

Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec

Novembre 2023

Équipe

Nicholas-James Clavet

HEC Montréal

Réjean Hébert

École de santé publique de l'Université de Montréal et CIRANO

Julien Navaux

HEC Montréal

Michel Raïche

*Centre de recherche sur le vieillissement du
CIUSSS-Estrie CHUS*

Sous la direction de

Pierre-Carl Michaud

HEC Montréal et CIRANO



ISBN : 978-2-9821971-0-7

Ce rapport a été préparé par une équipe menée par la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir la démarche du CSBE dans la réalisation de son mandat spécial sur les soins à domicile. La responsabilité relative au contenu appartient en totalité aux auteurs du document et les vues qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles du CSBE.

Table des matières

Remerciements.....	3
Sommaire.....	4
Le mandat et les objectifs.....	6
Le survol de la modélisation.....	7
Les projections démographiques.....	7
Les besoins des personnes présentant des incapacités.....	8
Les milieux de vie.....	9
Les services fournis.....	9
Les coûts et les sources de financement.....	11
Les hypothèses de projection du statu quo.....	12
Les besoins actuels et futurs.....	13
La réponse actuelle de l'État et son évolution probable.....	16
Les écarts régionaux.....	20
Les besoins en main-d'œuvre du secteur public.....	23
Les préférences des futurs utilisateurs.....	25
Les limites.....	28
Conclusion.....	29
Les constats.....	29
Les futures étapes.....	30
Références bibliographiques.....	31

Liste des figures

Figure 1. Évolution du nombre de personnes de 65 ans et plus pour l'ensemble du Québec	8
Figure 2. Proportion de personnes de 75 ans et plus par région sociosanitaire en 2023 et en 2040	8
Figure 3. Projection du nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie au Québec selon les catégories de profils Iso-SMAF	14
Figure 4. Nombre d'heures de soins requis selon le type de soins et le milieu de vie	15
Figure 5. Nombre d'usagers (en équivalent année complète) par milieu de vie en 2023, 2030 et 2040	16
Figure 6. Nombre d'heures de services fournis, en 2023 et 2040, selon le type de soins et le milieu de vie	17
Figure 7. Taux de réponse aux besoins selon le milieu de vie (en %)	18
Figure 8. Coûts annuels pour le gouvernement du Québec (dollars constants de 2023) selon le milieu de vie et pour le CMD	19
Figure 9. Répartition de la population ayant des besoins de soutien à l'autonomie par catégories de profils Iso-SMAF, selon la région sociosanitaire en 2023 et variation de 2023 à 2040 (en %)	21
Figure 10. Répartition de la population desservie en soins de longue durée entre milieux de vie par région et taux de réponse aux besoins à domicile par région, 2023	22
Figure 11. Nombre d'infirmières et de travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et en services de soutien (AVD) en équivalents temps complet dans le secteur public, selon le type de soins et le milieu de vie	24
Figure 12. Variation du nombre d'infirmières et de travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et services de soutien (AVD) en équivalents temps complet dans le secteur public, par région entre 2023 et 2040	25

Liste des tableaux

Tableau 1. Coûts du soutien à domicile pour le gouvernement du Québec (en M\$ constants de 2023)	20
Tableau 2. Valeurs des utilités mensuelles (en dollars) de chacun des attributs et pour chaque catégorie de profils Iso-SMAF	27

Remerciements

Nous tenons à remercier la Commissaire à la santé et au bien-être, Joanne Castonguay, pour son soutien et pour la mise à disposition de bases de données qui constituent un atout essentiel pour la préparation de ce rapport. Nous sommes particulièrement reconnaissants envers Martin Hébert, dont la rigueur et l'expertise ont été déterminantes pour la réussite de ce projet.

Nous remercions Luc Bourgoin et Jean-Philippe Longpré de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) de nous avoir permis de mener une enquête auprès des gestionnaires de ressources intermédiaires dans des délais très courts, et pour avoir géré l'envoi de l'enquête à leurs adhérents. Nous remercions également le Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et en particulier son Directeur général, J. Benoit Caron, d'avoir partagé avec nous les résultats de son Enquête nationale de 2021.

Nous remercions Isabelle Labrecque et le CIUSSS MCQ, Félix Dugas et le CIUSSS de la Capitale-Nationale, ainsi que Pierre Lemay et Valérie Jarry et le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour des données sur le Chèque emploi services, qui ont permis de décrire la situation dans trois grands CIUSSS et ainsi mieux modéliser les besoins futurs de soutien à l'autonomie.

Nous sommes reconnaissants envers David Boisclair, Lee Boyle, Colin Busby, Yann Décarie, Émilie J.-Talbot, François Laliberté-Auger, Todd Morris, Parminder Raina, Henri-Paul Rousseau, Bernard Saucier et Christina Wolfson pour leur aide précieuse à différentes étapes de ce projet.

Sommaire

Le Québec fait face à des défis importants en termes de soutien à l'autonomie. Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a confié le mandat à l'équipe de recherche de faire des projections de la demande, de l'offre et du financement des services de soutien à domicile (SAD) au Québec à l'aide d'une modélisation. Dans le cadre des travaux de recherche effectués pour ce mandat, l'équipe s'est concentrée sur le SAD de longue durée lié au soutien à l'autonomie. Les travaux ont également été élargis aux projections de l'ensemble des milieux de vie où est offert le soutien à l'autonomie. Le modèle développé pour ce mandat permet ainsi de projeter les besoins en soutien à l'autonomie, les services fournis, les besoins en main-d'œuvre, et les coûts rattachés aux services de soutien à l'autonomie sur un horizon de 17 ans (2023 à 2040). Les projections réalisées permettent également de faire des simulations de scénarios et d'en estimer les impacts. Les résultats du modèle peuvent être décomposés selon les 18 régions sociosanitaires (RSS) du Québec. Les besoins en soutien à l'autonomie sont mesurés à partir des Profils Iso-SMAF. La modélisation utilise une panoplie de sources de données administratives et des données récoltées par le biais d'enquêtes originales menées par l'équipe de recherche.

Ce rapport propose une analyse prospective du statu quo, dans lequel les modes de fonctionnement actuels sont maintenus. Le maintien du système actuel durant les années à venir permet d'établir les constats suivants :

1. Le Québec connaîtra une augmentation massive des besoins en soutien à l'autonomie. De 324 400 personnes ayant des besoins en 2023, on prévoit une augmentation de 223 400 personnes d'ici 2040 (soit +69 %), dont 33 700 personnes supplémentaires avec des incapacités lourdes;
2. Les nouveaux besoins en soutien à l'autonomie représentent 236,2 millions d'heures annuelles additionnelles d'ici 2040, soit une augmentation de 70 %, dont 20,8 millions d'heures correspondent à des soins infirmiers, 83 millions d'heures à des soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et 132,4 millions d'heures à des services de soutien pour les activités de la vie domestique (AVD);
3. Si la trajectoire actuelle est maintenue, 42 500 places devront être construites en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou en Maison des aînés (MDA) d'ici 2040. Cela revient à doubler la capacité d'accueil des CHSLD/MDA;
4. La projection du statu quo se traduit par une croissance du coût total du soutien à l'autonomie de 7,6 milliards de dollars en 2023 à 16,5 milliards de dollars (constants de 2023) en 2040, ce qui représente une augmentation de 120 % sur la période de projection;
5. Le nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie ainsi que leur niveau de besoins diffèrent substantiellement d'une région à l'autre;
6. La répartition des personnes entre milieux de vie et les taux de réponse aux besoins en SAD de longue durée diffèrent beaucoup d'une région à l'autre;
7. 13 700 infirmières et 45 600 travailleurs en soins d'assistance (pour les AVQ) et services de soutien (pour les AVD) devront être recrutés dans le secteur public à l'échelle du Québec d'ici 2040, seulement pour maintenir le niveau actuel des services de soutien à l'autonomie par usager.

L'analyse des préférences des futurs utilisateurs nous permet de tracer les constats suivants :

8. Les Québécoises et Québécois montrent une forte préférence pour recevoir des soins à domicile plutôt qu'être hébergés en ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF)

ou en CHSLD lorsque leurs besoins sont faibles ou modérés. En revanche, aucune préférence claire n'émerge pour le maintien à domicile lorsque les incapacités sont lourdes;

9. Les Québécoises et Québécois accordent une importance faible au type de fournisseur de services. Le niveau de services, le coût de leurs services et le temps d'attente sont les facteurs les plus déterminants derrière leurs préférences.

À la lumière des résultats obtenus, nous pensons que le statu quo n'est pas une option viable et qu'il mènerait à une détérioration de la prise en charge des besoins d'une population vieillissante, avec des coûts qui deviendront rapidement un lourd fardeau pour les contribuables. Ce fardeau sera d'autant moins justifié que le statu quo s'éloigne des préférences des futurs usagers des soins de longue durée, qui souhaitent rester à domicile lorsque leurs besoins sont faibles ou modérés. Nous croyons que des pistes alternatives doivent être sérieusement étudiées afin de tracer une voie vers un véritable virage vers le domicile à court, moyen et long terme. Dans le cadre de travaux futurs, le modèle de simulation développé par l'équipe de recherche permettra d'examiner différents scénarios alternatifs et de connaître leurs impacts sur les coûts et les besoins de main-d'œuvre.

Le mandat et les objectifs

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a confié le mandat à l'équipe de recherche de réaliser une modélisation de la demande, de l'offre et du financement des services de soutien à domicile (SAD) au Québec. La modélisation devait permettre de réaliser des projections dans le futur proche, de réaliser des simulations de scénarios et d'en estimer les impacts sur la demande, l'offre et le financement des services de SAD.

Le SAD possède deux composantes : une composante de courte durée qui correspond aux soins requis par exemple à la suite d'une intervention médicale (posthospitalier et postopératoire) et une composante de longue durée qui concerne particulièrement le soutien à l'autonomie. Comme le SAD de longue durée représente plus de 90 % des coûts totaux du SAD et que les deux composantes suivent des dynamiques très différentes, il a été décidé de se concentrer uniquement sur le SAD de longue durée qui est lié à la perte d'autonomie.

Néanmoins, les services de soutien à l'autonomie représentent un continuum du domicile à l'hébergement. On ne peut donc analyser l'évolution du SAD (de longue durée)¹ sans considérer les services dispensés dans les autres milieux de vie. Les résidences privées pour aînés (RPA), les Ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF) et les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont, ainsi, une place importante dans la modélisation.

L'analyse conduite dans ce rapport porte sur des projections du soutien à l'autonomie au Québec pour les 17 prochaines années (2023 à 2040). Cet horizon, suffisamment rapproché pour garantir la robustesse des résultats et suffisamment éloigné pour intégrer la transition démographique en cours, permet de prendre en compte l'ensemble des effets de l'évolution démographique et de la croissance de la population sur l'évolution des besoins et des services.

Au cours des dernières années, nous avons produit plusieurs publications sur le sujet (Clavet et al. 2021a, 2021b, 2022). La modélisation effectuée dans ces publications était contrainte par la disponibilité limitée des données. Dans le cadre de ce mandat, nous avons raffiné notre analyse afin d'inclure plusieurs dimensions qui manquaient antérieurement à notre modélisation de l'évolution du soutien à l'autonomie. La mise à disposition d'un large ensemble de données administratives par le Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que la conduite de deux enquêtes originales, l'une auprès d'un échantillon de personnes de 55 à 69 ans et l'autre auprès des gestionnaires de RI-RTF, ont permis ces améliorations.

L'analyse présentée dans ce rapport vise à répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les besoins actuels de soutien à l'autonomie et comment vont-ils évoluer?
2. Quelle est la réponse actuelle de l'État à ces besoins et comment va-t-elle évoluer dans un contexte de statu quo?
3. Combien de ressources supplémentaires seraient nécessaires dans ce contexte de statu quo?
4. Quels sont les grands écarts régionaux en termes de besoins, de milieux de vie et de réponse aux besoins?
5. Quelles sont les préférences des futurs usagers quant au type de soins qu'ils souhaitent recevoir, l'intensité des services et leur coût?

Les réalisations de ce rapport sont également en adéquation avec plusieurs recommandations de la Vérificatrice générale du Québec qui, dans son rapport 2021-2022 publié en mai 2022, soulignait la nécessité « [d']établir un portrait juste de la demande future des aînés en grande perte

¹ Dans la suite du rapport, l'utilisation du terme SAD fera exclusivement référence au SAD de longue durée afin d'alléger le texte.

d'autonomie pour des soins de longue durée en tenant compte de l'évolution démographique ainsi que de l'état de santé de ces aînés et en assurer régulièrement la mise à jour » et « [d']établir des prévisions à long terme des niveaux de services offerts aux aînés en grande perte d'autonomie et, sur cette base, estimer les coûts de l'offre de soins de longue durée ». Les résultats du présent rapport pourront par la suite être utilisés par les autorités compétentes afin « [d']adapter le modèle d'offre et de financement des soins de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie dans le contexte du virage vers le soutien à domicile » et « [d']informer la population des défis [...] relatifs à l'offre de soins de longue durée et à son financement ».

Le présent rapport offre un bref survol de la modélisation et se concentre sur la présentation des résultats de projections. Ce rapport est accompagné d'un rapport méthodologique détaillé qui fait état de tous les choix méthodologiques effectués, présente les bases de données utilisées, et explique le fonctionnement de la modélisation.

