



MÉMOIRE

PRÉSENTÉ AU

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PROPOSITION D'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN VUE DE LA RÉFORME
ANNONCÉE PAR LE GOUVERNEMENT EN PLACE

PRÉSENTÉ PAR

LE **RIIRS**, REGROUPEMENT INTERPROFESSIONNEL DES INTERVENANTES RETRAITÉES DES
SERVICES DE SANTÉ

DÉCEMBRE 2020

Le RIIRS, en tant que Regroupement Interprofessionnel des Intervenantes Retraitées des services de Santé, a été interpellé par les lacunes de notre système de santé exacerbées lors de la première vague de la pandémie de COVID-19. Plutôt que de ne rien faire ou de dénoncer ces lacunes, les membres du RIIRS ont préféré prendre part à la discussion entourant une future réforme du système de santé. Par le biais de ce mémoire, l'organisme se prononce en mettant de l'avant l'expertise de ses 10 700 membres. Le RIIRS suggère des solutions durables et des changements à long terme qui prennent ancrage dans la structure actuelle.

Selon l'agence de santé publique du Canada, 25% de la population aura 65 ans et plus en 2036. Il est impératif de penser notre système de santé pour offrir les services qui vont de pair avec ce changement démographique. Actuellement, les services sont orientés vers la maladie alors que nous suggérons de les orienter vers la santé et le bien-être du patient. Nous proposerons dans ce mémoire un continuum de soins en quatre étapes soit la prévention, le maintien à domicile, le passage en maison pour adultes en perte d'autonomie et les soins de fin de vie en CHSLD.

Table des matières

Présentation du RIIRS	4
Système de santé du Québec	5
Commentaires généraux	6
Proposition	8
Prévention	8
Maintien à domicile.....	9
Maison pour adulte en perte d'autonomie.....	11
CHSLD	11
Solutions	12
Conclusion	14
Lexique	15

Présentation du RIIRS

Le RIIRS est un organisme à but non lucratif fondé en 1992, avec l'aide de la FIQ, pour répondre à un besoin de regroupement exprimé par les infirmières retraitées. Ces pionnières souhaitaient rassembler leurs consœurs retraitées afin de recréer un sentiment d'appartenance, d'éviter l'isolement et de donner une voix collective à ces retraitées. Depuis octobre 2006, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les perfusionnistes cliniques peuvent également adhérer au RIIRS offrant ainsi, une voix collective encore plus grande.

Le RIIRS soutient plus de 10 700 membres provenant de tout le Québec. Formé en OBNL, secondé de 12 sections régionales, l'organisme appuie ses membres via des activités favorisant l'appartenance, transmet des publications, participe à des représentations politiques et des actions concertées avec le milieu. Le RIIRS participe également de façon active aux débats publics relatifs à l'amélioration de la qualité de vie des aînés.

www.riirs.org

Systeme de santé du Québec

Au Québec, nous avons la chance de bénéficier de soins de santé accessibles et universels. Nous devons ce privilège à la commission Castonguay-Nepveu, mandatée à la fin des années soixante pour concevoir un nouveau système de santé et services sociaux. De celle-ci naîtra un imposant appareil d'État. En premier lieu, la création de la Régie de l'assurance maladie en 1969 constitue une avancée majeure dans l'accessibilité aux soins. S'en suit la Loi sur la santé et les services sociaux en 1971 ainsi que l'achat de plusieurs établissements hospitaliers par le gouvernement québécois. La création de nombreux organismes dont les CLSC va compléter ce nouveau système de santé.

Bien que mainte fois remis en question, analysé, ajusté, transformé, le système de santé n'a jamais vu sa structure profonde menacée. Les québécois peuvent être fiers de bénéficier d'un système public dans lequel ils ont la légitimité de l'accès aux soins. Ce privilège ne doit en aucun cas être remis en question.

