

Éditorial

Les services de longue durée: que nous réserve l'avenir?

François Béland est rédacteur en chef sortant de *La Revue canadienne du vieillissement*, poste qu'il a occupé pendant six ans après avoir été rédacteur à la section des sciences humaines. Il est tout à fait approprié qu'il mette fin à son mandat par la publication en deux articles, et avec l'aide de sa collaboratrice Delphine Arweiler, d'un schéma conceptuel rigoureux sur la planification des services de longue durée.

Les deux articles publiés dans le présent numéro de *La Revue* arrivent d'ailleurs à point nommé pour une autre raison. La campagne bien orchestrée sur le déficit et la dette publics place les restrictions financières sur les ressources au premier rang des préoccupations. Elle a pour effet d'écartier et même d'éclipser certaines questions fondamentales dont il faudrait s'occuper pour prendre des décisions avisées en matière de politiques et de stratégies sur les services de longue durée.

Le premier des deux articles traite des éléments constitutifs de la planification stratégique, de leurs rapports, de leur complexité et des questions de politiques et de planification qu'ils soulèvent; c'est là un prélude utile au modèle conceptuel présenté dans le deuxième article. Dans leur présentation de chaque élément du schéma et dans l'intégration de ceux-ci au modèle conceptuel, les auteurs font ressortir les enjeux principaux en matière de services de longue durée auxquels sont confrontés les gérontologues, les décideurs, les planificateurs, les praticiens et le public.

L'établissement des priorités et des objectifs, le choix de l'organisme de mise en oeuvre de la politique et la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des objectifs se fondent obligatoirement sur un système de valeurs. À cet égard, Béland et Arweiler entrent d'emblée dans le vif du sujet en s'interrogeant sur les valeurs qui devraient sous-tendre les politiques et la planification des services de longue durée. Ils soulignent que les documents provinciaux sur les politiques de services de longue durée reconnaissent le caractère fondamental de l'autonomie en matière de qualité de vie des aînés fragiles. Toutefois, le sous-développement des valeurs servant de fondement aux politiques est inquiétant puisque la capacité des aînés à exercer leur autonomie par l'accès aux ressources dont ils ont besoin pour la maintenir dépend des valeurs sociétales.

Dans une société fondée sur les valeurs individualistes, l'accès aux services ne repose pas sur le besoin mais plutôt sur le mérite. Ainsi, les asiles d'indigents de l'Angleterre du XIX^e siècle servaient également de centres d'hébergement aux aînés démunis ou indigents qui ne bénéficiaient d'aucun soutien social. Mais ces derniers devaient mériter leur entrée et l'accès leur était refusé si leur conduite n'était pas jugée conforme aux normes de

la collectivité ou de l'Église. De nos jours, c'est la capacité d'un individu d'acheter l'aide dont il a besoin qui détermine en quelque sorte son mérite, témoignage d'une société reposant sur des valeurs individualistes. Les aînés démunis dont le budget ne suffit pas à acheter les services qui assureront leur autonomie doivent assumer les risques qu'ils courent et les conséquences qui en découlent.

Par ailleurs, les auteurs signalent que les valeurs collectivistes créent une société constituée de citoyens unis qui se partagent les coûts des ressources accessibles à chacun, au besoin. Au cours des trois dernières décennies, les Canadiens ont optés pour des valeurs collectivistes en matière de services médicaux et hospitaliers. Les sondages d'opinions persistent à révéler que la plupart des Canadiens apprécient les conséquences de l'adoption de ces valeurs. De plus, une étude récente de trois pays (Blendon & Taylor, 1989) indique que seulement 3 pour cent des Canadiens préféreraient le système américain des soins de santé fondé sur des valeurs individualistes.

Mais il se développe actuellement des courants qui remettent en question nos valeurs collectivistes. Les groupes d'intérêts et les gouvernements utilisent les médias non seulement pour souligner la nécessité de restreindre les dépenses dans le but d'éponger le déficit et la dette publics mais pour convaincre de faire désormais reposer les services sociaux et le système de santé sur des valeurs individualistes. La rhétorique et le langage employés pour persuader le public du besoin de cette transformation dirigent de plus en plus l'attention sur la quantité d'impôts que nous payons plutôt que sur les bienfaits des services que nos taxes nous procurent. À ce virage négatif s'ajoutent, dans un premier temps, les réductions actuelles et futures des transferts fédéraux des quelques prochaines années, en vertu du nouveau programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Ce programme regroupe les anciens Accords sur le Financement des programmes établis (FPE) et le défunt Régime d'assistance publique du Canada qui aidaient les provinces à financer les services de longue durée. Dans un deuxième temps, on remarque les tentatives de certaines provinces de contourner les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, ouvrant ainsi la porte à l'établissement d'un système de santé à deux vitesses. Ensemble, ces nouveaux courants accentuent nos préoccupations en matière d'engagement dans un contexte de services de longue durée reposant sur des valeurs collectivistes. Et les récentes publications provinciales sur le sujet n'ont rien fait pour apaiser nos inquiétudes: en plus d'écarter totalement la question des valeurs, les déclarations qu'elles mettent de l'avant sur l'augmentation des choix offerts aux clients des services de longue durée semblent plutôt préconiser le chacun pour soi au détriment de ressources publiques plus étoffées qui serviraient mieux les personnes âgées frêles.

