

Les soins à domicile: une proposition pour l'avenir

PAR PHILIPPE VOYER

Pour citer ce document: Voyer, P. (2021, novembre). Les soins à domicile: une proposition pour l'avenir. Événement «Maintien dans mon milieu de vie» organisé par la Table régionale de concertation des aînés de Lanaudière. Joliette.

Présentation du conférencier

2

▶ Formation

- ▶ Infirmier, Ph. D.

▶ Enseignement

- ▶ Université Laval
 - ▶ Professeur titulaire
 - ▶ Responsable de la formation continue

▶ Recherche

- ▶ Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
- ▶ VITAM
- ▶ RQRV
- ▶ CISSS-CA

▶ Auteur



Mise en garde...

Plan

- ▶ Rappel démographique et impacts sur les soins de longue durée
- ▶ Les problèmes structurels actuels du maintien à domicile
- ▶ Les solutions
 - ▶ L'exemple des maladies chroniques
 - ▶ L'examen de la maladie d'Alzheimer
- ▶ Une proposition pour l'avenir

Sources

- ▶ Données scientifiques
- ▶ Données gouvernementales
- ▶ Avis d'experts
- ▶ Mon avis!

Rappel démographique et impacts sur les soins de longue durée

QUELQUES CONSTATS

Une population très âgée en grande croissance

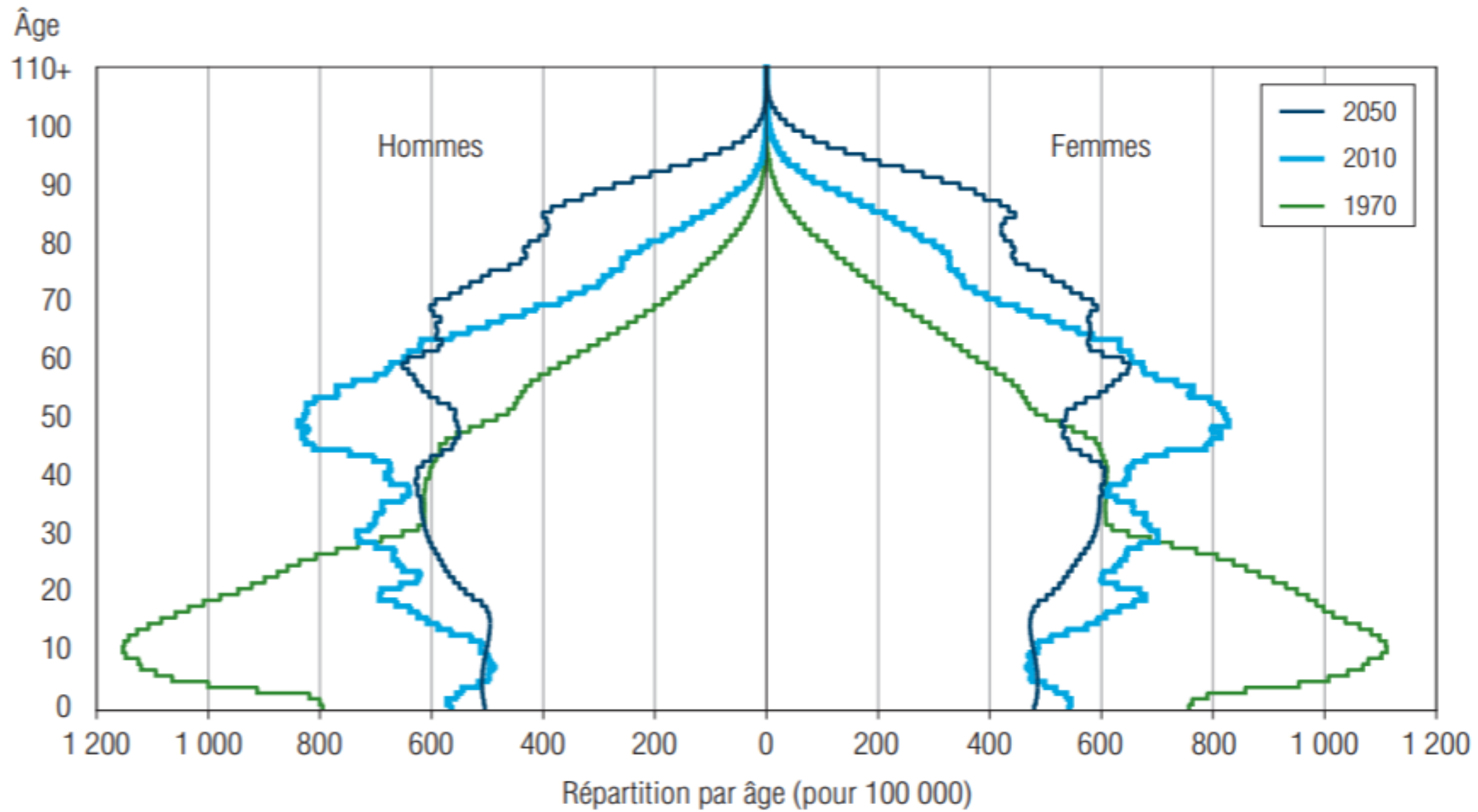
Tableau 3 Taux d'accroissement et importance relative des personnes de 65 ans et plus et de 85 ans et plus, Québec et pays sélectionnés de l'OCDE, 2005 et 2030^a

Pays	Population de 65 ans et plus			Population de 85 ans et plus		
	Taux d'accroissement des effectifs (%)	Importance relative (%)	Importance relative (%)	Taux d'accroissement des effectifs (%)	Importance relative (%)	Importance relative (%)
	2005-2030	2005	2030	2005-2030	2005	2030
Australie	113	13,1	22,2	162	1,5	3,2
Québec	112	14,0	25,6	175	1,6	3,7
Nouvelle-Zélande	112	12,1	21,9	163	1,4	3,1
Canada	111	13,1	23,0	108	1,5	2,7
Irlande	104	11,2	18,5	135	1,1	2,2
États-Unis	95	12,4	19,6	88	1,7	2,6
Islande	91	11,7	19,2	62	1,3	1,8
Finlande	70	15,9	26,0	105	1,6	3,2
Suisse	66	15,9	24,2	108	2,0	3,9
Pays-Bas	66	14,1	22,4	64	1,5	2,3
Norvège	63	14,7	20,6	47	2,1	2,6
France	61	16,6	25,1	115	1,9	3,8
Espagne	57	16,8	25,1	108	1,9	3,7
Royaume-Uni	56	16,0	22,5	109	2,0	3,7
Autriche	55	16,2	23,4	123	1,6	3,4
Suède	47	17,3	22,8	56	2,5	3,5
Belgique	46	17,3	24,1	92	1,7	3,1
Japon	42	20,2	31,8	189	2,3	7,4
Danemark	42	14,9	21,3	39	1,8	2,5
Italie	38	19,7	27,3	126	2,1	4,7
Grèce	38	18,3	24,8	128	1,3	2,9
Allemagne	38	18,8	26,3	123	1,7	3,9
Portugal	38	16,8	23,9	92	1,4	2,7

Sources : Lafortune et collab., 2007; ISQ, 2009.

^a Pour le Québec, les données se rapportent aux années 2006 et 2031 plutôt qu'à celles de 2005 et 2030.

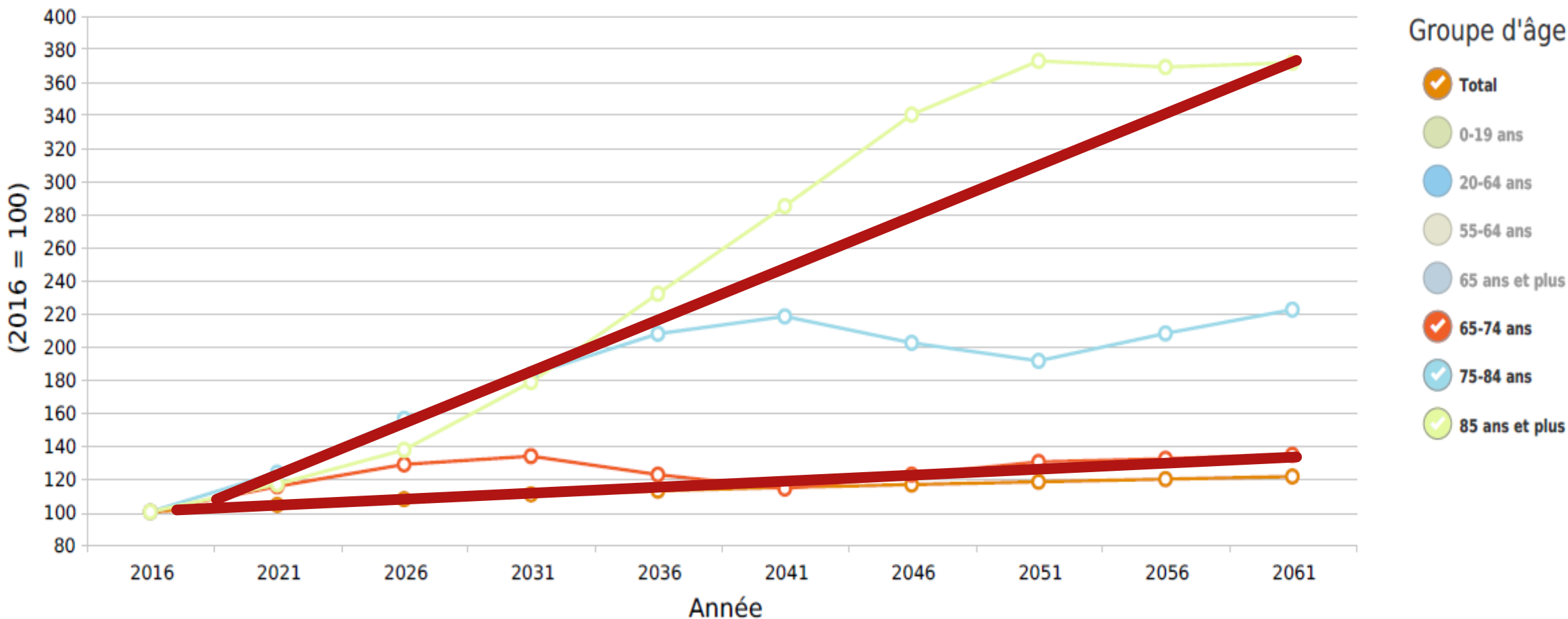
Pyramides des âges, Québec, 1970, 2010 et 2050



Sources : Statistique Canada, Estimations démographiques (1970 et 2010); Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques, édition 2014* (2050).

Croissance relative de la population de différents groupes d'âge, Québec, 2016-2061

Fait saillant : D'ici à 2061, la population de 65 ans et plus connaîtra une forte croissance pendant que les groupes d'âge plus jeunes enregistreront une croissance beaucoup plus modérée, ou parfois même négative. Parmi les aînés, ce sont les groupes les plus âgés qui connaîtront la croissance la plus marquée par rapport à 2016.



Sources : 2016 : Statistique Canada (SC), Estimations démographiques.

2021 à 2061 : Institut de la statistique du Québec (ISQ), Perspectives démographiques 2011-2061, Édition 2014.

TABLEAU 5

Population réelle et projetée pour certains groupes d'âge de 65 ans ou plus, et importance de ces groupes dans la population totale, Québec, 2011-2061

ANNÉE	GROUPE D'ÂGE					
	65 ANS OU PLUS	75 ANS OU PLUS	85 ANS OU PLUS	65 ANS OU PLUS	75 ANS OU PLUS	85 ANS OU PLUS
	NOMBRE			PROPORTION DANS LA POPULATION TOTALE (%)		
Population réelle						
2011	1 256 102	560 086	153 160	15,7	7,0	1,9
Population projetée						
2021	1 775 270	781 380	227 531	20,5	9,0	2,6
2031	2 318 921	1 167 756	348 020	25,2	12,7	3,8
2041	2 515 311	1 532 352	555 429	26,3	16,0	5,8
2051	2 704 344	1 582 995	726 697	27,5	16,1	7,4
2061	2 877 999	1 719 785	724 463	28,5	17,0	7,2

Source : ISQ, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, 2014, scénario A - Référence, compilation effectuée par le ministère de la Famille et l'ISQ.

FAITS SAILLANTS

- Le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus passera d'un peu plus d'un million à près de 3 millions entre 2011 et 2061.

Des problèmes de santé
hautement corrélés au
vieillessement

PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES ET DES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES CANADIENS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS

73 % des individus âgés de 65 ans et plus ont au moins **1 des 10** affections chroniques courantes¹



PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE COURANTS LIÉS AU MODE DE VIE



9,5 %
déclarent un usage quotidien ou occasionnel du tabac³



77,3 %
déclarent consommer des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour⁴



60,6 %
ne suivent pas les recommandations en matière d'activité physique³



8,3 %
consomment davantage d'alcool que ce qui est recommandé³



40,1 % et 28,1 %
déclarent avoir un IMC dans les catégories de l'excès de poids et de l'obésité³

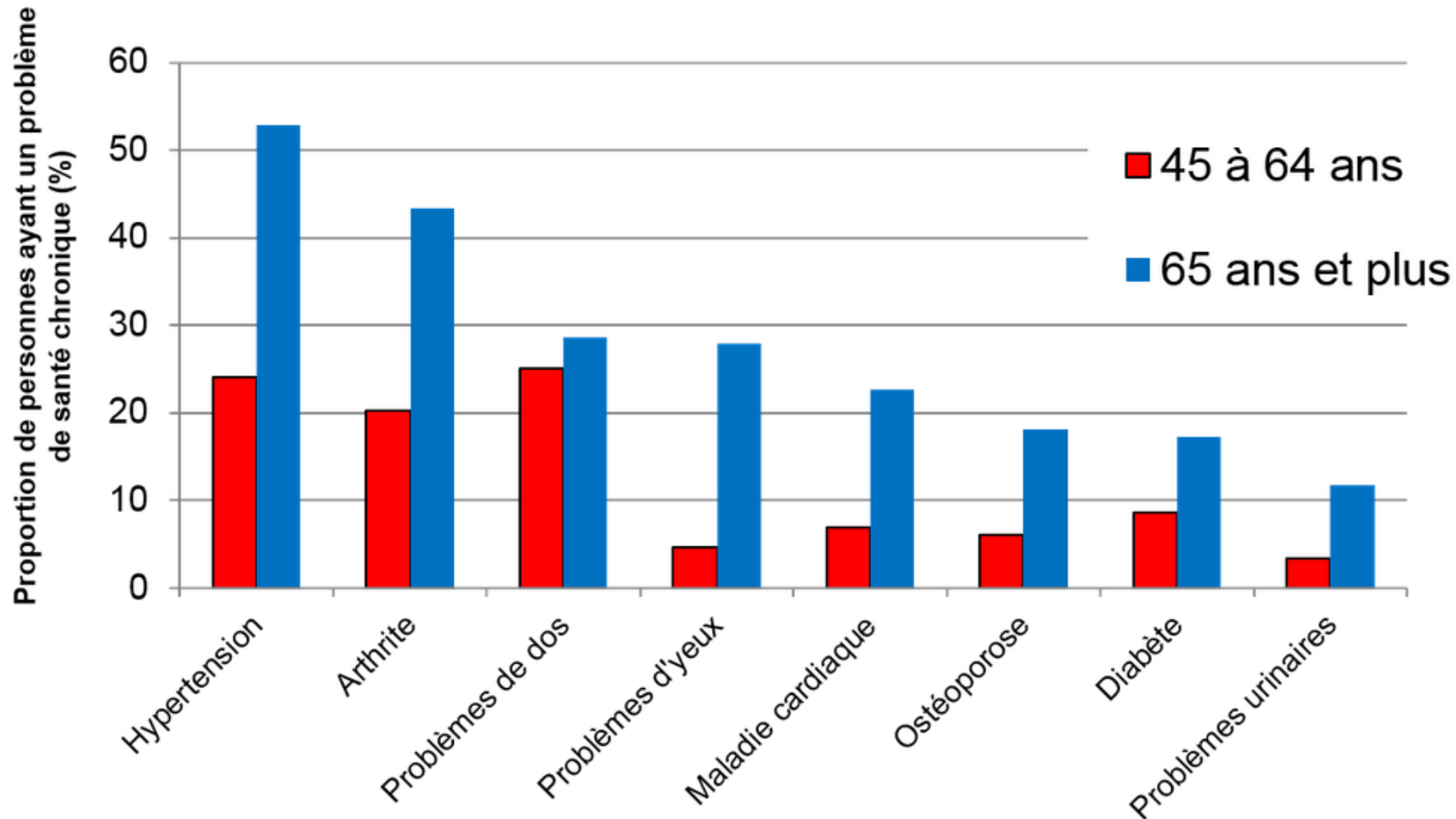


46,8 %
déclarent avoir de la difficulté à s'endormir⁵

Problèmes de santé chroniques

Huit problèmes de santé chroniques touchent plus de 10 % de la population âgée de 65 ans et plus

