

Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique¹

Louise Lafortune, François Béland et Howard Bergman

Introduction

La capacité des systèmes sociosanitaires à répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes âgées est un des enjeux au cœur du débat sur la pérennité du financement public en santé. La rhétorique dominante, souvent alarmiste, attribue au vieillissement démographique une part importante de la croissance des dépenses de santé. Elle est nourrie, entre autres, par le stéréotype d'une population âgée caractérisée par un mauvais état de santé, ou tout au mieux par la fragilité. Le « bon sens » commun en conclut que l'augmentation du nombre et du pourcentage de personnes âgées doit se traduire par une pression intenable sur le système public (Gee 2000). Pourtant, l'âge en soi contribue peu à l'augmentation des dépenses de santé. D'une part, les coûts des services médicaux et hospitaliers semblent liés aux affections chroniques graves et à l'approche du décès plutôt qu'à l'âge (Payne 2007). D'autre part, la fragilité, les incapacités et la dépendance augmentent surtout les coûts des services de longue durée (SLD) qui, au Canada, ne sont que partiellement couverts par les programmes publics d'assurance (Berta 2006). Ces observations traduisent un fait que l'on a tendance à oublier: l'accroissement du nombre de personnes âgées détermine en partie l'impact du vieillissement sur les dépenses publiques de santé, mais la relation entre l'état de santé des personnes âgées et les moyens utilisés pour répondre à leurs besoins est le véritable moteur de l'augmentation des coûts.

L'état de santé des personnes âgées est hétérogène et toute la population âgée n'utilise pas tous les services de santé. En effet, quoique le vieillissement de la population s'accompagne d'une proportion accrue de personnes qui ont une maladie chronique et des signes de fragilité, la majorité d'entre elles ne déclarent pas d'incapacité (Saucier 2001). La forte utilisation des services sociaux et de santé se concentre donc dans une portion restreinte de la population âgée. Typiquement, les personnes qui requièrent le plus de services ont des problèmes de santé chroniques ponctués d'épisodes de problèmes aigus qui, lorsqu'ils se manifestent dans un contexte d'isolement social et de difficultés économiques, amplifient leurs conséquences et augmentent le recours aux programmes médicaux et sociaux (Bergman 1997). Au-delà du suivi médical régulier des affections chroniques, le point de bascule pour l'utilisation et les coûts des services se situe là où la multichronicité s'accompagne de limites fonctionnelles et d'incapacités. À ce point, la prestation de services appelle une approche multidisciplinaire qui puisse répondre aux multiples besoins médicaux et sociaux. Plus la situation est complexe, plus elle crée une interdépendance

¹ Cet article est un résumé du chapitre 16 de l'ouvrage François Béland, André-Pierre Contandriopoulos, Amélie Quesnel-Vallée et Lionel Robert, dir., *Le privé dans la santé : les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008.



des services qui proviennent des programmes publics, du secteur privé, et aussi des familles et des proches qui offrent la plus grande partie du soutien que ces personnes requièrent.

Dans le système québécois de santé, le point d'ancrage des défis du vieillissement se situe à la jonction des besoins complexes des personnes âgées, de la prestation et du financement des services. En dépit des réformes mises en place, le décalage existe toujours entre l'organisation, le financement, la prestation de services axés sur le court terme et le curatif, et les besoins continus de prévention, de guérison et de maintien des personnes âgées fragiles et dépendantes. La question que l'on pose est la suivante : quel modèle d'organisation et de financement faut-il mettre en place pour répondre aux besoins de cette population? Les solutions préconisées consistent à compléter l'architecture du système par une meilleure intégration des services sur tout le continuum de soins et de soutien et par un financement élargi des services de soins de longue durée.

La mythologie des services à domicile

Placées devant les changements démographiques et les pressions fiscales, les sociétés développées ont déployé depuis 25 ans une variété de stratégies qui favorisent les soins à domicile et limitent l'hébergement médicalisé (Merlis 2000). En dépit d'une première vague de résultats mitigés, les évaluations ont montré que les soins à domicile réduisent l'hospitalisation et l'hébergement (Hollander 2007; Hughes, 1997). Une étude de la rentabilité des soins à domicile au Canada a toutefois démontré qu'elle varie selon que l'on parle des soins de courte ou de longue durée (Hollander 2002). D'une part, les soins à domicile de courte durée comme substitut à l'hospitalisation ne sont pas nécessairement moins chers et leur impact sur les résultats de santé sont incertains. D'autre part, les services de maintien et de soutien à domicile sont moins coûteux, plus efficaces et avantageux que l'hébergement médicalisé (Hollander 2002; Hughes 1997).