Commentaires généraux

Avant d'entrer dans le vif du sujet et de proposer des pistes de solution, le RIIRS souhaite mettre en lumière certains constats en lien avec notre système de santé actuel. Ceux-ci permettent de contextualiser notre réflexion puisque le présent mémoire est le résultat d'une démarche de réflexions visant à protéger nos membres ainsi que la population âgée. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de collaboration positive en présentant des pistes de solutions issues de l'expérience professionnelle de nos membres. En 58 ans, l'espérance de vie des québécois a augmenté de 15%¹. Cette augmentation a entraîné un lot de défis et l'adaptabilité du système actuel à ce changement rudement mis à l'épreuve, d'où l'importance pour le RIIRS de faire un rappel et de mettre sur papier les constats généraux associés au système de santé québécois.

Certaines lacunes sont plus évidentes que d'autres et elles ont un impact plus grand sur la qualité des soins de santé offerts au Québec. Depuis plusieurs années, particulièrement depuis les réformes de centralisation de gestion de soins, l'intensité et la complexité des soins a augmenté. En centralisant la gestion, les patients ont vu une dépersonnalisation de leur soin. Cette centralisation a amené une grande mobilité du personnel et c'est un facteur qui a grandement contribué à la contamination des CHSLD lors de la première vague de COVID-19. On observe actuellement une perte de contrôle des gestionnaires d'établissements de soins de santé en raison de la taille des CISSS et des CIUSSS. Depuis la fusion des établissements, la structure à gérer est colossale et les missions de chaque établissement sont relayées à l'arrière-plan au profit d'une utilisation optimale des budgets. Avec raison, les budgets sont distribués selon l'urgence, mais cette pratique amène une perte de services dans des secteurs comme la prévention ou les soins de longue durée en CHSLD. La centralisation a aussi amené une perte de la spécificité des territoires et un accès plus difficile aux citoyens isolés.

Également, force est de constater qu'avec les années, les résidents des CHSLD n'ont pas toujours reçu tous les soins nécessaires à leur bien-être. Ils ont reçu des soins de santé, certes, mais les soins de confort sont négligés faute de ressources. Cette lacune émane du ratio patient professionnelle de soins qui n'a pas changé depuis de nombreuses années alors que le nombre d'heures de soins par jour par patient a pour sa part, augmenté. Les patients ont au minimum besoin de 3.5 heures de soins par jour pour être admis en CHSLD, représentant une charge comparable à des soins en milieu hospitalier. Mais le personnel disponible n'est pas celui des centres hospitaliers.

Le virage ambulatoire a pour sa part amené un grand vent de positivisme si ce n'est, que du manque de suivi attribuable à plusieurs facteurs dont la disponibilité de la main-

¹ École de politique appliquée de l'Université de Sherbrooke « Perspective monde » (Novembre 2020)

d'œuvre ou l'importance de la charge de travail des professionnelles de soins. Ceci-dit, l'arrivée de la médecine de jour et des chirurgies d'un jour a grandement contribué à l'amélioration et l'accessibilité des soins de santé. Les services ambulatoires, mis en place grâce à l'avancement de la technologie, ont été et sont toujours bénéfiques aux receveurs de service de santé. En revanche, le suivi structuré aux prestataires de soins a été peu et souvent pas du tout appliqué, encore une fois en raison de la centralisation des services, de la dépersonnalisation des soins et de l'absence de gestionnaire de cas.

Finalement, le plus grand constat posé par le RIIRS est certainement que la structure en place est fonctionnelle mais qu'avec des changements organisés, équilibrés et calculés, elle pourrait répondre aux besoins de la population sans toutefois tout modifier et entraîner des coûts astronomiques. Les propositions du présent mémoire vont en ce sens.

