

assurance autonomie – la discussion

Quelques billets où j’ai déjà abordé les questions de taux d’institutionnalisation, de services aux aînés et leur financement ou de l’assurance autonomie...

- assurance autonomie et système de santé (2013.05)
- réduction des coûts de santé (2013.06)
- le manuel « maître » des résidences privées (2013.03)
- économie de la santé (2013.02)
- partenaires invisibles des RLS (2013.01)
- taux d’institutionnalisation (2012.02)
- crédit d’impôt **cartographié** (2012.02)
- école publique et système de santé (2012.02)
- regard canadien sur le vieillissement (2012.01)
- services à domicile – public et semi-public (2012.01)
- les aînés en RPAS (2012.01)
- soins de longue durée, vieillissement (2011.12)
- aînés en résidences (2011.09)
- des résidences et non des prisons (2011.09)
- trouver une résidence pour aînés (2009.01)
- solutions sociales pour les plus âgés (2008.11)

Partager :



assurance autonomie et système de santé

🕒 2 mai 2013 📁 Uncategorized 📍 administration de la santé, hébergement, services à domicile

Après lecture et écoute de la conférence du ministre de la santé à l'Association québécoise de gérontologie, quelques réflexions en vrac, en attendant le texte du projet...

Le ministre Hébert devrait bientôt rendre public son projet de loi (ou livre blanc ?) décrivant sa conception d'un système de santé orienté vers la prévention, la première ligne, les maladies chroniques et les soins de longue durée. Une nouvelle transformation, nouveau vent de réformes dans cet amas d'organisations, d'intérêts, de clientèles qu'est devenu le système de santé québécois. Oui, c'est vrai que la dernière réforme date de dix ans... 2003 avec l'arrivée au pouvoir des Libéraux, la « réforme Couillard » qui créait les CSSS, harnachant dans les dernières régions récalcitrantes (dont Montréal) les services de première ligne (CLSC) à ceux de longue durée (CHSLD), mais aussi réduisant drastiquement le nombre d'entités juridiques (notamment le nombre de syndicats) : les 12 CSSS de Montréal rassemblant dorénavant ce qui avait été... plus de cent CLSC, CHSLD, hôpitaux. Une transformation majeure qui s'est inscrite sur le terrain à partir de 2005-2006. Nouvelles règles du jeu auxquelles se sont adaptées plus ou moins rapidement, avec plus ou moins d'enthousiasme ces nouvelles entités – qu'on appelait parfois les « instances locales ». D'autant moins enthousiastes que très rapidement ces organisations auront à contenir la pression – largement artificielle, finalement – d'une épidémie appréhendée, et le fardeau de compressions budgétaires, bien réelles celles-là, aussi permanentes que les besoins qui croissent.

Transformer ou pas... les réformes passent et les forces et systèmes restent. Une particularité de cette réforme-ci ? **L'afflux de nouveaux revenus** (500M\$ de nouveaux investissements publics annoncés en plus des épargnes et achats privés en croissance) qui permettra peut-être de « blanchir », de rendre plus visibles et prévisibles les investissements publics *discrets* développés depuis cinq – six ans sous la forme de crédit d'impôt remboursable. Deux cents cinquante millions publics et plus de cinq cents millions de contribution de la clientèle. La croissance de ce secteur a été plus importante que l'investissement public en services à domicile. Elle aura permis de soutenir le développement rapide de services — à moindre coût pour l'État qu'un financement à travers le réseau public. C'était aussi une reconnaissance obligée des services déjà offerts, achetés par les aînés dans ce réseau des résidences avec services qui avait été jusqu'alors à peine toléré par le cadre légal ([M. Charpentier](#)).

Mais ces nouveaux services demeuraient le plus souvent imprécis, flous sauf pour ce qui est des prix. À quel moment la personne sera-t-elle jugée incapable de demeurer dans son lieu de vie ? C'était la grande inquiétude d'un système qui n'intervenait qu'en réponse à la maladie, et qui n'avait souvent comme solution que d'institutionnaliser la personne quand l'intensité des besoins dépassait la capacité de soutien du milieu ou la capacité de payer de la personne.

À partir du moment où l'on souhaite respecter le désir de la personne d'être soignée où elle habite on doit prendre les moyens de rendre les services nécessaires en temps utile et de manière qualifiée. La période qui s'ouvre sera celle de la reconnaissance des qualifications déjà acquises et de la valorisation monétaire conséquente pour les personnels actuellement moins normés des résidences privées. Les plus

hauts salaires pour les personnels d'aide aux AVQ-AVD dans le secteur public (dans la mesure où ils sont associés à une formation et un encadrement professionnel plus poussés) exerceront une pression à la hausse sur les bas salariés des réseaux privés.

Il faudra séparer les services de longue durée de ceux à court terme. Les premiers relevant d'une caisse autonomie distincte, il faudra éviter de « désengorger les urgences », encore une fois, avec ces nouvelles ressources.

Dans son **allocution à l'AQG**, le ministre Hébert souligne au passage les taux d'institutionnalisation trop élevés à Montréal. On héberge publiquement alors que les besoins en heures-soin sont moindres qu'ailleurs, alors que ces besoins pourraient être comblés autrement, à domicile ou dans un milieu moins « institutionnalisé », médicalisé. Pourtant, lorsqu'on ne réduit pas l'institutionnalisation à la prise en charge publique mais qu'on regarde les taux de personnes en institution publiques et privées, Montréal apparaît comme une région où **le taux est plutôt bas** ! Comment expliquer cela ? Si le taux d'institutionnalisation publique est plus élevé à Montréal, mais que le taux d'institutionnalisation général y est moins élevé qu'ailleurs, c'est donc que le taux d'institutionnalisation privé y est beaucoup moindre qu'ailleurs. Une des causes possibles : les aînés vivant à Montréal sont plus pauvres. Autre raison possible : les ressources privées en région sont plus abordables et de meilleure qualité et attirent plus de clientèles. Certaines régions devenant même des destinations-retraite ?

Les « besoins en soins de longue durée » doubleront, ou tripleront même dans certaines régions — d'ici 2031 (**R. Choinière, 2010**). On peut mettre de l'argent de côté, pour couvrir les besoins économiques de ces années supplémentaires — non prévues aux régimes de retraites — on peut aussi mieux définir et soutenir les services de longue durée qui seront offerts aux futures cohortes de grand âge. Jusqu'où faut-il définir ces futurs besoins à partir des besoins actuels ? Jusqu'où le « grand âge » de demain sera-t-il ou non différent de celui d'aujourd'hui ? Difficile de présumer que les tentatives de « rendre les gens plus actifs » seront vraiment plus effectives dans l'avenir... Il y aura sans doute une certaine amélioration, d'origine cognitive. Mais peuvent s'exercer en parallèle des pressions contraires : plus de télé, plus de médicaments de gestion de la passivité sédentaire...

Reste que nous avons la possibilité de soutenir, encourager des comportements, des relations, des développements et des équipements qui, en accroissant la qualité de la vie (sociale, physique) menée par les personnes vieillissantes réduiront d'autant l'apparition de pertes et limitations impliquant des mesures de soutien palliatif. Les services financés par la Caisse autonomie seront-ils seulement palliatifs et curatifs, intervenant à postériori ou s'ils incluront aussi des services aux milieux de vie, aux coopératives et réseaux sociaux qui animent et structurent la vie sociale de ces populations.

S'agit-il de créer un nouveau réseau de CPE, mais cette fois pour les aînés ? Un réseau unique, public, prioritaire laissant à la marge les solutions privées ? L'importance de la part privée en matière d'hébergement avec services rend la solution « unique-publique » improbable. Par ailleurs la priorité accordée aux services à domicile, par rapport aux « solutions lourdes » de l'hébergement, donne une longueur d'avance au secteur public.

Mais la dimension hébergement de la « solution » n'est pas qu'une dimension, c'est un investissement lourd, de capital foncier à plus long terme. C'est aussi un choix que peut faire, dans la mesure de ses moyens, un citoyen de tout âge. Et le poids de l'hébergement diffère grandement dans le budget d'une

famille, suivant la région qu'elle habite. Une valeur foncière urbaine plus élevée qui incite à des solutions plus collectives. Mais une valeur foncière qui est aussi poursuivie frénétiquement par le capital privé, alors que les valeurs publiques s'étiolent plus qu'elles ne se développent : couvents, églises, écoles et hospices deviennent des condos ou, parfois, des coopératives. La dimension « hébergement » de la continuité de services de longue durée ne devrait pas être laissée au seul marché privé. Parce qu'elle doit s'articuler à un riche environnement social et humain, cette dimension de l'hébergement pour personnes fragiles ne devrait pas être réduite par l'incapacité financière de ces personnes. Il faudrait que le fait d'héberger une personne pauvre soit aussi payant pour l'entreprise que d'héberger une personne à revenu moyen. Mais en même temps il ne faudrait pas que les personnes pauvres deviennent des clientèles captives d'intérêts privés — l'entreprise hébergeant une majorité de personnes « pauvres » devrait être (ou s'engager à le devenir) « sans but lucratif ».

