



Dans la région Centre-du-Québec Les grands pôles de services sont:

R.L.S. Drummond

- Population: 91 000 personnes
- 21 municipalités dont Drummond, St-Charles, St-Nicéphore comptant plus de 5000 de population
- En 2003-2004, au moment de la création du RLS: 94,0M\$ sur 4 sites
- 38 organismes communautaires reconnus en Santé et Services Sociaux
- 1 entreprise d'économie sociale (Aide domestique)
- 4 groupes de médecine familiale (2004) (G.M.F.)
- 16 cliniques médicales privées
- 1 table de médecine territoriale
- Pharmacies privées
- RNI + RPA + Ressources privées
- 1 CH, 2 CHSLD, 1 CLSC Drummond

R.L.S. Arthabaska-Érable

- Population: 91 000 personnes
- 37 municipalités dont Victoriaville, Plessisville comptant plus de 5000 de population
- En 2003-2004 création des RLS: 101,4M\$
- 43 organismes communautaires
- 2 entreprises d'économie sociales (Aide domestique)
- 3 groupes de médecine familiale (2004) (G.M.F.)
- 18 cliniques médicales privées
- 1 table de médecine territoriale
- Pharmacies privées
- RNI + RPA + Ressources privées
- 1 CH, 2 CLSC (4 sites), 7 CHSLD



R.L.S. Bécancourt/Nicolet-Yamaska

- Population: 43 400 personnes
- 30 municipalités dont 2 communautés amérindiennes
- En 2003-2004: 37,9M\$
- 31 organismes communautaires reconnus en SSS
- 2 entreprises d'économie sociale (Aide domestique)
- 2 groupes de médecins de famille
- 10 cliniques médicales privées
- 1 table de médecine territoriale
- Pharmacies privées
- 2 CLSC, 2 centres de santé

**225 400 personnes au Centre-du-Québec
soit 33 810 personnes âgées**

Réf. documents:

- Proposition de modèle d'organisation basé sur des niveaux locaux de services en M.C.Q.
(Février 2004)
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2004)

Projections de la population de 65 ans et plus pour le Québec au 1er juillet 2006 à 2031

Année	Population totale	Population de 65 ans et +	% de population agée
2006	7 631 552	1 065 081	14,0
2011	7 946 832	1 253 819	15,7
2024	8 600 610	1 917 850	22,3
2031	8 838 265	2 262 650	25,6

En pourcentage pour les 65 ans et plus

Année	65-74 ans	75-84 ans	85 ans +
2006	7,54 %	4,86 %	1,56 %
2011	8,7 %	5,0 %	2,0 %
2024	12,19 %	7,34 %	2,76 %
2031	12,9 %	9 %	3,7 %

Source: (Institut de la statistique du Québec, Projection de la population Québécoise 2009)

Outre le vieillissement, d'autres éléments on un impact sur les dépenses en santé de l'État

C'est le cas notamment des sommes consacrées au paiement des médicaments prescrits. Selon l'ICIS, en 2007, les dépenses pour les médicaments prescrits aux personnes âgées de 65 ans et plus au Canada représentaient près de 40% de l'ensemble des dépenses dans ce domaine. Si ce ratio est maintenu dans le temps et que le nombre de personnes âgées est aussi élevé que prévu dans les prochaines années, il est fort probable que l'État voit ses charges augmenter.

(ICIS: Institut canadien d'information sur la santé)

Médication

Une préparation à la retraite déficiente

L'impact sur le réseau public de soins et de services en santé est d'autant plus probable que, selon un sondage CROP-AQESSS, la majorité des baby-boomers (54%) considèrent qu'ils ne seront pas en mesure de contribuer à leur bien-être une fois devenus « vieux ». L'anticipation d'un manque de revenus à la retraite pourrait expliquer ce résultat. De fait, deux baby-boomers sur trois ne jouissent d'aucune épargne « pour leurs vieux jours ». Cette situation pourrait être en partie attribuable au taux d'endettement élevé des familles. Un rapport récent de la banque TD révèle en effet que la dette totale des familles canadiennes est passée de 50% du revenu personnel disponible (après impôts) au milieu des années 80 à 146% aujourd'hui. Ce ratio pourrait même grimper jusqu'à 151% d'ici cinq ans.

