

Consultation publique sur les conditions de vie des aînés

Favoriser des liens pour assurer de meilleures
conditions de vie aux aînés

Mémoire présenté à :

M^{me} Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés

M^{me} Sheila Goldbloom, professeure retraitée de
l'Université McGill

D^r Réjean Hébert, doyen, Université de Sherbrooke

Par :

L'Association québécoise d'établissements de santé et de
services sociaux

Montréal, le 12 novembre 2007

© **Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2007**

505, boul. De Maisonneuve Ouest
Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : (514) 842-4861
Site Web : <http://www.aqesss.qc.ca>

Dépôt légal – 3^e trimestre 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 978-2-89636-055-0

Ce document est disponible gratuitement sur le site www.aqesss.qc.ca.
La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention
de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS)

Au printemps 2005, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) naissait de la fusion de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. La nouvelle organisation est ainsi devenue le porte-parole de quelque 140 établissements membres.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir les établissements membres dans l'exercice de leurs missions afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux pour la population du Québec.

L'Association offre une gamme de services collectifs et individuels à l'ensemble de ses membres et contribue au développement des réseaux intégrés de services dans une perspective populationnelle.

Table des matières

INTRODUCTION :	VII
1. LA CITOYENNETÉ N’A PAS D’ÂGE.....	1
2. UN CHANGEMENT DE PERCEPTION ET DE MENTALITÉ POUR CONTRER LES STÉRÉOTYPES, LES PRÉJUGÉS ET LES SUJETS TABOUS.....	3
2.1 Les stéréotypes ou les préjugés; signe d’une méconnaissance	3
2.2 Des efforts consentis pour combattre les préjugés et changer les mentalités... ..	4
3. LES DÉFIS QUI NOUS ATTENDENT	6
3.1 La projection démographique.....	6
3.2 Les personnes âgées sont responsables de leur santé	6
3.3 65 ans : une balise qui n’est pas synonyme de perte d’autonomie	6
3.4 La chronicité, une tendance à surveiller.....	7
3.5 Des clientèles qui présentent des multiproblématiques.....	8
4. LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : UN APPUI CONTINU À LA SANTÉ, À L’AUTONOMIE ET AU BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS.....	10
4.1 Une gamme de services coordonnés	10
4.1.1 Quelques maillons manquants ou faibles.....	10
4.2 Offrir les services dans le milieu le plus approprié.....	11
4.2.1 Le maintien de la personne à son domicile.....	11
4.3 Les ressources d’hébergement	13
4.3.1 Les résidences privées collectives : un des milieux de vie des personnes....	14
4.3.2 Les ressources intermédiaires ou de type familial	14
4.3.3 Une réglementation municipale à adapter.....	14
4.3.4 Les centres d’hébergement	15
4.4 Les services fournis en milieu hospitalier.....	16
4.5 L’apport décisif des proches-aidants	17
5. ASSURER LA PÉRENNITÉ DES SERVICES AUX AÎNÉS	19
CONCLUSION	21

INTRODUCTION

Le Québec compte en ce moment environ un million de personnes âgées de 65 ans et plus. D'ici une vingtaine d'années, leur nombre aura doublé et les aînés représenteront alors le quart de notre population. C'est énorme. Notre société aurait tort de croire qu'elle pourra se priver des connaissances, de l'expertise et de la contribution de si nombreux citoyens. C'est pourquoi il faut dès maintenant s'attaquer à la tâche de leur faire une place importante au sein de nos activités collectives.

La majorité des personnes de 65 ans et plus sont en bonne santé même si les plus âgées d'entre elles exigent plus de soins et plus de services. Déjà, notre système de santé et de services sociaux a subi d'importants changements au cours des dernières années pour mieux répondre à leurs besoins. Mais encore aujourd'hui, l'offre de services à domicile, notamment, ne répond pas à la demande alors que nous savons tous que pour leur bien être, nos aînés souhaitent demeurer chez eux le plus longtemps possible. Nous devons donc collectivement continuer nos efforts pour développer des services permettant à nos aînés de demeurer dans leur milieu, notamment en soutenant leurs proches et leur famille, indispensables pour éviter que la vieillesse ne conduise inévitablement à l'isolement et à la solitude; pour éviter que nos aînés cessent de participer à la société.

Le défi de maintenir nos aînés actifs et impliqués ne relève pas uniquement de l'organisation des soins de santé ou de services sociaux. L'ensemble de la société doit trouver les moyens de faciliter partout et en tout temps la participation et l'implication des aînés, leur assurer sécurité et santé et favoriser leur autonomie et leur bien-être. Cela implique notamment un changement de perception et de mentalité pour contrer les stéréotypes et les préjugés à leur égard et la nécessité de revoir, comme le mentionne l'Oxford Institute of Ageing, l'organisation de nos villes et de nos banlieues pour éviter la ghettoïsation des aînés dans des complexes construits à l'écart de toute activité civique.

1. LA CITOYENNETÉ N'A PAS D'ÂGE

Les citoyens âgés ont une place dans la société qu'ils sont à même d'affirmer. Ils ont une responsabilité quant à leur santé et leurs rôles civiques et sociaux. Divers autres acteurs de la société, dont le réseau de la santé et des services sociaux, ont des responsabilités envers leurs concitoyens âgés. L'actualisation du potentiel des aînés est une responsabilité qui ne peut être assurée efficacement que si elle est assumée solidairement.

Le vieillissement n'est ni une maladie ni un handicap. Les aînés sont des citoyens âgés, mais ils demeurent des citoyens. Ils peuvent continuer à remplir leur rôle dans la société. Pourvu, bien sûr, que la société continue de leur faire une place dans ses rangs. La participation des personnes âgées à la société doit être valorisée et leur potentiel reconnu.