Il serait justifié de permettre le développement d'un **secteur public témoin** en matière d'hébergement avec services, afin de gagner et préserver l'expertise nécessaire à l'évaluation de la qualité et des coûts dans ce secteur. Confiner le secteur public à n'héberger que des populations quasi hospitalisées, en grande perte d'autonomie c'est s'interdire de stimuler le développement de bonnes pratiques, et d'expérimenter l'articulation fine des continuités de services évoluant dans la longue durée.

Ici j'ai poursuivi la réflexion, en marchant. Un [soliloque de 9,14 minutes](#) (mp3).

Ajout : La conférence de mars du ministre à l'AQG a amené son lot de réactions et commentaires :

- [Les aînés craignent les pièges de la désinstitutionnalisation](#), AQDR (pdf)
- [L'assurance autonomie et les femmes](#), Le devoir
- [L'assurance autonomie : pour humaniser les soins à domicile](#), RPCU
- [Un livre blanc sur l'assurance autonomie](#), La presse
- [Les travailleurs sociaux s'inquiètent](#), Le devoir
- [Québec reçoit des appuis](#), Le devoir
- [Persistance de la dévalorisation du travail des femmes](#), Le devoir
- [Assurance autonomie pour tous](#), La presse
- [Les EÉSAD favorables](#), EÉSAD
- [Les Tables de concertation des aînés](#), TCAQ

Partager :



Une réflexion au sujet de « assurance autonomie et système de santé »



7 mai 2013 à 12:26

Réflexion intéressante, Gilles.

Je vais mettre l'hyperlien dans le prochain bulletin électronique de l'AQDR.

Jacques
Fournier

services à domicile – public et semi-public

🕒 20 janvier 2012 📁 Uncategorized 💡 crédit d'impôt, services à domicile, services publics

Enfin, les chiffres que j'attendais.

Au Québec en 2010-2011, plus de 323 685 personnes ont reçu plus de 8 240 297 interventions en soutien à domicile pour un budget total de 765 millions.

*(...) le groupe des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, représentant 55 % des usagers (*i-Media* 19 janvier)*

Donc la clientèle « PALV » représente 178 000 personnes. Pour environ (en appliquant au budget le même pourcentage – 55%) 420 M\$ par année. J'ai enfin le chiffre que je cherchais pour le mettre en comparaison avec les frais de 833 M\$ soutenus principalement par les usagers de 70 ans et plus – à hauteur de 70%, soit 583 M\$ – et par le crédit d'impôt pour le maintien à domicile, dans lequel le gouvernement provincial a investi 250 M\$ en 2010. C'est un investissement public par le truchement de l'impôt personnel, souvent versé mensuellement au bénéficiaire, qui se réalise principalement (80 %) dans le cadre des résidences pour aînés avec services. Ce programme se soutient nécessaire au maintien de la santé des aînés est inéquitable en ce qu'il ne tient pas compte des moyens financiers de la personne, remboursant à même hauteur (30 %) les services minima que peut se payer la veuve du manoeuvre, et la suite de petits soins qui est à portée de bourse de la bourgeoise.

Pourquoi le crédit d'impôt pour garde d'enfant est-il gradué – remboursant une plus grande part des services (75 %) pour les ménages à bas revenus qu'à haut revenu (26 %) – alors que celui pour les services aux aînés ne l'est pas ? Parce que ça coûte moins cher, évidemment. Parce qu'au moment de l'implantation, 30 % c'était beaucoup mieux que rien ! Et puis, rembourser 75 % du coût d'un service sans droit de regard sur la qualité ? C'est pourtant ce qu'on fait dans le cas du crédit d'impôt pour services de garde aux enfants...

Dans les deux cas le dilemme se pose de soutenir à la fois le développement des services publics (services à domicile, hébergement public, CPE) tout en finançant – dans l'immédiat – des ressources dans un marché gris, peu ou pas normé.

Est-ce uniquement une question d'argent ? Ou si on ne voit pas à l'oeuvre ici cette vieille question du droit de choisir, qui correspond au droit de dépenser, qui nous vaut aujourd'hui de financer publiquement deux réseaux d'éducation secondaire ?

Pourtant ces années pré-scolaires sont cruciales pour le développement futur et la santé et l'autonomie de ces enfants. De même les conditions de vie des aînés fragiles affectent leur santé et l'utilisation qu'ils feront des urgences et hôpitaux. Renoncer à compléter la couverture publique de ces besoins n'est pas

une économie mais bien, plutôt, une gestion à courte vue.

Pour l'Association, ce projet de politique doit dépasser « le vieillir chez soi » et interpeller tout d'abord les citoyens, mais aussi l'ensemble des missions de l'État, les partenaires municipaux, les groupes communautaires et le secteur privé. (Blogue de [la DG de l'AQESSS](#))

En souhaitant que cette interpellation ne se s'oriente pas vers une *responsabilisation de la victime*, comme on en voyait [une expression assez crue récemment](#).

Partager :



les aînés en RPAS

🕒 24 janvier 2012 📁 Uncategorized 💡 fiscalité, services à domicile, services publics

C'est mon second projet de retraite, avec celui de [faire le tour des quartiers de Montréal](#) : dénoncer l'iniquité du crédit d'impôt en soutien au maintien à domicile des personnes de 70 ans et plus. Je [le redis](#) : les personnes âgées des quartiers populaires reçoivent de deux à trois fois moins de soutien financier que celles des quartiers riches. Auraient-elles moins de besoin que ces dernières ? 250 M\$ par année qui sont distribués d'abord aux riches.

Comment briser cette iniquité ? En la dénonçant, d'abord. Mais aussi, peut-être, en mobilisant les citoyens et familles qui sont concernés par la qualité des soins que reçoivent les aînés dans ces résidences pour personnes âgées avec services (RPAS). Soins qu'ils ne reçoivent peut-être pas... n'en ayant pas les moyens. Aussi je ne veux surtout pas lancer la pierre aux responsables et travailleurs dans ces RPAS : ils ne peuvent donner à leurs clients plus que ce que ces derniers peuvent payer !

Comme je le [disais plus bas](#) : les services soutenus (à hauteur de 30 %) par le crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile des personnes âgées correspondent à deux fois le budget des services à domicile du réseau public. À combien se monterait la facture si on appliquait une grille en fonction inverse du revenu des bénéficiaires, comme c'est le cas pour le crédit d'impôt remboursable pour la garde d'enfant qui rembourse de 75 à 25 % de la dépense ? On passerait de 250 à 400, 500 M\$, peut-être plus car le seuil deviendrait finalement accessible, si les plus pauvres n'ont à payer que 25% plutôt que le 70 % actuel !

Naturellement une telle perspective pose des questions : un tel développement ralentirait-il le développement des services à domicile du réseau public ? Comment accepter de financer à telle hauteur des services dont on ne peut garantir la qualité, puisqu'ils sont essentiellement le résultat d'une transaction privée entre l'acheteur-bénéficiaire et le fournisseur. Ces questions sont légitimes, et devront trouver réponses. Ces mêmes questions peuvent aussi être posées en regard de la situation des services de garde en milieu familial non régis, qui sont aussi financés, à hauteur de 274 M\$ l'an dernier, par un crédit remboursable semblable – à la différence qu'il est progressif, lui.

Cette question des services de garde non régis constitue mon troisième projet de retraite. J'y reviendrai.

Par ailleurs j'ai trouvé cette information, pertinente dans le contexte, je crois que c'est sur le site de l'AQESSS :

En 2009-2010, plus de 42 800 personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ont reçu des services de soutien à domicile en résidence privée d'hébergement. Près de 701 400 interventions ont été réalisées auprès de cette clientèle qui a choisi ce type d'habitation comme domicile. On y effectue 13 % du total des interventions à domicile.