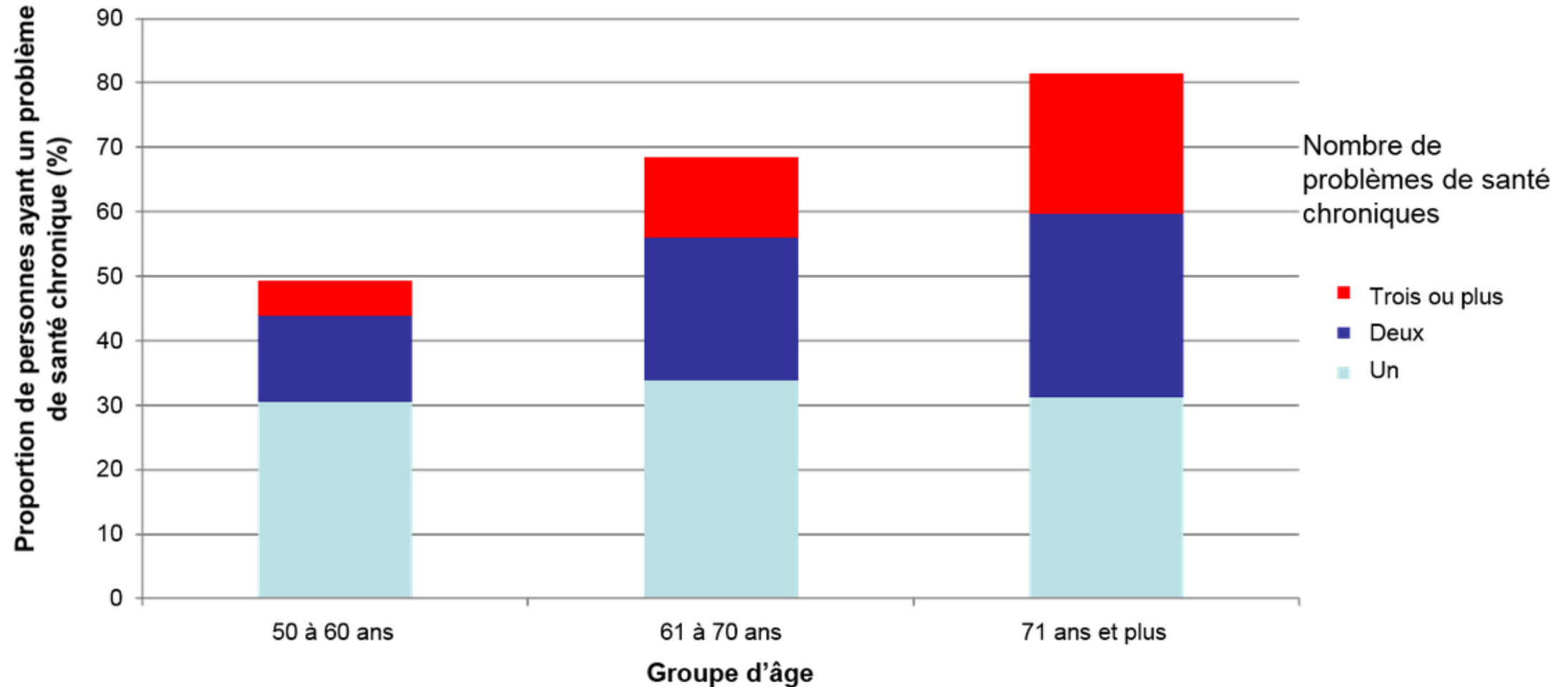
Proportion de personnes âgées de 45 ans et plus ayant certains problèmes de santé chroniques, Canada, 2008/2009



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008/2009 – Vieillesse en santé.

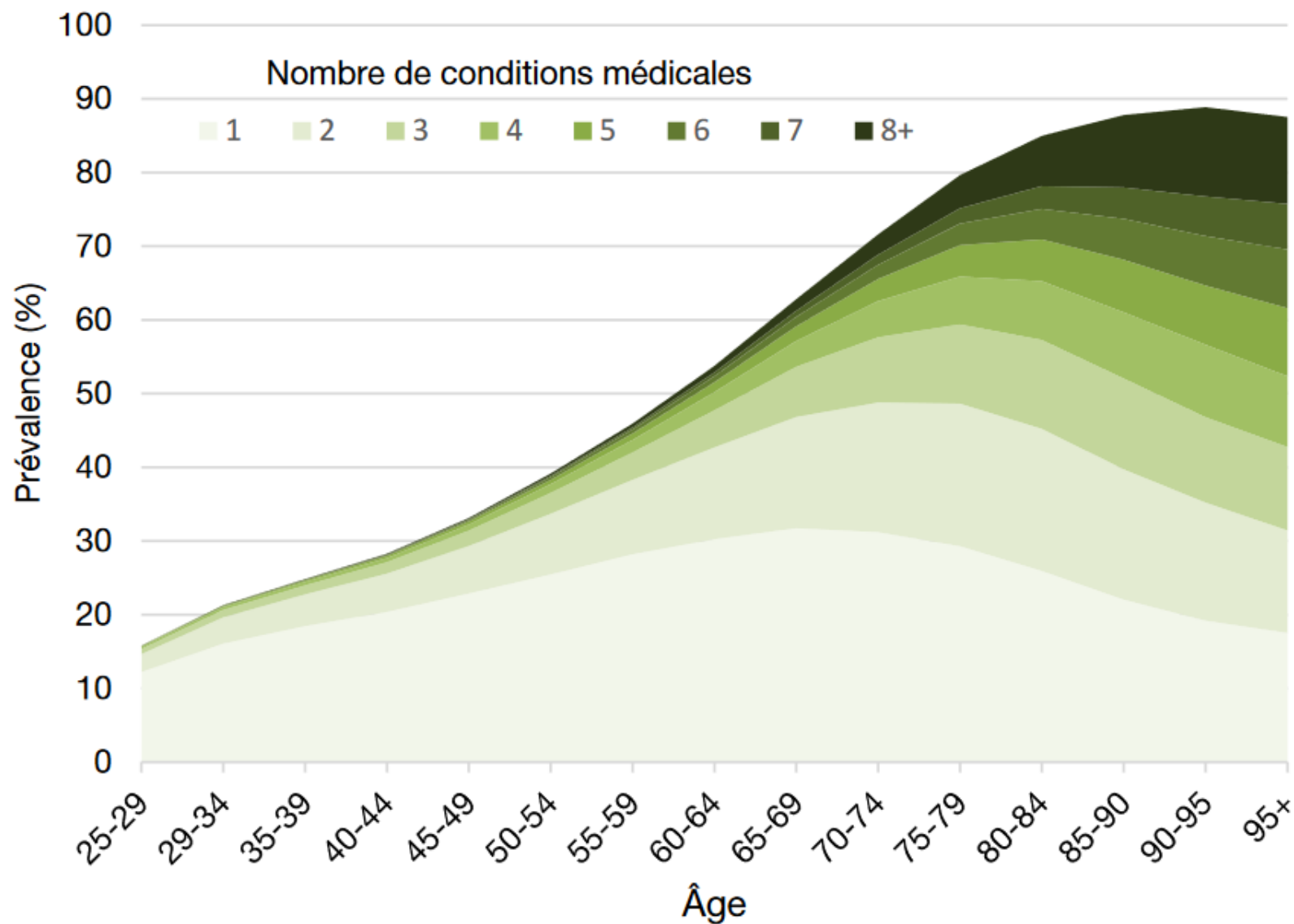
Un grand nombre de personnes âgées de 50 ans et plus ont des problèmes de santé chroniques multiples

Proportion de personnes âgées de 50 ans et plus ayant au moins un problème de santé chronique à impact et à prévalence élevés, Canada, 2009/2010



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009/2010.

Répartition de la population des 25 ans et plus selon le nombre de conditions médicales par groupes d'âge pour l'année financière 2016-2017, Québec



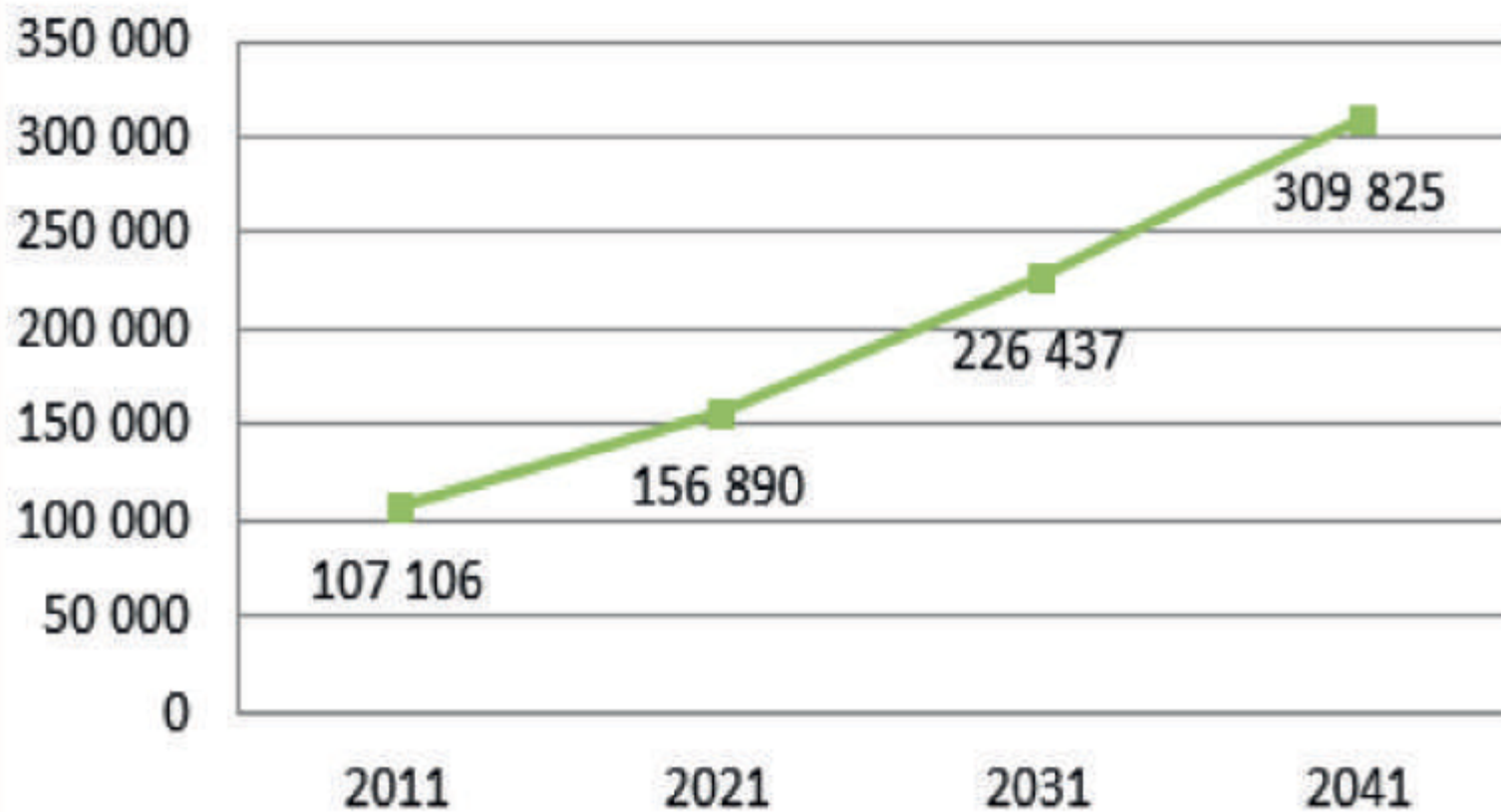
Les troubles neurocognitifs majeurs

16

Âge (années)	Prévalence, % (intervalle de confiance à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Total
65–69	0,8 (0,8–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,8 (0,8–0,8)
70–74	2,4 (2,3–2,4)	2,4 (2,4–2,5)	2,4 (2,4–2,4)
75–79	5,6 (5,6–5,7)	6,1 (6,0–6,1)	5,9 (5,8–5,9)
80–84	11,4 (11,2–11,5)	13,1 (13,0–13,2)	12,4 (12,3–12,4)
85 et plus	20,4 (20,3–20,6)	26,9 (26,7–27,0)	24,6 (24,5–24,7)
Total	5,6 (5,6–5,6)	8,3 (8,3–8,4)	7,1 (7,1–7,1)

