

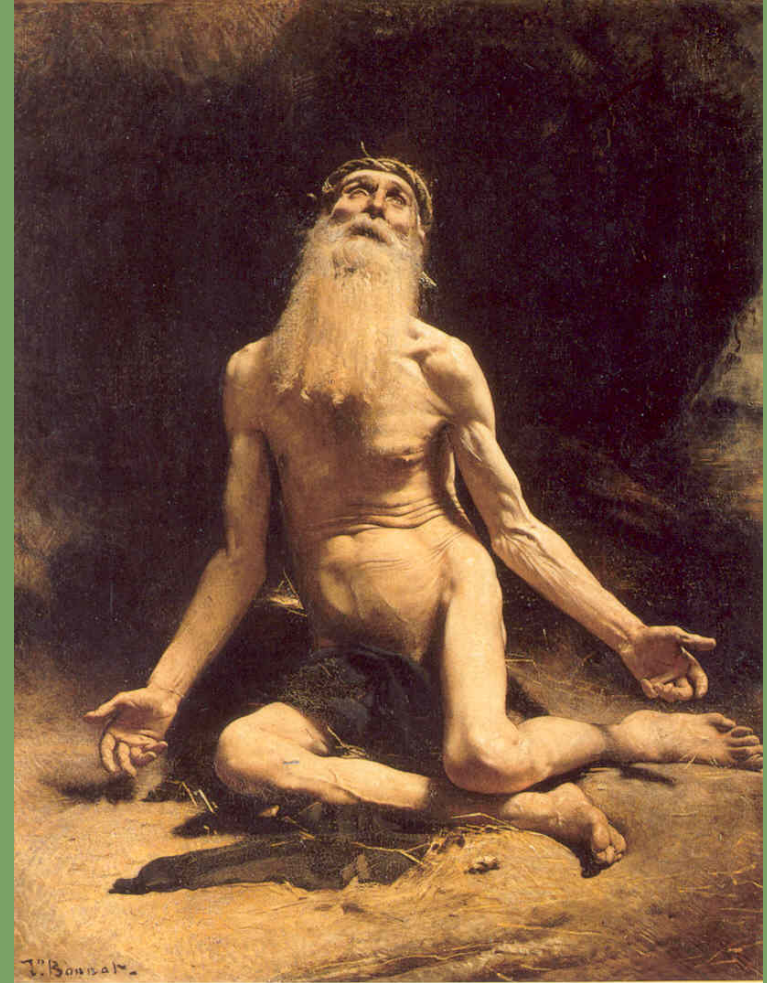
# **Vieillessement de la population: une occasion de renforcer le système public de santé**

**Pr. Réjean Hébert, MD MPhil**  
**Doyen**

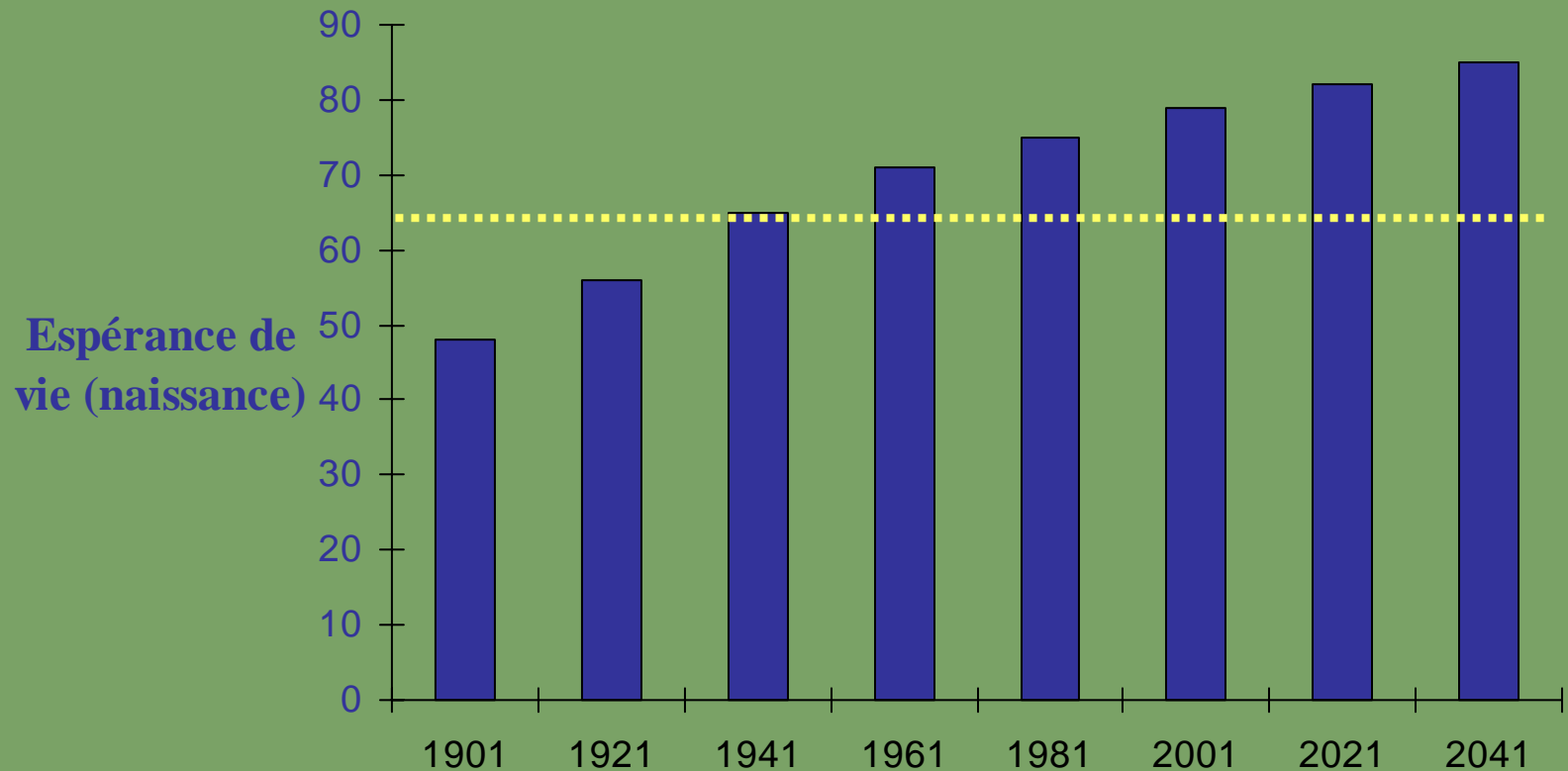


# Définir la vieillesse

- 65 ans: concept dépassé
- Quand sommes-nous vieux ?
  - 1900: 50 ans
  - 1950: 65 ans
  - 1980: 75 ans
  - 2000: 80 ans
  - 2040: 85 ans ?



# Âge de retraite et espérance de vie



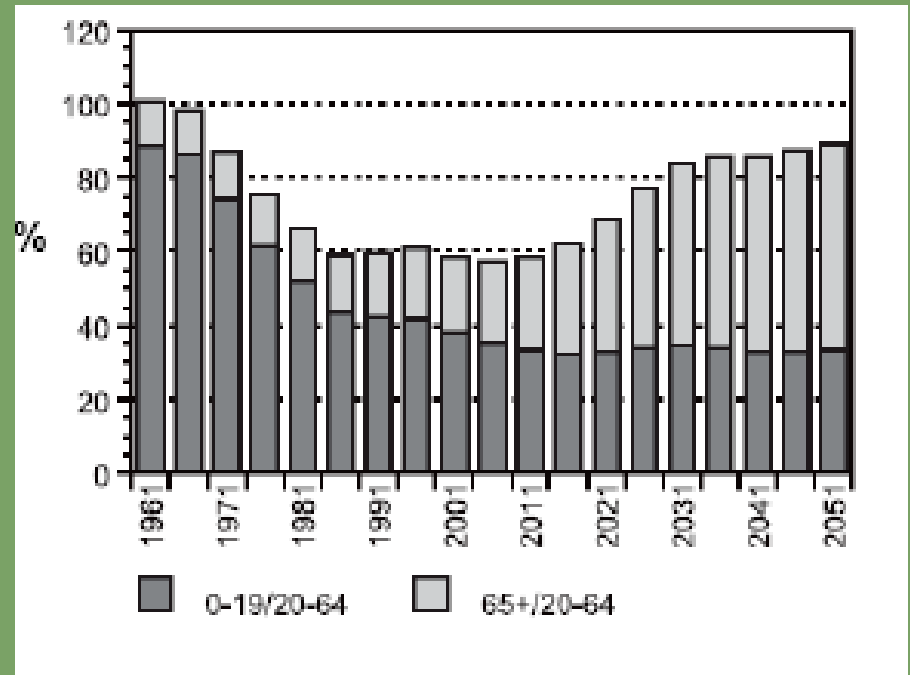
# Géronto-apocalypse en vue ?



