



Allongement de l'espérance de vie et impact sur la demande de soins et de service

François Béland, Ph.D.
SOLIDAGE

Groupe de recherche Université de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées.



**Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis
Jewish General Hospital**

Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique, Institut Lady Davis
Centre for Clinical Epidemiology and Community Studies, Lady Davis Institute



**Université
de Montréal**

Département d'administration de la santé
Groupe de recherche Interdisciplinaire en santé (GRIS)



McGill

The Dr. Joseph Kaufmann Chair in Geriatric Medicine
La Chaire D' Joseph Kaufman en gériatrie



**Institut
universitaire de
gériatrie de
Montréal**

Centre de recherche

Problèmes...L'échec du succès

- # Accroissement du nombre des personnes âgées et très âgées;
- # Accroissement de la proportion de ces personnes dans la population;
- # La morbidité totale au cours de la vie augmente;
- # Elle se manifeste sous la forme de maladies chroniques;
- # Elle a pour conséquences les incapacités;
- # Les services médicaux se concentrent sur une population âgée en la maintenant ou en pratiquant des interventions héroïques;
- # Le réseau social d'aide à la personne se défait par la déstructuration de la famille et l'introduction des femmes sur le marché du travail;
- # Les coûts des soins et services vont gonfler et ruiner la société entière.

Ce dont qu'il sera question!

- ✦ La thèse de la compression:
 - Ce qu'elle prétend;
 - Ses conséquences.
- ✦ De toute façon, où allons-nous?
 - La démographie;
 - La morbidité et la mortalité;
 - Les services de santé et la population âgée;
 - Les coûts des services de santé.

La compression de la mortalité et de la mortalité de Fries

- # L'hypothèse de la compression de la mortalité et de la morbidité:
 - Est une théorie qui décrit l'évolution de la maladie, des incapacités et de la mortalité;
 - A un impact potentiel considérable sur les politiques de santé;
 - Contredit la vision pessimiste du vieillissement dans nos sociétés;

La compression de la mortalité de Fries

(NEJM, 1980:303:130-135)

Trois postulats:

- L'espérance de vie chez les humains est fixe;
- La maladie chronique peut être retardée;
- Les processus bio-physiologiques du vieillissement peuvent être modifiés.

Conséquences:

- Le nombre de personnes très vieilles n'augmentera pas;
- La période de vigueur physique diminuée se rétrécira;
- Les maladies chroniques s'étendront sur un nombre réduit d'années;
- Les politiques préventives et de réengagement social des personnes âgées sont prioritaires;
- Les besoins de services médicaux décroîtront dans les dernières années de vie.

La rectangularisation de l'espérance de vie

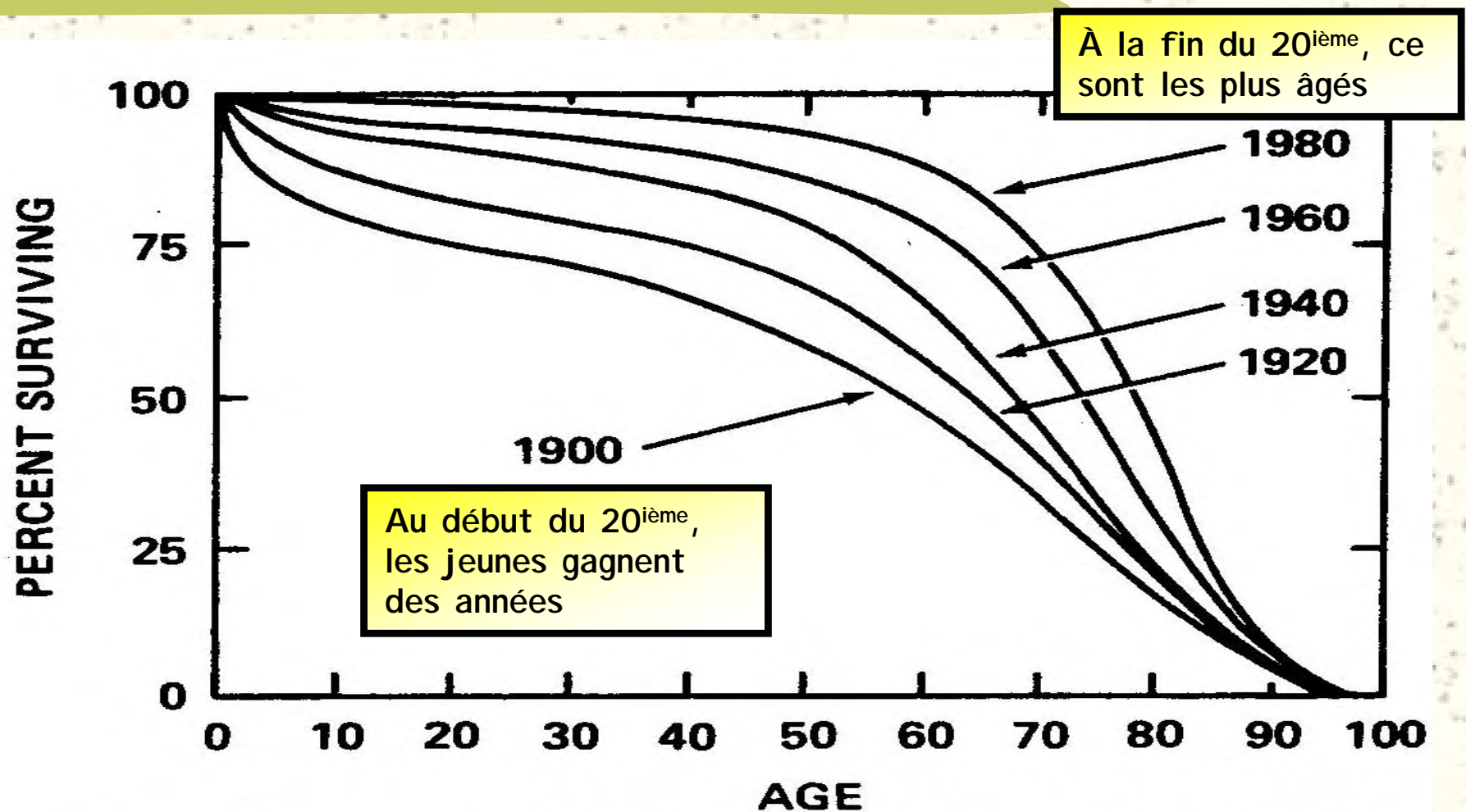


Figure 1. The rectangularization of survival curves in the United States during the 20th century to date. (Reprinted with permission from Fries and Crapo, 1981). Fries, *The Gerontologist*, 1984; 24:356.

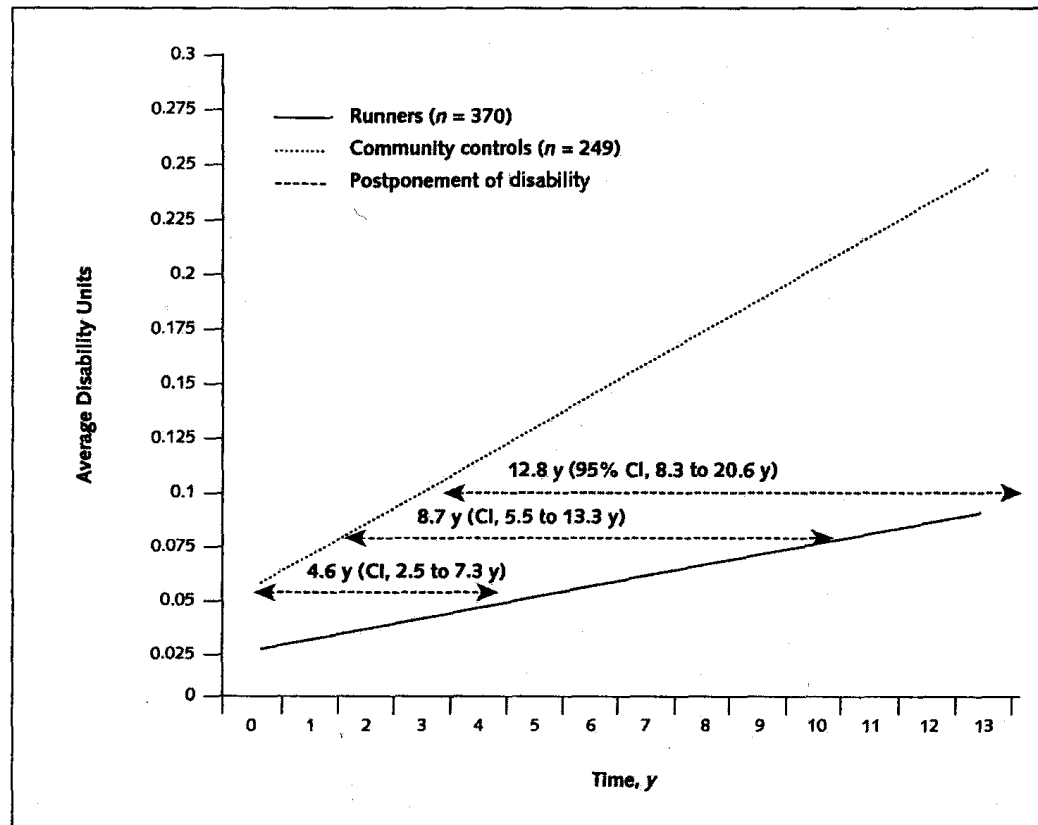
La rectangularisation de la morbidité

- # Transition épidémiologique:
 - Des maladies aiguës aux maladies chroniques;
 - En 1980, la tuberculose, diphtérie, poliomyélite, variole, les infections par pneumocoques avaient diminué de 98% par rapport au début du siècle.
 - Les maladies chroniques sont responsables de 80% des décès.
- # Les maladies chroniques sont mieux attaquées et réduites par des politiques de santé publique qui ont eu des effets:
 - Tabagisme.
- # L'incapacité diminue avec la diminution de l'incidence des maladies chroniques;
- # Dans l'avenir, tout dépend de la capacité de diminuer l'incidence des maladies chroniques chez les 75 ans et plus:
 - Les variations interindividuelles au même âge sont plus importantes que les variations entre classes d'âge.

Exemple de l'efficacité d'une bonne habitude de vie

(Fries, Ann Intern Med, 2003;139:458)

Figure 3. Regression of disability on time period (using bootstrap methods).



Development of disability over a 13-year period from an average age of 58 years in runner's club and community control groups. Linear regression lines are adjusted for covariates and document postponement of disability in the fitness club group compared with controls, with differences increasing over time.

Étude des anciens de l'Université de Pennsylvanie: Comparaison des membres d'une association de coureurs à des non-membres.

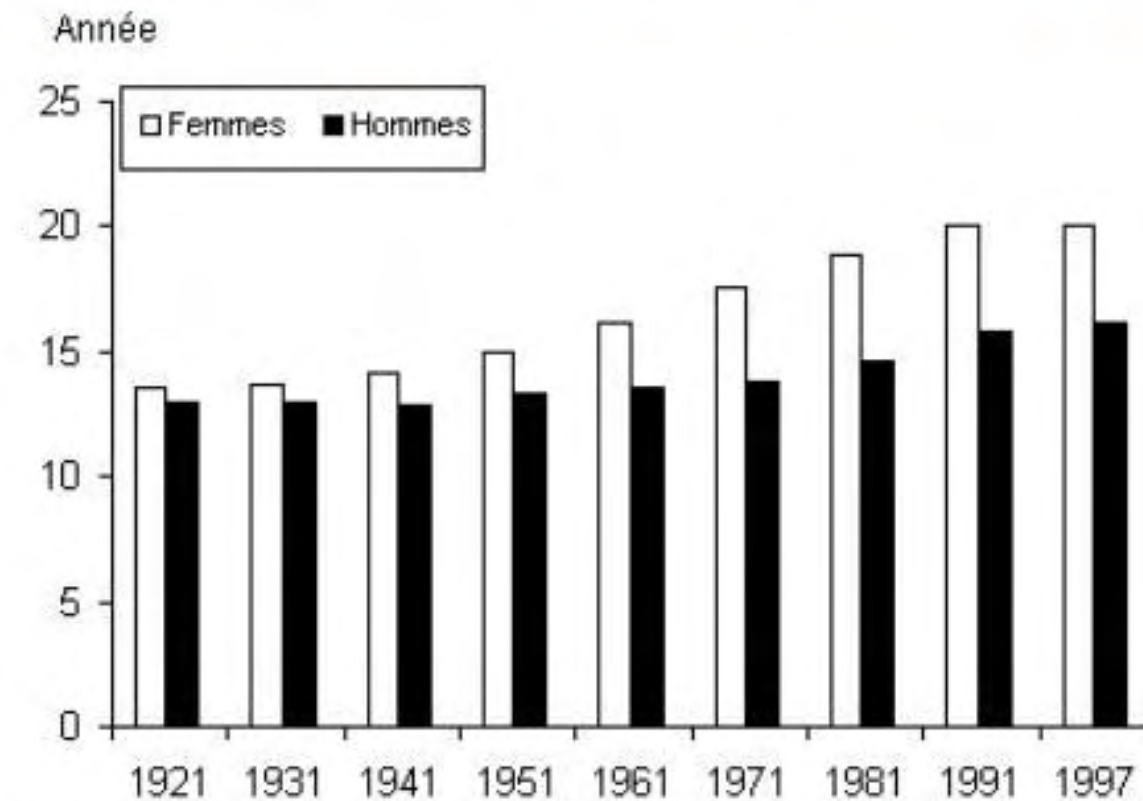
La démographie galopante!



- 1) L'espérance de vie;
- 2) Le vieillissement;
- 3) Les taux de dépendance.

