 3.
- 6) Lindsay, C. *Un portrait des aînés au Canada*. 2^e éd. Ottawa : Statistique Canada, 1997, pp. 66-67, 82.
- 7) Lindsay, C., *op. cit.*, p. 109.
- 8) Lindsay, C., *op. cit.*, pp. 109-110.

- 9) Gallagher, E. M. Seniors & Caregivers' Values Pertaining to Health Care: An Informal NACA Consultation. A Report Prepared for the National Advisory Council on Aging and the Division of Aging and Seniors, Health Canada. February, 1997.
- 10) Nahmiash, D. An Updated Review of the Literature and Documentation on Private Home Care Services in Canada. Report to the Division of Aging and Seniors, Health Canada, 1996.
- 11) Au cours de la dernière décennie, le pourcentage de contribution fédérale aux dépenses provinciales de santé n'a cessé de décliner : de 33 % en 1984, il était tombé à 21 % en 1995. Cette tendance s'est accélérée avec le TCSPS.

Maslove, A. M. The Canada Health And Social Transfer: Forcing Issues. In G. Swimmer, ed., *How Ottawa Spends 1996-97: Life Under the Knife*. Ottawa: Carleton University Press, 1996: pp. 283-301.
- 12) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : *Rapport final du Forum national sur la santé*, Ottawa : 1996, p. 12.
- 13) Deber, R. et al., The Public-Private Mix in Health Care: Report to the National Health Forum. Toronto: Department of Health Administration, University of Toronto, 1996: pp. 2-12-13.
- 14) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : *Rapport final du Forum national sur la santé*, p. 12.
- 15) Forum national sur la santé. *Le financement public et privé du système de santé du Canada*, pp. 7-8.
- 16) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 16.
- 17) Lewis, S. et al., *op. cit.*, pp. 14-15.
- 18) Deber, R. et al., *op. cit.*, pp. 3-5.
- 19) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 40.
- 20) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : *Rapport final du Forum national sur la santé*, p. 22.
- 21) En 1994-1995, 3 % de la population canadienne (soit environ 641 000 personnes) a eu recours à des services de soins à domicile. Six pour cent (6 %) des 65 à 74 ans et 18 % des 75 ans et plus ont utilisé ce type de services, comparativement à 2 % (au plus) des moins de 65 ans. Les pourcentages d'utilisation déclarée de soins infirmiers et de services d'aide ménagère, par groupe d'âges, étaient respectivement les suivants : 91 % et 0 % chez les 18 à 19 ans; 72 % et 20 % chez les 20 à 24 ans; 59 % et 25 % chez les 25 à 44 ans; 49 % et 36 %

chez les 45 à 64 ans; 35 % et 61 % chez les 65 à 74 ans; 25 % et 62 % chez les 74 ans et plus.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*. Ottawa : Santé Canada, 1996, pp. 159-161.

- 22) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 14.
- 23) Deber, R. et al., *op. cit.*, p. 5-16.
- 24) Gallagher, E. M., *op. cit.*, pp. 30-31.
- 25) Alberta Community Development. *Review of Cumulative Impact of Program and Service Changes on Seniors*. November, 1996.
- 26) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 41.
- 27) Women Bear Brunt of Elder-Care Woes. *The Globe and Mail*. Thursday, March 27, 1997: pp. A1, A7.
- 28) Evans, R. G. Hang Together, or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in an Aging Society. *Canadian Public Policy - Analyse de politiques*, 13, 2 (1987): pp. 165-180.
- 29) Sorochan, M. W., Home Care in Canada, *Caring*, 1 (1995): p. 16.
- 30) Stoddart, G. L. et al. *Why Not User Charges? The Real Issues*. Toronto: The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, 1993.
- 31) Evans, R. G., *op. cit.* Voir aussi *Position du CCNTA sur les technologies de la santé et le vieillissement*. Ottawa : 1995, p. 19.

[Voir aussi E. Leibovich et al., Les dépenses de santé et le vieillissement de la population au Canada. *Documents commandés par le Forum national sur la santé*. Ottawa : 1997.]
- 32) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 11.
- 33) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : *Rapport final du Forum national sur la santé*, pp. 23-24.
- 34) « Si la société a réellement à coeur la promotion du bien-être et la santé de la population, c'est dans l'ensemble de l'économie qu'il faut repenser l'affectation des ressources et pas seulement dans le secteur de la santé ... les frontières entre le secteur de la santé et les autres secteurs ne sont pas clairement établies, tout particulièrement dans le cas de la prévention de la maladie, de la promotion de la santé, de la prestation de services aux personnes âgées, aux personnes âgées fragilisées et aux malades chroniques. »