Pieter Bruegel le vieux, 1562

# « Dépendance » économique

- Rapport Ménard
  - ↓ nb de travailleurs/PA de 5 (2004) à 2 (2034)
- Taux de dépendance
  - 0-20 + >65 / 20-65
  - Passera de 1,8 à 1,3
  - Retour au niveau de 1970
  - Moins de jeunes, plus de vieux



# Causes de l'augmentation des coûts de santé

1. Médicaments
2. Technologies
3. Utilisation inappropriée de l'hôpital  
Absence de soins de 1<sup>ère</sup> ligne et à domicile
4. Privatisation du financement  
Coûts plus élevés
5. Vieillissement de la population



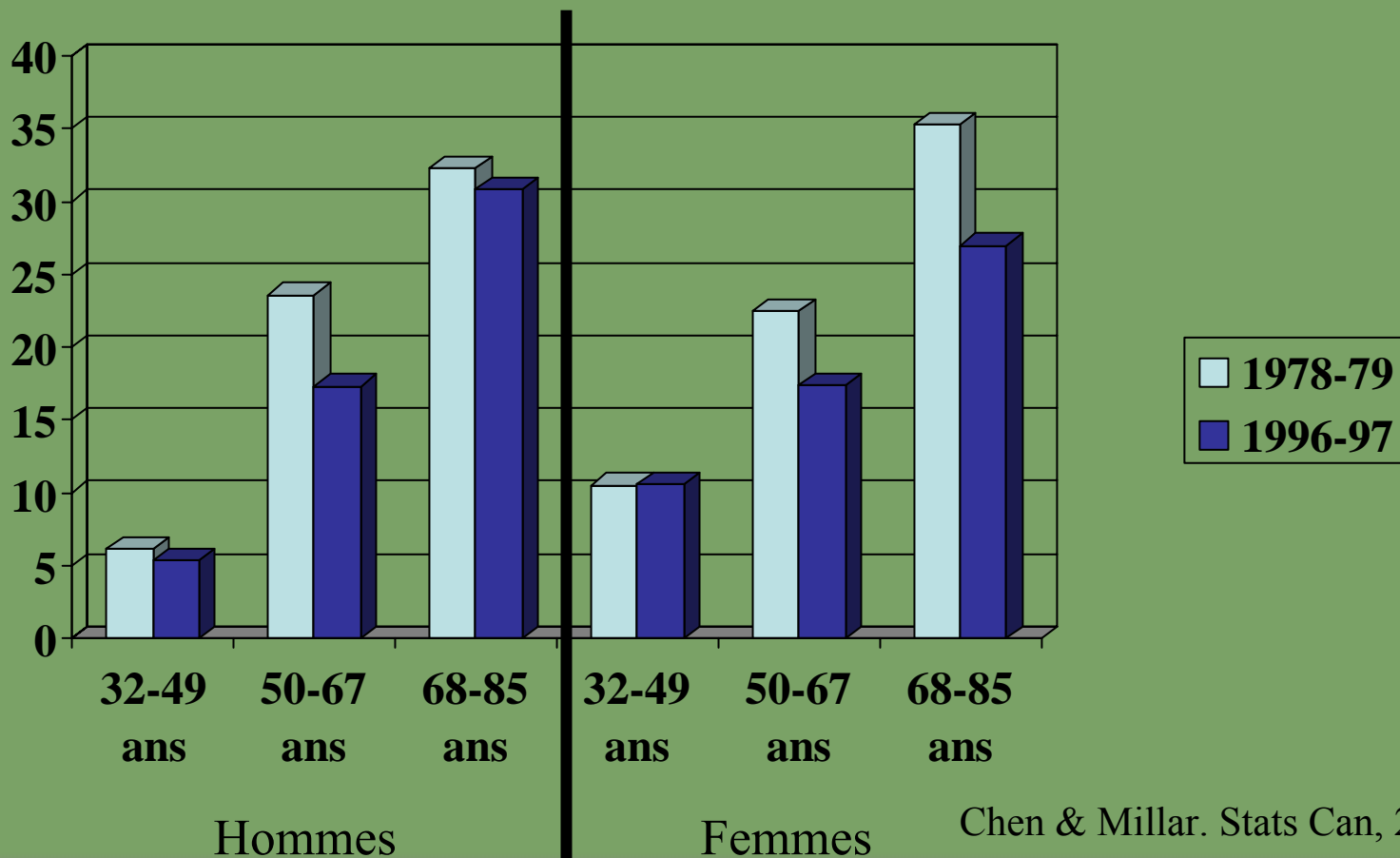
# Pas de catastrophe en vue



- Prédiction dépendent:
  - Demande de service
    - État de santé
    - Habitudes de consommation
  - Offre de services
    - Évolution des pratiques et programmes
    - Organisation du système de santé



# Prévalence des limitations d'activités



Chen & Millar. Stats Can, 2000



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Faculté de médecine

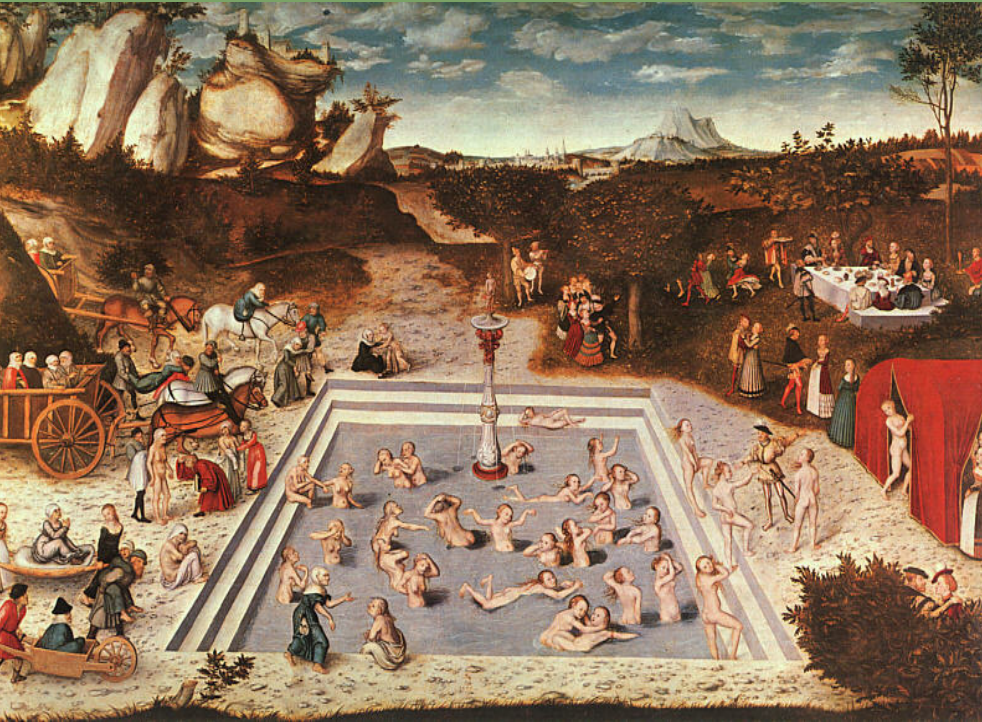
# Habitudes de consommation des baby-boomers



- Exigences différentes
  - accessibilité
  - qualité
- Engagement au développement du système de santé
- Légitimité
- Autonomisation

