

L'ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES AUX PERSONNES AINÉES ET À LEURS PROCHES

« À force d'investir dans les soins, on finit par désinvestir la santé »

AVIS

Consultation du Conseil du Statut de la femme

Présenté par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

Mail 2017



Recherche et rédaction, Lydya Assayag, directrice
avec la collaboration d'Isabelle Mimeault, responsable de recherche
www.rqasf.qc.ca

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) remercie le Conseil du statut de la femme de l'avoir invité à présenter ses positions concernant l'organisation des soins et services aux personnes âgées et à leurs proches.

Pour gérer adéquatement l'accroissement continu de la demande de ces soins et services, il est indispensable de traiter à la fois le volet préventif et le volet curatif. Agir autrement nous condamne à faire face à toujours plus de besoins, de souffrance, donc d'augmentations de services et de fonds, ce qui demeure difficile, voire impossible dans un contexte d'austérité budgétaire. Il est donc incontournable de se pencher sur la prévention et sur les facteurs qui influencent les maladies pour espérer réduire cette demande.

VOLET PRÉVENTIF

Avant de poursuivre, il convient de poser certaines balises de santé publique :

1. La santé ne dépend pas que des soins et services de santé

Comme la santé est déterminée par un ensemble de facteurs collectifs et individuels¹, les investissements dans le système de santé ne devraient représenter que 25-30% des investissements en santé². Par conséquent, ne traiter que de l'organisation des soins et des services ne permet pas de vision globale de la santé, par voie de conséquence pas de solutions efficaces. (FIG. 1)

2. L'approche des déterminants de la santé

La santé est un rapport social et ce rapport se constate dans les inégalités de santé. Les rapports inégaux entre femmes et hommes et entre femmes elles-mêmes influent directement sur leur santé, donc sur leur demande de soins. Les inégalités « tuent à grande échelle », avertissait en 2008 la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

- a. Les maladies chroniques³, qui représentent un lourd fardeau humain et financier, pourraient et devraient être évitées. Les inégalités sociales et de santé, qui y contribuent grandement, continuent de croître. Le phénomène est complexe et appelle une action multisectorielle, comme le recommande l'Organisation mondiale de la santé. À cet effet nous vous référons à notre mémoire [Femmes et inégalités de santé : le devoir de cohérence](#) (2011), et aux excellents travaux de la [Commission des déterminants sociaux et de la santé de l'OMS](#).
- b. Il est devenu impérieux d'adopter l'approche des « Déterminants de la santé » pour améliorer tant la santé globale de toute la population que l'équité en santé, d'autant plus que les analyses, les données et les outils abondent. Si d'autres pays l'ont fait, surtout en Europe⁴ mais pas seulement (l'Écosse⁵, la Norvège⁶, la Nouvelle-Zélande⁷...), le Québec peut le faire aussi.

¹ Source : MSSS, *Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants* (par Aline Émond), Québec, MSSS, 2010.

² http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/. Voir également : O'Neil, Michel, Dupéré Sophie, Peterson Ann et Rootman Irving, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Édition Les presses de l'Université Laval, 2006.

³ En effet, à l'exception des maladies cardiaques et du diabète, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à souffrir de problèmes de santé chroniques. <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Principaux-problemes-de-sante-chroniques-selon-le-sexe>

⁴ Soulignons l'initiative européenne EuroHealthNet : <http://www.health-inequalities.eu/HEALTHYQUITY/EN/home/>

⁵ Consulter par exemple les sites suivants : <http://www.healthscotland.com/index.aspx> et <http://www.bridgingthegap.scot.nhs.uk/values-and-principles,-policy-and-practice.aspx>

- c. Les déterminants indispensables sont **la violence, la pauvreté, la médicalisation, l'exposition aux polluants environnementaux et alimentaires, et le cumul des rôles sociaux porté par les femmes.**

