

CONSEIL DES ÂNÉS

MÉMOIRE SUR
LE FINANCEMENT DU SYSTÈME ET
L'ORGANISATION DES SERVICES

PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

SEPTEMBRE 2000

Le comité de travail est composé de membres du Conseil:

Mmes Thérèse Darche
Yolande Richer
MM Hubert de Ravinel
Philippe Lapointe
Richard Sarrasin

Recherche et rédaction

Daniel Gagnon

Collaboration

Annie Michaud

Travaux de secrétariat

Murielle Miller

Note: Le générique masculin est utilisé
dans le seul but d'alléger le texte

Conseil des aînés
20, rue Pierre-Olivier-Chauveau
Aile Cook, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 4J3

Téléphone: (418) 691-2006
Télécopieur: (418) 643-1916
Site Internet: www.conseil-des-aines.qc.ca
Courriel: aines@conseil-des-aines.qc.ca

AVANT-PROPOS

Le Conseil des aînés est un organisme consultatif représentant tous les aînés du Québec. Il est la seule instance gouvernementale majoritairement composée d'aînés, qui possède une vue d'ensemble de leur situation et qui peut conseiller le gouvernement sur toutes les questions qui les concernent. Le Conseil des aînés assure donc la communication entre les aînés et le gouvernement, en présentant les revendications des aînés, en agissant de façon proactive sur l'intégration des politiques actuelles et sur la définition de nouvelles approches mieux adaptées à une population vieillissante.

INTRODUCTION

La santé et les services sociaux préoccupent et inquiètent la population et ce, de façon plus aiguë depuis les cinquante dernières années. L'étatisation de ce secteur important de l'activité économique du Québec à la fin des années soixante et au début des années 70, ainsi que les sommes qui y sont consacrées, soit presque le tiers du budget de la province en démontrent l'importance. La population est préoccupée, même obnubilée, par tout ce qui touche la santé, et ses attentes sont par conséquent démesurées. En ce début de troisième millénaire, les gens ne veulent plus souffrir un tant soit peu et ne veulent surtout pas mourir. Tant et si bien que, pour un rien, plusieurs se précipitent au bureau du médecin ou à l'urgence. Pour un grand nombre, la douleur et la maladie ne font plus partie de la vie et on les nie haut et fort. C'est comme si l'humain devait vivre éternellement jeune, beau et en santé.

Les aînés n'échappent pas à cette vision idyllique de la vie, même si plusieurs ont dû passer au travers d'épreuves et de maladies multiples au cours de leur vie et bien qu'ils aient vu plusieurs de leurs êtres chers atteints de maladies et mourir. Ils nous l'ont d'ailleurs fait savoir à maintes occasions, lorsque le Conseil des aînés les a rencontrés, lors de la tournée provinciale qu'il a effectuée avec le Bureau québécois de l'Année internationale des personnes âgées, dans le cadre de ses activités. Ce

sont d'ailleurs les éléments touchant la santé et les services sociaux qui se sont avérés être les principales préoccupations des aînés et ce, loin devant le revenu, le logement, les transports, etc.

Cet état de chose rend donc la population, et plus particulièrement les aînés, très vulnérable à tout changement ou à toute diminution de budget, et par conséquent de services, dans ce secteur important d'activité.

La méconnaissance du fonctionnement et des dysfonctionnements du corps humain, de même que du traitement de ces dysfonctionnements, les limites des interventions et les coûts rattachés à ces interventions ajoutent à la vulnérabilité de la population devant les sacro-saints professionnels de la santé; d'où la quasi-idolâtrie dont jouissent les médecins dans notre société par la population en général et par les aînés tout particulièrement. Toute opinion concernant la santé ne venant pas des médecins est mise en doute, même si elle concerne d'autres spécialités du système socio-sanitaire tels la nutrition, les problèmes musculo-squelettiques, le stress, etc. Par conséquent, tout commentaire ou toute mise en garde transmise par le corps médical en ce qui concerne la santé, les services sociaux ou encore le fonctionnement du réseau de services, qu'il soit fondé ou non, passe généralement comme une lettre à la poste, alors que s'il était analysé de plus près, on découvrirait qu'il n'est souvent émis que pour augmenter le pouvoir de ceux qui le donnent ou, pour les faire bénéficier de divers avantages.