Nicolaes Maes, 1656

# Interventions pour diminuer la demande de services

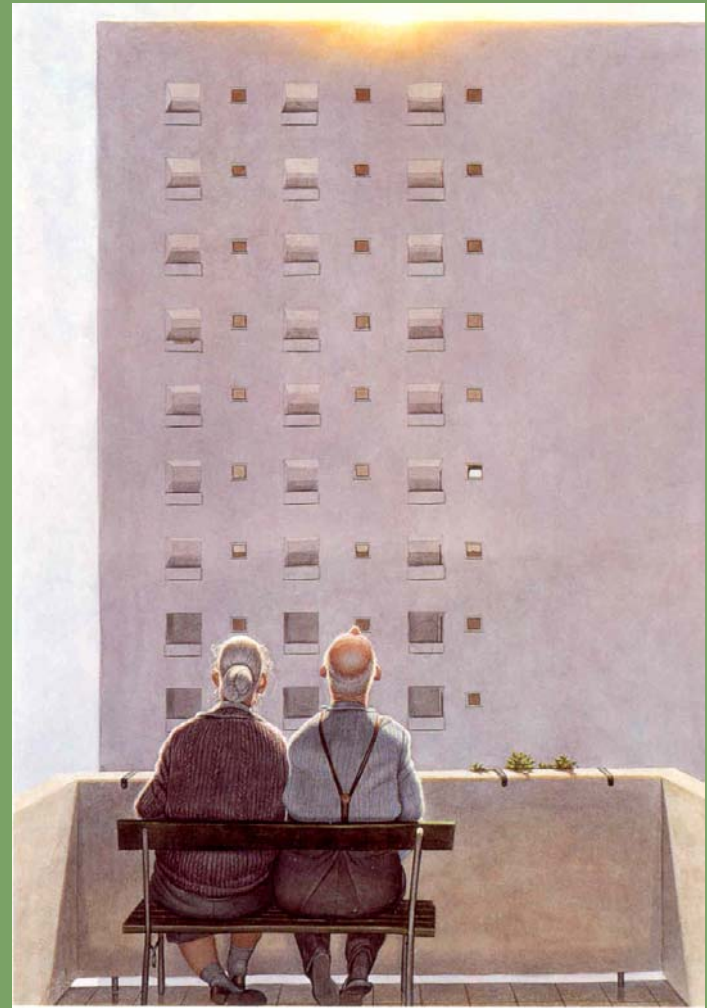


**Pas de catastrophe**

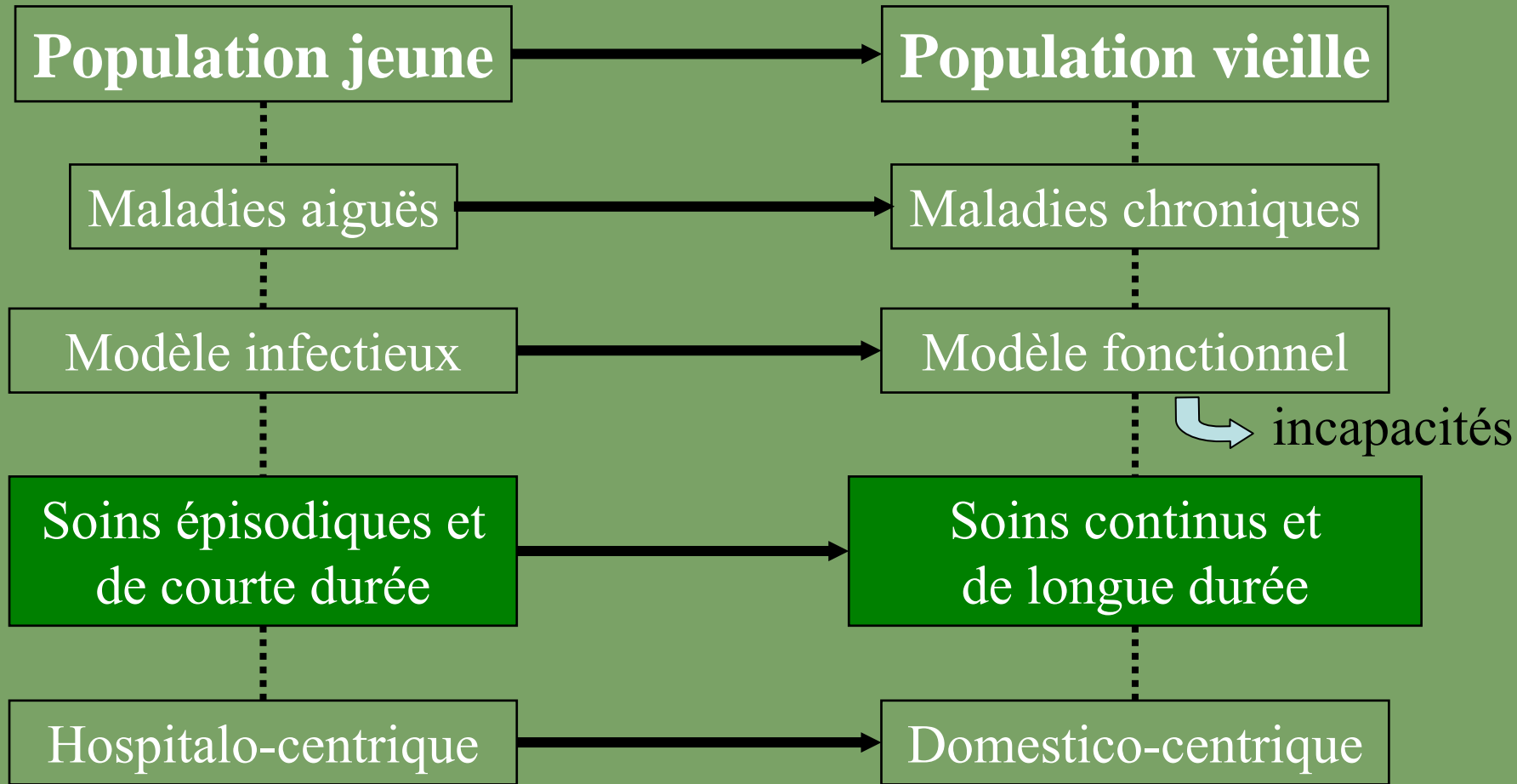
- Promotion de la santé
  - Individu (tabac/aliment/activités)
  - Société (revenu/transport/logement)
- Prévention (chutes)
- Traitement
- Accessibilité services
  - gériatriques
  - réadaptation

# Catalyseur: changer l'offre de services

- Formation des intervenants
  - base
  - continue
  - spécialisée
- Soins à long terme des maladies chroniques
  - Soins à domicile
  - Intégration des services
  - Financement = besoins



# Transition démographique



Soins à domicile  
Intégration des services

# Soins à domicile

- Répond aux attentes
- Continuité de l'environnement familial et social
- Meilleure qualité de vie
- Moindre coût