Béland et Arweiler font remarquer le lien étroit entre les valeurs et le rôle de l'État; ce lien constitue l'instrument de transformation des valeurs sociétales en politiques et en décisions de planification et son effet se répercute sur l'ensemble des services de longue durée. Les valeurs adoptées par l'État et la mesure dans laquelle celui-ci décide ensuite d'assurer l'égalité

d'accès aux services, d'allouer les ressources et d'établir les priorités ont un impact important sur les questions organisationnelles, notamment sur le rôle des secteurs privé et public et la qualité des soins (voir le tableau 3 du premier article de Béland et Arweiler). La récente grève des soignants à domicile de Winnipeg (Manitoba) illustre bien le lien étroit entre les valeurs et le rôle de l'État mais aussi la relation de ces deux éléments à l'idéologie et l'impact de tous ces liens sur l'organisation et la prestation des soins à la communauté.

La grève suivait l'annonce par le gouvernement que 25 pour cent des soins personnels accordés par les soignants de Winnipeg allaient être privatisés dans les trois mois, dans une étape initiale de privatisation de tous les services de la municipalité. Le seul motif invoqué alors par le gouvernement était l'augmentation des coûts de ces services – une augmentation peu surprenante étant donné la croissance du nombre d'ainés, la diminution du rapport entre le nombre de lits et le nombre d'ainés très âgés dans les centres d'accueil, la réduction des effectifs du secteur hospitalier et l'augmentation des jeunes adultes handicapés qui optent pour la vie dans la communauté.

Par ailleurs, alors que la réduction des coûts servait de justification à la privatisation, les déclarations des représentants gouvernementaux ne s'accordaient pas sur la réalité et le montant des économies à tirer. Le premier ministre déclarait que le gouvernement prévoyait épargner 10 millions de dollars. De son côté, le ministre de la santé indiquait qu'il n'y aurait pas d'économies. Lorsqu'on l'a interrogé sur la disparité des deux déclarations, un sous-ministre adjoint à la santé a déclaré qu'on pourrait sans doute épargner 10 millions de dollars mais qu'on ne pouvait rien estimer avec précision.

Un front commun d'ainés, de groupes de revendication de personnes handicapées, de groupes confessionnels et de soignants à domicile ont réagi à l'annonce du gouvernement et à la grève qui a suivi en convoquant une assemblée publique, en finançant une manifestation et en tenant une audience publique devant l'assemblée législative. À son tour, le gouvernement n'a pas présenté de nouvel argument en faveur de la privatisation. Il a simplement rappelé que le coût des services communautaires augmentait et a ajouté que les citoyens dont l'évaluation par les responsables du programme de soins continus révélerait un besoin bénéficieraient des services comme auparavant. Cette assurance a été donnée en dépit de la diffusion par l'opposition d'un document du Conseil du Trésor proposant la division des services de santé communautaires en services essentiels et en deux autres catégories non déterminées, ce qui laissait supposer qu'on ne devait pas s'attendre au maintien gratuit de tous les services en place.

Les résultats d'études manitobaines et d'autres études présentés lors de ces rencontres publiques ont démontré que: (1) la facture gouvernementale du coût horaire moyen des soignants à domicile de Winnipeg était moins élevée que celles d'autres centres urbains comme Montréal, Toronto et Vancouver; (2) le coût annuel à l'égard d'une personne recevant des soins était

et continuait d'être modeste et substantiellement plus faible que le coût attribuable aux autres solutions; (3) le pourcentage d'aînés recevant des soins communautaires au cours d'une année se maintenait à environ 10 pour cent depuis 10 ans mais le nombre d'aînés avait augmenté tout comme la quantité de services accordés puisque le nombre relatif d'établissements de soins pour malades aigus et de services de longue durée avait diminué; et (4) le taux de roulement des soignants à domicile en Colombie-Britannique était relativement plus élevé chez les travailleurs du secteur lucratif privé (50%) que chez les travailleurs syndiqués (32%) (Hollander, 1994) et plus élevé dans les deux cas que chez les soignants du Manitoba; on a pu constater ces résultats en consultant des statistiques fournies par les responsables de Santé Manitoba.