Agence de la santé publique du Canada

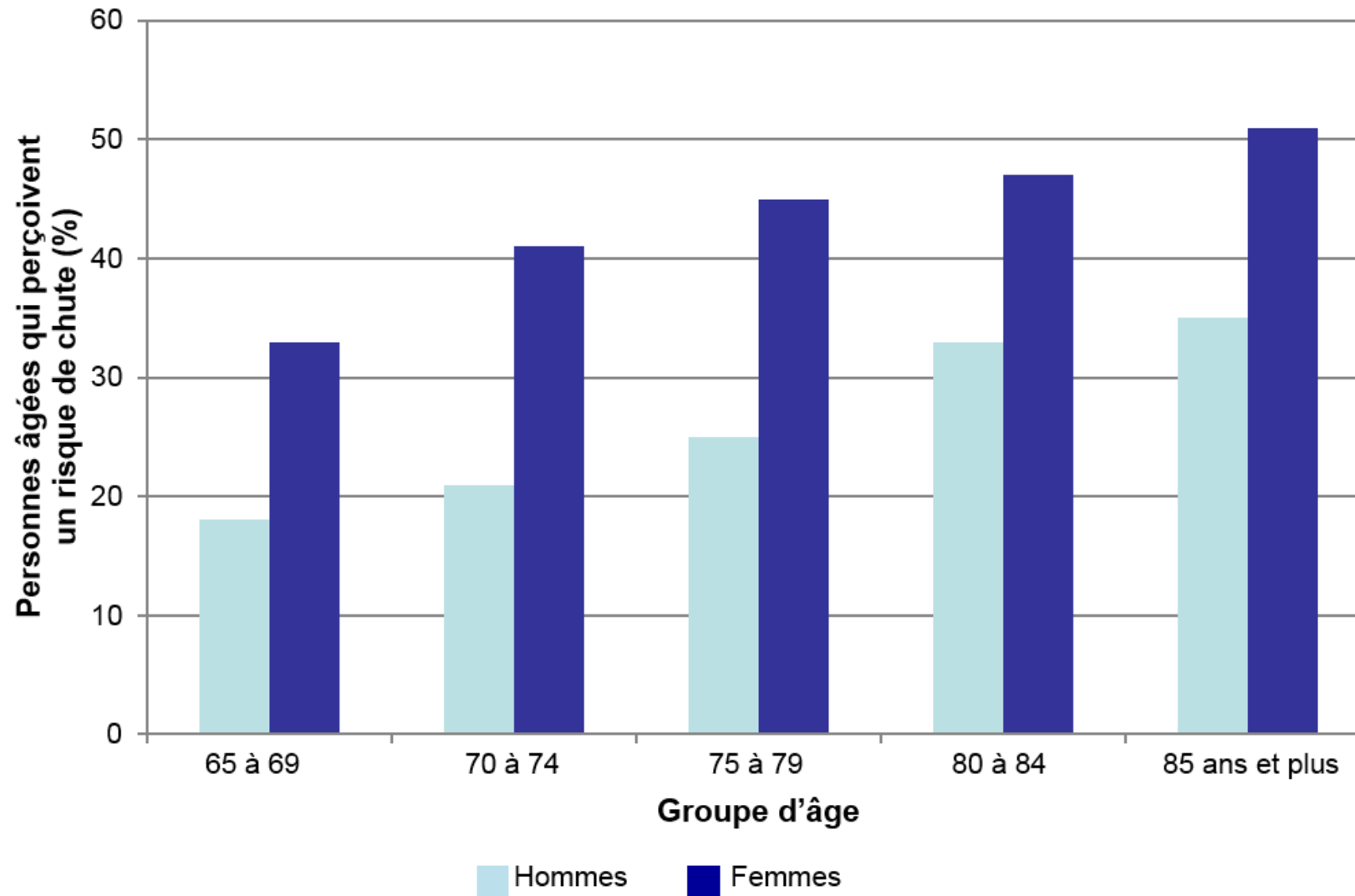
Nombre de personnes souffrant de démence - Québec, 2011-2041^{1,2}



Et plusieurs autres syndromes...

Pourcentage de personnes âgées qui perçoivent un risque de chute, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2008/2009

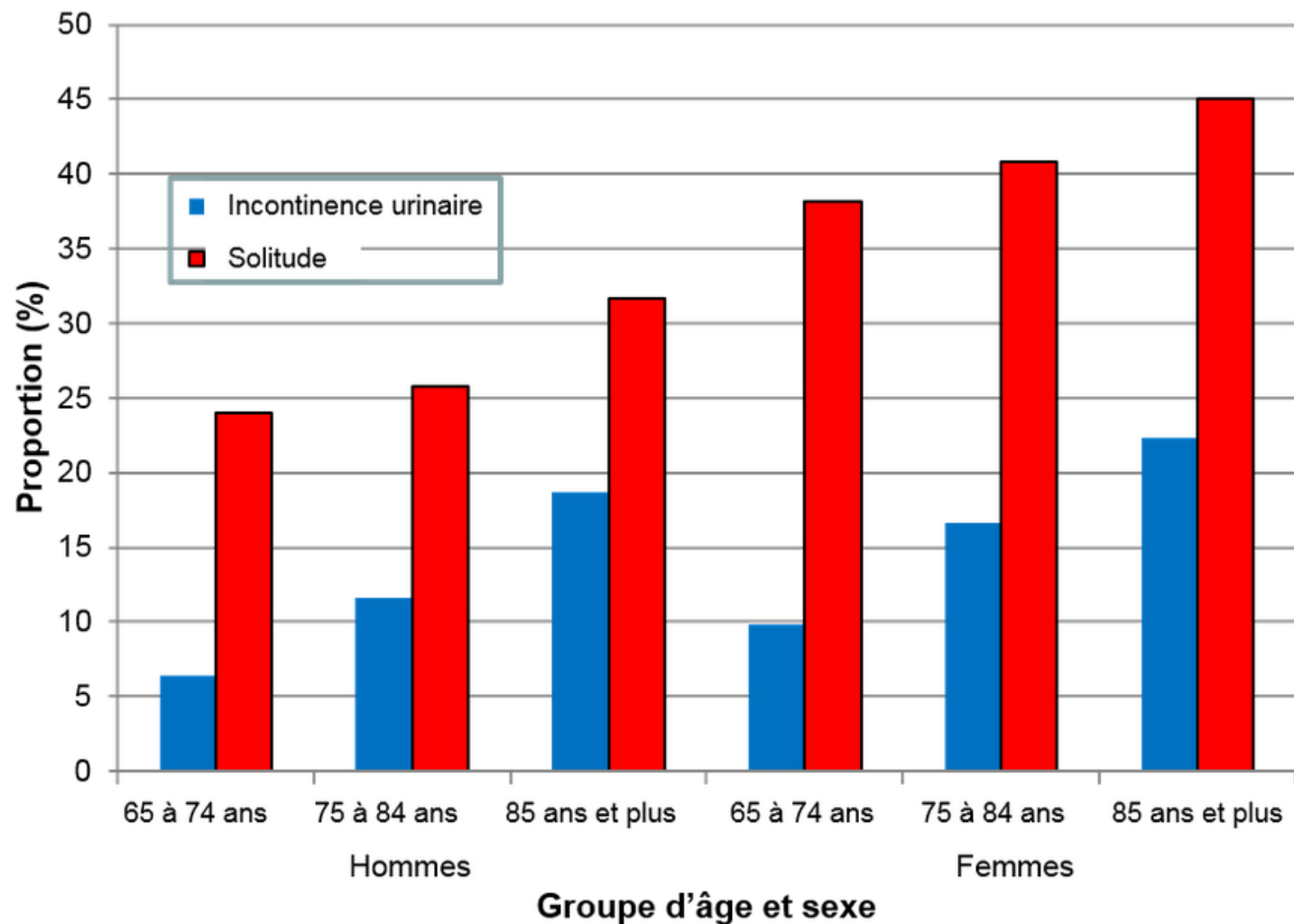
19



Source : Statistique Canada, *Coup d'œil sur la santé*, 82-624-X, octobre 2014

Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008/2009 – Vieillesse en santé.

Prévalence de l'incontinence urinaire et de la solitude, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada (territoires non compris), 2008/2009

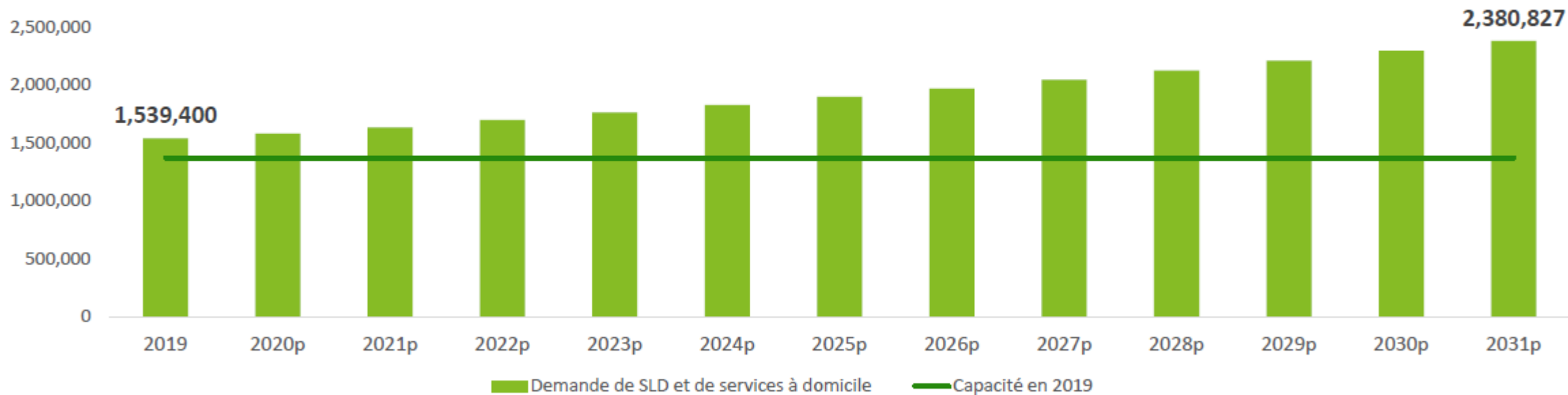


Source : Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, 82-003-X, vol. 24, n° 10, octobre 2013
Source de données: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008/2009 – Vieillesse en santé.

Impacts sur les soins de longue durée

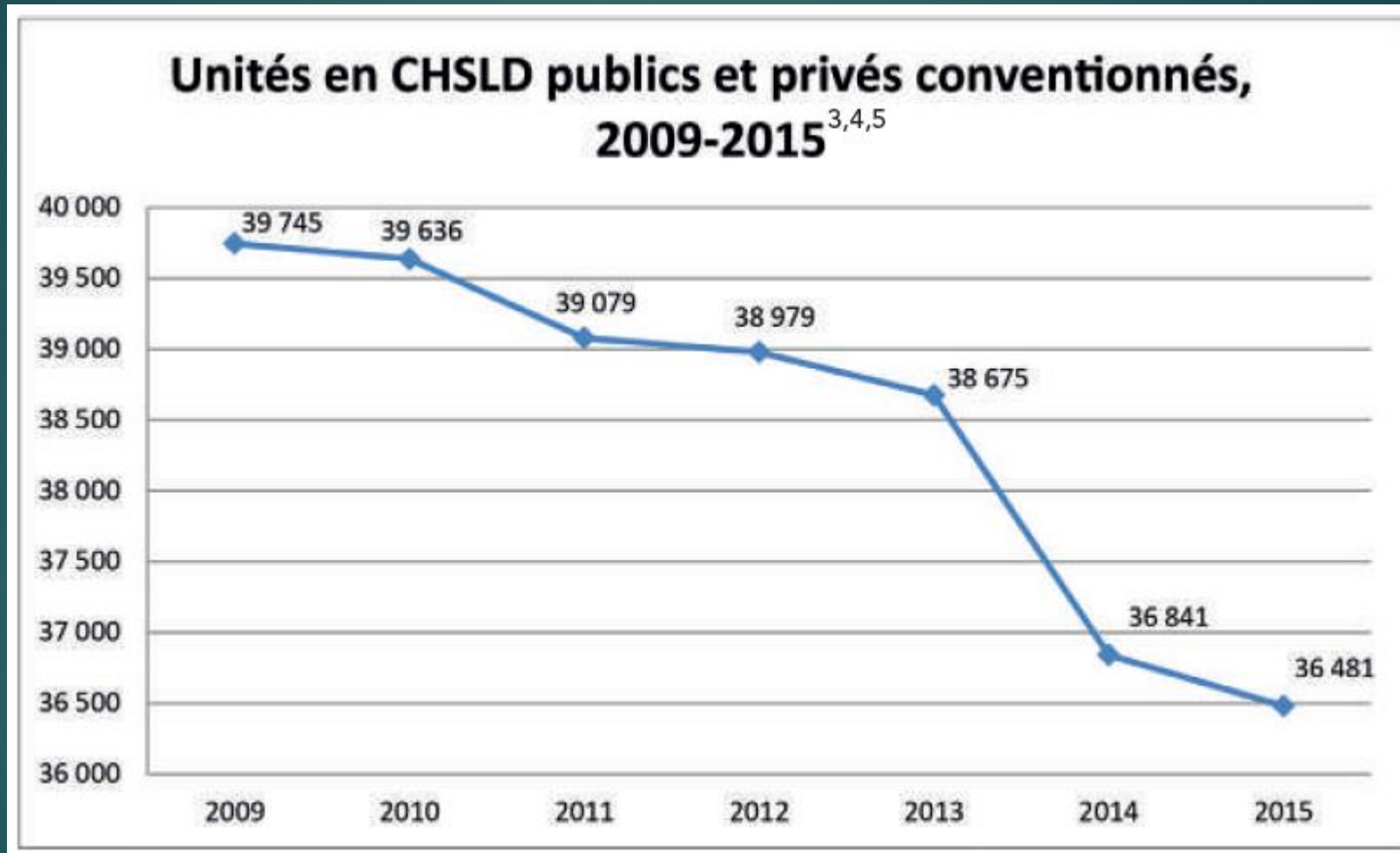
Projections de référence : demande totale de soins au Canada

Nombre de patients ayant demandé ou appelés à demander des soins de longue durée et des services à domicile



- Au total, nos estimations de la demande de SLD et de services à domicile montrent que ces services ont été demandés par plus de 1,5 million de Canadiens en 2019. D'ici 2031, la demande devrait augmenter de 55 % et atteindre plus de 2,3 millions de Canadiens.
- Les services à domicile continueront de représenter l'essentiel de la demande; ils feront l'objet de la demande de 75 % de la clientèle en 2031.

Les places en CHSLD



Besoins croissants

24

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

INFO-PERFORMANCE

Bulletin n° 16 – Décembre 2017
csbe.gouv.qc.ca

Dans ce numéro

LES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS EN ATTENTE D'UNE PLACE D'HÉBERGEMENT EN CHSLD

Au Québec, en 2016-2017, environ 4,4 % de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus sont hébergées dans un CHSLD du réseau public en raison de l'importance de leurs besoins et de la lourdeur de leur perte d'autonomie. Ce bulletin Info-performance traite spécifiquement des personnes âgées de 75 ans et plus qui sont en attente d'une place d'hébergement en CHSLD. Actuellement, 2407 personnes de cet âge sont dans cette situation. Même si elles ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des personnes âgées, leur niveau de vulnérabilité est tel qu'il est opportun de se pencher sur les délais d'attente pour accéder à une place en CHSLD, une fois que les besoins de ces personnes ont été évalués.

Selon les données du MSSS du SAD longue durée, il y a plus de **15 000 usagers** qui ont des profils 10 à 14 pour SAPA

Au Québec, 80,4 % des usagers nouvellement admis en CHSLD, c'est-à-dire entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, présentaient un profil ISO-SMAF qui se situait entre 10 et 14. Cette proportion est en croissance depuis 2014-2015 pour presque toutes les régions du Québec, quoique de façon variable. Il s'agit d'une augmentation moyenne de l'ordre de 5 % dans les trois dernières années.

Si on garde le statu quo

CEAIA.ca **Chaire de recherche Industrielle Alliance
sur les enjeux économiques
des changements démographiques**

15-12

UTILISATION ET COÛT DE L'HÉBERGEMENT AVEC SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC, 2010 À 2050

**CAHIER DE RECHERCHE
WORKING PAPER**

François Laliberté-Auger, Aurélie Côté-Sergent, Yann Décarie,
Jean-Yves Duclos et Pierre-Carl Michaud

Juin / June 2015

 UNIVERSITÉ
LAVAL
Faculté des sciences sociales

ESG UQÀM



Figure 3 – Nombre d'individus (en milliers) en institution en 2010, 2030 et 2050, hommes et femmes séparément.