Déroulement de la démarche de consultation

Nous devons tout d'abord établir, d'entrée de jeu, que nous demeurons sceptiques en ce qui concerne la volonté réelle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de sa Ministre, de vouloir apporter de véritables solutions aux problèmes du réseau. Ce sentiment est basé sur divers éléments dont :

- Une démarche qui se fait durant l'été alors que les disponibilités de personnel et les possibilités d'échanges sont réduites;

- La courte période de temps qui est accordée pour formuler une opinion, surtout pour les organismes qui doivent recueillir la position de leurs membres;
- Les outils fournis tard dans la démarche : fin juin, fin août et mi-septembre, alors que les mémoires sont à remettre fin septembre;
- Les documents fournis qui sont incomplets et élaborés de façon à nous détourner des réels problèmes du réseau pour nous orienter vers des problèmes préalablement choisis et des solutions toutes aussi prédéterminées :
 - La documentation fournie en juin ne propose à peu près rien pour résoudre les problèmes identifiés et mentionne des remèdes tellement de fois proposés que leur date d'efficacité en est périmée depuis longtemps.
 - Ces documents abordent peu les services de soutien à domicile qui sont actuellement déficients et ce, en grande partie en raison de leur sous-financement.
 - La maladie d'Alzheimer et les démences connexes ne sont à peu près pas abordées. En effet, pour des documents tellement concernés par le vieillissement de la population, on est carrément passé à côté du fléau qui nous guette.
 - Outre le secteur géro-geriatrique, d'autres secteurs n'ont pas été considérés ou documentés. Il en est ainsi du secteur de la santé mentale et des services pédiatriques.
 - On n'y distingue pas clairement les investissements récurrents des non récurrents, bien que cela ait un impact budgétaire important. Ainsi, la hausse de salaire des employés de l'État aura un impact budgétaire de façon récurrente sur plusieurs années et devra nécessiter un ajout au budget alloué au MSSS par le gouvernement. Par contre, le fait que le MSSS éponge le déficit accumulé des établissements suppose que cette dépense ne se présentera qu'une seule fois, puisqu'un déficit n'est pas censé être récurrent.

- Le souvenir de ce qui s'est produit lors de la consultation sur l'assurance médicaments et le peu d'impacts des diverses recommandations émises par les participants;
- Le sentiment que le principal objectif visé est de transférer la facture à la population. La démarche paraît être un prétexte pour le faire (la Ministre a déjà annoncé que certains services de soutien à domicile actuellement couverts par l'assurance maladie seront éventuellement à la charge des usagers, sans les préciser, lors de l'annonce de ses lignes directrices concernant les services aux personnes âgées), comme cela s'est produit dans le cas de l'assurance médicaments et d'autres consultations gouvernementales au cours des derniers mois;
- L'impression que la Ministre et le gouvernement veulent être cautionnés pour des changements qui auront déjà été décidés auparavant;
- Et autres.

Identification des principaux problèmes

Par ailleurs, on constate la scission entre la santé, les services sociaux, le programme d'assurance médicaments et le fonctionnement du ministère, ainsi que de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les documents proposés font à peu près uniquement mention des services de soins aigus et du budget, relayant les services sociaux dans l'ombre et l'oubli et ignorant l'existence de l'assurance médicaments. Si on veut voir l'ensemble du système, il faut considérer toutes les composantes du réseau sociosanitaire et fournir toute l'information.

Selon nous, les problèmes reposent sur divers éléments dont :

- Le contrôle du réseau par les médecins et ce, depuis plusieurs années : un certain nombre de médecins font peur à la population. Ces derniers abusent de leur pouvoir et de leurs connaissances (désinformation, fermeture de services, menace de démission en bloc, etc.).
- Le manque de leadership de la part du gouvernement, et plus particulièrement du MSSS, qui travaille à la petite semaine en éteignant des feux. On ne perçoit aucune vision et peu de planification de sa part. Les hauts fonctionnaires de ce ministère et d'autres organismes s'y rattachant semblent travailler loin des préoccupations de la population.
- La possibilité d'attribuer aux Régies régionales de la Santé et des Services sociaux (RRSSS) des éléments touchant le MSSS. Cependant, il faut mentionner qu'on n'a considéré l'importance des RRSSS que lors de la mise en place des coupures. Maintenant qu'elles sont en place, on ne sait plus très bien quoi faire avec ces structures. De plus, bien que les RRSSS aient reçu des mandats de la part du MSSS, l'argent s'y rattachant les a rarement suivis et est toujours contrôlé par le MSSS.
- Le manque de coordination entre les différents intervenants et les différents services. Cet élément est revenu continuellement au cours des diverses études et

analyses initiées par le MSSS; très peu a été fait pour corriger la situation et, par conséquent, elle ne cesse de se dégrader.

- En ce qui concerne le réseau des services gérontologiques, secteur qui nous préoccupe tout particulièrement, outre le fait d'attribuer presque l'ensemble des problèmes du réseau de la santé et des services sociaux aux aînés, on ne retrouve rien dans la documentation fournie au sujet des services à offrir et des solutions à apporter. Qui plus est, on y constate un manque de vision et de planification encore plus criant que pour les autres services (cardiologie, oncologie, etc.).