Avoir 65 ans aujourd'hui n'a plus du tout le même sens qu'il y a quelques décennies. Les aînés d'aujourd'hui veulent se prendre en main, ne plus être dépendants de l'État et demeurer en bonne santé le plus longtemps possible.

Les aînés fournissent un apport considérable à la société québécoise dans divers domaines. Le rôle utile, voire essentiel, qu'ils jouent dans le bon fonctionnement de la société mérite d'être mis en valeur et d'être exploité davantage. Cette contribution des aînés à la société devrait pouvoir se développer et se diversifier de plus en plus dans le futur.

Les nouvelles activités des aînés, comme par exemple, le travail à temps partiel, le bénévolat et le rôle actif de grands-parents ont complètement redéfini le « retraité traditionnel ». L'implication des personnes âgées dans la société et leur engagement auprès des leurs font maintenant toute la différence.

C'est bien sûr la responsabilité des aînés de continuer à prendre leur place, à actualiser leur potentiel, à être des citoyens contributifs. C'est toutefois la responsabilité de tous les acteurs sociaux de se solidariser pour reconnaître leur rôle et leur contribution.

Les établissements publics de santé et de services sociaux, membres de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), reconnaissent leurs responsabilités auprès des personnes âgées à qui ils fournissent des services. Ils estiment, en effet, avoir, auprès des aînés à la santé précaire ou en perte d'autonomie, une responsabilité essentielle et indispensable à remplir, que ce soit pour leur donner des services ou pour assurer le respect de leur rôle de citoyen.

Cette responsabilité ne leur est pas exclusive et elle ne peut pas l'être. En effet, les problèmes de santé et de bien-être que vivent plusieurs personnes âgées ne sont souvent que les répercussions de leur précarité économique ou de leur isolement social. Aussi, les solutions envisagées pour la préservation de leur santé, pour leur bien-être, pour le maintien de leur autonomie ou leur protection exigent-elles toute l'action solidaire de plusieurs acteurs sociaux.

Dans cette perspective, le fait que l'on ait spécifiquement confié à une ministre la responsabilité de soutenir nos aînés, d'animer et d'orchestrer la réponse gouvernementale à leurs besoins, et le fait que le document de consultation sur la condition de vie des aînés affirme, d'entrée de jeu, que ces conditions sont « un enjeu de société et une responsabilité qui nous interpelle tous » nous apparaissent comme étant des pas dans la bonne direction.

R1 L'AQESSS souhaite que cette consultation conduise le gouvernement à définir des orientations claires, en interpellant tous les partenaires vers un projet collectif qui facilitera partout la participation et l'implication des aînés à la société, qui leur assureront sécurité et santé et favoriseront leur autonomie et leur bien-être.

2. UN CHANGEMENT DE PERCEPTION ET DE MENTALITÉ POUR CONTRER LES STÉRÉOTYPES, LES PRÉJUGÉS ET LES SUJETS TABOUS

Dans le cadre de cette consultation, on accorde une grande importance à la dénonciation des préjugés à l'égard des aînés. Les actions des divers acteurs de la société doivent se conjuguer pour faire en sorte de diminuer les préjugés et les tabous et miser davantage sur le potentiel des personnes âgées.

2.1 Les stéréotypes ou les préjugés; signe d'une méconnaissance

Une méconnaissance de la réalité des personnes âgées peut expliquer, en partie, la persistance de certains stéréotypes et de préjugés à leur égard.

Par exemple, les problèmes de santé mentale ou de suicide chez les gens âgés sont souvent confondus avec d'autres problématiques que l'on banalise en les mettant sur le compte de la « nostalgie » ou d'un manque de « goût de vivre » qui seraient propres à la vieillesse.

Alors que l'ensemble de la population connaît un suicide réussi pour 100 tentatives, cette proportion est de 1 pour 4 chez les aînés¹.

Autre exemple, des situations qui nous apparaîtraient pénibles ou intolérables si elles étaient le lot de la population en général sont considérées comme peu importantes lorsqu'elles concernent les personnes âgées. Cela s'explique, la plupart du temps, par une tendance à considérer les aînés comme de « vieux malcommodes, chialeurs et jamais contents », comme des citoyens de second ordre, sans valeur et sans pouvoir.

¹ Morin, Prévile et Clain, 2000.

Le phénomène de la surconsommation ou de la mauvaise consommation de médicaments par les gens âgés pourraient résulter d'une tendance adoptée par certains prescripteurs d'accorder plus d'importance à l'organe malade qu'à la situation globale de l'état de santé de la personne. Ce phénomène peut également être dû à la propension de certaines personnes âgées à gérer elles-mêmes la façon dont elles consomment leurs médicaments, qu'ils soient prescrits ou non.

Parmi les conséquences les plus tragiques occasionnées par les préjugés envers les citoyens âgés, il faut souligner la résistance du personnel de la santé à travailler et à s'engager auprès d'eux. À un point tel que plusieurs estiment que la méconnaissance du vieillissement et la non-valorisation des personnes âgées sont des facteurs qui peuvent expliquer la pénurie de ressources humaines qui caractérise le secteur des services aux personnes âgées, particulièrement les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Cette pénurie ne concerne pas que le secteur des services aux aînés, bien sûr, et elle a sans doute des motifs divers, mais plusieurs croient, cependant, que la perception entretenue envers « les vieux » accentue les problèmes de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre dans les services aux aînés.