S. Lewis et al., *op. cit.*, p. 10.

- 35) Chappell, N. L. Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées. Dans *La santé et ses déterminants : sommaires des documents-synthèse rédigés pour le Forum national sur la santé*. Ottawa : Forum national sur la santé, 1996.
- 36) Canada. Les aîné(e)s. *Vieillesse et autonomie : aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1991.
- 37) « Les services communautaires sont l'ensemble des services offerts au sein d'une collectivité dans le but d'aider des personnes à conserver ou retrouver le maximum d'autonomie et d'indépendance en veillant à leur bien-être physique, mental ou social. Ces services comprennent, entre autres, les services d'information et de référence, les services de coordination, les services des divers professionnels de la santé, ainsi qu'une gamme de services de soutien (soutien personnel ou social, services de logement, promotion de la santé, services de répit et transport). »

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis*. Ottawa : 1995, p. 9.

- 38) La recherche révèle que l'existence de services professionnels communautaires ne réduit pas, et parfois même augmente, la quantité de soins dispensés par les proches et les amis, alors que l'absence de services professionnels communautaires peut réduire la quantité de soins dispensés par ces derniers, voire, lorsqu'il y a beaucoup de soins à fournir, les éliminer entièrement.

Des travaux de recherche canadiens permettent aussi de constater que les soins communautaires se substituent aux soins de longue durée en établissement, que les soins de longue durée en établissement et les soins de jour pour adultes se substituent aux soins en hôpital (particulièrement chez les 75 ans et plus), que les soins communautaires coûtent en moyenne dix fois moins cher que les soins de longue durée en établissement, et que les soins de longue durée en établissement sont moins coûteux que les soins en hôpital.

Shapiro, E. Community and Long-Term Health Care in Canada. In Blomqvist, Å. and D. M. Brown, eds. *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*. Toronto: C. D. Howe Institute, 1994: pp. 341-343, 345-346. Voir aussi la réponse de E. Shapiro à W. G. Weissert : Cost-effectiveness of Home Care. In Deber, R. B., and G. G. Thompson, eds. *Restructuring Canada's Health Services System: How Do We Get There From Here?* Toronto: University of Toronto Press, 1992: pp. 89-108.

- 39) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 51.
- 40) Maslove, A. M., *op. cit.*, pp. 290-291.

- 41) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *op. cit.*, pp. 14-15. Sorochan, M. W. *op. cit.*, p. 19.
- 42) Les dépenses provinciales pour les services de soins à domicile ont considérablement augmenté au cours des dix dernières années. De 1984-1985 à 1995-1996, le budget des soins à domicile s'est accru de 669 % en Ontario en passant de 104 millions de dollars à 800 millions, et de 249 % en Saskatchewan, où il est passé de 17,4 millions à 60,4 millions. En Nouvelle-Écosse, de 1988-1989 à 1995-1996, les dépenses sont passées de 8 millions à 44 millions, soit une augmentation de 415 %.
- Nahmiash, D., *op. cit.*, p. 17.
- 43) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 14.
- 44) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *op. cit.*, p. 16.
- 45) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *op. cit.*, p. 15.
- 46) Santé et Bien-être social Canada. *Rapport sur les soins à domicile*. Ottawa : Approvisionnement et Services Canada, 1990.
- 47) Shapiro, E. Community and Long-Term Health Care in Canada, pp. 348-349.
- 48) Kane, N. M. The Home Care Crisis of the Nineties. *The Gerontologist*, 29, 1 (1989): pp. 24-31.
- 49) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : *Rapport final du Forum national sur la santé*, p. 23.
- 50) Lindsay, C., *op. cit.*, pp. 28-29, 35.
- 51) Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vivre en établissement, et l'écart se creuse avec l'âge : les pourcentages sont respectivement de 2,8 % et de 2,6 % chez les 65 à 74 ans, de 12,1 % et de 7,9 % chez les 75 à 84 ans, de 40,9 % et de 26,8 % chez les 85 ans et plus.
- Lindsay, C., *op. cit.*, p. 35.
- 52) La Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick considèrent toutes les sources de revenu, y compris tous les biens liquides et tangibles, à l'exception de la résidence principale, dans l'évaluation des frais de séjour en établissement. Au Québec, la valeur des résidences principales est exempte jusqu'à concurrence de 40 000 \$. À Terre-Neuve, le calcul tient compte des biens liquides et des revenus d'investissements, mais non les biens fixes ou tangibles. L'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique déterminent les frais sur la base du revenu net après impôt. L'Alberta, le Yukon

et les Territoires du Nord-Ouest ont établi des taux fixes pour tous les résidants, indépendamment du revenu. En Alberta, les frais de séjour sont établis aux montants combinés de la Pension de vieillesse (PV), le Supplément de revenu garanti (SRG) et le supplément provincial. Au Yukon, le tarif est inférieur au revenu combiné de PV et du SRG. Dans les Territoires du Nord-Ouest, la moyenne des trois plus bas taux au Canada détermine le tarif fixé.