Proposition

Le RIIRS se positionne comme un interlocuteur de choix auprès du gouvernement en matière de réforme des soins de santé. Les connaissances et l'expertise de ses membres permettent de faire des propositions constructives qui se marient avec la structure en place. Le travail fait dans ce mémoire se veut positif et suggestif afin de demeurer un collaborateur du gouvernement. Une réforme du système de santé est une entreprise de grande envergure dont l'objectif ultime est grandement lié à l'accessibilité pour tous les citoyens à des services adéquats et adaptés. Le Québec est un territoire vaste et diversifié. Avec ce caractère unique, vient un lot de défis découlant des particularités de chaque territoire.

Un continuum de soins ainsi que l'autonomie de gestion et l'autonomie financière de chaque mission sont nécessaires afin de prévenir les coûts sociaux attribuables au vieillissement de la population. Cette section propose une amélioration du système en place via un continuum en quatre paliers soit la prévention, le maintien à domicile, le passage en maison de transition pour adultes en perte d'autonomie et la fin de vie en CHSLD avec les CLSC comme porte d'entrée des services de santé et comme interlocuteur privilégié des citoyens.

Prévention

La prévention est une étape essentielle au bon fonctionnement d'un système de santé. Agir en amont permet une économie d'échelle à long terme puisque plusieurs pathologies peuvent être évitées ou retardées. Des gestes simples peuvent être faits comme pratiquer une activité physique qui est considérée comme la mesure la plus efficace que peuvent appliquer les aînés pour améliorer leur santé. Selon l'Association médicale canadienne, l'activité physique, même débutée tardivement dans la vie, est la mesure la plus importante à prendre afin d'améliorer la santé et de retarder les problèmes liés au vieillissement.² En tant que gouvernement, faciliter la pratique d'activités physiques par le biais de crédit d'impôt, de mesures incitatives ou encore de financements plus importants pour les centres communautaires offrant des activités sportives aux aînés, peut constituer une économie de taille à long terme.

L'éducation à l'importance de l'activité versus la sédentarité est également un rôle que peut jouer le gouvernement via des campagnes de promotion de l'activité physique. Lorsque l'on sait qu'en 2008, 28% des hommes et 31% des femmes de plus de 65 ans

² Association médicale canadienne « La santé et les soins de santé pour une population vieillissante » (décembre 2013)

étaient obèses³ cela nous prouve que l'obésité engendre plusieurs maladies chroniques tels l'artériosclérose, le diabète de type 2 ou encore l'hypertension artérielle, pour ne nommer que celles-ci. L'hypertension qui n'est pas détectée rend la personne plus à risque de faire un AVC, ce qui peut engendrer une série de conséquences dont le transfert vers une unité d'urgence de l'hôpital et un séjour prolongé qui aurait pu être évité. Ce n'est qu'un exemple de l'importance de la prévention.

Plus que l'activité physique, les effets néfastes du tabagisme ou l'importance d'une saine alimentation constituent également des aspects importants de la prévention. « En 2010, plus de la moitié (58%) des dépenses annuelles en soins de santé au Canada étaient consacrée aux maladies chroniques... »³, desquelles certaines peuvent être retardées voir évitées lors d'efforts de prévention.

Les CLSC, déjà en place au Québec, peuvent et doivent jouer un rôle majeur dans la prévention puisqu'ils ont la capacité de rejoindre les citoyens à leur domicile et de couvrir en entier la région qu'ils desservent. Comme ils regroupent des professionnels de différents domaines, le service multidisciplinaire qu'ils offrent engendre la capacité de répondre à l'aspect préventif et curatif à plusieurs égards.

Maintien à domicile

Les services et soins à domicile font partie d'une solution globale permettant la libération de place dans les hôpitaux et le désengorgement du système de santé. Plusieurs retraités aimeraient demeurer à leur domicile, mais ont besoin d'un soutien qu'ils ne peuvent se payer. Cette information issue d'un sondage fait auprès de nos membres est applicable à une majorité de la population québécoise. Dans l'idée d'un continuum de soins efficace, les CLSC doivent disposer d'outils et de ressources nécessaires à l'évaluation des besoins et à la coordination des services à domicile. À l'aide des ressources en place tel les EÉSAD, les proches aidants ou les popottes roulantes, il est recommandé de créer des services supplémentaires et d'ajouter des ressources financières dédiées au maintien à domicile des personnes âgées.