2.2 Des efforts consentis pour combattre les préjugés et changer les mentalités

Les établissements publics accordent la plus haute priorité à cette situation : plusieurs initiatives ont été prises pour enrichir les connaissances et les compétences des ressources humaines afin qu'elles soient bien outillées pour comprendre la réalité des aînés et faire face aux exigences de cette clientèle. Par exemple, l'implantation en milieu d'hébergement et de soins de longue durée de l'approche milieu de vie fait la promotion d'une approche de soins et de services personnalisés qui encouragent le respect et la participation active de la personne âgée. Conséquemment, les gestionnaires appliquent une politique de tolérance zéro à l'endroit de tout manquement, abus ou acte de violence à l'endroit de la clientèle. De plus, des actions sont en cours dans plusieurs établissements en matière de prévention en vue notamment de réduire la consommation inappropriée de médicaments.

Le réseau de la santé et des services sociaux est conscient que les personnes qui travaillent auprès des aînés en perte d'autonomie ont une lourde tâche et que l'on doit reconnaître et valoriser leur rôle afin de favoriser le maintien de leur implication.

Les instituts de gériatrie et les instituts de psychiatrie (en lien avec la problématique de santé mentale chez les aînés) jouent un rôle pour « démolir » les stéréotypes et les préjugés à l'égard du vieillissement. Ils soutiennent également les établissements, les intervenants et

les médecins dans l'acquisition des connaissances pour que l'offre de services soit la plus adéquate. Le défi qui s'offre aux soignants est de prendre en considération l'entièreté de la personne dans son processus d'évaluation de ses besoins et non pas de la considérer comme la somme de ses parties.

Il faut que des efforts similaires se répandent et interpellent l'ensemble de la collectivité, car cette méconnaissance des problèmes des personnes âgées et les préjugés qu'on entretient à leur égard ne sont évidemment pas le lot exclusif du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Ils sont ancrés dans notre culture et, de ce fait, influencent les attitudes et les comportements de la population, que ce soit sur le plan de l'appui aux politiques ou celui de l'utilisation des services.

**Il faut s'attaquer
aux préjugés collectifs
que nous entretenons encore
à l'endroit des « vieux ».**

R2 L'AQESSS recommande que l'on intensifie les efforts pour mieux faire comprendre la réalité des aînés et faire valoir leurs aspirations et capacités, malgré qu'ils soient malades ou qu'ils connaissent des pertes d'autonomie.

Ainsi, selon l'AQESSS, pour combattre les préjugés envers les aînés, il faut :

- **soutenir les recherches qui ont pour sujet les « tabous envers les aînés » comme le suicide, les problèmes de santé mentale, la dépression et les dépendances,**
- **publiciser les résultats de ces recherches,**
- **ventiler toutes les recherches pour tenir compte de la réalité des clientèles de 65 ans et plus.**

3. LES DÉFIS QUI NOUS ATTENDENT

L'accroissement de la proportion du nombre de personnes âgées dans la population et la pression que cet accroissement exercera sur la demande de soins et de services sont à la source des principaux défis que devront relever notre société et notre système de santé au cours des prochaines années.

3.1 La projection démographique

On estime qu'il y a présentement environ un million de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, soit 13 % de la population. En 2010, leur nombre aura surpassé celui des jeunes de moins de 15 ans et il devrait avoir doublé en 2030. Les personnes âgées représenteront alors le quart de la population. En 2051, elles représenteront 29,7 %, soit près du tiers des Québécois. Le groupe des 85 ans et plus est celui qui connaîtra la hausse la plus considérable et qui sera davantage susceptible de présenter des problèmes de santé entraînant une perte d'autonomie.

3.2 Les personnes âgées sont responsables de leur santé

Les personnes âgées sont de plus en plus instruites et au fait de leurs droits. Elles ont davantage d'exigences en ce qui concerne l'accessibilité et la qualité des soins qu'elles requièrent. Avec leurs proches, elles participent aux décisions qui les concernent, à commencer par celles qui pourraient les amener à devoir vivre en milieu de vie substitut (on entend ici les ressources de type familial, les ressources intermédiaires et les centres d'hébergement et de soins de longue durée). La clientèle est donc plus informée, plus exigeante, plus critique aussi face aux options qu'on lui propose et à la qualité des services qu'on lui fournit.

Pour maintenir la santé et l'autonomie des personnes, il convient de prévenir toujours davantage les effets négatifs du vieillissement en faisant notamment la promotion de saines habitudes de vie et en s'attaquant aux facteurs qui peuvent nuire à la santé et au bien-être des aînés. Tous les acteurs sociaux sont ici concernés par cette intervention qui devrait porter une attention particulière aux aînés à faible revenu, en particulier les femmes qui vivent seules et les personnes peu scolarisées.

3.3 65 ans : une balise qui n'est pas synonyme de perte d'autonomie

Les personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent des services de nos établissements de façon générale. Ces services leur sont fournis dans le cadre de nos services généraux,

spécialisés et surspécialisés.

Les statistiques suivantes sont éloquentes et soutiennent cette affirmation. Elles présentent le profil de consommation dans le milieu hospitalier pour l'année 2005-2006, au Québec :

- ✚ Les personnes âgées de 65 ans et plus ont représenté près de 44 % des hospitalisations.
- ✚ Leur âge moyen était de 77 ans.
- ✚ La durée moyenne de leur séjour en milieu hospitalier a été de 11 jours.
- ✚ Un peu moins de la moitié d'entre elles ont reçu des services de médecine générale.
- ✚ Près de 40 % ont fait l'objet d'une chirurgie.
- ✚ Plus du quart ont reçu des services de santé mentale. Dans ces cas-là, la durée moyenne de l'hospitalisation a été de 26 jours.

Par ailleurs, moins de 20 % de la population des 65 ans et plus est identifiée en perte d'autonomie et a recours aux services de soutien à domicile et à l'hébergement.

En interrogeant la banque de données I-CLSC (2005-2006) sur la répartition de la clientèle desservie en **soutien à domicile**, on obtient les résultats suivants :

- ✚ 7 % ont moins de 65 ans,
- ✚ 19 % ont entre 65-74 ans,
- ✚ 45 % ont entre 75-84, et
- ✚ 29 % ont plus de 85 ans.

