

Horizon 2040 : des mesures concrètes pour un virage vers le soutien à domicile

Avril 2024

Nicholas-James Clavet

HEC Montréal

Réjean Hébert

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

Pierre-Carl Michaud

HEC Montréal et CIRANO

Julien Navaux

HEC Montréal

Michel Raïche

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

L'équipe de la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal exprime sa gratitude envers le Commissaire à la santé et au bien-être pour avoir rendu possible la continuation des travaux qui avaient conduit à la publication du rapport « Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec » en novembre 2023. Cette ouverture a permis à l'équipe d'initier et de réaliser ce nouveau rapport. 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, de HEC Montréal ou des partenaires de la Chaire.

Les partenaires de la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques

Banque CIBC
Banque Nationale
Beneva
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Fonds de solidarité FTQ
Groupe CGI inc.
Groupe financier Banque TD
Héroux-Devtek inc.
Ministère des Finances du Québec
Mouvement Desjardins
Québecor inc.
RBC Groupe Financier

© 2024 Nicholas-James Clavet, Réjean Hébert, Pierre-Carl Michaud, Julien Navaux, Michel Raïche. Tous droits réservés. All rights reserved. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada, 2024.
ISBN 978-2-9821971-1-4

Sommaire

Le rapport de recherche *Horizon 2040 : projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec* (Clavet et al. 2023a) publié en novembre 2023 par la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques a fait état des défis importants que pose le soutien à l'autonomie au Québec. Il montre qu'un scénario de statu quo, où les modes de fonctionnement actuels du système sont maintenus, n'est pas une option viable, tant pour répondre aux besoins de construction d'institutions d'hébergement, qu'en termes de main-d'œuvre, de coût et de satisfaction des usagers.

À l'aide du modèle de simulation développé dans le cadre de ces travaux, notre équipe de recherche a construit et projeté un scénario alternatif en matière de soutien à l'autonomie, afin de le comparer au statu quo jusqu'en 2040. Nous proposons cinq objectifs qui ont guidé nos simulations pour ce scénario: 1) Augmenter l'offre de services à domicile pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et aux préférences exprimées dans l'enquête menée par l'équipe de recherche; 2) Réduire les incitatifs financiers favorisant l'hébergement au détriment du maintien à domicile; 3) Ne pas dépasser les coûts projetés avec le scénario de statu quo; 4) Réduire le nombre de places à construire en ressources d'hébergement pour respecter les contraintes de main-d'œuvre et de coûts de construction; 5) Prendre en compte les difficultés d'attraction de la main-d'œuvre en santé et en services sociaux dans le secteur public.

Ce scénario regroupe les quatre mesures suivantes :

- a) Réserver l'admission en CHSLD aux personnes ayant des atteintes mentales prédominantes élevées ou des incapacités lourdes (profil Iso-SMAF de 10 et plus) et rationaliser les coûts de construction des maisons des aînés;
- b) Ajuster la contribution des adultes hébergés (ce que paie l'adulte en CHSLD et en ressources intermédiaires et de type familial) afin qu'elle couvre au minimum les dépenses d'hébergement, ce qui se traduit par une hausse de 30 %;
- c) Répartir les soins d'assistance et les services de soutien du secteur public additionnels, à partir de 2024, pour moitié aux organismes à but non lucratif et pour moitié au secteur privé à but lucratif (cela exclut les soins infirmiers);
- d) Augmenter le taux de réponse aux besoins de 30 points de pourcentage en soins à domicile pour les profils Iso-SMAF 4 à 14. Actuellement au Québec, et dans le scénario de statu quo, seulement 10 % des besoins des personnes à domicile sont couverts en moyenne.

Les résultats de la simulation (voir tableau 1 page suivante) montrent que ce scénario permet d'augmenter de manière importante le soutien à domicile tout en réduisant les pressions sur les ressources humaines et d'hébergement du secteur public, et ce, à un coût légèrement inférieur à celui projeté en 2040 dans le statu quo.

Dans ce scénario, la part des dépenses publiques de soutien à l'autonomie dédiée aux services à domicile passe de 28 % à 56 % avec une diminution concomitante des dépenses d'hébergement. Les besoins en places d'hébergement sont réduits du tiers, ce qui épargne la construction de plus de 25 000 places d'ici 2040. Cependant, la mise en œuvre d'un tel scénario nécessite un changement de cap et des gestes importants doivent être posés

rapidement, notamment par l'ajout annuel et cumulatif de 400 millions de dollars dans les services à domicile.

Tableau 1. Résumé des résultats du scénario de statu quo, du scénario alternatif et différence entre les deux scénarios

	Scénario	Nombre de places en CHSLD	Main-d'œuvre (En équivalents temps complet)		Coûts pour le gouvernement (En millions de dollars constants)		
			Public	EÉSAD	Total	Institution	Domicile
2023	Statu quo	37 977	53 456	4 263	7 253	4 483	2 770
2030	Statu quo	50 925	69 015	4 598	10 788	7 381	3 407
	Alternatif	41 249	60 448	20 224	10 774	4 854	5 920
	Différence	-9 676	8 567	15 626	-14	-2 527	2 513
2040	Statu quo	75 734	101 711	5 625	16 198	11 703	4 495
	Alternatif	50 604	80 490	31 898	15 665	6 964	8 701
	Différence	-25 130	-21 221	26 273	- 533	-4 738	4 205

Source : Modèle SimSAD et calculs des auteurs.

Note : Le coût en hébergement correspond à la somme des coûts pour le gouvernement en CHSLD, en ressources intermédiaires et de type familial et en centre hospitalier (niveau de soins alternatifs). Le coût à domicile intègre les coûts pour le gouvernement des soins dispensés à domicile et en résidences privées pour aînés (RPA). EÉSAD : entreprises d'économie sociale en soins à domicile.

