

Oui aux services à domicile, mais n'oublions pas les personnes âgées

Réjean Hébert

Directeur scientifique

Institut du vieillissement

Instituts de recherche en santé du Canada

Les demandes de tirés-a-part doivent être adressées à : / Requests for offprints should be sent to:

Réjean Hébert, MD MPhil

1036, Belvédère Sud

Sherbrooke, QC J1H 4C4

<rejean.hebert@Usherbrooke.ca>

La publication du Rapport Romanow (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002) marque une étape importante de l'évolution du système de santé canadien. Au-delà des querelles fédérale-provinciales que le rapport a ravivé, les travaux de la Commission fournissent aux gouvernements une analyse lucide et fouillée de notre système de santé et des pistes de solution intéressantes. Son plus grand mérite est sans doute de s'appuyer sur des données probantes issues de la recherche canadienne et internationale sur les systèmes et programmes de santé. Ainsi, le rapport s'élève au-dessus des dogmes, des opinions et des orientations partisans pour tracer la voie à une véritable et nécessaire réforme du système. Mais que représente ce rapport pour les personnes âgées canadiennes ?

D'entrée de jeu, le Commissaire Romanow réaffirme le bien-fondé d'un système de santé public. Ce faisant, la Commission n'a pas retenu la vision apocalyptique du vieillissement de la population qui justifierait selon certains, l'impossibilité de maintenir un système de santé public dans le contexte de cette « catastrophe annoncée ». Comme nous l'avons démontré dans le mémoire soumis à la Commission (Hébert, 2002), le vieillissement attendu de la population n'aura pas un impact marqué sur les dépenses de santé, surtout si l'on tient compte de l'amélioration projetée de l'état de santé des futures générations de personnes âgées. Une ouverture au financement privé aurait eu des effets néfastes pour les personnes âgées dont les revenus et les risques de santé en font une clientèle moins attrayante pour des assureurs privés. Sans compter la perte d'accessibilité au système public que l'exode des

professionnels vers un réseau privé parallèle induirait inévitablement.

Le rapport recommande aussi un réinvestissement majeur dans le système qui est depuis plusieurs années sous-financé. Plusieurs problèmes d'accessibilité résultent de ce sous-financement qu'il importe de corriger sans délais. Parmi les clientèles vulnérables, les personnes âgées nécessitant des soins de longue durée écopent particulièrement. Le « virage ambulatoire » des dernières années a eu pour effet de transférer certains soins de convalescence des hôpitaux de courte durée vers les services à domicile. Sans addition budgétaire dans les services à domicile, ce phénomène a eu pour conséquences perverses de diminuer la couverture de services à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie au profit des soins post-hospitaliers (Chappell, 2001 ; Penning et al., 2002). Le même phénomène s'est observé pour les soins palliatifs qui ont eux aussi grugé la cagnotte des soins à domicile au détriment des personnes âgées en perte d'autonomie.

La communauté des chercheurs et intervenants auprès des personnes âgées applaudissent à plusieurs recommandations du Rapport Romanow. Soulignons en particulier, l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les communautés rurales et éloignées, l'intégration des services et l'appui à l'implantation des gestionnaires de cas, le développement d'un réseau de soins de santé primaire, le soutien aux aidants naturels et l'amélioration de la couverture du coût des médicaments, notamment pour les maladies chroniques.

L'un des éléments les plus importants du rapport concerne les soins à domicile. S'appuyant sur plusieurs études, notamment celles de Hollander et Chappell (2001), le Commissaire recommande, avec raison, d'étendre aux soins à domicile la définition des services médicalement nécessaires dans la Loi canadienne sur la santé. Toutefois, on désigne trois clientèles prioritaires à cette fin et recommande un financement spécifique pour la mise en place de services à domicile pour ces trois groupes: les cas de santé mentale, les patients en phase post-aiguë et les services de soins palliatifs.