En ce qui a trait à la population **hébergée**, elle représente environ 3,5 % des citoyens de 65 ans et plus du Québec, soit environ 35 000 personnes. On note que les personnes âgées de 85 ans et plus vivant en centres d'hébergement et de soins de longue durée publics comptent pour plus de 42 % de la clientèle hébergée (près de 15 000 personnes).

La réalité décrite ci-haut amène deux constats :

1. *La majorité des personnes de 65 à 75 ans reçoivent des services de santé courants et des services hospitaliers spécialisés et surspécialisés.*
2. *Les personnes rejointes par les services spécialisés spécifiquement à la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement sont beaucoup plus âgées et fragilisées. On parle ici du phénomène du quatrième âge.*

3.4 La chronicité, une tendance à surveiller

De multiples facteurs sociaux, scientifiques ou technologiques ont contribué à ce que de plus en plus de gens vivent de plus en plus longtemps ou survivent à des maladies autrefois mortelles. Par conséquent, une proportion grandissante de la population (40 %) est

maintenant porteuse d'au moins une maladie chronique. Fait troublant, les deux tiers de ces personnes ont moins de 65 ans. Ce sont nos aînés de demain. Finalement, plus de 85 % des pertes d'autonomie et d'invalidité sont la conséquence de ces mêmes maladies et on évalue à plus de 75 % les dépenses en santé consacrées à leur traitement.

Les établissements de santé et de services sociaux sont conscients de ce phénomène lié aux maladies chroniques. Plusieurs se sont engagés dans la voie d'un modèle intégré de services qui repose tant sur la prévention que sur le curatif ainsi que sur une meilleure coordination des professionnels et des services. Plusieurs éléments sont déjà en place pour favoriser une telle approche sur le plan local, entre autres, les projets cliniques et organisationnels des réseaux locaux de services, la mise en place des RUIS (réseaux universitaires intégrés de santé) ou la rémunération bonifiée pour la prise en charge des clientèles vulnérables par les omnipraticiens pratiquant en cabinet privé. Il reste à s'assurer que les établissements et les réseaux locaux de services pourront compter sur les ressources financières nécessaires pour le déployer dans tous les territoires.

3.5 Des clientèles qui présentent des multiproblématiques

Les clientèles âgées qui reçoivent des services des établissements publics, que ce soit à leur domicile, en milieu de courte durée ou en ressource d'hébergement, présentent de plus en plus de problématiques complexes : les maladies chroniques, les problèmes de santé mentale ou la présence d'une déficience intellectuelle se conjuguent souvent à des problèmes de comportement, à des conditions de vie précaires, à l'isolement social ou à des situations d'abus ou de violence.

La présence de ces problématiques — et, particulièrement, leur **coexistence** avec des besoins physiques qui s'alourdissent et exigent des soins de plus en plus spécialisés — constitue un défi considérable pour les divers milieux de services.

Une étude réalisée en 2003 par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec montre bien la variété des problèmes qu'on trouve chez la clientèle hébergée : déficits cognitifs (38 %), déficiences physiques (31 %), maladies graves (21 %), maladies mentales (7 %), déficience intellectuelle (3 %). Cette variété de problématiques ne se retrouve pas seulement en centre d'hébergement : elle caractérise aussi les personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile ou qui séjournent dans une ressource intermédiaire ou de type familial ainsi qu'en courte durée.

Considérant le vieillissement de la population, l'accroissement des multiproblématiques et des maladies chroniques chez les clientèles âgées desservies par le réseau de la santé et des services sociaux :

R3 La formation en gérontologie, en gériatrie et en géronto-psychiatrie doit être davantage offerte à l'ensemble du personnel œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, le rôle des instituts de gériatrie et de psychiatrie doit être renforcé et l'expertise de ces milieux davantage mise à contribution.

R4 La spécialisation des soins de santé et la coexistence de divers problèmes de santé et psychosociaux exigent de nouvelles compétences. Les institutions d'enseignement, tels que les cégeps et les universités, devront de plus en plus adapter leur cursus à cette réalité.

4. LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : UN APPUI CONTINU À LA SANTÉ, À L'AUTONOMIE ET AU BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS

Les aînés reçoivent soins et services dans trois milieux principaux : à domicile ou à la résidence privée collective où elle habite, dans le réseau des ressources d'hébergement et en milieu hospitalier. Au-delà des défis communs que ces milieux doivent relever pour répondre aux besoins des aînés, chacun présente ses particularités quant aux moyens à mettre en place pour y faire face.

4.1 Une gamme de services coordonnés

Il est essentiel de noter que, quel que soit le milieu où les services sont fournis, ils sont intégrés à une gamme cohérente dont chaque élément a été conçu pour répondre de la manière la plus appropriée aux besoins précis des personnes âgées. Chaque service est donc essentiel, mais c'est l'existence d'une chaîne continue et graduée de services qui assure une réponse adéquate aux besoins.

**Une chaîne de services
qui a besoin
de tous ses maillons
— des maillons solides — pour
faire son travail.**

Depuis juin 2004, c'est le centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui est responsable de la coordination des services sur un territoire défini. En partenariat avec les ressources du milieu, il assure l'accès aux soins et aux services à la population sur son territoire. Il a également la responsabilité d'animer le **réseau local de services** qui, en plus des services donnés par le CSSS lui-même, regroupe les services fournis sur un territoire par les médecins généralistes, les pharmacies communautaires, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées. Pour compléter ce continuum de services, le CSSS doit également favoriser l'accès aux services spécialisés et surspécialisés. L'action des établissements universitaires contribue également à la cohérence et à la continuité de la chaîne de services. Ces derniers ont, en plus de leur mission respective de soins et de services, une vocation d'enseignement et de recherche. Les établissements universitaires sont regroupés sous les RUIS qui doivent assurer la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche.

