



# S'AMÉLIORER AVEC LE TEMPS : PLANIFIER DES SYSTÈMES DE SANTÉ ADAPTÉS À LA POPULATION VIEILLISSANTE

UNE SÉRIE DE TABLES RONDES RÉGIONALES

[www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca)

JUIN 2011

**COMPTE RENDU DE LA TABLE  
RONDE RÉGIONALE DU QUÉBEC**  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
LE 10 NOVEMBRE 2010

Le présent compte rendu fait partie d'une série de documents préparés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) sur les tables rondes, tenues en octobre et novembre 2010, sous le thème *S'améliorer avec le temps*.

Le présent document est accessible sur le site [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca).

Le présent compte rendu de recherche est une publication de la FCRSS. Financée selon une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant sans but lucratif qui a pour mandat de promouvoir l'utilisation de données probantes afin de renforcer la prestation des services de santé qui améliorent la santé des Canadiens. Les points de vue exprimés ici sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de la FCRSS ou du gouvernement du Canada.

*S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante*, © 2011, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Tous droits réservés. La présente publication peut être reproduite en tout ou en partie à des fins non commerciales exclusivement pourvu que le contenu original de la publication ou de la partie reproduite ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans l'autorisation expresse écrite de la FCRSS. Pour obtenir cette autorisation, veuillez écrire à l'adresse suivante : [info@fcrss.ca](mailto:info@fcrss.ca). Pour faire dûment mention de cette autorisation, veuillez inscrire : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, tous droits réservés 2011 ».

FCRSS  
1565, avenue Carling, bureau 700  
Ottawa (Ontario)  
K1Z 8R1

Courriel : [info@fcrss.ca](mailto:info@fcrss.ca)  
Téléphone : 613-728-2238  
Télécopieur : 613-728-3527

## REMERCIEMENTS

- ▼ La FCRSS est reconnaissante à M<sup>me</sup> Jo Ann Miller, M. Marcus Hollander et M<sup>me</sup> Louise Cherry, CHE, de Hollander Analytical Services qui ont contribué à la planification des tables rondes, y ont participé et ont rédigé les rapports. Nous voudrions aussi témoigner notre reconnaissance au docteur Michael Rachlis, notre conférencier principal, ainsi qu'aux nombreux autres conférenciers qui ont grandement favorisé l'établissement d'un dialogue lors de chaque rencontre.
- ▼ M. François Béland (Université de Montréal et Université McGill)
- ▼ M. Roger Carriere (directeur, Community Care Branch, Saskatchewan Ministry of Health [direction générale des soins communautaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan])
- ▼ La sénatrice Sharon Carstairs (membre du Sénat du Canada, Ottawa)
- ▼ M<sup>me</sup> Neena Chappell (titulaire de la Chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale, Université de Victoria, Victoria)
- ▼ La sénatrice Maria Chaput (membre du Sénat du Canada, Ottawa)
- ▼ M. Michael Decter (président et chef de la direction de Lawrence Decter Investment Counsel Inc.)
- ▼ M. Michel Grignon (Département d'économie et Département de la santé, du vieillissement et de la société, Université McMaster, Hamilton)
- ▼ M<sup>me</sup> Janice Keefe (titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les politiques relatives au vieillissement et à la prestation des soins, Université Mount Saint Vincent, Halifax)
- ▼ M<sup>me</sup> Margaret MacAdam (présidente, The Age Advantage, Toronto)
- ▼ Le sénateur Terry Mercer (membre du Sénat du Canada, Ottawa)
- ▼ M. Shawn Russell (gestionnaire national, Programme pour l'autonomie des anciens combattants, Anciens Combattants Canada)
- ▼ M. Michael Wolfson (titulaire de la Chaire de recherche du Canada en systèmes de modélisation sur la santé de la population, Université d'Ottawa)

Nous souhaitons adresser nos remerciements à notre animatrice, M<sup>me</sup> Lillian Bayne de Lillian Bayne and Associates, ainsi qu'à tous les participants qui ont rendu ces rencontres à la fois utiles et intéressantes. Pour terminer, nous tenons à remercier chaleureusement le personnel de la FCRSS, sans qui ces rencontres n'auraient pu avoir lieu :

- ▼ M<sup>me</sup> Alexandra Constant
- ▼ M<sup>me</sup> Jennifer Ellis
- ▼ M<sup>me</sup> Diane Gagnon
- ▼ M<sup>me</sup> Alison Hebbs
- ▼ M<sup>me</sup> Jennifer Major
- ▼ M. Erik Markhauser
- ▼ M<sup>me</sup> Gillian Mulvale
- ▼ M<sup>me</sup> Kelly Ripley
- ▼ M. Stephen Samis
- ▼ M<sup>me</sup> Jennifer Verma

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE .....	i
SOMMAIRE .....	1
1. INTRODUCTION .....	2
1.1 Définir le contexte .....	2
1.2 Aperçu de la table ronde régionale du Québec .....	2
1.3 Aperçu du système de santé et de services sociaux du Québec .....	3
2. EXPOSÉ LIMINAIRE .....	4
2.1 François Béland – S’améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante .....	4
3. DÉFINIR LES DÉFIS .....	8
4. SE MOBILISER POUR LE CHANGEMENT : DÉFINIR LES POLITIQUES ET PLANIFIER LES DÉFIS, LES POSSIBILITÉS ET LES STRATÉGIES .....	9
4.1 Succès en matière de politique .....	9
4.2 Modifications nécessaires aux politiques et mesures requises pour réaliser des progrès dans des domaines de politiques .....	10
5. DÉTERMINER LES BESOINS EN MATIÈRE DE RECHERCHE POUR AMÉLIORER LES SERVICES DE SANTÉ OFFERTS À LA POPULATION VIEILLISSANTE .....	11
5.1 Lacunes à corriger et questions à régler en matière de connaissances .....	12
6. RÉSUMÉ .....	13

## PRÉFACE

Il ne fait aucun doute que la population du Canada vieillit. On estime qu'en 2015, les personnes âgées de 65 ans ou plus dépasseront en nombre les jeunes âgés de 15 ans ou moins et qu'elles formeront le quart de la population canadienne en 2050.

