

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE

La prise en charge publique des services de santé destinés aux aînés

L'Observatoire de l'administration publique, automne 2006

En collaboration avec madame Renée Lamontagne, directrice du Bureau national de liaison en administration de la santé et des services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
1. LES PRINCIPAUX ACTEURS INSTITUTIONNELS AU QUÉBEC	4
1.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux.....	4
1.2 Les autres acteurs centraux.....	5
1.3 Les acteurs déconcentrés et décentralisés.....	6
1.4 Le rôle du fédéral.....	6
1.5 Les acteurs privés et communautaires	6
2. LES CARACTÉRISTIQUES DES AÎNÉS ET LEURS PROBLÈMES DE SANTÉ.....	6
2.1 Leur profil démographique.....	6
2.2 Leur milieu de vie.....	7
2.3 Leur répartition géographique.....	8
2.4 Éléments de comparaison interprovinciale et internationale.....	9
2.5 Les principaux problèmes de santé.....	11
3. LA POLITIQUE PUBLIQUE SANITAIRE ENVERS LES AÎNÉS.....	13
3.1 L'intégration des services de santé rendus à la clientèle âgée.....	13
3.2 Les mesures pour répondre aux contraintes liées à la perte d'autonomie des aînés	14
3.3 L'assurance médicaments pour les aînés : entre préoccupations sanitaires et financières	19
CONCLUSION.....	20
BIBLIOGRAPHIE.....	21

INTRODUCTION

En quoi le vieillissement est-il problématique pour l'avenir des systèmes de soins?

►► L'impact du vieillissement sur l'économie des politiques de la santé

Enjeu touchant les conditions de fonctionnement des systèmes assurantiels des États providences et de plusieurs politiques publiques, le vieillissement¹ déstabilise l'équilibre entre offre et demande de soins de santé.

D'une part, le vieillissement de la population a des effets sur la nature de la demande de soins, notamment du fait de la chronicité des problèmes de santé des aînés, mais surtout de l'approche du décès puisqu'au Québec, comme dans les autres sociétés occidentales, les individus décèdent de plus en plus vieux. Mais on ne peut établir de liens de causalité *a priori* entre le vieillissement de la population et la croissance de la demande en soins de santé. Cette croissance s'explique davantage par le manque de réactivité du système de soins à l'évolution des besoins de la population. Pour mesurer ces derniers, l'âge, quantifiable et objectif, est suppléé par l'état de santé de la clientèle, état de fait beaucoup plus complexe à évaluer, résultant de l'agrégation de différents facteurs. Le dépassement de l'âge « calendaire » au profit de l'âge « biologique » impose donc aux systèmes de santé de mettre en place des dispositifs efficaces de suivi de l'état de santé de la population qui leur permettraient de mieux anticiper les besoins en services de santé. Pour les aînés, ce suivi sera d'autant plus nécessaire que l'adoption de plus en plus généralisée chez les aînés d'habitudes de vie plus saines (activité physique, nutrition, moindre consommation de tabac et d'alcool) laisse notamment envisager une amélioration² à terme de l'état de santé des aînés, ce qui induirait une moindre pression sur le système de soins de santé que celle anticipée³.

D'autre part, l'offre publique de soins de santé à destination exclusive des aînés croît de manière soutenue depuis les années 1970, ceci pour plusieurs raisons; une d'entre elles est politique. Dans les démocraties pluralistes, les aînés constituent généralement un groupe de pression bien organisé car mobilisant différentes ressources. De surcroît, ils constituent un des groupes participant le plus aux élections, tant en tant qu'électeurs qu'en tant que candidats. Avec l'augmentation de l'âge moyen de la population, qui a crû de deux ans entre 1991 et 2001 au Québec, les décideurs politiques ont obtempéré logiquement aux demandes formulées par ce lobby dans l'espace public⁴.

¹ Causé par la combinaison de la baisse du taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la population réfère à l'augmentation du pourcentage des gens de plus de 65 ans.

² Institut national de la santé publique du Québec, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*, p. 109. Entre 1996 et 2001, selon les données des recensements, cette tendance à l'amélioration de l'état de santé des aînés n'est toutefois pas démontrée statistiquement puisqu'on assiste au cours de ces cinq années à une diminution de l'espérance de vie en santé à 65 ans tant au Québec que dans les autres provinces canadiennes.

³ Le rapport sur la pérennité du système de santé et de services sociaux, paru en juillet 2005, prévoit une croissance imputable au vieillissement de 1,1 % des dépenses de santé par an entre 2005 et 2020.

⁴ La gestion du programme *Medicare* aux États-Unis est sur ce point exemplaire. Le lobbying des aînés est également efficace au niveau fédéré. Certains États, comme la Floride où une forte part de la population a plus de 65 ans, ont amélioré l'offre fédérale de services publics de santé à destination des aînés à l'issue d'importantes campagnes de lobbying.

La croissance de l'offre est également alimentée par des changements sociétaux. Face à l'étiollement des institutions traditionnelles de solidarité, au premier rang desquelles la famille, la prise en charge des besoins sanitaires et sociaux est devenue une responsabilité *de facto* de l'État. Les institutions publiques s'imposent dans nombre de sociétés comme étant les seules à pouvoir soutenir l'action des aidants naturels ou s'y substituer dans le respect des principes d'équité et de solidarité, sans que cela ne signifie qu'elles assument l'entièreté de la prestation de service.

Les avancées technologiques et cliniques sont un troisième facteur de la croissance de cette offre particulière de services publics. Les personnes âgées malades sont mieux prises en charge grâce à la dissémination d'une approche thérapeutique basée sur la personne, et non plus sur sa ou ses pathologies. Il est également possible de traiter de plus en plus de maladies avec efficacité, ce qui pose le problème de l'égalité dans l'accès aux soins, ou du moins de leur rationnement selon des règles de mise en œuvre transparentes et égalitaires. Le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement thérapeutique des personnes âgées en fin de vie concentre ainsi les questions éthiques les plus délicates liées à l'usage des technologies.

► La prédominance des impacts financiers du vieillissement dans le débat public sur l'avenir des systèmes de soins

Dans les pays occidentaux, la dimension financière des relations entre vieillissement et santé monopolise l'attention. Pour l'ensemble des pays de l'OCDE⁵, en l'absence de mesures politiques pour limiter la croissance des dépenses publiques en santé et de soins de longue durée, celles-ci devraient presque doubler entre 2005 et 2050, passant de 7 % de leur PIB à 13 %.

Au Québec, en 2001, 42 % des ressources financières allouées à la santé et aux services sociaux étaient utilisées par les personnes âgées de 65 ans et plus alors qu'elles ne formaient que 14 % de la population. Pour la même année, 10 % des ressources étaient utilisées par les gens de 85 ans et plus bien qu'ils ne formaient que 1 % de la population⁶. Par individu, l'État alloue ainsi 3 fois plus de ressources en matière de santé et de services sociaux aux personnes âgées de 65 ans et plus, et 8 fois plus pour les personnes âgées de 85 ans et plus. Puisque le groupe d'âge des 65 ans et plus est celui qui grandit le plus rapidement, en l'absence de réformes des conditions de prise en charge et considérant le ralentissement des revenus publics consécutifs à la baisse anticipée de la population active, le défi que devra relever l'État québécois pour répondre adéquatement aux besoins sanitaires des aînés sera de taille.

Toutefois, les effets du vieillissement sur les dépenses de santé doivent être nuancés. Ce sont essentiellement les coûts des services médicaux avant le décès, qui survient de plus en plus tard en Occident, qui pèsent sur les dépenses en santé pour les plus de 65 ans⁷.

De plus, l'effet de plusieurs phénomènes exogènes au système de santé vient contredire les prévisions alarmantes du rapport Ménard⁸. Le premier d'entre eux est la stabilité de l'offre de travail,

⁵ OECD (2006), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures : What Are the Main Drivers?*, p. 7.

⁶ MSSS, *Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, p. 15, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>

⁷ BÉLAND, F., Ibid. Voir sur ce point particulièrement, LUBITZ J., J. BEEBE and C. BAKER, "Longevity and Medicare Expenditures".

⁸ Voir note 3.

malgré le passage du ratio « nombre de personnes âgées/nombre de personnes en âge de travailler » de 1/5 en 2005 à 1/2 en 2030. Ce ratio n'est pas pertinent pour permettre de supposer la capacité financière du gouvernement au cours des prochaines années. Il est préférable de prendre en compte le nombre d'heures travaillées par habitant, et surtout la productivité du travail. En ce qui concerne le premier indicateur, les prévisions sont nettement moins préoccupantes : l'offre de travail par habitant, qui était de 750 heures en 1971, sera de 930 heures en 2041, ce qui constitue toutefois une diminution par rapport à l'offre prévue en 2011 (980 heures⁹). La croissance du taux d'activité féminin et les mesures de rétention des plus de 65 ans à l'emploi sont les principaux facteurs de cette évolution prévue de l'offre de travail. Quant à la productivité du travail, des améliorations sont envisageables sur ce sujet étant donné que les travailleurs canadiens produisaient 23 % moins de richesses qu'aux États-Unis par heure travaillée en 2004¹⁰.