Donc, en ce qui a trait aux services gérontologiques, le principal problème sociosanitaire demeure selon nous la méconnaissance des problèmes gériatriques et gérontologiques. Outre une poignée de gériatres, peu de spécialistes de la santé s'intéressent à cette clientèle. On peut qualifier d'orpheline la clientèle aînée.

Bien que nous soyons en grande partie en accord avec le fait que le vieillissement de la population viendra influencer la demande de services sociaux et de santé, on ne retrouve rien dans la documentation, ni dans le fonctionnement du MSSS et de ses régies, qui nous indique que le réseau porte un quelconque intérêt à cette clientèle.

Concernant les services géronto-gériatriques nous faisons face à diverses réalités :

- le vieillissement de la population;
- l'augmentation des incapacités avec l'âge;
- l'accroissement du nombre d'aînés et conséquemment des besoins de services sociaux et de santé;
- la méconnaissance des problématiques gérontologiques de la part de la plupart des intervenants et du réseau;
- la menace du fléau que constituent la maladie d'Alzheimer et les démences connexes;
- l'incapacité du réseau à répondre aux besoins des aînés et l'incapacité à planifier leurs besoins futurs (le réseau n'est pas préparé à faire face à ce qui s'en vient);

- le manque de connaissances des planificateurs et des intervenants du réseau, ce qui pourrait porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des personnes;
- et autres.

Nous nous sommes laissé dire que la Commission connaissait déjà tous les problèmes du réseau et que ce dont elle a besoin, ce sont des solutions. Tout d'abord, nous devons vous dire que nous croyons la Commission, lorsqu'elle dit connaître les problèmes du réseau de la santé et des services sociaux puisqu'ils existent depuis des années. Cependant, nous sommes surpris de constater, si l'on connaît si bien les divers problèmes qui ont été identifiés à maintes reprises par divers comités, groupes d'experts ou études, que très peu des solutions proposées par tous ces experts ont été retenues et mises de l'avant! Par contre, nous avons souvent constaté que les gouvernements ont pris l'habitude de réagir seulement lorsqu'une situation devient très grave, presque hors de contrôle; ou lorsqu'il y a pression de la part des divers lobbies ou autres groupes de pression.

Vous-même, monsieur le président de cette Commission, avez été de ceux qui, par leurs fonctions antérieures, ont identifié divers problèmes et proposé maintes solutions au gouvernement et ce, tout particulièrement en ce qui concerne les services aux personnes âgées. Alors, pourquoi aujourd'hui le gouvernement les écouterait davantage qu'au cours des vingt années précédentes? Est-ce parce qu'il n'a plus d'argent et qu'il veut refiler une nouvelle facture aux contribuables en prétextant les résultats d'une pseudo-consultation, comme ce fut le cas pour l'assurance médicaments? Ou encore est-ce parce que les autorités viennent seulement de s'ouvrir les yeux malgré les avertissements incessants des divers spécialistes face à l'augmentation des demandes de services?

Solutions proposées

Vous désirez des solutions, nous allons donc vous en proposer. Cependant, ne vous attendez pas à des nouveautés spectaculaires, car les anciennes propositions qui ont été transmises antérieurement au gouvernement étaient pour la plupart très valables, même si elles n'ont pas été mises de l'avant, compte tenu du manque de leadership des gouvernants. En effet, ces derniers sont préoccupés par le court terme alors que, par définition, un véritable leadership et une vision réaliste des solutions possibles indiqueraient des actions à plus long terme. Par la même occasion, nous allons aussi tenter de répondre à certaines questions soulevées dans le guide d'animation que vous nous avez proposé.

1. **Planifier les services à offrir.** On doit arrêter d'éteindre des feux. La santé et les services sociaux sont trop importants pour les gérer à la petite semaine et à courte vue. Est-ce encore possible dans notre système de gérer au jour le jour? Nous en doutons; cependant on sait qu'en général, les politiciens ont un fragile pouvoir éphémère et ne gèrent souvent qu'en regard de leur actuel mandat. C'est, selon nous, le principal obstacle à la saine gestion du système sociosanitaire. Nous ajoutons même que c'est un miracle d'avoir un si bon système de santé malgré les gouvernements qui se sont succédé!
2. **Résister aux pressions des différents lobbies** (compagnies pharmaceutiques, équipements technologiques, etc.), et surtout celles provenant des divers groupes d'intérêt, principalement celui des médecins.
3. **Accorder un plus grand intérêt (budget) aux aspects de prévention et de promotion.** Il est généralement convenu que 10 % d'une enveloppe budgétaire en santé devrait être consentie à la prévention. Bien que ces éléments se retrouvent souvent dans les discours officiels, très peu d'actions sont réellement entreprises, si ce n'est qu'en ce qui concerne la vaccination, lorsqu'un quelconque risque d'épidémie se pointe. Il est important de faire beaucoup plus, entre autres, auprès des enfants et des clientèles à risque. Nous sommes de

ceux qui croient en l'importance de la promotion de saines habitudes de vie et de la prévention de certaines maladies.