Les coûts associés à la prestation de services de santé à la population vieillissante risquent-ils d'accabler le système de santé et d'entraîner la faillite du régime d'assurance maladie? Même si les données de recherche indiquent le contraire, ce sujet continue d'alimenter les débats parmi les experts en politiques et en santé. Toutefois, ces derniers s'entendent pour dire que le débat en tant que tel détourne l'attention des questions plus pressantes, à savoir que les systèmes de santé canadiens, dans leur forme et leur mode de fonctionnement actuels, n'ont tout simplement pas les moyens de gérer la croissance projetée de la population vieillissante. Les problèmes transcendent la simple question des coûts. Les systèmes de santé au Canada sont fragmentés : leur accès n'est pas uniforme, les services sont limités et les débours personnels varient d'une région à l'autre. Les Canadiens – en particulier les personnes âgées et leurs soignants – ont de bonnes raisons de se demander si le système pourra continuer à répondre à leurs besoins en matière de santé.

La modification du système actuel comporte ses limites. Il faut mettre en œuvre une stratégie plus complète et axée sur l'avenir – une stratégie qui transcende les questions d'argent et qui prévoit l'élaboration de systèmes de prestation de services coordonnés dans toutes les régions et tous les secteurs de gouvernement. L'amélioration des services de santé aux personnes âgées et des politiques connexes exige que l'on porte une attention particulière aux changements à apporter et à la façon de les gérer.

## Promouvoir le dialogue : tables rondes

Afin de mieux définir les problèmes et de les résoudre, la FCRSS a sollicité la participation d'intervenants des quatre coins du pays à une table ronde intitulée *S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante*, dont les rencontres ont eu lieu dans les grandes villes du Canada, en octobre et novembre 2010. Au cours de ces rencontres, responsables des politiques, dirigeants des services de santé, chercheurs, représentants des citoyens et autres intervenants ont engagé activement un dialogue afin de trouver des solutions constructives aux défis liés aux services de santé offerts à la population canadienne vieillissante.

Six tables rondes ont été organisées, dont cinq régionales à Calgary (7 octobre), Winnipeg (15 octobre), Halifax (27 octobre), Toronto (4 novembre) et Montréal (10 novembre), et une pancanadienne à Ottawa (20 octobre). Les conférenciers principaux, parmi lesquels figuraient des économistes de la santé, des sénateurs et des experts en politiques de santé, ont présenté des exposés instructifs qui ont fourni un contexte utile aux participants des tables rondes. Les participants ont pris part à un dialogue dynamique avec animateur dans le but de clarifier les enjeux liés aux répercussions du vieillissement de la population, tant dans leur région respective qu'à l'échelle pancanadienne.

La table ronde de Montréal a attiré 11 participants représentant divers groupes, dont des : organisations de service de santé et sociaux provinciales et locales, des médecins et des organismes pour les personnes âgées. Le présent compte rendu, qui relate les résultats de cette table ronde et résume les exposés liminaires des experts invités, porte sur trois domaines principaux :

- ▼ Définir les défis
- ▼ Se mobiliser pour le changement : définir les politiques et planifier les défis, les possibilités et les stratégies

- ▼ Déterminer les besoins en matière de recherche pour améliorer les services de santé offerts à la population vieillissante

La FCRSS a produit les six comptes rendus de table ronde ainsi qu'un rapport de synthèse complet, qui collige les principaux thèmes par région et les met en contexte dans une perspective pancanadienne, et les a affichés sur son site à l'adresse [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca).

À titre de « courtier du savoir » indépendant, la FCRSS rassemble les parties intéressées pour appuyer l'élaboration de politiques, la planification ainsi que la prise de décisions éclairées par les données probantes. Le vieillissement de la population canadienne est l'un des principaux thèmes de la priorité stratégique de la FCRSS qui consiste à promouvoir le dialogue sur les politiques. Selon cette priorité, la FCRSS élabore activement des programmes et des activités fondés sur les données probantes, y compris la tenue des tables rondes dont il est question ici, afin de réunir les principaux intervenants et de les faire participer à un dialogue qui favorise l'amélioration des services de santé offerts aux Canadiens.

Les tables rondes devraient ouvrir la voie à de futures initiatives de politique et de recherche ainsi qu'à de nouvelles idées et stratégies relatives à la prestation de services de santé de grande qualité à tous les Canadiens, y compris aux personnes âgées.

## SOMMAIRE

La cinquième et dernière table ronde organisée par la FCRSS dans le cadre de la série *S'améliorer avec le temps* a eu lieu à Montréal, au Québec, le 10 novembre 2010. On a demandé à François Béland d'abord diverses questions liées au vieillissement de la population au Canada. La table ronde réunissait 11 représentants du gouvernement, d'organismes de services de santé et pour personnes âgées ainsi que d'universités du Québec.

Bien que de nombreux points importants aient été soulevés, quatre thèmes ont émergé des discussions sur les défis liés au vieillissement de la population, les principaux problèmes en matière de politiques ainsi que sur les domaines de recherche futurs, et sont présentés ci-dessous sans suivre un ordre particulier.