Par ailleurs, les prévisions en ce qui a trait au taux de dépendance¹¹ au Canada permettent d'anticiper une offre pour les soins de longue durée dont la croissance doit être relativisée en fonction des taux de dépendance des années 1950 et 1960. En effet, la décennie 2000-2010 sera celle où ce taux sera le plus faible (0,6 personne dépendante en moyenne pour une personne active¹²). Le taux de dépendance prévue pour 2041 (environ 0,8, soit 80 %) sera même inférieur à celui de 1961 (95 %). Toutefois, il convient de souligner le renversement de la composition de la population dépendante entre ces deux dates : alors qu'en 1961, le taux de dépendance était attribuable à 85 % aux moins de 15 ans, en 2041, ce taux sera majoritairement dû à la situation des personnes de plus de 64 ans.

L'objet de cette étude est de comparer les politiques publiques de santé à l'endroit des aînés au Québec sur les plans interprovincial et international. Les orientations du gouvernement du Québec en la matière seront ainsi mises en contraste avec celles d'autres gouvernements aux prises également avec une inflation des dépenses octroyées à cette clientèle. Deux sections introductives précéderont cette analyse comparée, l'une présentant les principaux acteurs sur le sujet au Québec et l'autre retraçant les principales caractéristiques et les principaux problèmes de santé des aînés.

1. LES PRINCIPAUX ACTEURS INSTITUTIONNELS AU QUÉBEC

1.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux

En matière de santé, la question du vieillissement de la population interpelle spécifiquement le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à qui il appartient d'assurer les services de santé pour l'ensemble de la population québécoise. Le MSSS adopte les orientations générales, fixe les cibles à atteindre pour le Québec et alloue les ressources en santé parmi les autres acteurs. Parmi ceux-ci figurent les Agences de services de santé et de services sociaux (les Agences) avec

⁹ Projet de recherche sur les politiques, Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite.

¹⁰ OCDE, Base de données sur la productivité, www.oecd.org/statistics/productivity En 2004, au Canada, le nombre moyen d'heures travaillées était de surcroît légèrement supérieur aux États-Unis.

¹¹ BÉLAND, F., Ibid., Le taux de dépendance de la population indique le nombre de jeunes (moins de 15 ans) et le nombre de personnes âgées (plus de 64 ans) qui dépendent de la population active (entre 15 et 64 ans).

¹² DENTON, F. T., C. H. FEAVER et B. G. SPENCER, « The future of population in Canada: Its age distribution and dependency relations », 1 : 83-109.

qui le MSSS conclut des ententes de gestion afin que soit rencontrées les cibles qu'il a déterminées en matière de santé, dont celles relatives au « programme service » que constitue la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Afin de suivre l'évolution du phénomène du vieillissement et des changements qui l'accompagnent et être en mesure de prendre les décisions stratégiques qui s'imposent, le MSSS a mis sur pied un Réseau sur le vieillissement et les changements démographiques. Sa mission consiste à observer et analyser les changements démographiques et l'environnement lié au vieillissement au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde afin d'aider les intervenants à prendre des décisions stratégiques et favoriser le partage et le transfert de connaissances¹³.

Sur le terrain, la prestation de soins de santé aux aînés est assurée à la fois par des acteurs régionaux et locaux. Sur le plan régional, il appartient aux Agences de planifier et d'organiser les services offerts et de répartir les ressources allouées parmi les prestataires de services de leur territoire en fonction de leurs choix d'organisation¹⁴. Sur le plan local, les services sont dispensés par toute une panoplie d'établissements associés à des Réseaux locaux de services (RLS), des organismes communautaires et des cliniques médicales. Ces réseaux sont composés de Centres de santé et de services sociaux (CSSS ¹⁵) dont le mandat consiste à définir et à élaborer des projets cliniques faisant appel à la collaboration de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé et des services sociaux. Conjointement, ces partenaires doivent rendre accessibles les services de santé publique à la population, assurer la prise en charge des personnes dans le système ainsi que maintenir et améliorer l'état de santé de la population. En termes de clientèle, une de leur priorité est les personnes âgées.

1.2 Les autres acteurs centraux

Trois autres acteurs centraux s'intéressent de manière générale à la question des aînés au sein de la société québécoise :

- Le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF) qui promeut la solidarité entre les générations, veille à ce que le gouvernement tienne compte des besoins des aînés et à protéger les personnes qui ne peuvent exercer pleinement leurs droits. Au sein de ce ministère, le Secrétariat aux aînés assure la cohérence et la coordination des interventions de l'État envers les personnes âgées en ce qui a trait aux différentes mesures et initiatives gouvernementales à leur endroit dans tous les domaines de leur vie (ex. : revenus, santé et services sociaux, logement, milieu et qualité de vie, participation à la vie collective, etc.). De plus, un organisme gouvernemental relevant du ministre en charge de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, le Conseil des aînés, a pour principale fonction de promouvoir les droits des aînés, leurs intérêts et leur participation à la vie collective;
- Le ministère des Affaires municipales et des Régions et, plus particulièrement, la Société d'habitation du Québec qui ont pour mandat d'accroître l'offre de logements à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et d'en diversifier les modalités;

¹³ Réseau sur le vieillissement et les changements démographiques, <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/k30/>

¹⁴ La reddition de comptes par rapport à l'octroi des ressources porte sur l'atteinte des résultats.

¹⁵ Nés de la fusion entre les CLSC et CHSLD et un centre hospitalier.

- Le ministère des Finances qui exerce un rôle central dans la détermination des arrangements fiscaux permettant de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

1.3 Les acteurs déconcentrés et décentralisés

Chacune des 17 régions administratives du Québec compte une table régionale de concertation des aînés. Financées par le gouvernement, ces tables sont composées d'aînés et de représentants de diverses associations de défense des intérêts des personnes âgées et elles interagissent avec les Conférences régionales des élus. Elles sont des interlocutrices privilégiées du Conseil des aînés et du ministre du MFACF. Les tables régionales ont constitué la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec.

1.4 Le rôle du fédéral

Grâce à son pouvoir de dépenser, le fédéral intervient dans le domaine de la santé des aînés par l'intermédiaire spécifique de la Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de santé publique du Canada qui travaille avec les provinces, territoires et organismes nationaux et offre un soutien organisationnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge. Créé en mai 1980 pour conseiller et aider le ministre de la Santé nationale par rapport aux questions touchant le vieillissement de la population canadienne et la qualité de vie des aînés, ce conseil est un acteur de premier plan au niveau fédéral, et ce, notamment par l'intermédiaire de ses recherches.

1.5 Les acteurs privés et communautaires

De nombreux intervenants privés et communautaires interviennent également en matière de soins aux personnes âgées :

- Le réseau familial;
- La communauté, les amis, les voisins;
- Les dispensateurs de services privés tels que les entreprises d'économie sociale en aide domestique, certains organismes communautaires;
- Des entreprises privées, notamment les résidences privées.

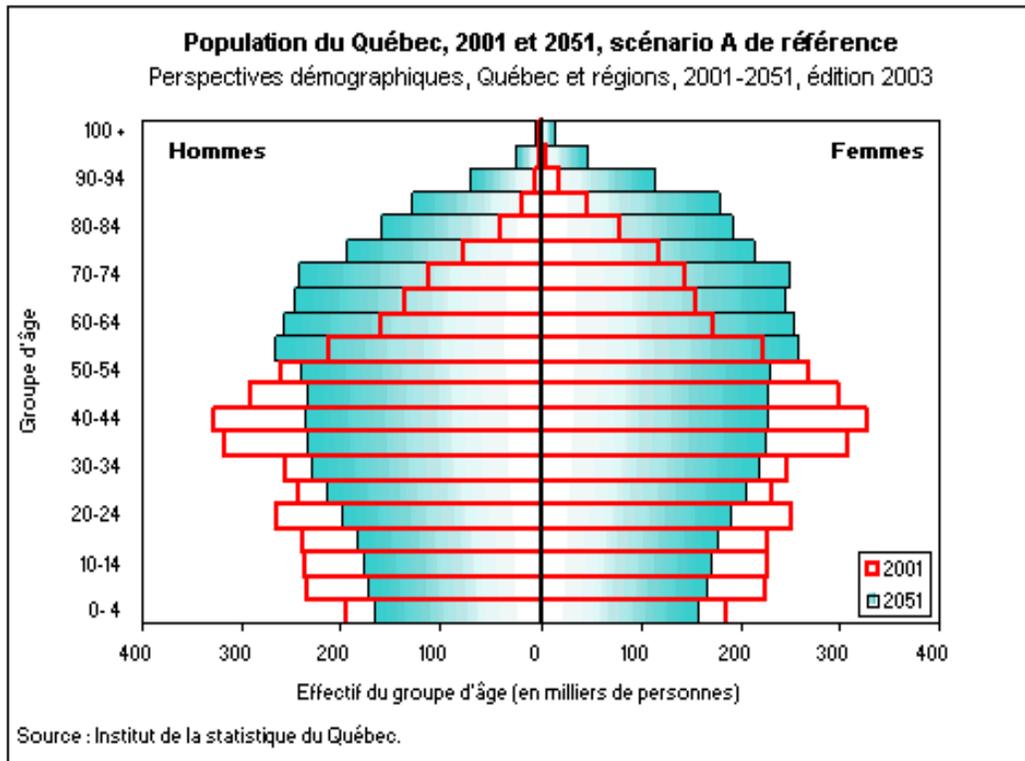
Par ailleurs, depuis les années 1960, le Québec compte un mouvement associatif d'aînés qui est très actif. Ce mouvement contribue à la sensibilisation de la population et des acteurs gouvernementaux face aux problématiques qui touchent les personnes âgées.