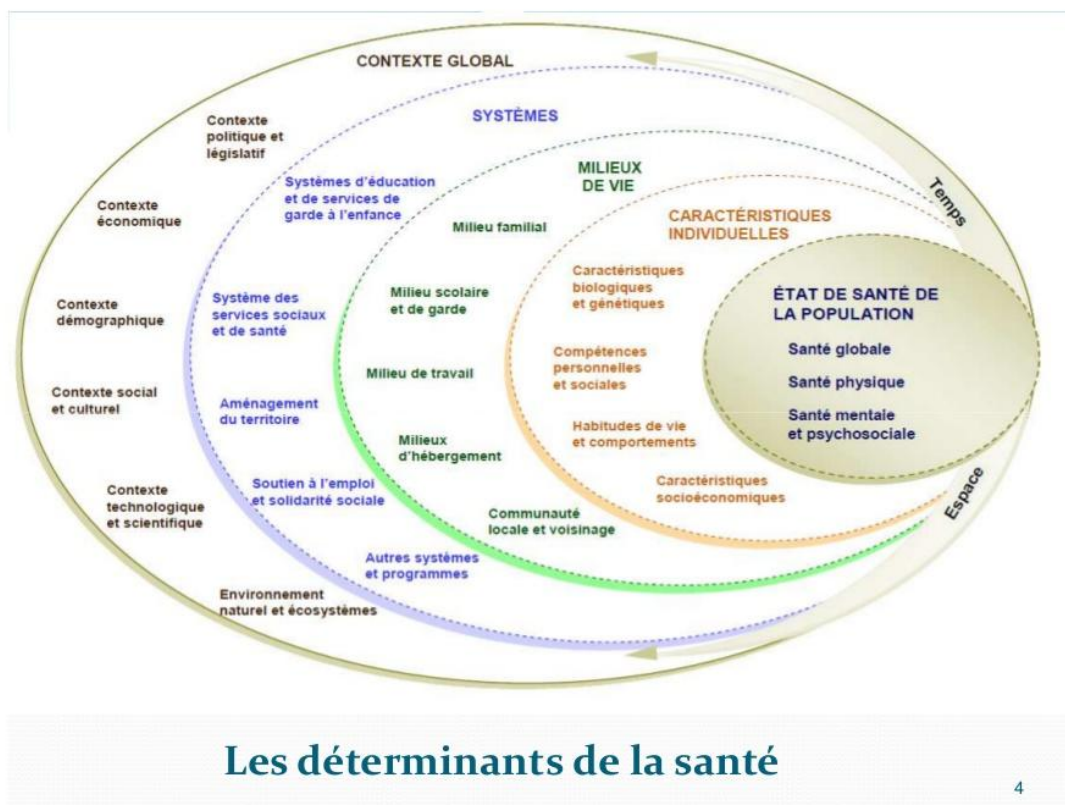


FIG. 1

Source : MSSS, *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune*, Québec, MSSS, 2010, p. 9.

3. La médicalisation de la santé des femmes ⁸

L'augmentation de la demande de services de santé n'est pas due qu'au vieillissement, mais aussi à la médicalisation et à la quasi-absence de prévention et de promotion de la santé.⁹

⁶ Voir à titre d'exemple ce bref profil de la Norvège : http://www.health-inequalities.eu/HEALTH-EQUALITY/EN/about_hi/health_inequalities/norway/

⁷ La Nouvelle-Zélande a produit de nombreux outils, à titre d'exemple *The Health Equity Assessment Tool : A User's Guide* : <http://www.pha.org.nz/documents/health-equity-assessment-tool-guide1.pdf>

⁸ Selon le sociologue Peter Conrad (1992, p. 226), la médicalisation consiste à redéfinir des phénomènes sociaux ou biologiques comme étant des problèmes médicaux — un élargissement du pathologique — en y associant des traitements médicaux — une extension de la compétence médicale.

⁹ Actuellement au Québec, le budget alloué à la prévention constitue moins de 3% du budget total en santé.

Les étapes naturelles de la vie des femmes ont été et sont encore aujourd'hui fortement médicalisées¹⁰, au profit des industries des technologies médicales et pharmaceutique : grossesse et périnatalité¹¹, ménopause¹², vieillesse, santé mentale¹³.

Le problème du surdiagnostic¹⁴ déjà identifié par l'Association médicale du Québec (AMQ)¹⁵ et l'augmentation vertigineuse des budgets alloués aux médicaments en sont deux autres manifestations.

