

# Éditorial: Les dilemmes d'une politique de soins pour les aînés au Canada

Ce numéro spécial de *La Revue canadienne du vieillissement* porte principalement sur les questions ayant trait au financement futur des soins de santé et des services sociaux. Ces discussions touchent de près les personnes âgées du Canada car, premièrement, l'augmentation de leur nombre total et celle de leur proportion dans la population sont souvent considérées comme des facteurs qui incitent à transformer le régime canadien et, deuxièmement, ces transformations auront d'importantes répercussions sur leur vie.

Par conséquent, il est essentiel examiner si les pressions survenant sur le plan financier, économique, démographique et technologique vont modifier fondamentalement les paramètres définissant le financement, la planification et la gestion des soins de santé. Les modalités actuelles de l'assurance-maladie peuvent-elles être maintenues? Le Québec, par exemple, a formé un sous-comité parlementaire en 1991 en vue d'étudier la possibilité d'une réforme radicale du financement des services de santé en se fondant sur l'hypothèse que la crise de la dette publique nécessitait des mesures draconiennes. Ce débat a donné lieu à des propositions de solution, notamment les frais modérateurs, la réduction de la couverture d'assurance et la privatisation. Selon les tenants de ces solutions, ces mesures régleraient non seulement les difficultés financières, mais amélioreraient également le fonctionnement du système à long terme.

Toutefois, l'article de Robert Evans, Morris Barer et Greg Stoddart dans le présent numéro démontre que de telles solutions affaibliraient la capacité des gouvernements provinciaux, régionaux et locaux, ainsi que des établissements de soins et de service de contrôler le coût des services de soins de santé et de prendre des décisions appropriées en matière de santé. Si ce type de solution aux problèmes actuels était mis de l'avant, il en résulterait une hausse du coût des services de santé et une aggravation du problème.

Même si la discussion concernant les frais modérateurs et la réduction de la couverture d'assurance semblent s'être dissipée, le budget 1995 du gouvernement fédéral, qui comporte des réductions actuelles et futures des transferts de paiement aux provinces dans les secteurs de la santé, de l'éducation et des services sociaux, ravivra certainement le débat. Néanmoins, le cœur de la discussion sur les programmes sociaux passera sans doute du système de soins de santé aux pensions de vieillesse, tout en conservant les soins de longue durée à l'ordre du jour. C'est pourquoi le présent numéro soulève les enjeux relatifs au système de santé, au régime de pension de vieillesse et aux soins de longue durée, dans le cadre de dix articles d'auteurs canadiens et de trois commentaires d'observateurs en provenance de la

France, des États-Unis et de la Grande-Bretagne.

Le débat touchant le financement des services de soins de santé ne tient pas compte d'une réalité historique importante. En effet, depuis la naissance de l'assurance-maladie universelle, les provinces ont établi des mécanismes qui, jusqu'à présent, se sont adaptés aux nouvelles situations auxquelles font face et feront face les systèmes de soins de santé de tous les pays occidentaux. Les débats récents n'ont jamais démontré que ce mécanisme est fondamentalement défectueux. Le coût des services de soins de santé au Canada s'est stabilisé, et des efforts systématiques, aussi modestes soient-ils, ont été entrepris afin d'améliorer l'état de santé de la population et de combler les lacunes, comme répondre à la demande en services de soins de longue durée. Grâce à l'assurance-maladie universelle, nous sommes également en mesure de répondre aux problèmes actuels au sein des paramètres fondamentaux de l'universalité. Au lieu de croire que notre système de soins de santé peut relever les défis qui se présentent, certains Canadiens présumement trop facilement que le système doit subir des changements radicaux (voir Marmor dans ce numéro).

Pourquoi réclame-t-on toujours d'apporter des changements au système de soins de santé canadien? Pour quelle raison le gouvernement fédéral compte-t-il passer en revue la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti?