Plusieurs groupes de travail ou commissions gouvernementales sur la santé ont proposé de renforcer les services à domicile de courte durée pour contrôler les coûts (Romanow 2002; MSSS 2003; McAdam 2000; Clair 2000). Le continuum de services de longue durée pour les personnes âgées fragiles ou avec incapacités a soulevé moins d'intérêt, bien qu'il soit le plus à même de répondre judicieusement à leurs besoins et de diminuer l'utilisation des services institutionnels. On l'invoque dans les discours sur le poids du vieillissement sur les finances publiques, mais il se retrouve rarement dans les énoncés de solutions (Berta 2006, Duncan 2006, Motiwala 2005). On doit dire, cependant, qu'au Québec, la Commission Clair a proposé l'implantation d'un système intégré de services pour les personnes âgées fragiles qui donnait une large place à ces services (Clair 2000) – sans que suite soit donnée à cette recommandation.

Il ne suffit cependant pas d'ajouter des services à domicile à un réseau de services fragmentés. On doit tenir compte du fait qu'il est difficile de réaliser des substitutions judicieuses des services institutionnels par des services de proximité lorsque ceux-ci ne font pas partie d'un système intégré plus large au sein duquel les incitations et les mécanismes de coordination sont en place pour les favoriser. Les gains d'efficacité, de qualité et d'équité viendront de la mise en place de pratiques organisationnelles, financières et cliniques qui favorisent une réponse coordonnée aux



besoins des personnes âgées, notamment les plus fragiles.

De la fragmentation à l'intégration des services

Les réponses probantes aux besoins des personnes âgées exposées à des risques sanitaires et sociaux multiples sont caractérisées par l'interdépendance des intervenants, des milieux de soins et des sources de financement. La nécessité d'intégrer diverses sources et types de services s'impose au moment même où ces personnes ont perdu les capacités physiques et cognitives pour l'entreprendre. Dans ce contexte, la mobilisation judicieuse des ressources exige une bonne communication et la flexibilité qu'un système fragmenté peut difficilement assurer. La fragmentation crée des incitations financières et des frontières organisationnelles qui entravent l'utilisation des moyens les plus adaptés et les moins coûteux. Cela se manifeste, entre autres, par un recours aux services en établissement encore trop fréquent; par une sous-utilisation du soutien à domicile; par un nombre important de patients en attente d'hébergement médicalisé dans les hôpitaux de courte durée avec comme effet la réduction de l'accessibilité; et le débordement à l'urgence (Bergman 1997). Pour ces personnes, la solution consiste à changer le type de services qu'elles utilisent et la façon dont ils sont offerts. Le concept d'intégration est au cœur de cette démarche.

Les systèmes intégrés: le poids des données probantes

L'intégration des services peut être définie de la manière suivante (Béland 2010):

« L'intégration est une conjonction de services sociaux et de santé qui vise à répondre aux besoins des personnes âgées fragiles; elle est conçue pour aligner les incitations et modalités financières, administratives et de gestion clinique sur les pratiques cliniques d'une équipe responsable de la santé et de la prestation des services. »

En pratique, les différentes conjonctions de services se traduisent en quatre types d'association: la coopération, la collaboration, la coordination et l'intégration (Béland 2006a). Si on les place sur un continuum (voir le tableau 1), on comprend que la coopération implique une entente sur les objectifs; la collaboration y ajoute des ententes sur les ressources et les contrôles. Pour la coordination, les ententes s'étendent sur les processus de décision. Et enfin, l'intégration se réalise avec un alignement de l'offre de soins, de la gestion et du financement.

