



Adapter les services de santé au vieillissement de la population

Réjean Hébert MD MPhil

Professeur titulaire

Graphique 1 Structure d'âge de la population canadienne

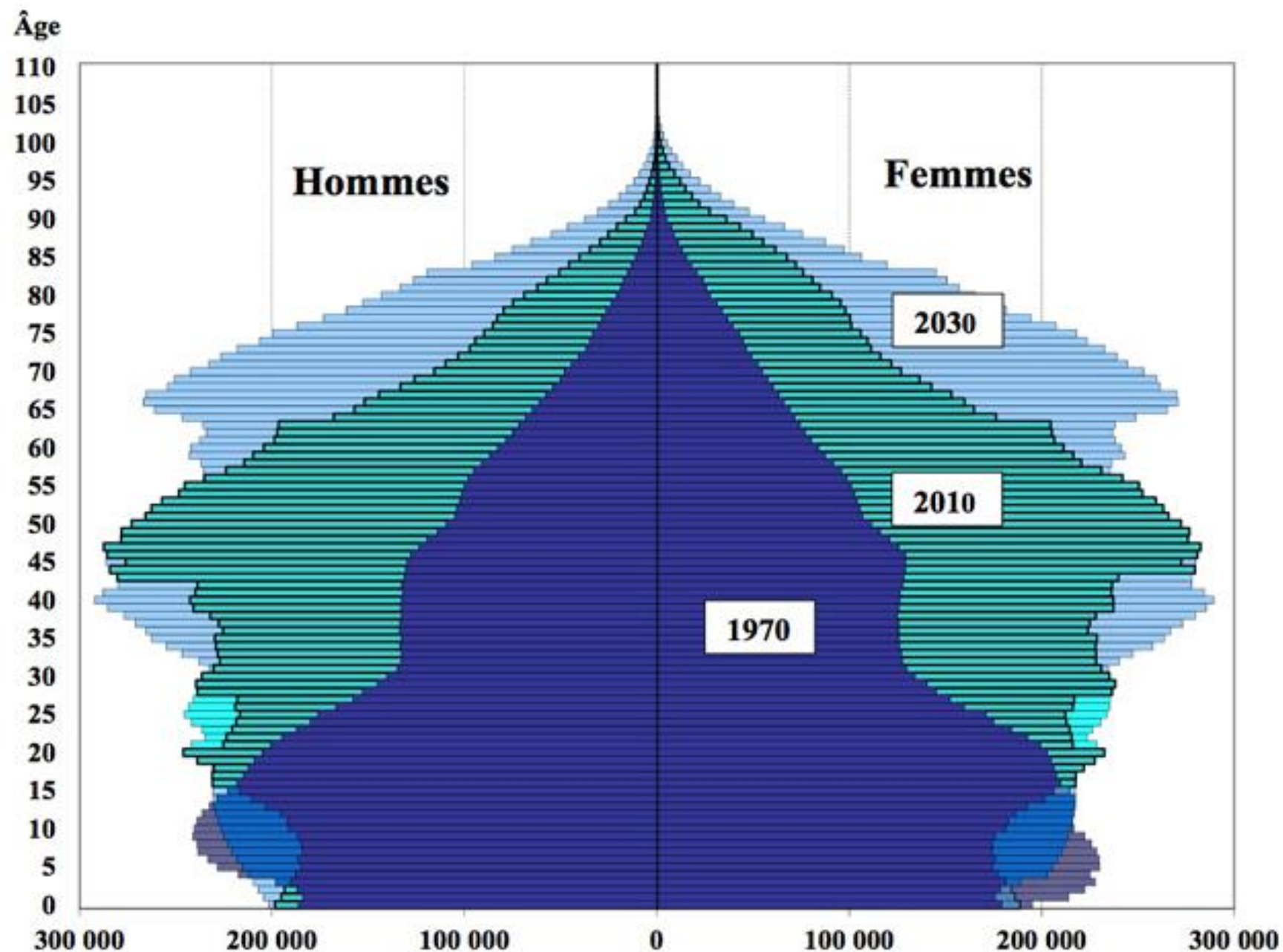
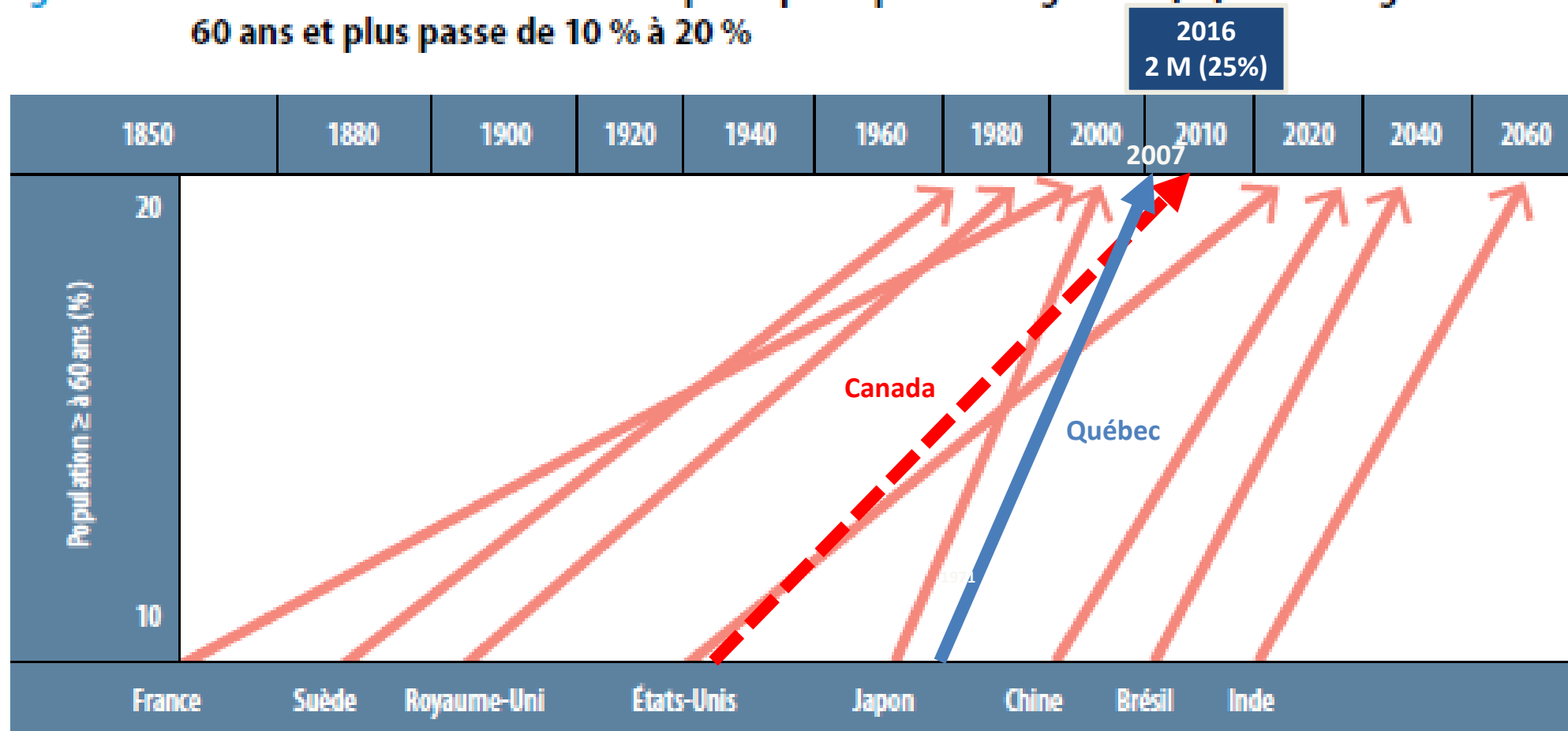


Fig. 3.3. Période nécessaire ou estimée pour que le pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus passe de 10 % à 20 %

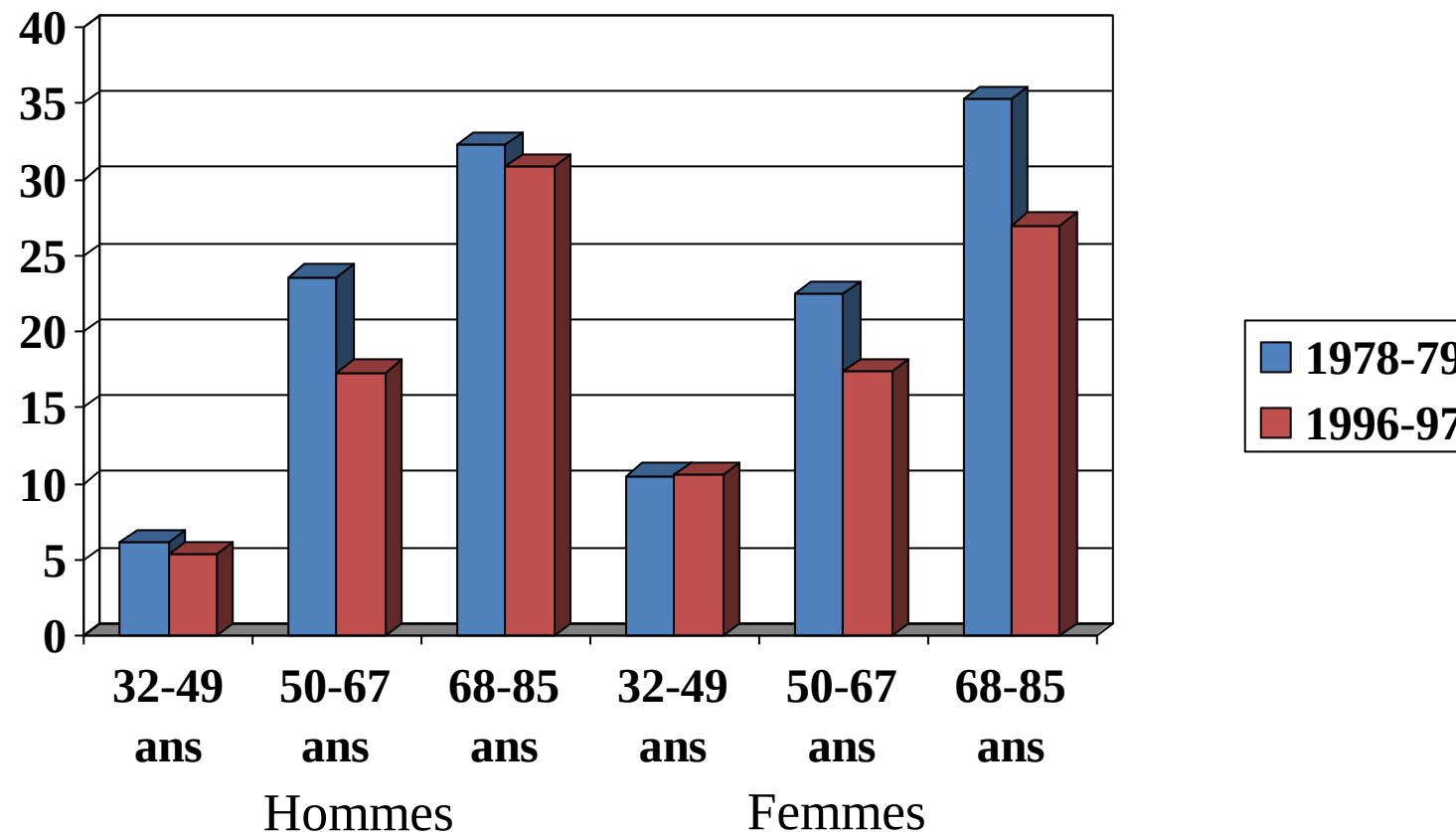


Évolution des besoins: vieillissement

- Gare aux prédictions simplistes
- Demande
 - ↓: État de santé s'améliore
 - ↑: Habitudes de consommation: exigences (accès et qualité), légitimité, engagement, autonomisation
- Offre
 - Ressources: ex: lits d'hôpitaux (projections de Evans)
 - Organisation des services