- ▼ La réforme de 2004 du système de santé du Québec, qui préconisait une meilleure intégration des services, doit être achevée et un soutien doit être offert aux parties qui éprouvent des difficultés à mettre en œuvre certains des programmes prévus par la réforme. D'autres nouveaux programmes tels que le programme Accueil clinique (lancé dans certains hôpitaux pour assurer un lien rapide entre les niveaux de soins primaires et secondaires et améliorer la qualité des services aux patients, en particulier les personnes âgées) doivent être créés et mis en œuvre partout dans le système de santé. Les analyses d'incidences des divers programmes doivent être réalisées de façon systématique afin d'évaluer l'efficacité des programmes.
- ▼ Les médecins présents étaient tous d'avis que des changements fondamentaux doivent être apportés aux modes de rémunération des médecins afin d'améliorer les pratiques de santé dans la province, surtout en ce qui concerne les services offerts aux personnes âgées et plus particulièrement celles atteintes de maladies chroniques. Selon les participants, le besoin de réaliser du travail interdisciplinaire avec d'autres professionnels de la santé, y compris les infirmiers et infirmières, est important afin de maximiser l'utilisation du temps des médecins et d'améliorer les services aux personnes âgées. De plus, les personnes âgées doivent apprendre à demander conseil à d'autres professionnels de la santé au lieu de toujours se tourner vers les médecins pour leurs problèmes de santé.
- ▼ Même si le coût des médicaments continue de grimper, la façon dont les médicaments sont prescrits devrait être examinée. La prescription de médicaments doit être réalisée selon des pratiques professionnelles de qualité.
- ▼ Une culture qui valorise la recherche doit être élaborée et adoptée par tous les échelons du système de santé et de services sociaux. Le système de santé et de services sociaux doit être évalué sur une base continue à l'aide d'indicateurs pertinents et fiables afin de mesurer les résultats des divers programmes et de déterminer les changements nécessaires pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de services de santé et sociaux.

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Définir le contexte

Le projet S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante, parrainé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) comprenait six tables rondes – cinq régionales et une pancanadienne – organisées sur une période de six semaines à l'automne 2010. La série de tables rondes est l'une des nombreuses initiatives entreprises par la FCRSS dans le cadre de son plan stratégique 2009–2013<sup>1</sup>. Le but général du projet était de réunir des responsables des politiques, des dirigeants de services de santé, des chercheurs et d'autres intervenants pour échanger des points de vue sur les différentes façons de relever les défis du système de santé liés au vieillissement de la population canadienne. Les objectifs du projet étaient les suivants :

- ✦ explorer les faits connus sur le vieillissement de la population et ses effets sur la prestation et le financement des services de santé;
- ✦ discuter des politiques et planifier les défis, les possibilités et les stratégies;
- ✦ déterminer les besoins en matière de recherche et de politiques afin d'appuyer les améliorations du système de santé.

La même formule a été utilisée pour chacune des tables rondes : on a demandé aux conférenciers d'aborder diverses questions liées au vieillissement de la population au Canada et aux participants invités de déterminer les défis liés à la population vieillissante, les principaux problèmes en matière de politiques et les domaines de recherche futurs.

## 1.2 Aperçu de la table ronde régionale du Québec

La dernière des cinq tables rondes régionales organisées par la FCRSS a eu lieu à Montréal, au Québec, le 10 novembre 2010<sup>2</sup>. Le programme a été modifié en raison du nombre peu élevé de préinscriptions et la rencontre a été ramenée à trois heures au lieu de cinq heures et demie. Onze (11) personnes (sans compter les animateurs, le conférencier, le personnel de la FCRSS ni les associés de Hollander Analytical Services Ltd.) y ont assisté. Étant donné que la majorité des participants étaient des médecins, bon nombre des remarques rapportées dans le présent document reflètent leur opinion des médecins et portent sur le système de santé en général, pas seulement sur les aspects relatifs aux personnes âgées. Parmi les participants figurait le président et propriétaire de 16 complexes résidentiels pour personnes âgées non financés par l'État (résidences pour personnes âgées autonomes, semi-autonomes ainsi que handicapées ou déficientes sur le plan cognitif) au Québec. Étaient aussi présents, des représentants :

- ✦ le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- ✦ d'instituts provinciaux et nationaux de santé publique;
- ✦ d'organismes régionaux et locaux de services de santé et de services sociaux;
- ✦ d'organisme pour les personnes âgées;

---

1 La FCRSS a déterminé trois priorités stratégiques pour 2009-2013 : faire participer les citoyens et les appuyer, accélérer le changement éclairé par des données probantes et favoriser le dialogue sur les politiques. Toutes les activités appuient la vision de la FCRSS pour la prestation de services adaptés, de grande qualité et en temps opportun qui améliorent la santé de tous les Canadiens. Un exemplaire complet du plan stratégique de la FCRSS est accessible sur le site [www.fcrrs.ca](http://www.fcrrs.ca).

2 Les autres tables rondes régionales ont eu lieu à Calgary (le 7 octobre 2010), à Winnipeg (le 15 octobre 2010), à Halifax (le 27 octobre 2010) et à Toronto (le 4 novembre 2010). La table ronde pancanadienne a eu lieu à Ottawa (le 20 octobre 2010).

- ▼ de l'Université Laval et de l'Université McGill;
- ▼ d'instituts de recherche.

Le conférencier principal était le professeur François Béland de l'Université de Montréal et de l'Université McGill. M<sup>me</sup> Diane Gagnon, directrice, Participation du patient et du citoyen à la FCRSS, faisait office d'animatrice. M<sup>mes</sup> Alexandra Constant, conseillère principale à la FCRSS, et Lillian Bayne, de Lillian Bayne and Associates, étaient également présentes. Cette dernière a d'ailleurs animé les autres tables rondes régionales et participait à la séance de Montréal à titre d'observatrice.

La table ronde s'est déroulée en français. M<sup>me</sup> Diane Gagnon a commencé la rencontre en présentant le programme et l'horaire de la journée. M. Béland a ensuite livré son exposé.

Celui-ci a été suivi d'une discussion durant laquelle les participants étaient invités à faire part de leurs commentaires et opinions sur les obstacles qui nuisent à l'efficacité et l'efficacités des services de santé offerts à la population canadienne vieillissante. Pendant la pause repas, on a demandé aux participants de former trois groupes afin de cerner les principaux enjeux politiques ainsi que les principales lacunes en matière de recherche. Étant donné que le temps alloué aux discussions en groupes était limité, le dernier sujet n'a été abordé que par deux des groupes. Peu avant la fin de la séance, l'animatrice a demandé à un représentant de chaque groupe de présenter aux autres participants les principaux points de discussion abordés par son groupe. À la fin de la rencontre, on a remercié tous les participants et on leur a rappelé de remplir un formulaire d'évaluation avant de quitter la salle de conférence.