Le survol de la modélisation

Plusieurs choix méthodologiques ont été effectués dans le but de répondre aux cinq questions énoncées en introduction. Tout d'abord, les projections du modèle sont évaluées annuellement pour chaque année allant de 2023 à 2040². Une année dans le modèle correspond à l'année financière débutant le 1^{er} avril de cette année et se terminant le 30 mars de l'année suivante. Par exemple, l'année 2023 correspond, dans les faits, à l'année financière gouvernementale 2023-2024.

Les projections démographiques

L'approche retenue quant à l'évolution de la structure d'âge de la population s'appuie sur les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)³. Parmi ces projections, nous avons choisi celles au niveau des régions sociosanitaires du Québec (RSS), qui ont l'avantage de capturer un découpage territorial pertinent pour la gestion des services de santé et des services sociaux au Québec. Ces données par âge, année et RSS constituent le premier intrant du modèle. La Figure 1 présente les projections par groupes d'âge pour l'ensemble du Québec. Cette figure montre que les catégories d'âge les plus avancées connaîtront la plus forte croissance au cours des 17 prochaines années. La population âgée de 75 ans et plus passera de 829 000 personnes en 2023 à 1,48 million de personnes en 2040, ce qui représente une croissance de 79 %. Plus la catégorie d'âge est élevée, plus cette croissance est forte : +42 % pour les 75-79 ans; +90,5 % pour les 80-84 ans; +121,5 % pour les 85-89 ans; et +133 % pour les personnes de 90 ans et plus. La Figure 2 montre que le vieillissement démographique n'est pas le même dans les différentes régions du Québec et que ces différences ne feront que s'accroître au cours des 17 prochaines années. Ainsi les régions de Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine et du Bas-Saint-Laurent demeureront celles dont la population est la plus âgée, la proportion de 75 ans et plus y dépassant les 20 % en 2040.

² Le modèle est initialisé en 2020, mais les résultats sont présentés à partir de 2023. Plusieurs ajustements statistiques sont appliqués à l'année 2023, afin de répliquer certaines tendances observées entre 2020 et 2023. Le rapport méthodologique fournit des informations sur les ajustements effectués.

³ Le scénario de référence de l'ISQ a été retenu. Ses hypothèses sont décrites dans le rapport méthodologique.

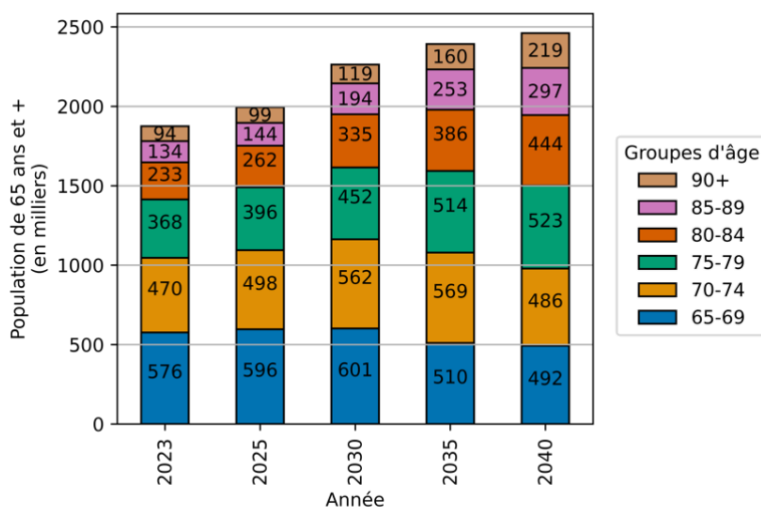


Figure 1. Évolution du nombre de personnes de 65 ans et plus pour l'ensemble du Québec

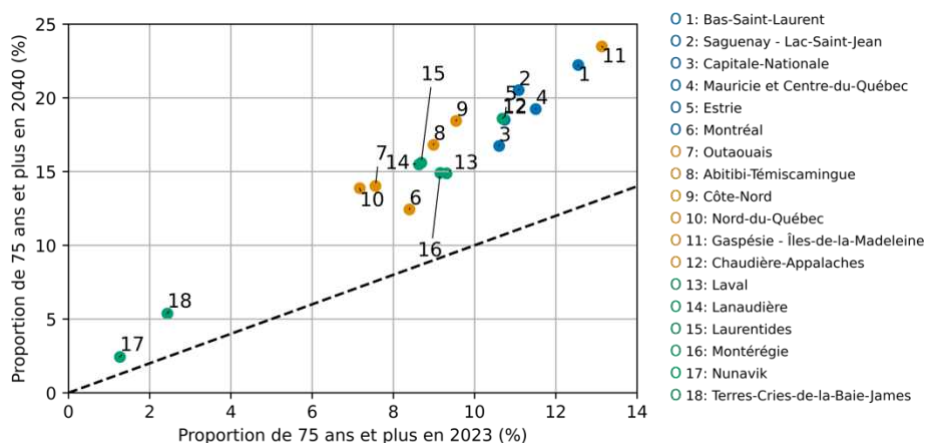


Figure 2. Proportion de personnes de 75 ans et plus par région socio-sanitaire en 2023 et en 2040

Les besoins des personnes présentant des incapacités

La deuxième étape de la modélisation consiste à déterminer les besoins de soutien à l'autonomie de l'ensemble des adultes (18 ans et plus) au Québec. Nous avons recours aux profils Iso-SMAF qui sont utilisés par le réseau de la santé et des services sociaux pour gérer les services aux personnes présentant des incapacités. La porte d'entrée du système vers le soutien à l'autonomie est l'évaluation des besoins par un intervenant. En nous basant sur les données du Réseau de services intégrés pour les personnes adultes (RSIPA), croisé avec les données médicales par groupes de profils de santé (GPS), nous imputons la proportion par âge et région de personnes ayant une évaluation SMAF.

Nous imputons par la suite la distribution des profils Iso-SMAF de niveau 1 à 14 pour chacun de ces groupes (par âge et par région)⁴. L'encadré dédié à la classification des profils Iso-SMAF situé

⁴ Les proportions et distributions par âge et région qui sont utilisées datent d'avant la pandémie, soit de 2015-2016 à 2019-2020 (d'avril à mars). Il convient également de noter qu'il nous a été impossible de déceler des tendances dans ces distributions étant donné la courte période pour laquelle nous avons accès aux données sur les profils Iso-SMAF.

plus bas dans le document présente leur organisation générale. Les incapacités vont croissant du profil 1 au profil 14, mais le type d'incapacités (motrices ou mentales) diffère selon les profils. Ainsi, les profils 1 à 3 sont des profils avec des atteintes principales grandissantes entravant les tâches domestiques. Les profils 4, 6 et 9 sont des profils avec une atteinte surtout motrice, donc physique. Les personnes ayant des profils 5, 7, 8 et 10 ont une atteinte principalement au niveau des fonctions mentales avec des besoins allant toujours en grandissant. Par exemple, ce groupe de profils inclut les personnes souffrant de troubles neurocognitifs à différents stades. Finalement, les profils 11 à 14 regroupent des personnes ayant des atteintes mixtes importantes nécessitant de l'aide dans pratiquement toutes les dimensions et étant dépendantes dans plusieurs d'entre elles. Ce sont pour la plupart des personnes avec des troubles neurocognitifs sévères.

Les profils Iso-SMAF sont rattachés à un nombre d'heures de services requis dans trois domaines, soit les soins infirmiers, les soins d'assistance visant les activités de la vie quotidienne (AVQ) et finalement les services de soutien aux activités de la vie domestique (AVD). Ces sont ces trois types de besoins qui servent de base à la modélisation de la demande et de l'offre pour le soutien à l'autonomie. Les besoins de services en ergothérapie, physiothérapie, nutrition, inhalothérapie et de services psychosociaux sont exclus faute d'outil disponible pour les évaluer. À notre connaissance, il n'existe pas d'instrument ou de classification qui permette de déterminer les besoins pour ces services. Si un tel instrument existait, nous l'aurions utilisé. En revanche, ces services sont inclus dans les coûts à partir d'une valeur fixe par usager qui dépend de leur niveau d'utilisation actuelle (voir rapport méthodologique).

Les milieux de vie

Les personnes ayant un profil Iso-SMAF peuvent résider dans divers milieux de vie. Pour les fins de la modélisation, nous distinguons le domicile individuel privé, la résidence privée pour aînés (RPA), les RI-RTF, le CHSLD et finalement le centre hospitalier en niveau de soins alternatifs (NSA)⁵. Le croisement de plusieurs fichiers administratifs nous permet d'observer les dates d'entrée et de sortie dans ces différents milieux. La modélisation est réalisée au niveau mensuel pour tenir compte des transitions de milieu de vie à l'intérieur d'une année selon l'âge, la région et le profil Iso-SMAF. Au terme d'une année de simulation, nous sommes en mesure d'obtenir le nombre de personnes par mois dans chacun des milieux de vie. La simulation tient compte des contraintes de capacité en termes de places en RPA, RI-RTF et CHSLD. Elle prend aussi en considération les personnes en attente d'une place dans un milieu de vie donné. Une description plus détaillée de cette modélisation se trouve dans le rapport méthodologique.

Les services fournis

Le modèle tient compte de plusieurs acteurs dans la prestation des services. Certains fournisseurs sont présents dans un seul milieu de vie, alors que d'autres œuvrent dans plusieurs. En CHSLD, les soins sont fournis directement par la main-d'œuvre de l'établissement. Pour les RI-RTF, les soins infirmiers sont fournis par le CLSC, alors que les soins d'assistance et les services de soutien (pour les AVQ et les AVD) sont fournis par les travailleurs des RI-RTF. À domicile, les soins et services sont fournis par les CLSC, les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), ainsi que par le secteur privé à but lucratif. Notons aussi que dans les CLSC, certains services sont sous-traités aux EÉSAD et au secteur privé à but lucratif. Ces aspects sont intégrés dans le modèle.

⁵ Cela correspond aux personnes qui sont en centre hospitalier, mais qui sont en attente d'une place dans un autre milieu de vie. Ce n'est pas en soi un milieu de vie, mais au vu de la quantité de personnes en transition entre deux milieux de vie qui sont NSA, nous l'avons nommé ainsi afin de refléter adéquatement cette réalité.

La Classification des Profils Iso-SMAF

Dubuc et al. (2006) ont proposé une classification des besoins qui dépend des incapacités dans les AVD, les AVQ, les fonctions mentales, la mobilité et la communication. Les profils sont générés par l'évaluation clinique des incapacités au moyen du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) comportant 29 items. Le SMAF est intégré à l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) utilisé pour l'évaluation des besoins des personnes dans les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de déficience physique (DP) et de déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). La classification des Profils Iso-SMAF ordonne les besoins de manière croissante selon 14 profils, regroupés en quatre catégories. Ces profils sont utilisés par le réseau et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ils font aussi partie de la formule de financement pour certains types de soins. Ainsi, il a été jugé adéquat et incontournable d'utiliser cette classification pour projeter l'intensité des besoins.

À chaque profil Iso-SMAF est associé des besoins d'heures d'interventions de soins infirmiers, de soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et de services de soutien pour les activités de la vie domestique (AVD). En plus de ces besoins, d'autres types de services sont nécessaires comme les services psychosociaux, l'inhalothérapie, la nutrition, l'ergothérapie ou la physiothérapie, mais il n'existe pas de normes générales en termes d'heures d'intervention pour ces derniers.

Le système du soutien à l'autonomie du Québec

Au Québec, les soins aux personnes présentant des incapacités sont dispensés en hébergement et à domicile. Les soins en hébergement peuvent être dispensés dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). À domicile, les soins peuvent être dispensés dans les logements (maison individuelle, appartement, etc.) ainsi que dans les résidences privées pour aînés (RPA). En plus de ces milieux de vie, les individus en attente d'une place pour recevoir des soins peuvent être en centre hospitalier où elles reçoivent un niveau de soins alternatif (NSA).

En hébergement, les soins sont essentiellement dispensés par les personnels des CISSS et des CIUSSS, tandis que les interventions à domicile regroupent une diversité d'acteurs. Le Tome 1 publié par le CSBE dans le cadre de son mandat sur les soins et services de soutien à domicile présente cet écosystème (Figure 7). Les soins peuvent être dispensés sous la gouverne des CLSC ou ils peuvent être financés par le gouvernement avec le chèque emploi-service (CES) et le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). Le CES et le PEFSAD financent respectivement les interventions du secteur privé à but lucratif et des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD). Le crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés (CMD) permet également de financer les besoins des personnes qui souhaitent rester à domicile, mais ce crédit occupe une place à part dans l'écosystème, étant donné que son utilisation par les prestataires n'est pas limitée à des dépenses de soins. Il faut également ajouter à l'écosystème de prise en charge le Soutien aux personnes proches aidantes (PPA) et le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

L'aide informelle est également un pilier du soutien à l'autonomie au Québec. Elle représente un poids important pour la population québécoise, avec 21,1 % des personnes de 15 ans ou plus qui apportent leur aide ou qui fournissent des soins à des proches selon les données de l'Enquête sociale générale de 2018 (Institut de la statistique du Québec, 2022).

La modélisation de l'offre de services est caractérisée en termes de nombre d'heures travaillées, qui se résument en équivalents temps complet de travail (ETC) par fournisseur et par milieu de vie, et qui sont calculées pour les 18 régions sociosanitaires du Québec. En plus des heures travaillées

en services directs, le modèle considère également les heures indirectes de travail qui incluent du temps de travail administratif et du temps de transport.