2. LES CARACTÉRISTIQUES DES AÎNÉS ET LEURS PROBLÈMES DE SANTÉ

2.1 Leur profil démographique

Le vieillissement de la population touche tous les pays du monde, mais celui-ci évolue toutefois à des vitesses variables. Au Québec, le vieillissement de la population s'effectue très rapidement.

Selon les données statistiques, la population âgée du Québec doublera au cours des 30 prochaines années. Seul le Japon connaîtra une croissance plus rapide du poids démographique des aînés¹⁶. Le groupe d'âge des plus de 65 ans augmentera de manière importante à partir de l'année 2010 du fait de la taille plus importante de la classe d'âge des baby-boomers pour rapport aux générations qui les précèdent.



Au 1^{er} juillet 2005, le Québec comptait un peu plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus, ceci représentant environ 14 % de la population totale¹⁷. De ce nombre, 54,3 % sont âgées entre 65 et 74 ans, 34,8 % entre 75 et 84 ans et 10,9 % ont plus de 85 ans. La catégorie des personnes âgées de plus de 85 ans est celle qui augmente le plus rapidement. C'est également celle qui nécessite le plus de services, du point de vue de la santé et des services sociaux, sur le plan notamment de l'hébergement et des services de soutien à domicile.

2.2 Leur milieu de vie

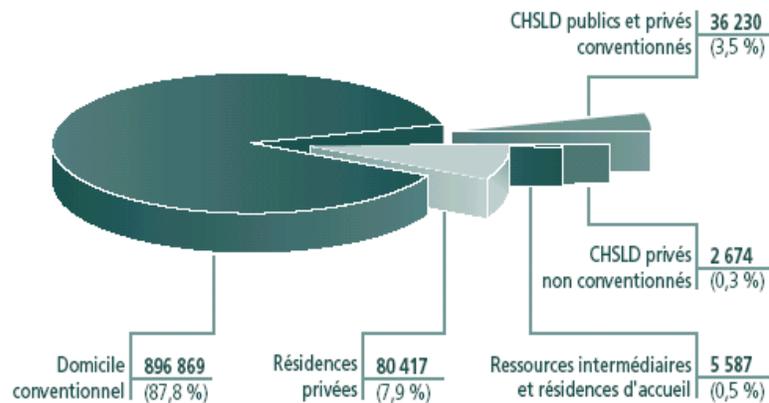
Selon les données de 2004, la très grande majorité des aînés au Québec vivent à domicile. Les aînés demeurant en ménage collectif, privé ou public, y compris les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), représentent un peu plus de 10 % des personnes âgées. En se basant sur les données de 2001, la proportion d'aînés vivant à leur domicile diminue avec l'âge : plus

¹⁶ Selon MSSS, *Le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, la proportion des aînés passera de 12 % à 14 % entre 1993 et 2022 au Québec et entre 1990 et 2012 au Japon.

¹⁷ Institut de la statistique du Québec, *Population par année d'âge et par sexe*, http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_poplt/201_05.htm

d'aînés de 65 à 74 ans vivent à domicile que les 75 ans et plus¹⁸. Les soins à domicile ne bénéficient qu'à une faible partie des 65 ans et plus, soit 12 % seulement¹⁹. Par ailleurs, la prévalence de la pauvreté est deux fois supérieure parmi les aînés qu'au sein de l'ensemble de la population²⁰.

RÉPARTITION DES PERSONNES ÂÎNÉES SELON LEUR LIEU DE RÉSIDENCE EN 2004²¹



Source: MSSS, Direction générale des services sociaux, 2004.
 Note: Nombre total de personnes âgées en 2004: 1 021 777.

2.3 Leur répartition géographique

Les personnes âgées ne sont pas réparties de manière égale sur le territoire québécois, ce qui génère des conditions de prestations des soins de santé différente d'une région sociosanitaire²² à l'autre. À la lumière des données du tableau 1, la Côte-Nord (36,5 %) et le Nord-du-Québec (46,3 %) comptaient, en 2001, le plus important nombre de personnes âgées entre 65 et 69 ans alors que le nombre le moins important se situait au Bas-Saint-Laurent (27,1 %). Cette disparité régionale est à l'origine des pressions inégales qui sont exercées sur le système de santé québécois en fonction des régions. Sachant que les plus fortes pressions sont exercées par les personnes âgées de 85 ans et plus, il est à prévoir que certaines régions connaîtront des difficultés accrues d'ici une quinzaine d'années si la répartition régionale actuelle se maintient.

¹⁸ INSPQ, Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf

¹⁹ MFACF, Vieillesse de la population québécoise, <http://www.mfacf.gouv.qc.ca/thematiques/aines/situation-aines/vieillessement.asp>

²⁰ Le quart des personnes âgées vivant en ménage privé ont des revenus en-dessous du seuil de la pauvreté, soit le double de la situation moyenne au sein de la population québécoise.

²¹ MSSS, Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité, p. 17, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>

²² Les régions sociosanitaires diffèrent à quelques exceptions des régions administratives. Consulter la page sur le réseau de la santé et des services du présent site.

POPULATION ÂGÉE, PAR RÉGION ADMINISTRATIVE DU QUÉBEC, 2001 (%)

Région administrative	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans et plus
Bas-Saint-Laurent	27,1	26,4	21,9	13,8	7,3	3,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	33,1	28,0	20,2	11,2	5,2	2,2
Capitale-Nationale	29,7	26,4	20,6	13,0	6,9	3,4
Mauricie	29,4	27,0	21,1	12,7	6,7	3,2
Estrie	29,0	25,5	21,1	13,6	7,4	3,5
Montréal	27,8	26,0	21,4	13,5	7,5	3,8
Outaouais	33,4	27,5	20,0	11,3	5,6	2,2
Abitibi-Témiscamingue	31,4	27,9	21,2	11,4	5,6	2,6
Côte-Nord	36,5	27,9	18,9	9,6	4,7	2,4
Nord-du-Québec	46,3	24,8	16,5	7,7	2,7	2,1
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	29,5	26,1	20,6	12,8	7,1	3,9
Chaudière-Appalaches	29,5	26,2	20,8	13,5	6,9	3,2
Laval	33,3	28,4	19,7	10,6	5,5	2,4
Lanaudière	34,9	27,9	19,2	10,6	5,0	2,4
Laurentides	34,0	27,9	19,2	10,8	5,6	2,4
Montérégie	31,9	26,7	20,0	12,2	6,4	2,8
Centre-du-Québec	29,1	25,5	20,7	13,5	7,5	3,6
Ensemble du Québec	30,4	26,7	20,6	12,6	6,7	3,2

Source : ISQ, Population âgée selon le groupe d'âge, régions administratives du Québec, http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/lequebec/population_que/popagee20.htm

2.4 Éléments de comparaison interprovinciale et internationale

Comparée à la moyenne canadienne (12,6 %), la proportion de la population âgée de 65 ans et plus au Québec (13,0 %) était légèrement supérieure en 2001. Toutefois, seules trois provinces avaient une proportion moins importante de personnes âgées : l'Alberta (10,2 %), Terre-Neuve-et-Labrador (12,1 %) et l'Ontario (12,5 %).

En 2026, selon les projections de Statistique Canada, l'importance démographique des aînés au Québec (23,9 %) demeurera supérieure à la moyenne canadienne (21,4 %), malgré une croissance de cette population moins soutenue, bien que très importante (+85,1 %), que celle de l'ensemble du Canada (+97,6 %). L'Alberta et la Colombie-Britannique sont les deux provinces qui connaîtront la croissance la plus importante des 65 ans et plus entre 2001 et 2026. La croissance globale de la population de ces provinces (+12,4 % pour la première et +25,1 % pour la deuxième) viendra contrecarrer l'effet de l'importante augmentation de cette classe d'âge, en opposition au Québec où la population diminuera de 2,8 %²³.

²³ Statistique Canada, Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026.