Le présent document résume la table ronde régionale de la façon la plus complète possible, compte tenu de la forme de l'événement. En particulier, il souligne les faits saillants de l'exposé du conférencier et récapitule les discussions en groupes, selon les notes prises par les secrétaires des rencontres et les points enregistrés par l'animatrice et confirmés par les participants.

Des comptes rendus semblables ont été préparés pour toutes les tables rondes; ils sont accessibles sur le site Web de la FCRSS à l'adresse [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca). Un rapport de synthèse qui est également disponible sur le site Web donne un aperçu des principaux thèmes qui ont émergé des discussions de toutes les tables rondes et les replace dans un contexte pancanadien.

### **1.3 Aperçu du système de santé et de services sociaux du Québec**

En 1971, les services de santé et les services sociaux du Québec ont été réunis sous la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cette structure intégrée est unique au Canada et même si elle permet au système de répondre aux besoins en matière de santé et de bien-être de la population dans son ensemble, l'organisation des soins et des services pose aujourd'hui encore certaines difficultés.

En décembre 2004, le Parlement du Québec a adopté le projet de loi 25, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, qui vise la restructuration de ces services au Québec. Le nouveau modèle d'organisation est fondé sur trois paliers de gouvernance appuyant l'intégration.

Le MSSS, qui est au sommet de la hiérarchie, est responsable de la planification, du financement et de l'évaluation du réseau provincial des services de santé et sociaux. Au niveau régional, 18 agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ont pour mandat de coordonner la mise en place des services de santé et sociaux ainsi que d'allouer les budgets aux divers établissements et organismes communautaires de leur région respective. Les 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) regroupent tous les partenaires locaux avec qui ils partagent la responsabilité de la santé de la population d'un territoire particulier.

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont l'assise du réseau local de services. Ils sont nés de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH).

Les CSSS coordonnent les services de santé et les services sociaux offerts par l'ensemble des intervenants dans leur territoire respectif. Ils fournissent un large éventail de services, dont des services de première ligne de prévention, d'évaluation et de diagnostic, des services généraux et hospitaliers, des services de réadaptation, des services de soutien ainsi que des services d'hébergement dans des établissements publics. Les CSSS concluent des ententes avec d'autres organismes de leur réseau local (p. ex., des cliniques médicales, des organismes communautaires et des centres hospitaliers universitaires) concernant les services qu'ils ne peuvent offrir. Les personnes, surtout les personnes vulnérables ou de santé fragile, peuvent ainsi recevoir les soins et les services dont elles ont besoin à proximité de leur domicile en plus d'être guidées et soutenues dans l'ensemble du système.

Le cadre organisationnel répondant aux besoins de la population de chaque région se découpe en neuf programmes de services et deux programmes de soutien. Deux programmes de services, à savoir la santé publique et les services généraux – soit les activités cliniques et d'aide qui correspondent aux services de première ligne, répondent à des besoins qui touchent l'ensemble de la population. Les sept autres programmes de services sont consacrés à des problématiques particulières, dont la perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, les dépendances, la santé mentale et la santé physique. Les deux programmes de soutien regroupent des activités de nature administrative et technique appuyant les programmes de services.

Bien qu'ils soient des travailleurs indépendants, les médecins (omnipraticiens et spécialistes) pratiquent au sein du système public et sont rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

Au Québec, des groupes de médecine de famille (GMF) ont pour mandat d'améliorer l'accès de tous les citoyens à un médecin de famille ou omnipraticien. Dans ce type de pratique, les médecins de famille travaillent en étroite collaboration avec des infirmières et avec d'autres professionnels de leur réseau local, plus particulièrement ceux des CSSS.

De plus, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont été mis en place. Associés aux quatre universités dotées d'une faculté de médecine, ils ont pour principal mandat de veiller à la prestation de soins spécialisés et surspécialisés (soins tertiaires et quaternaires) à l'ensemble des régions du Québec.

## **2 EXPOSÉ LIMINAIRE**

### **2.1 François Béland – S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante**

Les questions démographiques, le vieillissement et la viabilité financière peuvent être abordés de différentes façons. L'exposé de M. Béland<sup>3</sup>, qui examinait le sujet du point de vue du Québec, était divisé en cinq parties :

---

<sup>3</sup> Un exemplaire de la présentation de monsieur Béland est accessible sur le site de la FCRSS à l'adresse [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca). Une version anglaise approuvée par monsieur Béland est également disponible.

- ▼ Les dépenses gouvernementales de santé;
- ▼ L'apocalypse démographique : la main-d'œuvre;
- ▼ Vieillesse et dépenses de santé;
- ▼ Dépenses de santé : les facteurs;
- ▼ Réflexions éparses.

### 2.1.1 *Les dépenses gouvernementales de santé*

Bon nombre de postulats relatifs à la non-viabilité du système de santé du Canada en raison des dépenses liées aux besoins croissants de la population vieillissante sont inexacts.

La part des dépenses gouvernementales consacrées aux dépenses de santé n'a cessé d'augmenter au cours des 28 dernières années. En 1980-1981, les dépenses liées à la santé et aux services sociaux représentaient 30,6 p. 100 des dépenses de programmes gouvernementaux, alors qu'en 2007-2008 elles s'établissaient à 44,3 p. 100. En fait, on a constaté une augmentation continue à raison de cinq points de pourcentage par décennie. La question n'est pas tant de savoir si cette tendance est raisonnable, mais plutôt de déterminer si ces données peuvent effectivement servir à prévoir les dépenses liées aux services de santé et aux services sociaux.