Tableau 1 - Formes d'association (Béland 2006a)

La coopération: Un processus par lequel des entités orientent leurs actions, bâtissent des relations, travaillent ensemble vers l'obtention de résultats collectifs, de gains ou de bénéfices mutuels, tout en cherchant la réalisation de leurs propres objectifs et en conservant leur autonomie.
La collaboration: Une relation de coopération avec des obligations contractuelles et des structures formelles de contrôle.
La coordination: Un processus d'ajustement des décisions et d'actions collectives qui opère par la maximisation de la globalité, et la compatibilité et de la coopération entre les éléments

d'un système. La coordination s'organise autour de processus d'échange d'information et d'interventions cliniques formalisés dans des ententes contractuelles. Les objectifs des organisations et des prestataires de services sont partagés, les moyens pour les atteindre spécifiés, la responsabilité de chacun définie et les critères d'appréciation acceptés.

L'intégration: L'intégration est caractérisée par un alignement des processus d'offre de soins, de gestion et du financement qui vise, dans sa forme la plus achevée, l'atteinte d'objectifs sanitaires, administratifs et financiers communs. Cette forme d'association passe par une connaissance de l'état de santé et des besoins de services de la population desservie, l'offre de la gamme de services requis, l'utilisation d'instruments de gestion conséquents et communs (système d'information, appréciation de la qualité et rémunération) et la capacité de maintenir des relations interorganisationnelles nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Plusieurs expériences ont été mises de l'avant pour évaluer l'efficacité et la performance des systèmes de soins intégrés pour les personnes âgées fragiles. Bien que peu de programmes de services intégrés pour personnes âgées atteignent l'idéal que représente l'intégration, les données probantes sur l'efficacité des différentes formes d'associations sont de plus en plus concluantes. Dans certaines conditions, la coordination et l'intégration ont un impact favorable sur l'utilisation des services, les coûts, la qualité de soins, la satisfaction et les effets sur la santé (Béland 2006b, Hollander 2007, Johri 2003, Kodner 2006).

L'expérience-mère des programmes intégrés pour personnes âgées avec incapacité grave est *On Lok*, localisée dans un quartier chinois de San Francisco (Yordi 1985). Le but de ce programme est de maintenir à domicile le plus longtemps possible des personnes admissibles à l'hébergement médicalisé. Il est responsable de la prestation et du financement de l'ensemble des services médicaux et sociaux, en établissements et de proximité. Les éléments pivots en sont le financement par capitation, la gestion de cas, une équipe interdisciplinaire qui assure les services médicaux et sociaux dans un centre de jour. Bien qu'aucun effet n'ait été observé pour les hospitalisations, les adhérents ont reçu plus de services de proximité, ont été moins hébergés et ont bénéficié de coûts totaux inférieurs de 21% à ceux du groupe témoin (Yordi 1985). Inspiré de *On Lok*, *PACE* (Mui 2001) repose sur les mêmes éléments clés avec en plus la pleine intégration des médecins de famille. L'évaluation a démontré que, comparativement à un groupe de personnes âgées qui a refusé l'adhésion, les coûts assumés par le programme public d'assurance santé américain pour les personnes âgées «Medicare» ont diminué (5-10%) pour les participants *PACE* malgré l'absence de réduction de l'hospitalisation et de l'institutionnalisation (Chatterji 1998).

De multiples autres expériences d'intégration des services aux personnes âgées ont eu lieu au cours des années 1980 et 1990, trop nombreuses pour être répertoriées ici (Béland et Hollander 2011). Rappelons les expériences de Rovereto et de Vitterio-Veneto en Italie (Bernabei 1998; Landi 2004) qui visaient à intégrer les soins de proximité. Le projet Darlington en Angleterre visait aussi l'intégration des services de proximité et avait comme objectif spécifique de garder les individus très fragiles dans la communauté (Challis 1991a). Enfin, PROCARE en Europe a procédé à l'évaluation d'une gamme d'expériences de coopération, de collaboration, de coordination et d'intégration des services dans sept pays européens (Billings et Leichsenring

2005). La diversité des expériences et des résultats rend difficile de conclure simplement sur ces expériences. Plus les systèmes de départ sont fragmentés, plus sont intéressants les projets les moins complexes. Arrive cependant un moment où, d'une part, la fragmentation d'un système complexe rend difficile l'implantation d'une véritable intégration et où, d'autre part, cette intégration devient de plus en plus nécessaire pour une offre de services de qualité aux populations âgées avec incapacités graves.