1 Introduction

La trajectoire démographique du Québec est connue depuis longtemps. Durant les prochaines années, le vieillissement démographique s'accéléra chez les 75 ans et plus et l'accroissement de la population sera d'autant plus marqué que la catégorie d'âge est élevée. La population de 75 ans et plus passera de 829 000 personnes en 2023 à 1,48 million de personnes en 2040, ce qui représente une augmentation de 79 %. Parmi cette population, l'accroissement sera de 102 % pour la population âgée de 80 à 89 ans et il sera de 133 % pour la population âgée de 90 ans et plus.

On sait aussi que la prévalence de la perte d'autonomie augmente avec l'âge. L'effet combiné du vieillissement démographique et de cette prévalence sur la demande de services a été mesuré dans un récent rapport (Clavet et al. 2023a). Le nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie est de 324 400 en 2023 et il devrait atteindre 547 900 en 2040, ce qui représente une croissance de 69 %. Cette croissance s'explique par la population en perte d'autonomie de 75 ans et plus qui augmentera de 100 % sur la période de projection, tandis qu'elle baissera légèrement pour les 0 à 64 ans (-1 %) et les 65 à 74 ans (-3 %).

Tandis que les besoins vont aller en grandissant, le Québec est doté d'un écosystème complexe de soutien à l'autonomie, composé d'une multitude de programmes et de milieux de vie, tel que cela a été montré par le Commissaire à la santé et au bien-être dans le 4^{ème} tome de son rapport « Bien vieillir chez soi » (2024). Il fournit un niveau de service faible à un coût élevé, qui s'explique par une primauté accordée aux soins et services dispensés en ressources d'hébergement, alors que le soutien à domicile est déficient. Le constat est maintenant bien établi. Tant le Commissaire à la santé et au bien-être (2023, 2024), que le rapport que nous avons publié (Clavet et al. 2023a), soulignent un taux de réponse aux besoins d'à peine 10 % pour les soins et services à domicile. En parallèle, le coût de l'hébergement est élevé. En date d'avril 2023, le coût moyen de construction des nouvelles maisons des aînés était estimé à 795 000\$ par place (Clavet et al. 2023b). De plus, dans un scénario de statu quo il faudrait doubler le nombre de places en CHSLD d'ici 2040 (Clavet et al. 2023a). Il y a de toute évidence un coût d'opportunité important à favoriser l'hébergement au détriment du domicile.

Les personnes bientôt retraitées ou récemment retraitées préfèrent de loin demeurer à domicile plutôt que d'opter pour des résidences pour aînés ou des ressources d'hébergement. Une enquête auprès de 3000 personnes âgées de 55 à 69 ans réalisée par notre équipe montre que le domicile est largement privilégié dans le cas d'une perte d'autonomie légère à modérée. De plus, même dans le cas d'une perte d'autonomie importante, les répondants sont relativement indifférents quant au maintien à domicile ou à l'admission en institution d'hébergement (Clavet et al. 2023a), à condition que les services soient accessibles.

Dans son rapport 2021-2022, la Vérificatrice générale du Québec recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux « [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 » (Vérificatrice générale du Québec, 2022). Le présent article propose des pistes d'adaptation du système de soins de longue durée afin

d'effectuer un virage significatif vers les soins et services à domicile. Les impacts de ces pistes sont chiffrés en coûts, en besoin de personnel et de construction, mais aussi en termes d'impacts sur le niveau de service ainsi que le bien-être des usagers.

Des objectifs clairs sont nécessaires pour identifier les orientations à privilégier. Nous proposons cinq objectifs qui guideront nos simulations dans un scénario alternatif de prestation de services: 1) Augmenter l'offre de services à domicile pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et aux préférences exprimées dans l'enquête menée par l'équipe de recherche; 2) Réduire les incitatifs financiers favorisant l'hébergement au détriment du maintien à domicile; 3) Ne pas dépasser les coûts projetés avec le scénario de statu quo, tels que calculés par Clavet et al. (2023a); 4) Réduire le nombre de places à construire en ressources d'hébergement pour respecter les contraintes de main-d'œuvre et de coûts de construction; 5) Prendre en compte les difficultés d'attraction de la main-d'œuvre en santé et en services sociaux dans le secteur public.

De ces 5 objectifs découlent plusieurs pistes d'actions. Nous les détaillerons dans la suite du texte. Afin de quantifier les effets de ces mesures, nous utilisons le simulateur du soutien à domicile du Québec SimSAD. Plusieurs des pistes de solutions que nous proposons sont déjà connues. La valeur de l'exercice est de tracer une voie de passage vers un véritable virage vers les soins à domicile et d'en chiffrer les conséquences sur la réponse aux besoins, la main-d'œuvre et les coûts.

La section suivante présente brièvement le modèle de simulation SimSAD ainsi que les hypothèses de base du modèle. La section 3 porte sur les bases de données qui constituent les intrants du modèle. Ensuite, la section 4 présente brièvement le scénario de statu quo et détaille le contenu du scénario alternatif. La section 5 évalue les effets du scénario alternatif par rapport au scénario de statu quo et la section 6 conclut.

2 Le modèle

Le modèle SimSAD¹ est un modèle de projection des soins de longue durée. Il inclut une modélisation des besoins des personnes en soutien à l'autonomie (services requis), des soins et services offerts et du financement par le secteur public et par les usagers. Il modélise les soins requis et fournis selon l'âge, la région, l'état de santé, le niveau de besoin en soins et services de longue durée et le milieu de vie. La modélisation permet de réaliser des projections à long-terme et d'ainsi évaluer les conséquences du vieillissement de la population sur la demande, l'offre et le financement du soutien à l'autonomie.

