

Personnes âgées en perte d'autonomie : les soins de longue durée à domicile et en milieu de vie substitut

Michel Clair

Comité Castonguay

2 août 2007



Introduction

Les soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie : c'est quoi ?

- Des services à trois volets
 - ✓ Hébergement sécuritaire adapté
 - ✓ Assistance à la vie quotidienne et/ou domestique
 - ✓ Soins infirmiers et professionnels (et médicaments)
- Des services requis de façon continue, à domicile ou en milieu de vie substitut

Systemes de santé et de protection sociale

- Les modèles bismarckiens avec caisse d'assurance à cotisations sociales obligatoires
 - ✓ France, Allemagne, Japon, Autriche, Belgique, Luxembourg
- Les modèles beveridgiens avec droits + ou - universels financés par l'impôt et les taxes
 - ✓ Royaume-Uni, Suède, Finlande, Danemark, Canada

Organisation de la protection sous l'angle du risque

- Risque de maladie : Assurance santé
 - ✓ Médecins
 - ✓ Médicaments
 - ✓ Hôpital et traitements spécialisés
- Risque d'accident : Régimes divers
 - ✓ Accident du travail
 - ✓ Accident de la route
 - ✓ Assurance privée
- Risque de perte d'emploi : Assurance chômage

Organisation de la protection sous l'angle du risque (suite)

- Risque d'indigence à la retraite : Régimes de pensions obligatoires ou complémentaires
 - ✓ Prestations déterminées
 - ✓ Cotisations déterminées
- Risque de dépendance en raison du vieillissement
 - ✓ Risque social reconnu spécifiquement par certains pays seulement
 - ✓ Souvent confondu avec le risque maladie

Tendances observées en soins de longue durée

- Modèles bismarckiens séparent les risques et la couverture
 - ✓ Santé : universel sans test de revenus
 - ✓ Assistance : couverture publique partielle, contribution individuelle, avec test de revenus
 - ✓ Hébergement (gite et couvert) : responsabilité individuelle, obligation alimentaire filiale, responsabilité publique résiduelle
- Modèles bismarckiens ont créé des régimes de financement spécifiques pour le risque de dépendance (assistance)
 - ✓ Allemagne, Japon, France, Luxembourg

Tendances observées (suite)

- Modèles bismarckiens accordent une place plus importante aux prestations en espèces
 - ✓ Autriche, Allemagne, Luxembourg
- Modèles bismarckiens accordent une plus grande liberté de choix du prestataire de services
 - ✓ France, Allemagne vs Canada

Tendances observées (suite)

- Modèles bismarckiens font davantage appel à la notion de clients que d'usagers
- Modèles beveridgiens favorisent des modèles de prestations en nature par un service public
- Modèles beveridgiens semblent avoir une gestion plus serrée de l'offre générant des listes d'attente
- La plupart des pays européens imposent un test de moyens financiers pour le support à la dépendance
- Les modèles purs existent de moins en moins

Les questions fondamentales ici et ailleurs

- La dépendance est-elle un risque social spécifique ou un risque associé à la maladie et donc couvert par l'assurance-maladie ?
- Les soins de longue durée (hébergement sécuritaire, soins infirmiers et d'assistance) à domicile ou en institution, font-ils partie du panier de services universels ?
 - ✓ Jusqu'à quelle limite ?
 - ✓ Quel est leur statut ?
- Quel est le contenu précis des services couverts ?
 - ✓ Services d'assistance et d'animation, soins infirmiers, soins spécialisés (physiothérapie, ergothérapie, orthèses, prothèses, soins de pieds, etc.), médicaments, services de convalescence, de répit, dépannage, hébergement temporaire, gîte et couvert, buanderie, etc.

Les questions fondamentales ici et ailleurs (suite)

- Quelles sont les modalités d'accès ?
 - ✓ Grille d'évaluation des besoins standardisée ?
 - ✓ Test de moyens financiers ? Contribution obligatoire ? Pour quels types de services ?
 - ✓ Couverture universelle et gratuite de certains services ou couverture limitée et responsabilité individuelle au-delà de la couverture publique ?
 - ✓ Financement est-il neutre selon le lieu de dispensation ?

Les questions fondamentales ici et ailleurs (suite)

- Quelle est la source du financement public ?
 - ✓ Financement public par les impôts et revenus généraux ?
 - ✓ Financement public par un régime de cotisation sociale spécifique ?
 - ✓ Financement mixte par des modalités de co-assurance obligatoire publique/privée ?
 - ✓ Financement public de type assuranciel ou service public ?