Partager :



soins de longue durée, vieillissement

🕒 21 décembre 2011 📁 Uncategorized 🏷️ services publics, soins de longue durée

J'ai été heureux de tomber sur ce texte du **Centre danois de recherche sociale : Retirement improves cognitive performance** (38 pages). Finalement, après avoir parcouru ce document, c'est très facile à comprendre et, en fait, c'est probablement la principale raison qui me pousse vers la retraite : le travail de bureau (entendre la sédentarité) est contraire à la santé, et au fonctionnement optimal du cerveau. Pour les « manipulateurs de symboles » que nous sommes, prendre sa retraite c'est devenir plus actif... et donc augmenter sa performance cognitive. ♦

En provenance du même centre de recherche, sur la question des services aux aînés, le « home care », cette publication fait le bilan et la comparaison des systèmes et réformes récentes dans ce domaine (*home care*) dans 9 pays européens. **LIVINDHOME** – Living independently at home (250 pages). ♦



Dans un domaine connexe, les services de longue durée (*long term care*), plusieurs études portant sur la situation dans 21 ou 27 pays d'Europe : *Relationship between Formal and Informal Care* (42 pages); *Informal Care Provision in Europe: Regulation and Profile of Providers* (38 pages); *Determinants of the Probability of Obtaining Care* (31 pages). En visitant **cette page** vous aurez accès à plusieurs autres titres encore, dont des monographies distinctes sur les systèmes de soins de longue durée dans 22 pays européens. ♦

Partager :



ainés en résidences

🕒 16 septembre 2011 📁 Uncategorized 📌 aînés, hébergement, services à domicile

Je crois bien que c'est en lisant l'article de [Lafortune, Béland et Bergman](#) **Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique** (dans le dernier [Vie économique](#)) que je suis arrivé au rapport [S'améliorer avec le temps : planifier, des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante](#) rendant compte d'une démarche de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Une série de tables-rondes réalisées dans différentes régions du pays mettent en évidence la nécessité de mieux intégrer les soins, de faire plus de promotion, de mieux soutenir les aidants et les personnes vieillissantes... Ici [le rapport synthèse](#), et ici le [compte rendu de la Table régionale du Québec](#) (pdf) avec présentation de François Béland, dont voici quelques savoureux extraits :

L'évolution de la structure par âge, au Québec et dans le reste du Canada, attribuable au changement du taux de dépendance démographique, n'a pas en soi d'incidence directe sur la viabilité du régime d'assurance-maladie. (...) [A]u Québec, de 1998 à 2007, l'augmentation continue des dépenses de santé est principalement attribuable à la combinaison d'une hausse de l'utilisation et du prix des médicaments et des technologies médicales, et d'une hausse de l'utilisation des services (hausse du volume). (...) Les dépenses non couvertes par le régime d'assurance-maladie continueront de grimper à mesure que la population vieillit. (...) Une bonne part de l'augmentation des dépenses liées aux services de santé et sociaux associées à l'âge est en fait attribuable à l'utilisation des services de santé au cours des dernières années de vie. On constate toutefois une diminution des dépenses de santé au cours de la dernière année de vie plus l'âge est élevé au moment du décès.

En outre, l'utilisation des soins de longue durée augmente avec l'âge, mais ces services ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie. (GeV souligne) (Béland, 2010)



Tiré des conclusion du même rapport de la Table régionale : *[L]es crédits d'impôt accordés aux personnes âgées qui bénéficient de soins à domicile sont un des programmes clés mis de l'avant par le gouvernement du Québec afin d'aider les personnes âgées à demeurer plus longtemps à la maison.*

Parlant des **soins de longue durée non couverts** par le régime d'assurance-maladie, la commission parlementaire portant sur **le projet de loi 16**, modifiant principalement les procédure d'accréditation des résidences pour aînés, on retrouve dans les mémoires présentés à cette commission une belle brochette de points de vue sur la situation — mémoires de l'**AQESSS**, du **Regroupement des résidences pour aînés**, de l'**Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées**, **Le Protecteur du citoyen** (et plusieurs autres accessibles à la page **Documents déposés du site de l'ANQ**); Le Devoir de ce matin **rapporte le point de vue de l'Ordre professionnel des diététistes** sur la situation alimentaire des aînés en résidences.

Plusieurs de ces mémoires citaient ces deux sources d'information : **Info-hébergement** — un bulletin statistique disponible sur le nouveau **Portail informationnel Santé et Services sociaux** ; et **Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec**, un essai de prospective de Robert Choinière de l'INSPQ (voir aussi l'**errata corrigeant le tableau 14**). Le premier document trace le portrait des taux d'hébergement des personnes âgées, par sous-groupes d'âge et par type de service (CHSLD, RI, RTF et « résidences privées avec services »), tout cela par région administrative. Au total, sur les 140 190 personnes de 65 ans ou plus qui étaient hébergées au 31 mars 2009, 98 211 l'étaient dans des RPSPA (résidence privée avec services pour personnes âgées). Le document de l'INSPQ quant à lui tente d'établir une fourchette de besoins de soins prolongés (qu'il évalue de 12 à 24 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus) à partir de trois modèles : les besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), suivant l'ESCC (Enquête sur la santé des collectivités canadiennes); les incapacités sévères et très sévères, suivant l'Enquête (post-censitaire) sur la participation et les limitations d'activités (EPLA); et les difficultés (souvent) avec les AVQ – tirées du recensement.

Un exercice qui lui permet de quantifier les besoins de soins de longue durée par région administrative, puis par territoire de CSSS (Tableau 13, pages 25 et ss). Ce qui met en lumière des différences importantes entre régions et entre CSSS, dues aux taux de personnes âgées mais aussi aux taux de besoins en AVQ selon l'âge. Si les taux pour chaque région demeurent assez stables, le nombre de personnes ayant des besoins de soins de longue durée doublera à l'échelle du Québec, d'ici 20 ans, et triplera dans certaines régions.



Ces études mettent aussi en lumière le fait que nous n'avons même pas de chiffres clairs sur le nombre de personnes vivant en institution : le recensement parle de 90 000 personnes en 2006, alors qu'il y en avait de 30 à 40 000 en CHSLD, c'est donc dire qu'une partie des personnes en résidences privées étaient comptées, mais pas toutes. De même, lorsque Choinière parle des services à domicile, à aucun moment il ne cite le nombre d'usagers de ces services : il est vrai que les services à domicile sont offerts à toutes les personnes, sans égard à l'âge et de plus en plus souvent, dans des domiciles qui sont des résidences privées. Si on veut avoir un portrait fidèle de la situation, il faudrait distinguer les lieux de résidence des clientèles desservies par les services à domicile, de même que les groupes d'âge (ce qui est déjà disponible).



Mais il y a une autre information qu'il serait utile d'inclure dans le portrait, et que je n'ai pas encore trouvée : le nombre de personnes âgées habitant en résidences privées soutenues (et à quelle hauteur) par le programme de **Crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée**. On retrouve même sur le site du ministère du revenu un **outil de calcul du montant** qui pourrait être perçu, selon l'état de la personne et les services reçus. Ces crédits donnent droit à un maximum de 4680\$ pour une personne

de 70 ans seule autonome, et 6480 \$ si cette personne est non autonome. Ces crédits maximums représentent 30 % des dépenses admissibles : ainsi pour obtenir le maximum, une personne non autonome devra avoir payé 21 600 \$ en frais de services (repas, entretien, soins personnels, soins infirmiers). Combien l'État a-t-il déboursé, par territoire de CSSS, pour ce crédit d'impôt, pour combien de personnes ? Cela devrait faire parti de l'équation quand il s'agit d'évaluer les besoins à combler en soins de longue durée. La pression sur les services publics est sans doute plus grande là où les aînés ont peu de moyens personnels, alors que dans les quartiers plus riches, l'État subventionne les services, à hauteur plus substantielle, par la porte toute discrète de l'impôt sur le revenu personnel.

Partager :



des résidences et non des prisons

🕒 26 septembre 2011 📁 Uncategorized 📌 économie, politique

La préférence de Harper pour la construction de prisons n'est-elle pas due, en partie, à la division des compétences fédérales-provinciales ? Dans le contexte du renouvellement de l'accord fédéral-provincial sur la santé, venant à échéance en 2014, ne devrait-on pas mettre l'accent sur ces services aux aînés qui ont des besoins de longue durée, besoins qui ne sont pas d'ordre chirurgical, ni même médical. Même si cela implique de revoir cette sacro-sainte division des champs de compétence.

Et notre majoritaire de premier ministre qui se donne des airs de leader international, aux côtés des conservateurs britanniques, pour prêcher l'austérité comme solution à la crise actuelle, alors que les **analystes craignent le retour de la récession** (« Governments shouldn't be aggressively cutting spending when the economy is gasping for air, » disais M. Porter, *deputy chiefeconomist* de la Banque de Montréal. « That's certainly the wrong prescription »). Presque tous les analystes. Certains tiennent des discours tout à fait moralistes (**We took the gain, now we must take the pain**), enjoignant leurs lecteurs à accepter la douleur d'une nécessaire diète pour se libérer d'une **obésité** induite par des années de consommation « au dessus de nos moyens ».

Partager :



trouver une résidence pour aînés

🕒 23 janvier 2009 Non classé 📌 aînés, santé

Lorsqu'il faut trouver une résidence offrant un niveau de services à la hauteur à la fois des besoins d'une personne fragilisée et de ses moyens (deux niveaux qui ont malheureusement tendance à fluctuer de façon inverse !) les ressources et outils à notre disposition ne sont pas toujours à la mesure de la tâche.