Chaire de recherche Industrielle Alliance
sur les enjeux économiques
des changements démographiques
CEDIA.ca

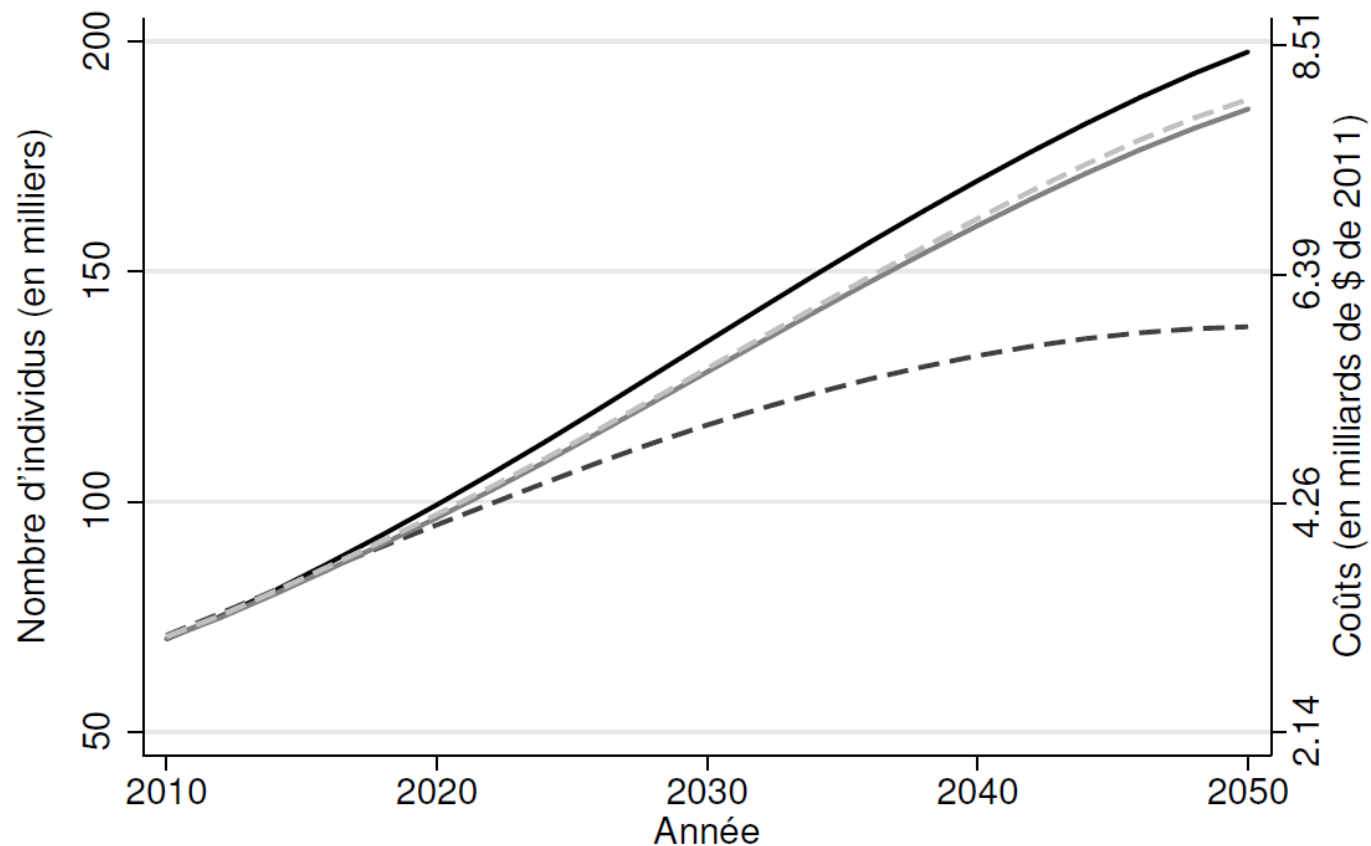
15-12

UTILISATION ET COÛT DE L'HÉBERGEMENT AVEC SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC, 2010 À 2050

CAHIER DE RECHERCHE
WORKING PAPER

François Laliberté-Auger, Aurélie Côté-Sergent, Yann Décarie,
Jean-Yves Duclos et Pierre-Carl Michaud

Juin / June 2015

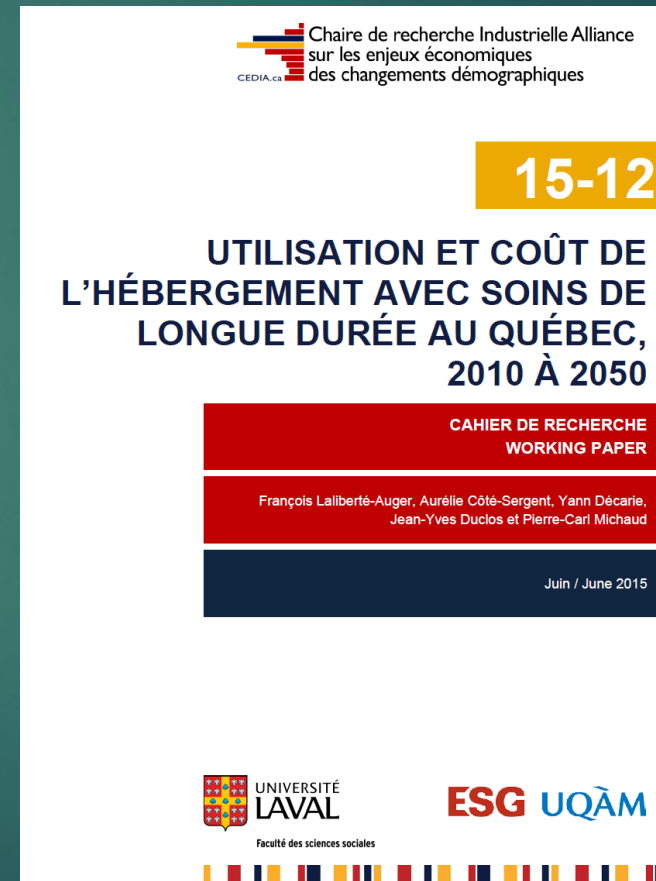


— Référence - - - Sans amélioration de la mortalité
— Diminution des démences - - - Hausse maladies associées à l'obésité

Projection de croissance de l'hébergement

27

- ▶ Les besoins en hébergement vont doubler entre 2006 et 2031.
- ▶ Si rien ne change, les besoins de places en hébergement :
 - ▶ 2010 : 75 100
 - ▶ 2050 : 196 900
 - ▶ 3045 nouvelles places par année pendant 40 ans!
- ▶ Coûts passant de 3,2 à 8,4 milliards en dollars constants, ce qui apparaît insoutenable.
 - ▶ Le coût d'hébergement est fixé à 42 784 \$
 - ▶ Le coût d'hébergement n'a pas été augmenté entre 2010 et 2050.



Maisons des aînés: la facture explosera de 50%

Les maisons des aînés seront plus petites et plus nombreuses que prévu en campagne électorale

L'actuali

Maisons des aînés: beau, bon, mais très cher

Maisons des aînés: facture qui explose, places en moins et date d'ouverture inconnue

Actualités

par Jocelyne Richer, La Presse Canadienne
21 mars 2021

Jusqu'à 1 M\$ par chambre: des maisons des aînés qui vont coûter une vraie fortune



Accueil > Actualités > Santé > La liste d'attente s'allonge pour les soins à domicile

Publié le 16 mars 2019 à 00h00 | Mis à jour à 09h01

La liste d'attente s'allonge pour les soins à domicile



En chiffres

15,4 millions: Nombre d'heures de services en soutien à domicile offertes en 2017-2018

13 millions: Nombre d'heures de services en soutien à domicile offertes en 2016-2017

Nombre de personnes en attente de services à domicile de la part des établissements de santé*

Depuis 30 jours ou moins : 9598

Depuis de 31 à 90 jours : 8242

Depuis plus de 90 jours : 14 343

TOTAL : 32 183

* En date du 10 novembre 2018

41 000 Québécois en attente: les soins à domicile sont en crise

Même la hausse des effectifs n'arrive pas à combler la demande de service qui explose au fil des ans

HUGO DUCHAINE

Mardi, 15 juin 2021 01:00

MISE À JOUR Mardi, 15 juin 2021 01:00

Plus de 41 000 Québécois attendent un service à domicile, un nombre qui a bondi de 20 % en trois ans, malgré une hausse des heures offertes et des effectifs qui échouent à combler la demande.

- À lire aussi: [Des auxiliaires en santé et services sociaux réclament justice](#)
- À lire aussi: [40 000 aînés ont besoin de plus de soutien à domicile](#)

La liste d'attente pour un service de soutien à domicile compte désormais 7400 personnes de plus qu'en 2018. Plus de 12 600 Québécois attendent encore un tout premier service.

Et ce, même si le nombre de personnes desservies a augmenté depuis trois ans.

«Les données démontrent que malgré une augmentation de la liste d'attente en [soutien à domicile], les usagers à recevoir ces services sont plus nombreux et les heures consacrées à ces soins continuent de croître», assure le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Soins à domicile : plus de privé, moins de stabilité

LA
PRESSE

Aujourd'hui, vendredi 8 octobre 2021



PHOTO OLIVIER JEAN, LA PRESSE

Le vieillissement de la population fait augmenter la demande de soins à domicile, selon l'Association des entreprises privées de personnel soignant du Québec.

Près de 30 % des heures de soins en aide à domicile au Québec ont été réalisées par de la main-d'œuvre indépendante l'an dernier. Un phénomène en hausse depuis 2015, qui n'est pas sans conséquence sur la qualité des services offerts à la population, selon des experts.

Un financement qui favorise
l'hébergement

Un système de santé inéquitable

33

CHSLD projet novateur - Amortissement 20 ans	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Soins infirmiers									105,35	105,35	105,35	105,35	105,35	105,35
PAB									110,14	110,14	110,14	110,14	110,14	110,14
Services professionnels									13,71	13,71	13,71	13,71	13,71	13,71
Pharmacie									0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Coût opération									23,73	23,73	23,73	23,73	23,73	23,73
Coût entretien bâtiment									10,08	10,08	10,08	10,08	10,08	10,08
Coût total des services									8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$
Contribution moyenne par usager									1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$
Coût bâtiment									735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$
Coût moyen net pour l'état									7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$
% financé réel									81,13%	81,13%	81,13%	81,13%	81,13%	81,13%
% assumé par l'utilisateur									18,87%	18,87%	18,87%	18,87%	18,87%	18,87%
SAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Services professionnels et d'assistance	- \$	- \$	- \$	- \$	349,70 \$	- \$	618,65 \$	714,60 \$	- \$	568,95 \$	554,06 \$	507,22 \$	855,64 \$	1410,87 \$

- ▶ Plus de 15 000 usagers avec un ISO-SMAF de 10 à 14 à domicile
 - ▶ Quelle aide ont-ils?
 - ▶ Pour un profil identique
 - ▶ 7091\$ par mois en CHSLD
 - ▶ 1400\$ par mois à domicile

Nos enjeux

Écosystème des soins de longue durée

35

- ▶ Iniquité de financement pour un même niveau de perte d'autonomie





Pratique en silo

Expérience client...

37

NOUS VOUS SUGGÉRONS DE LE SURVEILLER 24H/24.
L'ÉTAT DE VOTRE CONJOINT EST MINEUR.



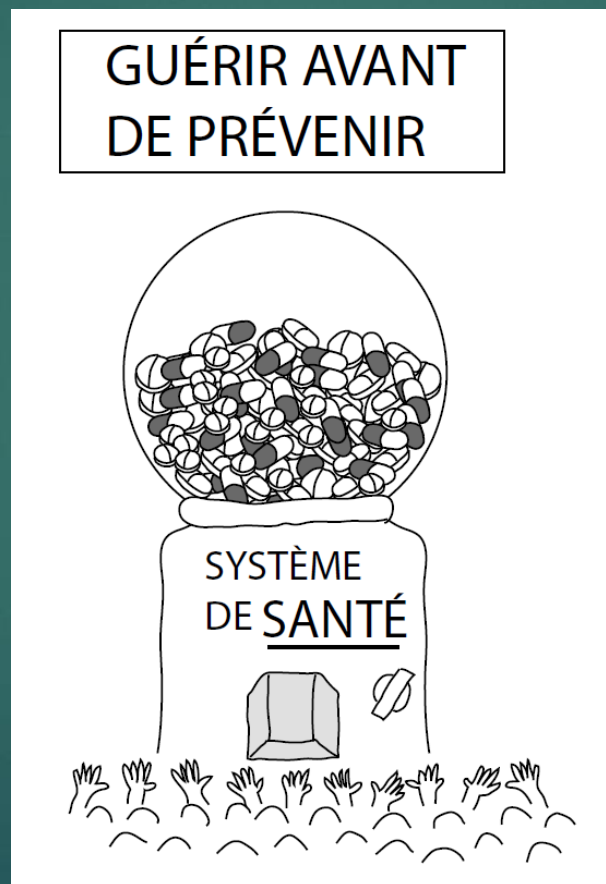
Cette vision limite l'accès

38



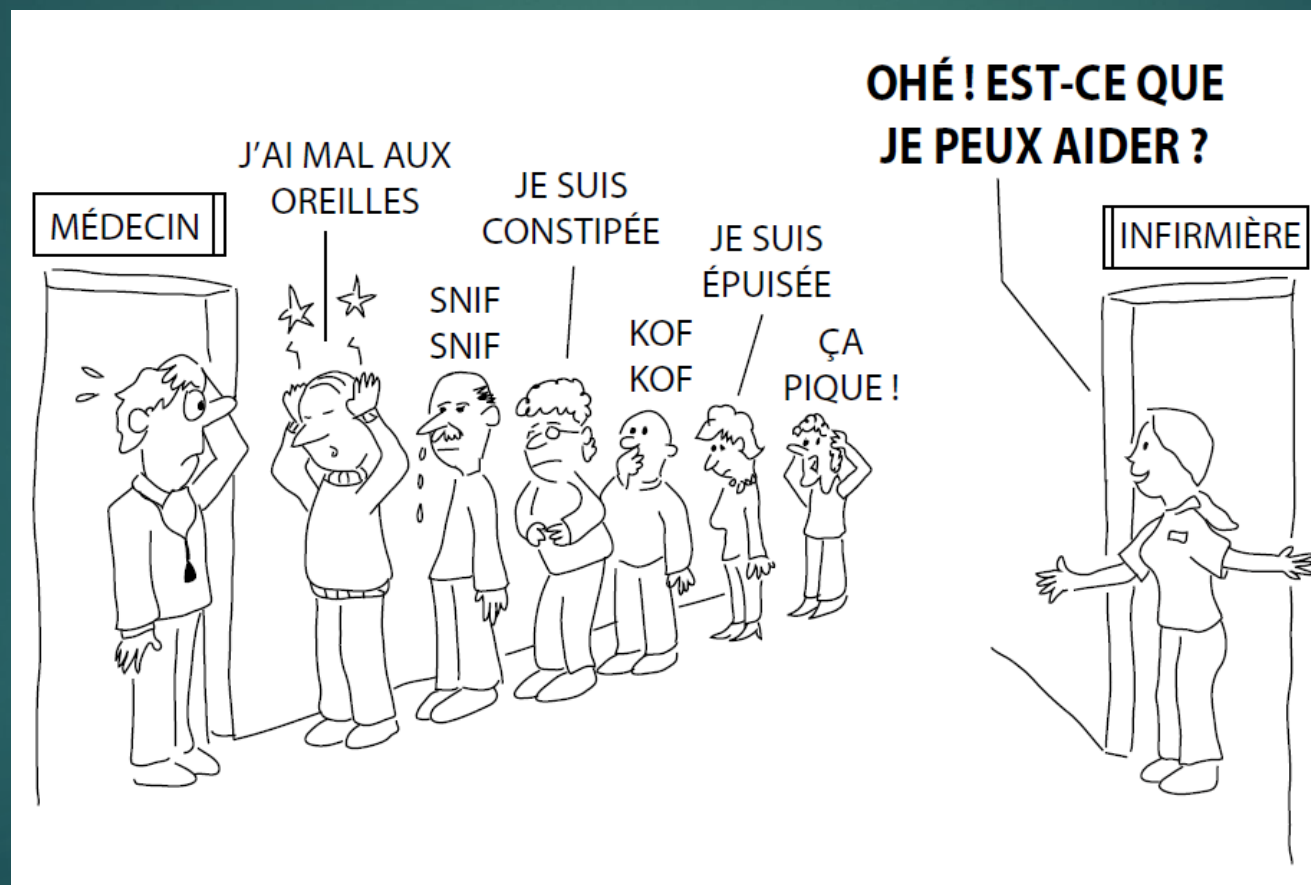
On ne fait pas de prévention...