Aussi, il faut informer la population de façon constante et claire sur tout ce qui regarde la santé bio-psycho-sociale, favoriser les campagnes d'informations sur la santé, surtout au niveau de la prévention et de la promotion, par des campagnes ou encore en subventionnant des émissions de radio ou de télévision et par l'Internet. On doit aussi transmettre des informations concernant les cancers, les maladies cardio-respiratoires, les maladies infectieuses, etc., le diagnostic et le traitement, en donnant l'heure juste et en ne minimisant ni amplifiant la situation. C'est un message qui est transmis depuis plusieurs années, mais on continue à investir massivement dans le curatif au détriment du préventif.

4. **Maintenir et continuer ce qui a été fait précédemment** dans la réorganisation du réseau de services : diminution du nombre de lits d'hôpitaux, virage ambulatoire, baisse des durées de séjour... Vous mentionnez ces éléments dans le *Guide d'animation* que vous nous avez fourni et nous sommes d'accord. On a cependant l'impression qu'actuellement, on est en train de défaire ce qui a été fait (épongeage des déficits des hôpitaux, concessions multiples aux médecins, construction de nouveaux hôpitaux, etc.). L'actuelle Ministre et les ministres qui suivront à ce poste ne doivent pas céder aux pressions des groupes mentionnés précédemment. Ils auront à investir dans le réseau à partir des besoins réels de la population et non de ceux qui font pression.

5. **Maintenir une position lorsqu'une décision est prise**, jusqu'à ce qu'on prouve hors de tout doute que ce n'était pas la bonne. Lorsqu'un politicien ou un gestionnaire change constamment d'idées, il affaiblit sa position, donne des munitions aux adversaires, ce qui produit une perte de confiance des contribuables.

6. **Transmettre un relevé des factures aux utilisateurs des services de santé** afin qu'ils réalisent les coûts que les interventions prodiguées engendrent. (C'est aussi une très vieille proposition).
7. **Investir de façon rationnelle dans le système sociosanitaire.** Le gouvernement doit, selon nous, faire une priorité de l'investissement dans le réseau de la santé et des services sociaux, même au détriment des baisses de taxes et d'impôt et de l'investissement dans les autres secteurs (transport, éducation, etc.). Cet effort ne doit pas être ponctuel, mais plutôt s'échelonner minimalement sur les cinq prochaines années. Ce faisant, le gouvernement réussira peut-être à donner aux Québécois un système de santé efficace et fonctionnel.
8. **Éviter de transférer les missions et les mandats des établissements du réseau sociosanitaire aux organismes communautaires** et ce, dans le but d'économiser (comme le gouvernement a tendance à le faire depuis quelque temps), en faisant de ces organismes des sous-traitants du gouvernement. Ces derniers doivent être des collaborateurs indépendants beaucoup plus soutenus et subventionnés qu'ils ne le sont à l'heure actuelle.
9. **Rembourser la dette de l'État.** Ceci constitue la seule exception à la règle de priorisation gouvernementale des services sociosanitaires. Nous sommes catégoriques sur ce point. On oublie trop souvent que tout ce qu'ont fait les actuels gouvernements fédéral et provincial se résume à équilibrer les dépenses avec les revenus, rien de plus. Finalement, ils ont décidé de payer l'épicerie «comptant » et non à crédit!

Par conséquent, il nous reste des dettes faramineuses auxquelles il faut s'attaquer, car les intérêts qu'elles engendrent grugent une part encore très importante des revenus de l'État. Il ne faudrait pas une très grosse crise pour nous faire replonger dans la perte de contrôle des finances publiques.

Donc, si nous ne voulons pas laisser une dette importante aux générations qui nous suivent, si nous voulons être en mesure d'affronter toute nouvelle crise et si nous voulons faire face à l'augmentation des coûts de la santé et des services sociaux que ne manquera pas de provoquer le vieillissement de la population, nous devons diminuer, et ce le plus rapidement possible, la dette provinciale (et tout autant la dette fédérale).

10. Améliorer l'accessibilité aux services. Rendre accessibles les services de première ligne à la grandeur de la province. Au total, au Québec, il apparaît que nous avons suffisamment de médecins généralistes et spécialistes comparativement aux autres provinces canadiennes et aux autres pays industrialisés. C'est plutôt leur distribution territoriale qui fait défaut. Donc, la première action à poser est que chaque territoire bénéficie d'un nombre suffisant de médecins généralistes et spécialistes pour que la population ait un accès convenable et que les structures de services (CLSC, hôpitaux, CHSLD, etc.) soient médicalement fonctionnelles.