Les dépenses ne devraient pas être évaluées et analysées uniquement par rapport aux dépenses totales du gouvernement en matière de santé et de services sociaux, mais en fonction des composantes du système de santé. Quelles composantes des dépenses totales de santé affichent une hausse? Au Québec, les dépenses liées au régime d'assurance-maladie<sup>4</sup> sont demeurées relativement stables de 1975 à 2008, soit autour de 25 p. 100 des dépenses de programmes. En fait, ce sont les dépenses au titre des autres services de santé – médicaments, établissements de soins de longue durée et services à domicile, financés directement au moyen d'une combinaison de financement du gouvernement, d'ententes de quote-part avec les compagnies d'assurance ou de frais directs imposés aux utilisateurs – qui affichent une hausse très marquée, surtout depuis 1995. Tout bien considéré, ce sont ces dépenses qui expliquent l'accroissement des dépenses de santé au Québec. On peut donc conclure que les postulats selon lesquels « le système de santé devrait être privatisé » ou « des frais d'utilisation devraient être exigés » pour réduire les dépenses de santé du gouvernement sont trompeurs. En effet, la majeure partie des dépenses à la hausse sont liées à des secteurs dans lesquels ces approches ont déjà été appliquées.

### 2.1.2 *L'apocalypse démographique : la main-d'œuvre*

L'évolution de la structure par âge, au Québec et dans le reste du Canada, attribuable au changement du taux de dépendance démographique, n'a pas en soi d'incidence directe sur la viabilité du régime d'assurance-maladie. Le taux de dépendance démographique correspond au nombre de jeunes adultes et d'adultes plus âgés (dépendants) par 100 personnes en âge de travailler. Le ratio des actifs par rapport aux non-actifs est en fait une mesure inadéquate de la dépendance. Au lieu de cela, nous pourrions utiliser les données du programme de microsimulation (LifePath) de Statistique Canada pour déterminer le nombre d'heures travaillées par habitant. On remarque d'ailleurs que ce nombre a augmenté entre 1971 et 2010, mais s'est stabilisé chez les hommes. Nous devrions donc tenir compte du fait que les gens prennent leur retraite plus tard.

4 Le régime d'assurance-maladie du Canada est un programme d'assurance-maladie financé par l'État, qui couvre les frais d'hôpitaux et de services médicaux (médecins).

Un tableau du nombre d'heures travaillées dans différents pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) indique que le Canada et les États-Unis se classent au premier rang des pays de l'OCDE avec 867 heures par habitant, loin devant les pays d'Europe. Même si on tient compte du nombre projeté d'heures travaillées au cours des 20 prochaines années, à cet égard, le Canada continue à surpasser les pays d'Europe qui, selon les chiffres de 2000, affichent un nombre réel moindre d'heures travaillées par habitant.

### 2.1.3 *Vieillessement et dépenses de santé*

Nous savons que le vieillissement a une certaine incidence sur les dépenses de santé, mais au Québec, de 1998 à 2007, l'augmentation continue des dépenses de santé est principalement attribuable à la combinaison d'une hausse de l'utilisation et du prix des médicaments et des technologies médicales, et d'une hausse de l'utilisation des services (hausse du volume).

L'âge a peu d'effet, voire aucun, sur les dépenses de santé liées au groupe des 40 ans ou moins. La majorité des dépenses de santé liées ou non au régime d'assurance-maladie sont actuellement attribuables au groupe des 45 à 64 ans. La hausse annuelle de 10 p. 100 des dépenses non associées au régime d'assurance-maladie au Québec de 1987 à 2007 découle de l'augmentation substantielle de l'utilisation et du prix des médicaments ainsi que de l'utilisation des services par cette cohorte. Bien que ces deux facteurs aient entraîné une « explosion » des dépenses non couvertes par le régime d'assurance-maladie, ils sont surtout tributaires d'une augmentation de l'utilisation et du prix des médicaments. Les dépenses non couvertes par le régime d'assurance-maladie continueront de grimper à mesure que la population vieillit. Les personnes de 65 ans et plus sont actuellement responsables d'une hausse d'environ 1 p. 100 à peine des autres dépenses de santé.

### 2.1.4 *Dépenses de santé : les facteurs*

Des études fondées sur les séries chronologiques des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE font ressortir les variables non institutionnelles qui ont plus d'incidence sur les dépenses que l'âge, notamment :

- ▶ le PIB par habitant : incidence significative – plus le PIB est élevé, plus les dépenses de santé sont élevées;
- ▶ l'âge : non significatif en comparaison à d'autres variables;
- ▶ le taux de chômage : non significatif;
- ▶ la participation des femmes à la main-d'œuvre : non significatif;
- ▶ le tabagisme : significatif – augmentation des dépenses;
- ▶ les nouvelles variables à examiner :
  - ▶ le déficit budgétaire public : augmentation des dépenses,
  - ▶ les subventions publiques à l'assurance-médicale privée : augmentation des dépenses,
  - ▶ la quantité de soins inversement associée au coût de la main-d'œuvre.

Certaines variables institutionnelles ont également été cernées, notamment :

- ▶ le premier contact avec les services de santé – le médecin de famille (au lieu de l'hôpital) : baisse des dépenses;

- ▼ la rémunération des médecins par capitation : baisse des dépenses;
- ▼ le ratio entre les dépenses liées aux services communautaires et les dépenses institutionnelles : baisse des dépenses;
- ▼ la prestation publique des services : baisse des dépenses;
- ▼ la recherche médicale, pharmaceutique et technologique : augmentation des dépenses.

### 2.1.5 *Réflexions éparses*

Des études empiriques ont révélé qu'il n'y a pas de lien direct entre le vieillissement de la population et l'évolution des dépenses de santé. Une bonne part de l'augmentation des dépenses liées aux services de santé et sociaux associées à l'âge est en fait attribuable à l'utilisation des services de santé au cours des dernières années de vie. On constate toutefois une diminution des dépenses de santé au cours de la dernière année de vie plus l'âge est élevé au moment du décès. En outre, l'utilisation des soins de longue durée augmente avec l'âge, mais ces services ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie.