Le nombre d'heures de soins et services fournis par usager est stable dans le temps selon le profil Iso-SMAF, le milieu de vie et la région, à moins que le nombre d'ETC du fournisseur soit insuffisant pour donner le même nombre d'heures de services que l'année précédente. Dans cette situation, les heures de services fournis par usager sont réduites proportionnellement pour tous les usagers de manière telle que la somme de ces heures corresponde à la capacité en main-d'œuvre du fournisseur. Le modèle permet aux fournisseurs d'augmenter leur nombre d'ETC à un rythme plus ou moins élevé, lorsque des besoins de main-d'œuvre supplémentaire surviennent.

Le nombre de places disponibles dans les milieux de vie institutionnels exerce une contrainte sur les capacités d'hébergement, tout particulièrement en CHSLD publics, pour lesquels les coûts de construction sont assumés par le gouvernement du Québec. Le modèle permet également l'achat de places en CHSLD privé non conventionné.

Les coûts et les sources de financement

Le calcul de coûts est réalisé indépendamment pour chaque type de fournisseur : CHSLD, CLSC, RI-RTF, EÉSAD et le secteur privé à but lucratif. À ces fournisseurs sont également ajoutés les coûts du crédit pour maintien à domicile des aînés (CMD) et les coûts des personnes en attente d'une place qui sont dans un centre hospitalier en NSA.

Des coûts de fonctionnement sont calculés. Ils intègrent des coûts variables et des coûts fixes. Les coûts variables dépendent du nombre d'heures de travail nécessaires pour fournir les soins infirmiers, les soins d'assistance en AVQ et les services de soutien aux AVD. Des coûts fixes sont également pris en compte en CLSC, en CHSLD et en RI-RTF. Ils correspondent à l'ensemble des coûts qui ne sont pas inclus aux coûts variables et regroupent par exemple les coûts d'hébergement, de gestion, de repas ou d'inhalothérapie pour les CHSLD; ou des services psychosociaux, d'ergothérapie et de physiothérapie dispensés par les CLSC pour le soutien à domicile. Les soins médicaux ne sont pas inclus dans les coûts car ils ne font pas partie de ce mandat.

Des coûts de construction sont inclus en CHSLD, lorsque de nouvelles places doivent être ajoutées au parc immobilier existant. En adéquation avec l'objectif du gouvernement du Québec consistant à construire uniquement de nouvelles places en Maisons des aînés, ces coûts correspondent au coût moyen de construction selon ce modèle, soit 795 000\$ par place en 2023. De plus, la construction de places entraîne des coûts de fonctionnement supplémentaires qui correspondent aux frais d'intérêts et d'amortissement.

Le modèle distingue également les sources de financement des soins de longue durée, que ce soit par le secteur public, donc le gouvernement du Québec, ou bien par les usagers, qui paient par exemple une contribution des adultes hébergés (CAH) en CHSLD et en RI-RTF.

Les apports du modèle

Quelques travaux ont été réalisés dans le passé en vue de projeter la demande, l'offre et le financement des soins de longue durée. La dernière modélisation en date a été effectuée par plusieurs auteurs de la présente étude (Clavet et al., 2021a, 2021b, 2022). Le présent modèle de simulation du soutien à l'autonomie au Québec apporte plusieurs nouveautés par rapport aux travaux existants.

Il comporte tout d'abord une modélisation très détaillée des types de soins, des fournisseurs, des milieux de vie et des sources de financement. Ensuite, il comporte une modélisation par niveau de besoin, mesuré par les profils Iso-SMAF, mais également en fonction de l'âge et de la région de résidence. Un tel niveau de détail a été rendu possible grâce à la mise à disposition d'un riche ensemble de données administratives par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), dont une grande partie a pu être mise en commun grâce à des identifiants anonymisés au niveau de l'utilisateur. Ces bases de données avaient également l'intérêt de mettre à jour les données utilisées dans les précédents travaux, qui pour certaines dataient de plus de 15 ans. La plupart des données utilisées datent désormais de 2019-2020 (avril à mars), soit avant le déclenchement de la pandémie de COVID-19. En sus de ces bases administratives, deux enquêtes ont été réalisées par l'équipe de recherche, dont une enquête auprès des futurs usagers réalisée auprès de 3 002 répondants âgés de 55 à 69 ans et une enquête auprès de 279 gestionnaires de ressources intermédiaires.

Les hypothèses de projection du statu quo

Afin de réaliser une projection de statu quo, plusieurs hypothèses sont faites. De prime abord, il convient de souligner que nous faisons l'hypothèse que les comportements sont stables dans le temps. Cela se manifeste par une répartition constante dans le temps de la population entre les milieux de vie et entre les profils Iso-SMAF selon la région et l'âge.

Ensuite, plusieurs hypothèses importantes sont posées pour la projection du statu quo :

- Il n'y a pas de contrainte de capacité en soutien à domicile, mais le nombre de places en RPA avec des services directement fournis ou payés par le gouvernement est limité au nombre de places observé en 2019-2020 (42 000 places);
- Le nombre maximal de places dans les centres hospitaliers en NSA est limité au nombre de places observé en 2019-2020 (1 100 places);
- Les coûts sont exprimés en dollars constants de 2023 et les salaires restent stables dans le temps en dollars constants;
- Lorsqu'une place en CHSLD/MDA est construite, son coût est amorti sur 25 ans à un taux d'intérêt réel (hors inflation) de 3 %. De plus, le coût de construction d'une place croît de 1 % par année (en dollars constants) durant toute la durée de projection. On suppose qu'il n'y a pas de coût public de construction rattaché au développement d'une nouvelle place en RI-RTF;
- Le nombre maximal de places pouvant être achetées par le gouvernement en CHSLD privé non conventionné correspond au nombre total de places disponibles en 2019-2020 dans ce type d'hébergement (3 981 places). Les places en CHSLD privés conventionnés sont considérées comme des places en CHSLD publics.
- Les besoins en main-d'œuvre visent à combler l'augmentation des heures de services nécessaires pour maintenir les heures moyennes observées en 2019-2020 par âge, profil Iso-SMAF et région. Ils sont exprimés en termes d'équivalents temps complets (ETC). Le nombre d'heures travaillées annuellement par ETC correspond au nombre total d'heures

travaillées divisé par le nombre d'ETC répertorié pour le personnel des CLSC, des RI-RTF et des CHSLD en 2019-2020.

Pour terminer, l'offre de services s'ajuste progressivement aux nouveaux besoins dans le statu quo, mais le nombre moyen d'heures fournies par usager (à profil Iso-SMAF et milieu de vie égaux) reste stable à travers le temps, une fois que les nouveaux besoins en main-d'œuvre ont été comblés. Cela signifie qu'il y a une période durant laquelle les nouveaux besoins de main-d'œuvre ou de places ne sont pas entièrement comblés. Néanmoins, tous les nouveaux besoins en main-d'œuvre sont comblés à long terme et le taux de réponse aux besoins par milieu de vie se stabilise au niveau observé avec les données de 2019-2020. Il faut compter cinq années pour combler l'intégralité des nouveaux besoins de places en RI-RTF ou en CHSLD d'une année donnée. Par exemple, si le besoin en nouvelles places de CHSLD est de 2 500 places en 2023, 500 nouvelles places seront construites chaque année de 2024 à 2028 (20 % du besoin par année) en lien avec ce besoin non comblé de 2023. Néanmoins, si un besoin supplémentaire de 2 500 places émerge en 2024, 500 places supplémentaires seront construites de 2025 à 2029, de sorte qu'un total de 1 000 nouvelles places seront construites en 2025. Ainsi, la construction de nouvelles places peut croître au cours des années, bien qu'après 5 ans l'ensemble des nouvelles places prévues en 2023 auront été construites.

Une logique semblable s'applique aux nouveaux besoins de main-d'œuvre en SAD, mais ceux-ci sont comblés après quatre ans (25 % du besoin par année) plutôt que cinq. Pour les RI-RTF et les CHSLD, on suppose que l'ensemble des besoins en main-d'œuvre sont comblés lors de l'ouverture des places.

Les besoins actuels et futurs

La projection du nombre de personnes ayant des besoins de soutien à l'autonomie au Québec selon un scénario de statu quo est présentée dans la Figure 3, selon quatre catégories de profils Iso-SMAF et pour les années 2023, 2030 et 2040. Elle inclut toutes les personnes qui se voient attribuer un profil Iso-SMAF, peu importe leur milieu de vie (à domicile, incluant les RPA; RI-RTF; CHSLD; et NSA).

Il est important de rappeler que les personnes ayant des besoins dans le modèle correspondent à celles dont les besoins ont été évalués et ayant obtenu un profil Iso-SMAF. Les personnes qui ont des besoins mais qui n'ont pas été évaluées ne sont pas incluses dans les projections. La Figure 3 montre que le nombre de personnes avec des besoins évalués est égal à 324 400 en 2023, dont 224 500 sont âgées de 75 ans ou plus. Pour donner un ordre de grandeur, 829 000 personnes sont âgées de 75 ans ou plus au Québec en 2023, ce qui signifie que la proportion de personnes ayant des besoins évalués représente 27,1 % des personnes de ce groupe d'âge. Ainsi, plusieurs personnes faisant partie des 72,9 % restants sont susceptibles d'avoir des besoins de soutien qui n'ont pas été évalués. Toutefois, il est plus probable que ces personnes fassent partie de la catégorie des atteintes aux AVD et qu'elles aient des besoins relativement faibles. Il nous apparaît raisonnable d'envisager que la majorité des personnes ayant des besoins élevés soient connues du système. En résumé, la lecture des résultats doit être faite avec l'idée d'une sous-estimation potentiellement significative des personnes ayant des atteintes aux AVD, mais d'une sous-estimation d'une ampleur bien moindre pour les besoins les plus élevés.

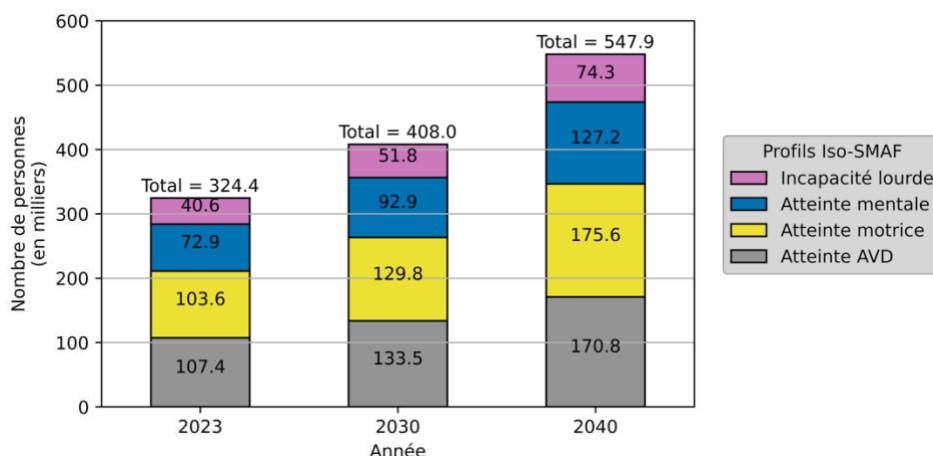


Figure 3. Projection du nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie au Québec selon les catégories de profils Iso-SMAF

Au Québec, le nombre total de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie passe de 324 400 personnes en 2023 à 408 000 en 2030 et à 547 900 en 2040, ce qui représente une croissance de près de 69 % sur l'horizon de projection de 17 ans. La croissance du nombre de personnes avec des besoins est d'autant plus forte que le niveau de besoins est élevé : la croissance de 2023 à 2040 est égale à 59,1 % pour les personnes avec des atteintes aux AVD, de 69,6 % pour les personnes avec des atteintes motrices, de 74,4 % pour des personnes avec des atteintes mentales et de 83,2 % pour les personnes avec des incapacités lourdes. Cela s'explique en partie par l'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés, qui se traduit par une croissance démographique d'autant plus forte que l'âge est avancé.

Constat n°1 : Le Québec connaîtra une augmentation massive des besoins en soutien à l'autonomie. De 324 400 personnes ayant des besoins en 2023, on prévoit une augmentation de 223 400 personnes d'ici 2040 (soit +69 %), dont 33 700 personnes supplémentaires avec des incapacités lourdes.

D'ailleurs, lorsque l'on s'intéresse à l'âge de la population ayant des besoins de soutien à l'autonomie, on s'aperçoit qu'elle double exactement (+100 %) pour la population âgée de 75 ans et plus sur la période de projection⁶, tandis qu'elle diminue très légèrement pour la population âgée de 0 à 64 ans (-1 %) et pour celle âgée de 65 à 74 ans (-3 %).

La Figure 4 présente les projections du modèle en nombre d'heures requises selon le type de soin (à gauche) et le milieu de vie (à droite). Dans l'ensemble, elles croissent de 335,7 millions d'heures en 2023 à 420,1 millions d'heures en 2030 et à 571,9 millions d'heures en 2040. Cela représente une croissance de 236,2 millions d'heures de 2023 à 2040, soit +70 % sur la période de projection.

⁶ Elle passe de 225 000 personnes en 2023 à 450 000 personnes en 2040.