39



Un système qui tourne autour du professionnel le moins accessible

40



On précipite la demande d'hébergement,
mais il y a un manque de places

41

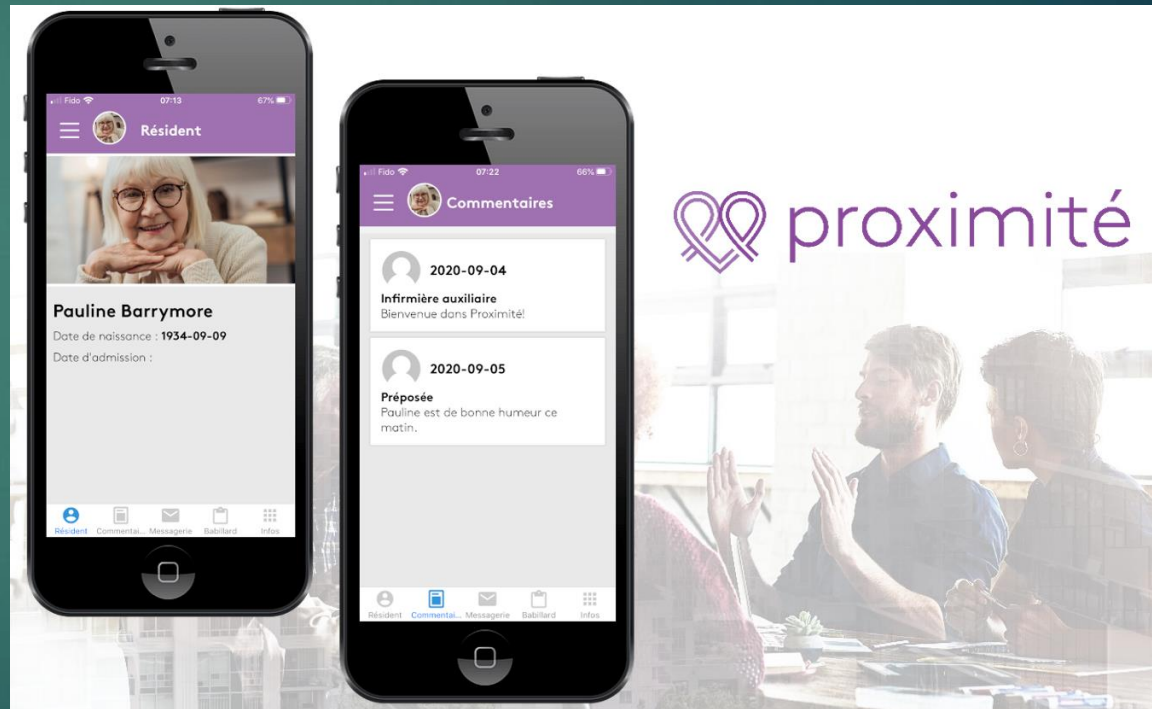
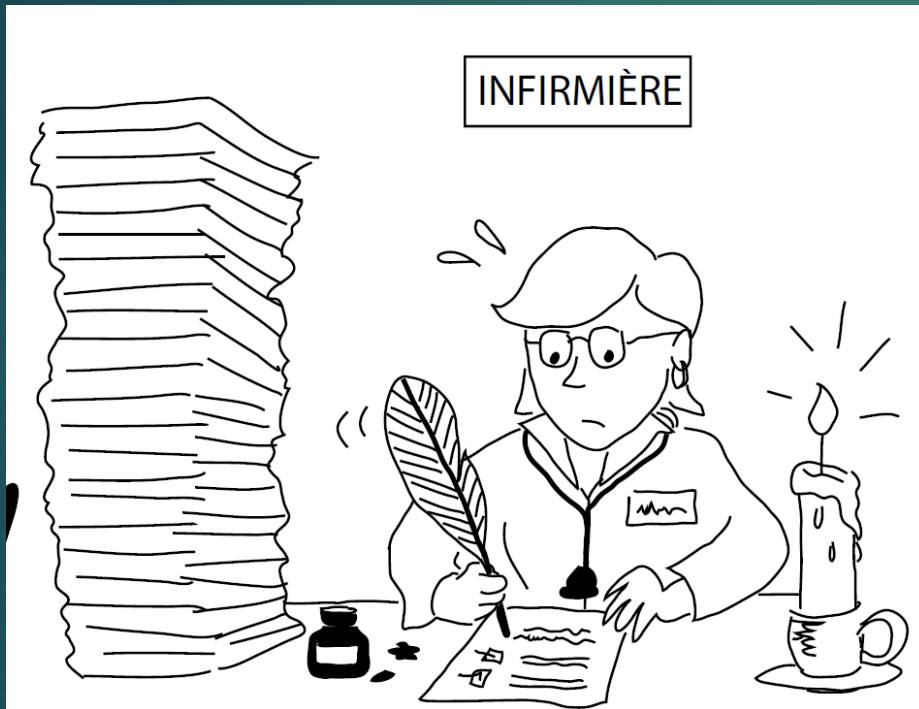


S'il manque des places en hébergement...



Informatisation

43



Une décroissance du nombre de
travailleurs

Une décroissance préoccupante

45

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ACTIVE CANADIENNE

1971 EN 1971, IL Y AVAIT 6,6 TRAVAILLEURS POUR CHAQUE RETRAITÉ



6,6 PAR

The infographic for 1971 shows six white human icons representing active workers and one white human icon with a cane representing a retiree. A blue circle with the number 6,6 is positioned between the two groups, with the word 'PAR' below it.

2012 EN 2012, IL Y EN AVAIT 4,2



4,2 PAR

The infographic for 2012 shows four white human icons representing active workers and one white human icon with a cane representing a retiree. A blue circle with the number 4,2 is positioned between the two groups, with the word 'PAR' below it.

2036 ON ESTIME QUE CE RAPPORT CHUTERA À 2 POUR 1 EN 2036



2,3 PAR

The infographic for 2036 shows two white human icons representing active workers and one white human icon with a cane representing a retiree. A blue circle with the number 2,3 is positioned between the two groups, with the word 'PAR' below it.

Mise à jour de Statistique Canada

- ▶ En 2017
 - ▶ 4 personnes actives pour chaque personne inactive de 65 ans et plus.
- ▶ En 2036
 - ▶ 1.8 personnes actives pour chaque personne inactive de 65 ans et plus au Québec

Les solutions



Première solution

Rehausser les services pour les aînés
atteints d'Alzheimer pour éviter
l'hébergement trop précipité

Les attentes des proches aidants?

International Psychogeriatrics (2018), 30:1, 5–14 © International Psychogeriatric Association 2017
doi:10.1017/S1041610217001491

REVIEW

Do services meet the needs of people with dementia and carers living in the community? A scoping review of the international literature

Claire Morrisby,¹ Annette Joosten^{1,2} and Marina Ciccarelli¹

¹*School of Occupational Therapy and Social Work, Curtin University, Perth, WA, Australia*

²*School of Allied Health, Australian Catholic University, Melbourne, Victoria, Australia*

ABSTRACT

Background: Providing effective support to the increasing number of people with dementia to remain at home is a challenge for families, health professionals, service providers, and governments worldwide. The aim of this paper was to summarize and disseminate the current international research evidence on the met and unmet needs of people with dementia and their carers, to inform researchers and policy-makers.

Method: A scoping review methodology was used to guide a search of studies published between 2004 and 2015 using specified search terms; 27 studies relevant to the aim were included. A constant comparison approach was used to thematically analyze the data.

Results: Holistic needs encompassing basic human survival, medical, financial, and social needs were experienced by people with dementia and carers, regardless of country or methodology used to collect data. A gap was identified frequently between what was needed and the supports that were received; this gap encompassed quantity, quality, and flexibility of services underpinned by service delivery models.

Conclusion: The needs of people with dementia and their carers were diverse and not always effectively met by the services designed to support them. Recommendations are offered to service providers, policy-makers, and researchers to support more effective service provision tailored to meet the needs of people with dementia and their carers while they are living in the community.

▶ Ils veulent :

- ▶ Services flexibles et personnalisés
- ▶ Services diversifiés
- ▶ Services disponibles rapidement lors d'une demande
- ▶ Services professionnels et communautaires mieux intégrés
- ▶ Le coût est une barrière importante à l'accès aux services de santé et sociaux.



> ACTUALITÉS

> SOCIÉTÉ

> LE CRI DU COEUR D'UN PROCHE AIDANT

Le cri du coeur d'un proche aidant

TVA Nouvelles | Publié le 13 août 2019 à 13:37 - Mis à jour le 13 août 2019 à 19:03

Un aidant naturel de Lorraine dans les Laurentides crie à l'aide. Il s'occupe de son frère atteint d'Alzheimer depuis quelques années et il n'en peut plus.

Michel Beauchamp, 70 ans, prend soin de son frère André, 81 ans. En plus de la maladie d'Alzheimer, il a d'autres problèmes de santé, dont un pacemaker après avoir fait un arrêt cardiaque, du diabète et il a eu un cancer du côlon.

«Ça prend une aide financière parce que de s'en occuper 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, on ne peut pas aller travailler. On n'a pas de salaire. Depuis 2009, tout ce que je fais c'est dépenser, dépenser, dépenser», martèle M. Beauchamp.

Et au Québec?

50

Ducharme et al. *BMC Nursing* 2014, **13**:49
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/49>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Unmet support needs of early-onset dementia family caregivers: a mixed-design study

Francine Ducharme^{1,2*}, Marie-Jeanne Kergoat^{1,3,4}, Rene Coulombe², Louise Lvesque², Pascal Antoine⁵ and Florence Pasquier⁶

Abstract

Background: Though advances in knowledge and diagnostics make it possible today to identify persons with early-onset dementia or a related cognitive disorder much sooner, little is known about the support needs of the family caregivers of these persons. The aim of this study was to document the unmet support needs of this specific group of caregivers. This knowledge is essential to open avenues for the development of innovative interventions and professional services tailored to their specific needs.

Methods: This study was conducted using a mixed research design. Participants were 32 family caregivers in their 50s recruited through memory clinics and Alzheimer Societies in Quebec (Canada). The Family Caregivers Support Agreement (FCSA) tool, based on a partnership approach between caregiver and assessor, was used to collect data in the course of a semi-structured interview, combined with open-ended questions.

Results: The unmet support needs reported by nearly 70% of the caregivers were primarily of a psycho-educational nature. Caregivers wished primarily: (1) to receive more information on available help and financial resources; (2) to have their relatives feel valued as persons and to offer them stimulating activities adjusted to their residual abilities; (3) to reduce stress stemming from their caregiver role assumed at an early age and to have the chance to enjoy more time for themselves; and (4) to receive help at the right time and for the help to be tailored to their situation of caregiver of a young person.

Conclusions: Results show numerous unmet support needs, including some specific to this group of family caregivers. Use of the FCSA tool allowed accurately assessing the needs that emerged from mutual exchanges. Avenues for professional innovative interventions are proposed.

Keywords: Caregivers, Early-onset dementia, Unmet support needs, Partnership approach, Professional interventions

- ▶ Les besoins non comblés:
 - ▶ Information sur les services disponibles
 - ▶ Aide financière
 - ▶ Préserver la vie et valoriser la personne atteinte de la maladie
 - ▶ Aide face à la détresse psychologique
- ▶ Les proches aidants aimeraient avoir des services plus adaptés.

Étude sur les centres de jour

51


- ▶ Les centres de jour ont pour effet de :
 - ▶ Aînés avec problèmes cognitifs
 - ▶ Augmenter la qualité de vie
 - ▶ Ralentir la perte cognitive
 - ▶ Préserver l'autonomie
 - ▶ Diminuer la fréquence des SCPD et de l'usage des psychotropes
 - ▶ Aînés fragiles
 - ▶ Diminuer les hospitalisations, les admissions en CHSLD et le taux de mortalité
 - ▶ Proches aidants
 - ▶ Diminuer le fardeau
 - ▶ Accroître le bien-être psychologique

Received: 26 March 2018 | Accepted: 21 August 2018
DOI: 10.1002/gps.4992

RESEARCH ARTICLE

WILEY International Journal of
Geriatric Psychiatry

Day care vs home care: Effects on functional health outcomes among long-term care beneficiaries with dementia in Korea

Tae Wha Lee¹ | Eun Shil Yim² | Hyoung Shim Choi³ | Jane Chung⁴ 

¹College of Nursing, Yonsei University, Seoul, South Korea

²Department of Nursing, Daegu Health College, Daegu, South Korea

³Department of Nursing, Youngsan University, Yangsan, South Korea

⁴Virginia Commonwealth University School of Nursing, Richmond, VA, USA

Correspondence

Jane Chung, Virginia Commonwealth University School of Nursing, Box 980567, 1100 East Leigh Street, Richmond, VA 23298-0567, USA.
Email: jchung2@vcu.edu

Objectives: First, to compare changes in cognitive function, behavioral symptoms, and physical function for Korean Long-Term Care Insurance (LTCI) beneficiaries with dementia in day care (DC) and home care (HC) settings over 1 year. Second, to examine the association between LTCI service type and the aforementioned health outcomes.

Methods: A retrospective matched cohort study was conducted using the national data set of the National Health Insurance Service in Korea. We identified 7822 beneficiaries with dementia who received either DC or HC services consistently for 1 year from 2008 to 2009. The propensity score matching method was used, yielding 416 participants in each group. Paired samples t-tests and logistic regression analyses were conducted.

