



L'ICA est l'organisme national de la profession actuarielle au Canada. L'ICA est voué au service de la population en veillant à ce que ses membres prodiguent des services et conseils actuariels de la plus haute qualité. À cette fin, l'ICA favorise l'avancement de la science actuarielle, parraine des programmes de formation et de qualification de ses membres et de candidats éventuels et veille à ce que les services actuariels fournis par ses membres répondent aux normes professionnelles reconnues.

L'Institut est un organisme professionnel non partisan. Il peut ainsi contribuer au développement de politiques publiques par la présentation d'analyses actuarielles claires et objectives. L'Institut est souvent appelé à témoigner pour les gouvernements fédéral et provinciaux, fournir de l'information aux élus, soumettre des commentaires sur les règlements proposés et travailler en étroite collaboration avec des fonctionnaires sur des dossiers relatifs aux divers régimes de prévoyance collective des Canadiens.

L'Institut veille aussi à l'établissement et au maintien de normes de conduite, de qualification et de pratique actuarielle, ainsi qu'au respect du code de déontologie institué pour les actuaires pratiquant au Canada.

La Commission de pratique sur les soins de santé se compose des personnes suivantes : Claude Ferguson (président), Réjean Besner, Isabelle Bouchard, Robert L. Brown, Tim Clarke, Tom Gillett, Robert Grignon, W. Robert Hinrichs, Georges Langis, Shannon Patershuk et Murray Turner.

INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRES

800-150, rue Metcalfe

Ottawa ON K2P 1P1 Canada

Téléphone : (613) 236-8196

Télec. : (613) 233-4552

Courriel : Hsecretariat@actuaire.ca

Hwww.actuaire.ca

A. David Pelletier, président de l'ICA
(416) 682-0011

Robert L. Brown

Ancien président de l'ICA et

porte-parole principal en matière de santé
(519) 888-4567, poste 5503

Claude Ferguson

Président de la Commission de pratique
sur les soins de santé
(514) 862-1902

Rick Neugebauer, directeur général
(613) 236-8196, poste 108

Document 202062

PERSPECTIVES DE L'ICA

Les coûts élevés de fin de vie

La crise entourant le financement des soins de santé et les répercussions éventuelles du vieillissement de la population sur les coûts futurs du système canadien de soins de santé a certes fait couler beaucoup d'encre. Par contre, l'importance des coûts élevés en fin de vie n'a pas beaucoup retenu l'attention du public. Selon diverses sources, entre 30 et 50 % des dépenses de soins de santé engagées durant toute une vie sont concentrées dans les six derniers mois de la vie. Bien que peu de recherches aient explicitement corroboré ces estimés – ce qui est un problème systémique du système canadien de soins de santé –, il n'y a pas de doute que les dépenses en soins de santé sont considérablement plus élevées en fin de vie, comme en fait foi une étude indiquant la durée moyenne (en jours) des séjours hospitaliers selon l'âge et l'imminence du décès¹ :

Âge	Personnes non décédées pendant la période de l'étude	Nombre de personnes décédées pendant la période de l'étude			
		Nombre d'années avant le décès			
		4	3	2	1
25 à 64 ans	1,3	6,0	7,6	7,6	23,5
65 à 84 ans	3,8	7,1	9,4	10,6	32,0
85 ans et plus	6,8	9,5	9,9	8,1	24,4

Des études ont démontré que le vieillissement de la population n'est pas la principale cause à l'origine de l'augmentation des dépenses en soins de santé.² Exception faite des personnes décédées dans l'année, il est vrai que les dépenses engagées par les personnes de plus de 65 ans augmentent quelque peu à mesure qu'elles vieillissent, mais celles-ci augmentent moins rapidement qu'avant. Il n'en reste pas moins que les dépenses dans l'année où survient le décès sont très élevées. Cela ressort clairement d'une analyse des remboursements d'assurance-maladie aux États-Unis, qui compare les remboursements accordés en 1976 et en 1988 aux personnes décédées dans l'année, et ceux accordés aux survivants.³

Ratio des coûts liés aux personnes décédées par rapport aux survivants		
Âge	1976	1988
65 à 69 ans	10,6	10,6
70 à 74 ans	8,6	8,6
75 à 79 ans	6,5	6,8
80 à 84 ans	5,3	5,3
85 à 89 ans	4,1	4,4
90 ans et plus	Combiné avec les 85-89 ans	
		3,9

Étant donné qu'une proportion nettement plus élevée d'aînés meurent pendant une année donnée, de tels écarts de coûts sont plus prononcés à mesure que la population vieillit (la probabilité de décès chez les hommes passant de 0,2 % à l'âge de 40 ans, à 3,0 % à 70 ans et à 18,6 % à 90 ans⁴). Donc, même si les coûts associés au décès d'une personne relativement jeune soient aussi très élevés, ce fait ne ressort pas très clairement des données statistiques les plus fréquemment citées (dépenses moyennes par tranche d'âge), en raison du nombre relativement faible de décès dans les groupes d'âge moins avancés.