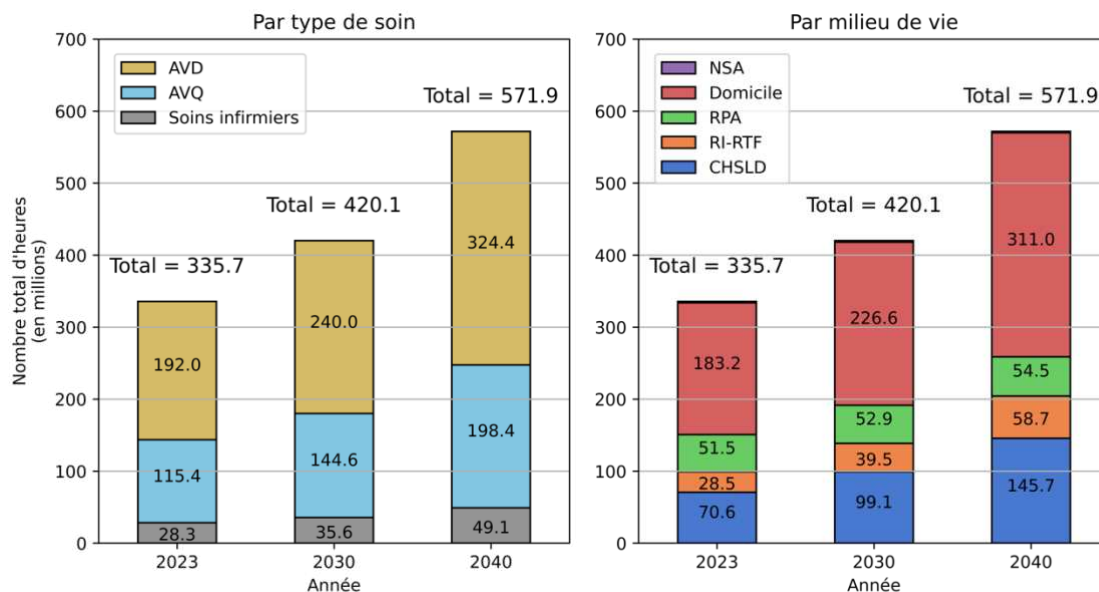


Figure 4. Nombre d'heures de soins requis selon le type de soins et le milieu de vie

Constat n°2 : Les nouveaux besoins en soutien à l'autonomie représentent 236,2 millions d'heures annuelles additionnelles d'ici 2040, soit une augmentation de 70 %, dont 20,8 millions d'heures correspondent à des soins infirmiers, 83 millions d'heures à des soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et 132,4 millions d'heures à des services de soutien pour les activités de la vie domestique

En examinant la dimension des types de soins, on voit en 2040 que la plupart des besoins d'heures correspondent à des soins d'assistance et de soutien (AVQ et AVD), qui représentent 91 % de l'ensemble des besoins cette année-là⁷. Plus spécifiquement, les besoins de soutien aux AVD représentent 57 % des besoins en heures⁸. La répartition parmi les types de soins est équivalente, lorsqu'on s'intéresse seulement aux besoins s'ajoutant de 2023 à 2040. Le nombre d'heures requises en soutien aux AVD augmente de 132,4 millions d'heures de 2023 à 2040 (324,4 – 192,0),

tandis que ce nombre augmente de 83 millions d'heures en soins d'assistance aux AVQ et de 20,8 millions d'heures en soins infirmiers. Les nouveaux besoins d'heures de services de soutien aux AVD représentent donc 56 % des nouveaux besoins d'heures et les nouveaux besoins d'heures de soins d'assistance et de soutien (AVD et AVQ) représentent 91 % des besoins nouveaux.

Les résultats selon le milieu de vie montrent l'importance des besoins à domicile, qui regroupent plus de la moitié des besoins d'heures totales de soins (54,6 % en 2023). Si l'on fait la somme des heures requises en soutien à domicile en incluant les RPA, leur part représente plus des deux tiers des besoins d'heures de soins, soit 70 % en 2023. Le besoin en nombre d'heures de soutien à domicile (domicile et RPA) passe de 234,7 millions d'heures en 2023 à 365,6 millions d'heures en 2040, ce qui représente une croissance d'environ 56 %. Sur la même période, le besoin en nombre d'heures passe de 28,5 millions d'heures à 58,7 millions d'heures en RI-RTF, et il passe de 183,2 millions d'heures à 311 millions d'heures en CHSLD. Cela représente une croissance de 106 % dans les deux milieux de vie, soit plus qu'un doublement des besoins en institutions. Les résultats en NSA sont comparativement faibles, car ils représentent 1,9 million d'heures en 2023 et

⁷ Soit 522,8 millions d'heures sur un total de 571,9 millions d'heures.

⁸ Soit 324,4 millions d'heures sur un total de 571,9 millions d'heures.

2 millions d'heures en 2040. Toutefois, cette faible croissance des NSA est mécanique dans le modèle étant donné que le nombre de personnes en NSA est plafonné dans le scénario de statu quo modélisé ici. Si le nombre de personnes en NSA n'avait pas été contraint, il aurait augmenté de 3 432 de 2023 à 2040, limitant d'autant plus l'accès aux lits d'hôpitaux pour les services de médecine et de chirurgie.

La réponse actuelle de l'État et son évolution probable

La Figure 5 présente le nombre d'utilisateurs en « équivalent année complète »⁹ qui reçoivent des services dans au moins une des trois catégories (soins infirmiers, assistance aux AVQ, soutien aux AVD) selon le milieu de vie. Cette figure montre que le nombre d'utilisateurs vivant à domicile passe de 115 200 en 2023 à 208 100 en 2040, ce qui représente une croissance de 81 %. En RI-RTF, le nombre d'utilisateurs passe de 19 800 à 38 700 sur la même période, soit une croissance de 96 %. En CHSLD (privés ou publics), le nombre d'utilisateurs passe de 38 500 à 78 600, ce qui représente plus qu'un doublement du nombre d'utilisateurs sur une période de 17 ans avec +104 %. Le nombre d'utilisateurs en RPA et en NSA reste fixe sur l'ensemble de la projection étant donné les hypothèses de ce scénario, avec des valeurs respectives de 42 000 et 1 100 utilisateurs.

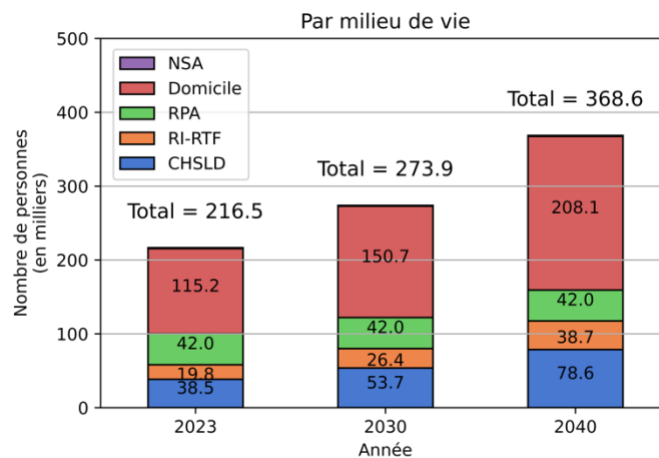


Figure 5. Nombre d'utilisateurs (en équivalent année complète) par milieu de vie en 2023, 2030 et 2040

Lorsque l'on traduit l'effet du nombre d'utilisateurs en CHSLD sur le nombre de lits à construire par le gouvernement dans l'ensemble du Québec, le constat est tout aussi frappant. Afin de combler les nouveaux besoins, le gouvernement devrait construire 42 500 places de CHSLD publics en 17 années,

Constat n°3 : Si la trajectoire actuelle est maintenue, 42 500 places devront être construites en CHSLD ou en MDA d'ici 2040. Cela revient à doubler la capacité d'accueil des CHSLD/MDA.

ce qui représente une moyenne de 2 500 places par an. Le nombre de lits en CHSLD publics est de 37 977 en 2023. Accroître le nombre de places en CHSLD publics de 42 500 reviendrait donc à plus que doubler le nombre de places d'ici 2040. Le gouvernement du Québec devrait également acheter près de la totalité des places en CHSLD non conventionnés (93,8 %) si l'on considère qu'aucune place ne sera construite dans ce type de CHSLD d'ici 2040. Dans le scénario de statu quo modélisé ici, cela se caractérise par l'achat de 116 places supplémentaires chaque année en

⁹ Ce nombre correspond à la somme pour tous les mois de l'année du nombre de personnes ayant reçu des soins durant un mois donné, divisée par 12. Par exemple, si une personne reçoit des soins pendant 10 mois et une autre personne reçoit des soins pendant 2 mois, ces deux personnes prises ensemble représentent un utilisateur en « équivalent année complète ».

moyenne d’ici 2040. Il est à noter que le gouvernement achète déjà, en 2023, près de la moitié (44,3 %) des places en CHSLD non conventionné, sur un total de 3 981 places.

Pour conclure sur les dynamiques dans les différents milieux de vie, on observe que le nombre d’usagers en institutions croît plus vite que le nombre d’usagers à domicile, mais que les usagers à domicile représentent tout de même la majorité des usagers, soit 56,5 % en 2040, contre 11,4 % en RPA, 10,5 % en RI-RTF, 21,3 % en CHSLD et 0,3 % en NSA. Nous verrons plus loin qu’en dépit de la prédominance du nombre d’usagers à domicile, le faible taux de réponse aux besoins dans ce milieu de vie et en RPA – qui contraste avec le taux de réponse aux besoins élevé en institutions – se traduit finalement par un nombre d’heures dispensées en institutions beaucoup plus élevé qu’à domicile.

Un premier résultat issu de la Figure 6 est que le nombre d’heures de services fournis passe de 116,7 millions d’heures en 2023 à 160,2 millions d’heures en 2030 et à 234,8 millions d’heures en 2040. Sur les 17 ans de projection, cela représente plus qu’un doublement du nombre d’heures (+101 %). La répartition du nombre d’heures en fonction des types de soins montre que le nombre d’heures de soins d’assistance et de soutien double sur la période de projection (+99 % en AVD et +100 % en AVQ). Cela représente une croissance annuelle moyenne de 4,1 % en soutien aux AVD et de 4,2 % en soins d’assistance aux AVQ. La croissance du nombre d’heures de soins infirmiers est encore plus importante avec +114 %, ce qui représente +4,6 % en moyenne par an de 2023 à 2040.

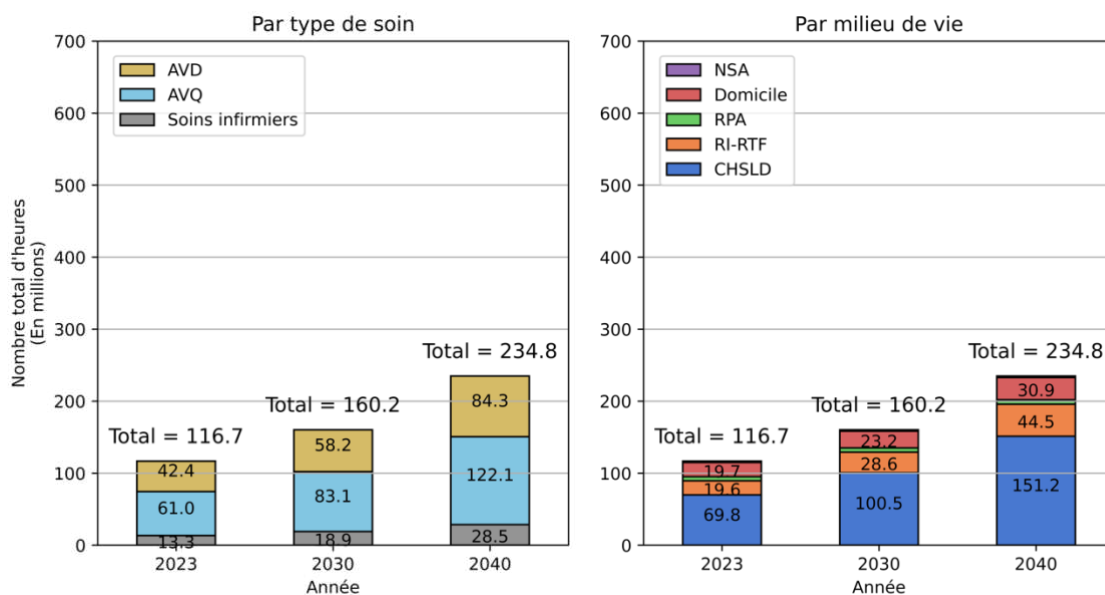


Figure 6. Nombre d’heures de services fournis, en 2023 et 2040, selon le type de soins et le milieu de vie

L’analyse de la répartition du nombre d’heures selon le milieu de vie apporte plusieurs informations importantes pour la suite de l’analyse. Le nombre d’heures dispensées à domicile et en RPA est relativement faible (21,4 % du total des heures de services fournis en 2023¹⁰), alors même que les besoins y sont les plus élevés (70 % du total des besoins en heures de soins en 2023¹¹). A contrario, le nombre d’heures dispensées en CHSLD représente la grande majorité des heures dispensées tous milieux confondus, avec 59,8 % des heures dispensées en 2023. De plus, sous l’effet du vieillissement de la population, le poids des CHSLD est grandissant : il passe à 62,8 % en 2030 et à 64,4 % en 2040. Sur la période de projection, le nombre d’heures dispensées en CHSLD passe de

¹⁰ Calculs effectués à partir des données utilisées pour la Figure 6.