Pour la liste des hébergements,

1. On peut trouver [une carte des résidences \(privées\) pour aînés](#) sur le site du CMIS : ([cliquer ici pour un commentaire audiovisuel](#)  sur la consultation de cette carte)
2. (ajout) Il y a aussi un [Registre des résidences](#) sur le site du MSSS avec fiches, cartes de localisation... Les liens utiles (de même que le commentaire de Jean) conduisent à l'[ARCPQ](#)
3. Il y a le [Bottin Aînés Hébergement](#), mais qui ne donne les infos (adresses et tél) que pour les résidences inscrites... et même là, les liens ne semblent pas à jour !
4. Sur [Aînés Info](#), il semble y avoir une liste de liste, mais ce sont des liens vers des sites privés, comme [COGIR](#), une grande corpo dans le domaine avec qui notre CSSS a fait affaire récemment pour développer une « ressource non institutionnelle ».
5. Il y a bien aussi ce [Réseau Hébergement Québec](#)... qui promet une aide personnalisée pour trouver une résidence... alors que son site donne d'abord l'impression de contenir des informations sur les résidences, il ne sert qu'à conduire vers des noms de « conseillers gratuits » ou encore à recueillir une [foule d'informations personnelles](#). Comment peuvent-ils donner ce service gratuitement ?? Le site appartient à une firme spécialisée dans la levée de fonds Communications Odyssée, dont « *[l]es agents du groupe **Communications Odyssée** possèdent une formation en centre d'appels* ». Ce serait donc une interface entre un réseau de résidences privées qui acceptent de payer ces services et les aînés ayant besoin. Combien de résidences ont-ils dans leur réseau ? Ces gens sont-ils honnêtes et qualifiés, autrement que d'avoir une formation en centres d'appel ??!
6. Finalement, le [bottin Roses d'or](#) qui semble une initiative de la FADOQ (les "âges d'or") à laquelle est associée, la ville de Montréal et l'Agence (introduction du bottin, membre du comité d'évaluation), comprend une évaluation des résidences en termes de services, services de proximité... et dans le fait d'avoir une ou deux « roses ». [Document PDF](#).

La certification des résidences pour aînés, commencée en avril 2007 dans la région de Montréal suivant une [décision réglementaire de 2006](#), n'avait donné lieu qu'à une seule accréditation au cours de l'année 2007-2008 « *(une résidence a été certifiée en 2007-2008 et 13 ont obtenu une certification avec conditions)* » - [\[rapport annuel de l'Agence - pdf\]](#). Cependant, suivant le bulletin [Direction Réseau du 4 décembre 2008](#) - pdf, 15 résidences avaient reçu leur certification lors d'une cérémonie tenue le 2 décembre et « *pour 98% des 307 résidences le processus de certification était bien amorcé* ». La vérification, effectuée par le Conseil de l'agrément du Québec mandaté par le MSSS, « *concerne, notamment : le respect et l'équité dans la façon de traiter les résidents ; l'aménagement d'un espace pour recevoir la famille ; l'accessibilité à des loisirs et à la vie communautaire ; le partage d'information avec les résidents ; la sécurité ; la formation des intervenants ; l'alimentation et l'administration de médicaments ; la conformité aux règlements existants en matière d'hygiène, de salubrité et de sécurité ; ainsi que l'assurance-responsabilité civile, générale et*

professionnelle». On devrait donc être en mesure, dans les prochains mois, d'avoir une meilleure idée de l'offre de services, un peu plus objective que celles fournies par les démarches et attrapes promotionnelles.

Partager :



2 réflexions au sujet de « trouver une résidence pour aînés »



24 janvier 2009 à 20:45

Il y a aussi une liste de résidences privées (certaines avec la mention 'certifiée') sur le site de l'ARCPQ (arcpq.org). Est-ce ce que tu qualifies d'attrapes promotionnelles?

Jean
Trudeau



25 janvier 2009 à 16:38

Non, Jean, ce n'est pas ce que je qualifie d'attrape. Il semble y avoir suffisamment d'information disponible sur [ce site](#) pour que les gens se fassent une idée par eux-même, avant, éventuellement, d'échanger avec des « conseillers ».

gilles

réduction des coûts de santé

🕒 9 juin 2013

📁 Uncategorized

🔑 administration de la santé, soins de longue durée, système de santé



Les dépenses de santé ont doublé de 1997 à 2011.

Les différents gouvernements lancent des programmes de restriction, de contrôle, font appel aux gourous de la rationalisation et du « Lean ». Mais cela sera-t-il suffisant ? Deux articles publiés par l'Institut de recherche sur les politiques publiques (IRPP) ([How to bend the cost curve in health care ?](#) et [The Wonk-](#)

[deal with doctors](#)) proposent des pistes de solution. Ces articles sont en anglais, mais le [communiqué de presse en français](#) (pdf) en résume l'essentiel.

Les conventions collectives des médecins, notamment la rémunération à l'acte, font gonfler les coûts. L'unique moyen de limiter les dépenses de santé consiste à modifier ces ententes.

The fee-for-service system encourages short primary care visits and quick referrals of more time-consuming cases to specialists. Doing routine work efficiently is more lucrative than solving complex problems, which drives specialists to work at the lower end of their capabilities. [[The wonk - deal with doctors](#)]

Canadian FFS (fee-for-service) agreements create incentives to treat problems in isolation rather than as a whole. The all-encompassing fee code for “partial examinations” pays the same amount for a three-minute visit to obtain a prescription renewal as it does for an hour-long consultation to address a frail elderly patient’s multiple complaints.

The assumption that specialty care is superior to primary care must be laid aside. Compensation signals matter; in Denmark, family doctors earn more than specialists. [[How to bend the cost curve in health](#)

Ce dernier article de Steven Lewis et Terrence Sullivan propose **10 stratégies pour réduire la croissance des coûts**. Je me suis permis de les résumer en les traduisant.

«

1. Réduire les besoins à la source, en assurant un suivi efficace des maladies chroniques
2. En finir avec le paiement à l'acte pour mettre en place une forme de paiement en fonction des résultats de santé
3. Mettre l'accent sur la formation continue et l'adaptation des pratiques professionnelles plutôt que de concentrer tout l'effort sur les barrières (diplômes) à l'entrée. *(It may even be necessary to revisit the sacred construct of the selfregulating profession, given the difficulty of reconciling professional selfinterest with the public interest).*
4. Faire de la médecine généraliste le coeur (l'épine dorsale) du système. Au Danemark les généralistes sont payés plus cher que les spécialistes. Les moyens de communication modernes (courriel, téléphone, logiciels de surveillance...) sont souvent aussi efficaces que les visites en personne, ce qui permet à des médecins dans certaines coopératives de soin des USA de suivre, grâce au travail d'équipes multidisciplinaires, plus de patients tout en travaillant seulement 40 heures par semaine.
5. Réduire le recours aux traitements et examens qui ne sont pas utiles et sont même nuisibles. Les organisations qui peuvent prévenir les crises de santé devraient être rétribuées mieux que celles qui savent mobiliser tout le dispendieux arsenal technologique pour faire face à la crise.
6. Obligation doit être faite aux organisations et individus de suivre (analyser) les écarts de pratiques et la pertinence de celles-ci. La croissance plus rapide du nombre de médecins que celle de la population a un effet d'incitation à la consommation médicale qui n'a pas nécessairement pour conséquence d'améliorer la santé
7. Les gouvernements doivent utiliser avec précaution et stratégiquement les incitatifs visant la productivité. On a au cours des dernières décennies incité les médecins à abandonner le paiement à l'acte mais on a continué à les évaluer en comparant leur pratique à celle des médecins pratiquant à l'acte. *They have encouraged hospitals to be more efficient but penalized them for successful secondary prevention that reduces the demand for more procedures. They have retreated from funding health regions on the basis of population characteristics and needs, funding them instead for workload.*
8. Le fait d'avoir un seul payeur devrait permettre de négocier plus efficacement des baisses de coûts, particulièrement lorsque certains traitements ou médicaments s'avèrent moins efficaces. Ottawa devrait avoir le courage de revoir la déductibilité des immenses dépenses de marketing des compagnies pharmaceutiques.
9. Des réformes structurelles devraient permettre de privilégier le recours à des pratiques moins onéreuses même si elles relèvent d'organisations ou de pratiques externes : hôpitaux VS soins post-hospitaliers; soins à domicile VS soins en institutions... Les paiements liés aux suivis de patients plutôt qu'aux volumes d'activité devraient être développés. Les méthodes de révision des processus en vue d'éliminer les activités moins productives devraient être encouragées.
10. Finalement, mais tout aussi importante, une conversation avec le public doit être amorcée, en commençant par dire la vérité. En se comparant aux autres pays, le Canada a une culture d'information en matière de santé tout à fait sous-développée. Les citoyens ont peu d'accès à l'information qui leur permettrait de faire des choix éclairés. Il est pratiquement impossible

d'avoir accès au ratio de complication ou de mortalité d'un chirurgien, ou au ratio de réadmission d'un hôpital... Le public continue de s'inquiéter des temps d'attente alors que la pauvre qualité des résultats, la sur-utilisation de certaines procédures et les gaspillages continuent d'être cachés. Les attentes des Canadiens demeurent modestes et ils se satisfont lorsqu'elles sont finalement rencontrées à grands coûts.