Les questions fondamentales ici et ailleurs (suite)

- L'accès à des soins de longue durée est-il un droit ou un privilège plus ou moins discrétionnaire en fonction des priorités du moment et des ressources disponibles ?
- La personne en perte d'autonomie (et sa famille) a-t-elle un choix complet de son pourvoyeur de services ou un choix restreint ? Guidé par un système à planification et orientation centrales ? Qui est le client ?

Les questions fondamentales ici et ailleurs (suite)

- La personne en perte d'autonomie a-t-elle le choix d'une prestation en espèces ou en nature ?
- Rémunère-t-on la prestation informelle et, si oui, comment assurer l'équité ?
- Existe-t-il une obligation alimentaire filiale pour les descendants de supporter leurs parents ?

Les questions fondamentales ici et ailleurs (suite)

- La personne en perte d'autonomie a-t-elle accès à une gamme de fournisseurs agréés par un système indépendant de certification ? Peut-elle faire agréer un proche ou aidant naturel ?
- Existe-t-il une planification nationale à long terme (20 ans) de l'évolution prévisible des besoins, des ressources financières, matérielles et humaines à mettre en œuvre pour répondre à ces besoins ?

La situation au Québec

- La Loi canadienne sur la santé ne s'applique pas aux soins de longue durée
- Les propositions de créer un régime canadien de soins de longue durée à domicile ou un régime québécois d'assurance contre la perte d'autonomie ont échoué
- Les soins de longue durée ne bénéficient pas d'un mode de financement propre
- L'accès à des soins de longue durée n'est pas un « droit » exécutoire mais résulte de l'obligation faite aux hôpitaux par l'article 14 de la Loi sur la santé et les services sociaux et de la programmation budgétaire

La situation au Québec (suite)

- L'accessibilité dans un délai donné et à un niveau donné de soins de longue durée est variable sur le territoire et donne lieu à des iniquités d'accès importantes
- Le panier et le niveau des services couverts sont peu définis, les règles de contribution de l'état et des personnes sont rudimentaires, varient selon le lieu de dispensation des services (domicile ou établissement) et ne sont pas en relation avec la valeur économique intrinsèque des prestations
- La personne en perte d'autonomie (et sa famille) a un choix très restreint de fournisseurs de services

La situation au Québec (suite)

- La personne en perte d'autonomie et sa famille ont très rarement le choix d'une prestation en espèces
- Les aidants naturels sont peu reconnus sur le plan de l'aide réelle autant fiscalement que financièrement

La situation au Québec (suite)

- Le séjour inutilement prolongé des personnes en perte d'autonomie en milieu hospitalier est fréquent, est une source d'inconfort sérieux pour les personnes et de dysfonctionnement important du système de santé, notamment hospitalier
- La planification ministérielle pour les personnes en perte d'autonomie se limite à 2010, i-e dans trois ans

Quelques statistiques importantes

- Le Québec passera entre 1995 et 2025 de +/- 12% à +/- 24% de personnes âgées de plus de 65 ans
- Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus passera de 95 334 en 2001 à 454 554 en 2041
- Le nombre de personnes de plus de 65 ans souffrant de démence passera de 89 800 en 2006 à 104 163 en 2011
- Le nombre de places en CHSLD publics ou privés conventionnés était de 36 230 en 2003/04, soit l'équivalent de 3,5% des personnes âgées de 64 ans et plus

Quelques statistiques importantes (suite)

- Le nombre de personnes âgées recevant des services dans la communauté était de 159 386 en 2003/04
- Le nombre de personnes âgées bénéficiant du crédit d'impôt pour maintien à domicile était de 70 000 en 2003
- Projection des ressources requises en fonction des pratiques actuelles :

	2003-04	2009-10
En CHSLD	36 230	42 650
% des 65 ans et plus		3,7%
Dans la communauté	159 386	185 223
% des 65 ans et plus		15,9%

Plan d'action du MSSS

- Le plan d'action 2005-2010 du MSSS :
Un plan à court terme, en retard dans son actualisation et déjà dépassé malgré les bonnes intentions
 - ✓ Confirmation du statu quo des orientations véhiculées depuis plus de 10 ans
 - ✓ Aucun plan de mise en œuvre et de monitoring
 - ✓ Pas de bilan à mi-période