¹¹ Calculs effectués à partir de la Figure 4.

69,8 millions d’heures en 2023 à 151,2 millions d’heures en 2040, ce qui représente une croissance de 116 %¹².

Lorsqu’on calcule la proportion d’heures de services fournis (Figure 6) par rapport aux heures de soins requis (Figure 4), on obtient le taux de réponse aux besoins. Ce résultat est présenté dans la Figure 7 selon le milieu de vie. Tout d’abord, on observe que les taux de réponse aux besoins en hébergement sont élevés. En CHSLD, il passe de 98,9 % en 2023 à 100 % en 2030 et en 2040. En RI-RTF, il passe de 68,7 % en 2023 à 72,4 % en 2030 puis à 75,8 % en 2040. Cette augmentation des taux de réponse en hébergement s’explique par la composition de la population au sein de ces milieux de vie, où la proportion de personnes avec des atteintes importantes, notamment avec des atteintes mentales et avec des incapacités lourdes, augmente sous l’effet du vieillissement de la population. Cet effet n’est pas observé pour le SAD. Non seulement les taux de réponse aux besoins sont très faibles en 2023, avec 10,9 % en RPA et 10,7 % à domicile, mais ces taux plafonnent sur toute la durée de projection. Le taux est égal à 11,4 % en 2030 et 11,6 % en 2040 en RPA et il est de 10,2 % et 10,0 % à domicile.

La faiblesse des taux de réponse aux besoins en SAD est soulignée dans le Tome 2 du mandat du CSBE sur les soins et services de soutien à domicile publié en juin 2023. Ce dernier identifie non seulement un faible taux de réponse en moyenne, mais également une concentration des heures de services chez un petit nombre de bénéficiaires, tandis que la majorité reçoit une valeur extrêmement faible d’heures de services, 10 % des usagers du SAD recevant 70 % des heures de services fournis. Le très faible taux de réponse pour une grande partie de la population à domicile comparativement à un taux très élevé pour les personnes en hébergement institutionnel génère un effet domino sur la demande de places en RI-RTF et CHSLD, et sur le nombre de personnes en NSA.

Nous verrons plus loin que le statu quo qui allie un faible taux de réponse aux besoins en SAD et qui met l’accent sur la prise en charge en hébergement, tout particulièrement en CHSLD, se traduit par des coûts qui vont croître fortement dans les 17 prochaines années.

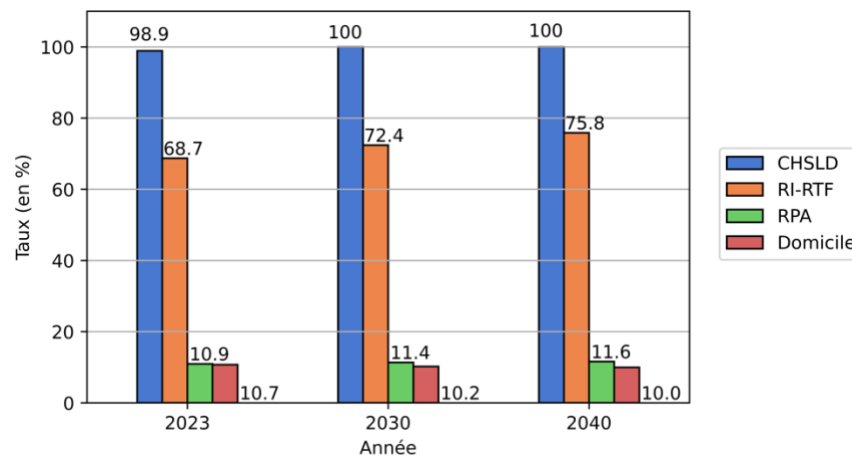


Figure 7. Taux de réponse aux besoins selon le milieu de vie (en %)

¹² Cette croissance est plus forte que celle du nombre d’usagers de CHSLD, qui est de +104 %, car la croissance du nombre d’usagers est d’autant plus forte que le profil Iso-SMAF est élevé. Or, le nombre d’heures de soins dispensés augmente avec le profil Iso-SMAF.

Constat n°4 : La projection du statu quo se traduit par une croissance du coût total du soutien à l'autonomie de 7,6 milliards de dollars en 2023 à 16,5 milliards de dollars (constants de 2023) en 2040, ce qui représente +120 % sur la période de projection.

La Figure 8 présente la projection des coûts annuels (en dollars constants de 2023) pour le gouvernement du Québec selon le milieu de vie avec le statu quo. Le coût annuel total passe de 7,6 milliards de dollars en 2023 à 10,8 milliards de dollars en 2030 et à 16,5 milliards de dollars en 2040. Cela représente une croissance de 120 % sur l'ensemble de la période de projection.

Il est intéressant de comparer la croissance annuelle moyenne, égale à 4,8 % de 2023 à 2040, avec un point de référence. Prenons par exemple la croissance prévue du PIB, qui est une approximation de notre capacité collective à prendre en charge les nouveaux besoins sans pour autant accroître le poids des dépenses publiques dans le PIB. Dans le scénario de référence, le plan budgétaire 2023-2024 du ministère des Finances prévoit une croissance du PIB en dollars constants d'environ +1,5 % de 2023 à 2027. La différence de 3,3 % entre les deux taux de croissance représente les nouveaux besoins de financement qui devraient être comblés afin de conserver le statu quo. Dans un scénario de statu quo, le soutien à l'autonomie viendra, donc, peser lourdement sur les finances publiques dans les deux prochaines décennies.

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des coûts entre milieux de vie, on s'aperçoit que les dépenses combinées en RI-RTF et en CHSLD représentent une part importante des coûts pour le gouvernement du Québec. Elles représentent 58,5 % des coûts en 2023, 65,4 % en 2030 et 71,7 % en 2040. La croissance des coûts dans ces institutions est donc plus forte que pour les soins à domicile : en moyenne, le coût y croît de 6 % par année, tandis qu'il croît de 2,7 % pour le SAD. Le crédit pour maintien à domicile des aînés (CMD), qui concerne également la population qui réside à domicile et en RPA, croît de 3,2 % par an.

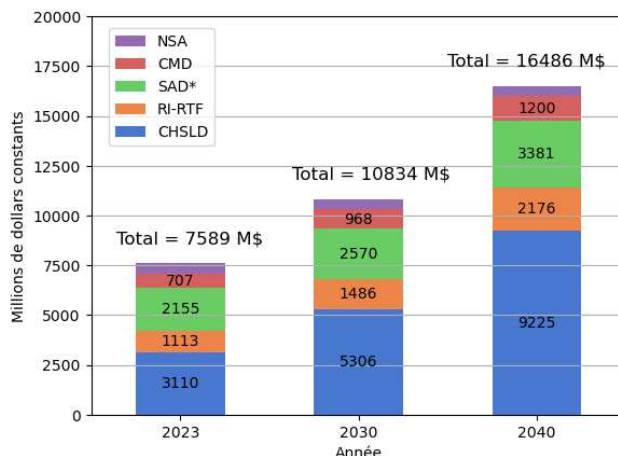


Figure 8. Coûts annuels pour le gouvernement du Québec (dollars constants de 2023) selon le milieu de vie et pour le CMD

* Le soutien à domicile (SAD) inclut les dépenses liées aux CLSC, le chèque emploi-service (CES) et le PEFSAD.

La croissance des coûts est particulièrement élevée pour les CHSLD. Ils représentent 41,0 % des coûts pour le gouvernement du Québec en 2023, 49,0 % en 2030 et 56,0 % en 2040, ce qui représente une croissance annuelle moyenne du coût des CHSLD de +6,6 % sur les 17 années de projection. Rappelons que les coûts en CHSLD ont une composante de fonctionnement et une composante de construction. Les coûts de fonctionnement en CHSLD sont de 3,1 milliards de

dollars en 2023, 4,4 milliards de dollars en 2030 et 6,6 milliards de dollars en 2040. Leur croissance annuelle est en moyenne de +4,5 % de 2023 à 2040, ce qui est bien supérieur à la croissance des coûts de fonctionnement du SAD, égale à +2,7 %. Les coûts de construction des places additionnelles en CHSLD s’y ajoutent et représentent mécaniquement une part grandissante au fur et à mesure des années de projection¹³. Ils sont nuls en 2023, car aucune nouvelle place n’a encore été construite, puis augmentent à 875 millions de dollars en 2030 et 2,6 milliards de dollars en 2040.

Le Tableau 1 décompose les coûts du SAD pour le gouvernement du Québec (en dollars constants de 2023) entre les coûts des CLSC, les coûts du chèque emploi-service (CES) et les coûts du PEFSAD. Parmi les 2 155 millions de dollars de coûts du SAD en 2023¹⁴, la majorité est composée des coûts des CLSC pour un montant de 1 850 millions de dollars (environ 4/5^e des coûts du SAD), suivis des coûts du CES pour un montant de 232 millions de dollars et des coûts du PEFSAD pour un montant de 73 millions de dollars. Les coûts des CLSC vont augmenter de +2,7 % par an en moyenne sur la période d’analyse, ce qui représente une croissance cumulée de près de +60 % de 2023 à 2040.

*Tableau 1. Coûts du soutien à domicile pour le gouvernement du Québec
(en M\$ constants de 2023)*

Composantes	2023	2030	2040	TCAM*
CLSC	1 850	2 223	2 934	2,7 %
CES	232	257	332	2,1 %
PEFSAD¹⁵	73	90	115	2,7 %
Total	2 155	2 570	3 381	2,7 %

* Taux de croissance annuel moyen

Les écarts régionaux

L’analyse des écarts régionaux fait écho aux préoccupations soulevées par les parties prenantes du système de soins de longue durée, que le CSBE a relayées dans le Tome 1 de son mandat sur les soins et services de soutien à domicile : il existerait des « enjeux d’équité qui peuvent être liés à la détection, l’évaluation des besoins et la priorisation des usagers » et « la disponibilité des programmes et des services de SAD varie selon les régions ».

La Figure 9 présente pour chaque région sociosanitaire la répartition de la population ayant des besoins de soutien à l’autonomie selon les 4 catégories de profils Iso-SMAF. Dans le graphique de gauche, les résultats sont présentés pour l’année 2023. Le graphique de droite présente la croissance en pourcentage du nombre de personnes dans chaque catégorie de profil Iso-SMAF entre 2023 et 2040. Les régions sont ordonnées de bas en haut en fonction de la proportion de personnes avec des incapacités lourdes en 2023.

¹³ Une hypothèse additionnelle est que les CHSLD construits avant 2024 ont déjà été amortis. Les coûts de construction correspondent donc aux nouvelles places construites à partir de 2024.

¹⁴ Il est à noter que les coûts totaux du SAD ne correspondent pas au total des coûts SAPA dans le fichier AS-471, puisque certains coûts, comme les hôpitaux gériatriques, n’ont pas été inclus dans les coûts du SAD. À l’opposé, les coûts en SAD pour les DP, DI-TSA et SM sont inclus dans nos coûts, alors qu’ils ne sont pas inclus dans les chiffres SAPA de l’AS-471.

¹⁵ Précisons que les personnes qui bénéficient du PEFSAD mais qui n’ont pas de profil Iso-SMAF sont exclues de ce montant, car elles ne font pas partie de la population identifiée comme ayant des besoins de soutien à l’autonomie.

Constat n°5 : Le nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie ainsi que leur niveau de besoins diffèrent substantiellement d'une région à l'autre.

L'analyse de l'année 2023 montre une certaine hétérogénéité entre les régions concernant la proportion de personnes avec des incapacités lourdes. La plus faible proportion de cette catégorie est observée en Abitibi-Témiscamingue avec 7,7 % et la plus forte

proportion est observée dans Chaudière-Appalaches avec 14,7 %, ce qui représente presque une différence du simple au double. L'ampleur de l'écart est plus faible pour les atteintes mentales avec un minimum de 20,2 % en Mauricie et Centre-du-Québec et un maximum de 26,8 % dans Chaudière-Appalaches. Il en est de même pour les atteintes motrices dont le minimum est observé en Abitibi-Témiscamingue avec 26,3 % et le maximum est observé dans la région Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine avec 37,2 %. Les écarts entre régions pour la catégorie des atteintes aux activités de la vie domestique (AVD) sont relativement élevés, avec la proportion la plus faible égale à 27,8 % dans la Capitale-Nationale et la proportion la plus élevée égale à 45,6 % en Abitibi-Témiscamingue.