Évolution des besoins: vieillissement

Prévalence des incapacités selon différentes cohortes



Impact du vieillissement sur les dépenses de santé : variable selon 3 scénarios

1. Linéaire

- Fonctionnalité par groupe d'âge même qu'aujourd'hui
- Utilisation de services par groupe âge même qu'aujourd'hui

2. Progressif

- Amélioration de la fonctionnalité par groupe d'âge
- Modification de la prise en charge des personnes âgées

3. Âge au décès

Scénario "âge au décès"

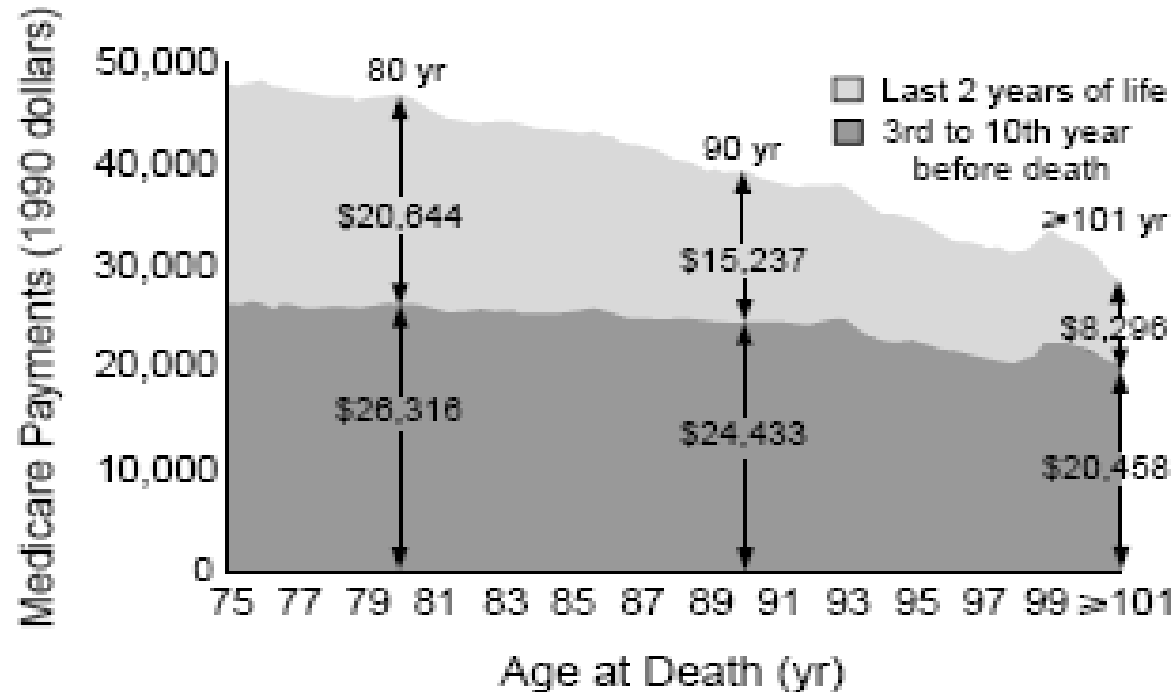
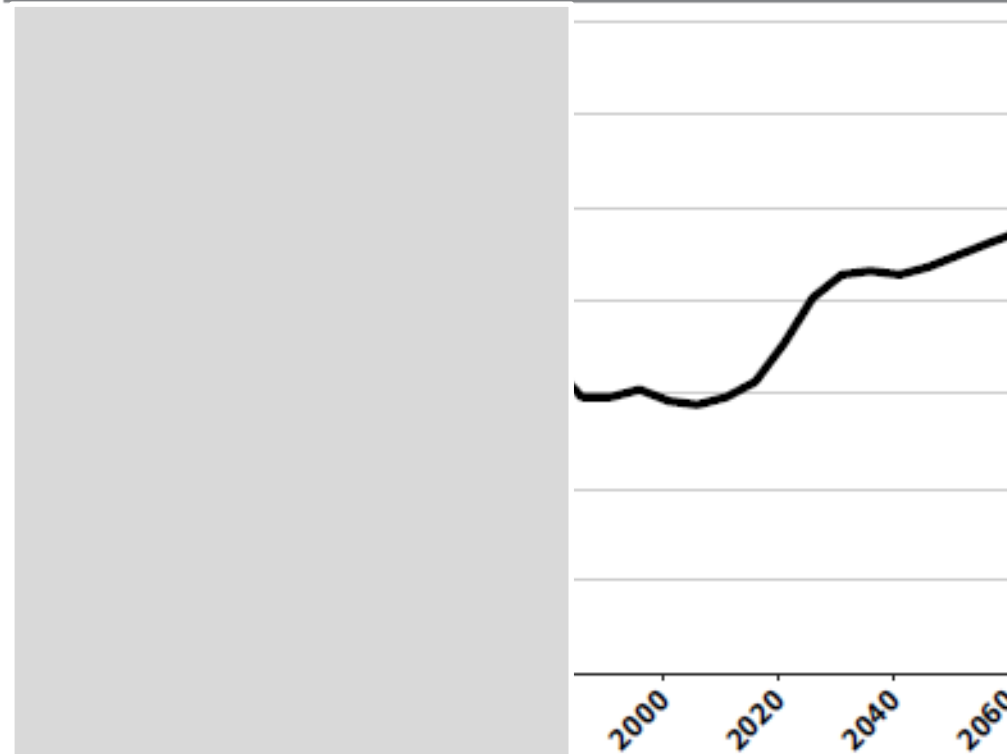


Figure 4. Medicare Payments in the Last 10 Years of Life for Persons in the Study Sample, According to Age at Death and Length of Time before Death.

These enrollees died in 1989 or 1990 at 65 years of age or older.

Taux de dépendance démographique: $\frac{\text{Nb de personnes de } <20 \text{ ans} + \geq 65 \text{ ans}}{\text{Nb de personnes de } 20 \text{ à } 64 \text{ ans}}$

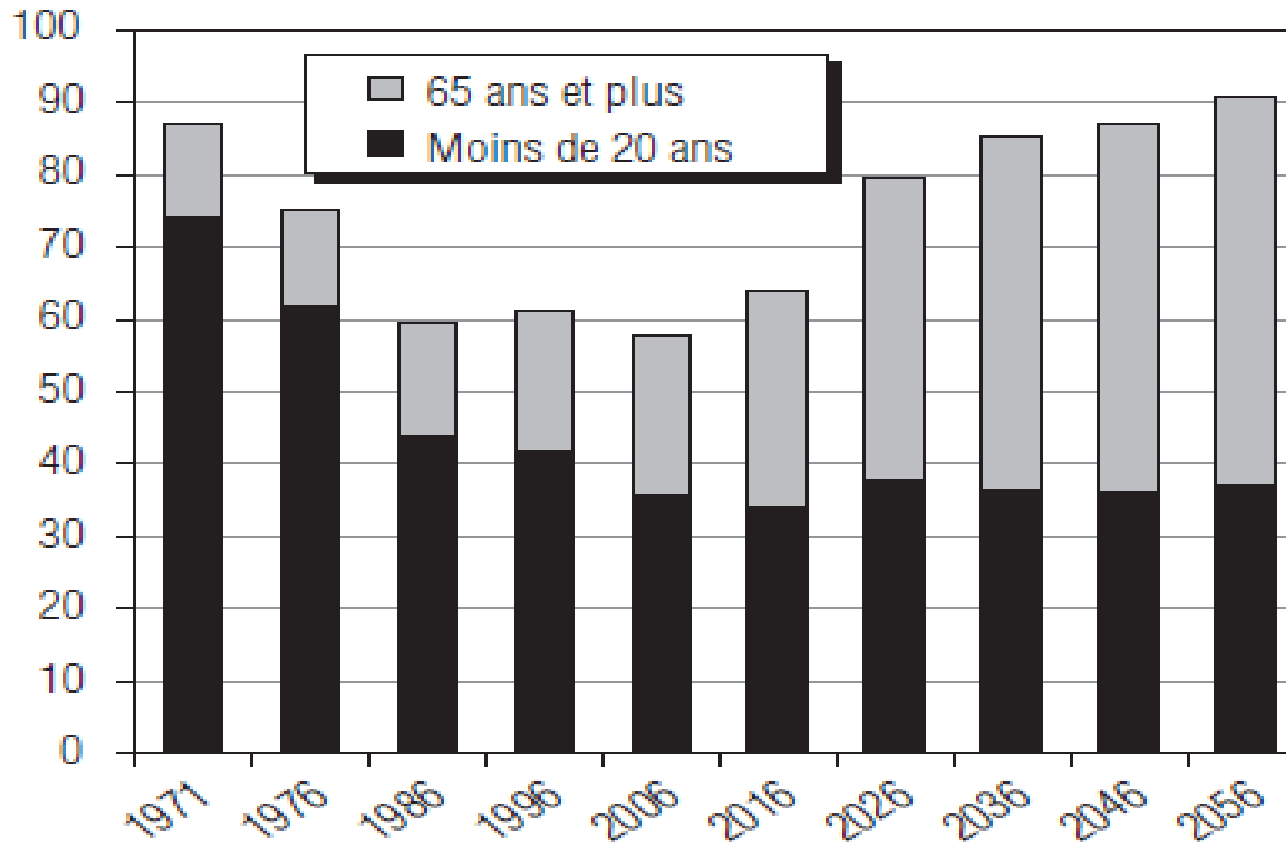
GRAPHIQUE 4 Évolution du taux de dépendance, Québec, 1900-2060



Source: Institut de la statistique du Québec (ISQ), Le bilan démographique du Québec : Édition 2014, décembre 2014, p. 40, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2014.pdf. Calculs des auteurs.