Plusieurs d'entre nous ont été confrontés aux problèmes associés aux dernières étapes de la vie, d'abord dans le cas de nos grands-parents, ensuite dans le cas de nos parents et enfin en ce qui concerne des membres de notre propre génération. La mort est une question difficile à aborder, tant pour les personnes concernées que pour les proches. Conséquemment, les membres d'une même famille ont souvent des décisions difficiles à prendre lorsqu'on leur demande de choisir entre diverses options thérapeutiques. En l'absence de directives préalables (ou testament biologique) établies par le patient, les membres d'une famille souhaitant que l'être cher obtienne les meilleurs soins possible et toute l'attention voulue se sentiront souvent incapables de refuser un traitement agressif, même si celui-ci ne prolonge que de peu la vie du patient et suscite chez lui de grandes souffrances et une dégradation de la qualité de vie. Le problème se complique du fait que les membres de cette famille doivent prendre de graves décisions en période de grand stress.

Dans la plupart de cas, les personnes qui se donnent la peine d'aborder la question et d'indiquer de quelle façon elles veulent être traitées en cas d'urgence médicale disent préférer nettement que la nature suive son cours. Une étude ayant fourni des données sur les frais d'hospitalisation moyens des bénéficiaires décédés à l'hôpital entre 1990 et 1992⁵ démontrait clairement l'incidence des préférences exprimées. Les résultats furent comparés selon que les patients avaient donné ou non des directives préalables (on entend par directive préalable une procuration pour soins de santé signée par un tiers renfermant une directive au sujet des volontés du bénéficiaire relativement au volume et à l'intensité des services voulus). Au cours de cette période de trois ans, le coût moyen associé aux personnes n'ayant pas donné de directives préalables (95 305 \$) était trois fois plus élevé que dans le cas de personnes qui en avaient donné (30 478 \$).

En tant que société, il faudrait encourager les familles à discuter et à indiquer par écrit les volontés de chacun de leurs membres en cas d'urgence médicale. Ce pourrait être le seul moyen dont dispose le patient éventuel de donner son avis quant à la façon dont il voudrait être traité en pareille situation, notamment pour ce qui est de prolonger la vie sans égard à la qualité de vie. Cela nous permettrait, en tant que société, de respecter les dernières volontés de patients éventuels, quelles qu'elles soient, tout en soulageant les autres membres de la famille et le médecin soignant du fardeau d'avoir à prendre de difficiles décisions en période de très grand stress.

La prestation de soins de santé au cours des derniers jours de notre vie est une question que nous nous devons d'aborder et pas seulement du point de vue des dépenses. Il serait également souhaitable d'évaluer les résultats de traitements agressifs (comparativement à une approche plus passive), tant en ce qui concerne la mesure dans laquelle la vie est prolongée qu'en ce qui concerne la qualité de vie qui s'ensuit, tout en tenant compte des volontés des patients. On pourrait conclure que les traitements prescrits sont des traitements agressifs et dispendieux qui sont de peu d'utilité, voire d'aucune. Sans doute que l'amélioration des soins palliatifs pourrait se traduire par un taux de dépenses plus raisonnable en ce qui a trait aux soins prodigués en fin de vie (et par des soins mieux adaptés aux volontés des patients). Malheureusement, il est peu probable que dans le contexte canadien, les données requises pour bien analyser de telles options soient disponibles. Il faudrait donc prendre les mesures nécessaires pour recueillir de telles données. *On ne peut gérer ce que l'on ne peut mesurer.*

¹ Conseil économique du Canada, 1987.

² Certains exemples sont tirés du Mémoire de l'Institut Canadien des Actuaire destiné au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (mars 2001) : *Les soins de santé au Canada : les répercussions du vieillissement de la population.*

³ *New England Journal of Medicine*, avril 1993.

⁴ Tables de survie au Canada (1995-1997).

⁵ *Archives of Internal Medicine*, mars 1994, volume 154.