Pour parvenir à cette autosuffisance médicale, diverses mesures sont nécessaires, nous proposons les suivantes :

- Que chaque étudiant qui s'inscrit en médecine s'engage à pratiquer en région pour cinq ans et que chaque médecin qui s'inscrit afin de poursuivre une spécialité, signe une entente semblable pour trois ans. Il ne faut pas oublier que plusieurs étudiants qui s'inscrivent en médecine proviennent des régions et non seulement des grands centres; ils pourraient tout simplement retourner pratiquer dans leurs régions d'origine. Il ne faut pas oublier non plus que la population paie très cher pour leur formation.
- Que le plan d'effectifs médicaux soit établi à partir des besoins réels de la population et non à partir des besoins des médecins et des gestionnaires.
- Que les médecins établis sur un territoire soient tenus de pratiquer à l'hôpital, à l'urgence, en CHSLD ou au CLSC. Tolérance ZÉRO pour les médecins qui

ne veulent pratiquer qu'en clinique privée. De plus, il faudra que la pratique dans ces établissements soit une vraie pratique et non un simulacre de pratique. Pour ce faire, les gestionnaires du réseau devront assurer le suivi de la pratique dans leur établissement et le collège des médecins devra s'assurer de la qualité des services rendus.

- On mentionne dans le Guide d'animation une possibilité que le « médecin de famille soit coordonnateur de l'ensemble des services à la personne ». Cet élément a aussi été soulevé et fortement proposé par deux conférenciers lors du troisième forum d'experts qui s'est tenu à l'Université Laval le 18 septembre dernier.

Nous pensons qu'il n'est pas souhaitable qu'il en soit ainsi et nous croyons surtout qu'il est utopique de le penser. Nous basons notre argumentation sur le fait que si une telle façon de faire était mise de l'avant, cela augmenterait de façon irréversible le pouvoir médical sur la population et sur le réseau sociosanitaire et diminuerait le rôle des autres intervenants de la santé (infirmière, travailleur social, gestionnaires...). De plus, il nous apparaît impensable de demander aux médecins de coordonner les services à la personne, alors qu'actuellement ces derniers refusent, pour la plupart, de participer de façon active aux équipes multidisciplinaires. Enfin, ceci augmenterait la tâche de gestion des médecins qui se disent déjà trop accaparés par la paperasse et l'administration.

Il nous apparaît que les CLSC pourraient avantageusement remplir la mission qui serait dévolue aux « cliniques familiales » puisque ce qui est proposé est déjà compris dans leur mandat, bien qu'on ne leur ait pas confié tous les moyens de le remplir.

11. Permettre un meilleur accès aux services sociaux et de santé par d'autres mesures, telles que :

- Éviter d'augmenter de façon inconsidérée les budgets reliés aux services dans les urgences; cela ne réglera pas les problèmes en profondeur à notre avis car, encore une fois, on proposerait un traitement « pour diminuer les symptômes et non guérir la maladie ». Plusieurs personnes doivent se présenter aux urgences parce qu'elles n'ont pas reçu les services qu'elles requièrent à domicile ou en CLSC.
- Rendre les CLSC réellement opérationnels en leur octroyant les budgets requis, surtout en ce qui concerne le soutien à domicile. Cet élément est particulièrement important pour la clientèle aînée. Cela pourrait permettre, entre autres, de rendre leurs services disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine, du moins pour plusieurs d'entre eux.

Dans la dernière réorganisation, des budgets supplémentaires devaient être consentis aux CLSC et ne sont jamais venus ou ont été accordés de façon anémique à certains d'entre eux. Il apparaît, selon diverses sources, que dans plusieurs CLSC, des budgets consentis au soutien à domicile ont été transférés dans les services en post-hospitalisation pour répondre au virage ambulatoire, privant ainsi plusieurs personnes, et surtout des aînés en perte d'autonomie, de services essentiels au maintien dans leur milieu, ce qui a obligé plusieurs d'entre eux à aller en résidences privées avec services.

- revoir la nécessité d'une couverture médicale en CLSC à la grandeur de la province à la lumière des mandats qui leur seraient confiés.
- Favoriser une organisation régionale des services. Tout d'abord, il faut établir une fois pour toutes le rôle des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux. Vous parlez dans le Guide d'animation « une organisation territoriale des services sous autorité unique » et vous ajoutez « municipalité, MRC, quartier ». Bien que nous soyons d'accord avec le principe, force est de

constater que jusqu'à présent, la « régionalisation » n'a pas atteint les résultats escomptés. Nous ne croyons pas que c'est en créant une nouvelle forme de régionalisation, donc une nouvelle bureaucratie, que nous allons mieux répondre à cet objectif de régionalisation.