Nombre de personnes inactives pour 100 personnes actives

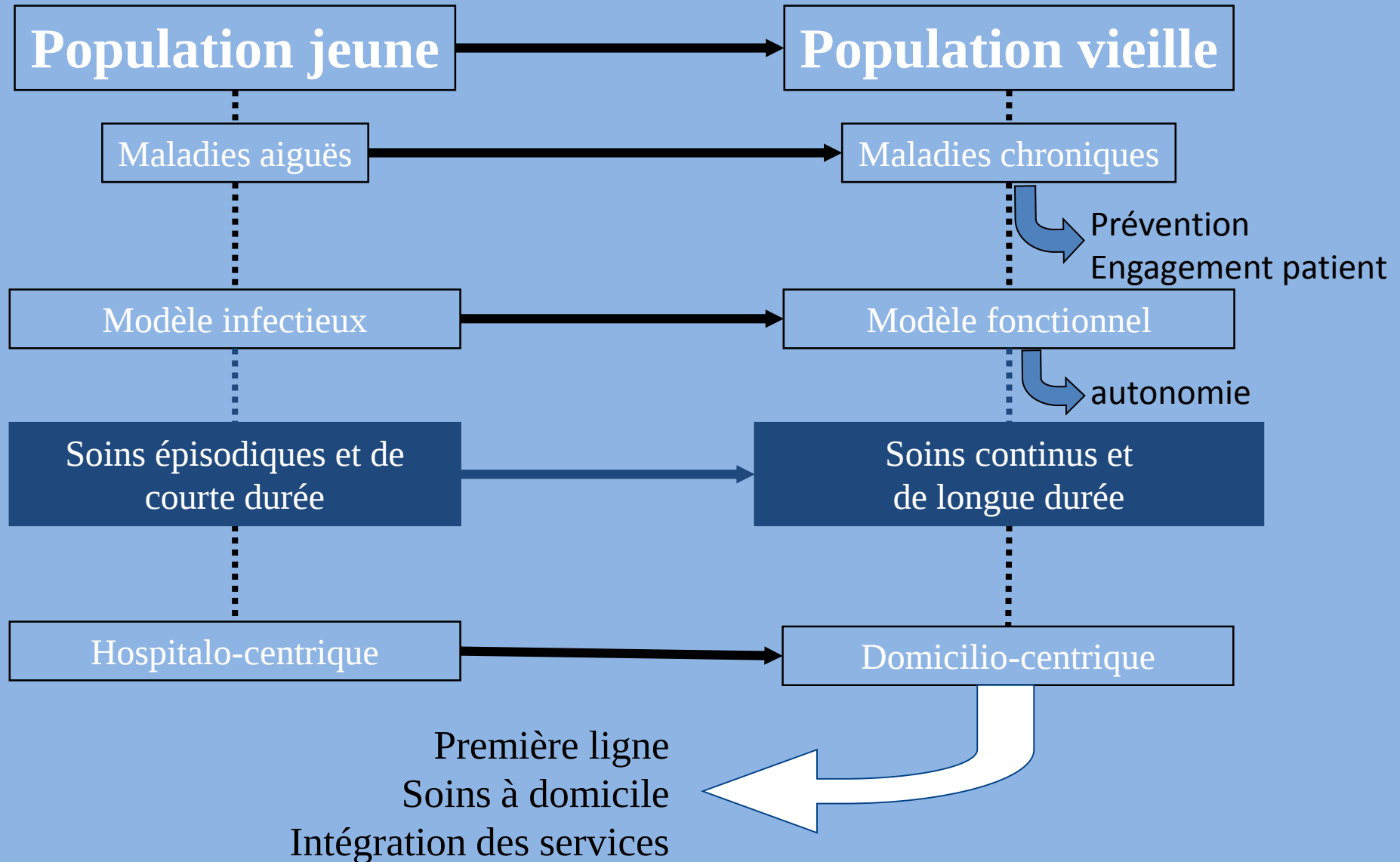
Rapport de dépendance



1. Nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans

Source : Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*.

Transition démographique



Côte-Vertu → Pie-IX
38 minutes en métro
Perte de **11** ans d'espérance de vie
Retour de **38** ans dans le temps

Saint-Laurent
EV: 85,0 ans



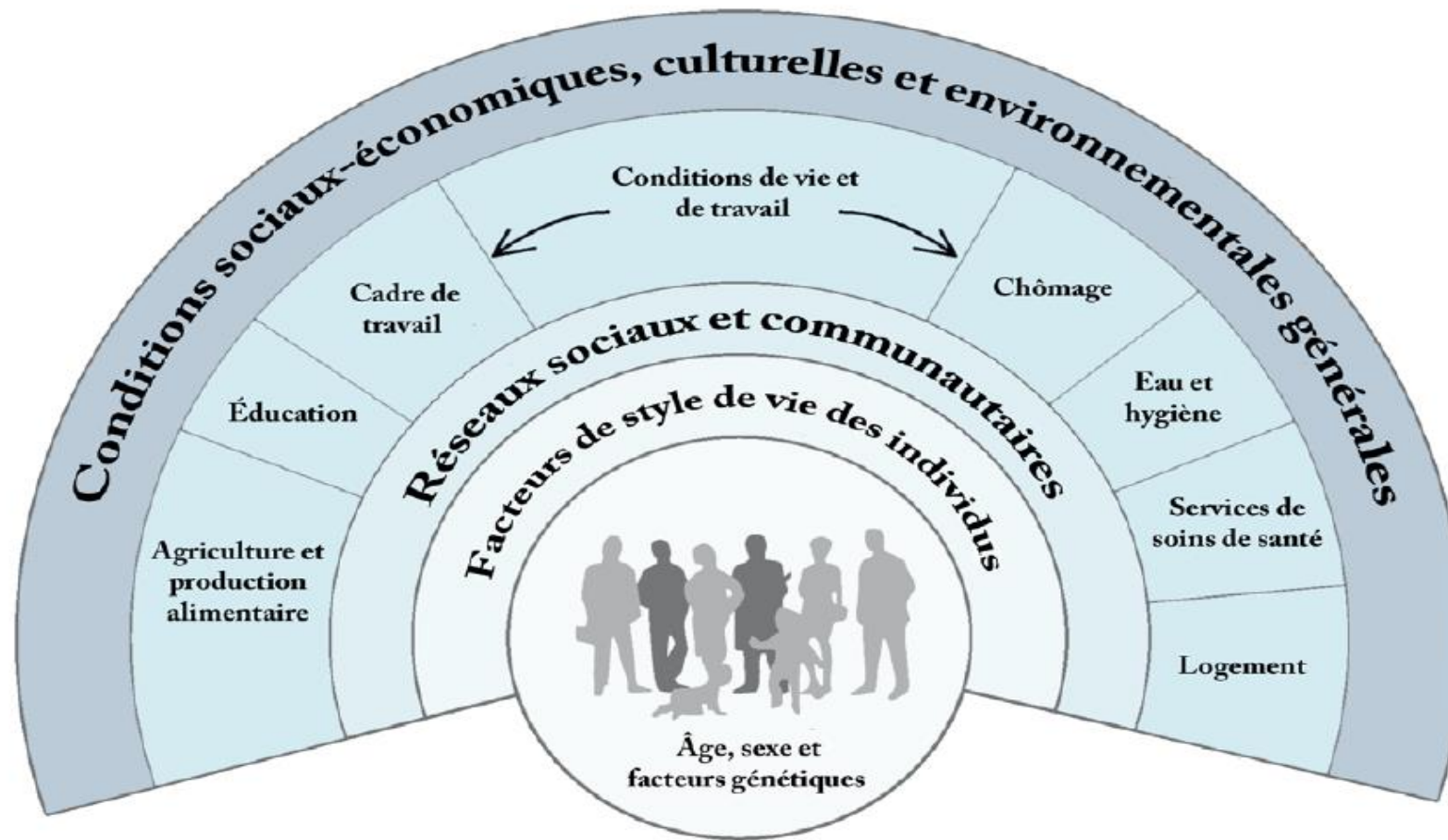
Hochelaga-Maisonneuve
EV: 74,2 ans

Canada: 1977
Comparable à celle des
pays d'Amérique latine
et d'Afrique du nord

Prévention

- Facteurs de risque modifiables (GDB, 2015)
 - 57,2% de la mortalité (89% mal. cardio-vasc.)
 - 41,6% des années vécus en incapacité (88%)
 - Tabac, alimentation, sédentarité, HTA, hyperlipémie, obésité
- Déterminants de la santé
 - Inégalités sociales
 - Niveau socio-économique: logement, revenu, éducation