1) L'espérance de vie

Espérance de vie des femmes et des hommes à 65 ans, 1921-1997



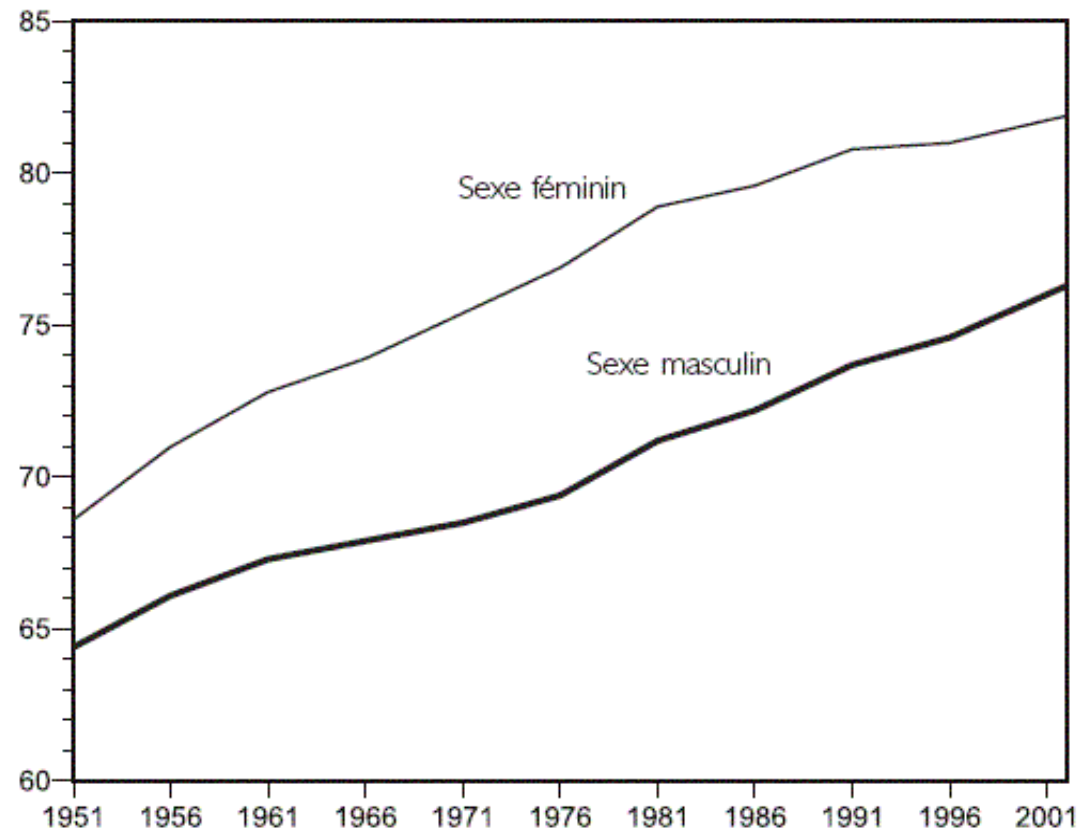
Source : Statistique Canada

Tiré de : Statistique Canada, «L'espérance de vie est plus longue pour les femmes», Les aînés au Canada [En ligne], No 26 (2001), http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/2001/no26_F.htm (Page consultée le 12 juin 2003)

1) L'espérance de vie

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1950-1952 à 2000-2002

Années



Source des données : Statistique Canada (1951-1966) ; Institut de la statistique du Québec (1971-2002).

Tiré de : DUCHESNE, Louis. La situation démographique au Québec : bilan 2003 : les ménages au tournant du XXIe siècle : chapitre 4 : la mortalité [En ligne]. Sainte-Foy : Institut de la statistique du Québec, 2003, chap. 4, p. 57.

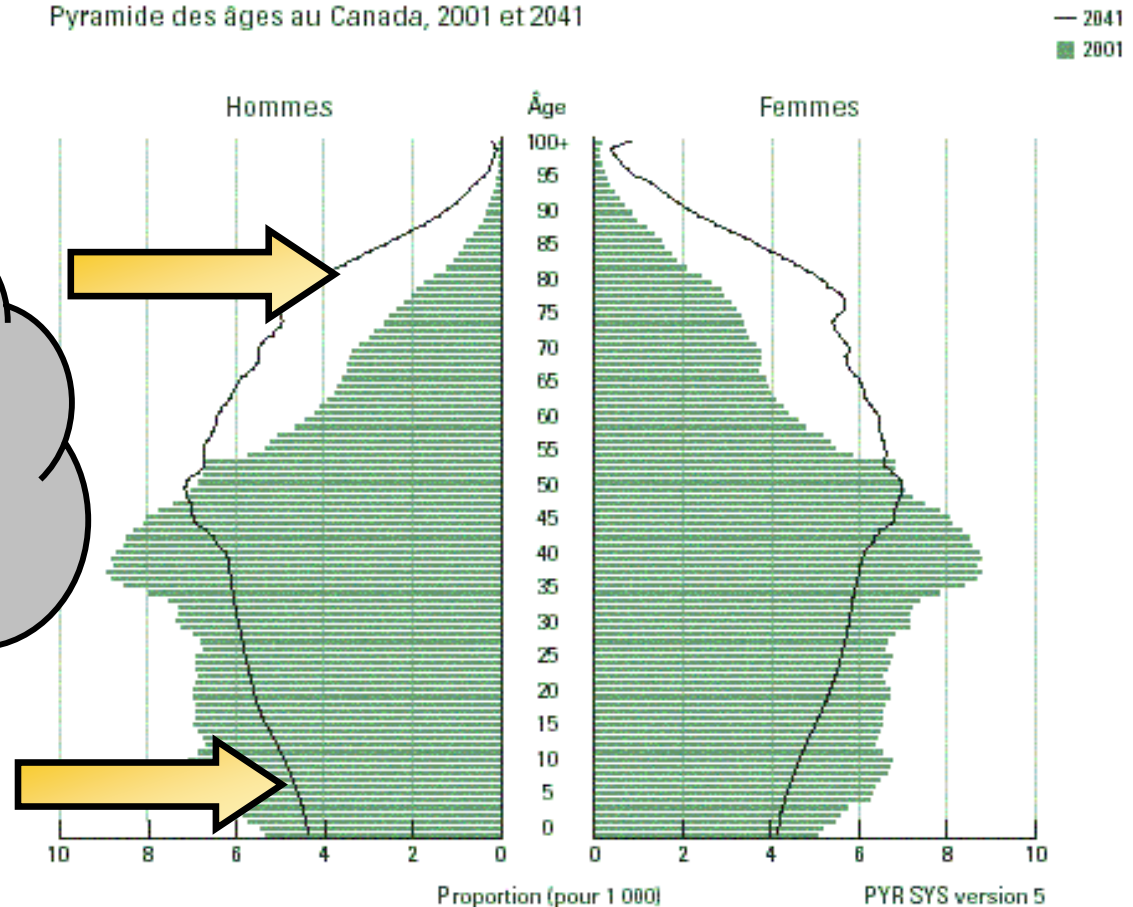
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf/bilan2003_4.pdf (Page consultée le 30 janvier 2004).

2) Le vieillissement

Et c'est ici
que les choses
commencent à
se corser

Graphique 2

Pyramide des âges au Canada, 2001 et 2041



Source des données : Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000 - 2026 [Cédérom]. Ottawa : Statistique Canada, 2001, p.4

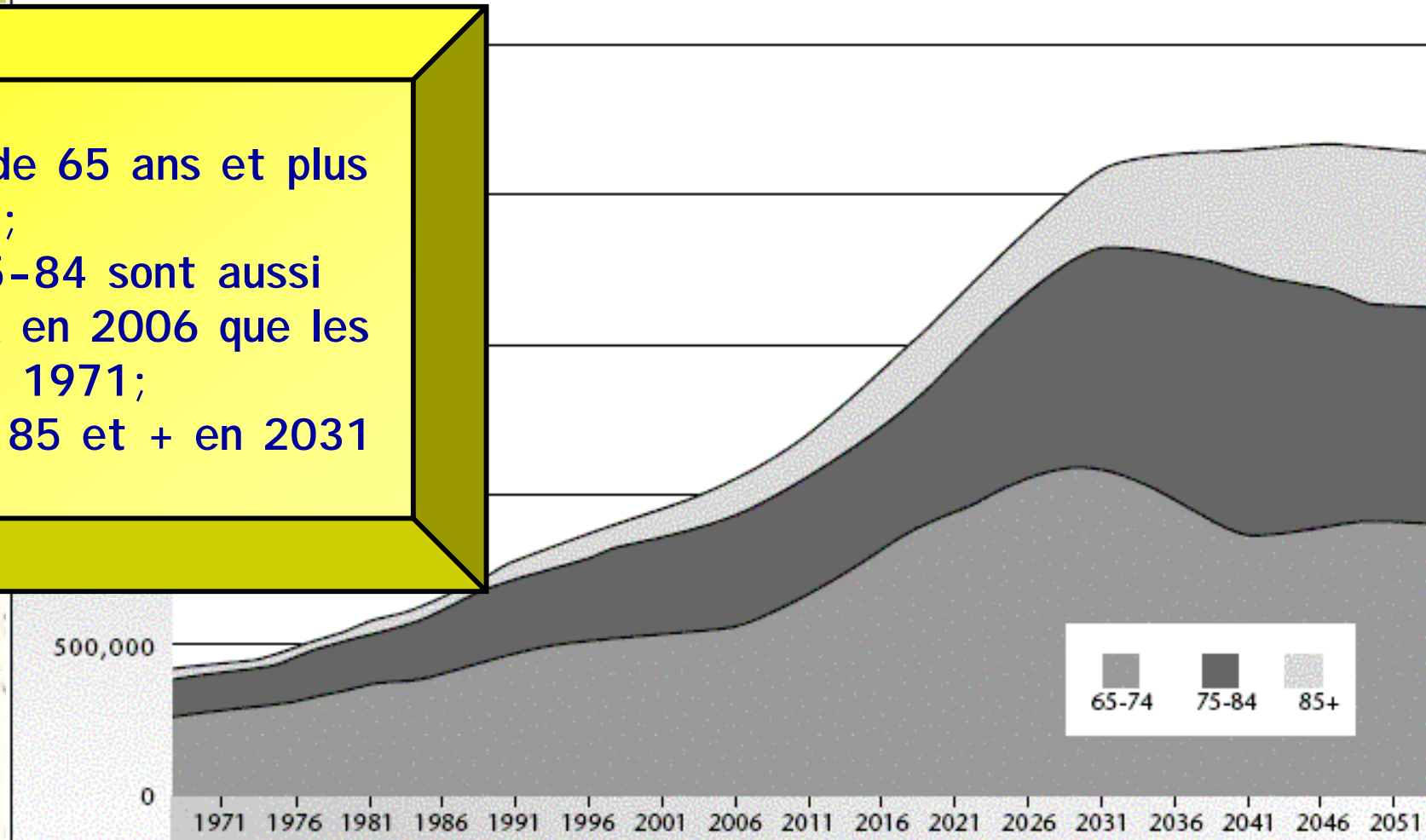
Tiré de : CANADA. SANTÉ CANADA. Vieillir au Canada. Rapport préparé par Santé Canada de concert avec le Comité interministériel sur les questions relatives au vieillissement et aux aînés [En ligne]. Ottawa : Santé Canada, 2002.

http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fed_paper/fedreport1_01_f.htm (Page consultée le 16 octobre 2003)

2) Le vieillissement

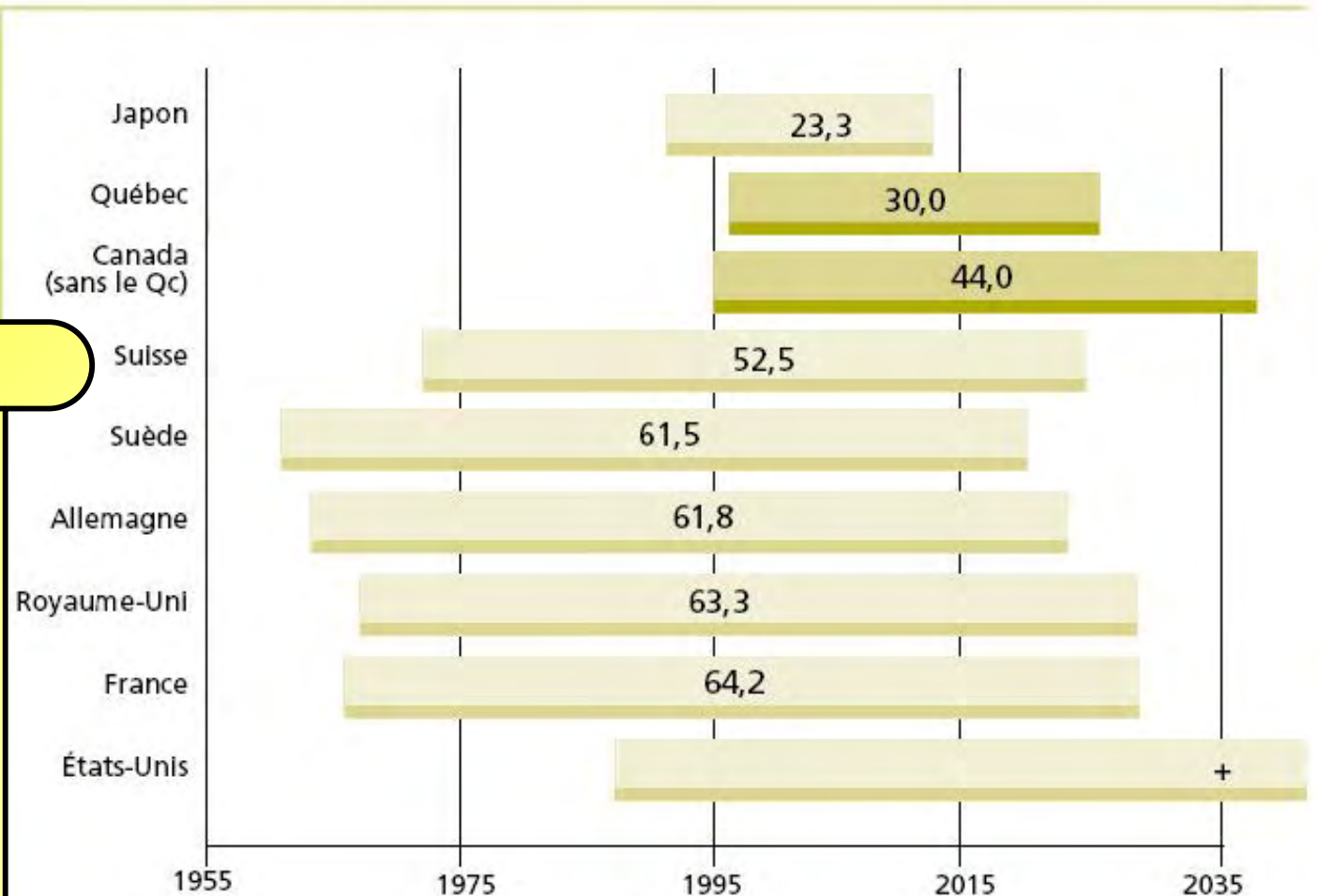
Évolution du nombre de personnes âgées par groupe d'âge, de 1971 à 2051, Québec

- 1) Le % de 65 ans et plus quadruple;
- 2) Les 75-84 sont aussi nombreux en 2006 que les 65-74 en 1971;
- 3) Et les 85 et + en 2031



2) Le vieillissement

GRAPHIQUE 10 Passage de 12 % à 24 % de la part des personnes âgées de 65 ans et plus (En années)