La politique de la dette (voir Myles & Street, et Walker dans ce numéro), la prétendue menace démographique (voir Denton & Spencer, et Barer et al.), et le progrès technologique en soins de santé sont toujours les premiers arguments présentés lorsqu'on suggère que la politique régissant les soins de santé et la sécurité de la vieillesse au Canada et à l'étranger est sur le point de s'effondrer. Une compréhension de la dynamique des tendances démographiques en fonction du développement des services de soins de santé et de longue durée constitue la première étape en vue de définir les paramètres d'une politique sociale pour les personnes âgées, si ce n'est que pour évaluer le fondement de la menace démographique.

Les articles de Frank Denton et Byron Spencer, Morris Barer, Robert Evans et Clyde Hertzman abordent cette question d'un point de vue différent. Denton et Spencer présentent une évaluation des besoins en ressources pour les soins de santé et de longue durée d'ici les 50 prochaines années à la lumière des tendances actuelles sur le plan de la démographie, de la technologie et de la prestation de services. Ainsi, les changements dans l'organisation des services et les progrès technologiques ne sont pas isolés des tendances démographiques dans leur prévision. En ce sens, elles ne sont pas uniquement démographiques. Denton et Spencer reconnaissent des changements survenus dans le secteur des soins de santé, n'ayant aucun lien avec les facteurs démographiques, ont modifié la répartition des ressources au cours des dernières années. Naturellement, dans le cadre de leur article, ils n'osent pas se prononcer quant à la direction que prendront la technologie médicale et les modes d'organisation des services au cours des 50 prochaines années.

Barer et al. se penchent sur les récentes tendances dans l'utilisation des soins médicaux, des services hospitaliers et des services de soins de longue durée par les personnes âgées afin d'évaluer les effets des facteurs démographiques et des modes de production des services. La démographie a occasionné une hausse d'environ 30 pour cent du taux d'hospitalisation: les aînés ont augmenté leur part d'utilisation des ressources hospitalières pendant une période où le nombre de lits d'hôpital a connu une diminution. De plus, la population des aînés a fait davantage appel aux services de longue durée. Par conséquent, la démographie n'est pas le principal facteur ayant contribué à l'augmentation du coût des soins de santé. Cette question fait également l'objet d'une étude par Charlyn Black, Noralou Roos, Betty Havens et Leonard MacWilliams en ce qui touche les services médicaux ambulatoires à l'aide de données provenant du Manitoba. Leurs résultats concordent avec ceux de Barer et al., c'est-à-dire que la hausse de la population des personnes de 65 ans et plus a contribué à un accroissement de 40 pour cent du nombre de visites auprès de médecins entre 1970 et 1983; 33,4 pour cent de la hausse est attribuable aux services utilisés par les aînés en santé, et 10 pour cent à l'utilisation des services par des aînés malades.

Les facteurs démographiques sont difficiles, voire même impossibles à contrôler. Toutefois, les articles de Havens et de François Béland et Anne Lemay étudient la possibilité de modifier le mode de prestation de services afin de contrôler les coûts. Leurs articles, et certains des commentaires de Gérard de Pouvoirville, semblent démontrer que nous sommes en mesure, avec prudence, d'obtenir des résultats positifs.

L'article de Havens décrit les composantes des soins de longue durée dans le contexte du continuum des soins de santé. Le système de soins de santé canadien couvre le coût des personnes dont le diagnostic a été certifié par un médecin; les soins de longue durée sont consacrés majoritairement aux personnes âgées frêles ayant une incapacité fonctionnelle. Leur inclusion dans les modalités des principes du système de soins de santé est étudiée dans le contexte de l'universalité. La méthode de Havens consiste à étudier la spécificité des services de soins de longue durée et de leur clientèle, et à formuler de ces premiers principes une logique soutenant un système de soins de longue durée dont le financement et le fonctionnement sont assurés par un régime public.