**Pourquoi pas ?**

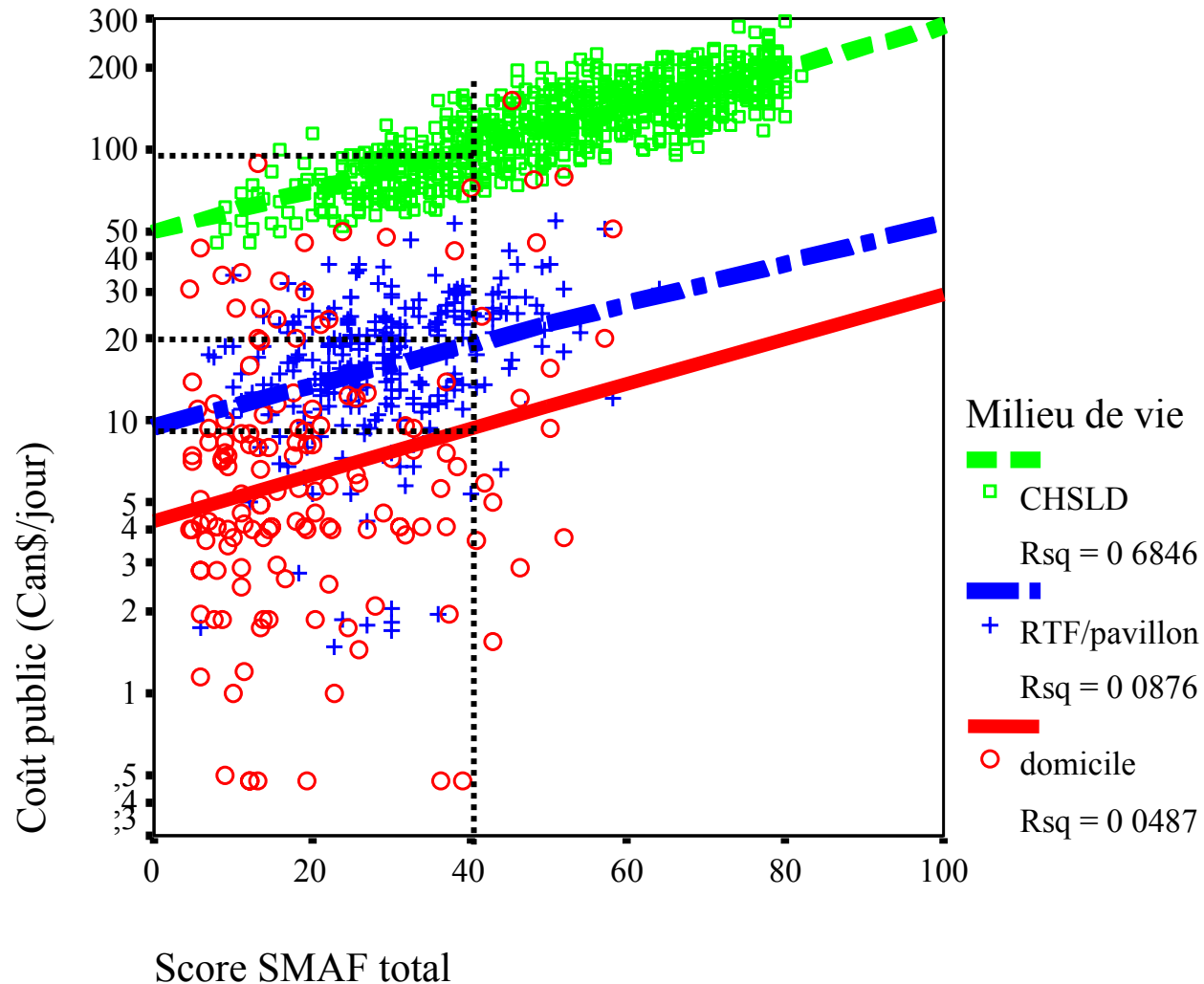


UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

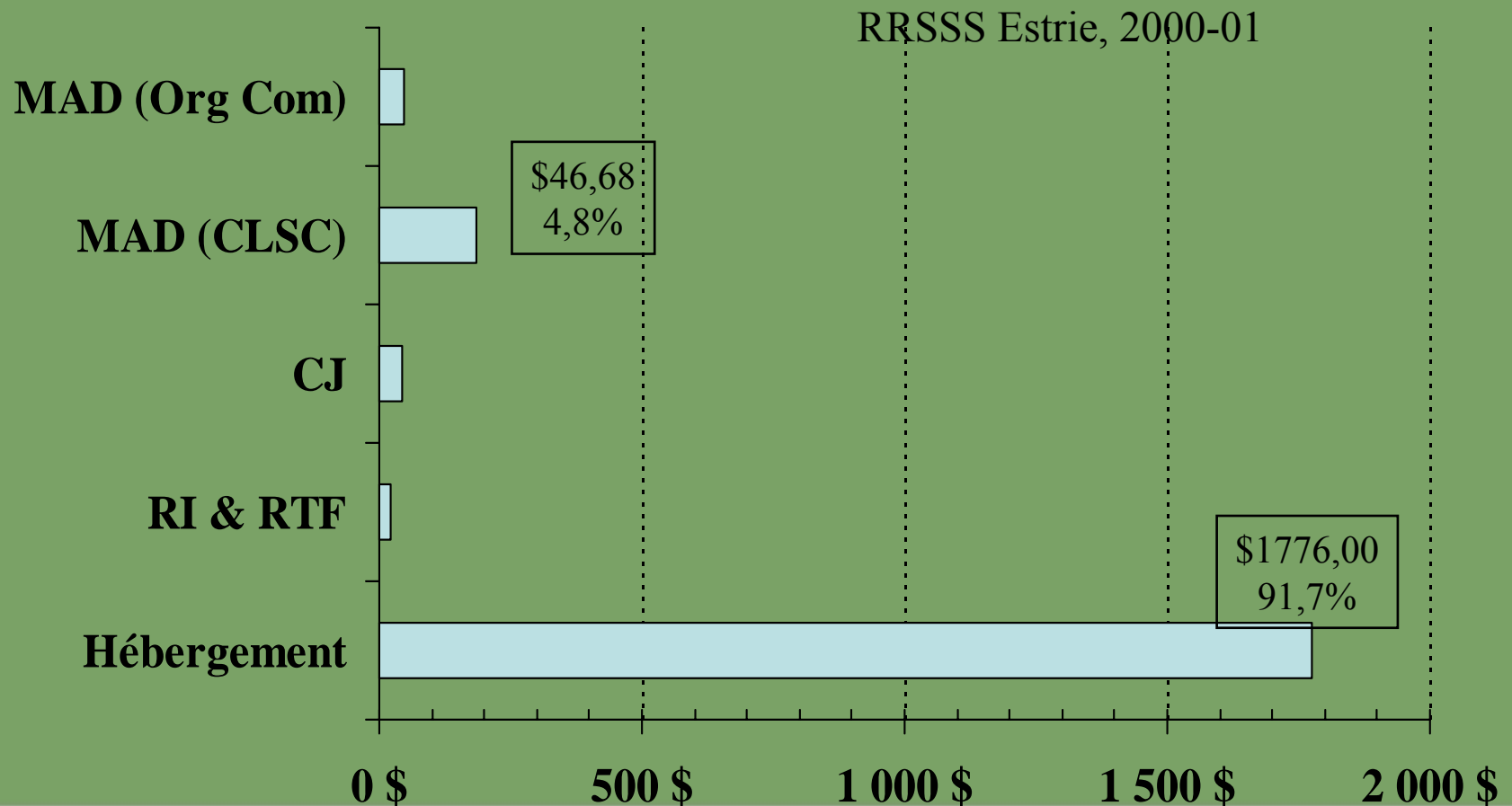
Faculté de médecine

# Coût public des services

Hébert et al. Can J Aging 2001;20(1):1-22



# Budget programme Personne âgées en perte d'autonomie (per capita PA)

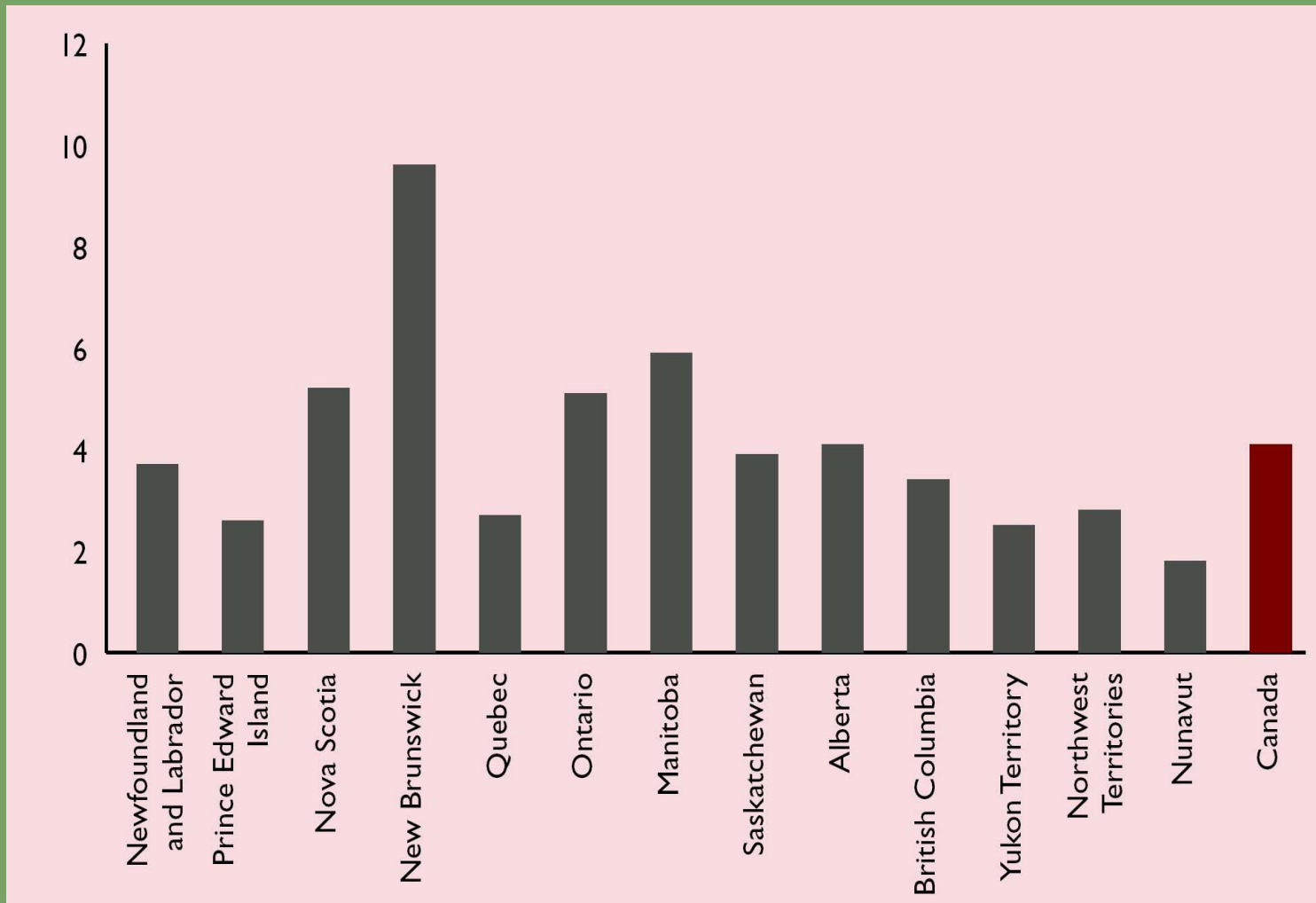


# Sous-financement des soins à domicile

- Ambiguïté de la loi canadienne sur la santé
  - “médicalement nécessaire”