Bien que les personnes âgées puissent constituer une proportion significative de l'un ou l'autre de ces groupes, la majorité des personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas visée par ces trois priorités. En effet, les personnes âgées souffrant de la Maladie d'Alzheimer sont bien mentionnées dans le groupe santé mentale mais, traditionnellement, dans la majorité des régions du pays, ces malades ne sont pas considérés par les programmes actuels de santé mentale. On peut douter d'un changement à ce niveau avec l'arrivée d'un financement supplémentaire. De plus, les malades eux-mêmes et leur famille craignent qu'une telle association à la santé mentale n'accroisse leur stigmatisation. Par ailleurs, définir les soins post-aiguë (2 à 4 semaines après une hospitalisation) comme priorité risque d'entraîner un effet pervers important et coûteux en perpétuant l'utilisation de l'hôpital pour avoir accès à des services à domicile. On assistera alors à une véritable porte tournante avec des hospitalisations répétées pour restaurer l'admissibilité aux soins à domicile. Enfin, la définition des soins palliatifs rend difficile l'inclusion de personnes âgées vulnérables aux prises avec plusieurs maladies chroniques. À partir de quand seront-elles admissibles à des soins de fin de vie ? De plus, ces deux dernières priorités auront aussi pour effet d'amplifier le phénomène de marginalisation des personnes âgées en perte d'autonomie dans les services à domicile enclenché par le « virage ambulatoire ».

Les personnes âgées en perte d'autonomie constituent la majorité des clientèles des services à domicile et les données probantes sur lesquelles s'est appuyée la Commission ont été justement obtenues surtout auprès de ces sujets. En effet, Hollander et Chappell (2001) de même que d'autres études réalisées auprès des personnes âgées en perte d'autonomie (Hébert et al., 2001) ont montré qu'il est plus rentable de fournir des services à domicile à ces personnes qu'en institution d'hébergement ou en milieu hospitalier. Une amélioration importante de l'efficacité du système de santé pourrait être obtenue par un véritable « virage communautaire » en fournissant à domicile plutôt qu'en établissement les soins et services de longue

durée. Dans la perspective d'une augmentation substantielle de cette clientèle avec le vieillissement attendu de la population, les gains pourraient être considérables.

Loin de nier l'importance des trois groupes identifiés dans le rapport, nous exhortons les gouvernements à identifier clairement les personnes âgées en perte d'autonomie parmi les priorités des services à domicile. Cette extension aura pour effet, non seulement de reconnaître l'importance de ce groupe croissant de clients qui souffrent du sous-financement de la santé et du virage ambulatoire, mais aussi de pallier les effets pervers liés à l'inclusion forcée de ces personnes dans les trois groupes actuellement identifiés.

En terminant, il faut féliciter la Commission pour son insistance à appuyer la recherche en santé comme moyen de fournir des données probantes pour adapter le système de santé aux changements de la demande de services et évaluer les impacts des nouvelles politiques et des nouveaux programmes. La création des Instituts de recherche en santé du Canada, et de l'Institut du vieillissement en particulier, représente un outil remarquable pour façonner un système de santé efficace et rentable afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiennes et Canadiens.

La mise en application des recommandations du rapport améliorera sans doute les soins et services aux personnes âgées et à leurs aidants naturels. Il faut toutefois identifier clairement les personnes âgées en perte d'autonomie parmi les priorités des services à domicile.

Références

- Chappell, N.L. (2001). Quality long-term care: Perspectives from the users of home care. Dans L.S. Noelker & Z. Harel (Éds.), *Linking quality of long-term care and quality of life* (pp. 75–94). NY : Springer.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final* (Commissaire : Roy J. Romanow). Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C., & Roy, C. (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging*, 20, 1–22.
- Hébert R. (2002). La recherche sur le vieillissement : un apport de données à la rescousse du système de santé canadien. *Revue canadienne du vieillissement*, 21, 337–341.
- Hollander, M.J., & Chappell, N.L. (2001). *Final report of the study on the comparative cost analysis of home care and residential care services*. National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Victoria, BC.
- Penning, M., Allan, D., Roos, L., Chappell, N.L., Roos, N., & Lin, G. (2002). *Health care restructuring and community based care: 3 regions in BC* (Final report to the CHSRF).