Results: Baseline differences between the two groups are present. According to multiple regression models, DC, when compared with HC, was related to less deterioration in cognitive and physical function but was associated with less improved behavioral symptoms 1 year after the LTCI enrollment. In the comparison between matched cohorts, DC, when compared with HC, was associated with less cognitive decline, less disability progression, and similar decrease in behavioral symptoms.

Conclusions: Cognitive function and disability declined less in the DC group, compared with the HC group. Conversely, behavioral symptoms showed a similar decrease between the two groups after 1-year follow-up. Further research is necessary to examine key features of DC services that have helped delay functional deterioration and alleviate behavioral symptoms.

KEYWORDS

activities of daily living, behavioral symptoms, cognitive function, day care, dementia, home care, long-term care

- ▶ **La solitude double le risque d'admission en CHSLD** (même en contrôlant pour plusieurs variables confondantes)
- ▶ **À elle seule, la solitude explique près de 20 % des demandes d'admission en CHSLD!**

▶ **N=15783**

Age and Ageing 2018; 47: 896–900
doi: 10.1093/ageing/afy095
Published electronically 10 July 2018

© The Author(s) 2018. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

SHORT REPORTS

Loneliness as a risk factor for care home admission in the English Longitudinal Study of Ageing

BARBARA HANRATTY¹, DANIEL STOW¹, DANNI COLLINGRIDGE MOORE², NICOLE K. VALTORTA¹, FIONA MATTHEWS¹

¹Institute of Health and Society, Newcastle University, Biomedical Research Building, Campus for Ageing and Vitality, Newcastle upon Tyne NE4 5PL, UK

²International Observatory on End of Life Care, Lancaster University, Furness Building Lancaster, LA1 4YG, UK

Address correspondence to: Barbara Hanratty, Institute of Health and Society, Newcastle University, Biomedical Research Building, Campus for Ageing and Vitality, Newcastle upon Tyne NE4 5PL, UK. Tel: +44 (0) 191 208 1121. Email: Barbara.hanratty@newcastle.ac.uk

Abstract

Background: loneliness has an adverse effect on health and well-being, and is common at older ages. Evidence that it is a risk factor for care home admission is sparse.

Objective: to investigate the association between loneliness and care home admission.

Setting: English Longitudinal Study of Ageing (ELSA).

Participants: two-hundred fifty-four individuals across seven waves (2002–15) of ELSA who moved into care homes were age, sex matched to four randomly selected individuals who remained in the community.

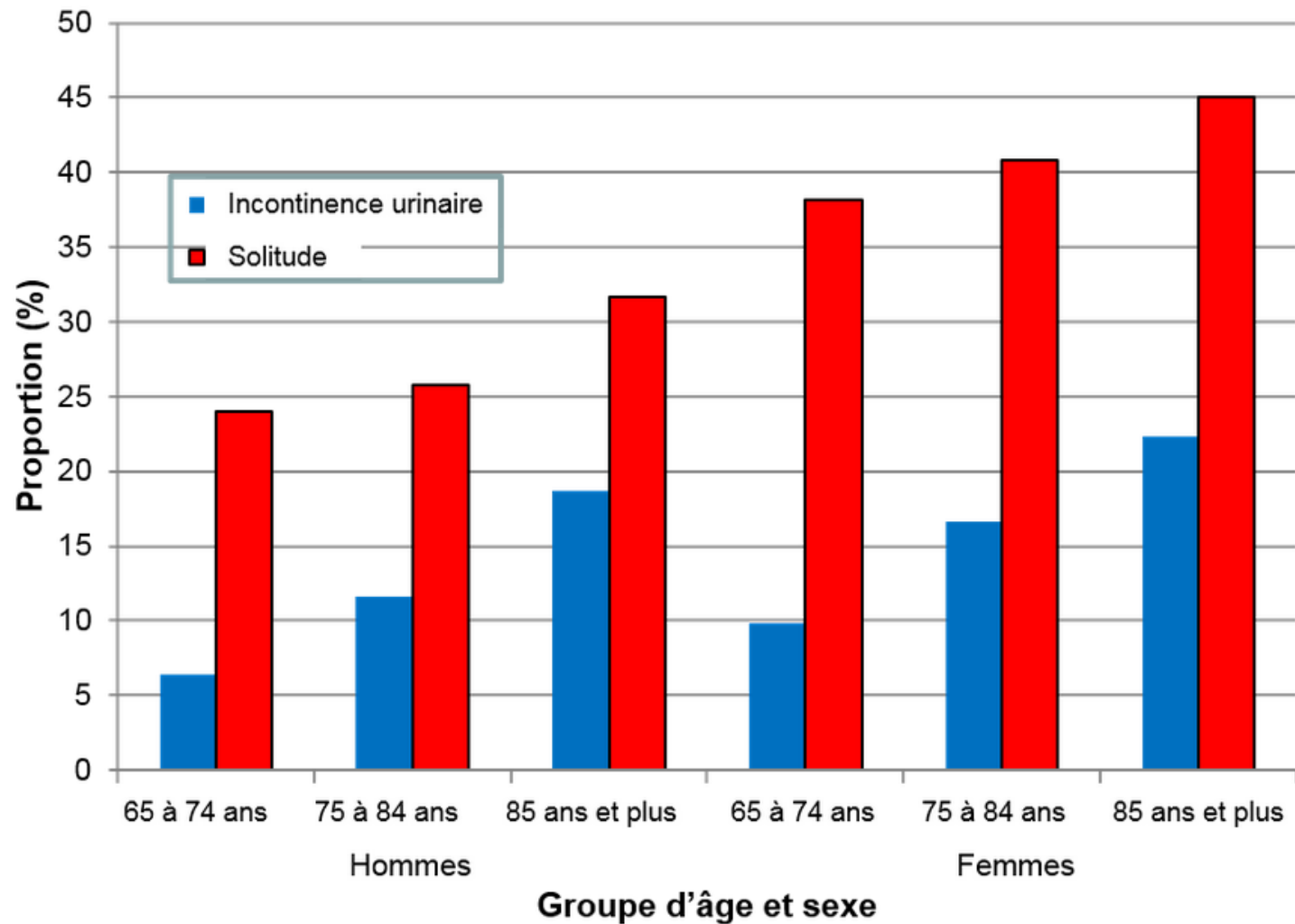
Methods: logistic regression models examined associations between loneliness, socio-demographic factors, functional status and health on moving into care homes.

Results: loneliness (measured by the University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale and a single-item question from the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)) was associated with moving into a care home (CES-D OR 2.13, 95% CI 1.43–3.17, $P = 0.0002$, UCLA OR 1.81, 95% CI 1.01–3.27, $P = 0.05$). The association persisted after adjusting for established predictors (age, sex, social isolation, depression, memory problems including diagnosis of Alzheimer's disease, disability, long-term physical health and wealth). The impact of loneliness (measured by CES-D) on admission accounted for a population attributable fraction of 19.9% (95% CI 7.8–30.4%).

Conclusions: loneliness conveys an independent risk of care home admission that, unlike other risk factors, may be amenable to modification. Tackling loneliness amongst older adults may be a way of enhancing wellbeing and delaying or reducing the demand for institutional care.

Keywords: loneliness, care homes, cohort study, older people

Prévalence de l'incontinence urinaire et de la solitude, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada (territoires non compris), 2008/2009



Source : Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, 82-003-X, vol. 24, n° 10, octobre 2013
Source de données: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008/2009 – Vieillesse en santé.

La Suisse

- ▶ Soins à domicile
- ▶ Logement protégé
- ▶ Centre de jour
- ▶ Centre de soir
- ▶ Centre de nuit
- ▶ CHSLD



Les Structures d'Accompagnement Médico-Social (SAMS)



Marie Cuénod
Directrice des SAMS et animation (DSA)



Le canton de Vaud connaît un nombre de personnes âgées vivant en EMS parmi les plus bas de Suisse. Le développement des alternatives à l'hébergement y concourt dans une large mesure et le canton entend poursuivre ses efforts dans cette voie.

Le Conseil de Fondation de la Fondation Primeroche a établi comme un de ses axes stratégiques en automne 2007, le développement d'une offre en structures intermédiaires pour ses communes constituantes.

Le souhait de la Fondation est d'offrir aux personnes qui le désirent la possibilité de « rester chez elles », en mettant en place une offre de proximité et évolutive, des prestations à la carte, individualisées, ceci pour un coût raisonnable, donc moins élevé que lors d'un hébergement en EMS.

Le souhait de la Fondation est d'offrir aux personnes qui le désirent la possibilité de « rester chez elles », en mettant en place une offre de proximité et évolutive, des prestations à la carte, individualisées, ceci pour un coût raisonnable, donc moins élevé que lors d'un hébergement en EMS.

La Fondation Primeroche exploite donc plusieurs sites dans cette visée, suivant les axes prioritaires établis par l'Etat de Vaud :



Les CAT offrent des possibilités d'accompagnement souples et diversifiées, adaptées aux besoins des clients pour une demi-journée, une journée entière, une nuit ou durant le week-end. Cet accueil est en principe limité à 48 heures.



Il s'agit d'un séjour temporaire qui a pour but de favoriser et de prolonger le maintien dans leur milieu de vie de personnes dépendantes, momentanément affaiblies, en leur offrant la possibilité d'une prise en charge de quelques semaines.



Les « logements protégés » sont un type d'hébergement individuel, avec un équipement et des infrastructures adaptés aux difficultés que rencontrent les personnes qui entrent dans un âge avancé sans que l'entrée en EMS soit pour autant nécessaire.

Le logement protégé présente des caractéristiques architecturales (accès facilités pour les moyens auxiliaires, espaces communautaires) et d'encadrement sécuritaire (système d'appel, présence d'un référent de maison) spécifiques. De façon annexe, le locataire peut, s'il le souhaite, avoir recours à des prestations socio hôtelières, à des soins donnés par le CMS ou autre OSAD, à un accueil temporaire ou de court séjour.

France, Belfort

55

- ▶ À Delle, une unité Alzheimer de 14 places est couplée à un logement d'une quarantaine d'appartements.
- ▶ La Mutualité française Territoire de Belfort

Fondation Médéric Alzheimer : améliorer l'accompagnement de nuit

07/03/2018 - 12:41 | Générations Mutualistes



Accompagnement de nuit à domicile!

Centre d'accompagnement de jour et de soir 7 jours/7

56



SERVICE DE RÉPIT

Ce service s'adresse aux proches aidants qui veillent au maintien de la personne âgée à son domicile. Nous lui offrons un moment de répit afin de lui permettre de poursuivre sa mission auprès du proche en perte d'autonomie.

OBJECTIFS

- Soutenir les proches aidants qui prennent soin d'une personne en perte d'autonomie et/ou atteinte de troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer.
- Éviter l'épuisement des proches aidants en leur offrant du répit sous forme d'accompagnement avec l'aidé.
- Le service est offert à domicile et en résidence privée.
- Nous desservons le territoire du grand Chicoutimi, Laterrière, St-Fulgence, St-Honoré, St-David de Falardeau et Ste-Rose du Nord.
- Le service est offert du lundi au dimanche de 8h à 22h.

Pour toute information sur le service de répit, **contactez le bureau** de l'AQDR au 418-543-0868 ou **écrivez-nous**.



Deuxième solution

Les aînés atteints de maladies chroniques
devraient pouvoir rester à son domicile

La perspective de l'utilisateur atteint de maladies chroniques

Les besoins de l'utilisateur

- Recevoir les soins aux bons moments
- Obtenir une surveillance clinique continue et rigoureuse pour éviter les hospitalisations

Les pratiques actuelles

- ▶ Examen clinique à domicile
- ▶ Intervalle du suivi clinique déterminé selon la gravité de la situation
- ▶ Absence de suivi entre les visites
- ▶ Possibilité de visites non requise par l'état de l'utilisateur



Résultats du suivi infirmier pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Étude de Tsuchihashi-Makaya et al., [2]

- ▶ Surveillance clinique du personnel infirmier permet de réduire :
 - ▶ de 48 % des hospitalisations
 - ▶ la dépression
 - ▶ l'anxiété.

Étude de Adib-Hajbaghery et al., [3]

- ▶ Surveillance clinique du personnel infirmier permet de réduire :
 - ▶ les hospitalisations
 - ▶ la durée de l'hospitalisation lorsque le patient est hospitalisé.
 - ▶ les visites chez le médecin
 - ▶ les coûts pour le système de santé
 - ▶ les coûts pour les familles
 - ▶ la mortalité.

Les aînés qui ne bénéficient pas de ce suivi sont 7 fois plus hospitalisés (Cheng et al., 2016)

Importance de la surveillance clinique [1]

- ▶ Des signes précurseurs pouvaient être observés avant une hospitalisation urgente :
 - ▶ 7 jours avant l'hospitalisation
 - ▶ 35 % des patients avaient un œdème
 - ▶ 33 % avaient de la toux
 - ▶ 3 jours avant l'hospitalisation
 - ▶ 91 % présentaient de la dyspnée



Comment améliorer l'accès sans affecter la sécurité des soins à domicile?

TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d’insuffisance cardiaque

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Respiration (jour et nuit)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé?
	Toux (jour et nuit)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit?
	Étourdissements	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avez-vous des étourdissements?
	Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avez-vous un bon sommeil?
	Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vous sentez-vous fatigué? ■ Quel est votre niveau d’énergie?
	DRS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine?
	Digestion	<ul style="list-style-type: none"> ■ Votre digestion se fait-elle normalement? Avez-vous bon appétit? Avez-vous des ballonnements, des nausées?
	Élimination urinaire et fécale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Urinez-vous normalement? Urinez-vous beaucoup la nuit? ■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l’élimination intestinale? Avez-vous de la constipation?
	Anxiété liée à la maladie cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> ■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle?

Examen physique

INSPECTION

À l'inspection, l'infirmière doit:

- évaluer l'état de conscience et l'attention;
- quantifier l'essoufflement selon la classification de la New York Heart Association (**tableau 7.6**);
- évaluer l'orthopnée et la toux lors de l'examen;
- repérer la détresse circulatoire: cyanose, le teint (pâleur, grisâtre);
- déterminer le poids de la personne (alerte clinique: 1,3 kg [3 livres]/48 h ou 2,3 kg [5 livres]/1 semaine);
- mesurer la pression veineuse jugulaire.

PALPATION

Lors de la palpation, l'infirmière doit:

- vérifier la présence éventuelle d'un œdème des membres inférieurs en pressant fermement pendant 5 secondes à la base des mollets; si l'ainé est alité, vérifier le sacrum;
 - S'il y a présence d'œdème, en déterminer la profondeur (en centimètres), le temps de résorption (en secondes) et la circonférence (en centimètres).
- évaluer la température des membres inférieurs (tièdes, chauds ou froids), leur moiteur (humides ou secs) et noter toute différence entre les deux membres;
- vérifier les signes vitaux.

AUSCULTATION

Lors de l'auscultation, l'infirmière doit se concentrer sur les foyers d'auscultation suivants:

- foyer aortique:
 - résultat normal: B1 et B2;
 - résultat anormal: souffle.
- foyer mitral:
 - résultat normal: B1 et B2;
 - résultats anormaux: souffle, B3 et/ou B4 (ces derniers sont aussi nommés « bruit de galop »).