# % des dépenses de santé pour les soins à domicile



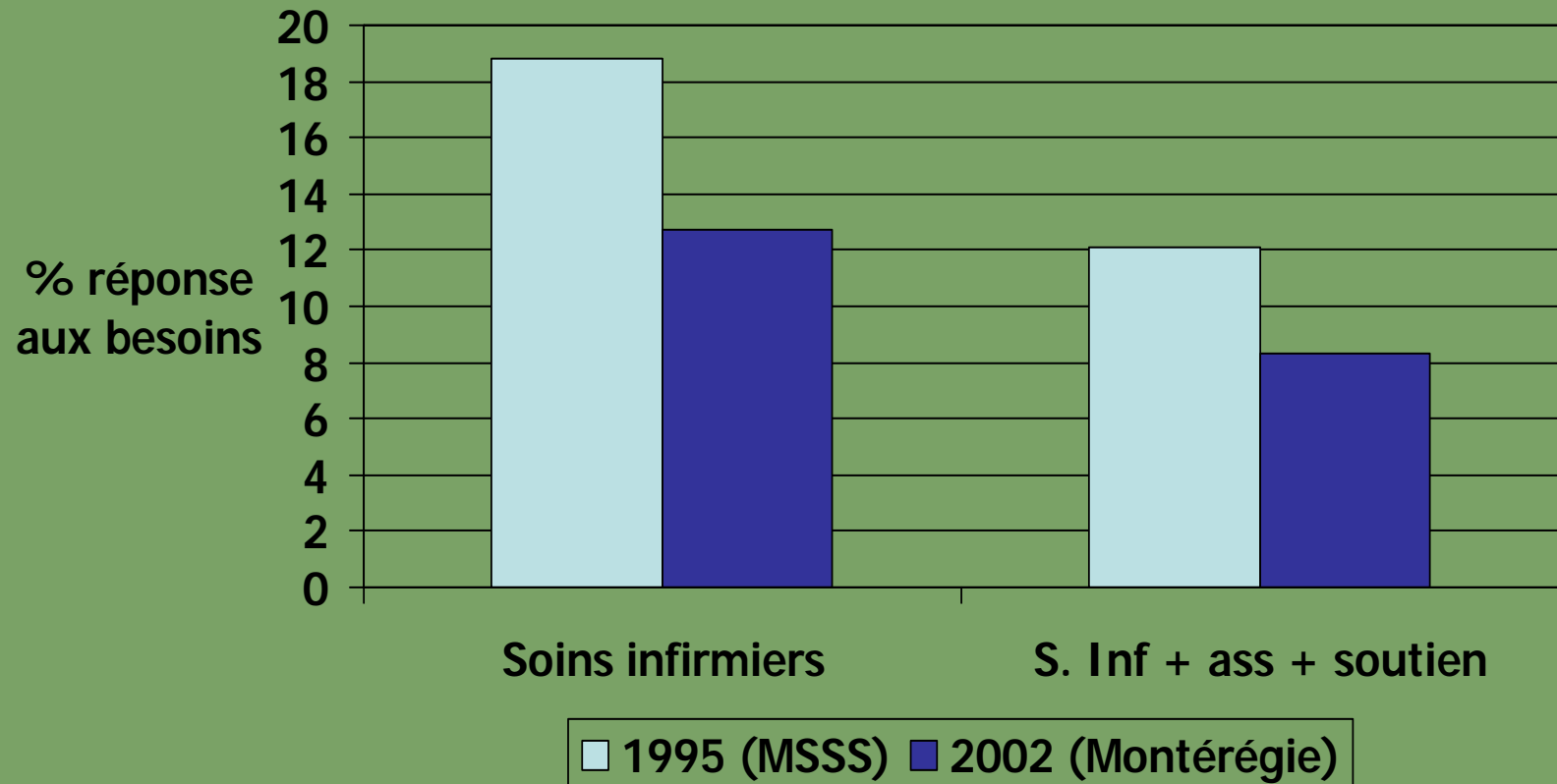
Santé Canada, 2000

# Sous-financement des soins à domicile

- Ambiguïté de la loi canadienne sur la santé
  - “médicalement nécessaire”
- Virage ambulatoire  $\Rightarrow$  ↓ SAD long terme



# Évolution du taux de réponse aux besoins (en heures) 1995-2002



# Sous-financement des soins à domicile

- Ambiguïté de la loi canadienne sur la santé
  - “médicalement nécessaire”
- Virage ambulatoire  $\Rightarrow$   $\downarrow$  SAD long terme
- Absence de définition claire des besoins
  - pas d’outil standardisé
  - pas de mesure d’écart requis-fournis $\Rightarrow$  Outils de gestion pour les soins de longue durée



# Investissement majeur en SAD

- Distinguer SAD long-terme de post-hosp.
- Passer de 10% à 40% de réponse aux besoins
  - 400 Millions
- Nutrition + réadaptation : +100 M
- Bénéfices
  - ↓ hébergement (0,5% = 350 M)
  - Visites urgences, hospitalisation



# Redéfinir l'approche

- Domicile: là où réside la personne
  - Maison, résidence, ressource intermédiaire, CHSLD
- Fournir les services indépendamment du lieu de résidence (ex. Danemark)
- Soutien financier public
  - Indifférent du milieu de vie
  - Indifférent du prestataire
  - Responsabilisation de la personne
  - Reddition de compte: qualité



# Prestation de soutien à l'autonomie (PSA)

- Déterminé selon le besoin (incapacités)
- En nature (CHSLD, Contrats de services, SAD)
- En espèce
  - Achat de services (EES, organismes communautaires, privées)
  - Proches aidants
- Remplace crédits d'impôts et allocations directes (PEFSAD)



# Évaluation des besoins

- Outil d'évaluation multicientèle

SMAF: Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

- 29 fonctions
  - AVQ: activités de la vie quotidienne
  - Mobilité
  - Communication
  - Fonctions mentales
  - AVD: activités de la vie domestiques
- 5 niveaux (autonomie à dépendance)



# Profils Iso-SMAF

- Système de classification (*case-mix*)
- 14 groupes
- Correspond à panier de services et coût
- Déjà implanté pour
  - Financement des CHSLD (Estrie)
  - Financement du SAD (Montérégie)



# PROFILS ISO-SMAF

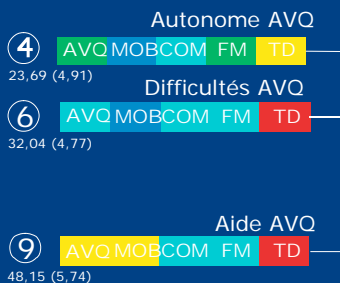
**Légende**

- Autonome (0)
- Difficultés (0,5)
- Supervision (1)
- Aide (2)
- Dépendant (3)

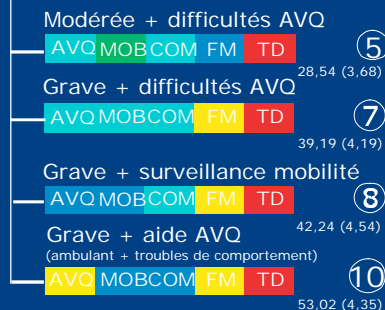
## CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES SEUL