Les expériences québécoises

Au Québec, un seul projet de démonstration a porté sur l'intégration des services aux personnes âgées avec incapacités graves : le projet SIPA (Système intégré pour personnes âgées en perte d'autonomie) implanté dans deux quartiers de Montréal (Béland 2006b, Bergman 1997). SIPA a été implanté comme un service de proximité avec des assises dans les services sociaux et de santé de première ligne.

Le projet SIPA propose un modèle de coordination fonctionnelle avec l'intégration des intervenants et de leur pratique clinique comme fondement mobilisateur. On retrouve donc une équipe multidisciplinaire qui détient la responsabilité des aspects cliniques, organisationnels et financiers de l'ensemble des services sociaux et de santé pour une population définie. Elle s'appuie sur un modèle clinique de gestion de cas et des protocoles interdisciplinaires qui intègrent l'intervention médicale, sociale et de soutien. L'évaluation avec devis expérimental a démontré que l'application du modèle SIPA permet aux intervenants de rejoindre les personnes plus vulnérables (par exemple, les personnes vivant seules) et d'apporter une nette amélioration à l'accessibilité et à l'intensité des interventions de proximité. Les actions coordonnées de l'équipe multidisciplinaire se sont traduites par une réduction significative (33%) des journées d'hospitalisation en soins aigus pour personnes avec incapacités modérées et graves, et une réduction de 50% du nombre de personnes en attente dans un hôpital de courte durée d'une place en hébergement. Des analyses plus fines de l'expérience SIPA ont démontré que les services intégrés ont aussi réussi à diminuer la nécessité de l'hébergement médicalisé chez les personnes moins affectées de maladies chroniques chez celles qui vivent seules. L'investissement plus intense dans la communauté a été compensé par la réduction des coûts des services hospitaliers (Béland 2006b; Bergman 1997).

Un second projet de démonstration a proposé la coordination entre établissements. Le programme PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) a été implanté dans les Bois-Francs (PRISMA Bois-Francs) et en Estrie (PRISMA-Estrie) (Tourigny 2004; Hébert 2003).

PRISMA combine un ensemble d'éléments organisationnels, mais surtout promeut l'utilisation d'instruments de gestion des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les résultats de PRISMA ont montré que la coordination aide à maintenir l'autonomie et la satisfaction des personnes âgées sans augmenter les coûts du système. Le modèle PRISMA prévient la perte d'autonomie et rend plus judicieuse l'utilisation des ressources, particulièrement les services



d'urgence (Hébert 2003).

Globalement, PRISMA et SIPA indiquent qu'il est possible d'améliorer l'efficacité du système en changeant la configuration d'utilisation des ressources sans toutefois augmenter les coûts totaux par personne ni le fardeau des aidants. Il est intéressant de remarquer que les résultats des projets québécois (PRISMA et SIPA) ont été atteints sans financement par capitation et sans la pression exercée par la responsabilité populationnelle. Ces deux éléments sont des moyens et des incitations puissants à la disposition des systèmes intégrés de services aux personnes âgées fragiles pour rationaliser les pratiques, orienter les actions et mobiliser les ressources (Béland 2006a).

Les leçons des projets d'intégration des services

Ces observations illustrent que, malgré les différences importantes dans leur conception, les programmes de soins intégrés qui reposent sur l'intégration ou la coordination de la pratique clinique, des intervenants et de la gestion permettent de rediriger les configurations d'utilisation des services institutionnels vers les services de proximité (Béland 2006b, Johri 2003, Kodner 2006). À l'inverse, les projets qui reposent seulement sur la gestion de cas isolés, tels que *Chanelling* (Martin 2004) et *Social and Health Maintenance Organization* (S/HMO) (Harrington 1991), n'ont pas démontré ces résultats. L'intégration et la coordination semblent donc être les formes minimales d'association nécessaires pour récolter les effets des systèmes intégrés.

Les personnes âgées pour lesquelles les effets de l'intégration sont les plus significatifs ont des incapacités fonctionnelles graves, elles sont hautement fragiles et présentent un risque élevé de recours à l'hébergement et à l'hospitalisation. Ces résultats concordent avec ceux des études qui montrent que pour les personnes les plus à risque d'institutionnalisation, les services à domicile ont le potentiel de générer des économies substantielles à moyen et long terme (Hollander 2007, Leutz 1999). Ce risque social devrait être considéré comme critère d'admissibilité des personnes âgées aux programmes de services intégrés.