2. Le contrôle sur sa santé

Bien que les femmes prodiguent les soins, soient les principales utilisatrices des services et principales consommatrices des médicaments, elles n'ont que peu de contrôle sur leur santé.

Or ce contrôle est justement un facteur majeur de santé. Aussi bien la Charte d'Ottawa¹⁶ que l'O.M.S. précisent que le partage du pouvoir, de l'argent et la participation aux décisions de santé les concernant font partie de la santé : «Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources¹⁷»

¹⁰ Sur la médicalisation de la santé et du corps des femmes selon une approche globale en santé, lire *Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé*, Montréal, RQASF, 2008. Un résumé vulgarisé est disponible en ligne :

http://rqasf.gc.ca/files/RQASF-Synthese_Cadre_PS_2009.pdf

¹¹ Pour une excellente présentation de la médicalisation de la maternité (grossesse, accouchement, périnatalité), lire l'ouvrage d'Andrée Rivard, professeure à l'UQTR : *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne* (voir bibliographie). Les femmes consultent davantage au cours de leur vie reproductive mais le taux de consultation est presque égal après 65 ans.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consultation-dun-medecin-selon-lage-et-le-sexe&print=1>

¹² Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, «La ménopause n'est pas une maladie».

<http://rqasf.gc.ca/menopause/menopause-approche-g8lobale>

¹³ Ce qui touche à la fois le diagnostic et la consommation de médicaments. Les femmes en effet consomment plus du double de psychotropes. Concernant la consommation d'antidépresseurs, les femmes ont une consommation (7,0 %) de plus du double de celle des hommes (3,3 %). De plus, bien que les médicaments servant à réguler l'humeur (1,6 %) et à traiter les comportements psychotiques (0,5 %) soient très peu utilisés par les femmes par rapport aux autres médicaments, les taux de consommation de ces médicaments présentés par les femmes sont respectivement 3 et 5 fois plus élevés que ceux présentés par les hommes. Source :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consommation-de-medicaments-liee-a-des-problemes-de-sante-mentale-selon-le-sexe&print=1>

Les femmes consomment plus de médicaments que les hommes, peu importe leur âge, y compris les plus jeunes femmes.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consommation-dau-moins-3-medicaments-differents-selon-lage-et-selon-le-sexe>

¹⁴ «Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement» (Association médicale du Québec, *Le surdiagnostic : Constats et plan d'action*, 2014, p. 3. <https://www.amq.ca/images/stories/documents/m%C3%A9moires/surdiagnostic-plan-action-fr.pdf>

¹⁵ Site de la campagne de l'AMQ contre le surdiagnostic : <http://www.choisiravecsoin.org/>

¹⁶ Ottawa a accueilli la première conférence internationale sur la promotion de la santé en 1989, dont résulta la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

¹⁷ «Pour remédier aux inégalités sanitaires et aux disparités des conditions de vie quotidiennes, il faut s'attaquer aux inégalités dans le mode d'organisation de la société, par exemple entre hommes et femmes. La tâche exige un secteur public puissant, déterminé, capable et suffisamment financé. Pour qu'il ait ces atouts, il faut plus que renforcer les instances gouvernementales, il faut renforcer la gouvernance : légitimité, latitude dans l'action (« espace ») et soutien de la société civile, d'un secteur privé responsable et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective. A l'heure de la mondialisation, une gouvernance dévouée à l'équité s'impose depuis le niveau communautaire jusqu'aux institutions mondiales.»

Recommandation principale 2, *Comblent le fossé en une génération*, Annexe A – liste de toutes les recommandations, p. 204 ¹⁷

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

«Chapitre 14 : Émancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer- Champ d'action 14.1 : Donner les moyens d'agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable à la prise de décisions sur le fonctionnement de la société, concernant notamment la façon dont il influe sur l'équité en santé, et instaurer durablement un cadre de participation sociale à l'élaboration des politiques. Idem p. 205»

BLOC DE QUESTIONS A

Dans l'état actuel du système de santé, axé exclusivement sur le curatif, seule une injection massive de fonds pourrait répondre à l'augmentation considérable de soins et services et à leur diversité.

Pour changer la donne, il est indispensable de modifier notre façon de faire¹⁸ et de travailler en amont.