Nous sommes plutôt d'avis que si on décide de maintenir les RRSSS, il faudra établir clairement leurs mandats et leur donner les moyens de les remplir. Cependant, si on décide de les abolir, ce avec quoi nous ne sommes pas d'accord, il faudra qu'elles soient abolies complètement et non en faire des directions du MSSS, tel que déjà proposé, car cela rendrait la situation encore plus cahoteuse, lourde et centralisatrice.

- Dans ce même énoncé, on sous-entend la mise en place de « réseaux intégrés de services » dont on nous parle depuis quelques années. Bien que nous ne soyons pas opposés à cette organisation de services, nous sommes d'avis que l'on doit terminer les travaux d'évaluation des expériences pilotes en cours avant d'en mettre de nouveaux en place.
- Pour sa part, le dossier patient informatisé serait probablement un atout pour améliorer la coordination des services.
- Il ne faudrait cependant pas croire que ces nouvelles façons de faire résoudront à elles seules tous les problèmes d'organisation, d'accès, de budgétisation, etc., comme certains semblent portés à le croire.

12. Donner la priorité au développement des services destinés aux personnes âgées. Tel que mentionné à maintes reprises dans les documents de référence de la Commission, le vieillissement de la population a et aura un impact important sur les ressources sociosanitaires au cours des prochaines années; il est donc primordial que le gouvernement investisse de façon importante sur plusieurs aspects touchant les services destinés aux personnes âgées : l'accessibilité, la qualité, la spécificité et la recherche.

Accessibilité aux services

On doit améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services gérontologiques. Outre les services de CLSC mentionnés précédemment, on doit rendre disponibles à la grandeur de la province des services de soutien, tels les services en centre de jour, hôpital de jour, hébergement temporaire et de réadaptation. Il faut aussi améliorer les services destinés aux aidants naturels soit, entre autres façons, via les ressources fournies par le réseau sociosanitaire ou en augmentant les ressources des organismes communautaires.

De plus, il faut rendre disponible un nombre adéquat de ressources d'hébergement public à partir des besoins réels de la population adulte et non à partir de normes plus ou moins rationnelles qui ne tiennent compte que des capacités budgétaires du réseau.

Finalement, en matière d'hébergement, on doit normaliser la situation des résidences privées pour personnes âgées avec services. Des éléments touchant ces deux derniers sujets sont contenus de façon relativement détaillée dans l'*Avis sur L'hébergement en milieu de vie substitut pour aînés en perte d'autonomie* dont le Conseil fera le lancement en octobre prochain.

Qualité des services

Pour améliorer la qualité des services destinés à cette clientèle, la première action à poser, selon nous, est d'investir dans la formation, le soutien et le suivi de toute personne travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux (médecins, intervenants, gestionnaires, personnel de soutien, bénévoles...) et dans l'information, la formation et le soutien des aidants naturels. En effet, le réseau actuel est très peu en mesure d'intervenir efficacement auprès des personnes âgées en matière de services sociaux et de santé. Depuis des décennies, ce secteur de services insiste sur la nécessité d'une telle formation avec un soutien et un suivi dans l'intégration des nouvelles connaissances dans leur travail. Cette réalité est vécue de façon encore plus aiguë depuis ces dernières années principalement en raison de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de déficits cognitifs, telle la

maladie d'Alzheimer. Il nous apparaît que le gouvernement, et principalement le MSSS, font comme si cette réalité n'existait pas.

On constate aussi un manque de responsabilité envers l'usager tout au long de l'intervention. Ce fait concerne davantage les aînés, considérant qu'ils ont un état de santé plus précaire que l'ensemble de la population. Ils réagissent différemment aux médicaments, sont souvent sujets aux complications postopératoires, présentent souvent une capacité de réadaptation physique plus lente, etc. Pour toutes ces raisons, les aînés nécessitent un suivi plus étroit. On doit donc responsabiliser davantage les intervenants du réseau sociosanitaire et ce, à tous les niveaux face à leur clientèle. Là encore, la formation devient un outil de sensibilisation

Spécificité des services

Certaines situations en matière de santé demandent des actions spécifiques particulières. Il en est ainsi du SIDA et du cancer du sein. Nous pourrions identifier plusieurs autres problématiques. Les services gérontologiques ne font pas exception à la règle, mais ils n'ont jamais bénéficié d'une telle démarche concernant un problème particulier.

Ainsi, il nous apparaît urgent que le gouvernement mette de l'avant un plan d'action provincial concernant la maladie d'Alzheimer. La démence touche actuellement plus de 75 000 Québécois dont les deux tiers sont atteints de la maladie d'Alzheimer et en atteindra le double d'ici 25 ans. Un plan d'action provincial concernant la maladie d'Alzheimer est urgent.