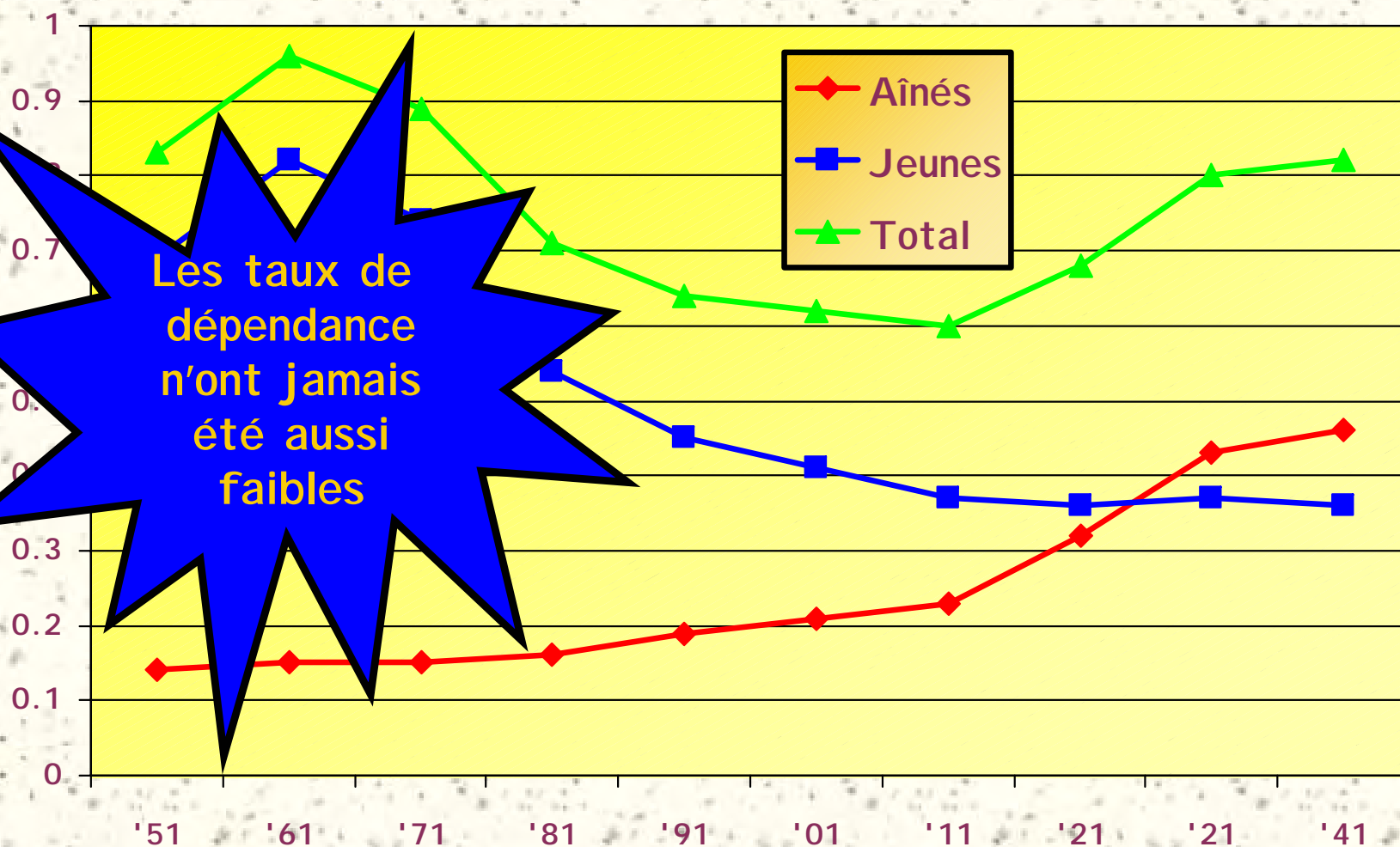


L'argument massue:
le Québec vieillit plus vite qu'ailleurs

Source des données : Québec (Province). Secrétariat du conseil du trésor, 2000

Tiré de : Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (Commission Clair). Les solutions émergentes : rapport et recommandations (Rapport Clair) [En ligne]. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2000, 408 p. http://www.cessss.gouv.qc.ca/page1_f.htm (Page consultée le 19 janvier 2004)

3) Les taux de dépendance au Canada



Source: Denton et al. 1998

La morbidité



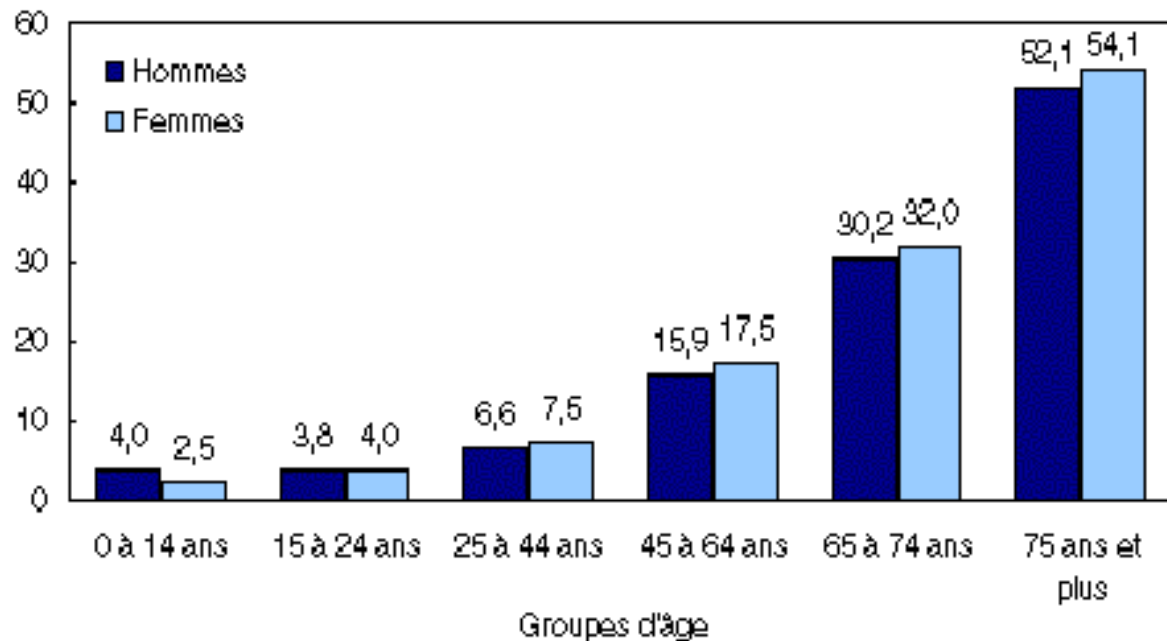
- 1) Les incapacités;
- 2) L'évolution des incapacités;
- 3) Compression de la morbidité sans compression de la mortalité.

1) Les incapacités

Taux d'incapacité selon l'âge et le sexe, Canada, 2001¹

Atteindre
« <http://www>

Pourcentage

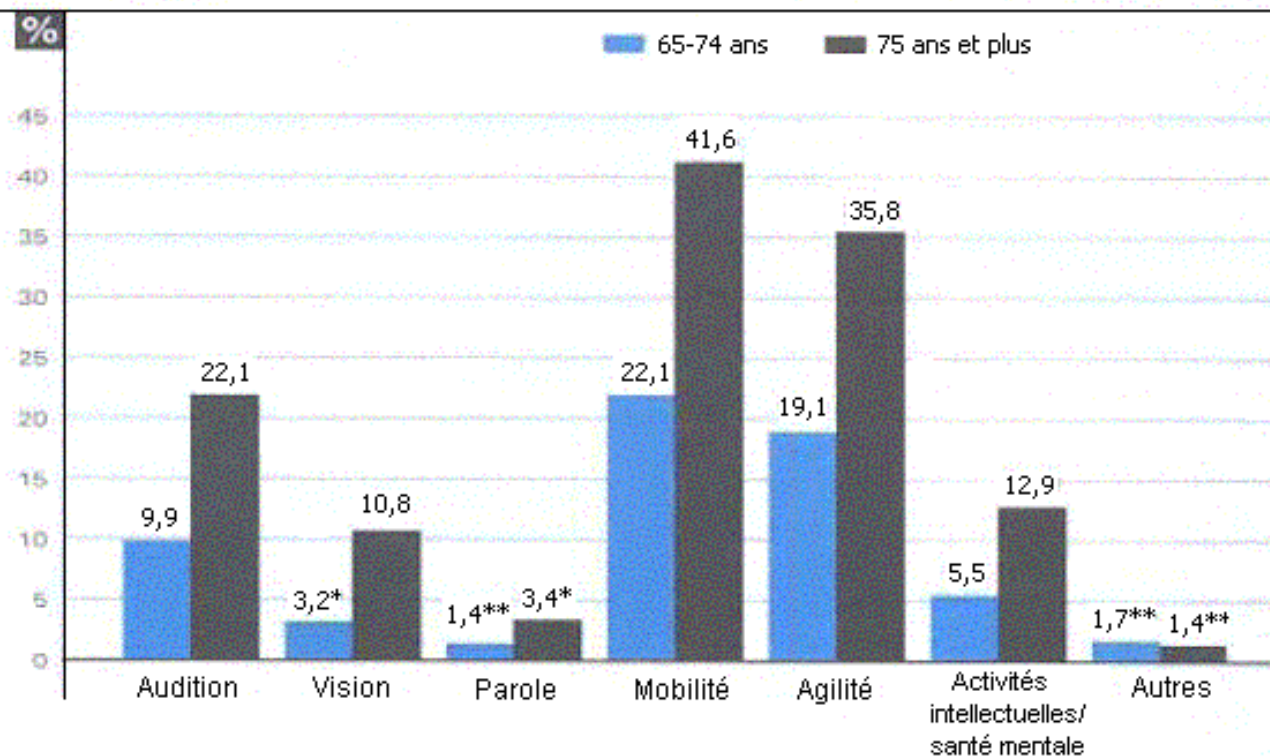


1. Le total pour le Canada exclut le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Du à l'arrondissement des chiffres, la somme des valeurs pour chacune des catégories peut différer du total.

Source: Statistique Canada. «Enquête sur la participation et les limitations d'activités». 2001. [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-577-X/F/charts/chart1_F.htm (Page consultée le 23 juin 2003)

1) Les incapacités

Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998



Note : une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

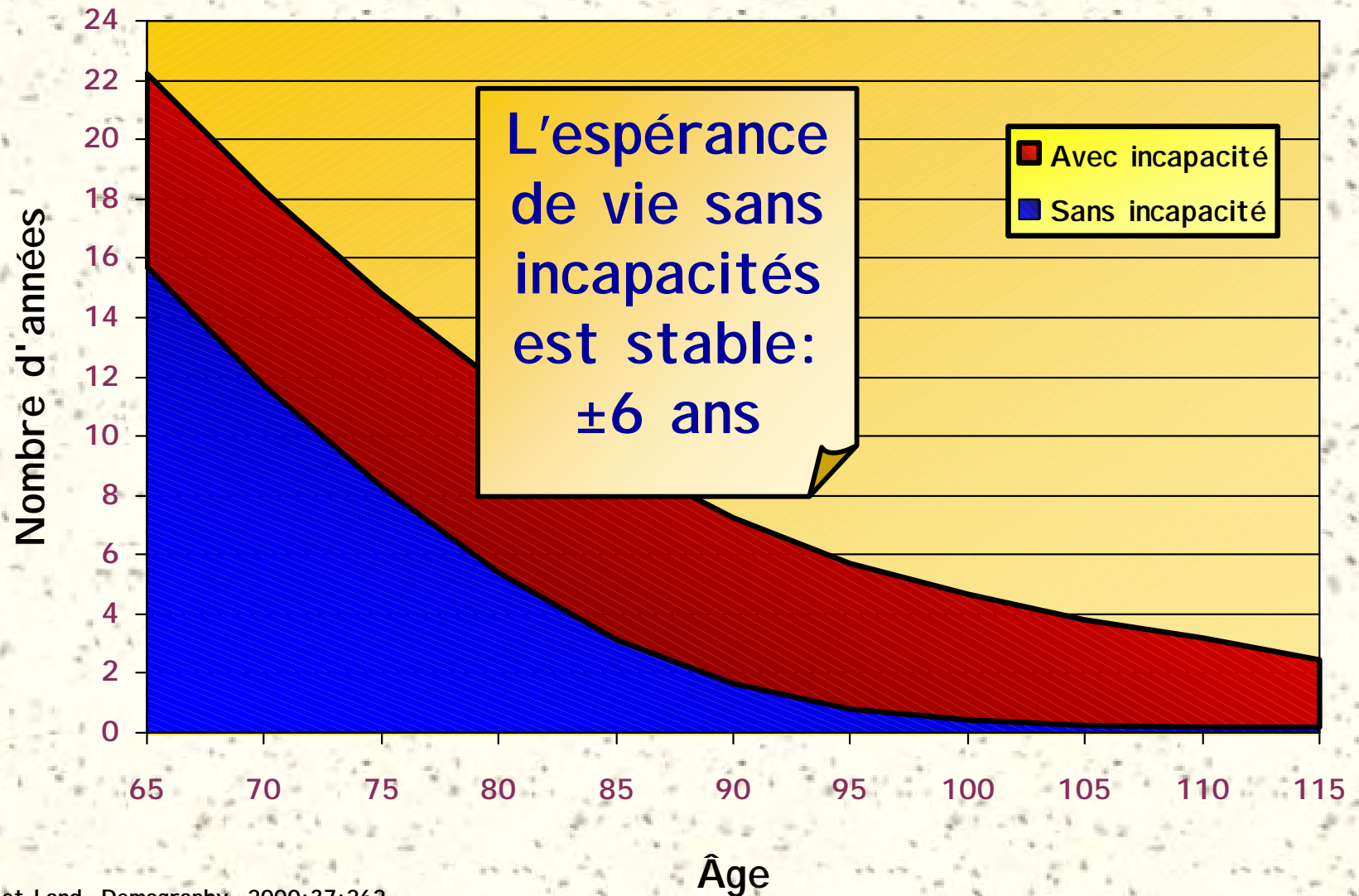
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source des données : Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