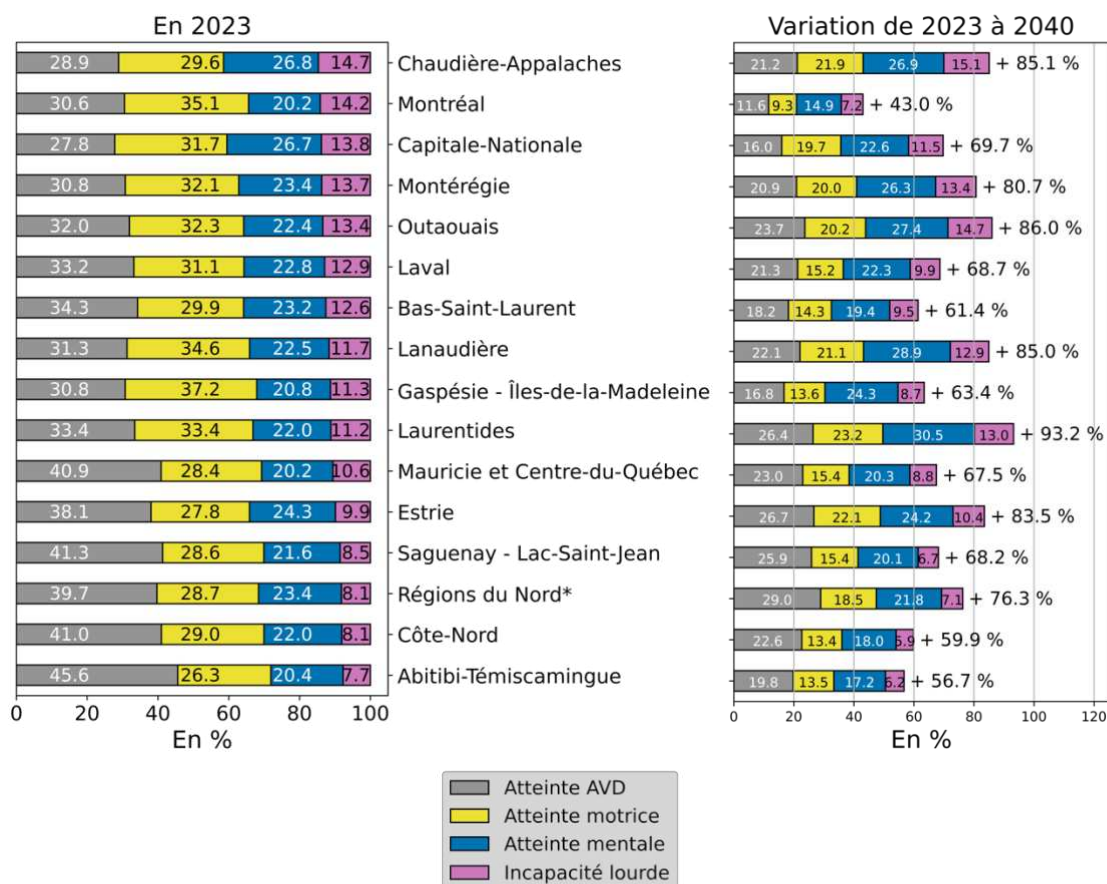


Figure 9. Répartition de la population ayant des besoins de soutien à l'autonomie par catégories de profils Iso-SMAF, selon la région sociosanitaire en 2023 et variation de 2023 à 2040 (en %)

* Les régions sociosanitaires du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James sont regroupées sous le même intitulé « Régions du Nord ».

L'analyse de la croissance de la population ayant des besoins de soutien à l'autonomie dans chaque catégorie de profil Iso-SMAF et dans chaque région fournit plusieurs renseignements. Tout d'abord, 9 régions sur 16 (dans la Figure 9) présentent une croissance allant de +60 % à +80 % de

2023 à 2040, démontrant une certaine homogénéité interrégionale. Quatre régions ont une croissance supérieure à 80 %, soit Lanaudière, Chaudière-Appalaches, l’Outaouais et les Laurentides. Cette dernière région a même une croissance supérieure à 90 %. Seulement trois régions ont une croissance inférieure à 60 %, soit la Côte-Nord, l’Abitibi-Témiscamingue et Montréal. Cette dernière région présente la croissance la plus faible avec une valeur de +43 %. Ensuite, pour chaque région, on observe une croissance du nombre de personnes avec des besoins dans chacune des quatre catégories de profils Iso-SMAF. Les régions ayant la plus forte croissance du nombre total de personnes avec des besoins de soutien sont également celles qui connaissent la plus forte croissance dans la catégorie de profils Iso-SMAF la plus élevée (incapacités lourdes). La croissance la plus forte du nombre total de personnes avec des besoins est observée dans les Laurentides avec +93,2 %, suivie par l’Outaouais avec +86 %, Chaudière-Appalaches avec +85,1 % et Lanaudière avec +85 %. Ces quatre régions occupent également le haut du classement lorsqu’on s’intéresse à la croissance du nombre de personnes avec des incapacités lourdes. Chaudière-Appalaches occupe le 1^{er} rang avec +15,1 %, suivie de l’Outaouais au 2^e rang avec +14,7 %; les Laurentides occupent le 4^e rang avec +13 % et Lanaudière occupe le 5^e rang avec +12,9 %.

Tandis que la Figure 9 s’intéresse aux besoins, la Figure 10 porte sur la prise en charge de la population. Le graphique de gauche présente la répartition de la population entre les différents milieux de vie par région et le graphique de droite présente le taux de réponse aux besoins en SAD (au domicile et en RPA) par région et pour tous les fournisseurs (CLSC, EÉSAD, CES). Comme nous l’avons fait pour la Figure 9, nous avons ordonné les régions de la Figure 10 de bas en haut en fonction de la proportion de personnes avec des incapacités lourdes. Cela permet d’analyser d’éventuelles corrélations entre les niveaux de besoins et la répartition entre milieux de vie et le taux de réponse aux besoins en fonction des régions.

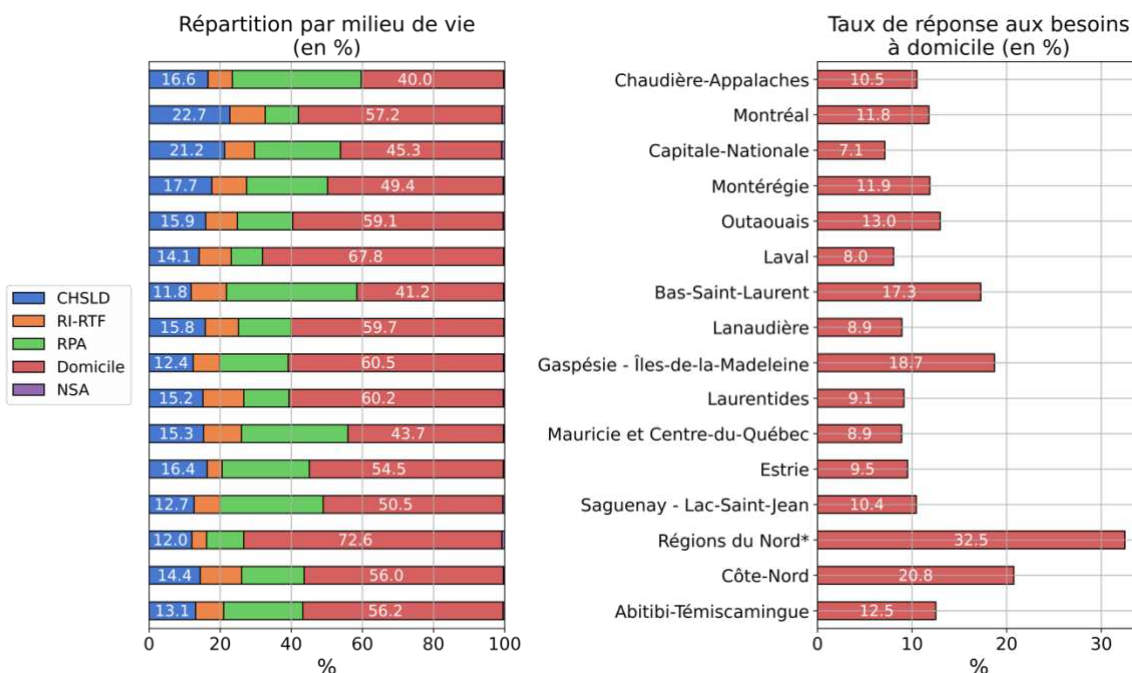


Figure 10. Répartition de la population desservie en soins de longue durée entre milieux de vie par région et taux de réponse aux besoins à domicile par région, 2023

* Les régions sociosanitaires du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James sont regroupées sous le même intitulé « Régions du Nord ».

La répartition de la population entre les différents milieux de vie semble montrer un certain lien entre la proportion de personnes avec des incapacités lourdes et la proportion de personnes résidant en CHSLD. Par exemple, les quatre régions avec la plus forte proportion de personnes avec des incapacités lourdes sont également les quatre régions avec la plus forte proportion de personnes résidant en CHSLD. Cette proportion est de 22,7 % à Montréal, de 21,2 % dans la Capitale-Nationale, de 17,7 % en Montérégie et de 16,6 % dans Chaudière-Appalaches. En revanche, les régions avec la plus faible proportion en CHSLD ne correspondent pas nécessairement aux régions avec la plus faible proportion de personnes avec des incapacités lourdes. Elles correspondent plutôt à des régions qui sont éloignées des grands centres urbains. La proportion la plus faible en CHSLD est observée dans le Bas-Saint-Laurent avec 11,8 %, suivi par les régions du nord avec 12 %, la région Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine avec 12,4 %, la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean avec 12,7 % et l'Abitibi-Témiscamingue avec 13,1 %. Précisons que la proportion de personnes en NSA n'est pas visible dans la Figure 10, car celle-ci est inférieure à 1 % dans toutes les régions.

La comparaison des taux de réponse aux besoins à domicile avec la proportion de personnes avec des incapacités lourdes en 2023 ne semble pas montrer de corrélation évidente. Il en est de même lorsque l'on compare les taux de réponse aux besoins dans la Figure 10 avec la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans la Figure 2. Finalement, les régions qui ont le taux de service le plus faible ne sont pas nécessairement celles qui connaissent le vieillissement démographique le plus fort. Il semblerait plutôt que les taux de services en SAD reflètent des différences de prises en charge, notamment en termes de milieux de vie, qui pourraient révéler des choix ou bien des enjeux en termes de prise en charge.

Constat n°6 : La répartition des personnes entre milieux de vie et les taux de réponse aux besoins en SAD de longue durée diffèrent beaucoup d'une région à l'autre.

Toutefois, l'analyse des figures permet de montrer que les taux de réponse les plus élevés se trouvent dans des régions éloignées des grands centres urbains : les régions du nord (32,5 %), la Côte-Nord (20,8 %), la région Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine (18,7 %) et le Bas-Saint-Laurent (17,3 %). Ces régions font également partie de celles dont la proportion de résidents en CHSLD est la plus faible.

Les besoins en main-d'œuvre du secteur public

Constat n°7 : 13 700 infirmières et 45 600 travailleurs en soins d'assistance (pour les AVQ) et services de soutien (pour les AVD) devront être recrutés dans le secteur public à l'échelle du Québec d'ici 2040, seulement pour maintenir le niveau actuel des services de soutien à l'autonomie par usager.

La Figure 11 présente le nombre d'ETC mobilisés pour les travailleurs du secteur public¹⁶ qui sont projetés en 2030 et en 2040 en prolongeant le statu quo. Ces projections peuvent être comparées avec 2023 et sont différenciées en fonction du type de fournisseur. En 2023, 54 000 travailleurs en équivalents temps complet sont recensés au Québec. Ce chiffre augmente d'environ 20 500 personnes d'ici 2030, puis il atteint 113 500 en 2040, ce qui représente plus d'un doublement

¹⁶ Dans cette analyse nous prenons en compte les employés qui travaillent directement pour le secteur public dans les CHSLD et les CLSC, ainsi que les travailleurs des RI-RTF. Ceux-ci ne sont pas des employés du gouvernement, mais ils effectuent des activités de sous-traitance pour le compte du gouvernement. De plus, cette analyse porte sur les ETC des infirmières et des travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et en services de soutien (AVD) du secteur public. Elle ne prend donc pas en compte les services psychosociaux, l'ergothérapie, la physiothérapie, la nutrition et l'inhalothérapie. Elle n'inclut pas non plus les services en soins d'assistance (AVQ) et en services de soutien (AVD) dispensés par les ÉESAD et le secteur privé à but lucratif.

du nombre d'ETC en 17 années. Sur l'ensemble de la période de projection, la croissance est particulièrement forte en CHSLD et en RI-RTF où elle est de +121 %. Pour les soins à domicile dispensés par les CLSC, la croissance est plus faible, mais avec tout de même une augmentation de deux-tiers des ETC. Lorsque l'on distingue la croissance en fonction du type de soins et services, on s'aperçoit que 13 700 infirmières et 45 600 travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et en services de soutien (AVD) devront également être recrutés dans le secteur public, tous milieux de vie confondus. Les travailleurs en soins d'assistance et en services de soutien incluent les auxiliaires aux services de santé et sociaux et les préposés aux bénéficiaires.