De timides politiques, des cris du coeur, des mesures tièdes et l'évitement des discussions sérieuses ne permettront pas de réduire la courbe des coûts ou d'atteindre à la fois une plus grande efficacité et qualité. Viser des réductions de dépenses à court terme sans avoir de vision d'ensemble à plus long terme ne peut conduire qu'à des corrections erratiques et accroissements incontrôlés de dépenses en situation de crise. Ce sont les leçons que nous pouvons tirer des 20 dernières années.

»

La réflexion qui s'amorce au Québec autour d'une assurance-autonomie semble reprendre certaines de ces stratégies. Mais pas toutes... notamment pas celle relative au paiement à l'acte des médecins.

Par ailleurs en furetant sur le site de l'IRPP, j'ai retrouvé deux autres textes qui viennent soutenir cette réflexion en regard des soins de longue durée.

the type of ownership of residential long-term care facilities for frail seniors is a determinant of the quality of care provided, suggesting, among other things, that the lower staffing levels in for-profit homes is a contributing factor to the inferior quality of care they provide. [Non-Profit, For-profit - does-it matter ?]

there is a 20 percent risk that people aged 65 will be dependent on long-term care for over five years during their remaining life, and there is a 32 percent risk that they will need long-term care for a period of one to five years [Financer les soins de longue durée : assurance publique ou privée ?]

Partager :



2 réflexions au sujet de « réduction des coûts de santé »



Guy
Beauchamp

28 juin 2013 à 20:22

Je ne sais pas comment est l'article de Steven Lewis et Terrence Sullivan mais bravo pour le résumé que tu en as fait.



★ gilles

28 juin 2013 à 20:47

Et merci de ton commentaire !

le manuel « maître » des résidences privées

🕒 13 mars 2013

📁 Uncategorized

🔑 administration publique, résidences pour aînés



*Manuel
d'application du
règlement sur les
résidences pour
aînés*

Le ministère vient de publier le **Manuel d'application** du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés* – DOCUMENT MAÎTRE

140 pages, dont la moitié pour les 19 annexes, dont plusieurs décrivent les registres qui devront être établis et tenus à jour par les résidences (dates et lieux de formation des préposés, services offerts par la résidence et acceptés par chaque résident...). En voyant la liste des accords donnés pour transmission d'informations personnelles, et pour réception de services divers au moment de signer le bail, on se demande si les locataires ne devront pas dorénavant se faire accompagner d'un avocat !

Un manuel exigeant pour les résidences privées, mais aussi pour les CSSS, qui devront s'engager à donner des services complémentaires à ceux des résidences, accessibles rapidement. Sans doute plusieurs résidences ont déjà des ententes formelles et informelles, leurs résidents étant déjà souvent usagers des services à domicile des CSSS. Mais les contraintes administratives pèseront plus lourd sur les petites résidences. L'application

d'une telle réglementation assurera une qualité minimale, mais aura des conséquences couteuses pour les résidents.

L'obligation de signer des ententes formelles avec chaque résidence pourrait être l'occasion de préciser, affiner l'articulation entre l'offre de services publics et celle des résidences privées. Jusqu'où les CSSS soutiendront-ils cette période critique, en facilitant les acquisitions de compétences, les formations ad-hoc, le développement d'une offre de services de qualité dans les résidences de leur territoire ? La négociation des ententes se fera-t-elle sous le seul angle du rationnement, donnant à chaque résident une part équitable de ressources publiques rares de soins infirmiers... ou si on fera aussi la promotion de pratiques souhaitables (nutrition, loisir et socialisation, santé mentale, santé physique, prévention...) ? Peut-être la position initiale du CSSS ne doit-elle pas être vue comme seulement pourvoyeur de services mais aussi comme animateur d'un réseau : soutenir les échanges d'information et apprentissages entre partenaires; les résidences, pharmacies, associations d'aînés, cabinets médicaux sont tous des partenaires de ce réseau local; et les familles de ces aînés hébergés... où sont-elles dans ce réseau ?

Partager :



économie de la santé

🕒 15 février 2013 📁 Uncategorized 📌 administration de la santé, financement, santé

Une bonne affaire : les dépenses de santé sont non seulement un bon investissement produisant de la santé mais aussi un gage de stabilité dans la tourmente. Un discours qui change des sempiternelles histoires à faire peur sur les « dépenses insoutenables » que représentent la santé. Surtout s'il vient d'une institution comme le Conference board : [Health Care in Canada: An Economic Growth Engine](#) (14 pages, janvier 2013). Une référence de [André Picard](#), dans [le Globe and Mail](#). Voir aussi le rapport [Health Matters: An Economic Perspective](#) (42 pages, février 2013).

D'autres rapports récents du Conférence Board (NOTE : il faut s'inscrire – gratuitement – pour obtenir ces documents) :

- [Home and Community Care in Canada: An Economic Footprint](#) (66 pages, mai 2012); résumé (6 pages) : [Les soins à domicile et communautaires au Canada : quelle est leur empreinte économique?](#)
- [Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 1—Current Knowledge About Interprofessional Teams in Canada](#) (30 pages, octobre 2012)
- [Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 2—Barriers to Successful Interprofessional Teams](#) (13 pages, octobre 2012)

Je n'ai pas encore lu ces trois rapports, mais j'ai lu récemment un document sur une question similaire, en provenance du CD Howe : [Long-term Care for the Elderly : Challenges and Policy Options](#) (pdf, 40 pages). Un document intéressant même s'il ne tient pas vraiment compte de l'important programme québécois de crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile des aînés.

Aussi, en provenance de la même source : [How to Pay Family Doctors: Why 'Pay per Patient' is Better than Fee for Service](#). Si les think-tank de droite commence à trouver que le paiement à l'acte des médecins n'est plus de mise... on approche peut-être d'une véritable réforme !

<Ajout>[Gérald Fillion commente](#) comme si c'était la vérité pure, cet [autre rapport de l'institut CDHowe](#), *La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante : le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé*. Un bel exemple de ces histoires à faire peur : projeter les dépenses actuelles liées au vieillissement sur la courbe démographique des 40 prochaines années, c'est oublier que les « vieux de demain » seront en meilleure santé, que les services auront évolué pour être mieux adaptés aux maladies chroniques... </>

Partager :



partenaires invisibles des RLS

🕒 23 janvier 2013 📁 Uncategorized 📌 administration publique, RLS

Le dernier paragraphe de [la page web décrivant les réseaux locaux de services](#) sur le site du MSSS se lit comme suit :

Le système sociosanitaire québécois compte près de 300 établissements offrant des services dans plus de 1700 points de service. Il regroupe près de 200 établissements publics, une cinquantaine d'établissements conventionnés sans but lucratif et une cinquantaine d'établissements privés offrant de l'hébergement et des soins de longue durée. Il compte également plus de 3 500 organismes communautaires et près de 2000 cliniques et cabinets privés de médecine.

J'ai été surpris de ne voir qu'une cinquantaine d'établissements privés d'hébergement et de soins de longue durée dans la liste des organisations comprises dans « le système sociosanitaire québécois ».

Pourtant plus de cent mille personnes âgées habitent dans des centaines de résidences offrant des services et reçoivent de l'État québécois plus de 200 M\$ de financement par année (voir [autre billet](#)). Le fait que ce financement passe par un versement en argent au contribuable ne devrait pas faire oublier que pour une grande part ce financement est fait en contre-partie d'un achat de service à une organisation reconnue, accréditée. Un achat, fait par le client hébergé, qui représente trois fois plus d'argent que la part de l'État. Ne pas inscrire ces acteurs comme partie prenante du système sociosanitaire québécois, c'est méconnaître leur importance dans l'atteinte des objectifs des réseaux locaux de services.

Oui, ces objectifs « de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus » (définition du MSSS) ne semblent pas très contraignants ou intégrateurs.

Pourtant, sur le terrain, les réseaux **intégrés** de services se multiplient, autour de programmes spécifiques : santé mentale, perte d'autonomie liée au vieillissement, diabétiques, hypertendus...