Le modèle est appliqué au cas particulier du Québec, dont le système de soins de longue durée a la caractéristique d'utiliser une échelle d'évaluation clinique des besoins, soit le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert et al., 2001). Un système complémentaire de gestion permet de classer les besoins en groupes homogènes et d'associer un nombre d'heures requises d'interventions à chaque niveau de besoins. La classification des profils Iso-SMAF, proposée par Dubuc et al. (2006), ordonne les besoins de manière croissante selon 14 profils. A chaque profil est associé un nombre d'heures de

¹ L'outil de simulation SimSAD est à la libre disposition de la communauté sur un site dédié (<https://cjp.hec.ca/simsad/>). Il donne la possibilité aux autorités et aux chercheurs de mesurer les effets de leurs propres scénarios.

besoins pour les soins infirmiers, les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne² et les services de soutien aux tâches domestiques³. Les profils sont regroupés en quatre catégories qui distinguent les niveaux d'atteintes fonctionnelles des individus : les atteintes aux tâches domestiques seulement (profils 1 à 3), les atteintes motrices prédominantes (profils 4, 6 et 9), les atteintes mentales prédominantes (profils 5, 7, 8 et 10) et les incapacités mixtes et lourdes (profils 11 à 14).

Cinq milieux de vie sont modélisés, dont deux correspondent à des domiciles privés et trois des milieux de vie institutionnalisés. Les domiciles privés correspondent aux domiciles habituels (maison, appartement etc.) et aux résidences privées pour aînés (RPA). Les milieux de vie institutionnalisés incluent les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Ces dernières se distinguent des CHSLD par leur taille et l'intensité des services offerts. Elles accueillent en général entre 15 et 30 résidants, tandis que les CHSLD accueillent environ 100 résidants en moyenne. Les RI-RTF offrent des services de soutien aux tâches domestiques et des soins d'assistance aux AVQ, alors que les soins infirmiers sont fournis par l'établissement public de rattachement. Elles occupent donc une position médiane entre les milieux de vie privés et les CHSLD, tout en dispensant des soins et services adaptés aux usagers. Le dernier milieu de vie est le centre hospitalier. Il ne correspond pas à un milieu de vie à proprement parler, mais il accueille un nombre important de personnes ayant des besoins de soutien à l'autonomie et qui sont en attente d'une place⁴ dans un milieu de vie adapté pour recevoir des soins (que ce soit à domicile ou en institution). Ces places qu'on désigne sous l'acronyme NSA (niveau de soins alternatifs) occupaient environ 6 % des lits hospitaliers⁵ en 2019-2020.

Le modèle SimSAD permet de projeter les besoins en ressources humaines et financières pour le soutien à l'autonomie sur un horizon de près de 20 ans. Il inclut les besoins et les soins fournis par l'écosystème soutenu par le système public en soins infirmiers, en soins d'assistance et en services de soutien en termes de nombre d'heures⁶. Le rapport entre le nombre d'heures de soins fournies et les besoins en nombre d'heures requises permet de calculer un taux de réponse aux besoins, qui indique la proportion des besoins qui sont effectivement couverts. Il comprend également les besoins en ressources humaines, qui correspondent au nombre de travailleurs requis en équivalent temps complet en soins infirmiers, en soins d'assistance et en services de soutien pour assurer les services fournis

² Les AVQ intègrent les activités suivantes : se nourrir, se laver, entretenir sa personne (se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.), s'habiller, contrôler ses intestins et sa vessie (continence).

³ Les AVD, également nommées tâches domestiques, intègrent les activités suivantes : préparer les repas, effectuer les travaux ménagers et la lessive, faire l'épicerie, faire des appels téléphoniques, gérer son budget, prendre ses médicaments, utiliser les transports.

⁴ Correspond aux personnes avec un niveau de soins alternatifs (NSA) selon la terminologie utilisée dans le système de soins au Québec.

⁵ Les lits hospitaliers correspondent à la somme des lits déclarés par établissement dans le fichier AS-471, qui excluent les unités de soins intensifs, les unités de soins aux enfants et les unités de soins aux grands brûlés. Il est possible que la proportion de lits hospitaliers qui sont occupés par des personnes avec un niveau de soins alternatifs (NSA) soit plus élevée que 6 %, étant donné que le nombre total de lits hospitaliers pris en compte pour ce calcul pourrait potentiellement intégrer des lits dits « fermés ».

⁶ Les autres types de soins et services, tels que les services en ergothérapie, physiothérapie, nutrition, inhalothérapie et services psychosociaux n'ont pas de nombre d'heures associées, mais ils sont inclus dans les coûts selon une valeur fixe annuelle par usager.

par le réseau public. La projection des ressources financières correspond enfin au coût des services fournis par l'écosystème soutenu par le public et la contribution à payer par les usagers, lorsqu'ils sont hébergés⁷.

Le modèle permet également de mesurer l'utilité que les usagers perçoivent des soins de longue durée qui leur seraient fournis. À partir d'une enquête sur les préférences des usagers pour les soins de longue durée et en se basant sur la méthode des préférences déclarées, il est possible d'estimer un modèle qui mesure le bien-être que les usagers retireraient de la consommation de soins et de services selon l'âge, le niveau de besoin, le milieu de vie, le type de fournisseur⁸ et le temps d'attente pour recevoir les soins et services. De plus, ce niveau de bien-être peut être exprimé en valeur monétaire (voir la section sur les données).

Enfin, le modèle SimSAD permet d'établir des scénarios de projection des soins de longue durée selon différentes hypothèses comme les conditions d'admissibilités en termes de niveau d'incapacité dans un milieu de vie, la quantité de soins fournis dans celui-ci, le taux de contribution des usagers pour les soins reçus, les parts de marché des fournisseurs de soins et services, le coût horaire de ces services, le coût de construction d'une place en hébergement et plus encore. Il est ensuite possible d'évaluer l'effet des variations de ces hypothèses sur les besoins en ressources financières et humaines pour subvenir aux besoins de soins de longue durée des usagers, et sur le bien-être de ceux-ci.