Figure 1.1 Un modèle des déterminants de la santé

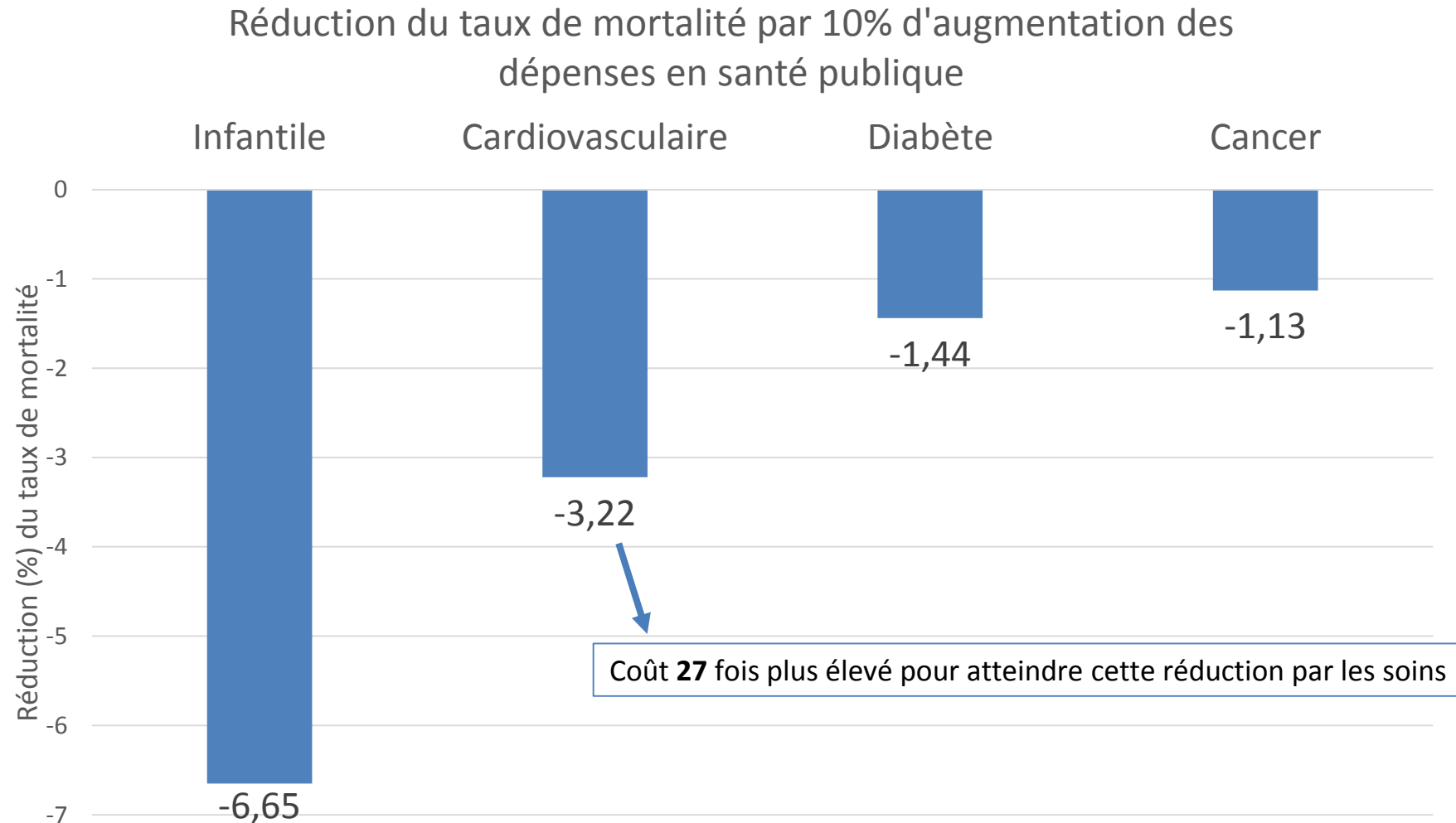


La figure présente un modèle de l'influence des déterminants de la santé qui permet de voir comment les divers facteurs d'influence sur la santé s'imbriquent dans de plus larges sphères de la société.

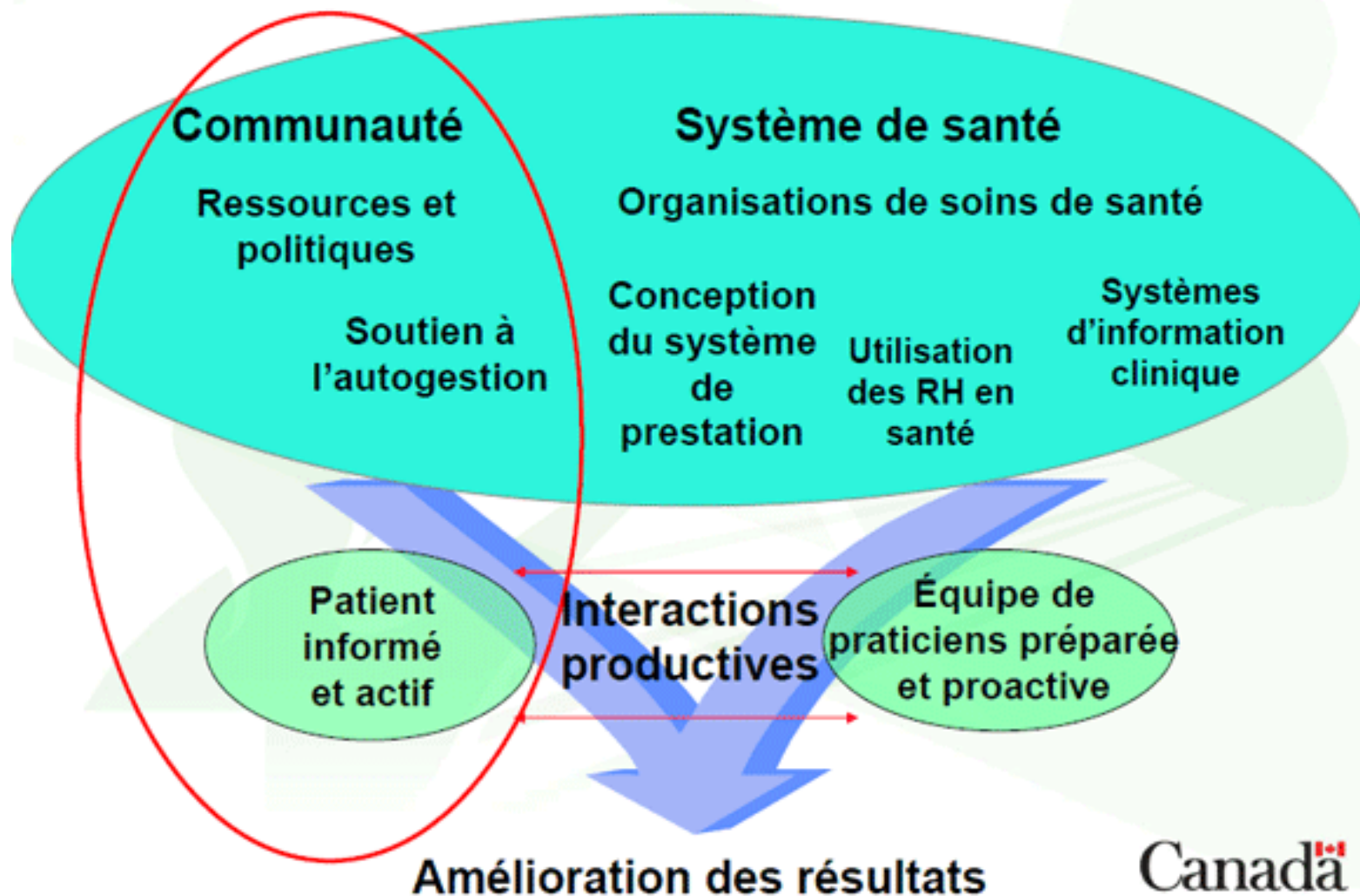
Source : Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm : Institute for Futures Studies.

Bénéfice des investissements en santé publique aux États-Unis

Mays & Smith. Health Affairs, 2011



Modèle de soins chroniques de Wagner





Engagement du patient/famille

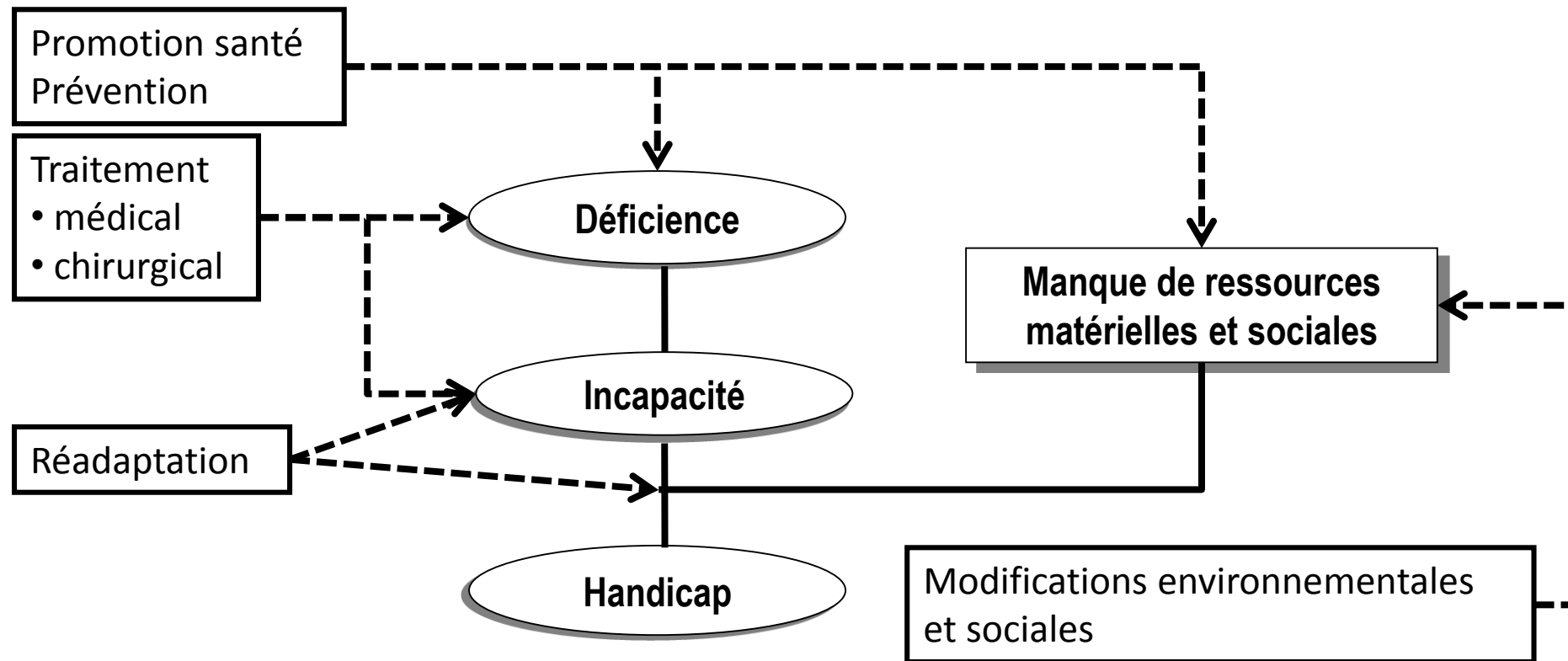
- Domicile: milieu ouvert, non contrôlé
- Influences multiples (pas seulement le MD)
- Soins, gouvernance, politiques publiques, enseignement, recherche
- Consultation, implication, partenariat

Patient engagé: caractéristiques

(National Health Priority Action Council of Australia, 2011)

- A des connaissances de la maladie et de son traitement;
- Adopte un plan d'auto-soin négocié et accepté en partenariat avec les professionnels de santé;
- Participe aux décisions;
- Monitore et gère les signes et symptômes de sa maladie
- Gère les impacts physiques, émotionnels, sociaux et occupationnels de sa maladie;
- Adopte de saines habitudes de vie;
- Connaît et sait utiliser les services de soutien.