## CATÉGORIE 2: ATTEINTE MOTRICE PRÉDOMINANTE

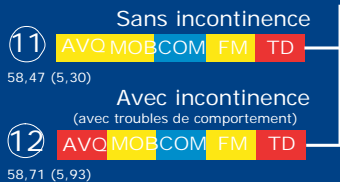


## CATÉGORIE 3: ATTEINTE MENTALE PRÉDOMINANTE



## ATTEINTE MIXTE MOTRICE + MENTALE

## CATÉGORIE 4: AIDE À LA MOBILITÉ



## CATÉGORIE 5: ALITÉ ET DÉPENDANT AVQ



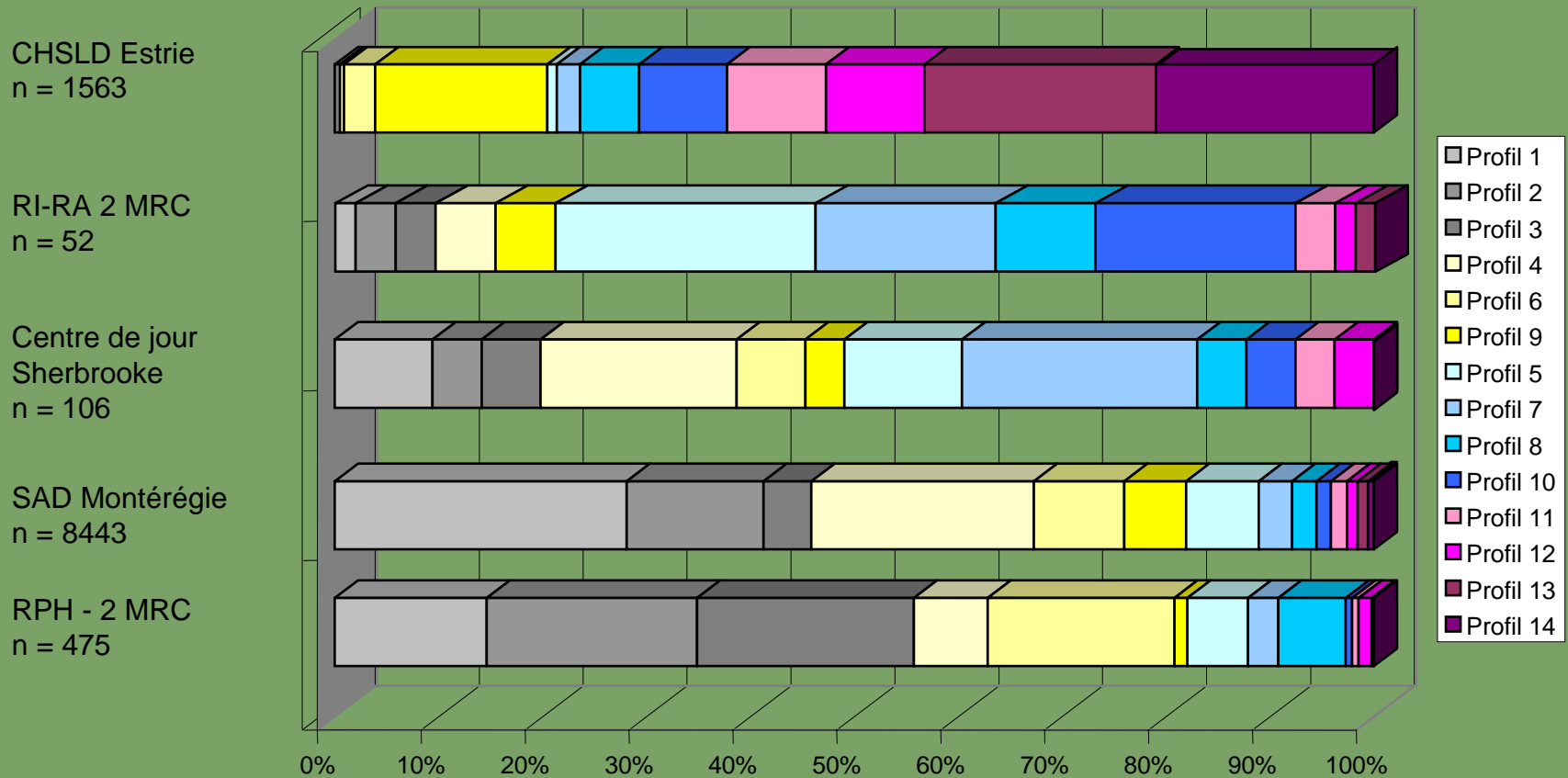
# Profils Iso-SMAF

- Fonctions
  - Prescription de services : critères d'admission
  - Monitoring
  - Gestion des ressources
  - Financement
  - Reddition de comptes



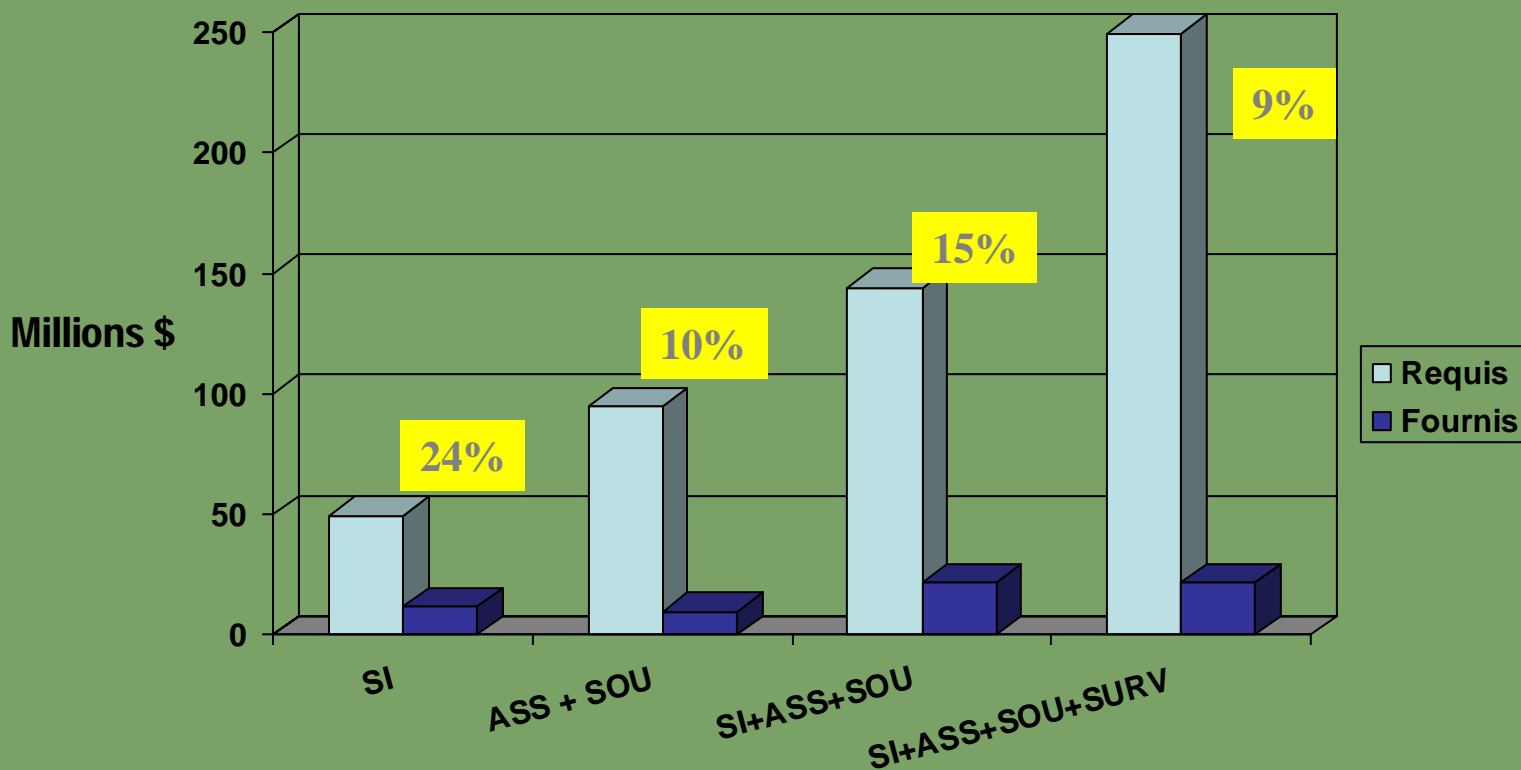
# Sommaire des profils ISO-SMAF

dans différents milieux de vie et sur des territoires différents (2003)