4.1.1 Quelques maillons manquants ou faibles

L'offre de services à la population de chaque territoire est définie par les orientations du

ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans les faits, cependant, la gamme des services fournis est souvent moins exhaustive que celle requise. Toutes les composantes du continuum de services ne sont pas également disponibles partout au Québec. L'offre de services à la population diffère d'une région à l'autre et d'un CSSS à l'autre, tant sur le plan du soutien à domicile que sur celui des alternatives à l'hébergement ou des services externes. Et s'il est normal que les modalités de services varient d'un territoire à l'autre de manière à tenir compte des besoins particuliers de chaque population ou de la particularité de l'organisation des ressources, en revanche, la gamme des services offerts devrait être la même sur tous les territoires.

Or, faute de ressources suffisantes, chaque établissement doit faire des choix quant à la gamme des services offerts : soit l'accès à ces services, soit l'intensité avec lesquels ils sont fournis, avec comme résultat un manque flagrant d'harmonie entre les territoires pour ce qui est des services offerts aux aînés québécois et un risque réel d'iniquité.

C'est en fait la réussite même du Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie qui est menacée. Ce plan propose plusieurs pistes prometteuses pour assurer la santé et le bien-être des personnes et garantir que leur choix de demeurer dans leur milieu de vie sera respecté. Après deux ans, force est de constater qu'il sera difficile de mener ces actions à bien si les ressources consenties ne suivent pas la courbe des besoins réels.

4.2 Offrir les services dans le milieu le plus approprié

L'organisation des services sur le terrain est axée le plus possible sur la dispensation de soins et de services au domicile des personnes. Toutefois, au fil des ans, on a développé d'autres options pour offrir une gamme de milieux de vie entre le domicile et le milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

4. 2.1 Le maintien de la personne à son domicile

Les aînés, leurs proches-aidants, le réseau de la santé... tout le monde s'entend : il faut privilégier le maintien des personnes âgées à leur domicile le plus longtemps possible.

Plus de 154 000 personnes ont reçu des services de soutien à domicile des CSSS en 2005-2006.

Moins de 65 ans :	10 800	(7 %)
65 à 74 ans :	29 350	(19 %)
75 à 84 ans :	65 520	(45 %)
85 ans et + :	44 800	(29 %)

L'intensité des services à domicile varie selon les besoins des personnes. Cette intensité ira du soutien ponctuel, défini dans le temps, à un soutien plus large couvrant les soins infirmiers, d'aide et d'assistance, de réadaptation et les services sociaux. Plusieurs sont d'avis que, si l'on veut assurer le maintien des personnes dans leur milieu de vie le plus longtemps possible, il faut accroître l'intensité avec laquelle les services sont fournis. En 2006-2007, on effectuait en moyenne 27 interventions par année auprès de chaque personne en perte d'autonomie et vivant à domicile, soit six interventions de plus qu'en 2003-2004. Ces 27 interventions dépassent déjà les cibles identifiées par le MSSS dans son Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie (cible de 24 interventions en 2009-2010). L'expérience enseigne que les cibles fixées par le MSSS sont nettement insuffisantes pour répondre aux réels besoins des personnes âgées et sont trop timides pour réaliser le virage qui permettrait le maintien à domicile de plus en plus de gens.

Il est important de rappeler qu'en mars 2007 un rapport produit par ICIS² mettait en évidence les éléments suivants :

- Au Québec, les dépenses réelles par habitant pour **les soins de santé à domicile** (soins infirmiers et services professionnels de santé) sont de 47,15 \$ annuellement, comparativement à une variance de 49,75 \$ à 52,50 \$ au Canada.
- On observe également une augmentation du **nombre d'utilisateurs** surtout pour la composante **de soins de santé à domicile**. Le Québec est parmi les provinces qui ont enregistré le nombre le plus élevé d'utilisateurs par 1000 habitants pour les services de soins de santé à domicile, soit environ 19,2 utilisateurs par 1000 habitants, comparativement à une moyenne canadienne de 13,3.
- Pour le volet utilisateurs de services de **soutien à domicile** (soins d'assistance et gardiennage) par 1000 habitants, le Québec gravite autour de la moyenne canadienne qui est de 14,1 utilisateurs par 1000 habitants.

L'AQESSS reconnaît que les investissements consentis par le MSSS sont appréciables, mais qu'ils sont nettement insuffisants pour faire face à l'accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qui désirent demeurer le plus longtemps possible dans leur domicile.

R5 L'AQESSS est d'avis qu'il faut intensifier considérablement les cibles d'augmentation de volume et d'intensité des services en soutien à domicile pour les clientèles âgées en perte d'autonomie si l'on veut atteindre l'objectif de maintien dans la communauté.

² ICIS pour Institut canadien d'information sur la santé.

R6 Les établissements doivent avoir les moyens financiers, mais aussi la marge d’initiative requise pour mettre en place des solutions qui permettront aux aînés en perte d’autonomie de demeurer à domicile plus longtemps.

R7 Considérant les enjeux énoncés précédemment qui font en sorte que la gamme de services actuelle offerte à domicile est incomplète et non accessible de façon harmonisée dans tous les territoires du Québec, et que, de plus, il y aura accroissement du nombre de personnes âgées, l’AQESSS recommande que l’on réexamine l’offre de services de base offerte sans frais et sur tout le territoire à l’ensemble des personnes âgées et aux proches-aidants.

En plus des activités de soutien à domicile, diverses modalités de services externes sont requises, mais elles ne sont pas disponibles dans tous les territoires.