Béland et Lemay traitent des politiques en soins de longue durée selon une perspective différente. D'abord, ils soutiennent le principe de spécificité des soins de longue durée dans le cadre des soins de santé, puis se demandent si le discours politique des provinces favorisant l'amélioration du service de soins de longue durée communautaire et l'élaboration d'un modèle social se fonde sur la réalité. Les données provenant du Québec révèlent que le budget des services de soins de longue durée communautaires a connu une hausse au cours des années '80 et que celui des services hospitaliers est demeuré stable. De fait, les ressources hospitalières ont été redistribuées au sein du secteur hospitalier, passant des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen aux aînés. Cette tendance est semblable aux résul-

tats de Barer et al., en Colombie-Britannique. Cependant, l'ensemble du budget des services de longue durée est majoritairement consacré aux soins en établissement.

Comme bon nombre d'autres provinces canadiennes, l'Ontario a examiné sa politique en matière de soins de longue durée et proposé, dans de nombreux documents politiques, une nouvelle orientation mettant l'accent sur un modèle social de soins de longue durée, soit des programmes et services communautaires, des organismes publics assurant principalement la prestation des soins et la diffusion d'information aux prestataires de soins informels. Ces propositions sont semblables aux énoncés politiques en matière de soins de longue durée de la majorité des provinces (Béland & Shapiro, 1994). Toutefois, dans le cadre de leur discussion du processus de réforme en Ontario, Raisa Deber et Paul Williams ont souligné les retombées des divers processus de consultation utilisés par l'Ontario afin d'élaborer sa politique régissant les soins de longue durée. Nombre de personnes considéreraient ces consultations comme un moyen de reporter les mesures à prendre pour régler des questions difficiles; le processus en lui-même a également légitimé les différentes pressions contradictoires exercées par des groupes d'intérêt spéciaux. L'article de Deber et Williams se concentre sur le processus de prise de décisions politique, une question rarement soulevée dans l'étude des soins de longue durée. La définition du continuum des soins de santé, la description des tendances passées dans le développement des soins de longue durée, et le débuscage des mythes sur l'utilisation des services par les personnes âgées sont toutes des questions importantes, mais la contribution de Deber et Williams met en lumière le fait que les processus politiques, parfois accompagnés d'un débat passionné, peuvent parfois susciter un changement important dans la direction, la mise en oeuvre et la prestation de services.

L'article de Carolyn DeCoster, Noralou Roos et Evelyn Shapiro porte sur la prestation de services de soins de longue durée. Les auteurs soulignent que le Manitoba et d'autres provinces accordent de l'importance à l'évaluation du succès des politiques de la régionalisation, d'accès aux services et de gestion efficiente des ressources. Ils démontrent comment un système d'information en soins de santé communautaire peut servir à évaluer les aspects de la politique et de la gestion des soins de longue durée dans le contexte d'un système de soins de longue durée coordonné et régionalisé.

L'article de John Myles et Debra Street, sur l'avenir des pensions de vieillesse au Canada, illustre l'effet de la politique de la dette sur le débat des pensions de vieillesse et de ses résultats possibles. Les auteurs étudient deux solutions, la première étant de nature «conservatrice» et la seconde «progressive». Le budget fédéral de 1995 a répondu à la question de Myles et Street, à savoir la pension de vieillesse universelle est définitivement reléguée aux oubliettes, des compressions sévères à l'assurance-chômage sont à prévoir, et il n'est pas question de concevoir, dans le cadre d'une politique de l'emploi et de la retraite, la carrière professionnelle des Canadiens en fonction de leur parcours de vie. Si la nouvelle politique fédérale provo-

que une diminution des revenus de retraite d'une partie importante de la population canadienne, particulièrement si elle augmente l'incertitude au plan du revenu et de l'emploi des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen, diminue le pouvoir d'achat des personnes âgées et accroît les inégalités de revenu, ce n'est pas seulement la pension de vieillesse qui aura été émiettée, mais également les gains récents au plan de l'espérance de vie (voir de Pouvoirville dans ce numéro).