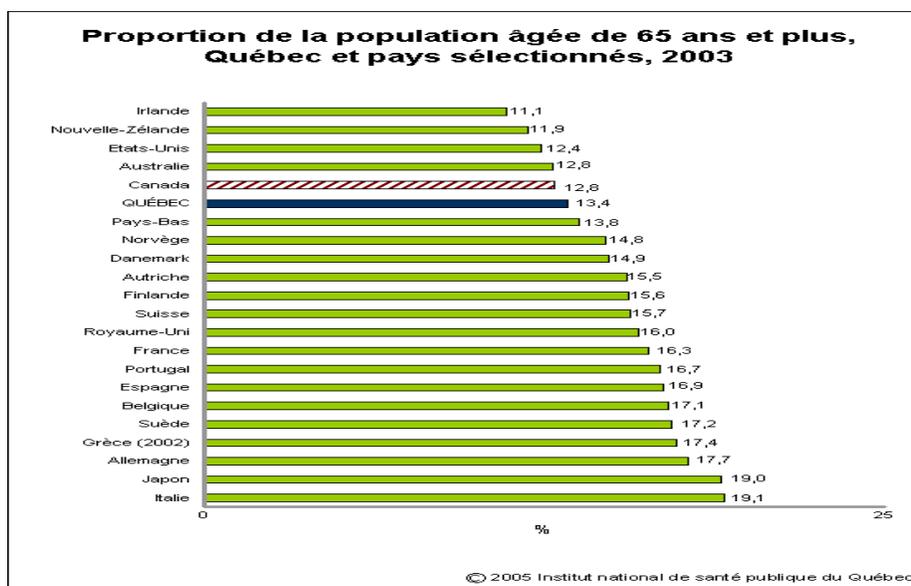
POPULATION DE 65 ANS ET PLUS, CANADA ET PROVINCES, 2001-2026²⁴

	2001		2026		Variation 2001-2026
	K	%	K	%	%
Canada	3 923	12,6	7 753	21,4	97,6
Terre-Neuve-et-Labrador	63	12,1	129	26,2	104,3
Île-du-Prince-Édouard	19	13,6	34	22,8	83,6
Nouvelle-Écosse	128	13,7	239	24,5	87,4
Nouveau-Brunswick	100	13,3	188	25,7	88,7
Québec	965	13,0	1 786	23,9	85,1
Ontario	1 489	12,5	2 989	20,0	100,7
Manitoba	157	13,7	254	21,3	61,8
Saskatchewan	148	14,8	226	22,4	52,6
Alberta	311	10,2	724	20,2	133,1
Colombie-Britannique	540	13,2	1 168	21,1	116,4

Source : Statistique Canada, Estimations de la population et projections.

Sur le plan international, en 2003, le Québec (13,4 %) affichait, une des plus faibles proportions de la population âgée de 65 ans et plus. Seuls le Canada (12,8 %), l’Australie (12,8 %), les États-Unis (12,4 %), la Nouvelle-Zélande (11,9 %) et l’Irlande (11,1 %) avaient des ratios inférieurs à ceux du Québec. En revanche, c’est la rapidité du vieillissement démographique qui préoccupe les responsables de la planification stratégique²⁵.

POPULATION DE 65 ANS ET PLUS, INTERNATIONAL, 2003²⁶



²⁴ http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf/Person_agee1.pdf

²⁵ Voir section 2.1 et la présentation de Jean-Pierre Pellegrin, secrétaire adjoint, Secrétariat aux priorités et aux projets stratégiques du ministère du Conseil exécutif, *Démographie et politiques publiques au Québec*, le 10 mars 2005 au Centre d’analyse des politiques publiques de l’Université Laval, accessible à <http://www.capp.ulaval.ca/evenement/midi.html>

²⁶ <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=5>

2.5 Les principaux problèmes de santé

Le vieillissement est un des facteurs favorisant la chronicité des problèmes de santé. Les troubles chroniques les plus fréquemment retrouvés sont les problèmes liés à l'arthrite et au rhumatisme, les maladies cardiaques, les cataractes ainsi que le diabète et l'hypertension. De surcroît, les personnes âgées sont plus à risque d'accumuler les pathologies. Le diabète, maladie qui génère d'autres troubles de santé et qui est en forte progression, est en cela emblématique du caractère cumulatif des problèmes de santé des aînés.

PRÉVALENCE DES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ SELON CERTAINS GROUPES D'ÂGE, QUÉBEC, 1998²⁷

Problèmes de santé	%			
	65-74 ans	74 ans ou plus	65 ans ou plus	Population totale
Hypertension artérielle	34,4	42,1	37,1	8,5
Arthrite ou rhumatisme	30,7	42,3	34,8	11,8
Maladies cardiaques	19,9	29,3	23,2	4,6
Maladies de l'œil	14,3	33,4	21,1	4,0
Maux de dos ou de colonne	15,3	16,6	15,8	10,2
Troubles digestifs fonctionnels	9,7	17,6	12,5	5,0
Troubles de la thyroïde	11,1	12,7	11,6	3,7
Diabète	10,8	11,5*	11,0	2,8
Troubles du sommeil	8,8	14,2	10,7	2,3
Hypercholestérolémie	11,7	6,9*	10,0	2,9

*Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par ailleurs, les problèmes de santé des aînés entraînent souvent différentes incapacités. Selon les données de 1998, 42 % des aînés du Québec déclaraient présenter une incapacité. Si la moitié de ces derniers décrivait leur incapacité comme étant légère, pour l'autre moitié (qui représente plus de 2 % de la population québécoise), celle-ci était modérée ou sévère. Les incapacités les plus fréquentes sont associées à la mobilité (29 %), à l'agilité (25 %), à l'audition (14 %), aux activités intellectuelles et à la santé mentale (8 %²⁸).

Au Québec, entre 2005 et 2010, le nombre de personnes avec une incapacité devrait passer de 30 000 à un peu plus de 230 000, soit une augmentation de plus de 13 % par an. En tout, 87 % des personnes qui ont des incapacités modérées ou graves ont besoin d'aide. Dans les trois quarts des cas, cette aide est apportée par la famille, les enfants ou le conjoint. Selon les données de 1998, seuls 11 % des gens bénéficiaient des services formels de leur CLSC²⁹.

²⁷ Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, p. 98,

http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/realite_des_aines.PDF?Archive=194878091205&File=realite_des_aines_PDF

²⁸ INSPQ, Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus, p. 10,

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf

²⁹ MSSS, Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité, p. 19,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>

PRÉVALENCE SELON LA GRAVITÉ DE L'INCAPACITÉ DE LA POPULATION ÂGÉE VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ,
1998³⁰

Degré d'incapacité	Population estimée Groupe d'âge			Prévalence en % Groupe d'âge		
	65 et plus	65-74	75 et plus	65 et plus	65-74	75 et plus
Léger	170 300	101 000	69 300	29,8	19,1	23,8
Modéré	100 700	49 700	51 000	12,3	9,4	17,7
Grave	68 900	28 600	40 300	8,5	5,5	13,9
Total	339 900	179 300	160 600	41,6	34,0	55,4

Source : SAUCIER, Alain, et Pierre LAFONTAINE, Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise, Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités : chapitre 2, 1988, p. 73-87.

Enfin, au chapitre des problèmes de santé qui diminuent l'autonomie des aînés de manière fréquente se trouvent les chutes causant des fractures et les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Le nombre d'hospitalisations dues à ces problèmes a augmenté considérablement entre 1987 et 2003. Les hospitalisations pour chutes avec fractures sont passées de 4 963 à 8 293 alors que le nombre d'hospitalisations liées à des AVC est passé de 8 072 à 9 790³¹.

Par ailleurs, les troubles cognitifs tels la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence et de confusion comptent parmi les problèmes qui sont les plus préoccupants pour les intervenants de la santé et des services sociaux et les familles. Les troubles cognitifs sont beaucoup plus répandus chez les personnes âgées de 85 ans et plus. En effet, le tiers des personnes de plus de 85 ans souffrent de troubles cognitifs alors que cette proportion est de 11 % chez les 75 à 84 ans et de 2 % chez les 65 à 74 ans. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de démence et de confusion au Québec augmentera considérablement au cours des 50 prochaines années. De 77 000 en 2001, ils seront le double en 2021 et 300 000 en 2051³². L'augmentation la plus significative a lieu dans le groupe d'âge des 85 ans et plus. La prise en charge de ce type de problématique représente un véritable défi, notamment en raison de la perte d'autonomie qui accompagne ces problèmes de santé. Les répercussions pourraient se traduire soit par une augmentation des coûts d'hébergement étant donné que la moitié des aînés souffrant de démence et de confusion habitent en établissements, soit par l'augmentation de la détresse chez les aidants naturels³³. Ces problèmes s'accroîtront au cours des prochaines années. La société d'Alzheimer estime que d'ici 2031, 187 000 Québécois et Québécoises âgés de 65 ans et plus seront atteints de la maladie d'Alzheimer et d'affections connexes alors qu'en 2006, ce nombre est d'environ 100 000. Au Cana-

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid., p. 18.