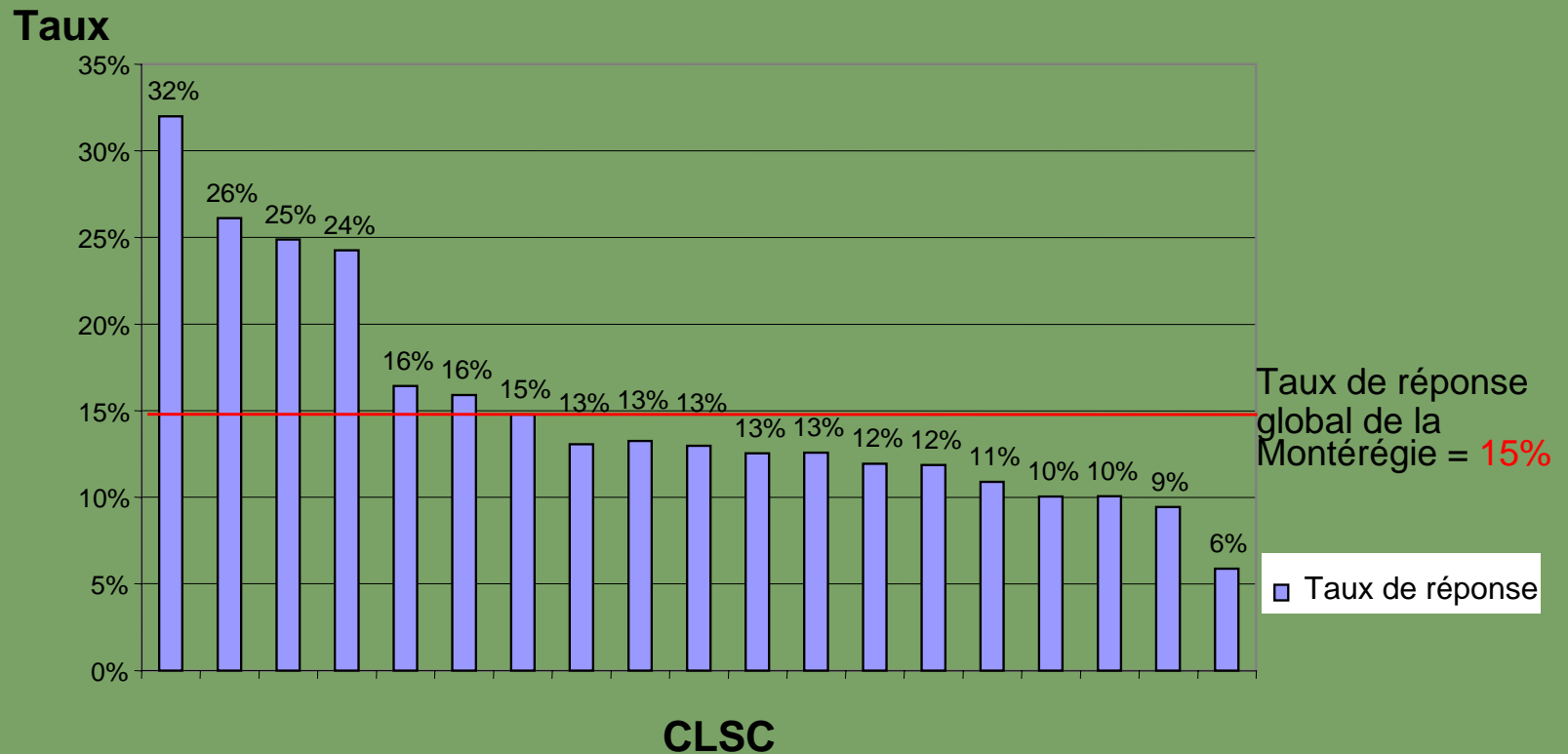
# Taux globaux de réponse aux besoins

(Montréal - PAPA, 2003)



# Taux de réponse aux besoins par CLSC

(Montréal - PAPA, 2003)

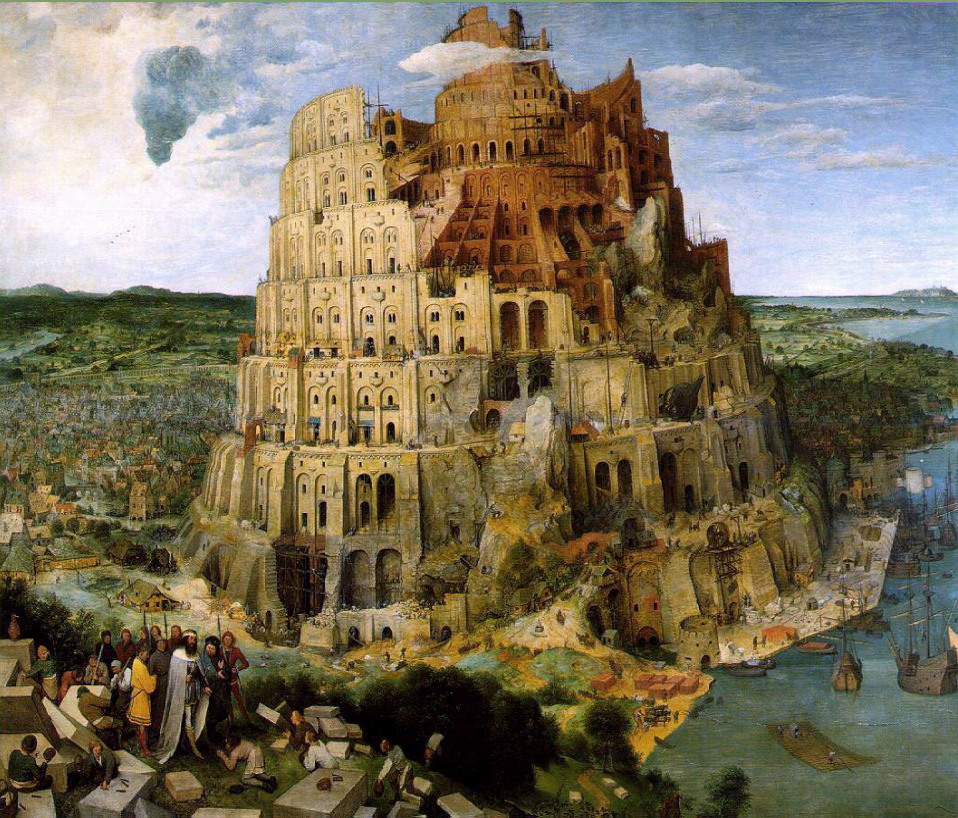


# Prestation de soutien à l'autonomie

- Financement des CHSLD
- Contrats de service : achat de places
- Financement des ressources intermédiaires
- Financement du SAD
- Allocation directe
  - Achat de services (EES, communautaire)
  - Rémunération des proches aidants
- Évaluation et suivi: gestionnaires de cas