(Les baby-boomers: personnes nées entre 1946 et 1966)

**Manque de
revenus de
retraite**

Une proportion appréciable des baby-boomers (19%) ne ressent tout simplement pas le besoin de préparer sa retraite, que ce soit en épargnant, en payant ses dettes ou même encore en effectuant un suivi médical régulier ou en modifiant certaines habitudes de vie. Conséquence ou non de ce manque de préparation, ils sont nombreux à affirmer compter sur le réseau de la santé et des services sociaux pour obtenir de l'aide sur une base régulière dans le futur. Cette aide concerne, entre autres, les tâches ménagères (48% des répondants) et les soins personnels (54% des répondants).

**Préparer sa
retraite?**

Certaines problématiques sociales pourraient également accroître la charge anticipée. De fait, les deux tiers des adultes québécois (66%) éprouvent de grandes difficultés à trouver, comprendre et utiliser l'information relative à leur santé. Une proportion qui atteint 95% chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cette limitation peut notamment entacher la capacité des personnes à tirer profit des programmes fiscaux mis à leur disposition et à utiliser les technologies de l'information désormais omniprésentes.

**Comprendre
et utiliser
l'information**

Or, le réseau de la santé et des services sociaux éprouve d'ores et déjà des difficultés à répondre aux demandes qui lui sont adressées. Aussi, considérant la capacité de payer des contribuables et les attentes des baby-boomers, un virage s'impose.

**Capacité du
RSSS de
répondre?**

Plus jeunes, plus longtemps et s'y adapter

L'espérance de vie dans
les années 50:

66 ans pour les hommes

71 ans pour les femmes

Selon Statistiques Canada,
l'espérance de vie actuelle:

78 ans pour les hommes

83 ans pour les femmes

**Vivre plus
longtemps**

Après 65 ans, les hommes peuvent donc espérer vivre en moyenne 18 années de plus et les femmes 21 ans. L'espérance de vie en bonne santé se situait par ailleurs à 71 ans en 2003, soit 69 ans pour les hommes et 73 ans pour les femmes. Le nombre de personnes qui franchissent le cap des 100 ans est aussi en hausse. En 2009, on estimait en effet à 1356 les personnes centenaires comparativement à 876 en 2004.

Autre élément à prendre en considération, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituent pas un groupe homogène. Pendant que les uns vivent avec certaines incapacités, en raison notamment des maladies chroniques qui les affligent ou encore sont plus vulnérables en raison de leur âge avancé, les autres sont en bonne santé. Une part non négligeable jongle aussi avec certains facteurs de risque et vit avec des maladies chroniques sans pour autant être limitée dans ses activités. La majorité d'entre elles ne présente pas non plus de problème de santé fonctionnelle et est considérée comme autonome, socialement active et économiquement indépendante. Bref, l'époque où la vieillesse était synonyme de dépendance apparaît révolue pour une partie de la population âgée de 65 ans et plus.

Une perte d'autonomie plus tardive

Cette évolution semble se répercuter également dans l'utilisation des services. De fait, plus de 83% des interventions réalisées en 2009-2010 par les services à domicile du programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) des CSSS l'ont été auprès des personnes âgées de 75 ans et plus. Ces différences se font aussi sentir en matière d'hébergement. En 2009, la majorité (96,3%) des personnes âgées de 65 ans et plus demeuraient à domicile (traditionnel ou résidence privée avec services).

C'est donc vers l'âge de 75 ans que l'impact du vieillissement commence à se manifester davantage. Ne pas y être attentif risque de contribuer à une détérioration accrue de l'état de santé et de l'autonomie de la personne âgée entraînant des interventions en situation d'urgence du réseau de la santé et des services sociaux.

**75 et + =
83% des
interventions
à domicile**

**Pour les
65 et +
96,3%
demeurent
à domicile**

**75 ans
Le point
tournant**

Chaque personne
est importante.