Hypothèses de base

Malgré les variations dans plusieurs hypothèses selon les scénarios, il est nécessaire de maintenir constantes certaines hypothèses pour tous les scénarios. Une première hypothèse commune à tous les scénarios est que les montants en dollars sont projetés en valeur constante de 2023, c'est-à-dire que les montants monétaires font référence au pouvoir d'achat observé pour un dollar en 2023. En outre, étant donné les importantes incertitudes liées à l'évolution future des rémunérations, il est considéré que les salaires horaires restent stables en dollar constant. Il faut considérer cette hypothèse comme une précaution afin d'éviter une surestimation des coûts futurs du soutien à l'autonomie. Nous verrons plus loin que cette hypothèse conservatrice aboutit à des résultats suffisamment convaincants. Ensuite, lorsqu'une place en CHSLD est construite, son coût est amorti sur 25 ans à un taux d'intérêt réel de 3 %. De plus, le coût de construction d'une place croît de 1 % par année (en dollar constant) durant toute la durée de projection, ce qui correspond à la croissance historique des coûts dans le secteur de la construction⁹. Par ailleurs, le nombre de places en résidences privées pour aînés est plafonné au nombre de places observé l'année d'initialisation du modèle, soit en 2019-2020. Cette contrainte s'explique par des résultats issus de l'enquête sur les préférences qui ont montré que les futurs usagers ne

⁷ Les coûts pour le secteur public correspondent à la partie publique des coûts de fonctionnement pour fournir les soins et services et également aux coûts de construction des CHSLD, ces derniers étant intégralement à la charge du gouvernement au Québec. Les coûts pour le secteur privé correspondent à la contribution des usagers pour recevoir des soins et des services.

⁸ Les différents types de fournisseurs sont des organismes du secteur privé à but lucratif, des organismes à but non lucratif ou du secteur public

⁹ La croissance des coûts de construction en dollars constants est égale à 1 % entre le 1^{er} trimestre de 1992 et le 1^{er} trimestre de 2019 dans les régions métropolitaines de Montréal et de Québec (calculs des auteurs à partir des données de Statistique Canada 2022).

favorisent pas ce milieu de vie, ce qui devrait limiter son développement (voir Clavet et al. 2023a).

Par ailleurs, l'offre de services s'ajuste progressivement aux nouveaux besoins. 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 sont comblés à long terme. Il faut compter 5 années pour combler l'intégralité des nouveaux besoins de construction de places en CHSLD d'une année donnée¹⁰ et quatre années pour combler les besoins de main-d'œuvre en soins à domicile.

Pour terminer, la plupart des données utilisées pour les distributions par âge qui servent à calculer les paramètres du modèle datent d'avant la pandémie de COVID-19, soit avant avril 2020. Le modèle est donc projeté à partir de l'année 2020, mais un ensemble de valeurs sont calibrées sur les montants agrégés de 2023, qui correspond à la première année de résultats du modèle.

3 Les données

Le modèle de simulation des soins de longue durée du Québec mobilise un ensemble unique de bases de données. Les données pour la projection démographique sont issues de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) qui fournit des projections de population annuelles par âge et par région jusqu'en 2041. Le modèle se base également sur la mise en commun d'une douzaine de bases de données administratives du Québec, parmi lesquelles plusieurs sont dotées d'un identifiant individuel unique anonymisé et randomisé qui permet de les lier pour chaque individu¹¹. Une grande partie de ces bases de données incluent l'intégralité des résidents du Québec concernés. Les profils Iso-SMAF de toutes les personnes évaluées sont disponibles pour les années 2015-2016 à 2019-2020, de même que l'ensemble des services de soins infirmiers, de soins d'assistance et de services de soutien qui sont fournis par le secteur public aux personnes résidant en CHSLD, en RI-RTF et à domicile (incluant les résidences privées pour aînés). La mise en commun de l'ensemble des bases de données permet de créer une base de données unique qui rassemble les informations sur les besoins de soins et services (requis) mesurés par le profil Iso-SMAF et les services effectivement reçus selon l'âge, la région, le milieu de vie, l'état de santé.¹²

Afin de compléter les données administratives au sujet des préférences des usagers sur les soins de longue durée, une enquête a été menée auprès d'un échantillon de 3 002 personnes âgées de 55 à 69 ans résidant au Québec. Une pondération statistique a permis d'assurer une représentativité de l'échantillon pour l'âge, le sexe et des régions

¹⁰ Par exemple, si le besoin en nouvelles places en CHSLD est de 2 500 places en 2023, 500 nouvelles places seront construites par année de 2024 à 2028 (20 % du besoin par année) en lien avec le besoin de 2023. Néanmoins, si un besoin supplémentaire de 2 500 places émerge en 2024, 500 places supplémentaires seront construites de 2025 à 2029, et un total de 1 000 nouvelles places seront construites en 2025. Ainsi, la construction de nouvelles places peut s'ajouter au cours des années, bien qu'après 5 ans l'ensemble des nouvelles places prévues en 2023 auront été construites.

¹¹ Voir le rapport méthodologique du modèle SimSAD de Clavet et al. (2023b) qui inclut la liste complète des bases de données mobilisées.