³² MFACF, *Une pleine participation des aînés au développement du Québec, Rapport de l'équipe de travail*, juin 2005, p. 33, http://www.consultation-aines.gouv.qc.ca/publications/AINES_Rapport13-07.pdf

³³ INSPQ, *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, p. 10, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf

da, les prévisions pour 2031 s'établissent à 750 000 cas alors qu'en 2006, on compte environ 435 000 dont 69 % sont des femmes³⁴.

3. LA POLITIQUE PUBLIQUE SANITAIRE ENVERS LES ÂÎNÉS

La perte d'autonomie et la dispensation des soins de longue durée qu'elle nécessite sont respectivement le principal problème et la principale réponse de la politique publique de santé à destination des personnes âgées. Toutefois, préalablement à la perte d'autonomie, les systèmes de santé privilégient de plus en plus une meilleure intégration des services de santé rendus afin de mieux prévenir l'incapacité ou de limiter la chronicité et l'accumulation des problèmes de santé des aînés. Par ailleurs, la consommation de médicaments par les aînés pose d'importants problèmes en termes de coûts et de santé publique.

3.1 L'intégration des services de santé rendus à la clientèle âgée

Au Québec, l'intégration des services constitue la pierre angulaire des services aux personnes âgées, notamment celles en perte d'autonomie. Depuis la réforme de l'organisation du réseau en 2003, cette intégration repose sur la mise en place des réseaux locaux de services (RLS³⁵). L'objectif de cette réforme est de mieux coordonner les services rendus par plusieurs professionnels de la santé à un même patient. Elle se fonde sur la volonté de briser les silos dans la prestation des soins en adoptant une approche centrée sur le patient, et non sur l'organisation administrative.

L'intégration comporte cinq dimensions³⁶ : normative (elle implique l'adhésion des acteurs à un modèle de prise en charge populationnelle dans les limites territoriales des RLS), clinique (notamment par le renforcement des pratiques de gestion par cas et de continuité des services ainsi que par la mise en place des groupes de médecine familiale), organisationnelle (mise en place de guichet unique³⁷ et de corridors de services), financière (pour une responsabilisation budgétaire territorialisée) et informationnelle (notamment grâce à l'informatisation des dossiers des patients³⁸).

³⁴ Données basées sur les estimations de la fréquence tirées de l'étude sur la santé et le vieillissement au Canada et les projections démographiques de Statistiques Canada dans Société d'Alzheimer, *Les statistiques*, <http://www.alzheimer.ca/french/disease/stats-people.htm>

³⁵ Référer au texte sur la taille et la structure qui présente le réseau de la santé.

³⁶ Louis Demers et al., *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*, p. v, <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/398-IntegrationServicesAines.pdf> Cette étude établit que le renforcement de l'intégration des services est « une innovation qui se réalise localement » et dépend également de « décisions structurantes prises aux paliers régional et central ».

³⁷ Les CLSC doivent notamment prévoir des mécanismes ou des « corridors de services » avec les producteurs de services de deuxième et de troisième ligne. Ils agissent ainsi en tant que premier guichet d'accès aux services de première ligne dont les services de soutien à domicile font partie.

³⁸ Décidée en avril 2006, l'informatisation s'étalera jusqu'en 2010-2011. L'investissement total de 547 M\$ est financée principalement par des fonds du gouvernement fédéral (303 M\$ exactement provenant d'Inforoute Santé Canada) et par le gouvernement du Québec (244 M\$). « Le dossier santé électronique » comprendra des données pertinentes (prescriptions, intolérances, allergies, imagerie médicale...) dont la consultation facilitera l'exercice des professionnels de la santé. Pour les personnes âgées, qui sont un groupe ayant plus de risques de souffrir de

À l'étranger, les pays scandinaves servent souvent de modèle en matière d'intégration des services de santé pour les aînés en raison de la qualité de la coordination interprofessionnelle atteinte. La principale divergence entre le cas québécois et les expériences scandinaves est organisationnelle. Alors qu'au Québec ces services sont rendus par des administrations publiques déconcentrées, dans les pays scandinaves, au Danemark notamment, ce sont des administrations décentralisées politiquement (les municipalités) qui en assument la responsabilité. En revanche, du point de vue normatif et clinique, avec la mise en place de réseaux locaux, d'une approche populationnelle et avec la revalorisation des services de première ligne, on assiste à un rapprochement des pratiques et des référentiels d'action en vigueur au Québec avec celles du modèle scandinave³⁹.

3.2 Les mesures pour répondre aux contraintes liées à la perte d'autonomie des aînés

La dépendance engendrée par la perte d'autonomie⁴⁰ est définie par les épidémiologistes comme un « état de la personne âgée qui la conduit à avoir besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer...). La dépendance est le produit de pathologies multiples associées, dans certains cas, à des facteurs sociaux fragilisants. Le besoin d'aide ne dépend pas seulement de la nature et de la sévérité des incapacités, mais aussi de nombreux facteurs individuels (entourage, conditions de vie, habitudes de vie, personnalité⁴¹...). »

La perte d'autonomie et la dépendance qu'elle engendre sont sans conteste une des problématiques de santé et de protection sociale afférentes aux personnes âgées qui préoccupent le plus les autorités publiques, et ce, tant au Canada qu'ailleurs au sein des pays industrialisés⁴². En tant que construction sociale, les politiques de santé et de soins de longue durée reflètent le changement de valeurs, de solidarité et d'égalité à celles d'autonomie et d'individualisme, réalisées dans les sociétés occidentales depuis l'après-guerre. La privatisation, la liberté de choisir des patients considérés avant tout comme des clients, l'introduction de pratiques concurrentielles dans la dispensation des soins doivent être ainsi analysées comme la matérialisation politique et administrative d'évolutions sociétales majeures⁴³.

plusieurs pathologies et donc de suivre différents traitements, cet outil permettra *a priori* d'accroître l'efficacité thérapeutique.

³⁹ MSSS, *Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, p. 29, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf> Les orientations de ce plan d'action ministériel québécois ont été inspirées par l'expérience danoise de désinstitutionnalisation (suppression des institutions publiques d'hébergement par des organismes sans but lucratif) et de responsabilisation des autorités locales.

⁴⁰ Au Québec, l'expression *perte d'autonomie* est privilégiée au terme *dépendance*. En dehors du Québec, on privilégie le terme *dépendance*.

⁴¹ Marie-Ève Joël, *La protection sociale des personnes âgées en France*, p. 64.

⁴² OECD (2006), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures : What Are the Main Drivers?*

⁴³ Marianna Fotaki et Alan Boyd, « From Plan to Market: A Comparison of Health and Old Age Care Policies in the UK and Sweden », p. 237-241. Les auteurs soulignent que l'efficacité économique supérieure de ces pratiques sur celles du secteur public et informel n'est pas prouvée.

Dans la plupart des pays occidentaux, dont le Québec, on tend à privilégier le soutien à domicile et l'hébergement en établissement est réservé aux cas cliniques complexes⁴⁴. En revanche, entre les divers systèmes de santé diffèrent grandement les dispositifs concrets de mise en œuvre. La couverture du risque dépendance et le niveau de service offert varient d'un pays à un autre⁴⁵, car la manière dont les systèmes de santé et de services sociaux répondent aux besoins soulevés par la perte d'autonomie des aînés est tributaire de l'organisation générale du système de santé et du système de protection sociale au sein d'une société donnée.

Par ailleurs, la prise en charge de la dépendance bouleverse les frontières traditionnelles entre les différents secteurs de protection sociale dont celles existant entre les services sociaux et la santé et celles entre les politiques familiales et de la vieillesse ainsi que les politiques du travail et de l'emploi et du logement⁴⁶. Ces tiraillements sont des sources importantes nuisant à la mise en place souhaitée d'une offre de soin intégrée.

AU QUÉBEC

► Des mesures publiques sont mises en œuvre hors du champ commun du « médicalement requis »

Du fait de l'uniformisation par la *Loi canadienne sur la santé* de la couverture maladie publique des régimes provinciaux, au Québec et au Canada, le système de santé offre une couverture universelle et gratuite des services médicaux requis par la perte d'autonomie chez les personnes âgées. De surcroît, les plus de 65 ans bénéficient de la prise en charge par l'État de certains biens et services dont le coût pour le reste de la population est assumé, sauf exception⁴⁷, par les ménages et leurs assurances privées, soit :

- Les aides auditives;
- Les services optométriques : les personnes âgées ont droit à un examen annuel gratuit;
- Les aides visuelles;
- Les prothèses oculaires;
- Les appareils suppléant à une déficience physique;
- Les appareils fournis aux stomisés permanents;
- Les prothèses mammaires externes;
- La vaccination contre l'influenza (pour les enfants de moins 2 ans également);
- Les services de soutien à domicile par le biais des CSSS.

⁴⁴ Ceci nécessitera davantage d'investissements sur le plan des soins à domicile. MSSS, Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité, p. 5 et p. 30, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>

⁴⁵ Ibid., p. 93.

⁴⁶ C. MARTIN, La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe?, p. 20-21.

⁴⁷ Les enfants et les prestataires de l'assistance emploi notamment.