M. Béland a fait remarquer que nous vivons dans un monde difficile.

- ▼ Le vieillissement de la population contribue à une hausse des dépenses de santé, mais à hauteur d'environ 1 p. 100 par année seulement et ce phénomène disparaîtra vers 2050.
- ▼ Il est encore possible de freiner le prix et l'utilisation des médicaments et des fournitures médicales ainsi que l'utilisation des services compte tenu du fait que le taux annuel d'augmentation est d'environ 4 p. 100.
- ▼ La privatisation des services de santé et des services sociaux ne fait que transférer le problème des gouvernements aux particuliers en plus d'exacerber le fardeau financier global pour ces derniers alors que les dépenses du secteur privé s'additionnent à celles du secteur public.
- ▼ En fait, le débat sur le vieillissement et les dépenses de santé est un moyen d'éviter le débat sur les problèmes réels (le prix des médicaments et des fournitures médicales et l'utilisation des services) ainsi que sur les solutions pratiques et efficaces.
- ▼ Au chapitre des services médicaux et hospitaliers, le problème est moins financier que clinique (dépenses liées au régime d'assurance-maladie). Les pratiques professionnelles (y compris celles des médecins) doivent être transformées.
- ▼ Le problème est à la fois financier et clinique en ce qui concerne les soins de longue durée. Les aspects financiers, cliniques et administratifs doivent être harmonisés afin de répondre aux besoins des personnes âgées fragiles.
- ▼ Jusqu'à présent, les exemples de réussite ne sont pas légion.

### 3 DÉFINIR LES DÉFIS

Après l'exposé liminaire, on a demandé aux participants d'examiner la question suivante : « Quels sont les principaux défis qui nuisent à l'efficacité et l'efficacités des services de santé offerts à la population vieillissante? » Les points ci-dessous résument cet échange de vues<sup>5</sup>.

Le système de santé du Québec a connu nombre de changements au cours de la dernière décennie. Bien qu'en principe les services de santé et les services sociaux soient censés être intégrés, certains participants considèrent ce modèle difficile à appliquer et à gérer. De surcroît, six ans après la création des CSSS, certains programmes de services (composantes clés de la réforme de 2004) n'ont toujours pas été mis en œuvre dans toutes les régions. Nous devons procéder à la mise en œuvre complète des programmes dans les plus brefs délais afin d'optimiser l'intégration des services. Il a également été souligné que la qualité des services ne concerne pas uniquement les hôpitaux et qu'elle doit s'appliquer à chaque palier du système de santé. Un participant a fait remarquer qu'il serait plus efficace de prendre le temps de définir la cause sous-jacente (non financière) des divers problèmes plutôt que de simplement critiquer la situation.

Le modèle de prestation des services demeure un problème. Les participants étaient tous d'avis que les changements futurs du modèle de prestation doivent être accompagnés d'une modification des modes de financement des programmes, surtout en ce qui concerne la rémunération des médecins. Certains participants croient qu'il ne faut pas examiner uniquement l'aspect financier du système de santé, mais également la pertinence des programmes offerts. Quoi qu'il en soit, les médecins ont convenu qu'ils devaient changer la façon dont ils exercent leur métier et qu'ils doivent faire preuve de plus de souplesse dans la prestation des services, surtout lorsqu'ils s'adressent aux personnes âgées. Il a toutefois été noté qu'une telle souplesse appelle une modification du mode de rémunération des médecins, afin d'éviter que ceux-ci soient pénalisés financièrement.

Au Québec, les groupes de médecine de famille ne se composent actuellement que de médecins et d'infirmières. L'intégration d'autres professionnels permettrait de créer des équipes interdisciplinaires, ce qui serait surtout avantageux pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Un tel arrangement permettrait de plus de libérer les médecins afin qu'ils puissent s'occuper des patients qui ont des besoins urgents et superviser le travail de l'équipe multidisciplinaire.

La hausse constante des dépenses liées aux médicaments a, et continuera d'avoir, une incidence considérable sur les dépenses de santé, à moins que des mesures proactives soient prises pour juguler l'utilisation des médicaments. La façon dont les médicaments sont prescrits doit également être examinée. Le lien entre la prescription de médicaments et une pratique professionnelle de qualité a été souligné. Même si le Québec dispose d'un Conseil du médicament, qui a pour mission de contribuer avec compétence et impartialité à un accès raisonnable et équitable aux médicaments et à leur usage optimal, certains participants estiment que celui-ci n'a pas assez d'influence et qu'il devrait également superviser la façon dont les médicaments sont prescrits.

Un des défis soulignés concernant les services de santé dispensés aux personnes âgées consiste à démystifier la perception du vieillissement et de ses répercussions négatives sur le système de santé. Certains participants ont fait remarquer que si la population vieillit, les personnes âgées sont généralement en meilleure santé qu'autrefois et n'ont pas nécessairement besoin de services de santé coûteux.

---

<sup>5</sup> Les sommaires qu'on retrouve dans le présent chapitre et les chapitres subséquents font état des questions soulevées par les participants; en outre, ils rendent compte de leurs perceptions et de leur compréhension. Aucune tentative n'a été faite pour déterminer l'exactitude des points même si, pour certains, des renseignements concrets ont été fournis par souci de clarté.

D'autres participants ont toutefois précisé que le nombre de personnes âgées présentant des problèmes cognitifs augmente, ce qui complique leur traitement. En effet, outre les médecins et les infirmières, d'autres professionnels de la santé et dispensateurs de soutien doivent être appelés à intervenir.

La conséquence sociale du vieillissement doit être reconnue. En effet, le vieillissement touche aussi bien les familles que le système de santé. À une certaine époque, les enfants adultes faisaient office d'aidants naturels et s'occupaient de leurs parents vieillissants. Cela n'est toutefois plus le cas pour bon nombre de personnes âgées. De nos jours, les enfants adultes vivent souvent loin de leurs parents et ne peuvent leur fournir les soins et le soutien dont ceux-ci ont besoin. Cette réalité représente une charge additionnelle pour la composante des services sociaux du système de santé et pour d'autres ministères. Les programmes touchant des secteurs autres que les services de santé représentent 55 p. 100 du budget du Québec. Le débat sur le vieillissement devrait également englober les ministères responsables de ces programmes afin qu'ils puissent contribuer aux besoins autres que ceux relevant du secteur de la santé des personnes âgées.