Les responsables des pratiques cliniques des services intégrés doivent garantir toute la gamme des services sociaux et de santé nécessaire aux personnes âgées fragiles peu importe où la personne se trouve. En effet, la continuité, la cohérence et l'intégration des actions des différents intervenants sont attribuables à la mobilisation rapide des ressources et à la flexibilité des interventions assurées conjointement par des gestionnaires de cas et des équipes multidisciplinaires. Les structures organisationnelles et les modalités de financement doivent permettre cette fluidité. L'organisation et le financement sont donc au service de la pratique clinique, pas l'inverse.

La réforme des services sociosanitaires de 2003 au Québec ouvre, en théorie, des perspectives intéressantes pour favoriser l'intégration des soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS 2004). Cette réforme se fixe sur des aspects des systèmes intégrés de services qui favorisent leur performance, soit la responsabilité de la santé et de la prestation des services sociosanitaires de la population qui réside sur un territoire déterminé et la définition des personnes âgées comme l'un des groupes cibles. Cependant, la réforme de 2003 a fait une obsession des



fusions d'établissements et des changements aux structures organisationnelles, sans qu'ils soient accompagnés d'une réflexion sur les modalités de financement et surtout sur les transformations des pratiques cliniques. Et ce, malgré une certaine rhétorique qui a fleuri sur la notion de « modèles cliniques » (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2004).

Le financement d'un nouveau risque social

Ce n'est pas tout d'offrir des services sociaux et de santé intégrés aux personnes âgées avec incapacités et atteintes de multiples maladies chroniques. Encore faut-il en assurer l'accès financier.

La Loi canadienne de la santé, à la base du système universel et public d'assurance santé au Canada, ne couvre que les services médicaux et hospitaliers. Tous les autres services de santé, des services infirmiers à domicile aux services dentaires, sont exclus de la loi. Les transferts fiscaux et de points d'impôt du fédéral vers les provinces aux fins de la santé ne visent donc que les services médicaux et hospitaliers. Les provinces restent les seuls maîtres du financement et du développement des autres services de santé. Elles se sont toutes engagées, d'une façon ou d'une autre, dans les services de soutien aux personnes âgées avec incapacités graves, investissant surtout dans deux types de services de longue durée, soit les services à domicile et l'hébergement. Puisque ces services sont exclus de la Loi canadienne de la santé, les provinces ont pu librement et sans menace de sanctions fédérales imposer des tarifs divers et favoriser le développement du secteur privé dans le financement et la prestation des services de longue durée.

Que doit-on faire pour améliorer l'accès à des services de longue durée de qualité tout en assurant l'équité et l'efficacité? Plusieurs pays – dont le Danemark (Stuart 2001), l'Allemagne (Evans-Culler 2000, Arntz 2007), le Japon (Campbell 2003), l'Espagne (Coste-Font 2006) et la Hollande (Portrait 2000) – ont opté pour une couverture universelle des services de longue durée, plus ou moins généreuse. Afin d'assurer l'équité dans la prestation de service (*i.e.* services égaux à besoins égaux), des critères établis à l'échelle nationale et des évaluations individualisées des besoins sont utilisés dans tous les pays où la couverture est universelle. Les mécanismes de financement sont soit à prédominance fiscale (taxes générales et locales), soit de sécurité sociale (provenant des contributions salariales des employeurs et des employés). En somme, tous les programmes universels exigent une contribution des contribuables qui – bien qu'elle soit liée au revenu – n'est pas liée aux besoins ni aux avantages utilisés par les individus.

Les pays qui ont implanté des systèmes publics de financement et de prestation des services de longue durée font face à des défis majeurs. Mais les administrations publiques ont la capacité de les affronter et de les adapter aux exigences du vieillissement de leur population. C'est le cas, entre autres, des programmes de l'Allemagne et du Japon qui, plusieurs années après leur implantation, et malgré des difficultés à contenir les coûts, ont toujours le soutien public et politique (Brunelle 2004, Campbell 2003, Evans-Cuellar 2000). Tous les défis ne sont pas financiers. Mentionnons celui de l'interface entre les services médicaux, les services sociaux et les services informels.