L'accès à des soins de longue durée de qualité, en temps et de manière équitable : Un diagnostic inquiétant

- Le MSSS est en retard dans son plan d'action pour 2010 et n'a pas de planification à long terme (ressources financières, matérielles et humaines) pour les soins de longue durée
- Le système de santé, notamment les hôpitaux, souffrent de dysfonctionnements importants reliés à l'absence de ressources adaptées, flexibles et articulées en nombre suffisant pour le support, la réadaptation ou l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie

Un diagnostic inquiétant (suite)

- Les personnes âgées en perte d'autonomie sont victimes d'iniquité dans l'accès à des ressources adaptées à leurs besoins et, de ce fait, sont souvent « parquées » en milieu hospitalier, inapproprié à leur condition
- L'offre de services aux personnes âgées en perte d'autonomie est conçue comme un monopole d'état orienteur et dispensateur caractérisé par des rigidités fortes, une absence de variété de ressources alternatives et des listes d'attente
- Le manque de ressources alternatives d'hébergement, en amont des CHSLD, est particulièrement néfaste à la fois économiquement et sur le plan de la qualité des soins

Un diagnostic inquiétant (suite)

- Le fonctionnement du système repose essentiellement sur une livraison de services en nature à des « usagers » par un monopole public, par opposition à un système de « clients » qui font des choix de fournisseurs à partir du niveau de financement public disponible dans leur condition
- De nombreuses personnes âgées en perte d'autonomie se retrouvent en milieu hospitalier alors qu'elles devraient se retrouver soit en CHSLD, soit en services de convalescence/transition ou d'hébergement avec assistance, à cause d'un manque de ressources alternatives adéquates

Un diagnostic inquiétant (suite)

- De nombreuses personnes âgées en perte d'autonomie se retrouvent en CHSLD alors qu'elles devraient se retrouver dans des ressources alternatives d'hébergement (idem pour les services à domicile)
- De nombreux CHSLD publics et privés conventionnés sont vétustes, peu adaptés et consomment de manière inefficace des ressources financières rares parce qu'ils sont prisonniers de règles datant des années 70
- Le système de santé utilise mal les ressources humaines du secteur privé disponibles dans les agences de placement d'infirmières et d'auxiliaires familiales et les entreprises d'économie sociale en les confinant à des rôles supplétifs conflictuels

Un diagnostic inquiétant (suite)

- Le Québec est probablement le seul état à concevoir que l'intégration et la qualité de services de longue durée accessibles passent par un monopole d'état exploitant lui-même des CHSLD et des services à domicile ; il confond son rôle d'assureur avec celui de pourvoyeur de services (voir exemple CSST et SAAQ)
- Le Québec est sûrement l'un des rares états occidentaux à continuer à bâtir et maintenir lui-même des CHSLD et à maintenir un parc immobilier de 30 000 lits (X% de chambres multiples)

Des ressources mal utilisées

- CHSLD publics trop figés dans leur cadre rigide : pistes de solutions
 - ✓ Possibilité de partenariat avec le privé : concession 10 ans/20 ans
 - ✓ Possibilité de contrats de type BOOT
 - ✓ Possibilité de redéploiement des ressources humaines avec garantie des conditions de rémunération et régime de retraite et d'assurances

Des ressources mal utilisées (suite)

- CHSLD privés conventionnés plutôt ignorés par le MSSS : pistes de solutions
 - ✓ Cadre rigide imposé par le MSSS à assouplir
 - ✓ Possibilité de miser sur des entrepreneurs expérimentés
 - ✓ Possibilité d'investissement par le privé existant dans des formules novatrices d'hébergement
 - ✓ Possibilité de « professionnaliser » l'hébergement alternatif en faisant migrer certains exploitants

Des ressources mal utilisées (suite)

- Agences de placement de personnel de soins infirmiers et d'assistance considérées comme un mal nécessaire : pistes de solutions
 - ✓ Possibilité de construire des partenariats d'affaires structurés
 - ✓ Possibilité de spécialiser des agences de placement en fonction des objectifs du système de santé
 - ✓ Possibilité de créer un secteur témoin dans certains créneaux

Des ressources mal utilisées (suite)

- Des résidences pour personnes âgées semi-autonomes privées ignorées : pistes de solutions
 - ✓ Possibilité de diversifier les fournisseurs de services
 - ✓ Possibilité d'améliorer, sans investissement public, l'hôtellerie pour des ressources intermédiaires
- Des formations à revaloriser pour le personnel d'assistance