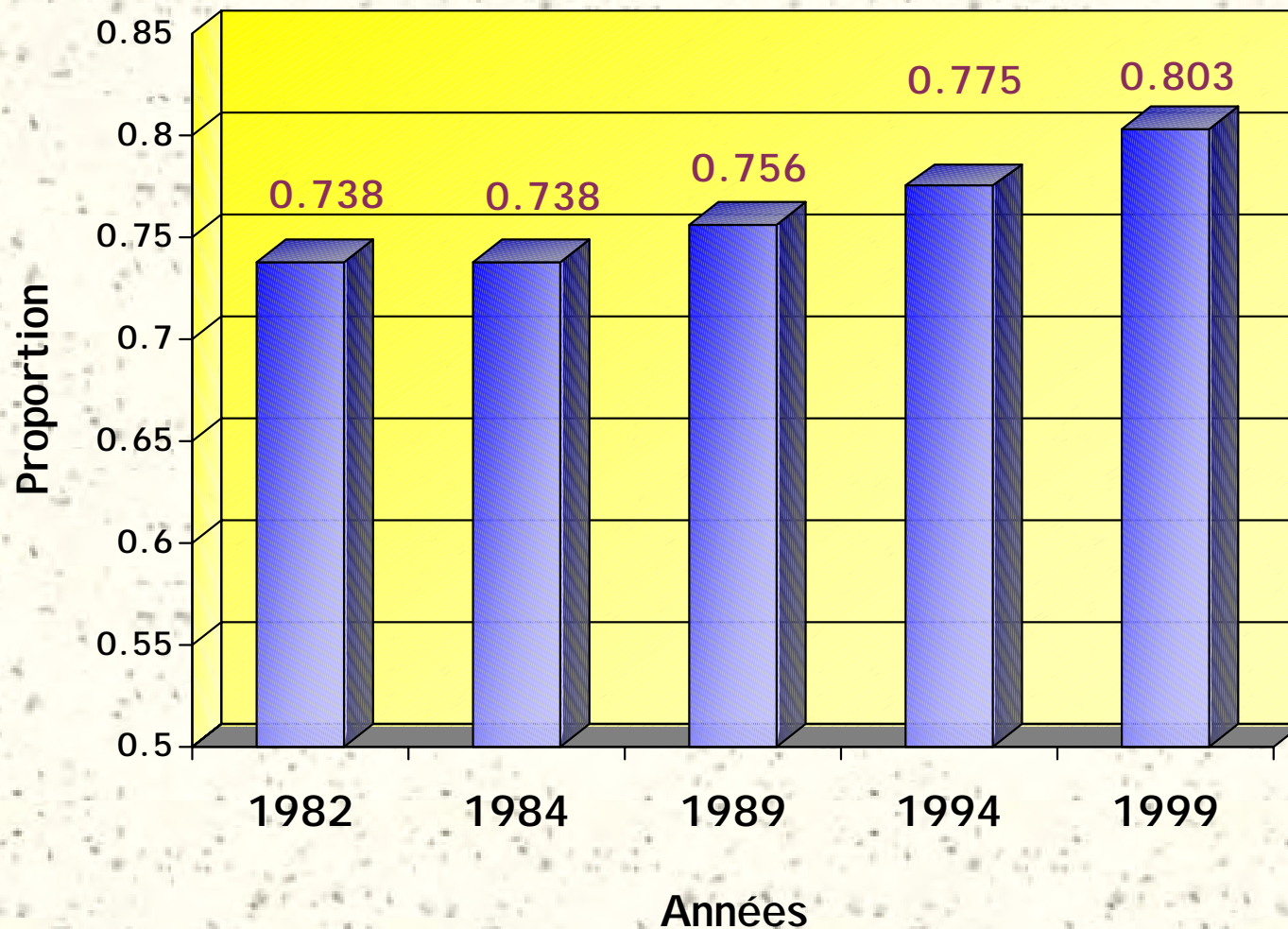
Tiré de : Lafontaine, Pierre ; Camirand, Jocelyne. Évolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités. In "Santé, société et solidarité : revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité", no. 2 (2002), p. 44. Québec : MSSS ; Paris : Credes.

1) Les incapacités

Espérance de vie sans incapacités aux Etats-Unis (femmes, '82-'96)

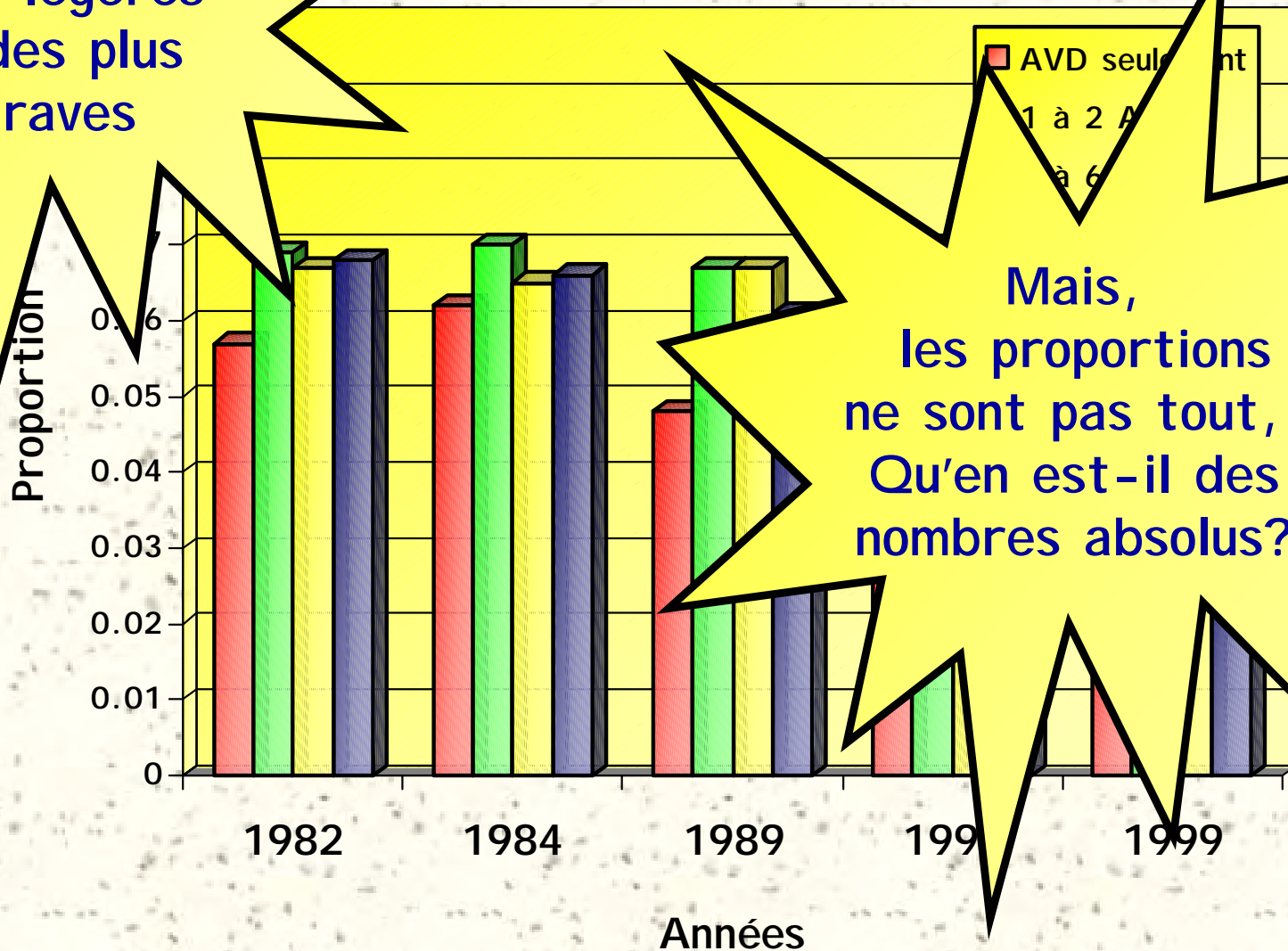


2) Évolution de la proportion des personnes sans capacités aux ÉU



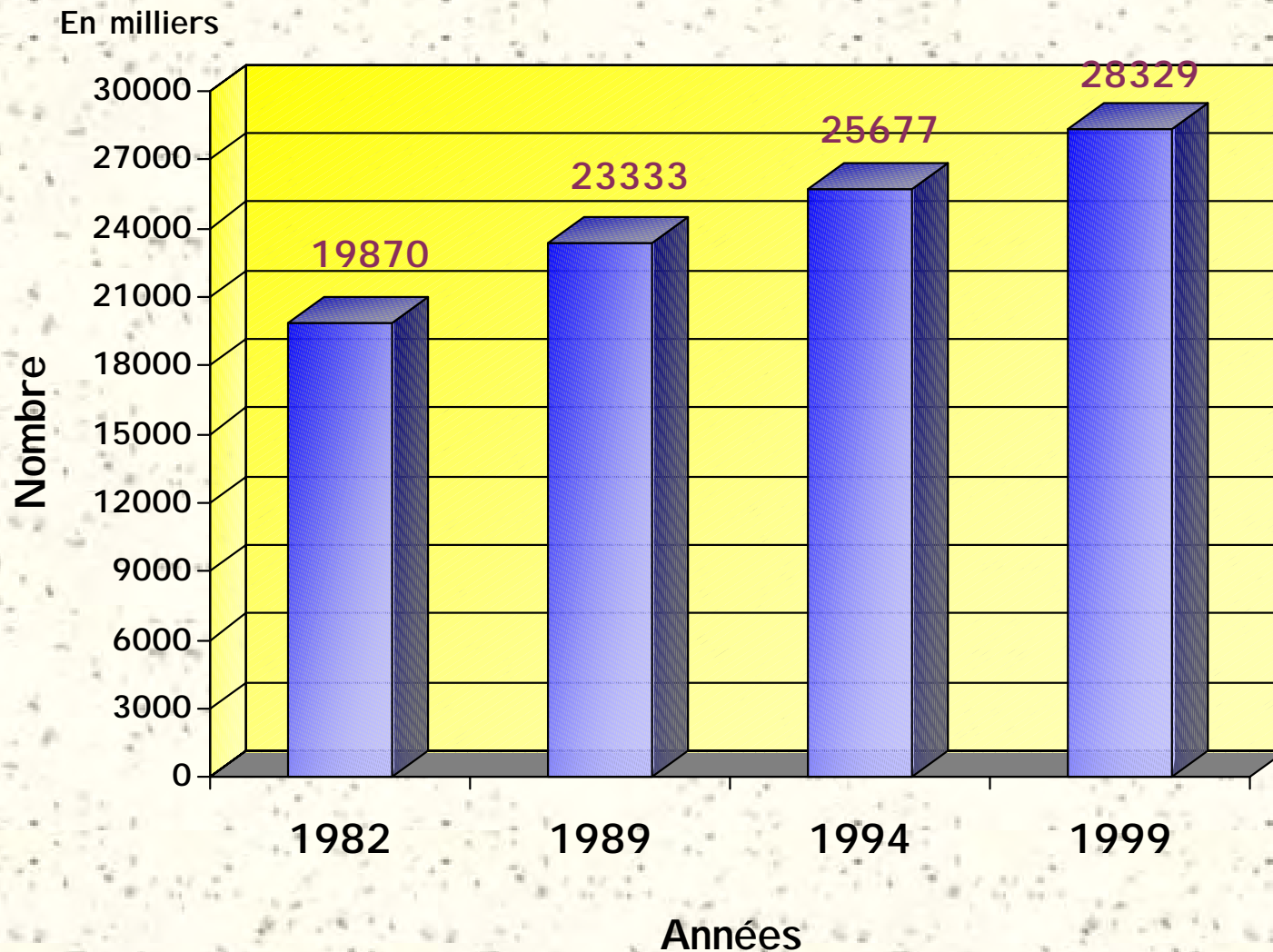
2) Évolution de la proportion des personnes avec incapacités aux ÉU

Diminution des plus légères et des plus graves



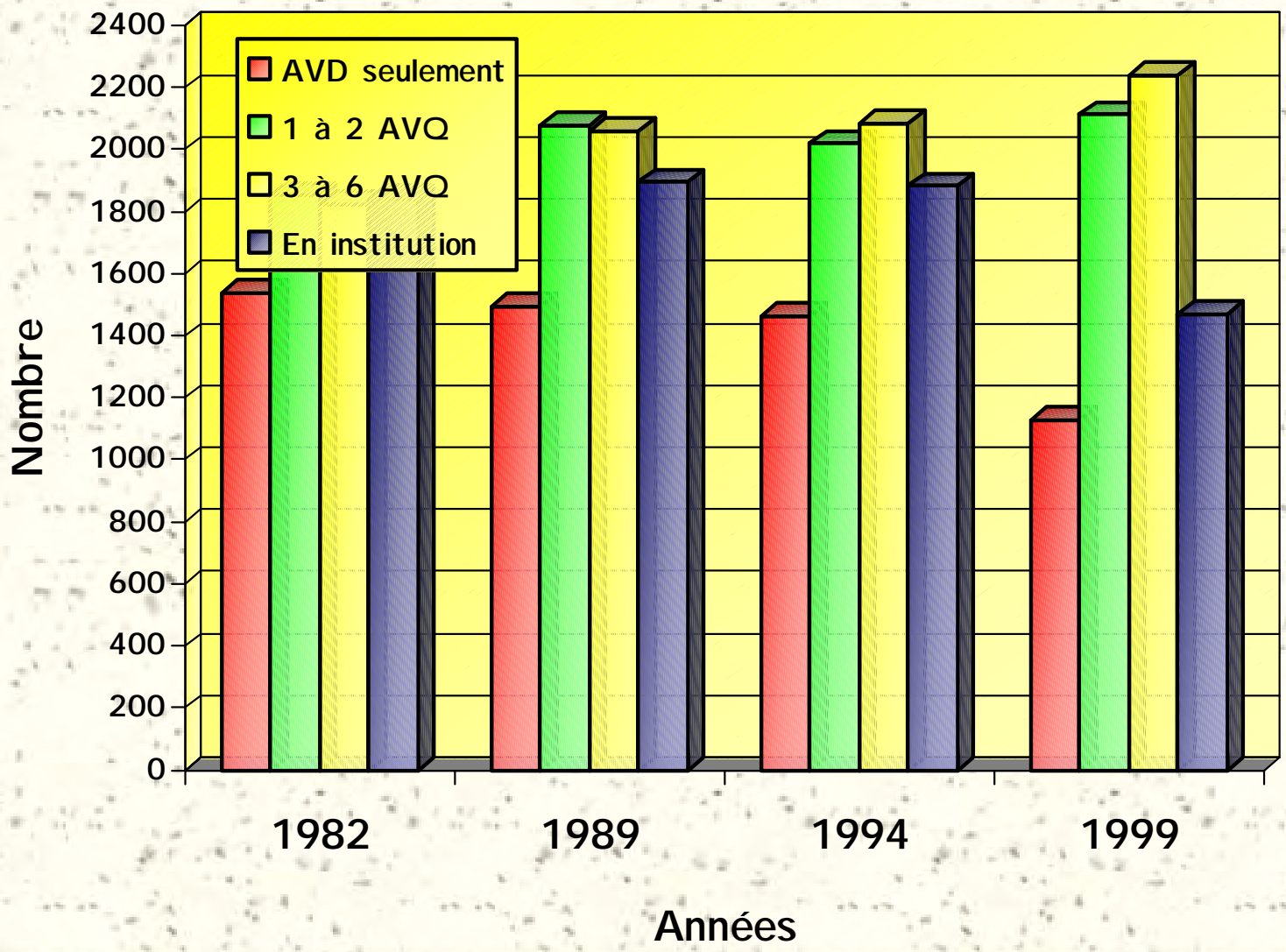
Mais,
les proportions
ne sont pas tout,
Qu'en est-il des
nombres absolus?