**Clientèle desservie par les services à domicile
du programme perte d'autonomie liée au vieillissement
selon les catégories d'âge (2009-2010)**

	Personnes âgées de 50 ans et -	Personnes âgées de 50 à 64 ans	Personnes âgées de 65 à 74 ans	Personnes âgées de 75 à 84 ans	Personnes âgées de 85 ans +	Total 75 ans +
% usagers différents desservis	1,7 %	5,5 %	16,5 %	42,9 %	33,4 %	76,3 %
% interventions réalisées auprès des usagers	0,2 %	2,4 %	13,7 %	44,5 %	39,2 %	83,7 %

Le premier choix des aînés: Le domicile

Plus que le simple résultat de décisions politiques, le domicile représente aussi le premier choix des aînés. Depuis plusieurs années, divers sondages viennent en effet confirmer le souhait des personnes âgées de demeurer chez elles. Une tendance qui est là pour rester s'il faut en croire le point de vue des baby-boomers sur la question.

De fait, la très grande majorité (96,3%) des personnes de 65 ans et plus demeurent à domicile (traditionnel ou résidence privée avec services) et ce n'est que vers 85 ans que des changements surviennent en matière d'habitation, comme en témoigne le tableau suivant.

Lieux d'habitation ou d'hébergement des personnes âgées

2009	65-74 ans	75-84 ans	85 ans +	Total
Domicile traditionnel	96,4 %	83,2 %	60,9 %	87,6 %
Résidence privée avec services R.P.A.	2,4 %	12,5 %	26,1 %	8,7 %
Ressource de type familial	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
Ressource intermédiaire	0,2 %	0,5 %	1,4 %	0,5 %
CHSLD	0,8 %	3,6 %	11,3 %	3 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Une étude rendu publique en 2010 par l'Association provinciale des constructeurs d'habitations du Québec (APCHQ) et la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) confirme en effet l'intention des baby-boomers de conserver leur domicile actuel le plus longtemps possible. L'attachement au domicile est tel que, selon le sondage CROP-AQESSS réalisé au printemps 2010, même advenant une perte d'autonomie, la majorité des baby-boomers (78%) souhaitent pouvoir y demeurer, moyennant l'aide de services publics et privés.

Un réseau qui ne suffit plus à la tâche

Encore faut-il pouvoir compter sur les services requis dans la communauté. Au Québec, en 2008-2009, l'investissement dans les services à domicile ne comptait que pour seulement 2% des dépenses totales du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plus significatif encore, ces services ne représentaient que 18% des dépenses totales du programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) comparativement à 82% pour l'hébergement.

18% SAD

82% héberg.

Sur le terrain, le manque à gagner se fait sentir. Les directeurs des programmes eux-mêmes confirment la difficulté des équipes de soutien à domicile à répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Le défi semble particulièrement grand lorsqu'il s'agit d'intensifier les services en amont pour éviter les séjours inappropriés à l'urgence et le recours prématuré à l'hébergement de longue durée.

Le maintien dans la communauté suppose également la mise en place de services de première ligne adaptés, notamment en ce qui a trait à l'accès à un médecin. Selon les CSSS participants au sondage de l'AQESSS, 76% de la clientèle des services à domicile dispose d'un médecin de famille. Toutefois, même lorsqu'ils sont présents, rares sont les médecins de famille qui font des visites à domicile. Les difficultés d'accès à un médecin ont contribué à une augmentation de 15,8% du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus sur civière à l'urgence hospitalière entre 2005-2006 et 2009-2010.

**76% ont un
médecin**

On estime, en outre, qu'une hospitalisation sur trois des personnes âgées fragiles est reliée à un problème de pharmacothérapie. Dans 57% des cas, ces problèmes étaient jugés évitables. Le suivi de la médication aurait par conséquent lui aussi avantage à être revu. Finalement, pour la même période, soit de 2005-2006 à 2009-2010, la durée moyenne de séjour des personnes âgées de 75 ans et plus en milieu hospitalier a augmenté de 17,4%. En plus des coûts considérables occasionnés au système de santé et de services sociaux, la durée de séjour entraîne irrémédiablement des impacts négatifs sur l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée hospitalisée au point de souvent compromettre son retour à domicile.

**57% des cas
problème de
médication
évitable**

**D.M.S. pour
les 75 et + a
augmenté de
17,4%**

En d'autres termes, faute de ressources, les personnes aînées à domicile sont très souvent contraintes d'opter précocement pour l'hébergement.