Même si le gouvernement fédéral a promis de maintenir les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, particulièrement l'accès universel aux soins de santé, l'effet des diminutions des transferts de paiement aux provinces se fera le plus sentir dès 1997–1998. Par conséquent, sa capacité de maintenir les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* peut dépendre de l'appétitude des provinces à absorber les compressions dans leur budget de base actuel, qui est déjà grevé. La façon d'appliquer de nouvelles restrictions au secteur des soins de santé, entre autres, sans toucher à l'accès aux soins et à sa disponibilité n'est pas entièrement évidente. De plus, Evans et al. maintiennent que certains groupes ont intérêt à ce que l'on trouve d'autres sources de financement que la taxation générale. Le débat sur les frais modérateurs et d'autres formes de contribution de l'utilisateur aux dépenses en soins de santé reprendra sans aucun doute lorsque les retombées des compressions fédérales sur les transferts aux provinces auront fait effet.

Evans et al. soutiennent que les frais modérateurs ne peuvent jouer le rôle que leur attribuent leurs tenants. Béland présente des données démontrant que le système d'assurance-maladie au Québec est parvenu avec succès à répartir le fardeau des soins de santé entre les ménages. Les données révèlent que les familles à revenu moyen et les particuliers à faible revenu ont un intérêt économique objectif à conserver l'intégrité du système de soins de santé au Canada. Evans et al. affirment que de bonnes raisons expliquent la présence d'idées «zombies» répandues dans la nuit nord-américaine du débat sur la légitimité des régimes publics d'assurance-maladie (les frais modérateurs sont une de ces idées «zombies» qui réapparaissent constamment comme des revenants); les frais modérateurs ont un effet de redistribution, et certaines personnes (comme les bien nantis) en bénéficieraient tandis que d'autres (comme les démunis et les personnes malades) en souffriraient. Les données provenant des États-Unis démontrent aussi que les personnes très riches bénéficieraient davantage des frais modérateurs que les personnes de classe moyenne. On craint que les personnes de classe moyenne soient persuadées d'appuyer l'imposition de frais modérateurs sans en comprendre les répercussions sur leur propre bien-être, pavant ainsi la voie vers la détérioration de notre système national de soins de santé.

Ce numéro spécial de *La Revue canadienne de vieillissement* se termine avec les commentaires de trois observateurs de la scène canadienne provenant de la France, des États-Unis et de la Grande-Bretagne. Nous avons invité leurs commentaires car, en qualité de rédacteurs, nous sommes

convaincus que des observations de l'extérieur nous aideront non seulement à évaluer nos politiques et problèmes selon une plus large perspective, mais également à nous aider à réfléchir aux divers points de vue présentés dans ce numéro. De Pouvoirville et Alan Walker ont établi un parallèle entre les débats se déroulant en France et en Grande-Bretagne et ceux du Canada. Ted Marmor nous conjure de ne pas succomber aux idées et aux mythes américains sur le système national de soins de santé. Leurs points de vue ajoutent une dimension intéressante à ce numéro.

De Pouvoirville met en lumière le fait qu'il existe un besoin de plus de ressources dans le secteur des soins de longue durée et la nécessité de redistribuer nos ressources des secteurs de la santé vers les établissements de soins de longue durée communautaires. Comme l'ont démontré Béland et Lemay, ce changement ne s'est pas produit au Québec en dépit des promesses et des discours du gouvernement en ce sens depuis plus d'une décennie. À l'aide des réflexions de Canadiens sur les facteurs déterminants de la santé (Evans et al., 1994), de Pouvoirville souligne sagement que les compressions budgétaires dans la politique sur la sécurité de la vieillesse et les changements dans la distribution du revenu pourraient entraîner une hausse dans les taux de mortalité et de morbidité en raison du lien documenté entre la distribution du revenu et la santé. Si l'on interprète de façon cynique la politique sociale actuellement en voie d'élaboration au Canada, l'augmentation actuelle et prévue des inégalités de revenu aidera à réduire le besoin d'assurer l'avenir des pensions de vieillesse dans 50 ans!