Modèle fonctionnel de la maladie (OMS, 1980)



Incapacités

- AVQ
 - se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne (brosser dents, peigner, barbe, ongles), fonction vésicale, fonction intestinale, utiliser les toilettes
- Communication
 - Voir, entendre, parler
- Mobilité
 - Transferts, marche à l'intérieur, installer prothèse/orthèse, fauteuil roulant (int.), escaliers, circuler à l'extérieur
- Fonctions mentales
 - Mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement
- Tâches domestiques
 - entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, utiliser le téléphone, utiliser les moyens de transports, prendre ses médicaments, gérer son budget
- Fonctionnement social
 - Occuper son temps libre, maintenir et/ou créer des liens significatifs, utiliser son réseau social et les ressources de son milieu, agir de façon appropriée dans ses relations, assumer des rôles sociaux significatifs, exprimer ses désirs, besoins, idées, opinions et limites

Grille d'évaluation de l'autonomie

SMAF[®]

SYSTÈME DE MESURE
DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Nom : _____

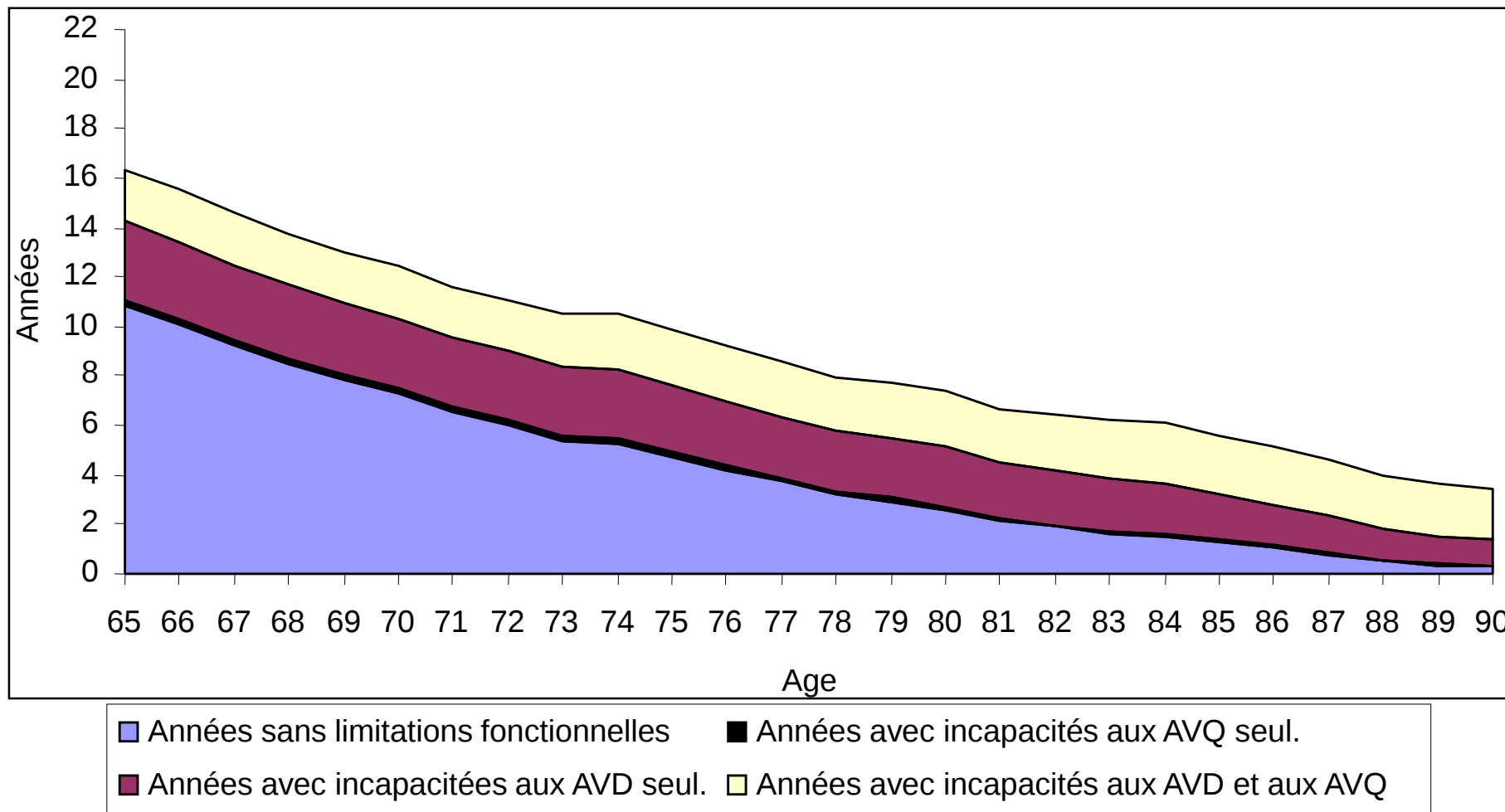
Dossier : _____

Date : _____ Évaluation no. : _____

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même 2. voisin 4. aux. fam 6. bénévole 8. préposé 1. famille 3. employé 5. infirmière 7. autre		
A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)			
1. SE NOURRIR			
☐ 0 Se nourrit seul ☐ -0,5 Avec difficulté			
☐ -1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité ☐ Oui _____ ☐ Non _____	0 -1 -2 -3	- + •
☐ -2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un			
☐ -3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie ☐ sonde naso-gastrique ☐ gastrostomie	Ressources : ☐ ☐ ☐		

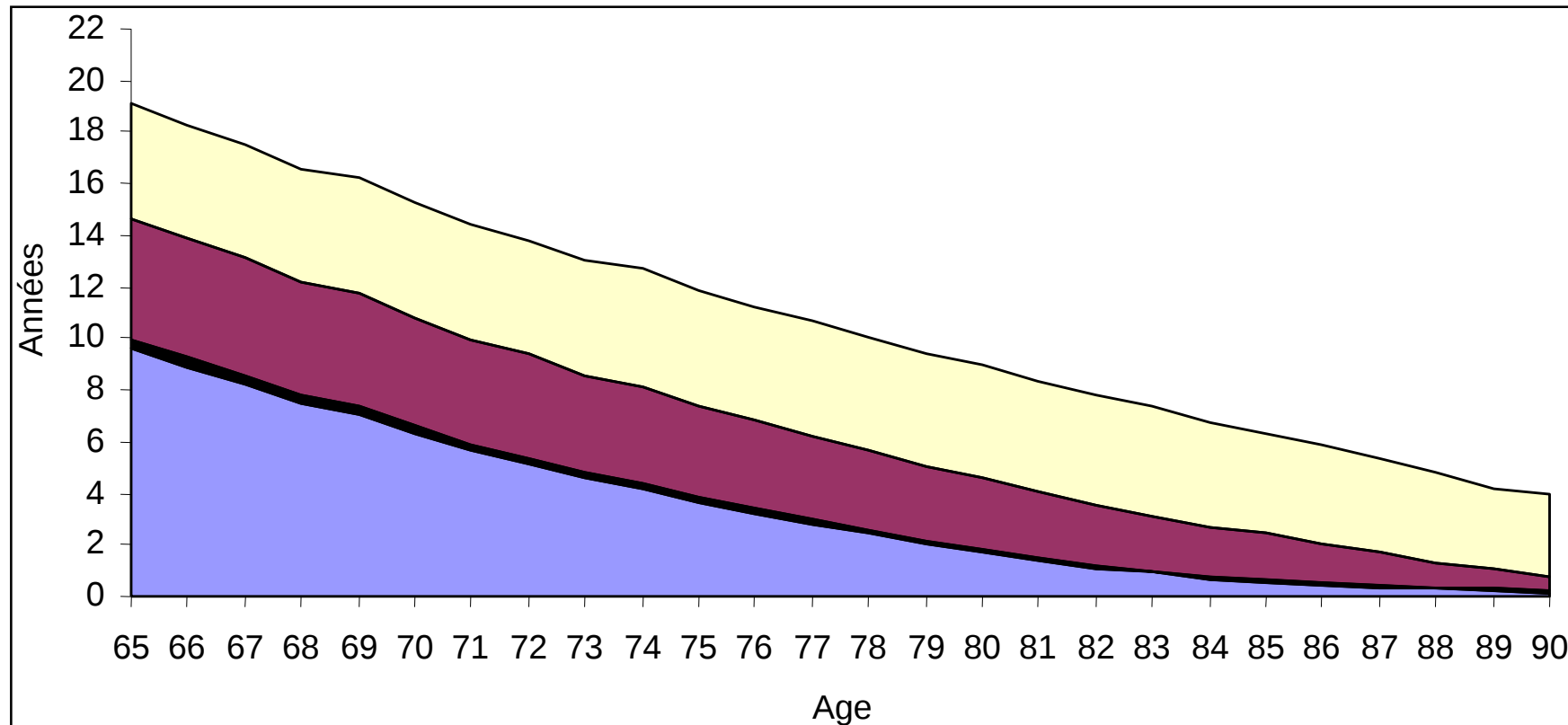
Évolution de l'espérance de vie au Canada chez les hommes

(Hébert et al. Étude Santé et Vieillesse au Canada, 1991-2002)



Évolution de l'espérance de vie au Canada chez les femmes

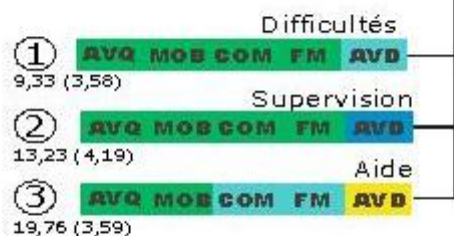
(Hébert et al. Étude Santé et Vieillesse au Canada, 1991-2002)



■ Années sans limitations fonctionnelles ■ Années avec incapacités aux AVQ seul.
■ Années avec incapacités aux AVD seul. ■ Années avec incapacités aux AVD et aux AVQ