L'élargissement des services à domicile au-delà des soins infirmiers permettrait également d'améliorer l'efficacité des soins offerts aux personnes âgées qui préfèrent demeurer chez elles. De même, les personnes âgées devraient avoir la possibilité de continuer à vivre chez elles et de bénéficier des services à domicile appropriés.

De solides systèmes d'information informatisés intégrant des directives cliniques et des algorithmes d'aide à la décision doivent être mis en place afin d'aider les professionnels à mieux traiter leurs patients, surtout ceux souffrant de maladies chroniques.

## **4 SE MOBILISER POUR LE CHANGEMENT : DÉFINIR LES POLITIQUES ET PLANIFIER LES DÉFIS, LES POSSIBILITÉS ET LES STRATÉGIES**

Pendant la pause repas, les participants se sont divisés en trois groupes pour répondre à trois questions sur les politiques et la planification des défis, des possibilités et des stratégies :

- ▼ Quels sont les succès en matière politique?
- ▼ Quels changements faut-il apporter aux politiques?
- ▼ Quelles sont les mesures qui s'imposent pour réaliser des progrès dans ces domaines de politiques?

Les points ci-dessous résument les discussions de tous les groupes.

### **4.1 Succès en matière de politique**

Malgré ses lacunes, le système public de santé du Canada présente de nombreux aspects positifs. Les participants étaient d'accord pour affirmer que le système de santé du Canada doit être préservé, mais que son image doit être redorée.

Bien que partielle, la réforme de 2004 des services de santé et des services sociaux du Québec a donné de bons résultats. Elle a favorisé une meilleure intégration des services à l'échelle locale (CSSS) et la création de solides partenariats avec des organismes communautaires.

Les participants ont précisé que les crédits d'impôt accordés aux personnes âgées qui bénéficient de soins à domicile sont un des programmes clés mis de l'avant par le gouvernement du Québec afin d'aider les personnes âgées à demeurer plus longtemps à la maison. D'autres programmes et politiques socioéconomiques, comme le régime public d'assurance médicaments, ont eu des répercussions bénéfiques pour les personnes âgées.

Le programme Accueil clinique (point d'entrée clinique) adopté par certains CSSS s'est avéré bénéfique pour les personnes qui ont besoin de soins hospitaliers, incluant les personnes âgées. La clientèle qui présente des symptômes subaigus provenant des cliniques médicales n'a pas besoin de se rendre au service d'urgence afin d'avoir rapidement accès à des services de diagnostic et spécialisés dans un hôpital ou un autre centre spécialisé. Une infirmière facilite l'acheminement du patient dans le système et assure un lien plus efficace entre la clinique médicale (le médecin de famille du patient) et les services hospitaliers. Nonobstant ce nouveau service offert par divers CSSS, il reste du pain sur la planche pour renforcer les liens entre les services de soins de santé primaires et secondaires.

La politique de stratification des besoins à l'aide de la pyramide Kaiser est un autre exemple d'approche efficace en matière de soins aux adultes et aux personnes âgées (dans les régions où elle a été mise en œuvre) souffrant d'affections chroniques. Dans le modèle Kaiser, les services sont intégrés, peu importe où se trouve le patient dans la pyramide.

Dans certaines régions du Québec, un partenariat expérimental entre les secteurs public et privé permet aux personnes âgées d'obtenir leur congé de l'hôpital plus tôt qu'à la normale après une chirurgie et d'être transférées dans des établissements d'hébergement privés où ils recevront des soins infirmiers pendant leur période de rétablissement et de convalescence. L'indemnité forfaitaire versée par le gouvernement pour ce type de services est d'environ 180 \$ par jour, ce qui est nettement inférieur à celle accordée aux hôpitaux. Qui plus est, cette solution permet de libérer des lits pour les patients des soins de courte durée.

Les efforts investis dans la promotion de la santé et la prévention des maladies expliquent en partie le fait que les personnes âgées sont en meilleure santé qu'autrefois. Les partenaires communautaires doivent continuer de promouvoir le programme Vieillir en santé (nutrition, activités physiques, stimulation intellectuelle et autres activités). De même, la diffusion par des professionnels de la santé d'information sur la prévention par les soins personnels dans le cadre de différents types de forum permettra aux personnes âgées de demeurer autonomes plus longtemps et de réduire la charge de travail des professionnels de la santé.

## **4.2 Modifications nécessaires aux politiques et mesures requises pour réaliser des progrès dans des domaines de politiques**

Les changements devant être apportés aux services de santé et sociaux ne peuvent être planifiés dans une perspective à court terme, comme c'est souvent le cas avec d'autres changements politiques. De même, il doit y avoir une cohérence entre les orientations et désirs politiques, et les mesures de suivi adoptées par le gouvernement. L'augmentation des services à domicile a fait l'objet de nombreux débats ces dernières années au Québec, mais les fonds nécessaires n'ont jamais été dégagés afin de respecter cette promesse politique.

Des participants ont mentionné que l'argent semble être un facteur déterminant dans le choix des mesures mises en œuvre. En effet, tout porte à croire que le gouvernement ne met en œuvre que les éléments les plus faciles des programmes et abandonne les aspects plus complexes. Les pratiques de financement du Québec doivent être examinées afin de s'assurer que les fonds et la main-d'œuvre nécessaires sont alloués non seulement aux hôpitaux, mais également à l'ensemble des composantes du système de santé et de services sociaux. Certains participants étaient d'avis que les fonds devraient être dirigés plus particulièrement vers les réseaux locaux.

Un des participants a indiqué que le *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2010* du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec s'intéresse particulièrement aux soins et aux services offerts aux personnes souffrant de maladies chroniques<sup>6</sup>. Le rapport comprend des recommandations dont il faudrait tenir compte afin d'améliorer la qualité des services fournis aux personnes atteintes de maladies chroniques, nombre d'entre elles étant des personnes âgées.