Toutefois, deux volets importants des besoins liés à la perte d'autonomie, les services de soutien⁴⁸ non médicaux et le logement (sauf en cas d'admission en établissement de soins de longue durée), ne sont pas compris dans la couverture publique. Ces éléments sont soumis aux mécanismes du marché et contribuent à l'érosion graduelle du caractère universel de l'État providence. Il en résulte, malgré le caractère universel qui définit habituellement les services de santé canadiens, des disparités régionales et géographiques importantes, notamment par rapport aux services de soins de longue durée tels les services à domicile. Pour pallier ce problème, des programmes et mesures ont toutefois été mis en œuvre :

Programmes spécifiques pour les personnes âgées en perte d'autonomie⁴⁹ :

- Adaptation domiciliaire : deux programmes ont été mis en œuvre : le Programme d'adaptation du domicile (soumis à une liste d'attente de plus de deux ans) et le Programme logements adaptés pour aînés autonomes à faible revenu;
- Aide à l'accès au logement;
- Crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile d'une personne âgée (maximum de 2 760 \$ par année). En 2003, 70 000 personnes en avaient profité, générant des dépenses de 62 M\$;
- Crédit d'impôt remboursable pour aidants naturels d'une valeur variant selon le revenu entre 550 \$ et 1000 \$. Un total de 76 000 personnes en profiteront en 2006, générant des dépenses de 49 M\$.

Mesures pouvant s'appliquer notamment aux personnes âgées en perte d'autonomie :

- Crédit d'impôt non remboursable pour frais médicaux : 20 % des frais qui excèdent 3 % du revenu familial. En 2003, un million de contribuables (tous groupes d'âge confondus) en ont profité, pour une valeur totale de 240 M\$;

⁴⁸ Au Québec, l'expression *soutien à domicile* est préférée à *maintien à domicile*, car le terme *soutien* met l'accent sur la personne elle-même et sa capacité d'exercer des choix. Le terme *maintien* renvoie à un objectif extérieur à la personne et, par conséquent, il n'est plus utilisé. MSSS, *Chez-soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, p. 7, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>

Le noyau de base des services à domicile comprend les services destinés à la personne et ceux qui lui permettent d'agir sur son environnement immédiat, soit: les soins et services professionnels (médicaux, infirmiers) offerts à domicile (ces services peuvent également être offerts en ambulatoire); les services d'aide à domicile (aide domestique, soins d'hygiène, etc.); les services aux aidants proches (répit, dépannage, etc.); le support technique requis à domicile (équipements, fournitures et aides techniques). Par ailleurs, des services d'adaptation domiciliaire font aussi partie des services à domicile. Sont également inclus des services qui contribuent à l'objectif de soutien à domicile (services des centres de jour, activités de jour, hôpital de jour) ainsi que les services généraux et spécialisés offerts en ambulatoire et en établissement par le réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, s'inscrivant dans une perspective globale et sociétale, les services à domicile peuvent également inclure des mesures relatives au logement, au transport adapté et à l'intégration sociale et professionnelle, des services municipaux, des mesures fiscales et des prestations destinées aux personnes ayant une incapacité et à leurs aidants proches, des mesures de conciliation travail-famille.

⁴⁹ MSSS, *Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, p. 23 à 26, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>

- Crédit d'impôt non remboursable pour déficience mentale ou physique grave et prolongée : maximum 450 \$ en 2006. En 2003, 65 000 contribuables en ont profité dans le cadre d'un budget de 25 M\$.

De plus, le MSSS administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Enfin, depuis le 1^{er} janvier 1997, la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) inscrit au régime public d'assurance médicaments les personnes âgées de 65 ans et plus, à moins d'avis contraire de leur part. Les personnes âgées ont le choix de conserver leur régime privé s'ils en ont un ou d'opter pour le régime public ou d'utiliser le régime public de base et leur régime privé à titre de régime complémentaire. En 2004, le régime public d'assurance médicaments couvre 3 163 000 personnes dont 911 000 personnes âgées de 65 ans et plus⁵⁰.

►► L'orientation du plan d'action de 2005 : promouvoir des solutions de logement alternatives à la résidence publique au profit d'exigences renforcées en matière de sécurité et de soins

Les soins en établissement liés à la perte d'autonomie sont offerts par des institutions soit publiques (les centres d'hébergement et de soins de longue durée – CHSLD), soit privées. Il s'agit d'endroits « où l'on offre le logement, les repas, des services de santé sur place et des services d'animation⁵¹ ». Des soins infirmiers professionnels y sont habituellement dispensés et chaque résidant profite des services d'un médecin traitant associé à l'établissement. Toutefois, l'objectif des établissements de soins de longue durée n'est pas nécessairement de soigner les patients, mais de leur permettre de se maintenir dans le meilleur état de santé possible⁵². Au même titre que les soins à domicile, les soins offerts dans les établissements de soins de longue durée ne sont pas couverts par la *Loi canadienne de la santé* avec pour conséquence le fait qu'ils varient considérablement d'une province à une autre⁵³.

Considérant la croissance prévue du nombre de personnes âgées au cours des prochaines années⁵⁴ et sous la pression du scandale de la résidence Saint-Charles-Borromée du CHSLD du Centre-ville de Montréal⁵⁵, on assiste à une redéfinition du rôle de l'État dans la prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, la pertinence de l'offre publique de logements est de plus en plus questionnée dans la mesure où elle ne constitue pas une garantie systématique à la possibilité d'accéder à des services sécuritaires, respectueux de la personne humaine et appropriés du point de vue clinique. Le secteur privé et surtout le secteur communautaire, par l'intermédiaire de la création d'organismes sans but lucratif qui seraient subventionnés par l'État,

⁵⁰ RAMQ, *Statistiques annuelles*.

⁵¹ Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les soins de longue durée*, p. 2, http://www.naca-ccnta.ca/expression/18-4/pdf/exp18-4_f.pdf

⁵² Institut canadien d'information sur la santé, « Pas seulement pour les Canadiens âgés : un patient sur cinq en soins de longue durée a moins de 65 ans », http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_22mar2006_f

⁵³ Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Les soins de longue durée », p. 9, http://www.naca-ccnta.ca/expression/18-4/pdf/exp18-4_f.pdf

⁵⁴ MSSS, *Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, p. 10 : « Entre 2005 et 2010 – un laps de temps très court – le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait augmenter d'environ 30 000, passant d'un peu plus de 200 000 à un peu plus de 230 000 ».

⁵⁵ En novembre 2003, plusieurs cas de mauvais traitements sur les pensionnaires de cette résidence publique ont été rendus publics.

voient leur rôle revalorisé afin de se substituer aux résidences publiques. Le rôle de l'État se recentrerait sur la prestation des soins de santé et sur le contrôle des activités des résidences privées et communautaires, notamment par une procédure préalable de certification des résidences et par la pratique de visites sans préavis.

►► État de situation et pratiques sur le plan international

Au Japon, les soins de longue durée associés à la perte d'autonomie sont en marge du système de santé public. Traditionnellement, la responsabilité des soins aux aînés incombe aux familles. En vertu d'une tradition établie de longue date et encore très respectée, les personnes âgées vivent avec leur fils aîné et sa famille. Plus particulièrement, c'est donc la femme qui prend soin des parents de son époux.

Aux États-Unis et au Canada, l'intégration des services a commencé à l'aide du *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* (PACE). Ce programme a débuté en 1970 à San Francisco et il a atteint sa maturité dans plusieurs États américains au cours des années 1980. En 1986, PACE était reconnu aux fins de financement public dans le cadre de *Medicare*⁵⁶.

Dans les pays scandinaves, l'ensemble des individus sur un territoire est pris en charge par l'État en fonction de principes d'équité, d'égalité et d'accès aux services collectifs. Le risque « dépendance » est intégré à l'ensemble du système de santé au même titre que les autres risques (ex. : accidents, handicaps, etc.). Les « nouveaux besoins » engendrés par la perte d'autonomie sont financés par un accroissement général de la fiscalité, principalement à l'aide des impôts⁵⁷. La production des services de santé étant décentralisée auprès des municipalités dans la plupart des pays scandinaves, dont la Finlande, il appartient à ces dernières de prendre en charge les personnes âgées sur leur territoire. Les services sanitaires y sont gratuits, incluant les soins requis par la perte d'autonomie, financés par l'État, les municipalités et un vaste réseau privé financé par l'assurance-maladie.

En France, le débat entourant le soutien à domicile se concentre sur les modalités de financement inadéquates, aussi bien en institution qu'en milieu familial⁵⁸. Par ailleurs, la multiplicité des procédures et des organismes financeurs rend la coordination des services extrêmement complexe. Les dispositifs de soins propres aux personnes âgées comprennent les établissements de long séjour, les places de section de cure médicale des établissements d'hébergement médicalisés et les services de soins à domicile⁵⁹.