RiS ou RLS ?

Il est sans doute plus facile de définir un « réseau intégré » avec ce que cela a de définitif, déterminé, lorsque le besoin est clairement identifié (une maladie, un diagnostic) et que les rôles des différentes parties du réseau le sont aussi. Encore plus si les clientèles sont définies et identifiées. Mais lorsque les rôles doivent s'adapter, fluctuer en fonction des conditions changeantes ou différentes des milieux de vie, des ressources disponibles dans ces milieux (dans telle garderie ou dans telle résidence) – la définition d'un réseau intégré se complexifie. Encore plus si la clientèle doit être activement rejointe (*reached-out*). Il est parfois plus facile d'obtenir la collaboration d'un acteur autour des besoins d'une personne ou d'une famille si l'on ne formalise pas cette collaboration dans des rôles définitifs, des contrats formels. Ce

qui ne veut pas dire que des définitions plus formelles et des contrats explicites définissant les responsabilités et moyens des acteurs ne soient pas utiles.

L'évolution des réseaux locaux de service vers une plus grande intégration et contractualisation doit être conçue en appui à une mobilisation ouverte vers plus de santé, d'équité et d'accessibilité plutôt que de représenter un enfermement des acteurs autour de programmes et clientèles définis une fois pour toutes. Certains réseaux de services et de collaboration entre fournisseurs (et entre fournisseurs et clients) peuvent sans doute atteindre une grande stabilité, dans la mesure où les ratios besoins/ressources sont stables, que les technologies et protocoles le sont aussi, que les clientèles ont été dépistées... Mais dès qu'un écart existe, persiste ou, pire, s'accroît entre les besoins perçus et les ressources disponibles il faut rediscuter, faire évoluer, transformer les modes et conditions de la collaboration. Dans ce contexte la contractualisation des relations devient moins importante que l'établissement d'une gouvernance souple, basée sur la confiance et capable d'initiative et d'innovation, d'expérimentation.

L'approche réseau et la responsabilité populationnelle n'ont pas éliminé la planification par programmes et clientèles ciblées. Au contraire on a vu croître dans la période où s'implantaient les CSSS (et la responsabilité populationnelle des RLS) une pression vers la standardisation des programmes (au nombre de neuf) à travers l'établissement de politiques-cadres nationales et de programmes cadres régionaux. De plus, une quantification des cibles à atteindre pour chaque CSSS et chaque programme fut établie à travers les **ententes de gestion** négociées avec les agences régionales. Ce contexte est-il favorable à l'exploration et l'innovation ?

La question n'est pas de nier l'intérêt des « bonnes pratiques » ou de la diffusion des mesures éprouvées — lorsque celles-ci existent. Mais lorsque les « bonnes pratiques » sont encore à inventer, que les programmes peinent à rejoindre leurs cibles ou à maintenir un minimum de continuité dans leur intervention, il peut devenir contre-productif de chercher à tout prix à mesurer l'output ou comptabiliser les gestes. Si 60% des enfants québécois de 0-5 ans sont inclus dans les programmes des CPE et maternelles mais que les enfants de milieux défavorisés y sont sous-représentés, c'est donc dire qu'un enfant sur deux venant de milieux pauvres n'est pas encore rejoint. Une approche intégrative visant à resserrer les boulons contractuels de l'intervention CSSS-CPE-Scolaire peut sans doute « optimiser » l'action auprès des enfants déjà rejoints mais elle ne peut remplacer la souplesse et la recherche nécessaires pour rejoindre ceux encore hors d'atteinte – notamment en travaillant avec ces « partenaires invisibles » que sont les services de garde en milieu familial « non régis ».

Dans le même sens si 10 % des personnes âgées habitent dans des résidences privées avec services mais que les personnes en provenance de ces résidences représentent de 40 à 60 % des entrées en CHSLD — cela devrait suffire à justifier une action concertée plus intégrée des deux réseaux. Mais comment les deux logiques à l'oeuvre (de service public/ de marché) s'articuleront-elles ? Un espace d'expérimentation et de réflexion d'autant plus important à nourrir que la croissance prévisible des besoins à ce niveau semble vertigineuse.

Partager :



taux d'institutionnalisation

🕒 14 février 2012

📁 Uncategorized

🔗 hébergement, services à domicile, services publics

Pour analyser correctement la situation illustrée par les cartes du billet précédent, il me faudra faire d'autres cartes ou colliger d'autres données : la population hébergée dans les centres d'hébergement publics (anciennement appelés CHSLD); la portion de la population rejointe par les services à domicile des CSSS; les taux de fragilité ou de besoins en soins de longue durée...

Comme le montrait clairement l'étude de Robert Choinière, [Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec](#), dont j'extrait ici une partie du Tableau 12, il y a un lien entre les taux d'institutionnalisation et les besoins des personnes âgées vivant en ménages privés. Là où les taux d'institutionnalisation sont plus élevés (Bas-du-fleuve, Centre du Québec, Chaudière-Appalaches), on retrouve des taux de difficultés avec les AVQ (activités de la vie quotidienne) chez les personnes hors institution plus bas, et inversement, là où les taux d'institutionnalisation sont les plus bas (Montréal, Côte-Nord, Outaouais), les taux de difficultés avec les AVQ dans la population non institutionnalisée sont plus élevés (autour de 15 %).

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %
	2006	2006
Le Québec	8,5	12,7
Bas-Saint-Laurent	14,0	10,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	7,5	11,6
Capitale-Nationale	8,7	11,7
Mauricie et Centre-du-Québec	12,1	11,4
Estrie	9,7	12,2
Montréal	7,4	15,2
Outaouais	6,1	15,8
Abitibi-Témiscamingue	9,6	13,7
Côte-Nord	5,1	14,8
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	8,0	13,2
Chaudière-Appalaches	11,3	9,8
Laval	4,7	11,6
Lanaudière	8,2	11,2
Laurentides	7,7	11,1
Monterégie	9,0	11,6

Le tableau 14 est aussi intéressant. Attention, car il a été changé (ici tiré de l'[erratum du 15 avril 2011](#) – en effet, à la lecture, la stabilité du nombre de résidences privées avec service de 2003 à 2008 dans le document original m'avait semblé suspecte). Une augmentation de 22 % durant cette période. Croissance qui s'est certainement poursuivie jusqu'à aujourd'hui.

	CHSLD ^a	RPAS ^b	RTF ^c	RI ^d
2003	35 430	72 697	2 453	2 960
2004	35 473	73 416	2 446	3 134
2005	35 523	77 824		
2006	35 478	79 716	2 600	3 909
2007	35 091	78 836	2 518	4 168
2008	34 887	89 030	2 329	4 671

Un des problèmes que nous avons pour tracer un portrait fidèle de la situation des aînés ayant des besoins de longue durée, c'est que toutes les personnes dans les résidences privées avec services (RPAS) ne sont pas réputées institutionnalisées. Le taux d'institutionnalisation rapporté dans le premier tableau (première colonne) est tiré du recensement, et couvre les personnes en CHSLD et une partie seulement des personnes en RPAS. Il s'agit de la population « en ménages collectifs » du recensement, des gens qui vivent en chambre ou encore dans des appartements sans cuisine. À ce qu'on m'a dit, c'est le critère déterminant différenciant le ménage privé de l'habitation collective.

Dans le contexte actuel, avec la prolifération des types d'habitations avec services, il devient difficile de mesurer le degré de l'institutionnalisation des personnes âgées avec un simple indicateur. On a pu croire que le registre des résidences pour personnes âgées institué par le gouvernement québécois il y a quelques années allait nous donner plus d'information... mais si je ne m'abuse les mécanismes d'accréditation ne prévoient même pas de recueillir l'âge des résidents.

Il faudrait faire comme certains pays européens, notamment le Danemark, et **rencontrer toutes les personnes au moment de leur soixante-quinzième anniversaire**. Il semble que ce soit une mesure efficace de prévention permettant de dépister précocement certaines problématiques et d'orienter les personnes vers les ressources appropriées.

Ici, on attend que la personne visite l'urgence, et ensuite on envoie le CLSC... Une approche populationnelle, vous disiez ?