L'importance de promouvoir les soins aux personnes âgées fait l'unanimité. De même, ces professionnels ainsi que le personnel de soutien qui travaillent déjà auprès de personnes âgées doivent être valorisés. Une étude des conditions de travail des professionnels et auxiliaires, surtout ceux qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée, s'impose. Ces intervenants devraient de plus suivre une formation continue afin d'être en mesure d'aider adéquatement les personnes âgées. Le financement de la formation continue ne devrait pas être réduit.

Les modes de rémunération des médecins doivent être modifiés afin d'offrir plus de souplesse en matière de prestation de services aux personnes âgées tout en assurant une rémunération adéquate aux médecins<sup>7</sup>. Des équipes interdisciplinaires doivent être intégrées aux services aux personnes âgées, surtout pour celles souffrant de maladies chroniques.

Les personnes âgées doivent changer leurs habitudes d'utilisation du système de santé. Il faut les encourager à utiliser des sources de services autres que les hôpitaux ou les médecins.

## **5 DÉTERMINER LES BESOINS EN MATIÈRE DE RECHERCHE POUR AMÉLIORER LES SERVICES DE SANTÉ OFFERTS À LA POPULATION VIEILLISSANTE**

On a demandé aux groupes de participants d'examiner deux questions interdépendantes sur les besoins en matière de recherche :

- ▼ Quelles sont les lacunes de connaissances sur les défis abordés qu'il faut corriger?
- ▼ À quelles questions faut-il répondre pour relever les défis?

Puisque les trois groupes n'ont pas discuté en détail de ces questions, le résumé ci-dessous est très sommaire.

---

6 Le rapport est accessible à l'adresse [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca).

7 La Colombie-Britannique a mis en place un certain nombre d'incitatifs financiers pour encourager les médecins de famille à fournir des services complets aux personnes âgées. Des codes de frais sont utilisés afin qu'on puisse inclure les paiements dans un système de rémunération à l'acte. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le site [www.gpsc.bc.ca](http://www.gpsc.bc.ca).

## 5.1 Lacunes à corriger et questions à régler en matière de connaissances

Les participants ont fait remarquer que la réforme de 2004 du système de santé et de services sociaux du Québec doit être entièrement mise en œuvre. Certains soulignent toutefois que de nombreux réseaux locaux ne possèdent pas les connaissances et l'expertise nécessaires pour déployer les programmes. Les fournisseurs de services de santé savent quelles mesures sont nécessaires, mais pas nécessairement comment les mettre en œuvre. Peu de recherches s'intéressent à la mise en œuvre efficace et efficiente des soins et des services. L'évaluation des pratiques novatrices et la diffusion de leurs résultats doivent être appuyées. Les participants étaient également tous d'avis que la prestation de services devait faire l'objet d'analyses d'incidences périodiques.

Il n'existe pas de culture établie en recherche au Québec; la recherche doit être favorisée et appuyée par tous les échelons des systèmes de santé et des services sociaux. Pour l'instant, l'évaluation des services de santé est fragmentée et axée principalement sur le volume plutôt que sur les indicateurs des résultats. De surcroît, peu d'indicateurs de la satisfaction des clients sont recueillis. Une des rares statistiques fournies aux Québécois concerne les temps d'attente aux services d'urgence. Un robuste système d'évaluation continue doit être mis en place. De plus, il serait utile de valider les indicateurs liés au rendement et de recueillir des données sur ceux qui présentent une certaine valeur analytique.

La compréhension des divers aspects d'une population ou d'un sous-groupe d'une population ainsi que le suivi de l'évolution des problèmes de santé liés à ceux-ci permettraient d'orienter le développement de programmes répondant à leurs besoins particuliers.

Certains participants ont souligné la nécessité de créer des modèles de soins préventifs.

## 6 RÉSUMÉ

Bien que de nombreux points importants aient été soulevés, quatre thèmes ont émergé des discussions sur les défis liés au vieillissement de la population, les principaux problèmes en matière de politiques ainsi que sur les domaines de recherche futurs, et sont présentés ci-dessous sans suivre un ordre particulier.

- ▼ La réforme de 2004 du système de santé du Québec, qui préconisait une meilleure intégration des services, doit être achevée et un soutien doit être offert aux parties qui éprouvent des difficultés à mettre en œuvre certains des programmes prévus par la réforme. D'autres nouveaux programmes tels que le programme Accueil clinique (lancé dans certains hôpitaux pour assurer un lien rapide entre les niveaux de soins primaires et secondaires et améliorer la qualité des services aux patients, en particulier les personnes âgées) doivent être créés et mis en œuvre partout dans le système de santé. Les analyses d'incidences des divers programmes doivent être réalisées de façon systématique afin d'évaluer l'efficacité des programmes.
- ▼ Les médecins présents étaient tous d'avis que des changements fondamentaux doivent être apportés aux modes de rémunération des médecins afin d'améliorer les pratiques de santé dans la province, surtout en ce qui concerne les services offerts aux personnes âgées et plus particulièrement celles atteintes de maladies chroniques. Selon les participants, le besoin de réaliser du travail interdisciplinaire avec d'autres professionnels de la santé, y compris les infirmiers et infirmières, est important afin de maximiser l'utilisation du temps des médecins et d'améliorer les services aux personnes âgées. De plus, les personnes âgées doivent apprendre à demander conseil à d'autres professionnels de la santé au lieu de toujours se tourner vers les médecins pour leurs problèmes de santé.
- ▼ Même si le coût des médicaments continue de grimper, la façon dont les médicaments sont prescrits devrait être examinée. La prescription de médicaments doit être réalisée selon des pratiques professionnelles de qualité.
- ▼ Une culture qui valorise la recherche doit être élaborée et adoptée par tous les échelons du système de santé et de services sociaux. Le système de santé et de services sociaux doit être évalué sur une base continue à l'aide d'indicateurs pertinents et fiables afin de mesurer les résultats des divers programmes et de déterminer les changements nécessaires pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de services de santé et sociaux.