Walker et Marmor, dans leur article respectif, mettent tous deux l'accent sur les débats idéologiques et sur leurs résultats possibles. Marmor maintient, avec raison, que les Canadiens devraient observer le débat se déroulant aux États-Unis, non pour apprendre quelle voie suivre, mais plutôt pour découvrir quelle voie ne pas suivre. Walker souligne le même point : de la Grande-Bretagne, le Canada doit apprendre où ne pas aller lorsque le point de départ est un système de soins de santé public. Les thèmes du débat canadien actuel se retrouvent dans celui de la Grande-Bretagne: le rôle de la famille, la participation des clients et des citoyens, l'universalité de l'accès, le rôle des secteurs privé et public; une méthode axée sur les besoins plutôt que sur le marché pour la répartition des ressources. Il existe toutefois une différence, du moins dans les documents de politique récents. La participation du public est définie, au Canada, comme étant beaucoup moins garantie par des mécanismes du marché que par une participation directe de la clientèle et des citoyens au processus de prise de décision tant au niveau des organismes de programmes que des groupes régionaux; l'accès aux soins de santé est une valeur ancrée dans l'identité canadienne (Havens dans ce numéro); et le recours aux mécanismes du marché n'est pas invoqué comme un moyen d'améliorer l'efficacité et l'efficience (Deber & Williams dans ce numéro). Finalement, la famille est perçue comme le prestataire principal de soins. Les options de politique sont moins bien définies ici et l'on s'inquiète que les gouvernements se déchargent de leur responsabilité sur la famille, c'est-à-dire aux femmes membres de ces familles (Rosenthal, 1994).

Ce numéro spécial de *La Revue canadienne du vieillissement* a pour but de contribuer à un débat à facettes multiples sur le financement des services de soins de santé. Nous espérons que le produit de discussions sérieuses influencera tous les Canadiens, car les conséquences majeures de l'érosion du principe d'universalité se feront sentir dans les dimensions symbolique, politique et organisationnelle de notre société; symbolique dans la mesure où la solidarité aura été minée; politique dans la mesure où le pouvoir de prise de décisions en ce qui a trait aux services de soins de santé passera des organismes publics à des organismes privés; et organisationnelle dans la mesure où la capacité de la société à s'adapter aux besoins des services de santé et aux changements technologiques sera diminuée.

Les personnes âgées risquent d'être durement touchées par ce changement de politique en raison du taux élevé de malades faisant partie de ce groupe de la population du monde occidental. Le problème des soins de longue durée n'a pas été entièrement réglé. Les gouvernements, les établissements et les organismes bénévoles déploient des efforts louables à ce niveau, mais peu de provinces ont établi une gamme complète et adéquate de politiques, de programmes et d'établissements, même si certaines provinces ont réalisé plus de progrès que d'autres. Les gouvernements doivent maintenant relever le défi financier, mais ce défi comporte également des dimensions éthique, morale, politique et organisationnelle.

Nous sommes d'avis que c'est dans la mesure où les gouvernements adhéreront aux principes généraux de l'assurance-maladie universelle et dans la mesure où ils feront preuve de dynamisme envers la planification, la mise en oeuvre et l'organisation des soins de longue durée que nous posséderons des services de soins de longue durée bien organisés et financés adéquatement.

## Références

- Béland, F., & Shapiro, E. 1993. Dix provinces Appellent de leurs voeux la même politique de services de longue durée. *Revue d'études canadiennes*, 28: 166–191.
- Evans, R.G., Barer, M.L., & Marmor, T.R. 1994. *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter.
- Rosenthal, C.J. 1994. Editorial: Long-Term Care Reform and "Family" Care: A Worrisome Combination, *Canadian Journal on Aging*, 13(4): 419–422.

François Béland et Evelyn Shapiro