Une demande en hausse

Si rien n'est fait pour modifier l'offre de service de première ligne aux personnes âgées, la hausse de la demande en hébergement fera littéralement exploser les coffres. De fait, les projections quant à l'augmentation des demandes d'hébergement sont telles que, dans l'hypothèse du maintien du nombre de lits actuels (33 900 en 2009) et d'un taux d'admission (roulement) annuel très conservateur de 30%, la quantité de lits disponibles en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sera insuffisante dès 2012. Le manque à gagner pourrait atteindre 7 124 lits d'ici 2017. Avec des frais de fonctionnement annuels moyens de 60 000\$ par lit (excluant la contribution de l'utilisateur), c'est 427 millions que l'État devrait investir pour satisfaire aux besoins, en plus des coûts pour de nouvelles constructions. Une somme difficilement justifiable dans le contexte budgétaire actuel.

**Augmenter le
nombre de
lits ou bien?**

Reconnaître et soutenir les proches aidants

On estime qu'au Québec, 70% à 85% de l'aide apportée aux personnes en perte d'autonomie provient de proches aidants. Quelque 300 000 personnes remplissent ce rôle auprès d'aînés, permettant à ceux-ci de demeurer à domicile. La responsabilité principale de procurer l'aide et les soins à une personne âgée ayant des incapacités revient le plus souvent à un ou parfois deux membres de la famille. Les femmes sont majoritairement (75 à 80%) représentées dans ce rôle.

**Des femmes
proches
aidantes**

Concilier la vie familiale, la vie professionnelle et sociale tout en cumulant ses engagements auprès du parent ou du conjoint est exigeant. Cette lourde tâche peut à son tour occasionner des problèmes de santé physique ou même créer de la détresse psychologique chez l'aidant. Or, plusieurs études démontrent que les proches tardent généralement à demander de l'aide et n'ont recours aux services formels de soutien qu'en dernier ressort. Une des raisons évoquées pour expliquer ce phénomène est le manque de flexibilité des services ou encore le faible niveau d'adaptation des services pour répondre à leurs propres besoins.

**Des services
souples?**

Des attentes claires

Pourtant, lorsqu'ils sont interrogés sur leurs besoins de soutien, les proches aidants énoncent clairement leurs attentes. La nécessité d'être mieux informés sur la condition de santé de leur proche et d'être secondés dans la coordination des services requis par cet état de santé arrive en premier lieu, suivi, non loin derrière par le désir de participer à la prise de décisions les concernant, notamment lors du congé hospitalier. Les aidants réclament par ailleurs d'être soutenus financièrement pour leur permettre d'avoir accès à des services de répit et de gardiennage. En bref, les proches aidants se disent en quête de reconnaissance et de soutien.

**Informer
Seconder
Décider
(Répit)**

Au jour le jour, les attentes des aidants et des familles à l'égard des services publics concernent essentiellement l'aide instrumentale requise pour les activités de la vie quotidienne (hygiène, habillement, etc.) et les activités de la vie domestique (entretien ménager, cuisine, etc.). Les proches aidants s'attendent à une qualité de services et à une stabilité du personnel. Cette attente s'adresse à tout le personnel offrant l'aide formelle, mais particulièrement au personnel des agences privées de services à domicile ou des entreprises d'économie sociale en aide domestique.

**Aide pour
AVQ/AVD**

**Stabilité du
personnel**

Chaque personne est importante.

En conclusion

L'AQESSS dans son document sur le vieillissement conclut que:
« L'observation du fonctionnement actuel du réseau de la santé et des services sociaux démontre que le « statut quo » ne constitue pas une option valable. Il faut donc dès maintenant amorcer le virage qui s'impose afin d'être en mesure d'absorber le choc de la vague déferlante des baby-boomers qui franchiront l'âge de 65 ans ».

Virage

En raison des défis que comporte ce virage, le vieillissement de la population interpelle l'ensemble de la société québécoise. Comme premier acteurs, bien sûr, le réseau de la santé, celui-ci ne peut agir seul...

Au début mars 2001, le Centre-du-Québec a annoncé la mise en œuvre d'un plan de service intégré pour les personnes âgées et l'élaboration de la politique vieillir chez soi qui sera déposée.

Le document de référence qui a inspiré majoritairement cette présentation est celui produit par l'AQESSS portant sur le « Vieillissement » 2011.

Pour y avoir accès: Web//aqesss.qc.ca

16