¹² Mesuré par le groupe de profil de santé (GPS), qui correspond à une méthode de regroupement des individus selon leurs profils cliniques et démographiques initiée par l'Institut canadien d'information sur la santé.

sociosanitaires. En utilisant une approche sur les préférences déclarées (*stated-preferences*), quatre mises en situation hypothétiques sont présentées aux répondants. Pour chacune de celles-ci, un niveau d'incapacité (profil Iso-SMAF) différent est attribué au répondant, et les besoins exacts en termes de prise en charge, tels que le nombre d'heures hebdomadaires de soins infirmiers, de soins d'assistance et de services de soutien, lui sont précisés. Le répondant doit ensuite choisir entre trois paniers de services qui se distinguent selon le milieu de vie, le type de fournisseur de services, le taux de réponse aux besoins dans les différents types de soins, et le coût de ces services. Les paniers de services sont déterminés de façon à induire une variation aléatoire qui permet de calculer les préférences relatives des répondants pour chacun des attributs des paniers. On peut alors estimer un « score » d'utilité rattaché à un panier en utilisant cette approche¹³. Clavet et al. (2023b) présentent dans le détail l'expérience qui a été menée, ainsi que le questionnaire complet de l'enquête dans l'annexe jointe. Cette enquête permet ainsi d'estimer dans le modèle les effets de différents scénarios sur l'utilité des usagers (la méthode d'estimation de l'utilité est présentée dans Clavet et al. 2023a), et d'orienter les objectifs du scénario alternatif modélisé.

4 Les scénarios

Définition du statu quo et objectifs du scénario alternatif

Deux scénarios sont modélisés. Le premier scénario correspond à la projection du statu quo. Dans ce scénario, les modes de fonctionnement actuels sont maintenus. Dans chaque région¹⁴ et à chaque âge, la proportion de la population selon les niveaux de besoins, les milieux de vie, les services fournis par usagers, sont maintenus constants dans le futur. Dans ce scénario, les comportements des usagers restent également inchangés dans le temps. Cela signifie que les modes de financement et d'organisation restent inchangés et que le taux de réponse aux besoins observé en SAD est conservé (soit 10 % des besoins qui sont couverts par des services financés par le secteur public). Les projections sont donc essentiellement influencées par l'évolution future du nombre de personnes par âge dans chaque région.

Ce scénario est comparé à un scénario alternatif. Ce scénario repose sur les 5 objectifs mentionnés en introduction : 1) Augmenter l'offre de services à domicile pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et aux préférences exprimées par les répondants de l'enquête sur les préférences sur les soins de longue durée; 2) Éliminer les incitatifs financiers qui pourraient encourager l'hébergement au détriment du maintien à domicile; 3) S'assurer que les coûts de ce scénario 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 contraintes de main-d'œuvre dans le secteur de la construction et la croissance des coûts observée durant les dernière années¹⁵; 5) Prendre en

¹³ Le concept de bien-être ainsi mesuré est appelé utilité. L'utilité, qui est dite ordinaire, 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.

¹⁴ Le modèle inclut 18 régions qui correspondent au découpage territorial de gestion des services de santé et des services sociaux au Québec.

¹⁵ La croissance des coûts de construction s'est accrue au cours de la dernière décennie. Dans les régions métropolitaines de Montréal et de Québec, les coûts de construction des bâtiments institutionnels ont cru

compte les difficultés d'attraction de la main-d'œuvre en santé et en services sociaux dans le secteur public¹⁶.

Les résultats de l'enquête sur les préférences des soins de longue durée confirment d'ailleurs la pertinence de ces objectifs. Un premier résultat majeur de l'enquête est que les répondants montrent une forte préférence pour recevoir des soins à domicile plutôt qu'en RPA ou en institution, lorsque leurs besoins sont faibles ou modérés. En revanche, lorsque les incapacités sont lourdes (profils Iso-SMAF 11 et plus), les répondants ne démontrent pas de préférences significativement plus élevées à recevoir des soins à domicile plutôt que de vivre en CHSLD et d'y recevoir des soins. Ensuite, près de la totalité des répondants (97 %) affirment qu'ils sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord, lorsqu'on leur demande directement s'ils pensent que le gouvernement devrait accroître significativement l'offre de services de soutien à domicile. Ces résultats se vérifient également avec les paramètres des préférences estimés par Clavet et al. (2023a), qui démontrent que les usagers retirent une valeur importante d'une augmentation du taux de réponse aux besoins en soins à domicile. Le dernier résultat porte sur les préférences des répondants quant aux types de fournisseurs de services, qu'ils soient issus du secteur public, des organismes à but non lucratif ou du secteur privé à but lucratif. Tant les mesures de préférences que les questions directement posées aux usagers démontrent que les répondants sont indifférents entre les trois catégories de fournisseurs. Le niveau de service et le coût pour l'utilisateur sont des facteurs bien plus déterminants de leurs préférences.

Mesures du scénario alternatif

À partir des cinq objectifs, plusieurs mesures sont modélisées dans le scénario alternatif. Tout d'abord, l'admission en CHSLD est réservée aux personnes ayant des atteintes mentales prédominantes élevées ou des incapacités lourdes, correspondant aux profils 10 et plus. Cela revient à respecter les mesures d'efficacité déjà adoptées par le gouvernement, mais qui ne sont pas pleinement appliquées. De plus, le gouvernement du Québec s'est fixé l'objectif de construire toutes les nouvelles places en CHSLD selon un nouveau concept d'hébergement appelé Maisons des aînés (MDA) qui vise à rehausser la qualité des infrastructures en regroupant notamment les chambres par îlot de 12 chambres et en y incluant un salon et une salle à manger pour chaque îlot. Dans le scénario de statu quo, la construction de nouvelles places en CHSLD selon le concept des MDA a essentiellement pour effet d'augmenter les coûts de construction. Alors que les coûts antérieurs aux MDA étaient de 460 000 \$ par place, le coût de construction estimé d'une place en MDA est de 795 000 \$¹⁷. Le scénario de statu quo retient ce coût moyen de 795 000 \$ étant donné que ce scénario vise à prolonger les mesures en place en 2023. En revanche, le scénario alternatif prend en compte une rationalisation des coûts de construction des MDA. Il est attendu que les nouvelles MDA construites seraient liées à un contrat de performance qui

annuellement de 0,9 % de 2013 à 2016, de 3,4 % de 2016 à 2019 et de 10,1 % de 2019 à 2022 (Statistique Canada, 2022). Cette croissance est incluse dans nos valeurs initiales de coût de construction. Malgré tout, il est peu probable qu'une croissance aussi forte que celle observée de 2019 à 2022 se maintienne sur le long-terme. Par prudence nous gardons une hypothèse de croissance réelle annuelle des coûts de construction de 1 % (3 % en nominal).