Tous les pays qui ont opté pour une couverture universelle des services ont augmenté les ressources allouées aux services de longue durée, mais les politiques les plus efficaces ont permis, par des incitations financières, une redistribution des sommes provenant des autres secteurs du système de soins, notamment des services institutionnels, vers les services de proximité – comme le projet SIPA en a démontré la possibilité au Québec. L'accroissement des coûts des systèmes publics d'assurance des services de longue durée provient en partie de l'augmentation du nombre de bénéficiaires, mais les modalités d'organisation et de financement de ces services sont aussi en cause. Par exemple, l'opération en parallèle des fonds d'assurance santé d'une part et des fonds d'assurance de services de longue durée d'autre part incite le transfert des patients des services médicaux et hospitaliers vers les services de longue durée, et réciproquement. Comme le montre le cas allemand, le débat est ouvert sur les changements à opérer pour assurer la pérennité des systèmes d'assurance des services de longue durée (Arntz 2007).

De quels types de solutions parle-t-on?

Un continuum de stratégies organisationnelles, financières et cliniques complémentaires existe pour améliorer l'efficacité du système de santé et assurer sa pérennité dans le contexte du vieillissement de la population. Ces solutions permettent de compléter l'architecture du système public de santé afin qu'il soit à même de s'ajuster aux besoins d'une relative minorité de personnes âgées qui nécessitent une combinaison, parfois complexe, de soins et de soutien. « Ce qui est en jeu n'est pas une fatalité démographique ou épidémiologique, mais l'adaptation des pratiques de soins à des besoins donnés, ce qui renvoie à la question générale des choix et des arbitrages à opérer dans les ressources disponibles » (Polton 2006).

Les programmes ou réseaux de soins intégrés ont démontré leur valeur ajoutée pour les personnes âgées exposées à des risques sanitaires et sociaux multiples. Ils permettent de mobiliser plusieurs établissements et intervenants par une combinaison de mécanismes de coordination et d'incitations organisationnels et financiers. À la lumière des barrières liées à la transformation des réalités professionnelles et locales, la réalisation du plein potentiel des systèmes de soins intégrés est toutefois contingente d'un financement et de modalités organisationnelles qui prennent en compte les aspects sociaux et médicaux des besoins des personnes âgées et des régimes d'assurance public.

Les programmes d'assurance universelle de services de longue durée s'inscrivent dans les réformes des systèmes publics de santé qui privilégient l'utilisation flexible des services de proximité. Combinés, les programmes de soins intégrés et la couverture des services de longue durée favorisent un continuum de services individualisés en rétablissant la cohérence des actions des différents intervenants, organismes, établissements et sources de financement. Ils permettent aussi de faire une plus grande place aux principes de prévention sur lesquels repose la réforme des soins primaires, tant au Québec que dans le reste du Canada. Enfin, ils offrent le potentiel d'intervenir en amont des conséquences de la fragilité et des maladies chroniques en ouvrant la porte à une panoplie d'interventions cliniques et sociales qui ont démontré leur efficacité à

améliorer la qualité des soins, l'état de santé, la satisfaction et les coûts mais qui demeurent sous-utilisées (Markle-Reid 2003).

Ce qu'il faut comprendre c'est que ces solutions sont interdépendantes. La façon dont les systèmes de soins sont organisés et structurés ont des impacts importants sur l'efficacité et l'efficience des pratiques. Les modes et les incitations financiers sont intrinsèquement liés à la capacité à réaliser l'intégration. Ainsi, il faut à la fois un alignement clinique, organisationnel et financier doublé d'un alignement des services médicaux et sociaux. Ces deux formes d'intégration sont essentielles à l'achèvement d'un système de soins de santé durable. Elles incitent les acteurs des secteurs médical et social à coopérer plus étroitement afin de mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour améliorer l'accès, l'efficience, la continuité et la qualité des services. De meilleures coordination et intégration sur tout le continuum de soins et de services sont incontournables pour assurer aux personnes âgées l'accès à des programmes de soins performants qui utilisent des interventions efficaces tout en leur permettant de vivre dans la communauté le plus longtemps possible.