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre conceptuel

- Concevoir les soins de longue durée comme comportant trois volets distincts
 - ✓ Hébergement i-e hôtellerie
 - ✓ Soins d'assistance
 - ✓ Soins infirmiers et professionnels
- Passer d'une planification centrale à une régulation des fournisseurs de services
- Préciser la contribution financière des personnes et de l'état pour chaque volet en les définissant clairement
- Donner réellement le choix des fournisseurs de services à la personne en lui donnant le choix des services en nature ou en espèces

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre conceptuel (suite)

- Préciser clairement la grille d'évaluation des besoins utilisée et les niveaux de support public conséquent en nature ou en argent
- Structurer l'offre de ressources alternatives d'hébergement de qualité
- Établir des standards de qualité obligatoires et une obligation d'agrément pour tous les fournisseurs de services/

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre opérationnel Pour les CSSS

- Les Agences et CSSS doivent mettre en place le nouveau cadre conceptuel
- Les Agences et les CSSS conservent leur rôle d'évaluation et d'orientation de la clientèle
- Les CSSS ont la responsabilité de gestion de cas pour assurer l'intégration et la continuité des services

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre opérationnel Pour les CSSS (suite)

- Les CSSS peuvent se libérer progressivement de leur rôle de prestataires directs de services de longue durée
- Les CSSS peuvent donner en concession l'exploitation de CHSLD selon un cadre établi
- Les CSSS peuvent donner en concession l'exploitation de services à domicile ou contracter à moyen terme avec des agences de services

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre opérationnel

Pour les personnes âgées

- Grille d'évaluation uniforme et droit d'accès exécutoire à un niveau de service connu pour les services d'assistance et soins infirmiers (+ réévaluation périodique)
- Déplafonnement de la contribution de l'adulte hébergé pour l'hébergement (hôtellerie) et services d'assistance ou de confort définis
- Protection légale quant à la contribution maximale de l'adulte hébergé pour l'hôtellerie en CHSLD ou en ressources alternatives

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre opérationnel

Pour les personnes âgées (suite)

- Droit à l'allocation financière équivalente plutôt qu'à la prestation en nature des services et libre choix d'un fournisseur accrédité
- Droit exécutoire d'être transféré dans une ressource accréditée 72 heures après un congé médical du milieu hospitalier

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre opérationnel

Pour les personnes âgées (suite)

- Harmonisation du crédit d'impôt remboursable pour les services d'hôtellerie et d'assistance au-delà de la contribution maximale
- Possibilité de crédit d'impôt pour les descendants ou les proches d'une personne en perte d'autonomie qui défraient les services mentionnés au point précédent

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre opérationnel

Pour le secteur privé

- Lancement d'un programme majeur d'hébergement alternatif de qualité inspiré du plan 2005 de l'Agence de Montréal
- Un programme alternatif qui limite à 75\$ par jour le financement public pour l'hébergement et l'assistance, pour un total de 5 000 places, pour un total de 137M\$ par an
- Un programme à réaliser entièrement par le secteur privé en 3 ans selon un contrat-type adapté à long terme (15-25 ans)

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre opérationnel

Pour le secteur privé (suite)

- Une possibilité de prendre en concession des CHSLD publics dans le cadre d'une opération de rehaussement des services d'hébergement (hôtellerie) et d'assistance (BOOT contracts)
- Une ouverture du marché aux CHSLD privés non-conventionnés dans le cadre de la liberté de choix du fournisseur de services agréé
- Une compétition sur la qualité des prestations en hébergement (hôtellerie) et services d'assistance plutôt qu'un nivellement

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre contractuel

Pour le système

- Responsabilité d'information et de coordination
- Concentration des acteurs publics sur leurs rôles essentiels : évaluation, orientation, gestion de cas, contrôle de la qualité
- Redéploiement des ressources humaines et financières vers des responsabilités de gouvernance publique plutôt que de livraison de services
- Désengorgement des lits d'hôpitaux par des personnes en attente d'hébergement

Pistes de réflexion pour un nouveau cadre contractuel

Pour le système (suite)

- Possibilité de diminuer le recours à des dépenses d'immobilisations publiques dans les CHSLD
- Dynamisation du secteur de l'hébergement et des services à domicile par un nouveau cadre conceptuel et opérationnel des soins de longue durée
- Accroissement de la personnalisation, individualisation des prestations à la personne en perte d'autonomie

Merci