L'approche allemande, fondée sur la logique assurantielle, est quant à elle différente. La protection du travailleur et de sa famille figure au cœur du modèle bismarckien dont l'un des objectifs consiste à compenser les pertes de ressources et les dépendances liées aux différents risques sociaux. À la suite d'une réforme de ses services de longue durée au milieu des années 1990, l'Allemagne a

⁵⁶ Au Québec, le PACE a été adapté et est devenu, à Montréal, le projet *Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie* (SIPA dans la Mauricie, le Centre-du-Québec, l'Estrie et la Montérégie, le programme PACE a été adapté et est devenu le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA). En Alberta, le *Comprehensive Home Option of Integrated Care* (CHOICE) en est une autre variante.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ *Ibid.*, p. 5.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 38.

ainsi fait de la dépendance un nouveau risque assuré⁶⁰. Une personne dépendante et ses aidants naturels ont le choix entre deux formes de soutien : la prestation en nature de services pour compenser la perte d'autonomie ou la prestation en espèces, c'est-à-dire une allocation fixée en fonction de l'importance de l'incapacité⁶¹. Ces deux formes de soutien concernent uniquement les services d'aide à la personne et aux proches, et non les services professionnels qui, eux, sont fournis dans le cadre des services de santé réguliers. En pratique, les personnes assurées choisissent principalement la formule de prestation en espèces ou une formule mixte. Le modèle allemand offre donc aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches une flexibilité appréciable en leur confiant l'autogestion de leurs services. L'Autriche et le Luxembourg ont également créé de nouvelles assurances dépendances semblables à celle de l'Allemagne.

3.3 L'assurance médicaments pour les aînés : entre préoccupations sanitaires et financières

La consommation de médicaments par les aînés est un enjeu important en matière de limitation des dépenses publiques en raison de l'existence d'une couverture publique des dépenses de médicaments spécifiques aux plus de 65 ans⁶². En effet, bien qu'elles ne composent que 12 % de la population canadienne, les personnes âgées consomment entre 20 % et 30 % des médicaments sous prescription⁶³. Si de manière générale la consommation de médicaments a beaucoup augmenté au Québec entre 1987 et 1998, cette hausse concerne particulièrement les aînés. Le nombre de personnes qui consomment plus de 3 médicaments différents en 2 jours est passé de 29 % en 1987 à 52 % en 1998 et cette proportion augmente avec l'âge. Elle se situe à 36 % chez les personnes âgées entre 0 et 14 ans et elle est à 83 % chez les 65 ans et plus⁶⁴. L'état de santé de la population âgée et la pratique médicale qui favorise la prescription de médicaments de plus en plus chers⁶⁵ sont les principaux facteurs de cette hausse des dépenses de médicaments.

À titre de comparaison, le cas américain est éloquent pour démontrer les conséquences que peuvent avoir sur les finances publiques l'introduction de nouveaux programmes assurantiels publics. En effet, la couverture par le programme fédéral *Medicare* des dépenses de médicaments prescrits pour les 65 ans et plus qui n'ont pas de couverture alternative tel qu'établi par la *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* de 2003 a engendré une forte croissance des dépenses fédérales en matière de santé. Selon les prévisions de la Kaiser Family Foundation⁶⁶, ces dépenses générées par les 29 millions de bénéficiaires de ce programme seront de 109,2 G\$ US en 2015, soit 3 fois plus qu'en 2006.

⁶⁰ La mise en place de cette assurance s'est effectuée à taux de cotisations patronales constant. De plus, afin d'assurer la stabilité des cotisations patronales, les salariés ont renoncé à un jour salarié.

⁶¹ Lorsqu'elle est versée en espèces, l'allocation correspond à la moitié du montant qu'il en coûterait si on offrait directement les services.

⁶² Les plus de 65 ans bénéficient d'une assurance médicaments offerte par la RAMQ dont la prime, au 1^{er} juillet 2006, varie selon le revenu de la personne âgée inscrite, soit entre 0 \$ et 538 \$.

⁶³ Mark Novak et Lori Campbell, *Aging and Society – A Canadian Perspective*, p. 165.

⁶⁴ Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, p. 112,

http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/realite_des_aines.PDF?Archive=194878091205&File=realite_des_aines_PDF

⁶⁵ Conseil des aînés, *Avis sur l'utilisation optimale des médicaments par les aînés*, p. 6,

http://www.conseil-des-aines.qc.ca/publications/pdf/avis-utilisation_optimale_medicaments.pdf

⁶⁶ <http://www.kff.org/> En 2004, les dépenses totales de médicaments prescrits aux États-Unis étaient de 188,5 G\$ US, soit 4,5 fois plus qu'en 1990.

Par ailleurs, en soi, ce n'est pas l'augmentation du nombre de personnes consommant plus de trois médicaments qui est préoccupant, mais le fait que cette consommation est susceptible d'avoir des interactions et des effets indésirables, ce qui amène les instances publiques à se préoccuper de la question de l'utilisation optimale des médicaments. Cette question est d'une acuité particulière pour les aînés puisqu'on évalue que les effets médicamenteux indésirables sont de 2 à 7 fois plus élevés chez les personnes de plus de 65 ans par rapport au reste de la population québécoise⁶⁷. En 1987, l'OMS estimait que les effets secondaires dus aux médicaments expliquaient de 10 % à 20 % des hospitalisations chez les aînés et que parmi celles-ci, 76 % auraient pu être évitées. Une enquête conduite par la RAMQ allait dans le même sens et évaluait que 19 % des personnes âgées avaient plus de 5 ordonnances actives, ce qui les exposait à des risques d'effets médicamenteux indésirables⁶⁸.

Plusieurs facteurs sont liés à la prise non optimale des médicaments :

- Problèmes liés à la pharmacothérapie : mauvais médicament, interaction médicamenteuse, mauvaise posologie, etc.;
- Substances autres obtenues sans ordonnance : produits naturels, médicaments sans ordonnance, etc.;
- Polypharmacie : prise de plusieurs médicaments;
- Non-observance : volontaire ou non, fréquence, intensité ou durée, surutilisation, sous-utilisation;
- Facteurs liés aux médecins : influence des compagnies pharmaceutiques, mise à jour des connaissances;
- Facteurs liés aux pharmaciens : erreur, manque d'effectifs en milieu hospitalier, méconnaissance des changements apportés à la médication lors d'un séjour hospitalier.

CONCLUSION

Au Canada, la prise en charge des aînés par le système sociosanitaire québécois fait figure de modèle, essentiellement en raison de sa mise en œuvre locale au sein des réseaux locaux de services. Ce statut de modèle est toutefois relatif. En effet, en ce qui concerne l'organisation des ressources d'hébergement en résidences publiques, le Manitoba fait référence, de même en Saskatchewan, en ce qui concerne les services de soutien à domicile. Ce qui distinguerait le Québec des autres provinces serait ainsi sa volonté de formaliser une politique globale et intégrée de prise en charge sociosanitaire des aînés.

Les modalités de cette politique sont en redéfinition. Elle établit d'abord un groupe cible prioritaire : les personnes âgées en perte d'autonomie. Deux domaines d'action sont privilégiés pour améliorer les conditions de prise en charge de ces personnes : la fiscalité et le logement. Par le levier

⁶⁷ MFACF, *Une pleine participation des aînés au développement du Québec*, p. 34,

http://www.consultation-aines.gouv.qc.ca/publications/AINES_Rapport13-07.pdf

⁶⁸ Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, p. 114,

http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/realite_des_aines.PDF?Archive=194878091205&File=realite_des_aines_PDF

fiscal, le gouvernement du Québec cherche à responsabiliser les individus pour constituer une épargne suffisante, mais aussi à soutenir les « aidants naturels » en facilitant les conditions d'exercice de la solidarité familiale. Dans le domaine du logement, le rôle de l'État est de plus en plus remis en cause. Ce domaine est voué à terme à être marchandisé ou privatisé. Toutefois, cela ne signifie pas le retrait définitif de l'État dans le domaine. Au contraire, l'État transforme ses activités dans ce secteur : il contrôle, il certifie, mais aussi soutient la formation des employés et diversifie les modalités de prestation, afin notamment de permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible dans leur domicile.

Dans cette dernière dimension, la question de la prise en charge publique des services de santé à destination des aînés revêt son caractère hybride, au confluent des problématiques sanitaires et sociales. Elle est ainsi un révélateur de la conjoncture sociale, notamment de la situation d'exercice des solidarités familiales et communautaires, et des problèmes du système de soins. Le renforcement des services de première ligne, la désignation d'un praticien garant de la cohérence des soins apportés au patient et l'informatisation des dossiers clients sont entre autres des mesures annexes à la problématique du vieillissement dont la mise en œuvre pourrait influencer la qualité des services de santé prodigués aux aînés.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ, <http://www.cha.ca/>

BÉLAND, F. (2006). Les dépenses de santé au Québec : la bataille des chiffres, mémoire déposé à la Commission des affaires sociales, p. 20.