- 53) Alberta Community Development, *op. cit.*
- 54) L'Association des consommateurs du Canada (Alberta) a enquêté auprès d'un échantillon de 72 cliniques d'optométrie et de 22 cliniques d'ophtalmologie entre le 8 et le 12 mai 1995. Avant décembre 1994, Santé Alberta remboursait les optométristes et les ophtalmologistes à raison de 35,94 \$ pour chaque examen courant. Après cette date, les soins sont devenus privés et les prix ont grimpé en moyenne de 10,76 \$ (29,94 %) dans le cas des 74 optométristes de la province et de 11,20 \$ (31,16 %) dans le cas des 22 ophtalmologistes. Le temps d'attente était bref de quelques heures à une journée, rarement une semaine. Il est à noter que les prix ont également augmenté en Saskatchewan depuis que les services ont été désassurés.

Deber, R. et al., *op. cit.*, p. 5-11.

- 55) « Il n'y a pas vraiment de solution de rechange aux paiements de transfert fédéraux-provinciaux si l'on veut sincèrement préserver les principes nationaux qui régissent actuellement la prestation des soins de santé. L'évolution, au fil des ans, des conditions économiques, des priorités et des préférences politiques dans les différentes provinces entraînerait, et cela malgré les meilleures intentions, une interprétation minimaliste des exigences nationales contenues dans les accords inter-provinciaux. »

Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 30.

- 56) Sorochan, M. W., *op. cit.*, pp. 12, 14-15.
- 57) Bendick, M., Jr. Privatizing the Delivery of Social Welfare Services: An Ideal to be Taken Seriously. In Kamerman, S. B. and A. J. Kahn, eds. *Privatization and the Welfare State*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1989: pp. 97-120.
- 58) Shuster, G. F., III, and P. A. Cloonan. Home Health Nursing Care: A Comparison of Not-for-Profit and For-Profit Agencies. *Home Health Care Services Quarterly*, 12, 1 (1991): pp. 23-36.
- 59) Larsen, L. Home Care in Canada: New Challenges and Emerging Opportunities. The Annual Home Care Management Conference, New York State Association of Health Care Providers. 1996. Cité dans D. Nahmiash, *op. cit.*, p. 16.
- 60) Nahmiash, D., *op. cit.*, p. 18.

- 61) Nahmiash, D., *op. cit.*, pp. 13-14.
- 62) Nahmiash, D., *op. cit.*, p. 30.
- 63) Gallagher, E. M., *op. cit.*
- 64) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 58.
- 65) D. Nahmiash, *op. cit.*, p. 33.
- 66) Eustis, N. N. et L. R. Fischer. Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care. *The Gerontologist*, 31 (1991), pp. 447-456: p. 447.
- 67) Penning, M. J. et N. L. Chappell, *Home Support Services in the Capital Regional District: Client Survey. Final Report*. Victoria: University of Victoria Centre on Aging, 1996: pp. 4-5, 43.
- 68) Kane, N. M., *op. cit.*, décrit la situation aux États-Unis. Au Canada, dans quelques provinces, les intervenants de soins à domicile se sont syndiqués et ont réussi à obtenir une augmentation de salaire, des heures régulières de travail et des bénéfices marginaux. Voir E. Shapiro, *Community and Long-Term Health Care in Canada*, pp. 347-348.
- 69) HomeSupport Canada. Literature Review on the Role of Health Promotion and the Home Care/Support Worker. In Canadian Association for Community Care, *Health Promotion and the Home Support Worker*. Ottawa: 1995.
- 70) Canadian Association for Community Care, *op. cit.*, pp. 10-15.
- 71) Canadian Association for Community Care, *op. cit.*, pp. 19-20.
- 72) Kane, N. M., *op. cit.*
- 73) Kane, N. M., *op. cit.*, p. 30.

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

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s, février 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle : soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada : maintenir la qualité de la vie, janvier 1993.
14. La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement, février 1993.
15. La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes âgées, septembre 1993.
16. La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis, février 1995.
17. La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé : le point de vue des aîné-e-s, février 1995.
18. La position du CCNTA sur les technologies de la santé et le vieillissement, mai 1995.
19. La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé, octobre 1997.