2) Évolution du nombre de personnes sans capacités aux ÉU

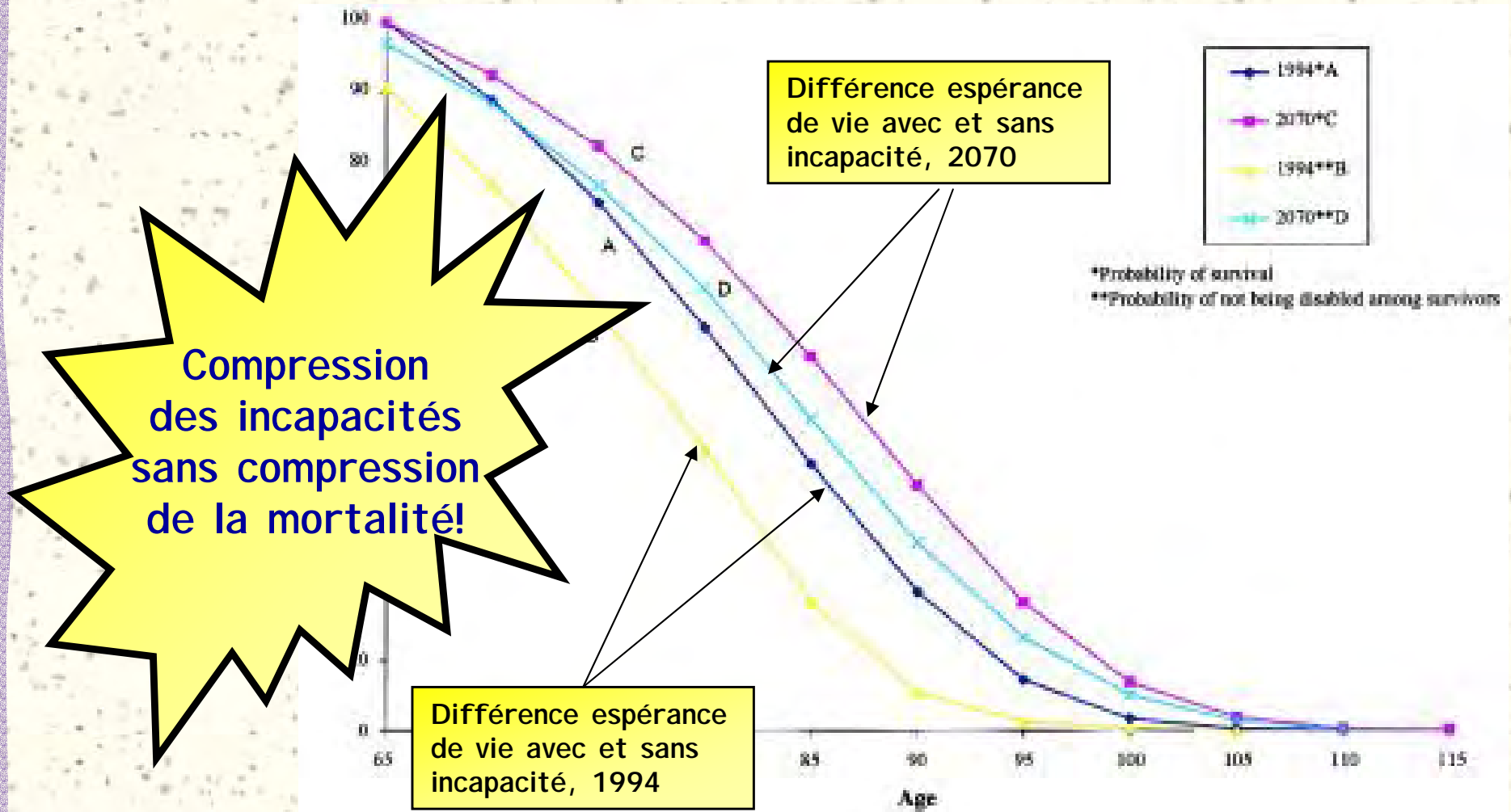


2) Évolution du nombre de personnes avec incapacités aux ÉU

En milliers



2) Projection de l'espérance de vie sans incapacités aux ÉU (1994 et 2070)



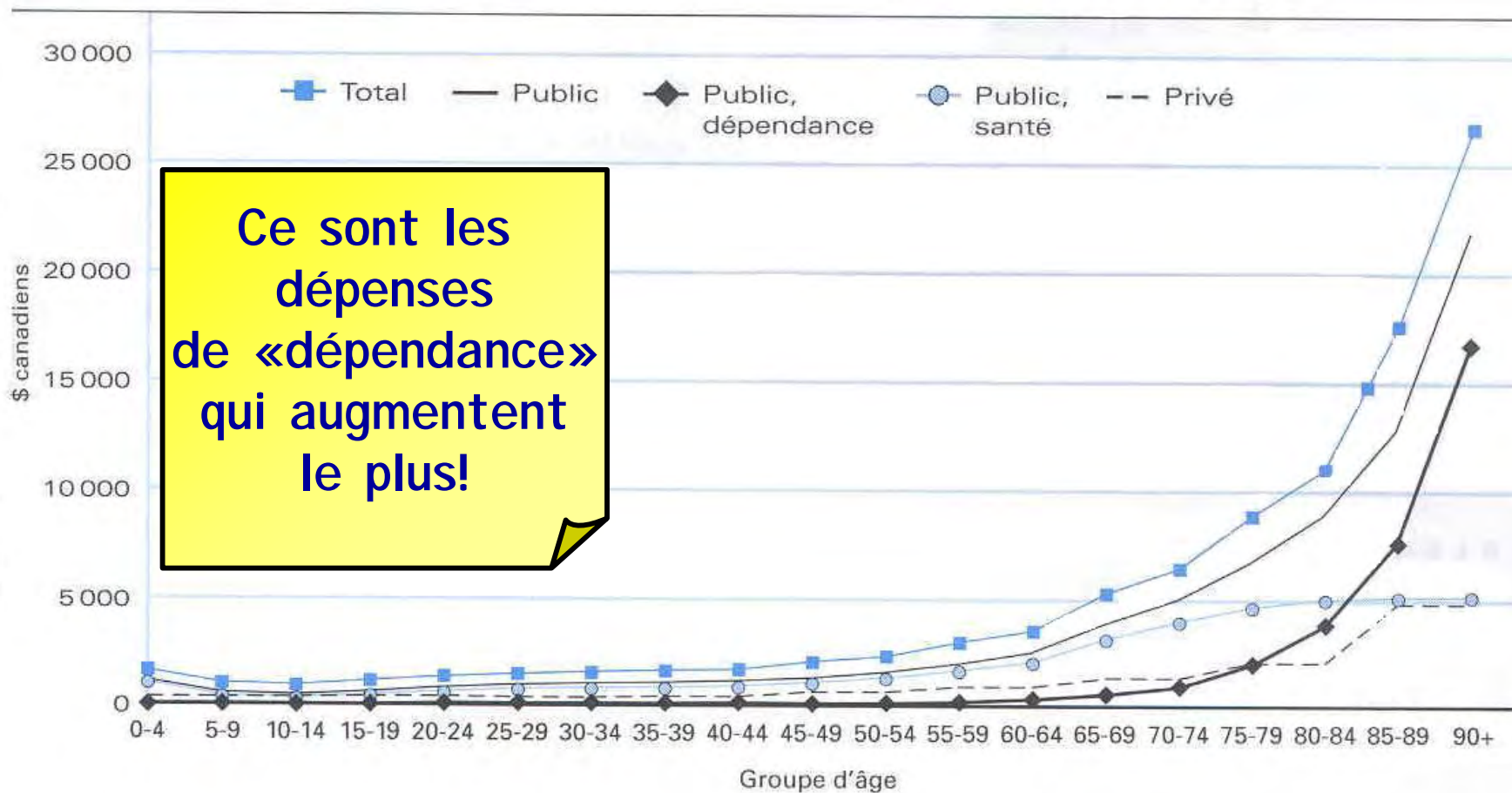
Les coûts des services de santé et le vieillissement



- 1) Ce qui explique que les coûts varient par classe d'âge;
- 2) Ce que l'on dépense en SLD;
- 3) L'importance de l'hébergement;
- 4) L'utilité des projections.

1) Les coûts par âge

FIGURE 1 Dépenses de santé et de soins dépendance par habitant selon l'âge et la source de financement, Québec, 1999-2000



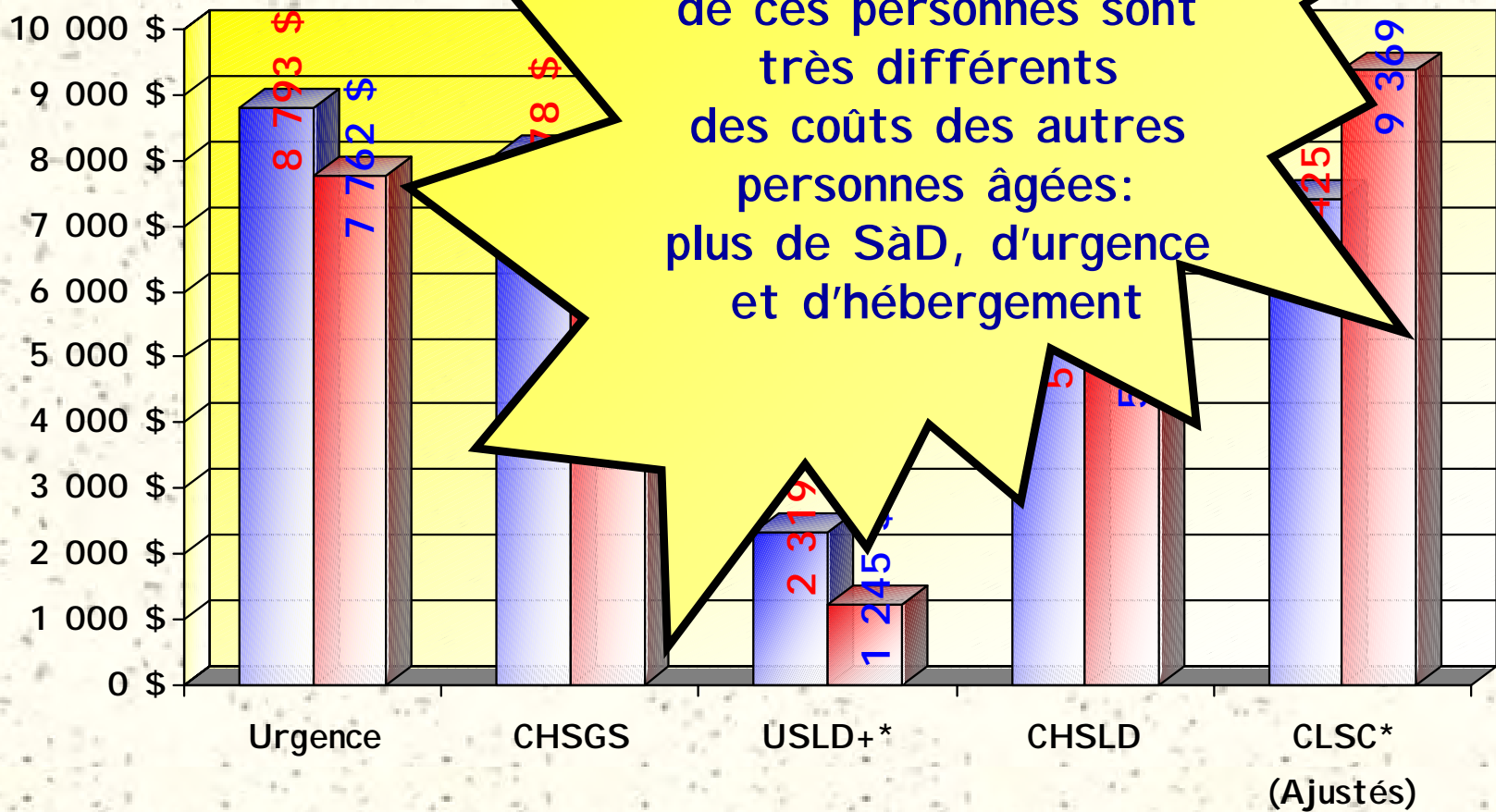
Note : Les dépenses privées ne sont disponibles que pour des groupes d'âge décennaux

Source des données : Rochon - données non publiées - pour les dépenses publiques et Grenon pour les dépenses privées [2001].

Tiré de : Rochon, Madeleine. Vieillesse démographique et dépenses de santé et de prise en charge de la dépendance au Québec, 1981-2051. In "Santé, société et solidarité : revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité", no. 2 (2002), p. 159. Québec : MSSS ; Paris : Credes.