PROFILS ISO-SMAF

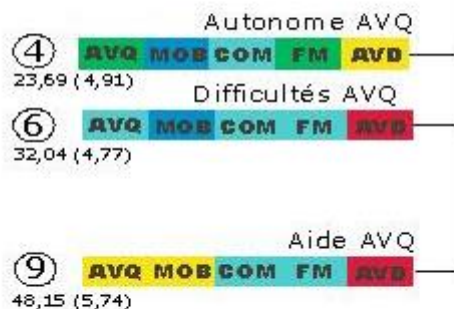
CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES SEUL



Légende

Autonome (0)
Difficultés (0,5)
Supervision (1)
Aide (2)
Dépendant (3)
AVD Activités de la vie quotidienne
MOB Mobilité
COM Communication
FM Fonctions mentales
AVD Activités de la vie domestique

CATÉGORIE 2: ATTEINTE MOTRICE PRÉDOMINANTE



CATÉGORIE 3: ATTEINTE MENTALE PRÉDOMINANTE



ATTEINTE MIXTE MOTRICE + MENTALE

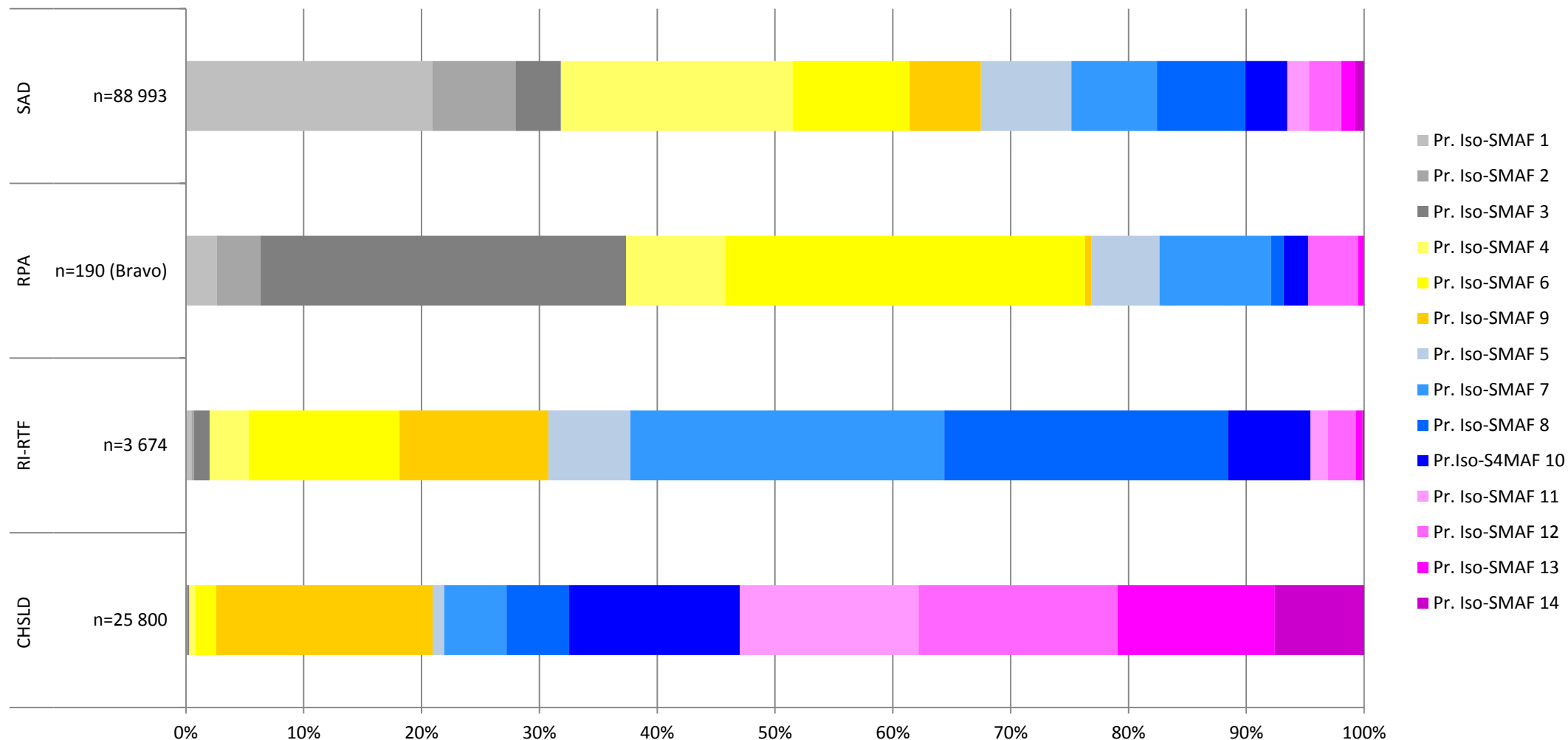
CATÉGORIE 4: AIDE À LA MOBILITÉ



CATÉGORIE 5: ALITÉ ET DÉPENDANT AVQ



Comparaison des Profils Iso-SMAF selon le milieu de vie



Soins de première ligne

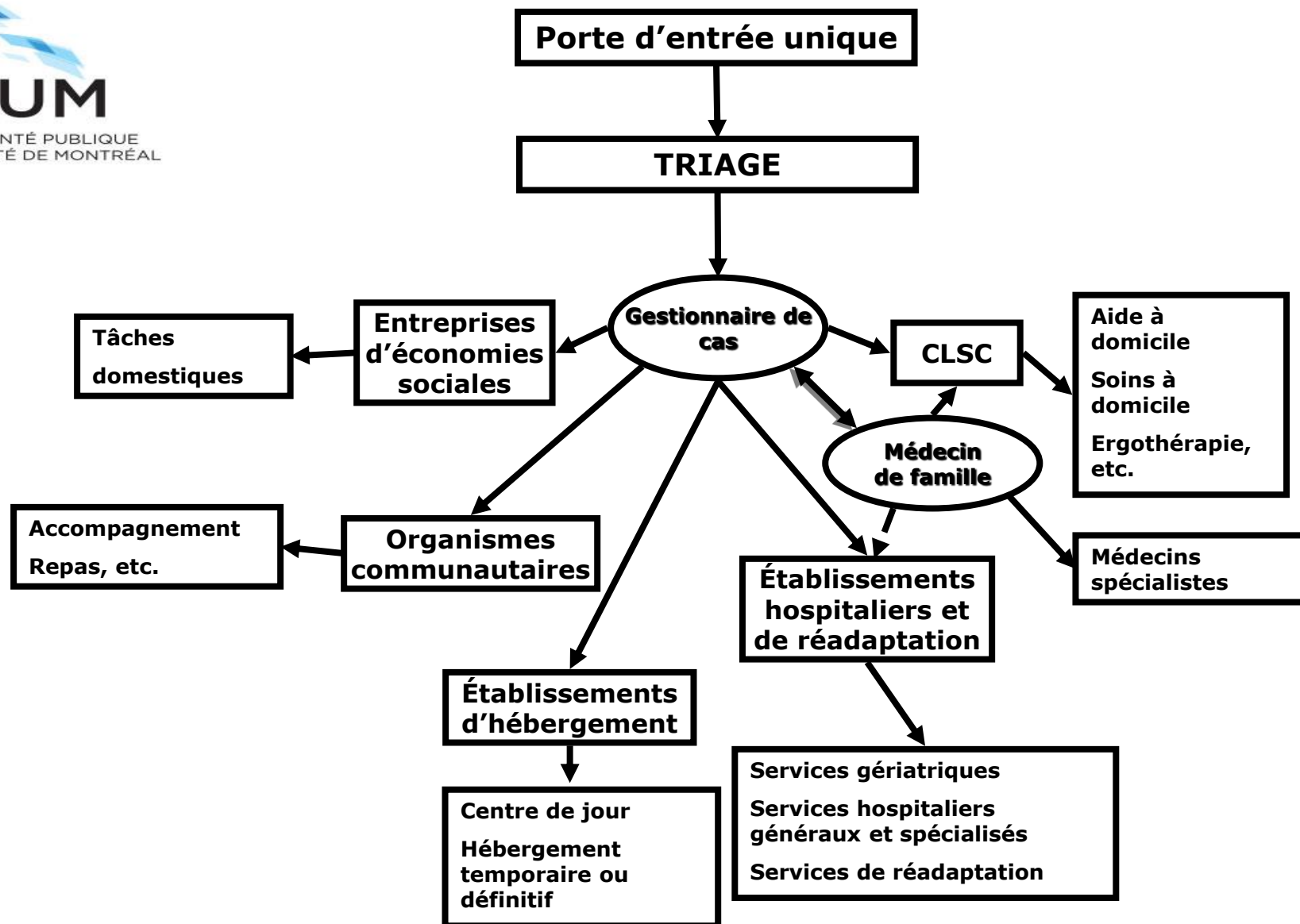
- Essentiel pour prévention et suivi des maladies chroniques
- Médecin de famille
 - Recrutement et valorisation
- Multiples professionnels: collaboration interprofessionnelle
- Modèle de structure: GMF

Le mode de rémunération des médecins: un obstacle

- À l'engagement du patient
- À la collaboration interprofessionnelle
- À l'accès aux services (surtout pour les vulnérables)
- À la performance du système de santé
- À l'imputabilité des établissements
- Au contrôle des coûts

Intégration des services: le modèle PRISMA

1. Concertation des partenaires
2. Porte d'entrée unique
3. Gestion par cas
4. Plan de services individualisé
5. Outil unique d'évaluation (avec système de classification)
6. Système d'information
7. Financement



Étude PRISMA-Estrie

- Implantation dans 7 MRC de l'Estrie
- Évaluation implantation: 3 MRC
 - Sherbrooke, Granit, Coaticook
 - Dirigeants, gestionnaires, cliniciens, clients, proches
- Évaluation d'impact
 - 1500 > 75 ans suivies pendant 4 ans
 - Zones de comparaison (Chaudière-Appalaches)