Deux orientations sont nécessaires:

1. Permettre l'appropriation par les communautés de leur développement ¹⁹
2. Axer les efforts sur un «vieillessement actif».

Les réponses aux questions posées s'articuleront autour des éléments suivants (FIG. 2):

COMMENT MIEUX TENIR COMPTE DE LA DIVERSITÉ DES BESOINS ET DES PRÉFÉRENCES DES PERSONNES AINÉES ...

- ✦ Éduquer, sensibiliser les femmes sur leur santé
- ✦ Participation sociale et citoyenne : les impliquer dans l'élaboration, la planification et l'organisation de ces soins et services
- ✦ Un vieillissement actif nécessitant des actions multisectorielles qui s'inscrivent dans le mouvement 'Villes et villages en santé'.²⁰
- ✦ Inscrire ces soins dans la vie de quartier²¹ suivant une logique de proximité²²

Cela implique de donner aux personnes et aux proches un véritable pouvoir de décision. Cela signifie aussi de travailler en équipe entre les proches, les organisations communautaires et les trois paliers de gouvernement provincial-municipal-arrondissement. Finalement, il est indispensable de travailler de manière multidisciplinaire : urbanisme- logement- loisirs-soins-diététiste- physiothérapeute...

À première vue, l'on pourrait penser que cela augmenterait les coûts, mais les quartiers et villes où cela est mis en place démontrent néanmoins qu'il n'en n'ait rien.

¹⁸ <http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/revue-litt-promotion-sante-personnes-agees.pdf>

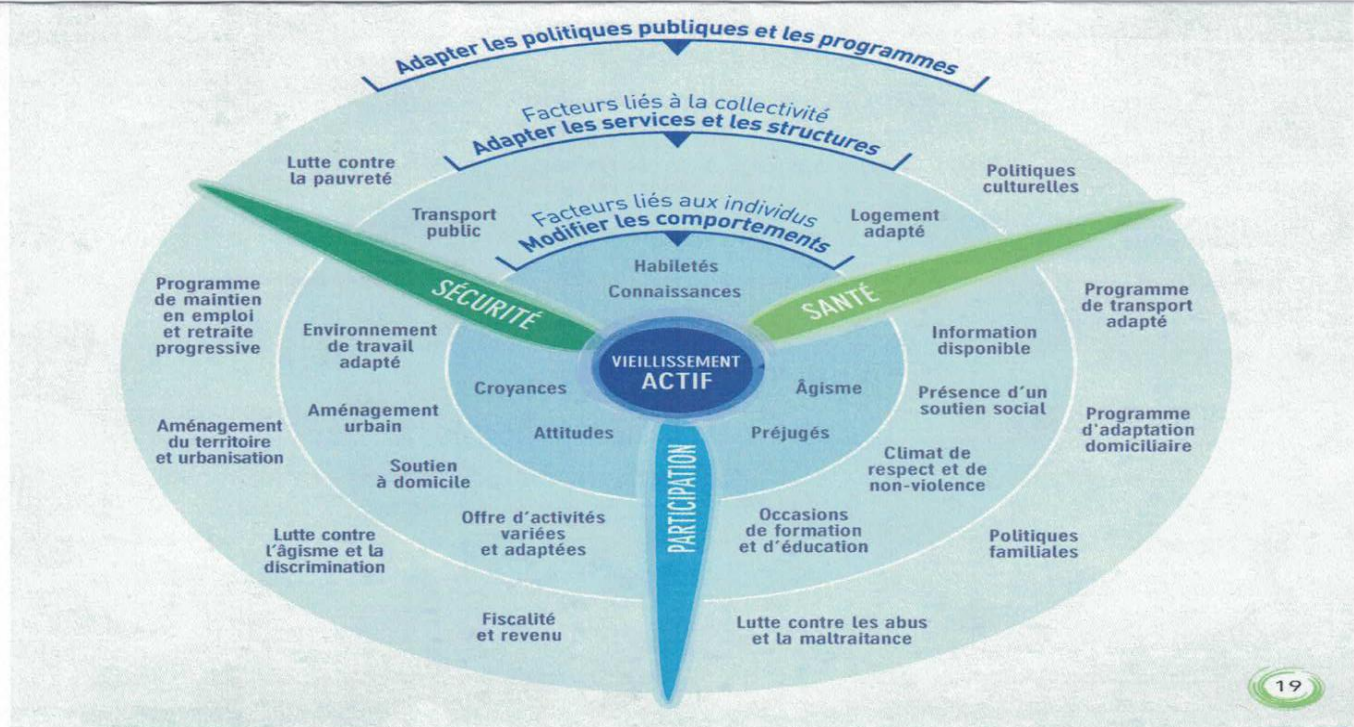
¹⁹ http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/20010203_rapp_cfr.pdf 1- développer une vision commune de l'appropriation et de ses valeurs- 2 Organiser le territoire pour soutenir l'action des communautés -3 utiliser les ressources pour et par les communautés - 4 établir un partage des pouvoirs orienté vers la décentralisation - Développer la coopération et l'action en réseau.