# Intégration des services



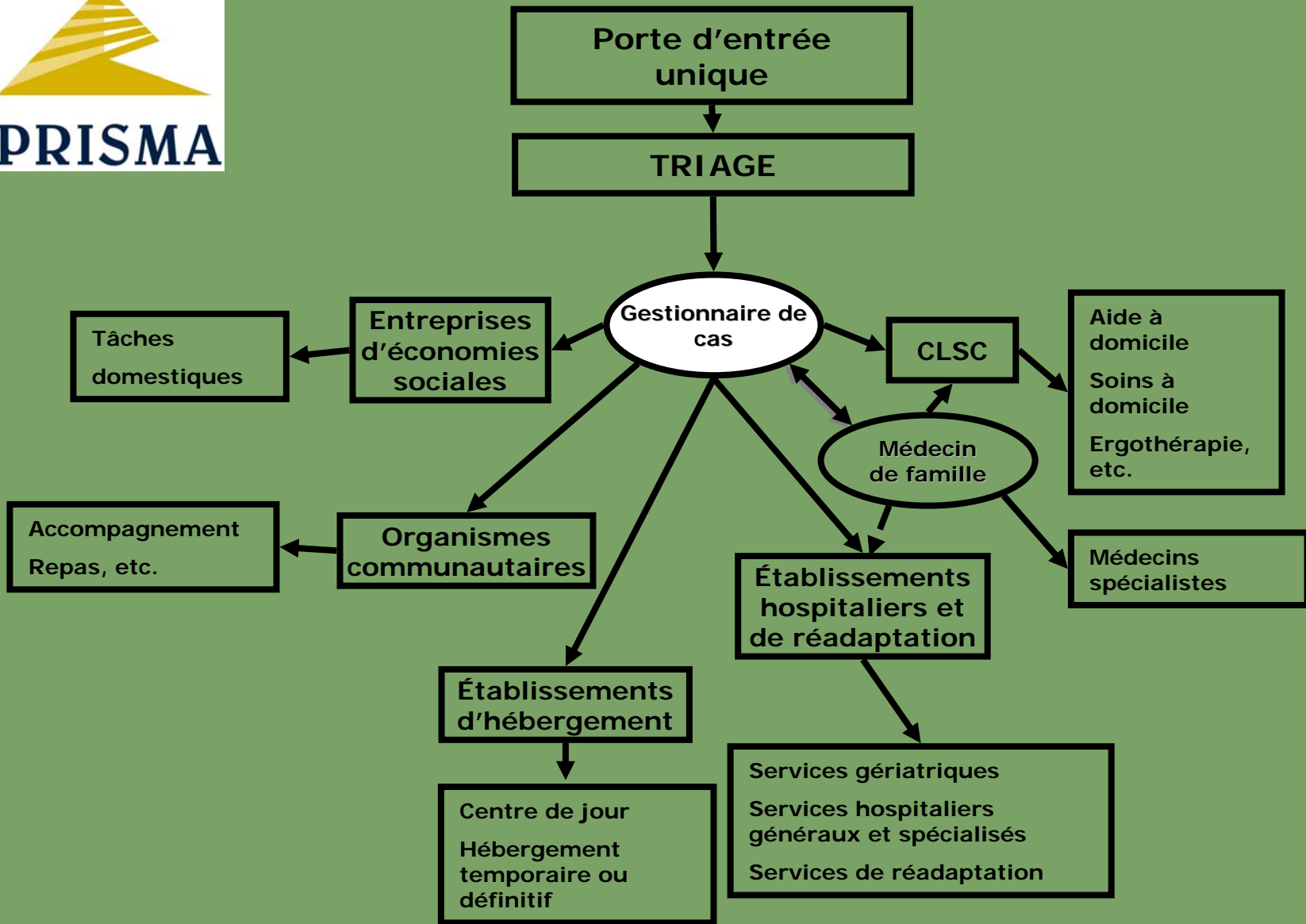
- Réduit la fragmentation et la duplication
- Améliore la continuité
- 3 types:
  - Liaison: transition domicile-hôpital
  - Coordination (PRISMA)
  - Intégration complète (SIPA, CHOICE)





# Réseau de services intégré de type coordination

- 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



# 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

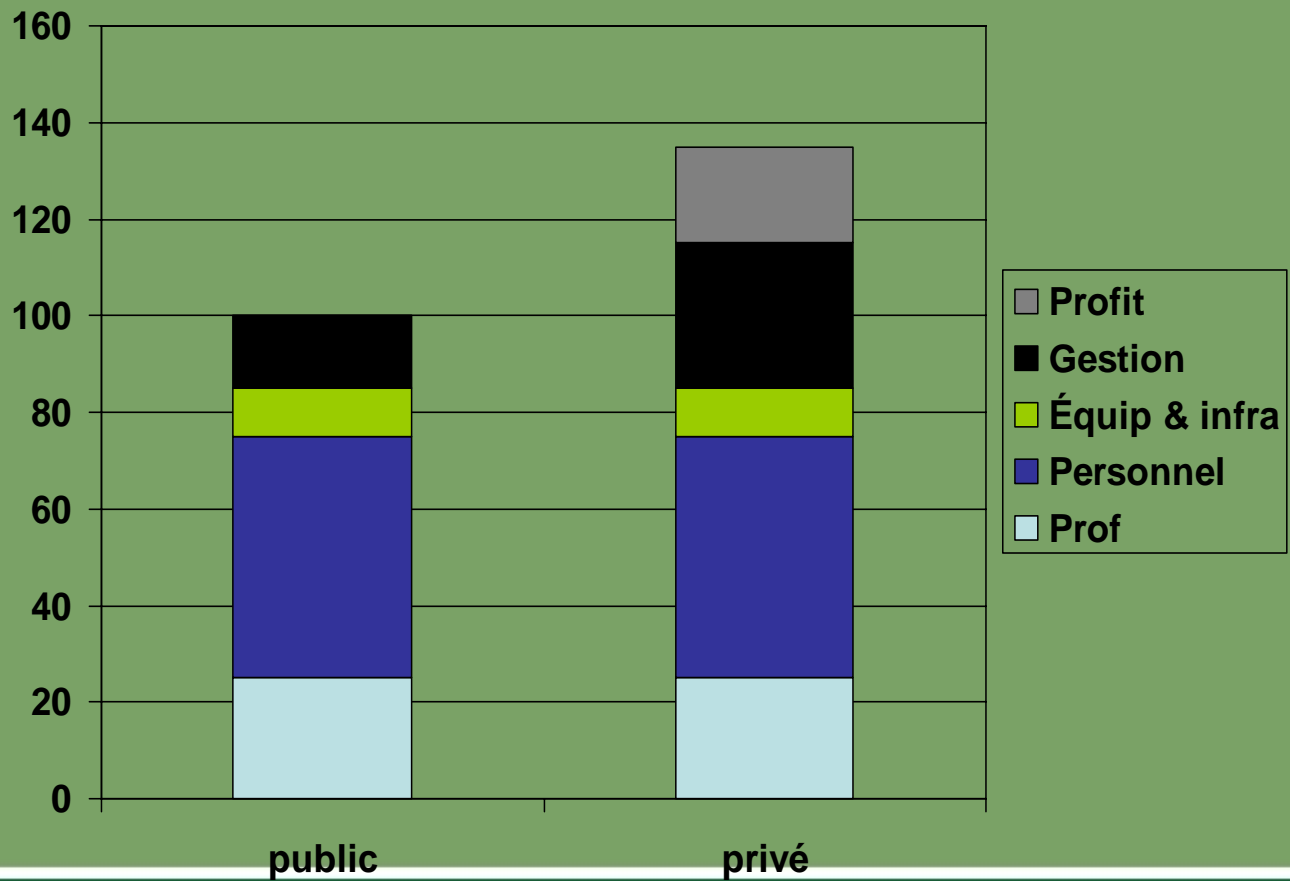
- Peut être implanté
- Effet lorsque  $>70\%$  d'implantation
- Effets positifs sur
  - Perte d'autonomie
  - Satisfaction et autonomisation
  - Urgence et hospitalisation
- Coût d'implantation et fonctionnement
  - Compensé par les coûts sauvés
  - Plus d'efficience



# Financement

- Mythes du privé
  - Privé est moins cher
    - Faux: USA: 15% de PIB (Can: 9,4%)
  - Privé a moins de frais administratif
    - Faux: USA: 31% (Can:16%)
  - Privé est de qualité égale
    - Faux: étude Manitoba
    - Mécanisme de contrôle de qualité  $\Rightarrow$  coûts sup.





# Conséquences d'une privation du financement

- Privé: drainage des ressources

Contexte de pénurie  $\Rightarrow$

$\Uparrow$  pénurie public  $\Rightarrow$   $\Downarrow$  accès

$\Downarrow$  enseignement

$\Downarrow$  ressources en régions

- $\Downarrow$  accès aux clientèles vulnérables
  - Personnes âgées
  - Malades mentaux
  - Maladies chroniques
- Vieux: pas rentables



# Financement du système de santé

- Caisse d'assurance autonomie
  - Discriminatoire pour les vieux
  - Désintégration du financement
    - En rupture avec l'évolution du système
    - Effet pervers sur la continuité
    - Frais de gestion
  - Complexifie le système (ex: Europe)



# Des solutions

- Accroître le financement
  - Population est prête à payer plus
- Création d'une **caisse santé** pour tous
  - Pas de ségrégation ( $\neq$  caisse vieillesse ou autonomie)
  - Séparée du fonds consolidé et de l'impôt
  - Surplus: réinvestis
  - Capitalisation partielle: équité intergénération
  - Cotisations selon
    - Revenus (non selon l'état de santé)
    - sans échappatoire, abris ou crédits
    - Risque (cigarette, sédentarité, etc.)
    - Besoins anticipés (analyse actuarielle)



# Conclusion

- Pas de catastrophe à l'horizon
  - Comprimer les incapacités
- Modifier l'offre de services
  - Soins à domicile
  - Intégration des services
- Modifier le financement
  - Prestation de soutien à l'autonomie
  - Caisse santé
- **Renforcer le système public de santé et ré-investir**