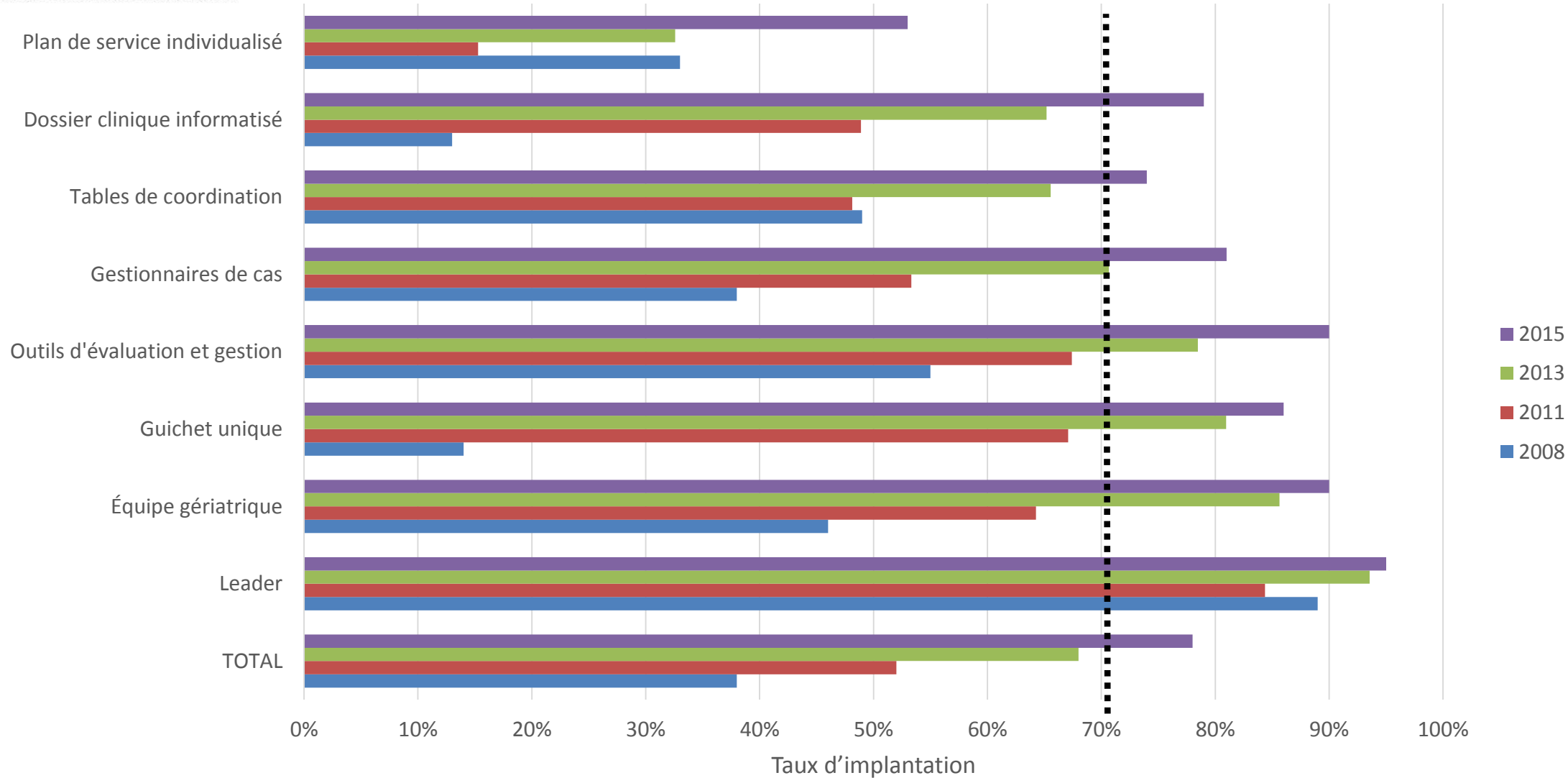
Résultats

- Peut être implanté
- Effet lorsque >70% d'implantation
- Effets positifs sur
 - Perte d'autonomie
 - ↓ prévalence: 6%
 - ↓ incidence: 14%
 - ↓ handicap (besoins non comblés par des services): 41%
 - Satisfaction et autonomisation
 - Urgence et hospitalisation
- Coût d'implantation et fonctionnement
 - Compensé par les coûts sauvés
 - Plus d'efficience

Suites au Québec

Généralisation du modèle PRISMA

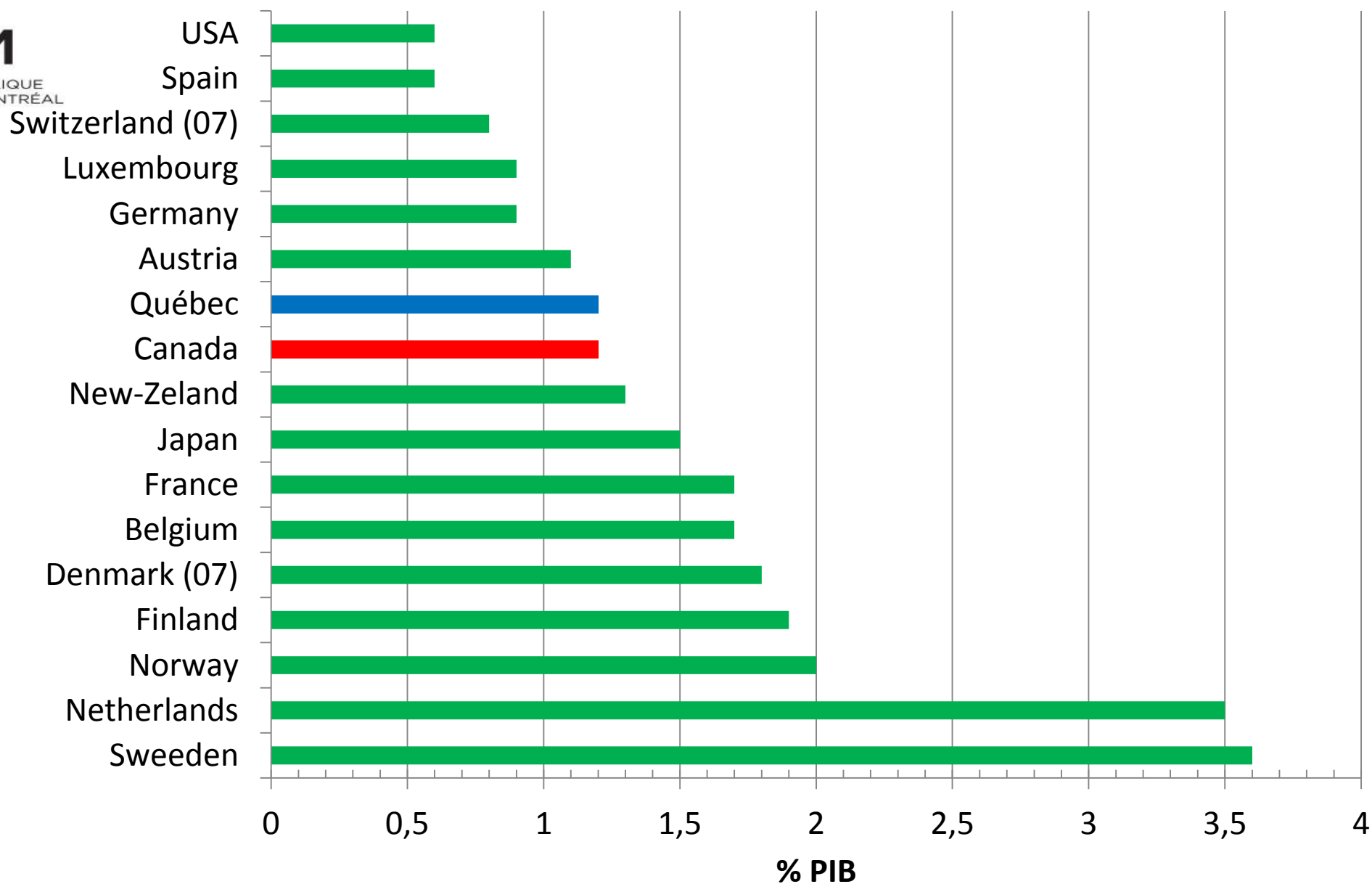
- Plan d'action gouvernemental 2005-2010
- Ralentie par la création des CSSS (2005)
 - Intégration structurale  fonctionnelle
 - 2008: 38% implantation
 - 2014: 74% implantation
- Implantation des Profils Iso-SMAF en 2009
- RSIPA: Informatisation de l'OEMC en 2010
- Implantation du PSI et Allocation service en 2013
- Recrutement et **formation** des gestionnaires de cas
- Financement: obstacle