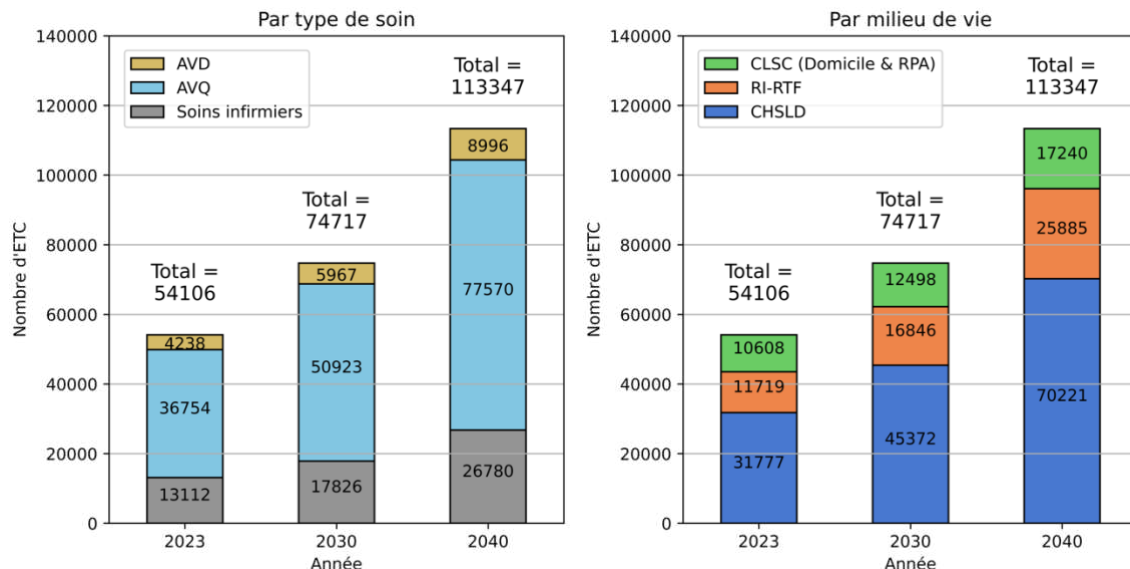


Figure 11. Nombre d'infirmières et de travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et en services de soutien (AVD) en équivalents temps complet dans le secteur public, selon le type de soins et le milieu de vie

La Figure 12 décompose la variation des ETC pour les infirmières et les travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et en services de soutien (AVD) en fonction des régions sociosanitaires. Le graphique de gauche présente la croissance de 2023 à 2040 en nombre d'ETC et le graphique de droite présente la croissance de 2023 à 2040 en pourcentage. L'analyse du graphique de gauche montre une croissance importante du nombre d'ETC dans la plupart des régions. La croissance la plus forte est observée à Montréal avec près de 11 000 ETC supplémentaires entre 2023 et 2040. Les quatre régions avec la plus forte croissance, c'est-à-dire Montréal, la Montérégie, la Capitale-Nationale et les Laurentides, regroupent plus de la moitié de la croissance du nombre d'ETC attendue d'ici 2040 (près de 31 000 ETC supplémentaires sur une croissance totale de près de 60 000 ETC dans l'ensemble du Québec).

Le graphique de droite permet de caractériser la croissance attendue en pourcentage, ce qui traduit en quelque sorte l'effort auquel doit s'atteler chaque région pour prolonger le statu quo. Selon cet indicateur, Montréal correspond à une des croissances les plus faibles du nombre d'ETC entre 2023 et 2040. Malgré cela, la croissance du nombre d'ETC y est importante avec une augmentation de près des deux tiers. Nombre de régions voient leur nombre d'ETC plus que doubler dans les 17 prochaines années. Les croissances les plus fortes sont attendues en Estrie et dans Lanaudière avec +164 % et en Outaouais et dans les Laurentides avec +154 %.

De ces chiffres, nous pouvons tirer une appréciation globale du statu quo. Si le Québec ne modifie pas sa façon de fournir du soutien à l'autonomie, il verra ses coûts exploser, fera face à un carnet de construction de places en hébergement qui est difficilement réalisable et aura des besoins d'embauche historiques. Malgré cela, il continuera de fournir des services de soutien à domicile bien en deçà des besoins, avec un taux de réponse aux besoins en SAD de moins de 11 %. Cela fera

peser un poids énorme sur les proches afin d'aider les personnes en perte d'autonomie. Malgré ces durs constats, le scénario de statu quo est optimiste à certains égards, car le nombre de personnes en NSA est laissé fixe. Lorsque celui-ci n'est pas contraint, il augmente de 3 432 places de 2023 à 2040, entraînant des coûts annuels supplémentaires pour le gouvernement de 1,6 milliard de dollars.

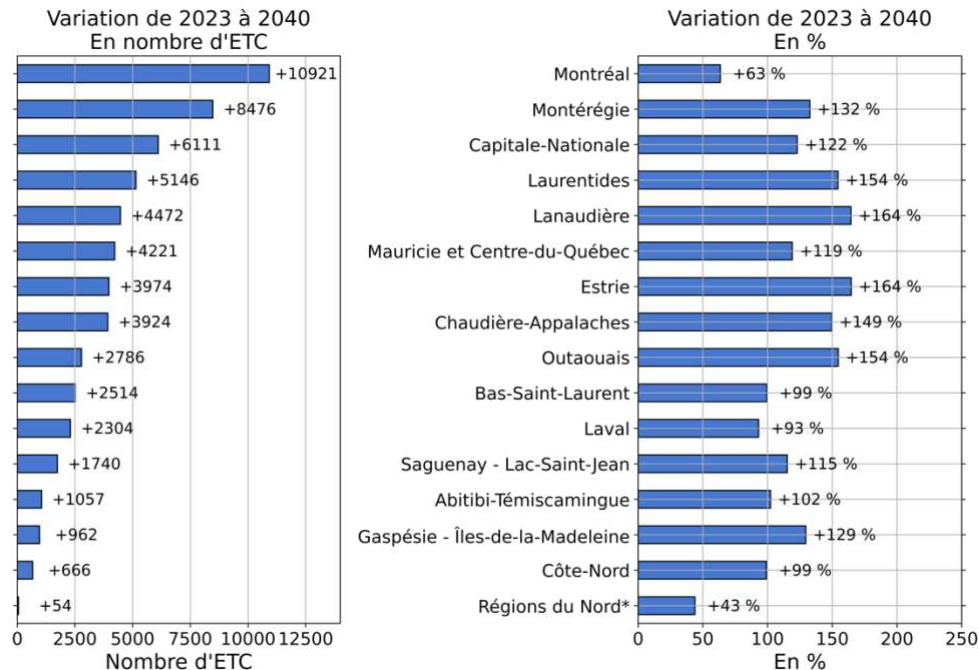


Figure 12. Variation du nombre d'infirmières et de travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et services de soutien (AVD) en équivalents temps complet dans le secteur public, par région entre 2023 et 2040

* Les régions sociosanitaires du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James sont regroupées sous le même intitulé « Régions du Nord ».

Les préférences des futurs utilisateurs

Une fois le constat établi que le statu quo n'est pas viable, il est essentiel de connaître vers où la population du Québec voudrait que le gouvernement se dirige. Or, il est clair qu'un déficit important de connaissances existe concernant les déterminants de la demande pour le soutien à l'autonomie. Cela a deux conséquences importantes pour envisager des changements au système actuel. D'abord, on ne connaît pas la réaction des utilisateurs s'il fallait modifier le taux de réponse aux besoins ou augmenter la charge financière supportée par les usagers. On ne sait pas s'ils choisiront de quitter un milieu de vie pour un autre. Ainsi, l'absence de données sur les préférences ne permet pas d'appréhender les mouvements des usagers à la suite de changements apportés au système de soutien à l'autonomie. Une autre conséquence, peut-être plus importante, est qu'on ne sait pas si le bien-être des utilisateurs augmenterait après un virage vers le domicile, alors même que le taux de réponse aux besoins y est inférieur aux taux observés en hébergement. La logique économique ne se résume pas seulement à une question de coût et d'efficacité : elle doit aussi tenir compte des préférences des utilisateurs et de leur bien-être. Une allocation optimale des ressources dépend des coûts, mais aussi des préférences.

En décembre 2022, nous avons construit de toutes pièces une enquête visant à mesurer ces préférences auprès de 3 002 personnes âgées de 55 à 69 ans résidant au Québec. Cette classe d'âge a été sélectionnée afin de connaître les préférences de personnes susceptibles de demander du

soutien à l'autonomie dans les années à venir. Nous avons opté pour une approche par préférences déclarées (*stated-preferences*). En utilisant cette approche, on présente à chaque répondant une série de choix de paniers de soutien à l'autonomie qui incluent des attributs tels que le milieu de vie, le fournisseur de service, le taux de réponse aux besoins dans les différents domaines (soins infirmiers, assistance aux AVQ et soutien aux AVD) ainsi que le coût de ces services. Les paniers de services sont manipulés de façon à induire une variation aléatoire qui permet de calculer la préférence relative des répondants pour chacun des attributs de ces paniers. On peut alors obtenir un « score » d'utilité rattaché à un panier en utilisant cette approche¹⁷. Chaque répondant a fait face à quatre situations de choix de paniers de services avec comme horizon un âge futur allant de 75 à 85 ans : chaque situation correspondait à une catégorie de profils Iso-SMAF, soit atteinte aux tâches domestiques (AVD), atteinte motrice, atteinte mentale, ou incapacités lourdes. Pour chaque catégorie, trois paniers de services étaient proposés dont les attributs variaient aléatoirement, et le répondant devait sélectionner un panier parmi les trois paniers proposés. Le rapport méthodologique présente dans le détail l'expérience qui a été menée, ainsi que le questionnaire complet de l'enquête dans l'annexe qui y est jointe.

Dans la suite de cette section, nous nous attardons sur la valeur que les répondants accordent aux attributs du panier de services en soutien à l'autonomie. Pour ce faire, nous avons calculé, à l'aide des estimations des préférences, la disposition à payer (mensuelle) des répondants pour chacun des attributs. L'utilité des répondants augmente avec certains attributs et diminue avec le coût pour l'usager. Ainsi, on peut traduire la valorisation des attributs en dollars en calculant un point d'indifférence. Afin d'illustrer ce concept de point d'indifférence, prenons l'exemple du milieu de vie. Si, à panier égal (sauf le coût), une personne est davantage disposée à rester à domicile, avec une utilité plus élevée, c'est donc que l'on pourrait augmenter le coût de ce panier de services jusqu'à ce qu'elle devienne indifférente entre rester à domicile et, par exemple, aller en hébergement. Cet écart de coût qui détermine le point d'indifférence est une mesure de la disposition à payer. Cette disposition est théorique. Elle nous aide à mesurer, à l'aide d'une échelle connue (des dollars), l'intensité des préférences pour un attribut donné. Plus la disposition à payer est élevée, plus le répondant valorise une augmentation de cet attribut. Si la disposition à payer est négative, le répondant cherche à être dédommagé pour une augmentation de l'attribut.

Le Tableau 2 rapporte les estimations pour chaque catégorie de profils Iso-SMAF. Un résultat important est que, à panier de services égal, les répondants préfèrent le domicile à l'hébergement lorsqu'ils n'ont pas d'incapacité lourde. Ainsi, à partir du profil Iso-SMAF 11, à panier de services égal, les répondants préfèrent résider en RI-RTF ou en CHSLD par rapport au domicile. De plus, la valeur négative de l'utilité pour les RPA (-1 664 dollars par mois) indique que les répondants préfèrent résider à domicile plutôt qu'en RPA. Cette valeur est négative, quelle que soit la catégorie de besoin. Une hypothèse possible pour ce résultat serait que l'expérience pandémique aurait eu des effets importants sur la perception des RPA.

Constat n°8 : Les Québécoises et Québécois montrent une forte préférence pour recevoir du SAD plutôt qu'être hébergés en RI-RTF ou CHSLD lorsque leurs besoins sont faibles ou modérés. En revanche, aucune préférence claire n'émerge pour le maintien à domicile lorsque les incapacités sont lourdes.

Par ailleurs, les répondants accordent une importance faible au fournisseur des services reçus. Alors que les dispositions à payer sont parfois négatives et parfois positives, elles sont généralement faibles et non statistiquement significatives, ce qui indique une relative indifférence entre le réseau

¹⁷ Le concept de bien-être ainsi mesuré est appelé utilité. L'utilité est ordinale. Elle permet de faire un classement des paniers de soutien à l'autonomie, mais la valeur de l'indice n'a pas d'interprétation en soi.

public, les organismes à but non lucratif et les entreprises privées. Ils sont donc probablement différents de zéro pour des raisons d'échantillonnage.

Tableau 2. Valeurs des utilités mensuelles (en dollars) de chacun des attributs et pour chaque catégorie de profils Iso-SMAF

	Atteinte AVD	Atteinte motrice	Atteinte mentale	Incapacité lourde
Milieu de vie (par rapport au domicile)				
RPA	-2 596***	-2 153***	-1 575***	-1 664***
RI-RTF	-	-2 297***	26,1	780,0
CHSLD	-	-2 913***	-1 532***	769,6
Fournisseur (par rapport au réseau public)				
Organisme à but non lucratif	67,7	-158,3	-58,1	-57,1
Entreprise privée à but lucratif	-236,1	78,0	-167,4	-134,7
Taux de service (pour un point de % supplémentaire)				
Soins infirmiers	18,6***	20,5***	16,3***	16,9***
AVQ	14,1***	23,9***	22,4***	8,2*
AVD	24,4***	29,7***	21,7***	14,8***
Temps d'attente (pour un mois)	-161,2***	-78,1**	-75,4***	-89,2***

Note : * Significativité à un seuil de 10 %, ** significativité à un seuil de 5 %, *** significativité à un seuil de 1 %. Les valeurs du tableau sont calculées à partir de l'enquête sur les préférences pour la prise en charge de la perte d'autonomie (3 002 Québécois âgés de 55 à 69 ans).

Lecture : À panier de services égal, parmi les répondants à l'enquête et en moyenne, il faudrait payer 1 664\$ par mois pour qu'une personne atteinte d'incapacité lourde soit indifférente entre vivre en RPA et vivre à domicile. En deçà de 1 664\$, la préférence des répondants alors atteints d'une incapacité lourde serait de résider à domicile. Autrement dit, à panier de services égal, une personne atteinte d'incapacité lourde serait en moyenne prête à payer jusqu'à 1 664\$ pour pouvoir vivre à domicile plutôt qu'en RPA.