CHEAL, David, dir. (2003). Vieillesse et évolution démographique au Canada, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 293 p.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (2005). « Les soins de longue durée », *Expression*, vol 18, n° 4, Automne, [en ligne], http://www.naca-ccnta.ca/expression/18-4/pdf/exp18-4_f.pdf

CONSEIL CONSULTATIF CANADIEN SUR LE TROISIÈME ÂGE (Page consultée le 27 avril 2006). *Les aînés des minorités ethnoculturelles*, [en ligne], http://www.naca-ccnta.ca/margins/ethnocultural/pdf/margins-ethnocultural_f.pdf

CONSEIL CONSULTATIF CANADIEN SUR LE TROISIÈME ÂGE (Page consultée le 27 avril 2006). *Vieillir avec une déficience intellectuelle*, [en ligne], http://www.naca-ccnta.ca/margins/disability/pdf/margins-disability_f.pdf

CONSEIL DES AÎNÉS (2005). *Avis sur l'utilisation optimale des médicaments par les aînés, Québec, Conseil des aînés*, [en ligne], http://www.conseil-des-aines.qc.ca/publications/pdf/avis-utilisation_optimale_medicaments.pdf

CONSEIL DES AÎNÉS (Page consultée le 2 mai 2006). *La réalité des aînés québécois*, [en ligne], http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/realite_des_aines.PDF?Archive=194878091205&File=realite_des_aines_PDF

CONSEIL DES AÎNÉS, <http://www.conseil-des-aines.qc.ca/>

CONSEIL DES AÎNÉS, *La réalité des aînés québécois*,

[http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/realite des aines.PDF?Archive=194878091205&File=realite des aines PDF](http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/realite_des_aines.PDF?Archive=194878091205&File=realite_des_aines_PDF)

DEMERS, Louis et al. (2005). *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*, Québec, École nationale d'administration publique, [en ligne], <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/398-IntegrationServicesAines.pdf>

DENTON, F. T., C. H. FEAVER et B. G. SPENCER (1998). « The future of population in Canada: Its age distribution and dependency relations », *Canadian Journal on Aging*, 17, 1 : 83-109.

Duncan, Susan et Linda Reutter (s.d.) « A Critical Analysis of an Emerging Agenda for Home Care in One Canadian Province » dans *Health and Social Care in the Community* 14(3), 242-253.

EUROPE ET VIEILLISSEMENT, <http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/s02311.htm>

EUROPEAN HEALTHY AGEING ADVOCACY FORUM, <http://ehaaf.org/>

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU VIEILLISSEMENT, <http://www.ifa-fiv.org/fr/accueil.aspx>

FOTAKI, Marianna et Alan BOYD (2005). « From Plan to Market : A Comparison of Health and Old Age Care Policies in the UK and Sweden » dans *Public Money & Management*, p. 237-243.

HEALTH POLICY MONITOR, <http://www.healthpolicymonitor.org/index.jsp>

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ,

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (Page consultée le 2 mai 2006). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec, Juin 2004*, [en ligne],

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/monographie_persage_pdf.htm

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Population par année d'âge et par sexe, Québec*, 1^{er} juillet 2005,

http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_popt/201_05.htm

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ,

<http://www.irdes.fr/default.htm>

INSTITUT DU VIEILLISSEMENT – CANADA, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29757.html>

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (Page consultée le 2 mai 2006). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, [en ligne],

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf

JOËL, Marie-Ève (2000). *La protection sociale des personnes âgées en France*, Que sais-je? Paris, PUF, 127 p.

LAMM, D. Richard et Robert H. BLANK, « The Challenge of an Aging Society » dans *The Futurist*, July-August 2005, p. 23-27.

LEFEBVRE A. et L. SODESTROM, *Le vieillissement de la population québécoise: conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé*. Rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Québec, nov. 2000.

LES PRINCIPES DU CADRE NATIONAL SUR LE VIEILLISSEMENT : GUIDE D'ANALYSE DES POLITIQUES, http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/pdf/aging_f.pdf

LESEMANN, Frederic et Claude MARTIN (dir.) (1993). *Les personnes âgées, dépendance, soins et solidarités familiales, Comparaisons internationales*, n° 4967-68. Notes et études documentaires, La documentation française, 215 p.

LUBITZ J., J. BEEBE and C. BAKER (Apr 13, 1995). "Longevity and Medicare Expenditures", *New England Journal of Medicine*.

MARTIN, Claude (dir.). *La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe?*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 368 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE (Page consultée le 27 avril 2006). *Une pleine participation des aînés au développement du Québec, Rapport de l'équipe de travail*, juin 2005, [en ligne], 192 p.

http://www.consultation-aines.gouv.qc.ca/publications/AINES_Rapport13-07.pdf

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE, <http://www.aines.gouv.qc.ca/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, <http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 27 avril 2006). *Communiqué - Services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*, [en ligne],

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/9990d07f20130db985256dce00553853/5c3bdf6c45b201e0852570ab0054b70c?OpenDocument>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 27 avril 2006). *Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, [en ligne],

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 27 avril 2006). *Milieu de vie des personnes en perte d'autonomie : « Pour un nouveau partenariat au service des aînés »*, [en ligne],

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/9990d07f20130db985256dce00553853/3c926b6cccebdade2852570af0051fa43?OpenDocument>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 27 avril 2006). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [en ligne],

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-702.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 8 mai 2006). *Chez-soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, [en ligne],

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 8 mai 2006). *Chez-soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, [en ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-704-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *RÉSEAU SUR LE VIEILLISSEMENT ET LES CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES* (Page consultée le 4 mai 2006). *Bienvenue*, [en ligne], <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/k30/>

MITCHELL, Olivia S., John PIGGOTT et Satoshi SHIMIZUTANI (2006). « Aged-Care Support in Japan », dans *Benefits Quarterly*, First Quarter, p. 7-18.

NOVAK, Mark et Lori CAMPBELL (2006). *Aging and Society – A Canadian Perspective*, Toronto, Thomson and Nelson, 420 p.

OBSERVATOIRE FRANCO-QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ, <http://www.irdes.fr/ofqss/Revues/revfrankeb.htm>

OCDE, *Base de données sur la productivité*, www.oecd.org/statistics/productivity

OCDE (2006). *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures : What Are the Main Drivers?*, OECD Economics Department Working Papers, n° 477, OECD Publishing, 82 p.

OMS - *Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en œuvre*, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_29-fr.pdf et *Vieillesse et santé OMS 2002* : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/fa5517a1.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, <http://www.who.int/fr/>

PALIER, Bruno (s.d.). *La réforme des systèmes de santé*, Que sais-je?, Paris, PUF.

PORTAIL DES AÎNÉS DU QUÉBEC, www.aines.qc.ca

POUR LES 55 ANS OU PLUS - Portail du gouvernement du Québec, <http://www.55ans.info.gouv.qc.ca/fr/index.asp>

PROJET DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES, *Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite*, Rapport de projet, octobre 2005.

PROGRAMME DE RECHERCHE SUR L'INTÉGRATION DES SERVICES DE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE (PRISMA), <http://www.prisma-qc.ca/>

RAMQ (2004). *Statistiques annuelles*.

RCRPP (1997). *Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés*, préparée pour le CCNTA, 38 p.

RÉPONSE DE L'EUROPE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION MONDIALE, <http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/cha/c11910.htm> et http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/ageing/index_fr.htm

RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE VIEILLISSEMENT GENÈVE (GINA), <http://www.aiuta.asso.fr/gina.htm>

REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ, *Santé, Société et Solidarité – Vieillesse et santé*, 2002, n° 2, 104 p.

REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ, *Santé, Société et Solidarité – Vieillesse et santé II : le troisième séminaire franco-québécois*, 2003 / numéro hors série, 122 p.

ROMANOW, Roy, J. (Page consultée le 2 mai 2006). *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, [en ligne], <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0086.html>

SANTÉ CANADA (2002). De la connaissance à la pratique. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Série de Rapports synthèse, *Les soins à domicile*, 39 p.

SANTÉ CANADA (2002). De la connaissance à la pratique. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Série de rapports synthèses, *La santé des personnes âgées*, 37 p.

SANTÉ CANADA (Page consultée le 1^{er} mai 2006). *Participation du Québec au rapport annuel de 2004-2005 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*, [en ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/cha-lcsra-0405-qc_f.pdf

SANTÉ CANADA (Page consultée le 1^{er} mai 2006). *Rapport annuel de 2003-2004 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*, [en ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_f.pdf

SITE OFFICIEL DU PREMIER MINISTRE DU QUÉBEC,
http://www.premier.gouv.qc.ca/secteur/services_citoyens/services_aines.htm

STATISTIQUE CANADA (2001). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, n° cat. 91-520.

VAN WORMER, Katherine (1997). *Social Welfare – A World View*, Chicago, Nelson-Hall Publishers, 685 p.

Aucun élément du contenu du présent document ne peut être utilisé, reproduit ou transmis, en totalité ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite de L'Observatoire de l'administration publique – ENAP. Pour solliciter cette permission ou pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez vous adresser à etat.quebecois@enap.ca

Diffusion autorisée par Les Publications du Québec.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 978-2-923008-49-3 (PDF)

© L'Observatoire de l'administration publique-ENAP, 2006