On songe particulièrement à la nécessité d’accroître la capacité d’accueil dans les centres de jour et en hébergement temporaire : à des mesures de répit à domicile, à du soutien psychosocial pour les proches-aidants ainsi qu’à une augmentation du nombre de lits de convalescence dans le réseau public.

Pour ce qui est de l’accès aux services externes, il faut également tenir compte de la problématique du **transport des aînés**. En effet, plusieurs petites communautés sont confrontées à la migration de leurs aînés vers de plus grandes agglomérations qui offrent plus de commodités de transport. Plusieurs personnes âgées quittent à contrecœur leur milieu d’appartenance faute de pouvoir se déplacer à l’extérieur de leur domicile. Les personnes qui présentent des limitations ambulatoires transitoires ne sont pas admissibles actuellement au transport adapté quand celui-ci est disponible. Les personnes âgées qui présentent des limitations permanentes n’ont pas toujours les moyens physiques et d’assistance pour pouvoir remédier à leur perte de mobilité et se retrouvent donc dans l’obligation de déménager.

R8 L’AQESSS est d’avis qu’il faut que les municipalités envisagent de revoir leur offre de services en matière de transport afin de tenir compte des besoins grandissants des citoyens âgés qui vivent dans leur communauté d’appartenance.

4.3 Les ressources d’hébergement

Le réseau de la santé et des services sociaux peut compter sur une diversité intéressante de ressources d’hébergement allant de celles pouvant accueillir un nombre restreint de personnes dans un environnement se rapprochant du domicile jusqu’aux centres

d'hébergement publics ou privés conventionnés. Cette organisation de services permet une meilleure hiérarchisation des soins. Ainsi, les usagers se retrouvent à l'endroit qui correspond le mieux à leurs besoins et à leur condition.

4.3.1 Les résidences privées collectives : un des milieux de vie des personnes

Plusieurs aînés choisissent d'élire domicile dans une résidence privée collective. De nouvelles dispositions légales font en sorte que, dorénavant, ces résidences devront obtenir une certification qui assurera aux clientèles hébergées des milieux de vie sécuritaires et de qualité. Le développement d'un partenariat entre les résidences et les CSSS doit s'actualiser afin d'assurer aux personnes admissibles au soutien à domicile des services de santé et des services sociaux. En ce sens, l'AQESSS a été amenée à participer à la vaste consultation ministérielle entourant la préparation d'une nouvelle réglementation relative à la certification de ces résidences privées. De plus, des travaux sont en cours avec l'Association des résidences et des CHSLD privés du Québec pour définir un protocole d'entente-type entre un CSSS et une résidence pour personnes âgées avec service d'assistance personnelle.

4.3.2 Les ressources intermédiaires ou de type familial

Lorsque la maladie ou la perte d'autonomie conjuguée à l'isolement social ou à l'absence de soutien obligent la personne âgée à quitter son domicile, c'est d'abord du côté d'un milieu substitut ressemblant le plus à un milieu de vie normal qu'on cherchera une solution.

Le réseau québécois des ressources intermédiaires et des ressources de type familial offre présentement environ 13 000 places. Elles sont réparties sur tout le territoire du Québec, mais certaines régions sont mieux nanties que d'autres. L'offre de services n'est donc pas la même partout.

Au 31 mars 2007 :

✚ 1 426 ressources de type familial pour un potentiel d'accueil de 7 697 places.

✚ 277 ressources intermédiaires pouvaient accueillir plus de 9 personnes, pour un total de 5 006 places.

✚ Ces ressources sont non seulement un substitut au domicile, elles sont aussi une alternative à l'hébergement institutionnel fort appréciée par la clientèle.

4.3.3 Une réglementation municipale à adapter

Plusieurs membres de l'AQESSS ainsi que les membres des associations représentant les personnes avec des déficiences physiques ou intellectuelles ont dénoncé la réglementation

municipale en matière de sécurité/incendie imposée aux ressources qui accueillent des personnes à mobilité réduite. Exposé sommairement, le problème réside dans le fait que ces réglementations entendent appliquer à des ressources intermédiaires ou de type familial, donc proches des milieux habituels de vie, des normes semblables à celles qu'on trouve en milieu institutionnel (gicleurs, sorties de secours, etc.). Or, ces normes sont souvent incompatibles avec le concept de milieu de vie. De plus, de nombreuses ressources seraient tout à fait incapables d'assumer les coûts d'une « mise aux normes » conforme à ces réglementations. Elles seraient alors contraintes de fermer leurs portes, ce qui les obligerait à déplacer leurs clientèles. Il faut donc trouver des modalités qui assureraient la sécurité des personnes tout en permettant aux ressources de leur offrir un milieu de vie se rapprochant des domiciles « normaux ».

Le MSSS s'est engagé à mettre sur pied un comité interministériel pour analyser cette question et proposer des pistes d'action. L'AQESSS sera soucieuse d'y présenter les préoccupations des membres et de travailler à l'identification de solutions.

R9 L'AQESSS estime qu'il est urgent d'adapter les règlements municipaux en matière de sécurité/incendie à la réalité des ressources intermédiaires ou de type familial et d'harmoniser ces règlements à l'échelle du Québec de manière à ne pas freiner le développement de ce réseau, mais plutôt à le favoriser.

4.3.4 Les centres d'hébergement

Le Plan d'action 2005-2010 favorise le maintien des personnes dans leur milieu de vie et restreint, aux personnes nécessitant le plus d'heures de soins et services par jour, l'accès à l'hébergement public. Cela se traduit par le resserrement des critères d'admission de manière à orienter vers les CHSLD les personnes âgées qui nécessitent davantage de soins professionnels et une assistance plus importante.

Comme ces personnes sont admises avec des problèmes de santé et un degré de perte d'autonomie plus graves, leur situation se détériore plus rapidement. Une clientèle plus lourde amène une complexification des tâches du personnel et des gestionnaires.