¹⁶ Au Québec, le taux de postes vacants en soins de santé et assistance sociale mesuré au 1^{er} trimestre est passé de 3,3 % en 2019 à 3,9 % en 2020, 4,8 % en 2021, 6,4 % en 2022 et 7,1 % en 2023 (Statistique Canada 2023).

¹⁷ Voir le détail des calculs dans Clavet et al. (2023b), page 37.

aurait pour conséquence de rapprocher les coûts de construction de ceux observés avant les estimations de coûts publiées en 2023. Nous considérons donc l'hypothèse d'un coût de construction de 460 000 \$ durant la première année du modèle¹⁸ pour le scénario alternatif. La combinaison de la mesure visant à réserver les places des CHSLD aux personnes avec des besoins élevés et de la mesure visant à rationaliser les coûts de constructions des MDA est appelée « CHSLD/MDA : places réservées aux besoins élevés & coûts de construction rationalisés » dans la suite de l'article.

Ensuite, le niveau de contribution moyen des usagers en institution est actuellement en deçà du niveau qui couvre les coûts dits d'hébergement des usagers, soit les dépenses de logement, de nourriture, de pharmacie, de loisirs et de déplacement des usagers. En CHSLD, le taux de contribution moyen des usagers correspond à 19,5 % du coût total en CHSLD, alors même que l'ensemble des coûts d'hébergement représentent en moyenne 25 % des coûts totaux¹⁹. Il est donc proposé d'augmenter de 30 % la contribution moyenne des usagers en CHSLD, afin que les contributions des usagers couvrent en moyenne les dépenses d'hébergement. Cette mesure est également généralisée aux RI-RTF dont le taux de contribution moyen des usagers est actuellement de seulement 17,5 % (mesure appelée « Contribution des usagers ajustée » dans les tableaux 2, 3 et 4). Avec cette mesure, le taux de contribution moyen des usagers des RI-RTF passerait donc à 22,8 %. Il convient de souligner qu'au Québec la contribution des usagers dépend de leur revenu. Il n'a pas été possible de prendre en compte cet aspect dans la présente version de SimSAD par manque de données disponibles. Les résultats doivent donc être interprétés en tant que moyennes. Il serait possible de prendre en compte cet aspect dans une version ultérieure du modèle, s'il devenait possible de lier les données des usagers avec les données fiscales.

Une partie importante des soins d'assistance et des services de soutien en SAD est dispensée par le secteur public au Québec. Or dans certains pays, ces services sont dispensés par des organismes à but non lucratif ou par le secteur privé à but lucratif. C'est par exemple le cas en Allemagne, où le secteur privé à but lucratif représente environ les deux tiers des services de soins et d'accompagnement ambulatoires, tandis que les fournisseurs de services à but non lucratif représentent près d'un tiers de ces services. Le secteur public occupe un rôle négligeable dans la fourniture de ces services (Statistisches Bundesamt, 2022). Un autre enjeu par rapport aux soins d'assistance et aux services de soutien dispensés par le secteur public est que les interventions pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les interventions pour les activités de la vie domestique (AVD) sont réalisées par des intervenants différents. Cette situation est particulière au Québec. Elle mène à des inefficacités, notamment en termes de coûts de déplacements, qui ont été dénoncées à de multiples reprises²⁰. La troisième mesure proposée revient à répartir les soins d'assistance et les services de soutien préalablement effectués par des intervenants du secteur public pour moitié à des intervenants d'organismes à but non lucratif (OBNL) et pour l'autre moitié à des intervenants du secteur privé à but lucratif (mesure appelée « AVQ et AVD : virage vers OBNL et privé » dans les tableaux 2, 3 et 4). Aucune mise à

¹⁸ Ces coûts croient ensuite selon les mêmes règles que le scénario de statu quo, tel que définis dans la note n°15 à la page 6.

¹⁹ Proportions calculées à partir des rapports financiers annuels des établissements du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année 2019-2020.

²⁰ Voir par exemple l'article de Fanny Lévesque publié le 5 septembre 2023 dans le quotidien La Presse.