Automatiser la surveillance clinique

64

176

TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Respiration (jour et nuit)	<ul style="list-style-type: none">■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit ?■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé ?
	Toux (jour et nuit)	<ul style="list-style-type: none">■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit ?
	Étourdissements	<ul style="list-style-type: none">■ Avez-vous des étourdissements ?
	Sommeil	<ul style="list-style-type: none">■ Avez-vous un bon sommeil ?
	Fatigue	<ul style="list-style-type: none">■ Vous sentez-vous fatigué ?■ Quel est votre niveau d'énergie ?
	DRS	<ul style="list-style-type: none">■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine ?
	Digestion	<ul style="list-style-type: none">■ Votre digestion se fait-elle normalement ? Avez-vous bon appétit ? Avez-vous des ballonnements, des nausées ?
	Élimination urinaire et fécale	<ul style="list-style-type: none">■ Urinez-vous normalement ? Urinez-vous beaucoup la nuit ?■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale ? Avez-vous de la constipation ?
	Anxiété reliée à la maladie cardiaque	<ul style="list-style-type: none">■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle ?



Automatiser la surveillance clinique

65

► Paramètres cliniques

Saturation (normale à 95 % et +, sauf indication contraire; risque accru d'infection si < 92 %): Avec O₂ à L/min = %

et/ou

Air ambiant = %

Signes vitaux: Puls: /min P.A.: /

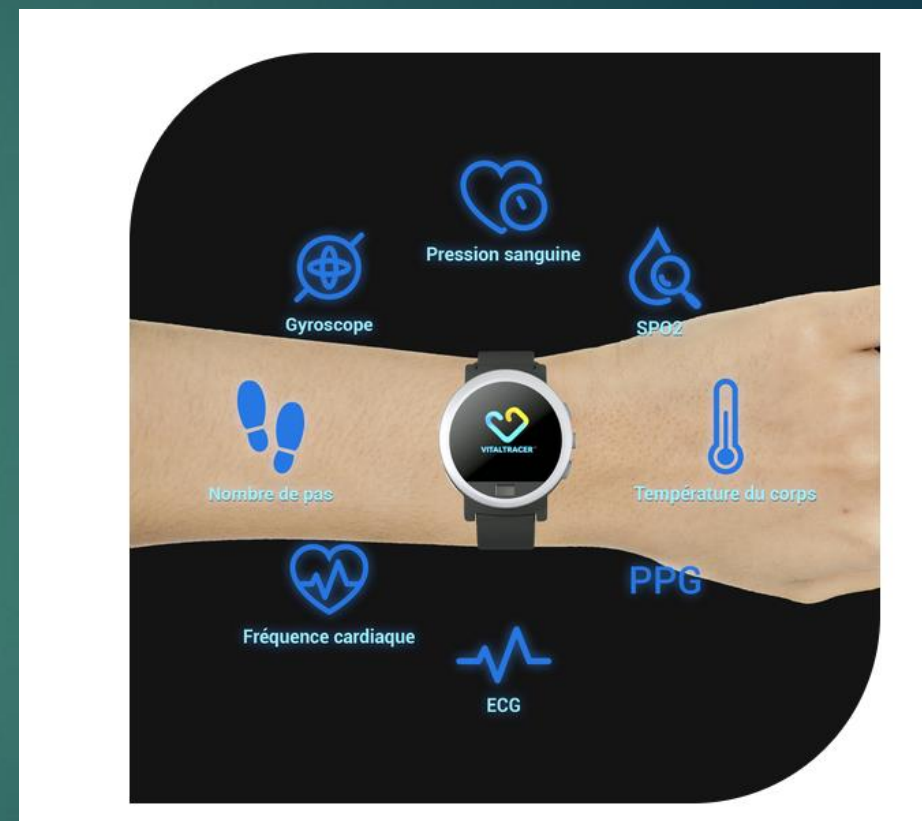
T°: °C (fièvre si T° buccale ou rectale ≥ 37,8 °C ou si augmentation de 1,1 °C par rapport à la T° habituelle)

Respiration: • Fréquence: /min (si ≥ 25/min ≈ signe d'infection)

• Type: Thoracique Abdominale

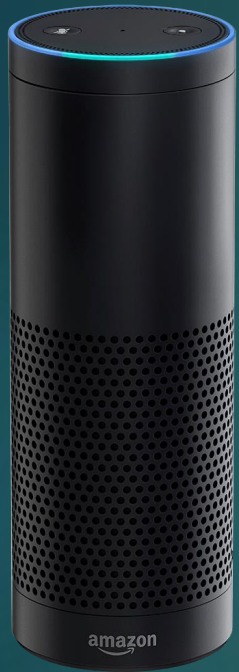
• Amplitude: Normale Profonde Superficielle

• Rythme: Régulier Irrégulier



Création d'alertes

66



De nouvelles possibilités en raison de l'assistant vocal

67

- ▶ Rappel de prendre un médicament
- ▶ Confirmation que les paramètres biologiques sont en conformité avec l'état perçu
 - ▶ Questions subjectives
- ▶ Information de recharger la pile de la montre...



Alertes aux proches

- *Votre père ne s'est pas pesé depuis 4 jours...*

68



 proximité

Familles et Proches aidants



HOPEM



VIDÉOTRON

Intégration dans un seul logiciel de soins

69

Paramètres de suivi

- ▶ Production de graphique de suivi
- ▶ Les données provenant des objets connectés sont intégrées dans le même formulaire que celles du personnel infirmier.

Capacité décisionnelle de l'infirmière

- ▶ Possibilité de devancer une visite lors de la détérioration de l'état de santé
- ▶ Replanifier une visite en raison de l'état de santé stable

Un potentiel important

Établissements	Total 4 maladies chroniques			Nombre d'usagers par maladie chronique			
	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Durée total des interventions en heures	Diabète	Alzheimer	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	Certains problèmes cardiaques
CISSS du Bas-Saint-Laurent	2 700	35 892	15 347	990	377	535	1 618
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	3 963	39 944	18 854	1 243	792	813	2 690
CIUSSS de la Capitale-Nationale	4 101	64 516	26 459	1 547	863	549	2 190
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	5 621	53 933	20 391	2 210	1 255	800	3 442
CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	3 439	34 687	17 138	1 060	718	571	2 087
CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal	2 479	32 218	16 735	1 088	298	503	1 587
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal	2 856	27 825	15 979	1 073	504	314	1 890
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	2 121	45 770	20 669	818	281	415	1 427
CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal	4 258	63 847	30 867	1 756	528	627	2 919
CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal	3 578	52 188	19 172	876	545	550	2 275
CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE ST-CHARLES	135	3 149	1 804	69	9	42	81
CISSS de l'Outaouais	2 287	22 295	10 330	893	503	607	1 110
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1 805	29 798	15 215	611	200	413	1 335
CISSS de la Côte-Nord	1 506	19 978	7 736	535	158	326	1 234
10 Nord-du-Québec	150	2 322	1 251	61	11	30	127
CISSS des Îles	196	3 017	1 430	83	8	30	171
CISSS de la Gaspésie	1 626	18 760	8 425	575	239	442	1 167
CISSS de Chaudière-Appalaches	2 341	25 552	9 753	949	371	325	1 198
CISSS de Laval	3 765	44 749	24 020	1 492	1 037	675	2 535
CISSS de Lanaudière	3 045	33 701	16 601	1 224	764	665	1 441
CISSS des Laurentides	5 283	100 203	52 349	1 710	715	995	3 829
CISSS de Montérégie-Centre	2 854	38 542	17 840	927	829	444	1 485
CISSS de Montérégie-Est	3 687	58 096	28 141	1 285	923	576	2 233
CISSS de Montérégie-Ouest	2 126	29 395	13 204	749	409	267	1 255
Ensemble du Québec	65 922	880 377	409 712	23 824	12 337	11 514	41 326

Un potentiel important

72

- ▶ Si on retire une visite sur 4 pour les problèmes cardiaques:

- ▶ On libère le personnel infirmier pour faire 10 000 visites à domicile

Établissements	Total 4 maladies chroniques			Nombre d'usagers par maladie chronique			
	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Durée total des interventions en heures	Diabète	Alzheimer	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	Certains problèmes cardiaques
CISSS du Bas-Saint-Laurent	2 700	35 892	15 347	990	377	535	1 618
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	3 963	39 944	18 854	1 243	792	813	2 690
CIUSSS de la Capitale-Nationale	4 101	64 516	26 459	1 547	863	549	2 190
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	5 621	53 933	20 391	2 210	1 255	800	3 442
CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	3 439	34 687	17 138	1 060	718	571	2 087
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	2 479	32 218	16 735	1 088	298	503	1 587
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	2 856	27 825	15 979	1 073	504	314	1 890
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2 121	45 770	20 669	818	281	415	1 427
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	4 258	63 847	30 867	1 756	528	627	2 919
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	3 578	52 188	19 172	876	545	550	2 275
CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE ST-CHARLES	135	3 149	1 804	69	9	42	81
CISSS de l'Outaouais	2 287	22 295	10 330	893	503	607	1 110
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1 805	29 798	15 215	611	200	413	1 335
CISSS de la Côte-Nord	1 506	19 978	7 736	535	158	326	1 234
10 Nord-du-Québec	150	2 322	1 251	61	11	30	127
CISSS des Îles	196	3 017	1 430	83	8	30	171
CISSS de la Gaspésie	1 626	18 760	8 425	575	239	442	1 167
CISSS de Chaudière-Appalaches	2 341	25 552	9 753	949	371	325	1 198
CISSS de Laval	3 765	44 749	24 020	1 492	1 037	675	2 535
CISSS de Lanaudière	3 045	33 701	16 601	1 224	764	665	1 441
CISSS des Laurentides	5 283	100 203	52 349	1 710	715	995	3 829
CISSS de Montérégie-Centre	2 854	38 542	17 840	927	829	444	1 485
CISSS de Montérégie-Est	3 687	58 096	28 141	1 285	923	576	2 233
CISSS de Montérégie-Ouest	2 126	29 395	13 204	749	409	267	1 255
Ensemble du Québec	65 922	880 377	409 712	23 824	12 337	11 514	41 326



Troisième solution

REVOIR LE FINANCEMENT DU SOUTIEN À
DOMICILE

Un système de santé inéquitable

- ▶ Plus de 15 000 usagers avec un ISO-SMAF de 10 à 14 à domicile

CHSLD projet novateur - Amortissement 20 ans	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Soins infirmiers									105,35	105,35	105,35	105,35	105,35	105,35
PAB									110,14	110,14	110,14	110,14	110,14	110,14
Services professionnels									13,71	13,71	13,71	13,71	13,71	13,71
Pharmacie									0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Coût opération									23,73	23,73	23,73	23,73	23,73	23,73
Coût entretien bâtiment									10,08	10,08	10,08	10,08	10,08	10,08
Coût total des services									8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$	8 005,06 \$
Contribution moyenne par usager									1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$	1649,00 \$
Coût bâtiment									735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$	735,51 \$
Coût moyen net pour l'état									7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$	7 091,57 \$
% financé réel									81,13%	81,13%	81,13%	81,13%	81,13%	81,13%
% assumé par l'usager									18,87%	18,87%	18,87%	18,87%	18,87%	18,87%

SAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Services professionnels et d'assistance	- \$	- \$	- \$	- \$	349,70 \$	- \$	618,65 \$	714,60 \$	- \$	568,95 \$	554,06 \$	507,22 \$	855,64 \$	1410,87 \$

- ▶ Des organismes communautaires qui ne peuvent pas payer à la juste valeur leurs intervenants... qui doivent courir après du financement... faire des levées de fonds pour des services essentiels!



Mesures pour offrir un meilleur soutien aux aînés et à leurs proches aidants.

RAPPORT MARS 2019

75

Certains aînés et leurs aidants ont accès à des crédits d'impôt non remboursables du gouvernement fédéral pour aider à compenser ces coûts. Cependant, ces crédits comportent trois désavantages majeurs :



Ils sont inéquitables :

les personnes à faible revenu ou sans revenu ne reçoivent **aucun soutien** ou en reçoivent **très peu**.



Ils sont sous-utilisés :

parmi tous les proches aidants, seulement **4,6 %** reçoivent de l'argent grâce aux crédits d'impôts fédéraux.



Leur couverture est insuffisante :

les crédits ne rembourseront que **18 %** des dépenses en 2019, et **16 %** en 2035.



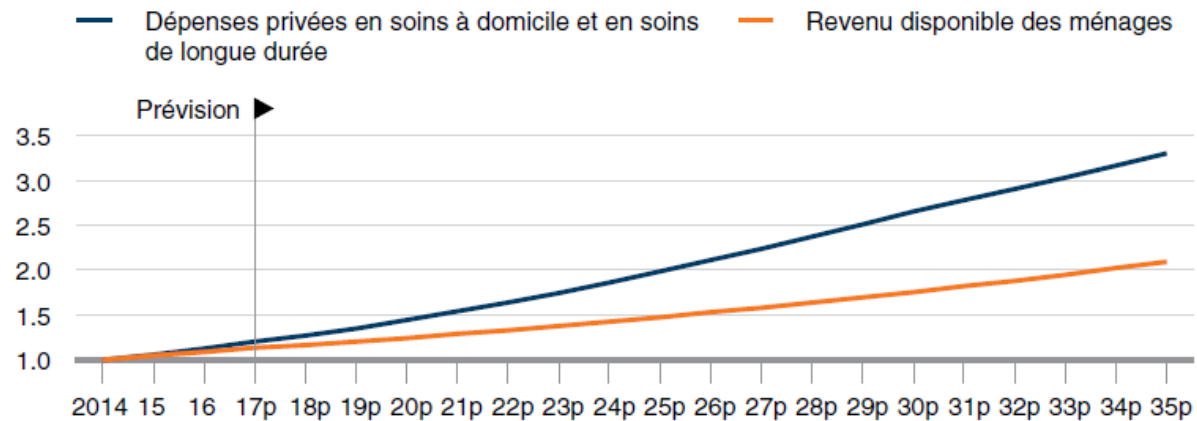
Mesures pour offrir un meilleur soutien aux aînés et à leurs proches aidants.



Graphique 1

La croissance du revenu des ménages ne suivra pas l'augmentation des dépenses de soins à domicile et de soins de longue durée couverts par le secteur privé pour les aînés

(2014 = 1,0, 2014 à 2035)



p = prévision

Sources : Le Conference Board du Canada ; Statistique Canada.



Mesures pour offrir un meilleur soutien aux aînés et à leurs proches aidants.

Part des dépenses privées totales couvertes par le gouvernement fédéral (en %)

Statu quo : Crédits d'impôt non remboursables	18,2	15,9
Solution 1 : Crédits d'impôt remboursables	23,8	20,8
Solution 2 : Crédits d'impôt non remboursables et Allocation canadienne pour aînés et proches aidants d'aînés avec couverture de 50 %	50,0	50,0

Sources : Le Conference Board du Canada ; Statistique Canada.

L'assurance dépendance

Comment définir la dépendance

La dépendance, ou perte définitive d'autonomie, se définit par la difficulté voire l'impossibilité d'effectuer soi-même sans aide extérieure certains actes ou activités de la vie quotidienne, par exemple se déplacer, s'habiller, se nourrir, etc.

La dépendance peut avoir diverses origines, le vieillissement, la maladie, un accident. Son degré est plus ou moins élevé, la dépendance étant, selon les cas, dite partielle, totale ou lourde.