Partager :

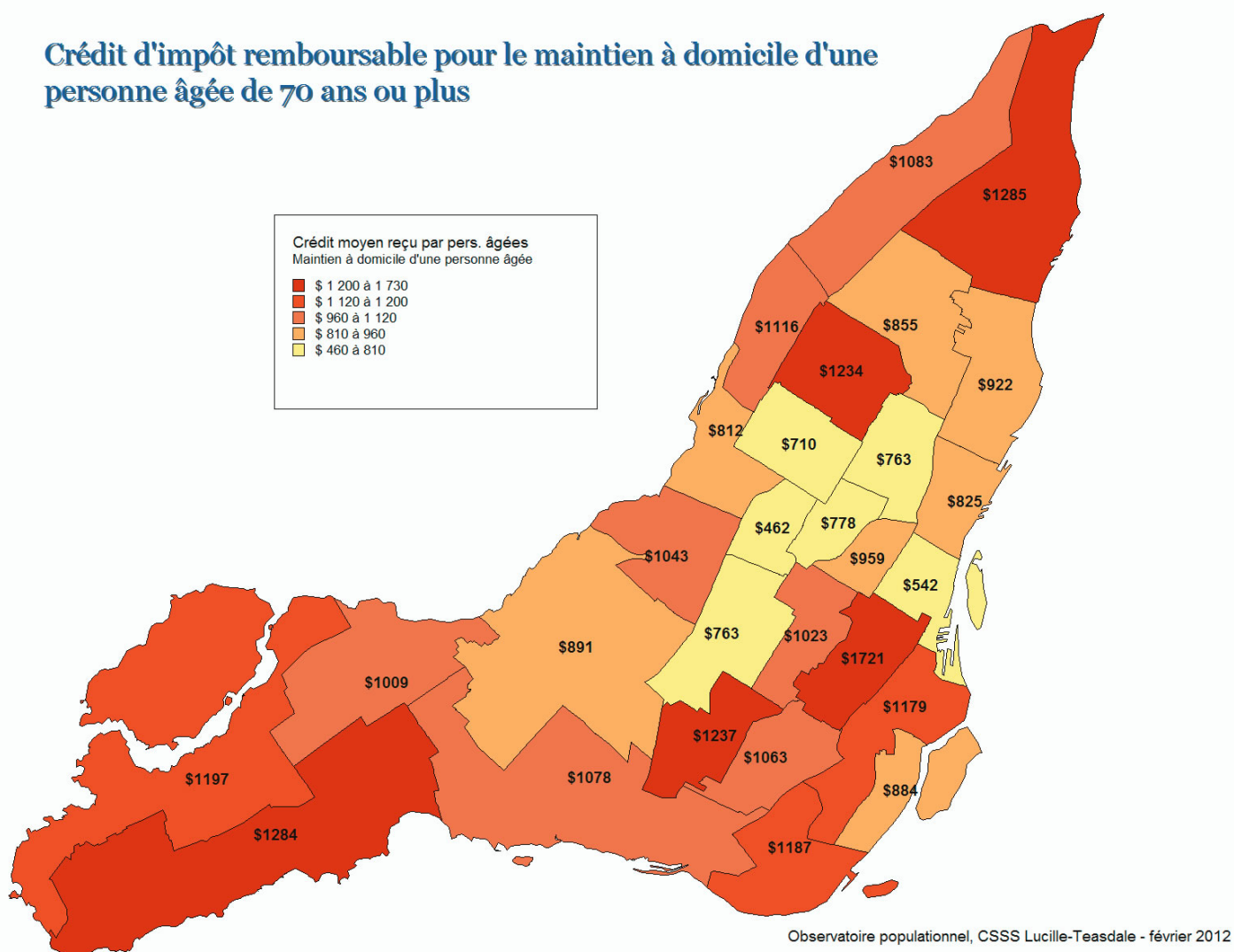


crédit d'impôt cartographié

🕒 10 février 2012 📁 Uncategorized 📍 équité, crédit d'impôt, services à domicile

J'ai parlé récemment ([ici](#), [là](#) et [là](#)) de l'iniquité d'utilisation du crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées (CIMADPA). Iniquité dans la mesure où plus on est riche, plus on a de soutien de l' tat. Mais aussi inégalité d'accès, ou d'utilisation de ce crédit d'impôt remboursable. J'ai voulu cartographier, à l'aide des données fournies dans le rapport [Statistiques fiscales des particuliers](#) (pdf) pour l'année d'imposition 2008, la répartition (pour Montréal seulement). Mes excuses, je n'avais pas la carte de toutes les circonscriptions de la province. Cela aurait aussi été plus long... Mais ce serait sûrement intéressant, et permettrait sans doute de mieux expliquer, comprendre les différences perceptibles sur l' le de Montréal.

Crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile d'une personne âgée de 70 ans ou plus



Les quatre cartes identifiant, par circonscription électorale provinciale : les montants reçus en moyenne, le nombre de bénéficiaire, le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus (en 2006) et le taux d'utilisation du programme (bénéficiaires / population cible). **Vous pouvez voir les cartes en mode plein écran en cliquant sur l' c ne à droite en bas du diaporama – et les télécharger en cliquant dessus..** Comment interpréter ces cartes ? Je vous laisse le soin d'y penser, en les regardant... J'y

reviendrai bientôt.

Ajout : le **rapport 2009** sur les finances des particuliers vient de paraître.

Partager :



*Une réflexion au sujet de « crédit d'impôt
cartographié »*

Ping : **Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées bénéficie surtout aux plus nantis**

école publique et système de santé

🕒 8 février 2012 📁 Uncategorized ✎ éducation, réseau santé

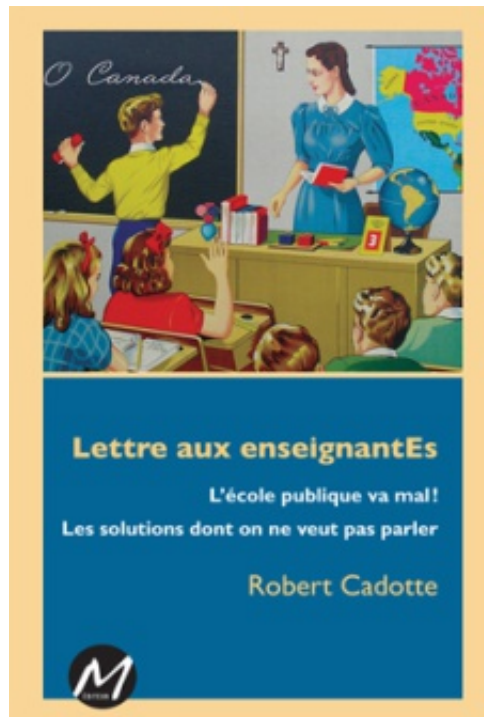
Je n'avais pas ouvert le livre de Cadotte que je me demandais s'il aborderait la question des écoles privées. Et oui, évidemment, Robert aborde cette question, avec maestria.

Je le dis d'entrée de jeu, j'ai envoyé un de mes fils à l'école secondaire privée. Par hasard cette école (le collège Ville-Marie) était installée dans le même édifice que j'avais fréquenté : l'école – publique – pour garçons Ste-Louise-de-Marillac, section classique, dirigée par Émile Robichaud. Si une telle qualité d'enseignement et de soutien, d'engagement parascolaire du corps enseignant avait existé à l'époque où mes fils étudiaient au secondaire nous aurions avec joie épargné des milliers de dollars tout en contribuant à construire un réseau public plus fort...

Je ne suis pas spécialiste du monde scolaire. En fait je ne suis spécialiste de rien. Mais, disons que je connais moins bien, beaucoup moins bien le monde scolaire. Et puis j'ai été et je demeure plus proche du monde universitaire que du monde de l'enseignement secondaire ou primaire. Pas très collé au monde scolaire je me suis pourtant récemment « confronté » à cette question : **l'existence du système scolaire privé menace la qualité et l'unicité du système de santé**. Particulièrement le scolaire primaire et secondaire privé.

La logique à l'œuvre pour justifier le financement public de ces écoles privées est la même qui pousse vers la privatisation des services aux aînés. Les gens ont de l'argent pour payer un « supplément » pour leurs proches. Les encourager conduit à réduire la charge sur le réseau public, tout en satisfaisant le désir d'autonomie et la liberté de choisir d'une partie des électeurs. Mais est-ce vraiment le cas ?

Les chiffres donnés par Robert Cadotte sont édifiants : le financement public est beaucoup plus important que le laisse entendre le discours officiel. En fait, c'est à 67 % du coût moyen d'un élève que le Québec subventionne la place dans l'école privée. De plus les élèves sont sélectionnés à l'entrée pour repousser les moins bons, et plus difficiles (et coûteux) à encadrer, vers le système public. Ainsi l'élève du privé est financé à hauteur de 83% de ce qu'un élève fort du public reçoit. À quoi il faut ajouter les quelques 4 000 \$ que les parents paieront (déductibles d'impôt, ce qui rapprocherait le financement public à près de 100%). Incidemment, le livre de Cadotte nous apprend que les anglophones du Québec utilisent très peu les écoles privées, ce qui ne les empêche pas de réussir ! L'Ontario ne subventionne pas les écoles privées, et pourtant ses élèves s'en sortent très bien. Comme il le dit si bien en conclusion de ce chapitre : à quand le parti politique qui aura le courage d'abolir le financement public des écoles privées !