- ✚ En 2003-2004, le Québec comptait 38 904 lits d'hébergement de longue durée, dont 36 230 lits dans le secteur public.
- ✚ Dans ce secteur, le financement public pour ce type de lit est d'environ 42 000\$ par année.
- ✚ Près de 42 % des personnes hébergées sont âgées de 85 ans et plus, alors que 10 % ont moins de 65 ans.
- ✚ Presque tous les établissements accueillent aujourd'hui quatre générations de résidents : 19 ans à plus de 100 ans.

Confrontés presque quotidiennement à l'expérience de fin de vie et à l'accompagnement aux mourants, le personnel est souvent aux prises avec des questions éthiques reliées notamment au consentement aux soins et à l'acharnement thérapeutique.

Les tâches des gestionnaires et du personnel sont également complexifiées par la présence d'une clientèle de plus en plus diversifiée. On a qu'à penser aux personnes souffrant de maladies chroniques, à celles qui présentent des problématiques de santé mentale, de déficience physique ou intellectuelle.

Or, le financement consenti par le MSSS ne permet pas d'employer suffisamment de personnel soignant pour répondre aux besoins réels des personnes hébergées. La plupart des établissements ont cherché à adapter leur formule d'hébergement aux besoins de cette clientèle pour continuer d'offrir un milieu de soins tout en maintenant la qualité d'un milieu de vie. L'expérience démontre toutefois qu'un ajout de ressources professionnelles est nécessaire pour répondre aux besoins plus importants de soins et de services requis par les personnes qui séjournent désormais en centres d'hébergement et de soins de longue durée publics.

**Les personnes hébergées
nécessitent maintenant
plus de soins qu'avant,
alors qu'elles terminent leur vie
au centre d'hébergement
après y avoir séjourné
moins longtemps qu'auparavant.**

Dans les orientations proposées dans son Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, *Un défi de solidarité*, le MSSS induit un changement important à l'égard des profils de clientèles qui seront admises en milieu d'hébergement et de soins de longue durée public.

R10 L'AQESSS demande la révision à court terme de l'offre de services aux personnes qui requièrent des soins de plus en plus spécialisés sur le plan bio-psycho-social. Pour répondre à cette réalité clinique, l'AQESSS propose au MSSS d'entreprendre une réflexion pour redéfinir les milieux d'hébergement qui sont appelés à accueillir davantage des personnes nécessitant de plus en plus de soins.

4.4. Les services fournis en milieu hospitalier

Un des défis que doivent relever les milieux hospitaliers à l'endroit des aînés en perte d'autonomie est de composer avec les conséquences du manque de services en soutien à

domicile avec le peu d'accès aux services médicaux généraux ainsi qu'avec les manques de ressources d'hébergement temporaire ou permanent.

Or, toutes ces carences se répercutent sur l'urgence hospitalière ou l'utilisation de lits de courte durée par des personnes en perte d'autonomie.

Lorsque la période aiguë de leur épisode de soins est complétée, ils doivent pouvoir recevoir des soins et des services adaptés à leur condition dans un lieu plus approprié que le milieu hospitalier.

En 2005-2006, selon la banque SI-URGE :

- ✚ On constate que 300 475 visites à l'urgence ont été faites par des personnes âgées de 75 ans.
- ✚ Ce nombre représente 11,5 % des visites à l'urgence.

De plus, les données 2005-2006 démontrent que :

- ✚ Sur 16 448 lits dressés en courte durée, 476 étaient qualifiés de longue durée; ce qui représente près de 3 %. Cette problématique est plus aiguë dans certaines régions.
- ✚ Sur 5 060 736 jours-présences, 229 113 jours-présences sont attribuables à un séjour de longue durée et représentent 4,53 %.

Un second défi est d'assurer que se généralise, dans tous les secteurs d'activités des centres hospitaliers, l'expertise gériatrique qui se concentre en ce moment au sein des unités de courte durée gériatrique. Cette expertise permet d'offrir des services d'évaluation, d'adaptation et de réadaptation qui visent à éviter la dégradation de l'état de santé et de l'autonomie des personnes âgées fragiles vivant une période d'hospitalisation.

R11 L'AQESSS est d'avis qu'il faut accroître les services en amont et en aval du milieu de courte durée en favorisant l'accès à un médecin de famille, en développant d'autres lits d'hébergement temporaire, d'autres lits de transition, d'évaluation-orientation et de convalescence, de façon à désengorger les urgences et à assurer une meilleure utilisation des services offerts en milieu hospitalier.

R12 Compte tenu de la fréquentation accrue des services de santé et des services sociaux par les clientèles âgées, il faut poursuivre les efforts de sensibilisation à une approche globale des besoins des personnes âgées.

4.5 L'apport décisif des proches-aidants

Nous avons insisté, dès les premières lignes de ce mémoire, sur l'importance de considérer le soutien à apporter aux aînés comme étant une responsabilité partagée. En ce moment, faute de ressources suffisantes, on observe que ce soutien est massivement apporté par les proches-aidants, peu importe que l'aîné vive à son domicile ou dans une ressource d'hébergement.

Quand la personne âgée vit chez elle, environ 80 % de l'aide dont elle a besoin lui vient de ses proches. Un sondage (Ipsos Descarie, 2006) indique d'ailleurs que 18 % des Québécois âgés de 55 ans et plus — principalement des femmes — consacrent en moyenne sept heures par semaine à fournir des soins ou une autre forme d'aide à un proche. Nul besoin d'insister sur le rôle crucial de ces proches-aidants. Et le moins que l'ensemble de la collectivité puisse faire, c'est de trouver tous les moyens possibles pour enfin reconnaître cet apport indispensable et faciliter la tâche aux proches-aidants.