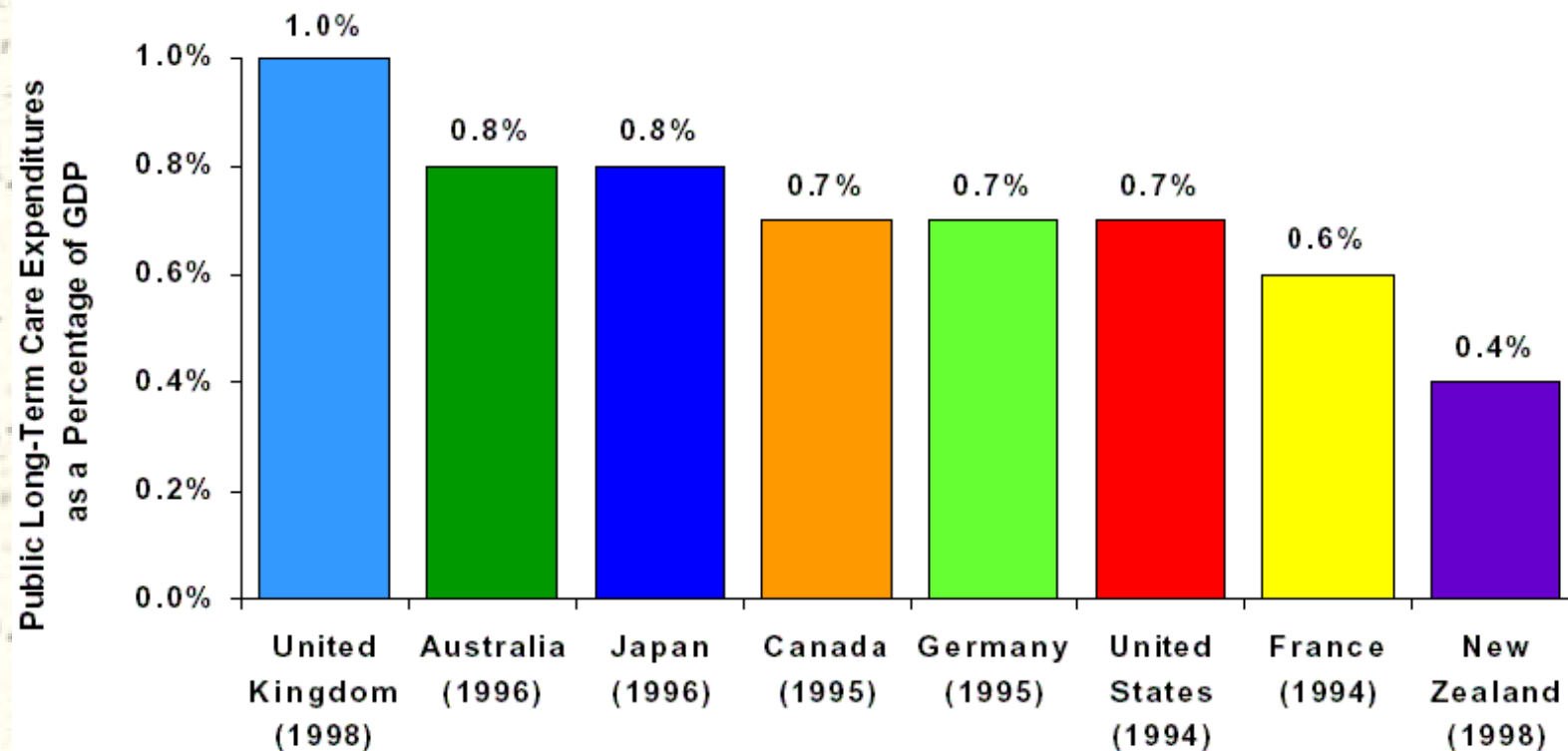
Distribution des coûts des services des personnes âgées fragiles

Les coûts des services de ces personnes sont très différents des coûts des autres personnes âgées: plus de SàD, d'urgence et d'hébergement



2) Quelle est la proportion de la richesse consacrée aux services de longue durée?

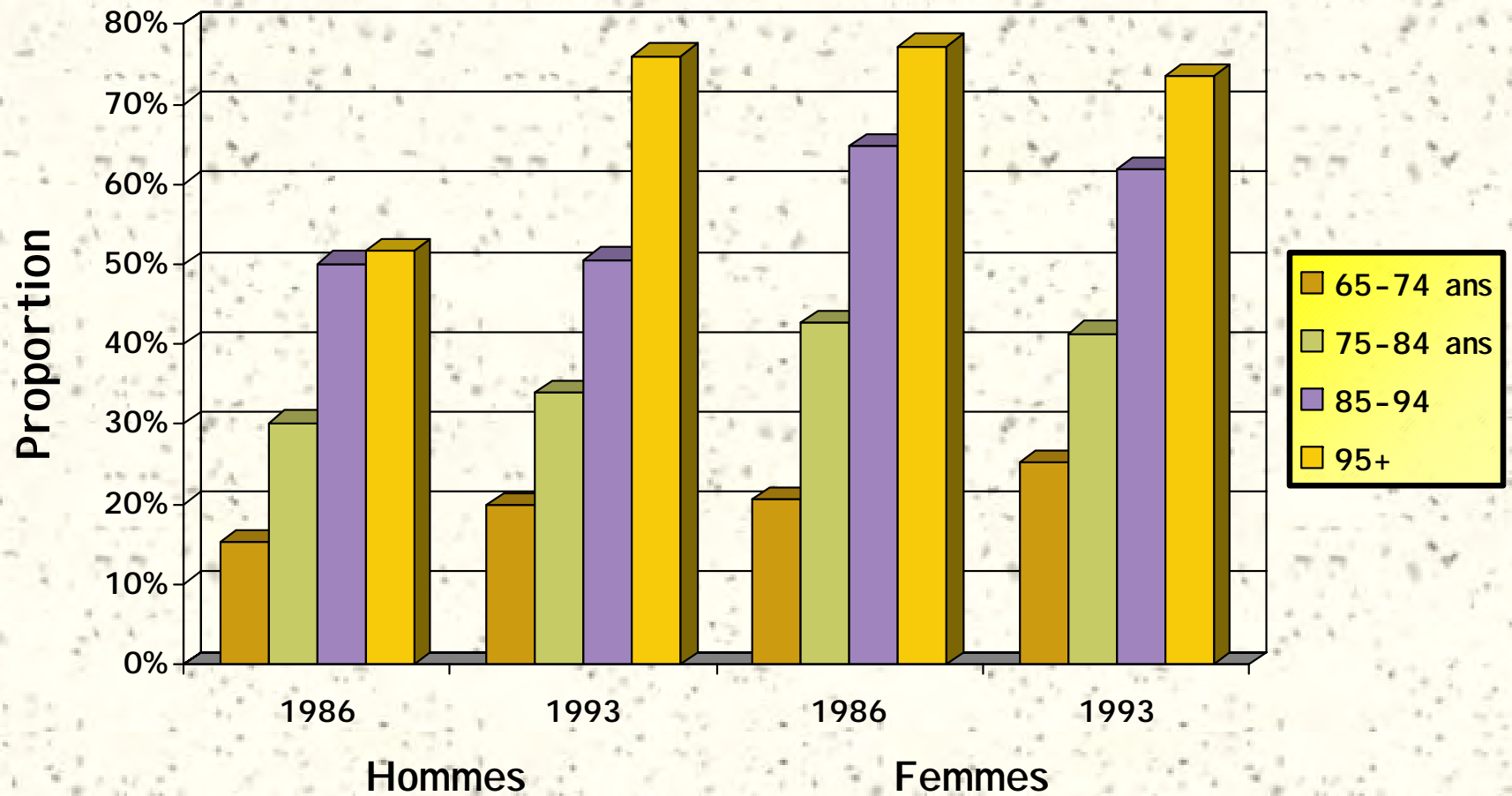
Public long-term care spending accounts for 1 percent or less of GDP.¹⁸



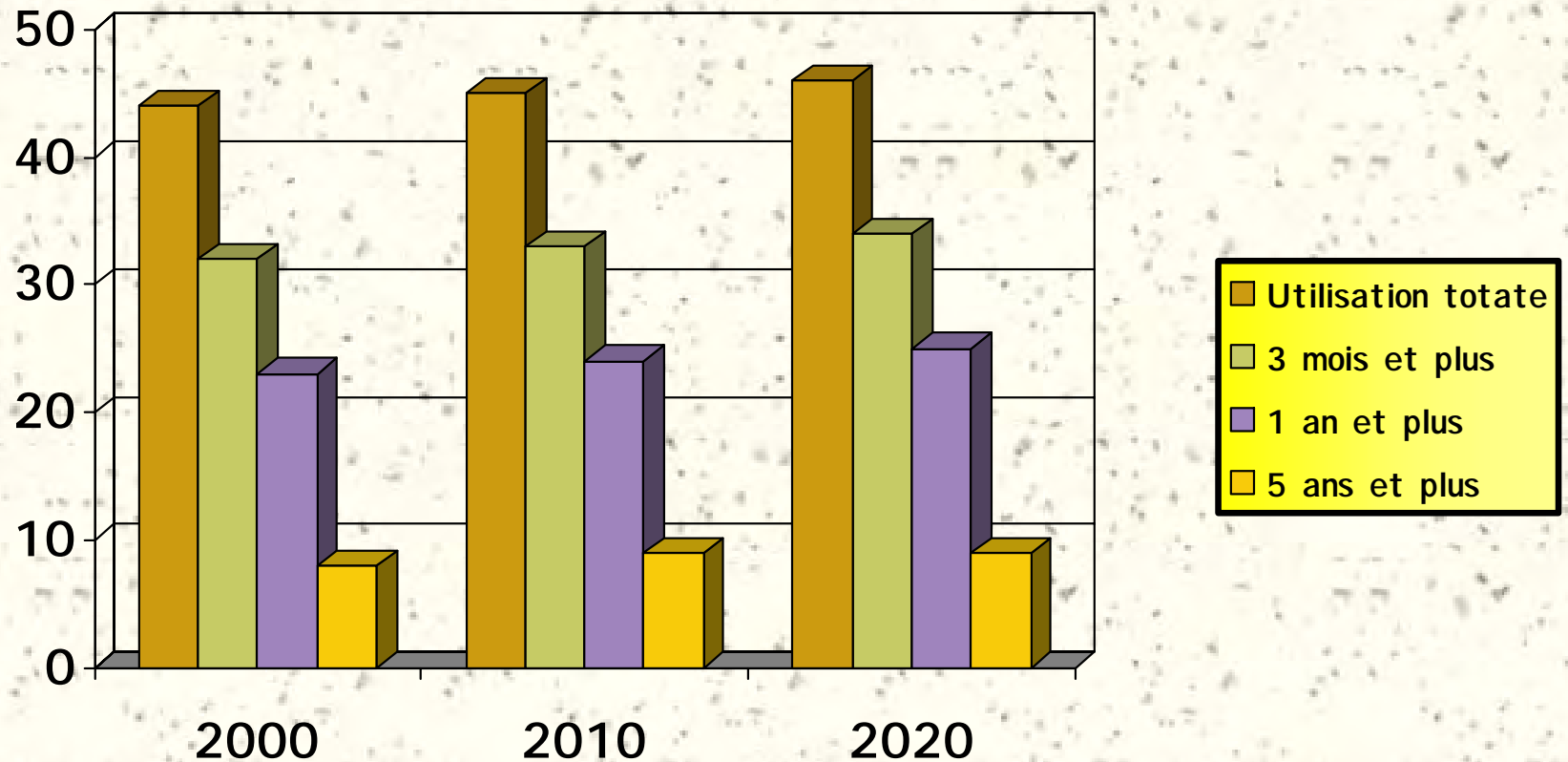
Source of the data: OECD

Source: Anderson, Gerard F., ; Hussey, Peter S. «Health and population aging: a multinational comparison». [En ligne]. 1999, p. 47.
http://www.cmwf.org/programs/international/anderson_healthpop_multi99_354.pdf (Page consultée le 25 juin 2003)

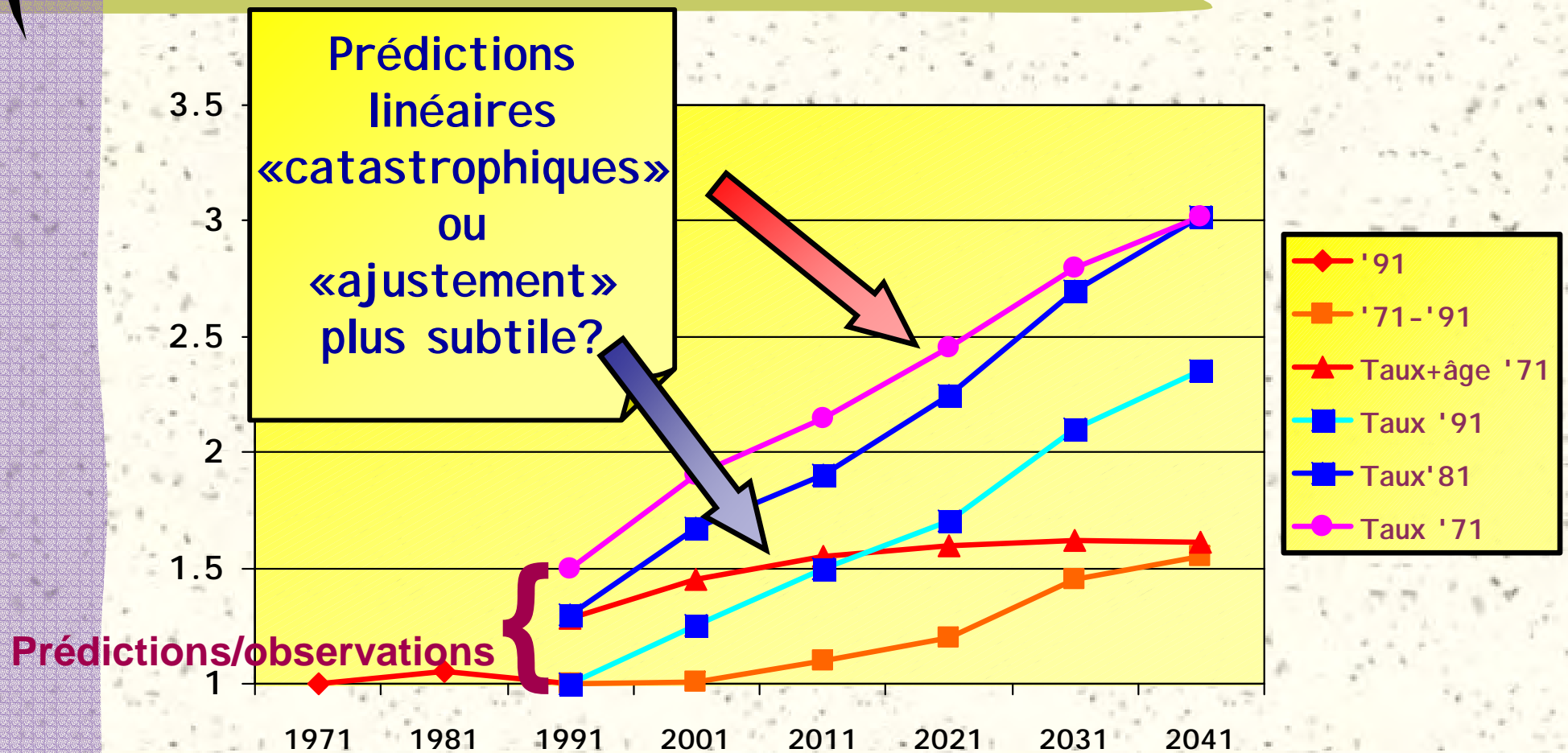
3) La probabilité d'être hébergé (Etats-Unis, 1986 et 1993)




3) Évolution de la probabilité d'être hébergé (ÉU: 2000-20)