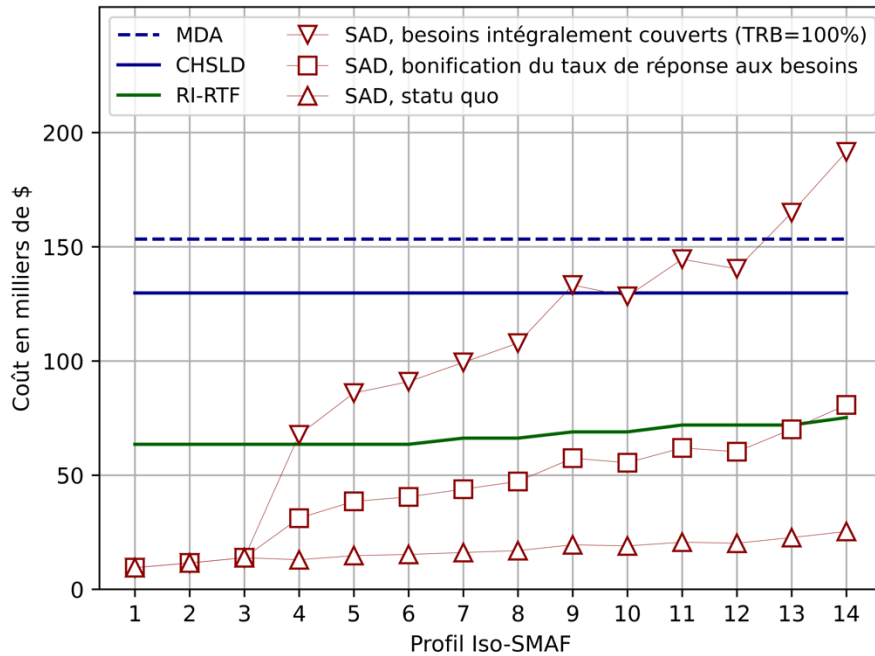
piéd dans le secteur public ne serait effectuée, car la croissance des besoins en main-d'œuvre dans les RI-RTF et les CHSLD est suffisamment élevée pour permettre une réaffectation des employés précédemment dédiés au soutien à domicile pour les AVQ et les AVD. Le financement reste intégralement public, mais les interventions pour les AVQ et pour les AVD sont réalisées lors d'une même intervention, réduisant ainsi le temps de déplacement et les coûts associés. Les coûts d'une heure d'intervention fournie par le secteur privé à but lucratif ou les organismes à but non lucratif sont ainsi inférieurs d'environ 65 % à ceux du secteur public. Dans le scénario alternatif, cette différence est ramenée à 35 %, afin de tenir compte des augmentations salariales qui pourraient être nécessaires pour attirer des travailleurs supplémentaires dans ces secteurs.

La quatrième et dernière mesure revient à augmenter de 30 points de pourcentage le taux de réponse aux besoins des individus à domicile avec un profil Iso-SMAF supérieur ou égal à 4²¹. Comme nous l'avons évoqué précédemment, seulement 10 % des besoins des personnes à domicile sont couverts en moyenne par le gouvernement dans le statu quo. Toutefois, il est à noter que le taux de réponse aux besoins varie selon le profil Iso-SMAF. Ce dernier est inférieur ou égal à 10 % pour les profils 1 à 6, mais il augmente progressivement pour atteindre 26 %²² chez les personnes avec un profil 14. La figure 1, qui présente le coût par usager selon le milieu de vie et le profil Iso-SMAF, montre que les dépenses du gouvernement pour les usagers en soutien à domicile (ligne rouge pleine) sont drastiquement plus faibles que celles d'usager en hébergement (RI-RTF, CHSLD ou en MDA avant rationalisation des coûts). Avec un tel financement du soutien à domicile, seules les personnes avec une très forte préférence pour rester à domicile ou avec des moyens financiers considérables vont accepter de rester à domicile plutôt que de recevoir des soins et services en hébergement. Avec la bonification de 30 points de pourcentage du taux de réponse aux besoins préconisée par la dernière mesure, le financement du soutien à domicile augmente significativement pour les profils 4 et plus. Cette bonification représente une multiplication par 2,4 du coût annuel en soutien à domicile d'une personne avec un profil 4. Ce multiplicateur augmente progressivement avec le profil Iso-SMAF pour atteindre une valeur des 3,2 chez les personnes en soutien à domicile avec un profil 14 (ligne rouge pointillée). Cette bonification a ainsi pour effet de rendre le maintien à domicile plus viable pour les personnes avec des incapacités modérées à élevées, et de réduire, de la même occasion, la demande pour des places en hébergement.

²¹ La bonification concerne les personnes qui reçoivent déjà du soutien à domicile dans le scénario de statu quo. Parmi les personnes à domicile avec un profil Iso-SMAF supérieur ou égal à 4, environ 70 % reçoivent du soutien à domicile. Un scénario qui sera étudié dans de futures recherches reviendra à bonifier également les personnes avec un profil Iso-SMAF qui vivent à domicile, mais qui ne reçoivent aucun soutien à domicile dans le scénario de statu quo.

²² Le taux de réponse aux besoins des personnes à domicile inclut autant les personnes recevant du soutien à domicile que les personnes n'en recevant pas.

Figure 1. Coût annuel par personne (en milliers de dollars) en 2023 selon le profil Iso-SMAF et le milieu de vie



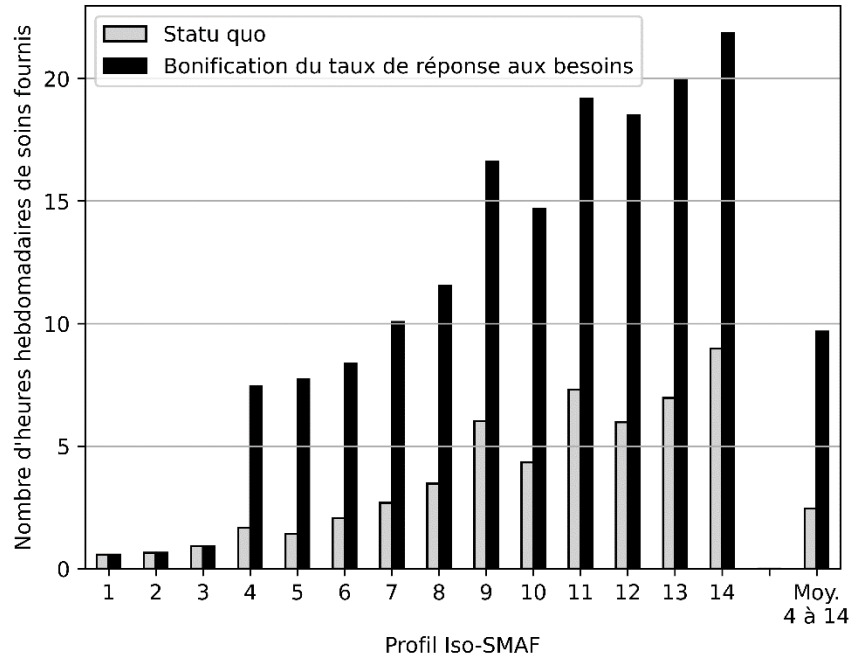
Source : calcul des auteurs à partir des paramètres du modèle SimSAD