Des mesures fiscales contribuent déjà à cette reconnaissance, mais nous croyons qu'elles doivent être bonifiées et mieux diffusées auprès des citoyens qui les connaissent peu ou pas. Nous songeons, par exemple, aux différents crédits d'impôt en vigueur : crédit non remboursable de 2 705 \$ pour des personnes à charge autres que des enfants aux études, crédit remboursable pour aidant jusqu'à 1 020 \$ pour chaque proche, crédit remboursable pour frais liés à des services de soutien à domicile d'une personne âgée jusqu'à un maximum de 3 750 \$, crédit d'impôt pour un bénévole pouvant atteindre 500 \$ par personne aidée.

R13 L'AQESSS reconnaît le rôle crucial des proches aidants. Des mesures fiscales contribuent déjà à cette reconnaissance, mais elles doivent être mieux diffusées auprès des citoyens qui les connaissent peu ou pas. L'AQESSS estime qu'il faut poursuivre dans cette voie et explorer de nouvelles mesures qui inciteront les proches à s'engager davantage auprès des aînés en perte d'autonomie.

R14 L'AQESSS croit que l'ensemble du soutien aux proches-aidants doit être réévalué dans une perspective qui dépasse les frontières du domaine de la santé et des services sociaux. Le milieu municipal, celui des loisirs ou le secteur privé, devraient être interpellés par la ministre responsable des aînés. L'ensemble de la collectivité doit trouver des moyens de toutes sortes pour reconnaître cet apport indispensable et faciliter la tâche des aidants.

R15 L'AQESSS estime que les aînés et leurs proches-aidants gagneraient à savoir, de façon plus détaillée, quels sont les services sans frais fournis par les équipes de soutien à domicile, quels en sont les critères d'accès et où se situe leur plafond et comment ces services sont financés par les fonds publics. Cette connaissance permettrait notamment de mieux planifier le soutien des proches-aidants et d'en optimiser l'impact.

5. Assurer la pérennité des services aux aînés

On n’y échappe pas : l’un des principaux défis que doit et devra relever le système de santé et de services sociaux au cours des années à venir a évidemment trait à la pression que fera peser sur les dépenses publiques l’accroissement du nombre et de la proportion des personnes âgées au sein de la population.

En effet, malgré le fait que l’espérance de vie en bonne santé augmente, cette amélioration n’a guère d’effet direct sur la consommation des services qui continue de s’accroître. Le vieillissement de la population se conjugue de plus avec l’accroissement des maladies chroniques, hypothéquant ainsi davantage la capacité d’autonomie des personnes.

Quoi qu’il en soit, les personnes âgées forment le groupe qui demande le plus de services sociaux et de santé notamment dans les domaines du maintien à domicile, de l’hébergement, des services hospitaliers et médicaux et de la consommation de médicaments. Ce n’est donc pas être alarmiste que d’affirmer que l’accroissement démographique des personnes âgées et la pression qu’il fait peser sur le système de santé et de services sociaux doivent être pris en considération dès maintenant et qu’ils doivent donner lieu à des actions préventives.

✚ Par habitant, les personnes âgées de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,7 fois plus de ressources que la moyenne de l’ensemble de la population.

✚ Dans le cas des personnes âgées de 85 ans et plus, cette consommation moyenne est 7,7 fois plus élevée³.

✚ L’assurance autonomie

Une des mesures préventives la plus fréquemment évoquée est la mise en place d’un régime public d’assurance contre la perte d’autonomie chez les personnes âgées. Cette « *caisse contre la perte d’autonomie liée au vieillissement* » ou, plus simplement, cette « *assurance autonomie* » a déjà été proposée par la Commission d’étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair)⁴, puis sous la forme d’un régime public partiellement capitalisable par le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et

³ *Pour sortir de l’impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport du comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, 2005, p. 29.

⁴ Commission d’étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, Québec, 2000, p. 153-154.

de services sociaux du Québec (comité Ménard)⁵. Il s'agit essentiellement de contrer les effets du vieillissement sur le système de santé tout en assurant l'équité entre les générations notamment parce que tous les citoyens y contribueraient selon leur richesse et leur âge et que tous les citoyens auraient accès à ces bénéfices.

Nous continuons de croire que la solution proposée par le Comité Ménard est non seulement toujours pertinente, mais que le retard même qu'on a mis à l'appliquer en accroît d'autant l'urgence. Attendre davantage serait condamner les citoyens les plus démunis à payer tôt ou tard le prix de notre incurie.

L'ampleur même du défi soulevé par la perte d'autonomie liée au vieillissement, ses répercussions à long terme sur les dépenses de santé et de services sociaux, la nécessité de sensibiliser la population à ce phénomène et à son impact financier sont autant de raisons qui militent fortement pour qu'on explore cette avenue avec toute l'attention et l'urgence qu'elle mérite.

R16 L'AQESSS recommande au gouvernement du Québec de procéder sans tarder à la mise en place d'un régime public d'assurance autonomie destiné à contrer les effets de la perte d'autonomie liée au vieillissement sur le système de santé et des services sociaux.

⁵ *Idem.* p. 81-87.

Conclusion

On reconnaît l'humanité d'une société à la manière dont elle se soucie de ses citoyens les plus à même de vivre une situation de vulnérabilité, c'est-à-dire ses enfants et ses aînés. Comme société, le Québec est appelé à redéfinir, dans tous ses secteurs d'activité, la place qu'elle est prête à consentir à ceux et celles qui ont construit « notre aujourd'hui ».

En guise de conclusion, nous réitérons notre recommandation d'ouverture à l'égard de l'implication des aînés dans notre société : les efforts pour leur assurer la sécurité et la santé, pour favoriser leur autonomie et leur bien-être se doivent d'être un projet collectif.