Constat n°9 : Les Québécoises et Québécois accordent une importance faible au type de fournisseur de services. Le niveau de services, le coût de leurs services et le temps d'attente sont les facteurs les plus déterminants de leurs préférences.

Les résultats indiquent également que les répondants ont une préférence de 8 \$ à 30 \$ par mois pour chaque point de taux de service (taux de réponse aux besoins). Ainsi, les répondants ont en moyenne une disposition à payer de 80 \$ à 300 \$ par mois pour une hausse de 10 points de pourcentage du taux de réponse aux besoins. Étant donné le taux de service observé en SAD (près de 10 %), cela traduit donc une demande

potentielle importante pour une hausse de services. Finalement, les répondants n'aiment pas attendre. Ils sont prêts à payer de 75 \$ à 161 \$ de leur poche pour recevoir les services un mois plus rapidement. L'attente est donc coûteuse en termes de bien-être.

Ces résultats nous amènent à conclure, sur la base des préférences, qu'il y existe un potentiel pour induire un virage vers les soins à domicile, mais que ce virage ne saurait bénéficier au bien-être des usagers à tous les niveaux de besoins. Les personnes avec des incapacités lourdes ne souhaitent pas en général recevoir des soins à domicile. Les gains d'un virage à domicile en termes de bien-être sont plus élevés pour les besoins modérés. Les résultats sur les fournisseurs de services sont aussi très importants. À la marge, les répondants ne semblent pas avoir de préférences bien claires entre le réseau public, les organismes à but non lucratif ou les entreprises privées à but lucratif, pour autant qu'ils reçoivent un service. Finalement, notons l'appétit important pour une hausse du taux de réponse aux besoins, en particulier en SAD.

Les limites

Malgré un accès inédit à des données administratives et une modélisation avancée du soutien à l'autonomie, le modèle présente des limites.

Le soutien à domicile modélisé se concentre sur les soins de longue durée. Il exclut par conséquent les soins de courte durée par exemple qui font suite aux soins posthospitaliers et postopératoires. Il convient donc d'être prudent lorsque l'on compare les agrégats de soutien à domicile de ce rapport avec ceux présentés dans certaines données publiques. De plus, une grande partie des soins médicaux – tels que les interventions des médecins – et la plupart des dépenses de médicaments sont exclus du cadre d'analyse. Précisons également que les dépenses des services psychosociaux, d'inhalothérapie, de nutrition, d'ergothérapie et de physiothérapie sont incluses dans les coûts pour le gouvernement, même si les besoins pour ces services n'ont pas été modélisés.

Le nombre de personnes présentant des besoins ne tient pas compte des personnes n'ayant pas été évaluées, mais ayant possiblement des besoins. Il n'a pas été possible de capter ces personnes avec les données disponibles. Cela signifie que les besoins sont sous-estimés dans une certaine mesure. Davantage de détails sont disponibles sur ce sujet à la section 3 du rapport méthodologique.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu obtenir de données du chèque emploi-service (CES) et du crédit pour maintien à domicile des aînés (CMD) pouvant être liées aux bases de données administratives avec des informations au niveau de l'individu (ex. RSIPA et I-CLSC). Cela a empêché de mesurer avec précision les heures de services fournis et le taux de réponse aux besoins chez les individus bénéficiant du CES et du CMD, puisque nous ne possédons pas d'informations simultanées sur les besoins des individus (profil Iso-SMAF), les heures de services fournis par les CLSC, les services obtenus via le CES et les montants de prestation du CMD. Pour ces deux derniers programmes, nous avons principalement¹⁸ eu accès à des données agrégées.

Les interventions du secteur privé lucratif lorsqu'elles sont totalement indépendantes du secteur public ou de son financement sont exclues du cadre d'analyse faute de données disponibles. Par exemple, les heures d'intervention d'une entreprise d'entretien ménager ou d'une infirmière qui sont intégralement payées par l'utilisateur ne sont pas comptabilisées.

Ensuite, malgré son rôle important, l'aide informelle n'est pas incluse dans la présente étude, car elle ne fait pas partie du mandat confié par le CSBE à l'équipe de recherche. Soulignons aussi que les données actuellement disponibles sur l'aide informelle ne seraient pas exploitables dans le cadre de notre modèle, qui nécessite un niveau de granularité relativement précis, qui croise notamment les niveaux de besoins, le milieu de vie et la région de résidence. Le rôle des personnes proches aidantes et leur complémentarité avec le système formel de soutien restent de grandes inconnues. Nous ne possédons pas d'informations sur les personnes dont le soutien à l'autonomie repose uniquement sur des personnes proches aidantes, ou même sur le soutien fourni par des personnes proches aidantes parmi les personnes recevant du soutien via une autre composante du système (ex. CLSC, CES, PEFSAD). Les données sur le crédit d'impôt pour personne aidante pourraient être une première source d'information fort utile s'il était possible d'identifier la personne soutenue par la personne proche aidante et de lier ces informations avec les autres bases de données au niveau individuel du MSSS.

Enfin, il est important de souligner des améliorations utiles à apporter aux données disponibles sur les RPA et les RI-RTF. Pour les RPA, nous avons eu accès à des informations précises à propos des soins et services financés par les CLSC. En revanche, les services dispensés par les RPA, qui sont entièrement payés par l'utilisateur, ne sont répertoriés dans aucune base de données qui puisse

¹⁸ Pour le CES, nous avons eu accès à certaines données au niveau individuel grâce aux CIUSSS MCQ et au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

être liée avec les autres bases de données utilisées. Or, ces informations seraient utiles pour mesurer le taux de réponse global aux besoins des usagers des RPA. En RI-RTF, nous avons pu accéder à des informations très utiles sur le nombre de travailleurs dans ces établissements grâce à une enquête menée auprès des gestionnaires de ressources intermédiaires, réalisée par l'équipe de recherche en collaboration avec l'ARIHQ. Néanmoins, les soins d'assistance qui sont dispensés par les travailleurs au sein des RI-RTF sont donnés pour le compte du MSSS. Il serait donc utile que des informations plus précises et complètes sur le nombre d'employés et les services fournis soient mises à disposition par le MSSS. Enfin, le système de financement de ces ressources intermédiaires n'utilise pas les Profils Iso-SMAF, mais une autre grille d'autonomie fonctionnelle.

Conclusion

Les constats

Ce rapport vise à répondre au mandat confié à l'équipe de recherche par le Commissaire à la santé et au bien-être visant à modéliser la demande, l'offre et le financement des services de soutien à domicile au Québec. Le modèle qui en découle permet de brosser un portrait relativement complet du soutien à l'autonomie, qu'il soit dispensé à domicile ou en hébergement. Il quantifie les besoins des usagers selon l'âge, la région sociosanitaire et le milieu de vie, et il modélise l'offre de services de soutien fournis dans le cadre du système public. Ce modèle a été réalisé grâce à un accès à des données inédites. Néanmoins, il a souffert de plusieurs lacunes du système informationnel du soutien à l'autonomie.

Sur ces bases, les projections du modèle permettent de prédire les conséquences du maintien du système actuel de soutien à l'autonomie (statu quo) à l'horizon de l'année 2040. Les constats d'un tel scénario sont marquants. Le Québec connaîtra une augmentation massive des besoins en soutien à l'autonomie. Le nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie passera de 324 400 en 2023 à 547 900 en 2040, ce qui représente une augmentation de 70 %. Cela se traduit par une augmentation d'ampleur équivalente des besoins en heures de soins infirmiers et d'assistance aux AVQ et de soutien aux AVD. Le statu quo, qui laisse une large place à l'hébergement, se traduira par la nécessité de construire 2 500 places en moyenne par année en Maisons des aînés, ce qui reviendra à doubler la capacité d'hébergement en CHSLD/MDA d'ici 2040. De plus, 13 700 infirmières et 45 600 travailleurs en soins d'assistance (AVQ) et services de soutien (AVD) devront être recrutés d'ici 2040 pour le soutien à l'autonomie. Ces évolutions se traduiront par une croissance du coût du soutien à l'autonomie, de 7,6 milliards de dollars en 2023 à 16,5 milliards de dollars en 2040 (en dollars constants de 2023), soit une augmentation de 120 % sur la période de projection; et cela alors même que le taux de réponse aux besoins en SAD de longue durée restera bien en deçà des besoins, soit inférieur à 11 %. Ces dynamiques seront différentes d'une région à l'autre dépendamment de la croissance démographique aux âges élevés, de l'intensité des besoins, de la répartition des usagers par milieu de vie et du taux de réponse aux besoins en SAD de longue durée. Mais quoi qu'il en soit, la croissance des besoins de soutien à l'autonomie sera un enjeu pour chacune des 18 régions sociosanitaires du Québec.

Une enquête sur les préférences pour la prise en charge de la perte d'autonomie a permis de confirmer l'intérêt des personnes pour les soins à domicile par rapport aux soins reçus en hébergement. Elle montre aussi que cette préférence dépend du niveau de besoins. En effet, les individus préfèrent rester à domicile lorsque les besoins de soutien sont faibles ou modérés, mais ils n'ont pas de préférence claire lorsque les incapacités sont lourdes. Ils accordent également une importance faible au fournisseur de services. Ils sont en revanche très attentifs au niveau de services reçus, à la part des services financés par les pouvoirs publics et à l'attente pour recevoir des services.

Les résultats de ce rapport montrent que le maintien du statu quo mène à une impasse : les coûts augmenteraient fortement; il faudrait plus que doubler le nombre de places en hébergement et donc trouver les ressources financières et humaines pour le faire; et les travailleurs du secteur public seraient de plus en plus sous pression. Finalement, le taux de réponse aux besoins en soins à domicile de longue durée resterait faible et le bien-être des usagers serait au plus bas.

Les futures étapes

L’outil développé dans le cadre de ce projet permet de mesurer les effets de changements apportés au système actuel en termes de prise en charge, de coût pour le gouvernement et ultimement de bien-être pour les usagers, sur la base des préférences et grâce au modèle de simulation du soutien à l’autonomie. Il devient donc possible d’évaluer des alternatives au statu quo.

Nous croyons que ces scénarios pourraient viser un certain nombre d’objectifs. Nous en voyons cinq : 1) augmenter l’offre de services à domicile et le taux de réponse aux besoins en SAD de longue durée conformément aux préférences exprimées par les usagers futurs; 2) éliminer les incitatifs qui pourraient encourager l’hébergement au détriment du maintien à domicile; 3) s’assurer que les coûts de tout scénario alternatif ne dépassent pas ceux du statu quo, voire réduisent ces coûts par rapport au statu quo; 4) réduire la construction projetée de places en hébergement, étant donné les coûts et les contraintes connues dans l’industrie de la construction; 5) respecter les contraintes de ressources humaines et les difficultés d’attraction pour donner des services dans le secteur public.

Certains des objectifs peuvent sembler difficiles à concilier a priori. Une interrogation légitime est de savoir comment réduire les coûts pour le gouvernement du Québec tout en augmentant significativement le nombre de personnes qui reçoivent des soins à domicile et avec un taux bonifié de réponse aux besoins. Une première estimation, réalisée dans une précédente modélisation de Clavet et al. (2021b, 2022), a permis de montrer que les économies générées par la baisse du nombre de places à construire en CHSLD, ainsi qu’un ensemble de mesures complémentaires, permettraient d’effectuer un véritable virage vers les soins à domicile avec une importante bonification du taux de réponse aux besoins. Cette précédente modélisation présentait des limites que le nouveau modèle permet de lever grâce à une modélisation avancée du soutien à l’autonomie, un accès à des données inédites et une nouvelle enquête qui permet d’intégrer les préférences des usagers.

Dans le cadre de notre mandat, nous avons visé le développement d’un outil qui donnera aussi la possibilité aux autorités et à un public plus large de mesurer les effets de leurs propres scénarios. Ultimement, l’équipe de recherche a pour objectif de mettre le modèle à libre disposition de la communauté. Ce genre d’outil permet d’ancrer la discussion concernant les changements à apporter sur des faits et des hypothèses claires au sujet de l’évolution future des besoins et de l’offre de services.

Références bibliographiques

Clavet, N.-J., Décarie Y., Hébert R., Michaud P.-C. et J. Navaux (2021a). Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins, Cahier de recherche CREEi n°21-1.

Clavet, N.-J., Hébert R., Michaud P.-C. et J. Navaux (2021b). Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec, Cahier de recherche CREEi n°21-4.

Clavet, N.-J., Hébert R., Michaud P.-C. et J. Navaux (2022). The Future of Long-Term Care in Quebec: What Are the Cost Savings from a Realistic Shift toward More Home Care? *Canadian Public Policy*, 48(S2): 38-50.

Commissaire à la santé et au bien-être (2023). Bien vieillir chez soi. Tome 1 : comprendre l'écosystème. Mandat sur les soins et services de soutien à domicile, mars 2023.

Commissaire à la santé et au bien-être (2023). Bien vieillir chez soi. Tome 2 : chiffrer la performance. Mandat sur les soins et services de soutien à domicile, juin 2023.

Dubuc, N., Hébert R., Desrosiers J., Buteau M. et L. Trottier (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(2):191-206.

Institut de la statistique du Québec (2022). Les personnes proches aidantes au Québec en 2018. Diffusé le 9 février 2022. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/personnes-proches-aidantes-quebec-2018#donnees>

Vérificateur général du Québec (2022). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022, mai 2022.