Le [Glossaire Assurance dépendance du Comité consultatif du secteur financier \(CCSF\)](#) apporte une définition des principaux termes de l'assurance dépendance utilisés en assurance dépendance.

Comment déterminer le degré de dépendance

Plusieurs grilles de référence différentes existent et sont employées pour déterminer le degré de dépendance :

- La grille AVQ est employée par de nombreux assureurs. Les contrats d'assurance dépendance se réfèrent aux cinq actes élémentaires de la vie quotidienne (AVQ) que sont le « transfert » (s'asseoir, se lever, se coucher), le déplacement, la toilette, l'habillement et l'alimentation pour déterminer le niveau de dépendance d'une personne.
- La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologique, Groupes Iso-Ressources) est utilisée par les conseils généraux pour l'attribution de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Cette grille standardisée est divisée en six niveaux de dépendance.

Une proposition économique...


Une allocation basée sur l'ISO-SMAF
pour l'équité entre les individus et
entre les « produits offerts »

Hypothèse A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Loyer - RPA - Québec	4 545,00 \$	4 545,00 \$	4 695,00 \$	4 995,00 \$	5 095,00 \$	5 295,00 \$	5 445,00 \$	5 645,00 \$	5 995,00 \$	6 095,00 \$	6 695,00 \$	6 795,00 \$	7 145,00 \$	7 295,00 \$
Coût des services SAD (sans service assistance)	- \$	- \$	- \$	- \$	108,90 \$	- \$	94,87 \$	119,24 \$	- \$	97,06 \$	118,20 \$	121,09 \$	133,03 \$	121,51 \$
Allocation financière pour maintien à domicile	225,00 \$	500,00 \$	750,00 \$	1 000,00 \$	1 250,00 \$	1 500,00 \$	1 750,00 \$	2 000,00 \$	2 250,00 \$	2 500,00 \$	2 750,00 \$	3 000,00 \$	3 250,00 \$	3 500,00 \$
Crédit d'impôt	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$
Coût pour l'utilisateur	3 576,75 \$	3 301,75 \$	3 201,75 \$	3 251,75 \$	3 101,75 \$	3 051,75 \$	2 951,75 \$	2 901,75 \$	3 001,75 \$	2 851,75 \$	3 201,75 \$	3 051,75 \$	3 151,75 \$	3 051,75 \$

Économie pour l'état au lieu de développer une place d'hébergement

RI public					1 640,18 \$	1 572,08 \$	1 227,22 \$	953,45 \$	880,18 \$	606,73 \$	390,94 \$	52,88 \$		
CHSLD public - bâtisse existante									3 567,72 \$	3 220,66 \$	2 949,51 \$	2 696,62 \$	2 434,69 \$	2 196,20 \$
CHSLD public - amortissement 20 ans									4 534,66 \$	4 187,60 \$	3 916,46 \$	3 663,57 \$	3 401,64 \$	3 163,15 \$
CHSLD public - amortissement 15 ans									4 856,84 \$	4 509,78 \$	4 238,63 \$	3 985,74 \$	3 723,81 \$	3 485,32 \$
CHSLD public - bâtiment locatif 15 ans									6 057,72 \$	5 710,66 \$	5 439,51 \$	5 186,62 \$	4 924,69 \$	4 686,20 \$
CHSLD Projet novateur -									4 841,57 \$	4 494,51 \$	4 223,37 \$	3 970,48 \$	3 708,55 \$	3 470,06 \$

* Les différences de coût sont basés sur une contribution moyenne de l'utilisateur.



Hypothèse C (Coût universel plafonné)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Loyer - RPA - Québec	4 545,00 \$	4 545,00 \$	4 695,00 \$	4 995,00 \$	5 203,90 \$	5 295,00 \$	5 539,87 \$	5 764,24 \$	5 995,00 \$	6 192,06 \$	6 813,20 \$	6 916,09 \$	7 278,03 \$	7 416,50 \$
Coût des services SAD (sans service assistance)	- \$	- \$	- \$	- \$	108,90 \$	- \$	94,87 \$	119,24 \$	- \$	97,06 \$	118,20 \$	121,09 \$	133,03 \$	121,51 \$
Allocation financière pour maintien à domicile	2 001,75 \$	2 001,75 \$	2 151,75 \$	2 451,75 \$	2 660,65 \$	2 751,75 \$	2 996,62 \$	3 220,99 \$	3 451,75 \$	3 648,81 \$	4 269,95 \$	4 372,84 \$	4 734,78 \$	4 873,25 \$
Crédit d'impôt	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$	743,25 \$
Coût pour l'utilisateur	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$	1 800,00 \$

Économie pour l'état vs le développement d'une place d'hébergement

RI public					229,53 \$	320,33 \$	(19,40 \$)	(267,54 \$)	(321,57 \$)	(542,08 \$)	(1 129,01 \$)	(1 319,96 \$)		
CHSLD public - bâtisse existante									2 365,97 \$	2 071,85 \$	1 429,56 \$	1 323,78 \$	949,91 \$	822,95 \$
CHSLD public - amortissement 20 ans									3 332,91 \$	3 038,79 \$	2 396,51 \$	2 290,73 \$	1 916,86 \$	1 789,90 \$
CHSLD public - amortissement 15 ans									3 332,91 \$	3 038,79 \$	2 396,51 \$	2 290,73 \$	1 916,86 \$	1 789,90 \$
CHSLD public - bâtiment locatif 15 ans									4 855,97 \$	4 561,85 \$	3 919,56 \$	3 813,78 \$	3 439,91 \$	3 312,95 \$
CHSLD Projet novateur -									4 841,57 \$	4 494,51 \$	4 223,37 \$	3 970,48 \$	3 708,55 \$	3 470,06 \$

* Les différences de coût sont basés sur une contribution moyenne de l'utilisateur.

Une allocation qui donne des ailes
à tous les acteurs impliqués dans
l'accompagnement des
personnes en perte d'autonomie

Plusieurs organisations

- ▶ La Société Alzheimer du Québec
- ▶ Le Centre Évasion
- ▶ Les Maisons Gilles-Carle
- ▶ La Maison Carpe Diem
- ▶ Baluchon Alzheimer
- ▶ Mémoire du cœur
- ▶ Maison Écho du cœur
- ▶ ...

The screenshot shows the search interface of the 'Entraide et soutien' website. At the top, there is a logo and the title 'Entraide et soutien'. Below it is a navigation link 'RETOURNER'. The main section is titled 'RECHERCHE' and contains search filters: 'Recherche par mot clé', 'Code postal', and a dropdown menu for 'Entraide et soutien' with options 'Tous' and 'Montréal' (highlighted with a red box). A 'Rechercher' button is on the right. Below the filters, the results are displayed as '106 résultats' (highlighted with a red box), followed by pagination '1 2 3 »' and 'Voir 10 par page'. The first result is for 'ACHIM - Alternatives communautaires d'habitation et d'intervention de milieu', with a 'Voir la fiche complète' button. Contact information for ACHIM is provided at the bottom: 'Montréal', phone '514-362-7221', and email 'direction@achim.ca'. A second result for 'AGI - Alzheimer Group Inc.' is partially visible at the bottom.

Entreprises économies sociales

Communauté, économie sociale et quotidien



Aînés et économie sociale : répondre aux besoins des communautés avant tout!



Martin Frappier

Directeur Recherche et communication,
Chantier de l'économie sociale
martin.frappier@chantier.qc.ca

Notre qualité de vie est liée à notre capacité collective d'offrir des services de qualité à toutes les étapes de la vie. L'État doit jouer un rôle principal à cet égard. Au Québec, nous bénéficions des avantages des services publics qu'il faut continuer à soutenir, tout en améliorant leur qualité et leur efficacité par un financement adéquat, par l'innovation et par une collaboration de tous les acteurs. Quand certains services publics ne peuvent répondre à tous les besoins, ce sont des initiatives collectives qui sont les mieux adaptées pour relever les défis spécifiques de chaque communauté.

PRIVILÉGIER LA QUALITÉ DE VIE DES AÎNÉS

On le sait depuis longtemps, le vieillissement de la population se fait de manière accélérée au Québec. Le phénomène est connu et de plus en plus documenté, et les principaux enjeux soulevés

par la question font l'objet de réflexions et de débats quant aux solutions à mettre en œuvre. Malheureusement, ce sont trop souvent les considérations financières qui mènent la danse, parfois au risque d'influer lourdement sur la qualité de vie des aînés. Par exemple, on

reconnait généralement qu'une partie importante de la solution aux pressions exercées par le vieillissement de la population sur les besoins de soins de longue durée passera inévitablement par l'amélioration des services favorisant le maintien à domicile, notamment par une approche

LES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE D'AIDE À DOMICILE

Là-dessus, nous ne pouvons que souligner toute l'importance que revêtent les services offerts par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD)¹ dont la grande majorité des clients ont 65 ans et plus. Réparties dans toutes les régions, les 100 EÉSAD que compte le Québec offrent plus de sept millions d'heures de services à 100 000 usagers en perte d'autonomie, dont près d'un million d'heures pour les services d'assistance personnelle. Elles emploient plus de 8 000 préposés possédant les compétences et l'expertise requises afin d'assurer un rôle de soutien et de qualité. De plus,

Dossier

Entrevue avec Philippe Voyer

Professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



Photo : M. Philippe Voyer

À l'occasion du 3^e colloque *Pour le mieux-être des aînés* (Lévis), nous avons eu la chance d'entendre M. Philippe Voyer, chercheur et professeur à l'Université Laval, et sa présentation nous a véritablement époustoufflés. Nous avons pris conscience, qu'en matière d'hébergement des aînés, il était possible de construire des modèles innovants et véritablement adaptés aux besoins des personnes.

Monsieur Voyer, vous êtes professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Parlez-nous de votre travail au quotidien.

Tout d'abord, j'enseigne au 1^{er} cycle en baccalauréat aux infirmières, ainsi qu'à la maîtrise (la pratique infirmière avancée dans les soins aux aînés). Ensuite, j'encadre des étudiants à la maîtrise et au doctorat qui, dans la majorité des cas, travaillent sur des projets de recherche cliniques ou dans différents milieux de vie, afin d'améliorer l'accompagnement ou les soins aux personnes âgées, et en particulier celles vivant avec des troubles cognitifs. Voilà pour le volet enseignement. En ce qui concerne mes propres projets de recherche, ils portent également sur les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, comme la maladie d'Alzheimer par exemple. Elles se trouvent autant à domicile, qu'à l'urgence ou encore dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI) ou les résidences privées pour aînés (RPA). Pour y avoir travaillé, ce sont des milieux que je connais particulièrement bien et c'est pour cela que j'y campe mes recherches.

« La manière dont on accompagne les personnes en perte d'autonomie est non seulement inéquitable, mais inefficace et insuffisante. Il est donc nécessaire de bouger tout de suite pour améliorer les choses. »

Vieillessement de la population et troubles neurocognitifs majeurs : une opportunité à saisir pour favoriser une intégration des services aux aînés et à leurs proches



Auteur : Philippe Voyer
Professeur titulaire, faculté des sciences infirmières
Université Laval

Collaborateurs :
Nouha Ben Gaïed
Directrice recherche et développement et qualité des services, Fédération québécoise des sociétés Alzheimer

Christelle Bogosta
Fondation Maisons Gilles-Carle

Christophe Cadoz
Directeur SAPA, CISSS des Laurentides

Judith Gagnon
Présidente, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées

Sébastien Barrette
La Maison l'Étincelle, Verdun

Josée Chouinard
Directrice SAPA, CISSS Chaudière-Appalaches

Sylvie Garneau
Présidente, Comité des résidents du Centre d'hébergement du Roseau.

Martynne Audet
Responsable des affaires scientifiques et universitaires
Groupe Patrimoine

Noëlla Goyet
Maison Mémoire du Cœur, Saint-Charles-Borromée

Ramona Mincic
Centre Évasion, Montréal

Les démographes ont prédit depuis longtemps le vieillissement de la population qui touche la société québécoise. Celui-ci perdurera au-delà de l'année 2060. La croissance de la population est particulièrement marquée dans le groupe des 85 ans et plus. Cette croissance spécifique mettra une pression certaine sur le système de santé en raison de la perte d'autonomie graduelle caractéristique de ce groupe d'âge, associée à un taux de prévalence élevé de troubles neurocognitifs majeurs.

Comment, dans ce contexte de vieillissement et des défis de soins qui nous attendent, pouvons-nous aspirer à l'amélioration des services aux aînés et à leurs proches? Qui plus est, le Québec est frappé par une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur névralgique des soins de longue durée. Dans les prochaines lignes, vous retrouvez un résumé des solutions proposées lors de la conférence présentée lors du dernier colloque *Pour le Mieux-être des aînés*, tenu à Lévis, le 11 avril 2019.



Si allocation...

PLUSIEURS NOUVEAUX JOUEURS, IL Y AURA BESOIN DE BALISES...



GUICHET UNIQUE

Si allocation...
Pour l'accès...

Si allocation...

- ▶ Normes de qualité

A hand-drawn checklist with three items. The first item is checked with a red checkmark, and the other two are unchecked. Each item is represented by a square box followed by a horizontal line.

<input checked="" type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Si allocation...

- ▶ Guichet unique pour le traitement efficace des plaintes
- ▶ Indépendance des évaluateurs...

90



Si allocation...

- ▶ Faire passer de 6 à plus de 200 évaluateurs indépendants...
- ▶ Évaluateurs doivent être rattachés à la Commissaire à la santé et au Bien-être...

91

The screenshot shows the top of a Radio-Canada website page. At the top left is the Radio-Canada logo and the word 'RADIO-canada' followed by a 'MENU' dropdown arrow. Below this is a navigation bar with the word 'Société'. Underneath is a secondary navigation bar with links for 'ACCUEIL', 'INFO', and 'SOCIÉTÉ'. The main headline reads 'CHSLD : Québec ajoutera quatre évaluateurs ministériels'. Below the headline is a vertical stack of social media sharing icons: Facebook, Twitter, LinkedIn, Email, Print, and Comment. To the right of these icons is the article's metadata: 'Radio-Canada', '2012-03-12 | Mis à jour le 18 juin 2019', and a warning box stating 'Prenez note que cet article publié en 2012 pourrait contenir des informations qui ne sont plus à jour.' The main body of the article contains two paragraphs of text.

RADIO-canada MENU

Société

ACCUEIL | INFO | SOCIÉTÉ

CHSLD : Québec ajoutera quatre évaluateurs ministériels

Radio-Canada
2012-03-12 | Mis à jour le 18 juin 2019

⚠ Prenez note que cet article publié en 2012 pourrait contenir des informations qui ne sont plus à jour.

Québec ajoutera quatre évaluateurs ministériels pour les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et augmentera la fréquence de leurs visites d'appréciation.

Le Québec ne compte actuellement que deux évaluateurs pour l'ensemble des 468 CHSLD, une situation décriée par l'opposition et les regroupements d'usagers de ces établissements. Ces évaluateurs demandent aux usagers des CHSLD de commenter leurs conditions de vie et la qualité des soins, et font ensuite rapport.

Conclusion

- ▶ Le statu quo est inacceptable qualitativement
- ▶ Le statu quo est intenable économiquement
- ▶ Le Québec doit se donner des ailes!