La recherche gérontologique

La gérontologie et la gériatrie sont les parents pauvres des recherches sociales et médicales au Québec. Nous possédons pourtant des chercheurs de haut niveau dans ces domaines qui sont condamnés à passer plus de temps à quêter des subventions qu'à faire des recherches proprement dites. Un consortium de recherche en géronto-gériatrie comptant plus de 80 chercheurs a été formé au cours des dernières années. Il serait important d'utiliser au maximum les compétences qu'il

regroupe en subventionnant adéquatement ce secteur. Il faut que les divers ministères interpellés par les répercussions du vieillissement de la population se coordonnent avec le ministère de la Science, de la Technologie et de la Recherche, afin de rendre efficace ce secteur important de la recherche québécoise.

Par ailleurs, il serait important que le Québec se dote d'un **Institut du vieillissement**. Le Québec possède déjà deux instituts de gériatrie qui se concentrent principalement sur les aspects biomédicaux et sur les services sociaux et de santé. Il serait cependant important que les autres aspects du vieillissement (revenu, logement, transport, qualité de vie, etc.) soient couverts par un Institut de recherche qui, bien qu'il ait à tenir compte de divers aspects du système sociosanitaire, puisse déborder vers une vision plus globale du vieillissement.

Le financement

Les divers gouvernements ne cessent de scander que la santé doit être au cœur des prochaines priorités gouvernementales. D'ailleurs, des luttes épiques ont eu lieu sur le sujet confrontant nos deux gouvernements, provincial et fédéral, surtout sur le plan du financement, tout en étant d'accord sur le principe de priorisation. Identifier une priorité gouvernementale signifie investir de façon importante dans un secteur déterminé. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de taxer davantage la population, puisque l'argent que le gouvernement investira proviendra de taxes déjà perçues. On aura simplement à identifier la santé comme principal secteur de dépense avant les autres secteurs tels le transport, l'éducation, etc. De plus, avec la dernière entente de transferts budgétaires concernant la santé conclue entre Ottawa et les provinces, le Québec dispose d'une disponibilité budgétaire suffisante, à notre avis, pour couvrir les coûts des présentes propositions.

Suite à l'augmentation du transfert budgétaire du gouvernement fédéral au provincial, il ne faudrait pas croire que l'argent réglera tous les problèmes du réseau sociosanitaire. Par conséquent, on ne doit pas arrêter ou minimiser les présents travaux de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Cela ne doit pas empêcher non plus le système de santé et de services sociaux d'entreprendre diverses actions afin d'améliorer l'efficacité des services et de se donner une vision des services à mettre en place. De plus, avant d'investir de nouveaux budgets dans les services, l'équipement ou le support administratif, on doit s'assurer que l'argent actuellement accordé est bien utilisé. Il faut évaluer la performance des établissements du réseau. Certains établissements présentent une contre performance décevante tandis que d'autres répondent de façon très efficace aux mandats qui leur sont confiés. On pourrait donc utiliser ces derniers comme exemple et même récompenser les établissements les plus performants par l'octroi de nouveaux mandats et de nouveaux budgets ou autrement, contrairement à ce qui se fait actuellement par l'épongeage des déficits.

Diverses autres avenues sont envisageables. Ainsi, nous allons utiliser une expression qui fait peur : « Le privé ». On devrait considérer le développement et le transfert de certains services publics vers le secteur privé. Cependant, **les actions qui seront prises devront toutes comprendre implicitement la gratuité des services et l'interdiction de l'utilisation de surfacturation par les médecins**. On ne parle pas de système à deux vitesses, mais bien d'un accès à des services hors des hôpitaux (buanderie, radiologie, laboratoires, chirurgie mineure, etc.), telle la clinique externe.

Par exemple, on pourrait éliminer graduellement des examens de laboratoire et de radiologie faits aux cliniques externes des hôpitaux et les transférer à des cliniques privées ou aux CLSC. Mais les coûts seraient alors entièrement défrayés par l'assurance maladie. Des services de cet ordre ne seront disponibles à l'hôpital que pour la clientèle hospitalisée ou pour des examens très spécialisés ou demandant une hospitalisation. Il en serait de même pour les chirurgies mineures. On parle ici des chirurgies mineures et non des chirurgies d'un jour. Une étude approfondie devra analyser la possibilité de transférer aussi certaines chirurgies d'un jour.

Cette organisation suppose aussi la concentration des interventions spécialisées, ou de deuxième ligne, dans des hôpitaux clairement identifiés et une élimination de toute forme de duplications territoriales.