4) Projeter n'est pas prédire

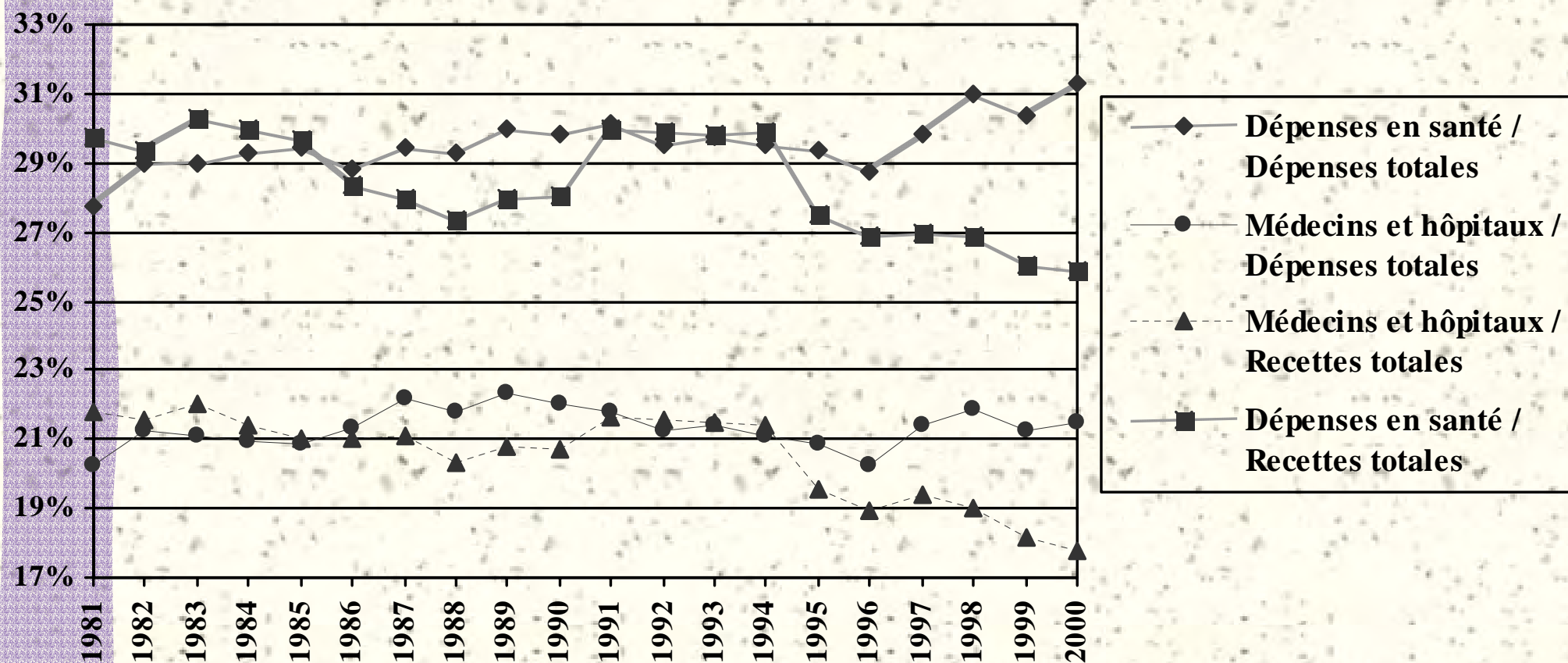


L'évolution des coûts des services de santé

- 
- 1) Le gouvernement du Québec se ruine-t-il en services de santé?
 - 2) Une évolution des dépenses gouvernementales catastrophiques?

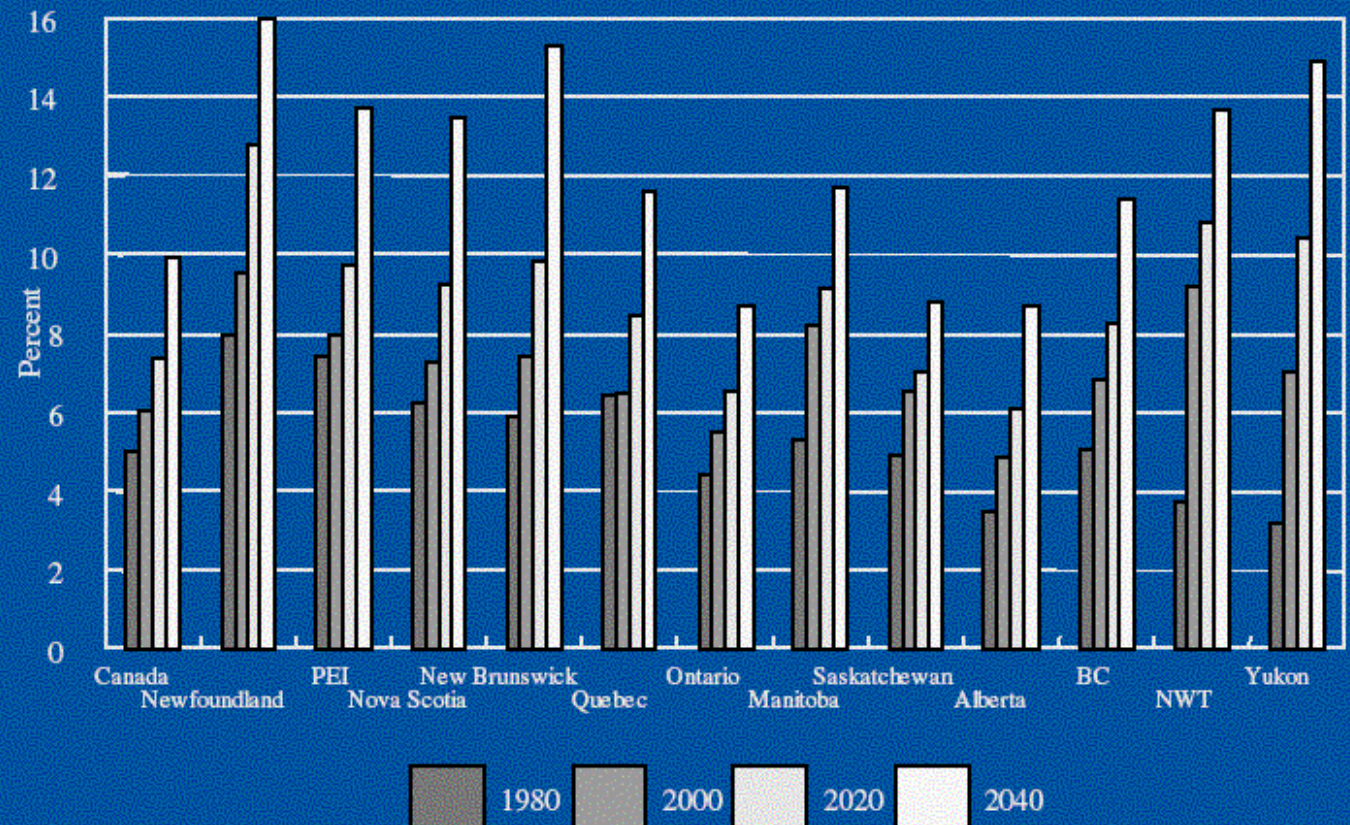
1) Dépenses gouvernementales de santé en % des dépenses et recettes

Québec, 1981-2000



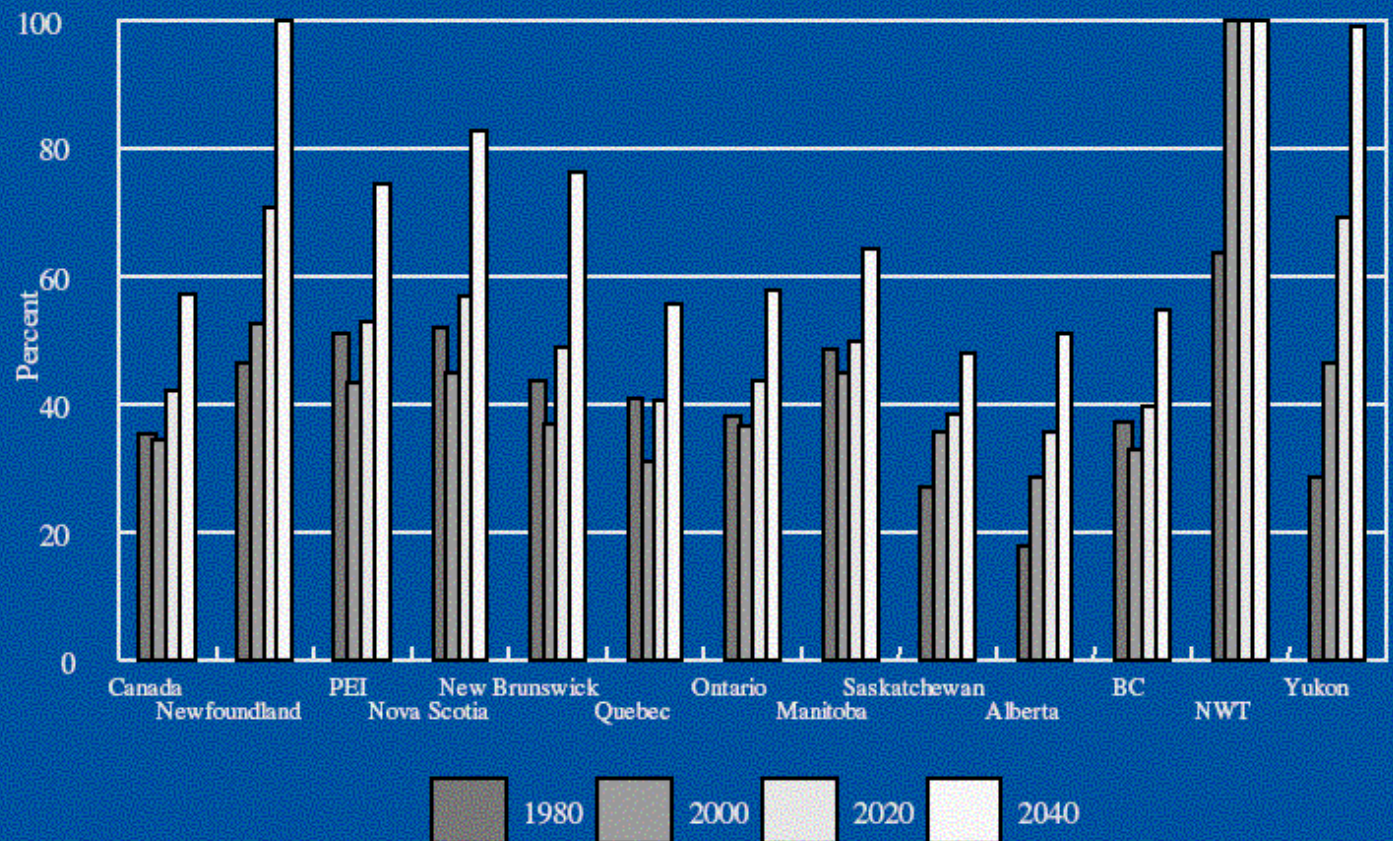
% des dépenses de santé des gouvernements des provinces sur leur PIB

Health Spending as Share of GDP: Canada and Provinces




% des dépenses de santé des provinces sur leurs revenus

Provincial Health Spending as Share of Own-Source Revenue

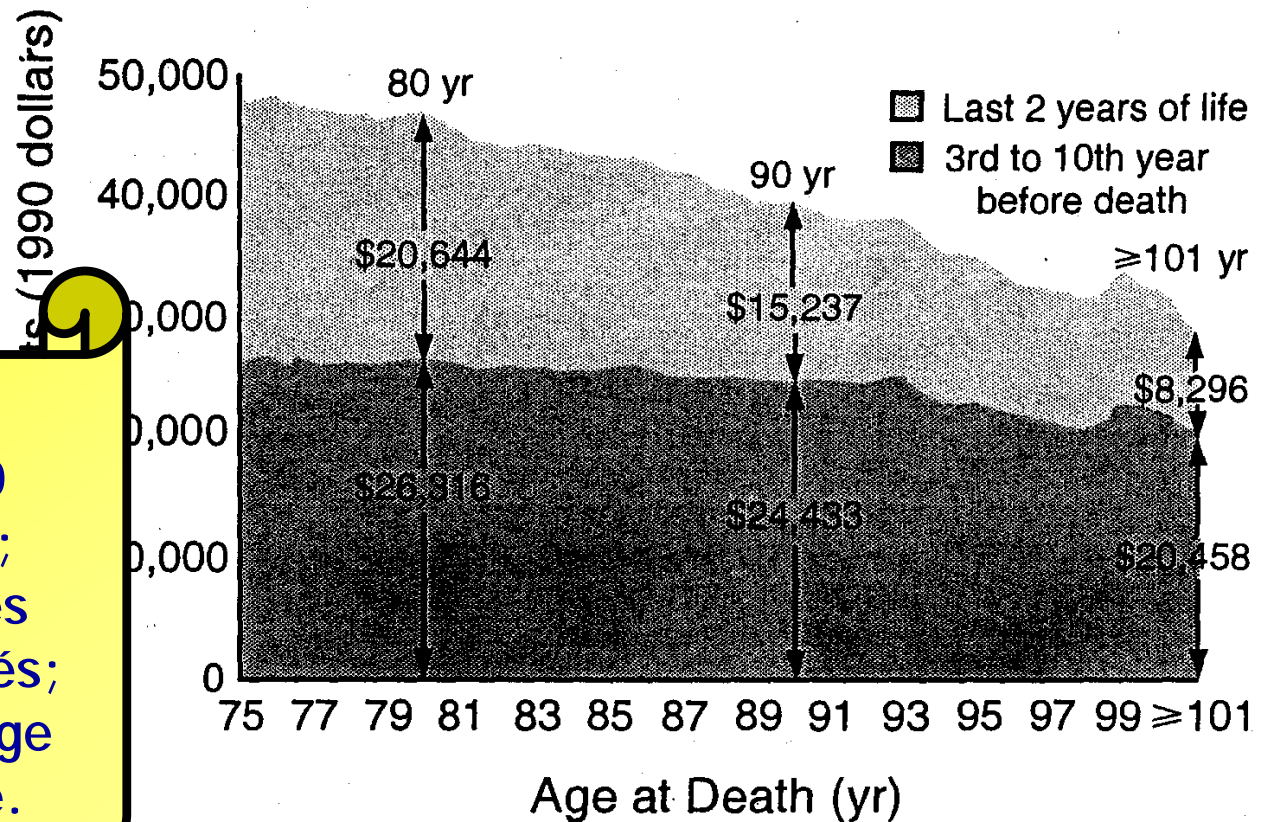


Cited from : Canadian Institute of Actuaries. Apocalypse now? Or apocalypse no? The implications of rising health care costs in Canada. Proceedings of the Canadian Institute of Actuaries [Online]. Vol. XXXII, no.2 (2001). Ottawa : Canadian Institute of Actuaries, 2001, p. 10. <http://www.actuaries.ca/publications/proceedings/ag/vol32no2/203064-03.pdf> (Retrieved February 6, 2004)

Les services de santé et le décès

- 
- 1) L'âge n'est pas coupable;
 - 2) Le changement ne va pas dans la direction prévue.

Coûts des services médicaux comparés des survivants et décédés (États-Unis, 1990).