En 2006, 33% des canadiens de 65 ans et plus avaient une incapacité et ce pourcentage atteignait 44% chez les 75 ans ou plus ⁴ Une incapacité ne veut pas dire une perte d'autonomie, mais faute de moyens, certains aînés se voient contraints de quitter leur

³ Association des infirmières canadiennes « les maladies chroniques liées au vieillissement » (novembre 2011)

⁴ Institut canadien d'information sur la santé. « Les personnes âgées et le système de santé : quelles répercussions sur les multiples affections chroniques » (janvier 2011)

domicile. Une attention particulière portée aux services pourrait, selon le sommaire de l'Association canadienne des infirmières, permettre d'éviter des séjours à l'hôpital inutile et donc éviter des coûts. En 2008-2009, 92 000 personnes étaient hospitalisées au Canada, alors qu'elles avaient plutôt besoin de soins à domicile...³ La solution réside toujours dans les CLSC vue la proximité des soins qu'ils sont en mesure d'offrir et l'accès direct qu'ils ont avec la communauté.

Les pays où la formule de soins et services à domicile fonctionne le mieux, dont les Pays Bas, la Suède, la France ou le Danemark, y consacrent entre 30% et 70% de leur budget alors qu'actuellement, le Québec y consacre plus ou moins 17% de son budget au maintien des personnes âgées à domicile. Certes, un montant important a été annoncé récemment par le gouvernement, mais est-ce dans le but de devenir permanent et de s'inscrire dans une structure et non seulement dans une ponctualité visant à combler un manque exacerbé par la pandémie.

Maison pour adulte en perte d'autonomie

Lorsque la perte d'autonomie augmente et qu'il devient inévitable de quitter le domicile, les personnes âgées devraient se retrouver dans un environnement sécurisé, adapté à leurs besoins mais permettant l'aide et l'implication des proches aidants et de bénévoles. Le RIIRS est d'avis que le passage dans une maison adaptée pour adulte en perte d'autonomie contribuera à alléger le système de santé et prolongera la qualité de vie des occupants.

En concordance avec le projet de maisons des aînés et de maisons alternatives du présent gouvernement, le RIIRS croit en un milieu de vie où des résidents partagent des caractéristiques similaires; où l'aménagement facilite les déplacements et l'autonomie des occupants; où les proches aidants et les bénévoles ont un accès privilégié et où l'aménagement de l'espace rappelle d'avantage le domicile que l'institution médicale. En valorisant l'entraide et en offrant un service de qualité supervisé par des professionnels, ces milieux de vie possèdent plusieurs facteurs mobilisant. Ils contribueront à libérer des places dans les hôpitaux et les CHSLD et feront partie du continuum de soins que superviserait les CLSC.

CHSLD

La dernière étape de notre proposition se retrouve dans la passage vers un CHSLD. Lorsqu'il n'y a plus de retour possible à une plus grande autonomie et que le besoin en soin de santé est trop important, la suite logique pour une personne âgée en perte d'autonomie est le passage en CHSLD. Pour ce faire, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux doit redéfinir la mission et la vocation de ceux-ci. Plutôt que de parler de milieu de vie, le RIIRS suggère de parler de milieu de fin de vie. Considérant que la durée moyenne d'un séjour en CHSLD pour les personnes âgées en perte d'autonomie se situe entre 12 et 18 mois, la mission se situe plus près des soins palliatifs.