Tout au long de la réorganisation des services, on devra faire l'évaluation des impacts de la rationalisation, la correction de certaines situations jugées clairement inadéquates et la planification des changements souhaitables. Afin de mieux contrôler les services offerts par l'urgence et de mieux orienter les patients, il pourrait être recommandé d'exiger des frais pour les services qui ne requièrent pas le plateau technique de l'urgence et qui, par exemple, pourraient être dispensés en CLSC ou en clinique privée. Ceci n'est pas un ticket modérateur imposé à toute personne utilisant l'urgence, mais plutôt un ticket orienteur afin d'empêcher une mauvaise utilisation des services.

Cela exigera cependant la participation des CLSC et celle des cliniques privées dont plusieurs devront rendre disponibles leurs services 24 heures par jour.

Nous sommes en accord avec l'évaluation de la pertinence de revoir la rémunération à l'acte des médecins. Même plus, nous sommes convaincus que c'est toute la pratique médicale qui doit être remise en question. Dans le présent contexte, il faudrait peut-être s'interroger sur la pertinence d'avoir une ressource médicale répondant en totalité aux besoins. On pourrait évaluer la possibilité qu'une partie des besoins soient offerts par d'autres spécialités médicales (infirmières, physiothérapeutes, chiropraticiens...).

On mentionne, dans le Guide d'animation, la possibilité de vendre des services de santé à des clientèles extérieures. Bien que cette proposition paraisse alléchante, nous ne la comprenons pas très bien puisqu'on nous répète que nous manquons présentement de médecins et d'autres types de personnels dans les hôpitaux.

Vous comprendrez l'incongruité d'une telle offre. Il en est de même pour les propositions touchant l'augmentation des heures d'utilisation des salles d'opération ou encore de la privatisation de certaines opérations. La privatisation de ces services

nous apportera-t-elle de nouveaux médecins? Ou, est-ce que ce seront des machines qui feront le travail? Ou encore, est-ce qu'on demandera aux médecins de travailler 12 ou 15 heures par jour? Vous savez, l'appât du gain est mauvais conseiller.

CONCLUSION

Le Conseil des aînés ne considère pas avoir tout dit ni avoir terminé sa réflexion concernant ce sujet fort important que constitue l'avenir des services sociaux et de santé. Il ne croit pas non plus que l'actuelle démarche de cette Commission réponde de façon complète et satisfaisante au mandat qui lui a été confié, compte tenu du court délai qui lui a été alloué et du caractère improvisé qu'elle présente sous plusieurs aspects. Ainsi, ne semble-t-on pas accorder plus d'importance aux Commissions ou groupes d'études siégeant à des comités qui concernent des problèmes de route qu'au système de santé, car on accorde aux premiers généralement plus de temps et souvent un budget plus adéquat.

Afin de bien cerner les divers problèmes que vit actuellement le système de santé et qu'il vivra de façon encore plus aiguë au cours des prochaines décennies **le Conseil des aînés recommande ultimement que le gouvernement mette sur pied un groupe de travail**. Il pourrait réunir les principaux représentants des utilisateurs, des dispensateurs de services, du MSSS et de toute autre personne jugée utile, parmi lesquels des représentants de ministères concernant les différentes facettes des besoins des personnes âgées (logement, revenu, transport, loisir, etc.). Il est évident que l'absence de concertation rendra inopérante toute réforme de la santé et des services sociaux. Ce n'est pas avec une Commission qui ne siège que quelques mois que l'on pourra proposer des solutions à long terme.

Lorsqu'un gouvernement investit présentement près du tiers de son budget, soit plus de 13 milliards de dollars, dans un secteur et qu'il déboursa certainement plus dans les prochaines années, il doit agir de façon sérieuse et entreprendre une démarche plus structurée qu'une commission.

De plus, les travaux effectués par le groupe de travail suggéré devront considérer toutes les facettes du réseau sociosanitaire et non seulement quelques éléments. Il nous apparaît inusité de mettre de côté toute la question de l'assurance médicaments dans cette démarche, comme il nous apparaît tout aussi anormal de passer sous silence les aspects administratifs, tel le fonctionnement du MSSS, de la RAMQ et des Régies régionales de la santé et des services sociaux.

Selon nous, les actions qui ont été prises concernant le dossier de l'assurance médicaments sont parcellaires et temporaires. Les problèmes reviendront de façon encore plus aiguë dans quelques années. Les mémoires que le Conseil et les divers autres organismes ou citoyens ont déposés en Commission parlementaire sur l'assurance médicaments contiennent plusieurs solutions qui ont été ignorées. La Ministre semble n'avoir retenu que la proposition qu'elle avait elle-même anticipée, soit de rehausser les primes. Ceci devrait nous servir d'exemple et de phare en nous guidant vers un processus plus complet.

Nous souhaitons que la présente Commission ait le courage de recommander à la ministre de la Santé et des Services sociaux la mise en place d'un tel groupe de travail qui, lui, aura le mandat et les moyens de proposer des solutions durables.