²⁰ <http://www.rqvvs.qc.ca/fr/accueil> et <http://vvs2016.ca/>

²¹ «Les domaines d'intervention municipale : le volet territorial : les espaces extérieurs et les bâtiments, le transport - l'habitation -la sécurité publique Le volet social : la participation sociale et citoyenne -le respect et l'inclusion sociale- la vie communautaire et le loisir -la culture -l'information et la communication - la gouvernance Le volet économique : l'emploi - la vie économique»

²² Selon l'OMS, en élaborant des politiques et des programmes sous l'angle de « vieillir en restant actif », on se donne la possibilité de relever les défis du vieillissement des individus, mais aussi des populations. Ainsi, déployer des politiques et des programmes favorables à un vieillissement actif, c'est reconnaître qu'il faut non seulement continuer à modifier les comportements et promouvoir l'adoption d'un mode de vie actif, mais aussi favoriser l'émergence d'environnements qui encouragent la participation active des personnes âgées.

FIG. 2



Source : Secrétariat aux aînés, Ministère de la famille et des aînés, *Municipalité amie des aînés : Favoriser le vieillissement actif au Québec*, Gouvernement du Québec, 2009, p. 19.

BLOC DE QUESTIONS B

AMÉLIORER LA SITUATION DES PROCHES AIDANTES ET DES PROCHES AIDANTS

Comme vous le savez, beaucoup de personnes proches aidantes vivent des situations difficiles, d'isolement, d'épuisement, de pauvreté et de culpabilité. En outre, elles ont surtout besoin de reconnaissance de leur travail.

Tout comme le reste du travail invisible qu'accomplissent les femmes, l'évolution des mœurs passent par un ensemble de mesures dont l'éducation, la sensibilisation aux stéréotypes, une compensation fiscale ou financière et un véritable partenariat avec le système de santé. Le format requis pour le présent document ne nous permet pas d'élaborer sur

les mesures pour diminuer leur appauvrissement et leur épuisement. C'est pourquoi nous réservons nos commentaires sur ces thèmes lors de la consultation en personne.

A- FAVORISER L'ARTICULATION FAMILLE-TRAVAIL

Le RQASF fait siennes les recommandations de la plateforme politique «Pour faire face aux nouveaux défis » de la Coalition pour la conciliation Famille-Travail-Études²⁴ qui propose une série de mesures d'adaptation d'organisation du travail, des études, du régime de congé compassion du programme de l'assurance emploi .

Quant aux questions subséquentes portant sur l'intégration par les intervenantes du réseau de la santé des personnes proches aidantes, nous vous référeront à la section sur la participation citoyenne et le partage du pouvoir et des ressources traité au bloc précédent.

« À force d'investir dans les soins, on finit par désinvestir la santé²⁵ ».

Nous demeurons à votre disponibilité pour de plus amples informations.

²⁴ <http://www.fafmrq.org/wp-content/uploads/2015/11/Plateforme-CCFTE-juin2016-ajout-CSPE.pdf>

²⁵ Louise BOUCHARD et Marc RENAUD, *Pour un paradigme de la santé*, GRASP, Département de sociologie de l'Université de Montréal, Institut canadien de recherches avancées, *PRÉVENIR*, no 28, 1995.