Les CHSLD doivent devenir des établissements autonomes, disposant de toutes les ressources nécessaires aux soins et au maintien des conditions de vie de leurs patients. Qu'il s'agisse de posséder l'équipement pour les radiographies afin d'éviter un déplacement inutile ou d'offrir une chambre privée à chaque résident, les établissements doivent s'ajuster. Ils doivent permettre une fin de vie dans la dignité et l'accessibilité universelle au système de santé. Afin d'y arriver, l'accès aux CHSLD doit devenir gratuit pour tous, au même titre que le séjour en centre hospitalier.

Solutions

Le RIIRS propose donc 18 solutions incontournables pour une réforme de la santé réussie :

- Offrir un continuum de soin efficace.
- Assurer la pleine autonomie de gestion et financière de chaque établissement et augmenter les ressources professionnelles tant pour la coordination que pour le travail direct avec les patients.

Prévention :

- Redonner aux CLSC la mission de prévention.
- Mettre de l'avant la coordination des soins et services de santé dans les CLSC par des gestionnaires de cas pour tout le territoire régional couvert.
- Renforcer les campagnes ciblées visant à mettre de l'avant l'importance des saines habitudes de vie chez la clientèle vieillissante.

Maintien à domicile :

- Évaluer les besoins de la clientèle grâce aux outils déjà en place dans les CLSC et cibler les services spécifiques nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées.
- Augmenter le financement des ressources afin d'améliorer la qualité et la quantité de services offerts pour le maintien à domicile.
- Ajuster le financement des services afin d'offrir à la clientèle un mode de paiement au prorata de leur capacité de payer.
- Assurer les soins requis par des ressources spécialisées, dont celles en santé mentale.
- Assurer la disponibilité des services aux proches aidants.

Maison pour adulte en perte d'autonomie :

- Augmenter le nombre de maisons des aînés et de maisons alternatives afin de privilégier le passage des aînés en perte d'autonomie vers cette ressource.
- Assurer le financement adéquat des maisons pour aînés et la présence suffisante de professionnels et de personnel compétent pour palier à la perte d'autonomie de la clientèle.
- Ajuster le coût pour la clientèle au prorata de sa capacité à payer.

CHSLD :

- Orienter la mission des CHSLD vers des soins de fin de vie.

- Augmenter les services offerts afin de diminuer le voyageant des patients entre les différents établissements.
- Assurer la gratuité des soins et services pour les bénéficiaires en CHSLD.
- Assurer la présence de ratios sécuritaires professionnels en soins / patients dans tous les CHSLD du réseau.
- Augmenter les ressources professionnelles pour accompagner adéquatement les personnes âgées dans une mort digne et sereine.

Conclusion

En terminant, le RIIRS souhaite rappeler toute l'importance d'adopter de saines habitudes de vie. Il n'est jamais trop tard pour commencer à bien faire. Ainsi, avec les outils nécessaires, les personnes âgées seront en mesure de prévenir plus de maladies chroniques et de pathologies pouvant porter atteintes à leur autonomie. En offrant un continuum de soins adéquat mettant de l'avant le maintien à domicile, le passage en maison des aînés et de maisons alternatives et de fin de vie en CHSDL, le tout orchestré par les CLSC, le gouvernement permet aux aînés de vivre dans la dignité. La collaboration des équipes interprofessionnelles fera le succès de cette stratégie.

Et pourquoi pas rêver de plus, d'une société amie des aînés, inclusive, où le dialogue social a toute sa place. Une société où l'environnement est sécuritaire pour tous les citoyens en dépit de leur âge, leur origine, leur couleur de peau ou leur orientation sexuelle. Le RIIRS sera présent dans cet idéal et espère être toujours un collaborateur actif des porteurs de changements.

Lexique

CISSS : Centre intégré de santé et services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CHSLD : Centre hospitalier de soins longue durée

EÉSAD : Entreprises d'économie sociale en aide à domicile

FIQ : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

OBNL : Organisme à but non lucratif

RIIRS : Regroupement des intervenantes retraitées des services de santé