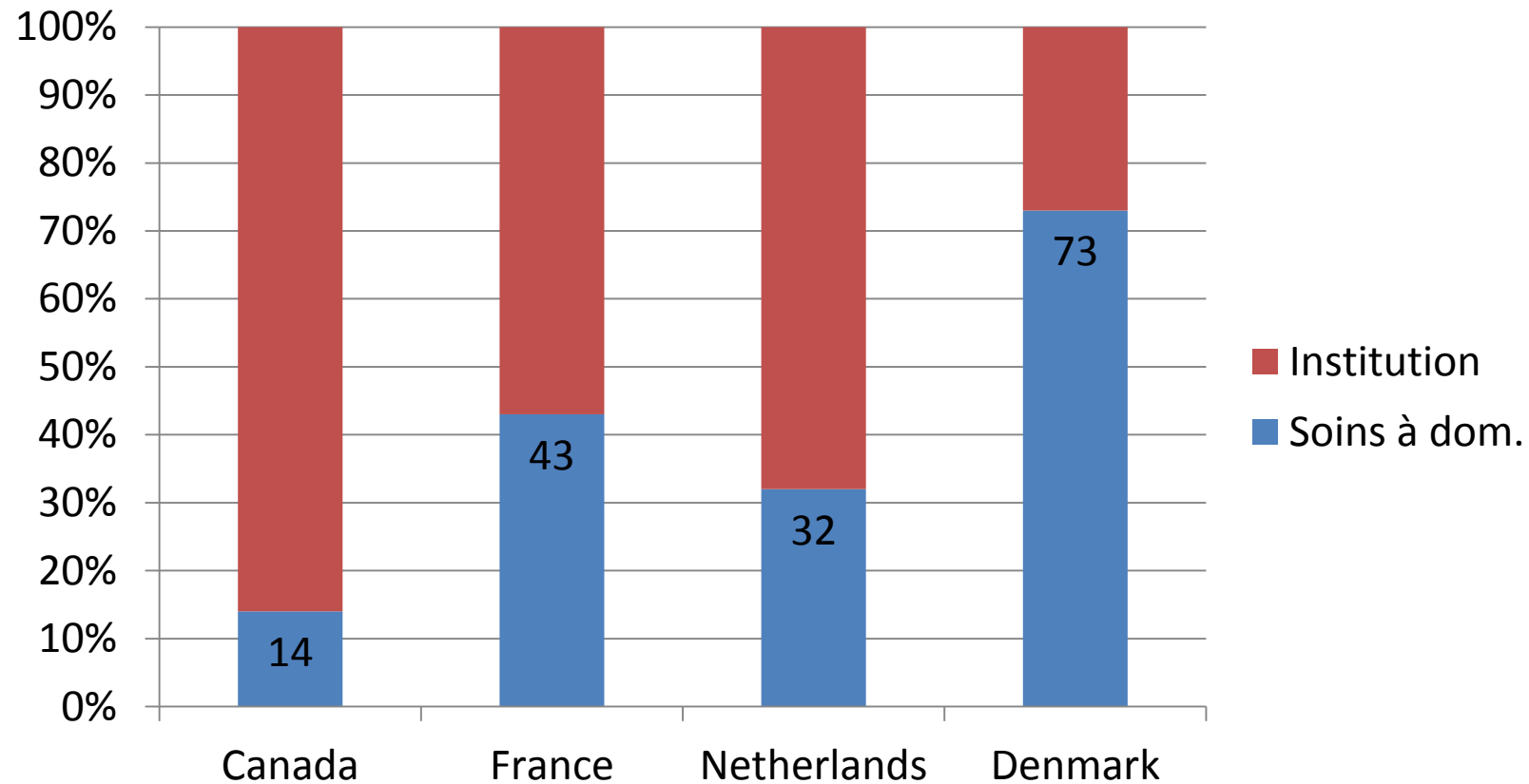
Financement des soins à long terme

- Assurance maladie: hôpital et médecins
 - « médicalement nécessaire »
 - Institution d'hébergement: extension de l'hôpital (contribution du résident)
 - À la marge: soins à domicile
- Problèmes
 - Pas de droit aux usagers: « tyrannie des établissements »
 - Milieu ouvert
 - Pas de monopole public de prestation: partenaires privés (transfert ?)
 - Pas d'intérêt des citoyens et des assurances privées

Dépenses publiques de santé et services sociaux de longue durée en 2008 (%PIB)



Distribution des dépenses de soins à long terme



Source: Huber et al. Facts and figures on Long-Term Care, 2009

Sous-financement des SAD

- Dans le discours, mais pas l'action
- Ambiguïté de la loi canadienne
 - « médicalement nécessaire »
- SAD post-hospitalisation
 - Déplace les SAD à long-terme
- Pas d'outil de gestion: écart requis-fournis
 - SMAF et Profils Iso-SMAF
- Budget commun avec hôpital et hébergement
 - SAD non prioritaire
- Système à deux vitesses: résidences privées

Prioriser les soins à domicile

- 1. Redéfinir l'approche
 - Domicile: là où la personne a choisi de vivre (maison, appartement, résidence...)
 - Donner services nonobstant le milieu de vie
 - Déménager les services, pas les personnes
 - Financement public
 - Peu importe le milieu de vie
 - Peu importe le prestataire
 - Responsabilité de la personne
 - Reddition de comptes: qualité des services

Prioriser les soins à domicile

- 1. Redéfinir l'approche
 - Donner les services où habite la personne
- 2. Investissement significatif en SAD
 - Québec: 500M\$/an
 - Taux de réponse: de 8% à 40%
 - Part du budget LD: de 14% à 31%
- 3. Changer la structure de financement
 - Assurance autonomie

Retour sur l'investissement

- Court-terme:
 - Garder femmes (et hommes) sur marché du travail
 - 400 Millions \$/an (Dosman et al. Labor Force Survey)
 - Créer emplois: formation et salaire
- Moyen-terme:
 - ↓ utilisation induite lits hôpital: 1100 lits au Québec (6%)
 - 200 Millions \$/an (Qc)
 - ↓ lits de CHSLD: ↓ de 0,5% (de 3 à 2,5%)
 - 350 Millions \$/an (Qc)
- Long-terme: Limiter la croissance des coûts

L'AUTONOMIE POUR TOUS

Livre blanc sur la création de
l'assurance autonomie



Consultation en commission parlementaire - Automne 2013

60 jours – 61 mémoires et groupes entendus

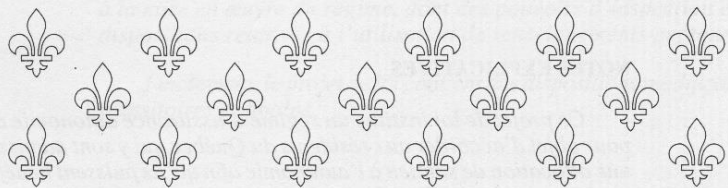
Unanimité sur la prestation de services là où résident les personnes
et sur la protection du financement qui leur est destiné.

Assurance autonomie

- Objectifs
 - Assurer un financement public équitable
 - Établir une gestion publique
 - Encadrer la prestation de services
- Personnes adultes avec incapacités fonctionnelles significatives et persistantes (âgées et handicapées)
- Tous les milieux de vie
- Universelle: ajustée selon ressources

Mécanisme

- Évaluation par le gestionnaire de cas (SMAF)
- Allocation (heures ou \$)
 - Selon le Profil Iso-SMAF
 - Ajustée selon revenus
- Plan de service individualisé et d'allocation de services (PSIAS)
 - Participation et approbation formelle de l'utilisateur
- Contrat avec les prestataires hors réseau
 - Accréditation par l'Agence SSS
- Suivi par le gestionnaire de cas



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 67

Loi sur l'assurance autonomie

Présentation

Présenté par
M. Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux
et ministre responsable des Aînés

Éditeur officiel du Québec
2013

Déposé à l'Assemblée nationale le 6 décembre 2013

En attente de commission parlementaire (consultation
et étude article par article)

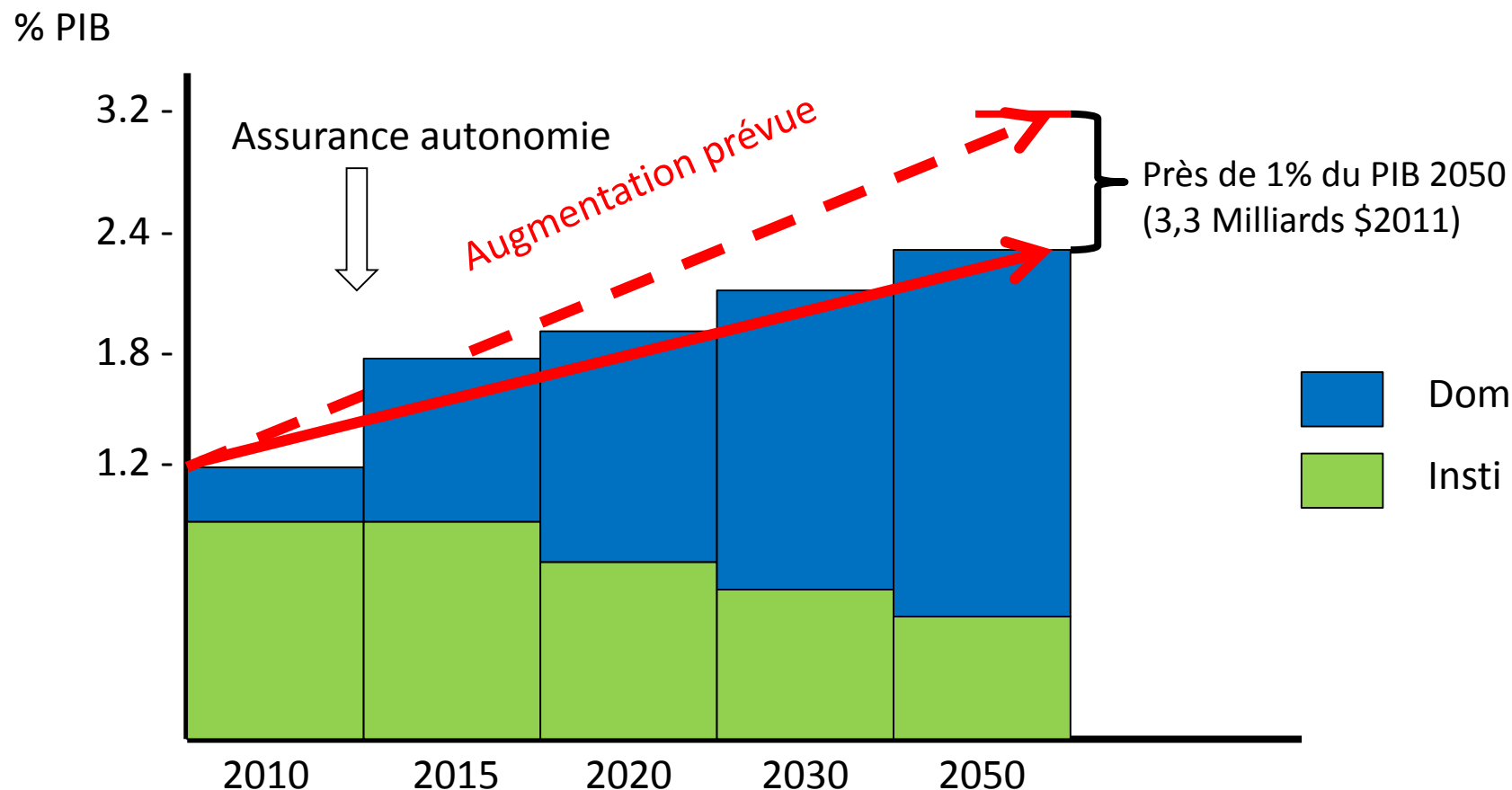
Implantation prévue: 1^{er} avril 2015

Déclenchement des élections et dissolution de
l'Assemblée nationale
le 5 mars 2014

Gouvernement du Parti Québécois défait le 7 avril 2014

La suite ???

Évolution des dépenses publiques en soins de longue-durée



Conclusion

- Vieillissement: pas une catastrophe
- Transformation du système de santé
 - Modèle des maladies chroniques
 - Prévention
 - Engagement du patient
 - Modèle fonctionnel: incapacités
 - Première ligne
 - Intégration des services
 - Soins à domicile
 - Financement des soins à long-terme: assurance autonomie
- **Maintien du système de santé public & universel**

- **Maladies aiguës**
 - Hospitalo-centré
 - Paternalisme médical
 - Soins curatifs spécialisés
 - Diagnostic médical
 - Assurance hôpital + médecin
- **Maladies chroniques**
 - Domicilio-centré
 - Engagement du patient
 - Prévention et première ligne
 - Diagnostic fonctionnel
 - Intégration des services
 - Assurance autonomie