Conclusion

Réduire le rôle du secteur public dans le domaine des services de santé change la distribution du fardeau des bien-portants vers les malades, mais pas le poids total de ce fardeau qui pèse sur l'économie tout entière d'une contrée. La seule façon de réduire le fardeau total, et sa part relative, est d'améliorer l'efficience du système et de réduire, sinon le nombre, du moins le rythme d'augmentation des utilisateurs de services. Pour ce faire, il faut introduire des incitations qui favorisent l'utilisation judicieuse des ressources et l'exploitation de données probantes sur l'efficacité des interventions qui contribuent à prévenir la dépendance. Les projets de démonstration sur les systèmes de soins intégrés, les stratégies mises en place par les pays européens pour financer les services de longue durée offrent des leçons importantes à cet égard. L'implantation de solutions adaptées au contexte québécois est exigeante mais possible. Puisse la réforme de structure de 2003 permettre l'articulation de projets cliniques locaux qui complètent l'architecture du système public afin qu'il réponde aux besoins de la population.

Bibliographie

Arntz, Melanie *et al.* (dir.). 2007. *The German Long-term Care Insurance: Structure and Reform Options*. Bonn, Institute for the Study of Labor.

Béland, François *et al.* (dir.) 2006a. « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles: une expérience québécoise », dans Gaétan Morin, *Le système sociosanitaire au Québec: gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Chenelière Édition, 219-242.

Béland, François *et al.* 2006b. « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada », *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, vol. 25, no 1, 5-24.

Béland François. 2010. « Intégration des services (gériatrie) », International Encyclopedia of Rehabilitation, <<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/266/>>, consulté, 20 juillet 2011.

Belling J et Leichsenring K. 2005. Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Vienne, European Centre Vienna, Ashgate <www.euro.centre.org/data/1137078796_3412.pdf> consulté le 20 juillet 2010.

Bergman, Howard *et al.* 1997. « Care for Canada's Frail Elderly Population: Fragmentation or Integration? », Canadian Medical Association Journal, vol. 157, no 8, 1116-1121.

Bernabei, Roberto *et al.* 1998. « Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in the Community. British Medical Journal, vol. 316, no 7141, 1348-1351.

Berta, Whitney *et al.* 2006. « A pan-Canadian Perspective on Institutional Long-Term Care », Health Policy, vol. 79, no 2-3, 175-194.

Brunelle, Yvon. 2004. *L'assurance santé de longue durée: enseignements de trois systèmes à "succès différents"*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Campbell, John Creighton et Naoki Ikegami. 2003. « Japan's Radical Reform in Long-Term Care », Social Policy and Administration, vol. 37, no 1, 21-34.

Challis, David *et al.* 1991. « An Evaluation of an Alternative to Long-Stay Hospital Care for frail Elderly Patients: I. The Model of Care », Age and Ageing, vol. 20, no 4, 236-244.

Chatterji, Marchetta *et al.* (dir.) 1998. « Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration: the Impact of PACE on Participants Outcomes » dans Abt Associates, Cambridge.

Clair, Michel. 2000. *Les solutions émergentes: rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Coste-Font, Joan et Conceptio Patxot. 2000. « The Design of the Long-Term Care System in Spain: Policy and Financial Constraints. Social Policy and Society, vol. 4, no 1, 11-20.

Duncan, Susan et Linda Reutter. 2006., « A Critical Policy Analysis of an Emerging Agenda for Home Care in One Canadian Province », Health and Social Care in the Community, vol. 14, no 3, 242-253.

Evans-Culler, Alison et Joshua M. Wiener. 2000. « Can Social Insurance for Long-Term Care Work? The Experience of Germany », *Health Affairs*, vol. 19, no 3, 9-25.

Gee, Ellen M et Gloria M. Gutman. 2000. *The Overselling of Population Aging: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges, and Social Policy*, Toronto, Oxford University Press,.

Harrington, R Kane et Robert J. Newcomer. 1991. « Social Health Maintenance Organizations' Service Use and Costs, 1985-89 », *Health Care Financial Review*, vol. 12, no 3, 37-52.

Hébert, Régean *et al.* 2003. « Frail Elderly Patients. New Model for Integrated Service Delivery », *Canadian Family Physician*, vol. 49, no 8, 992-997.