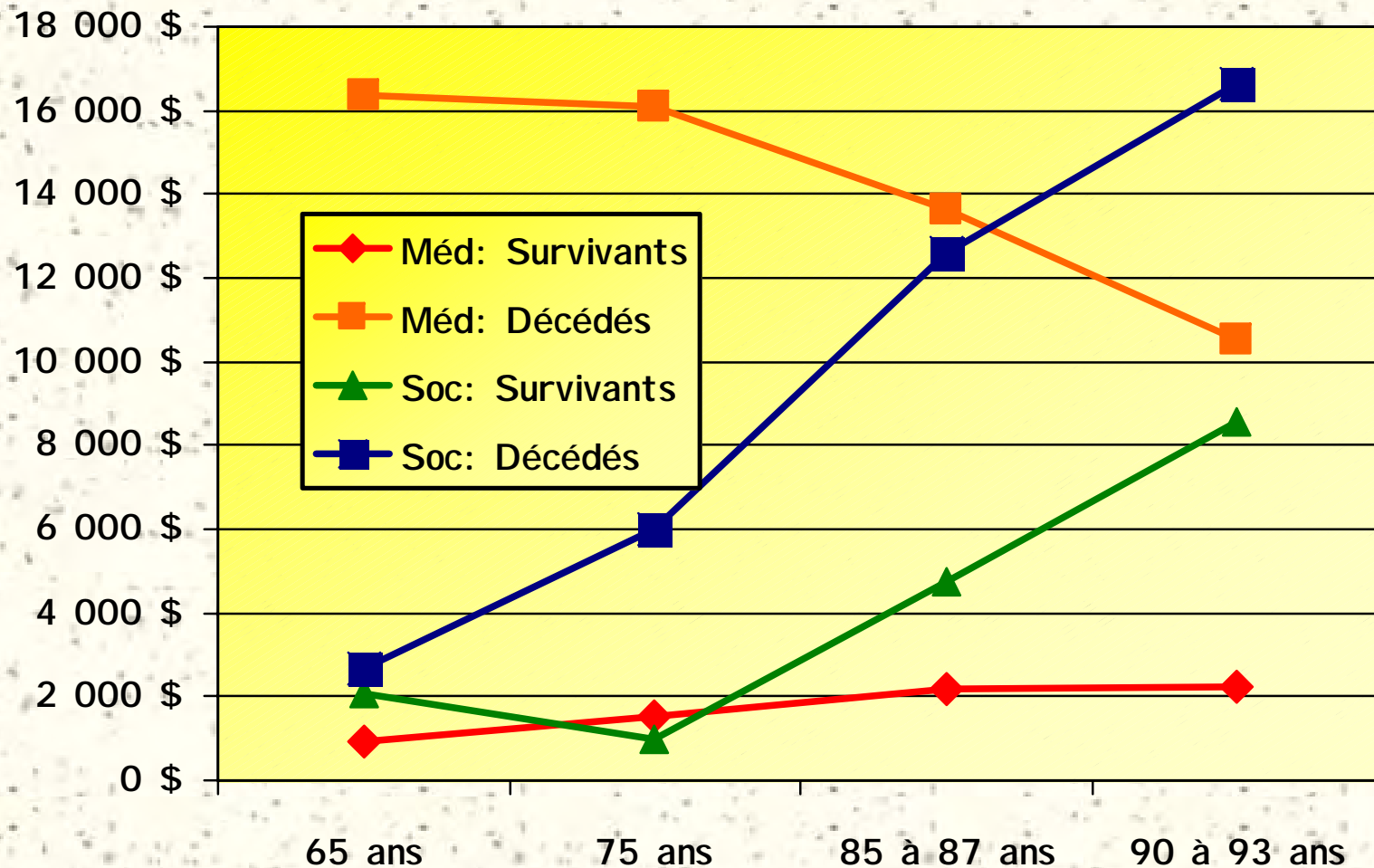


- 1) Les coûts sont constants de 75 à 100 ans pour les survivants;
- 2) Les coûts des services avant le décès sont élevés;
- 3) Ils diminuent avec l'âge de la personne décédée.

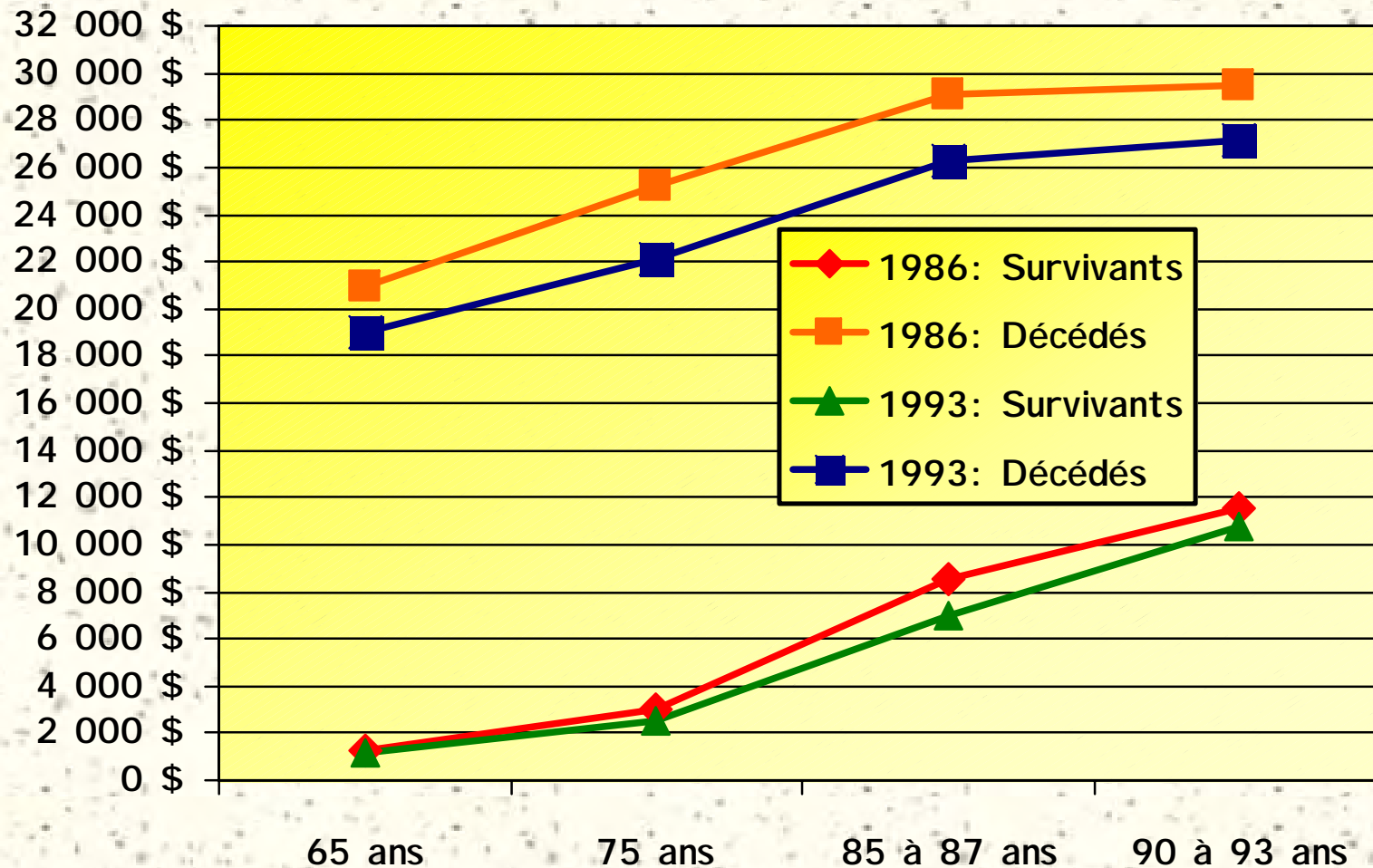
Figure 4. Medicare Payments in the Last 10 Years of Life for Persons in the Study Sample, According to Age at Death and Length of Time before Death.

These enrollees died in 1989 or 1990 at 65 years of age or older.

Coûts des services médicaux et sociaux pendant 6 mois, décédés et survivants, (CB 1993)



Évolution des coûts des services de survivants et de décédés 1986 à 1993 (Colombie Britannique; \$ de 1995)



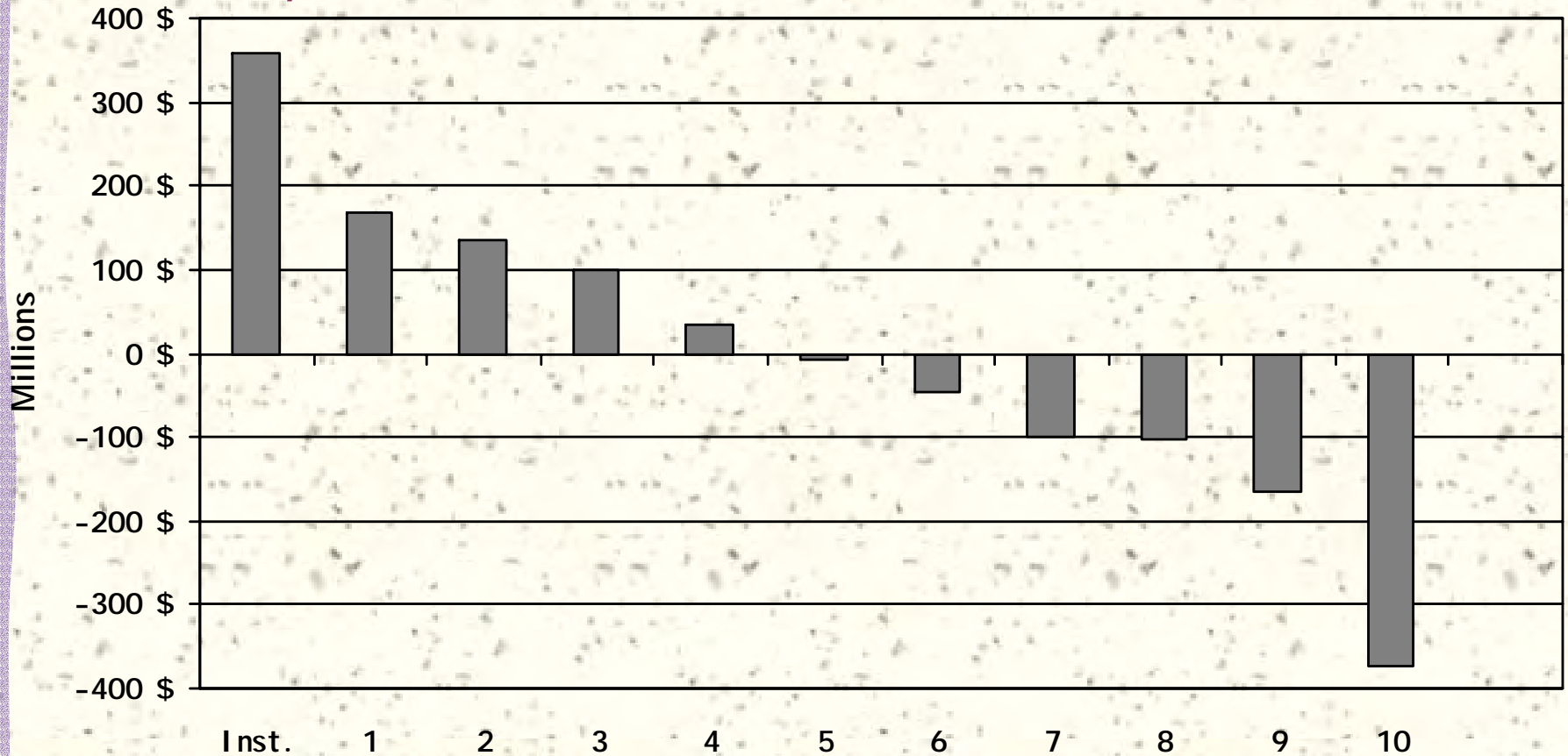
Un effet souvent ignoré du financement public



Celui qui le paie n'est pas celui qui le fait!

Transfert net par décile de revenu dû au financement public des soins

Manitoba, 1994



Résumé: la démographie

- # L'espérance de vie augmente;
- # La population vieillie;
- # Mais les taux de dépendance n'ont jamais été aussi faible que dans les années '90;
- # Ils resteront inférieurs, dans les années 2040, à ceux des années '50;

Résumé: les incapacités

- # Les incapacités augmentent avec l'âge;
- # Mais le nombre d'années d'espérance de vie avec incapacité demeure stable à environ 6 ans avec l'âge;
- # L'incapacité parmi les personnes âgées diminuera en proportion dans les populations des pays occidentaux au cours des 40 prochaines années, de même que la durée de vie avec incapacité;
- # Il n'est pas nécessaire de soutenir l'hypothèse de la compression de la mortalité pour obtenir ces prévisions;

Résumé: les coûts et le vieillissement

- # Si les coûts des services augmentent avec l'âge, c'est que, dans les populations des pays occidentaux, les gens décèdent à un âge avancé;
- # Les coûts augmentent avant le décès;
- # Au cours des ans, les coûts par personne âgée ont cependant diminué légèrement;
- # Les coûts des services médicaux et hospitaliers augmenteront peu, par personne, dans les prochains 40 ans;
- # Ce sont les coûts des services de longue durée qui augmentent;
- # La probabilité d'être hébergée est d'environ 40% aux États-Unis chez une personne de 65 ans et plus.

Résumé: les coûts globaux

- # Les provinces ont réussi à contrôler les coûts des services de santé;
- # Si on considère seulement les coûts des services couverts par le régime canadien d'assurance maladie, la part de ces coûts ont diminué par rapport aux revenus des provinces;
- # Ce sont les coûts exclus du régime qui ont augmenté: médicaments, services de longue durée;
- # Les projections des dépenses provinciales en santé ne montrent rien de catastrophique:
 - Ni en % de leur revenu;
 - Ni en fonction de la richesse collective (PIB).

Résumé: les transferts fiscaux

- # Le régime d'assurance maladie public et universel exerce un puissant rôle de transfert fiscal des riches vers les pauvres;
- # Plus le régime est fragilisé, moins il couvre de services, plus les services sont payés privément, moins le transfert fiscal est important;
- # Qui gagne à ce jeu?

Conclusion

- # La vraie question: comment et qui va payer?
 - Comment: privé ou public?
 - Qui: quelle part **pour** chacun selon les revenus **de** chacun?
- # La fausse question: pouvons-nous nous le payer?
- # Le défi: Comment s'adapter?
 - Modalités d'organisation: la fluidité des services aux et pour les personnes;
 - Modalités de financement: jouer avec les incitations à l'intérieur d'un système public;
 - Modalités d'appréciation de la qualité: élargir la notion d'appréciation de la qualité au-delà du rôle des ordres professionnels.