Il faudrait engager des kinésologues et physiothérapeutes pour accompagner le mouvement vers une retraite plus active, dès avant l'âge de la retraite. Un investissement qui sera payant, et beaucoup, dans les prochaines années. Ce serait possible si nous établissions un financement plus équitable des services, permettant de rehausser les services aux « vieilles pauvres », sans pour autant éliminer le soutien partiel accordé aux « vieilles riches ». (voir autres billets sur le crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées)

Pour revenir à l'excellent livre de Robert Cadotte, on y trouve une revue documentée et humoristique des méthodes et outils de mesure utilisés il n'y a pas si longtemps qui marquaient les enfants des classes défavorisés (ex: test de QI encore utilisés en 1976...). Des chiffres et des faits à propos du financement public de l'école privée, ou encore de l'endoctrinement par le gouvernement fédéral autour du drapeau canadien... Une défense passionnée pour une école engagée, qui ne soit pas « au neutre » mais qui sache mobiliser les enfants (et les enseignants) autour de projets concrets et inscrits dans leur culture, dans leur quotidien.

Permettre, comme on le fait maintenant, aux familles avec plus de moyens de sortir leurs enfants du réseau public, c'est laisser tout le fardeau des enfants demandant plus d'encadrement à un réseau moins bien financé. C'est permettre à la classe moyenne et « supérieure » de donner une petite chance de plus à ses enfants de consolider l'avantage qu'ils ont déjà d'être nés avec plus de moyens.

À l'heure où il nous faut réfléchir sérieusement au développement des soins et services aux aînés fragiles, nous ne devons pas reproduire cette pensée tordue qui nous fait financer grassement les écoles privées, privant d'autant de moyens un réseau public affaibli.

Partager :



regard canadien sur le vieillissement

🕒 5 janvier 2012 📁 Uncategorized 📌 politiques sociales, vieillissement

Parmi les documents recensés dans le dernier **SantéPop** : [Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement](#), et [Mapping the Gaps: Ideas for Using GIS to Enhance Local Health Department Priority Setting and Program Planning](#) (version PDF - 4,4Mo).

Le premier document (je reviendrai sur le second document dans un prochain billet) ne risque pas de changer grand chose : à répéter qu'il faut améliorer le continuum de services, développer la prévention et utiliser les nouvelles technologies... on ne surprendra personne. Mais avec la quatrième et dernière stratégie suggérée, curieusement passée sous silence dans la présentation de SantéPop, « recueillir des renseignements de meilleure qualité pour soutenir la prise de décision », on pourrait soulever un peu plus de poussière... Parmi les (innombrables) informations faisant défaut *pour soutenir la prise de décision* : **la population, stratifiée par âge, dans les résidences d'hébergement avec services** – corrélée avec les services rendus ou accessibles. Nous n'avons actuellement aucune mesure de recension véritable des personnes de 75 ans et plus dans leurs milieux de vie, alors pour avoir une idée de leurs besoins... on repassera. Il semble que la seule approximation que nous ayons soit de moins en moins fiable : la dernière livraison de Info-hébergement refuse de faire une évaluation par groupes d'âge des personnes hébergées dans les **résidences pour personnes âgées avec services** (comme on l'avait fait dans les éditions précédentes) à cause de la piètre qualité des données disponibles. Et le projet de loi 16, portant sur les principes et règles de l'accréditation de ces mêmes RPAS ne semble pas sur le point d'améliorer la situation : si j'ai bien compris les débats de la commission parlementaire sur ce projet de loi, on s'apprêterait à *augmenter les critères* pour reconnaître les résidences – celles-ci devraient dorénavant offrir deux services ou plus avant d'être dans l'obligation de demander une accréditation. Ce qui aurait, paradoxalement, pour effet de réduire ou d'éliminer tout critère pour les résidences pour personnes âgées n'offrant qu'un service. On voit déjà les manigances de certains pour externaliser tous les services – se glissant ainsi sous le radar de surveillance de la santé de nos aînés dont nous avons un urgent besoin.

Les questions soulevées par ce **Regard sur les personnes âgées** vont quand même au delà des lieux communs déjà cités. On y dégonfle quelque peu le mythe du poids insupportable du vieillissement sur le système de santé.

Durant la dernière décennie, le vieillissement de la population n'a joué qu'un rôle modéré dans la hausse des dépenses de santé du secteur public, représentant chaque année une hausse de moins de 1 % de ces dépenses.

Ce qui ne veut pas dire que les aînés sont d'un poids négligeable :

Les aînés représentent à peine 14 % de la population, mais utilisent 40 % des services hospitaliers dispensés au Canada et représentent

environ 45 % de toutes les dépenses consacrées à la santé par les gouvernements des provinces et des territoires.

Aussi ce Regard « décrit précisément comment la population (des aînés) utilise le système de santé ». Je ne suis pas certain qu'une connaissance très pointue de la consommation de soins par les personnes de grand âge d'**aujourd'hui** soit de première utilité pour prévoir ce que seront les besoins dans 20 ou 30 ans, quand les bébé boomers atteindront eux-aussi le grand âge. Ils ont aujourd'hui entre 50 et 65 ans.

Ne peut-on espérer que d'ici 20-25 ans on aura enfin résolu certaines de ces questions qui hantent notre système de santé depuis des décennies : une médecine de famille associée à une équipe de nursing et de pharmacie communautaires, aptes à suivre des malades chroniques à domicile plutôt qu'à l'urgence; des équipes pluridisciplinaires orientées vers le dépistage précoce, la prévention, le développement social et sanitaire; un réseau de résidences et de services à domicile qui travaillent en étroite collaboration, permettant d'offrir aux personnes vieillissantes fragiles des solutions adaptées et évolutives... accessibles financièrement et géographiquement.

Partager :



solutions sociales pour les plus âgés

🕒 16 novembre 2008 Non classé 📌 communautaire, communautés, gérontologie, sociologie

Construire des solutions sociales pour les plus âgés: « Que faut-il pour vieillir heureux ? Un réseau social d'au moins six personnes que vous voyez régulièrement et une solution pour remédier aux petits tracas du quotidien que vous n'êtes plus capable de résoudre (comme les fuites de robinetterie, le besoin de changer une ampoule...), explique Hilary Cottam, cofondatrice de Participe, un collectif de designers, de sociologues et de consultants britanniques engagés. »(Via InternetActu.net.)

Un [article de Hubert Guillaud](#), publié dans ce très dynamique [InternetActu](#). Un blog collectif publié depuis 2003 et suivi par plus de 10 000 abonnés ! Soutenu par la [Fondation Internet Nouvelle Génération](#) (FING).

Ce [Participe](#) me semble générer des idées et initiatives en matière de soutien aux aînés, mais aussi en terme de reconnaissance des capacités et des ressources que peuvent mettre en branle les aînés eux-mêmes.

Participe – Our Projects: « The question is not just ‘What can public services do to improve quality of life and well-being for older people?’ but rather ‘How can a locality mobilise public, private, voluntary and community resources to help all older people define and create quality of life and well-being for themselves?’. »

Ajout : Dans les commentaires sur l'article de Hubert Guillaud, un site français d'échanges de services orienté vers les « seniors », comme disent les cousins, [BiTWiIN](#)

Partager :



crédit d'impôt cartographié

🕒 10 février 2012 📁 Uncategorized ✎ équité, crédit d'impôt, services à domicile

J'ai parlé récemment ([ici](#), [là](#) et [là](#)) de l'iniquité d'utilisation du crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées (CIMADPA). Iniquité dans la mesure où plus on est riche, plus on a de soutien de l'État. Mais aussi inégalité d'accès, ou d'utilisation de ce crédit d'impôt remboursable. J'ai voulu cartographier, à l'aide des données fournies dans le rapport [Statistiques fiscales des particuliers](#) (pdf) pour l'année d'imposition 2008, la répartition (pour Montréal seulement). Mes excuses, je n'avais pas la carte de toutes les circonscriptions de la province. Cela aurait aussi été plus long... Mais ce serait sûrement intéressant, et permettrait sans doute de mieux expliquer, comprendre les différences perceptibles sur l'île de Montréal.

page à effacer, un double
pas incapable de l'effacer du lot ! Seulement de la déplacer à la fin...

Les quatre cartes identifiant, par circonscription électorale provinciale : les montants reçus en moyenne, le nombre de bénéficiaire, le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus (en 2006) et le taux d'utilisation du programme (bénéficiaires / population cible). **Vous pouvez voir les cartes en mode plein écran en cliquant sur l'icône à droite en bas du diaporama – et les télécharger en cliquant dessus..** Comment interpréter ces cartes ? Je vous laisse le soin d'y penser, en les regardant... J'y