Hollander, Markus J. *et al.* 2007. « Providing Care and Support for an Aging Population: Briefing Notes on Key Policy Issues », *Healthcare Quarterly*, vol. 10, no 3, 34-45.

Hollander Markus J. et Béland François. 2007. *System fo Care Delivery for the Frail Elderly : A Systematic Review*, Victoria, Hollander Analytical Services.

Hollander, Markus J. et Neena L. Chappell. 2002. *Synthesis Report: Final report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*, Victoria.

Hughes, Susan L, Alec Ulasevich et Frances M. Weaver. 1997. « Impact of Home Care on Hospital Days: a Meta-Analysis », *Health Services Research*, vol. 32, 415-432.

Johri, Mira, François Béland et Howard Bergman. 2003. « International Experiments in Integrated Care for the Elderly: a Synthesis of the Evidence », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, no 3, 222-235.

Kodner, Dennis L. 2006. « Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: an Exploration of North American Models and Lessons », *Health and Social Care in the Community*, vol. 14, no 5, 384-390.

Landi, Francis *et al.* 2004. « Comorbidity and Social Factors Predicted Hospitalization in Frail Elderly Patients » *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 57, no 8, 832-836.

Leutz, Walter N. 1999. « Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom » *The Milbank Quarterly*, vol 77, no 1, 77-110.

Markle-Reid, Maureen, Robin Weir et Gina Browne. 2003. *Frail Elderly Homecare Clients: the Costs and Effects of Adding Nursing Health Promotion and Preventive Care to Support Services*. Canadian Health Services Research Foundation.

Martin David C. *et al.* 2004. « A Randomized Controlled Open Trial of Population-Based Disease and Case Management in a Medicare Plus Choice Health Maintenance Organization », *Preventive Chronic Disease*, vol. 1, no 4, 15-26.

McAdam, Margaret. 2000. « Home Care: it's Time for a Canadian Model », *Healthcare Papers*, vol. 1, no 4.

Merlis, Mark. 2000. « Caring for the Frail Elderly: an International Review », *Health Affairs*, 2000, vol. 19, no 3, 141-149.

Motiwalla, Sanobar *et al.* 2005. « First Ministers' Accord on Health Renewal and the Future of Health Care in Canada », *Health & Social Care in the Community*, vol. 2, no 4, 2-9.

Ministère de la santé et des services sociaux. 2003. *Chez soi le premier choix: la politique de soutien à domicile*, Québec, <<http://www.msss.gouv.qc.ca>>.

Ministère de la santé et des services sociaux 2004. L'intégration des services de santé et des services sociaux, <publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/.../04-009-08.pdf>, Québec.

Mui, Ada C. 2000. « The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an Innovative Long-Term Care Model in the United States. *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 13, no 2-3, 153-167.

Payne, Greg *et al.* 2007. « Counting Backward to Health Care's Future: Using Time-to-Death Modeling to Identify Changes in End-of-Life Morbidity and the Impact of Aging on Health Care Expenditures », *Milbank Quarterly*, vol. 85, no 2, 213-257.

Polton, Dominique, *L'économie de la santé et la question du vieillissement de la population: du pain sur la planche*. Lettre du Collège des Économistes de la Santé, décembre 2006.

Portrait, France, Maarten Linbedoom M. et Dorly J. H. Deeg. 2000. « The Use of Long-Term Care Services by the Dutch Elderly », *Health Economics*, vol. 9, no 6, 513-531.

Romanow, Roy. 2002. *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Saucier, Alain et Pierre Lafontaine. 2001. *Prévalence et incapacité dans la population québécoise*, Institut de la statistique du Québec; Enquête québécoise sur les limitations d'activités, p. 73-83.

Stuart, Mary et Micheal Weinrich. 2001. « Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons from Denmark », *The Gerontologist*, vol. 41, no 4, 474-480.

Tourigny, André *et al.* 2004. « Quasi-experimental study of effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly », *Canadian Journal on Aging*, vol. 23, no 3, 231-246.

Yordi, Cathleen L. et Jacqueline Waldman. 1985. « Consolidated Model of Long-Term Care: Service Utilization and Cost Impacts », *The Gerontologist*, vol. 25, no 4, 389-397.