Des représentants de groupes d'aînés et de jeunes adultes handicapés se sont individuellement et collectivement penchés sur l'importance qu'ils accordaient à la permanence du personnel et à la qualité des soins. Ils ont signalé à plusieurs reprises que le même soignant les avait aidés depuis trois à six ans, qu'il était bien formé et qu'il avait su adapter ses services aux préférences et aux besoins parfois très personnels de ses clients. Les prestataires de soins à domicile qui avaient dû recevoir des soins d'entreprises privées, à cause de la grève, ont fait remarquer que le personnel de substitution était mal formé, qu'on leur envoyait un soignant différent presque à chaque visite et ils ont ajouté qu'ils n'étaient pas satisfaits de la qualité ni de la continuité des services offerts. Ni le ministre ni les fonctionnaires n'ont pu donner l'assurance ferme que les normes de qualité ou la continuité des soins seraient maintenues.

Certaines conclusions ressortant du débat public qui s'est poursuivi durant les quatre semaines de grève confirment la pertinence et l'importance du modèle de services de longue durée établi par Béland et Arweiler. D'abord, les déclarations contradictoires des responsables gouvernementaux sur la réduction des coûts et l'absence du moindre argument en faveur de la privatisation émanant des fonctionnaires indiquent bien que le gouvernement est plus disposé à réduire la participation de l'État aux services de longue durée qu'à réaliser des économies.

En deuxième lieu, il faut noter que l'annonce de la réduction de la participation de l'État ne comportait aucune garantie sur la qualité et la continuité des soins, en dépit de demandes répétées de la part des prestataires de services. Voilà qui rehausse l'importance que Béland et Arweiler attribuent à la relation entre le rôle de l'État et les éléments principaux de l'organisation des services de longue durée. De plus, on a signalé deux occasions où les prestataires de soins communautaires ont été pressés d'acheter, auprès des soignants d'entreprises privées consultés durant la grève, des services supplémentaires dont ils n'avaient pas besoin. On pourrait voir là la nécessité d'accorder plus d'attention à la protection des consommateurs contre l'exploitation en définissant des standards à l'égard des soins accordés par l'entreprise privée. Les aînés ont souvent constitué un sous-groupe victime d'escroquerie et pourraient devenir une proie facile pour des

entreprises de services, à moins que des mécanismes de protection périodique ne soient mis en place.

Troisièmement, la présence de prestataires de soins et de leur personnel à plusieurs manifestations durant la grève démontre la perspicacité dont font preuve Béland et Arweiler en situant le rôle de la famille sur le même plan que celui de l'État. Plus encore, on peut déceler l'importance des effets de cette combinaison sur les questions organisationnelles. Certaines personnes-soutien se sont objectées à la décision du gouvernement et des pancartes fichées sur le devant de leur maison signalaient bien l'appui substantiel que les personnes-soutien et le public accordent aux soins à domicile et au maintien de la participation de l'État en matière de soins communautaires. Le soutien apporté par les familles et la population en général a une portée sur un autre aspect important des services de longue durée du modèle de Béland et Arweiler, à savoir la distribution des ressources; en effet, on peut supposer que la mobilisation de l'appui du public pourrait servir à souligner l'insuffisance actuelle des fonds consacrés aux soins communautaires.

Quatrièmement, la grève et le débat qui a suivi font état du caractère sérieux et de l'urgence de la situation. Il importe que l'on s'occupe rapidement de toutes les questions qu'ils ont fait surgir et de celles que signalent Béland et Arweiler, qu'il s'agisse du choix d'un modèle ou du financement des services de longue durée.

En plus de soumettre un schéma conceptuel servant à examiner les enjeux des services de longue durée, les auteurs présentent, par la construction des éléments de leur modèle, des idées auxquelles on doit s'attarder parce qu'elles proposent une nouvelle dimension des services communautaires et des soins en établissement de longue durée. Nous avons trouvé particulièrement intéressantes les raisons et les possibilités invoquées pour l'attribution de la responsabilité du financement et du contrôle aux organismes de soins communautaires. La responsabilité concernerait non seulement les soins communautaires mais également les ressources des établissements de services de longue durée et des logements protégés. Cette suggestion repose sur le motif que les organisations de première ligne seraient les mieux placées pour évaluer les besoins en ressources et maximiser leur rendement.

Les deux articles constituent une contribution majeure aux services de longue durée au Canada parce qu'ils mettent l'attention sur des points importants qui en détermineront l'avenir. Reste à souhaiter que les points traités se voient attribuer l'ordre de priorité établi par les auteurs et que leur mise en oeuvre crée un avenir répondant au désir d'autonomie et aux besoins des aînés démunis.

Références

- Blendon, R.J., & Taylor, H. (1989). Views on health care: Public opinion in three nations. *DataWatch. Health Affairs*, Spring, 149-157.

Hollander, M.J. (1994). *The Costs and cost-effectiveness of continuing-care services in Canada*. Queen's-University of Ottawa Economic Projects 94-10, Administration Health Sciences Medicine.

E. Shapiro