Notes : TRB = Taux de réponse aux besoins. Le coût prend en compte la partie financée par le gouvernement du Québec et la contribution des usagers en CHSLD, en MDA et en RI-RTF. Les coûts pour les CHSLD et les MDA incluent également les coûts d'intérêt et d'amortissement liés à la construction d'une nouvelle place.

Pour compléter notre illustration, la figure 2 présente l'effet de la bonification du taux de réponse aux besoins sur les heures moyennes de soutien à domicile (soins infirmiers, de soins d'assistance aux AVQ et de soutien aux AVD) selon le profil Iso-SMAF et le scénario. Dans le statu quo, les heures moyennes de soins par semaine varient de 1h25 à 9h00 du profil 5 à 14. À la suite de la bonification du taux de réponse, ces heures varient désormais de 7h25 à 21h30 par semaine²³. Dans le statu quo, le nombre moyen d'heures de soins est égal à 2h25 heures par semaine pour les profils 4 à 14. La bonification du taux de réponse aux besoins fait passer cette moyenne à 9h40 heures par semaine, ce qui représente un quadruplement du nombre d'heures entre le statu quo et le scénario de bonification du taux de réponse aux besoins.

²³ La croissance en pourcentage des heures de soins varient selon le profil Iso-SMAF, puisque le taux de réponse aux besoins varie selon le profil Iso-SMAF dans le statu quo et que la bonification des heures de soins représente 30 % des besoins pour tous les profils.

Figure 2. Nombre moyen d'heures de soins (infirmiers, assistance aux AVQ et de soutien aux AVD) à domicile par semaine selon le profil Iso-SMAF et le scénario



Source : calcul des auteurs à partir des paramètres du modèle SimSAD

Note : Pour chaque profil Iso-SMAF, le nombre moyen d'heures correspond à la somme du nombre d'heures de services fournis divisé par le nombre de personnes avec un profil Iso-SMAF donné. Cela signifie que le dénominateur inclut l'ensemble des personnes évaluées, qu'elles reçoivent ou non du soutien à domicile.

Avec cette bonification, malgré une augmentation significative du coût des usagers en soutien à domicile, certaines économies peuvent être réalisées par le gouvernement lorsqu'une personne décide de troquer une place en hébergement pour le soutien à domicile. Cette marge est essentielle pour obtenir un scénario à coût nul ou inférieur par rapport au statu quo. Un taux de réponse aux besoins de 100 % rendrait le coût d'un usager en soutien à domicile supérieur au coût d'une place en RI-RTF dès le profil Iso-SMAF 4. Le coût d'une place en CHSLD serait dépassé à partir du profil Iso-SMAF 9 et à partir du profil Iso-SMAF 13 pour une place en MDA avant rationalisation des coûts. Une autre manière de comparer les coûts annuels entre milieux de vie est de calculer le taux de réponse aux besoins en soutien à domicile tel que le coût annuel d'un usager du soutien à domicile est égal à celui d'une place en CHSLD ou en MDA (non-rationalisée). Un usager du soutien à domicile ayant un profil iso-SMAF de 14 et recevant un taux de réponse de 67 % représente un coût identique à un usager du même profil résidant en CHSLD. Le taux de réponse aux besoins qui égalise les coûts est de 78% pour le profil Iso-SMAF 13, de 93% pour le profil Iso-SMAF 12, de 90% pour le profil Iso-SMAF 11 et de 100 % pour le profil Iso-SMAF 10. Lorsque l'on compare le soutien à domicile avec les MDA, ce taux est de 80 % pour le profil Iso-SMAF 14, de 93 % profil Iso-SMAF 13 et de 100 % pour les profils Iso-SMAF inférieurs.

Par ailleurs, le soutien à domicile est bonifié uniquement pour les incapacités modérées à lourdes (profils Iso-SMAF de 4 et plus), car les personnes ayant des profils 1 à 3 n'ont a priori pas de difficultés marquées à la mobilité ou aux fonctions cognitives (comme les

profils 4 et plus) les limitant pour se déplacer et obtenir des services. L'idée est de concentrer la bonification des services sur les personnes ayant des besoins à domicile significatifs. Nous considérons également que le crédit d'impôt pour maintien à domicile est en mesure de soutenir suffisamment les personnes avec des incapacités légères avec un taux de crédit d'impôt de 40 % des dépenses liées au soutien à domicile d'ici 2026. De plus, nous bonifions le taux de réponse du soutien à domicile seulement pour les personnes hors résidence pour aînés, puisque les personnes résidant dans ce lieu reçoivent déjà des montants significatifs de crédit de maintien à domicile pour aînés. Nous souhaitons ainsi diminuer l'écart de prise en charge entre les personnes en logement privé et celles en résidence pour aînés, plutôt que de le maintenir. En effet, 84,1 % du montant total versé en 2020 pour ce crédit d'impôt a été versé à des personnes vivant en résidence pour aînés²⁴.

Les 4 mesures du scénario alternatif en résumé

1. Réserver l'admission en CHSLD aux personnes ayant des atteintes mentales prédominantes élevées ou des incapacités lourdes, correspondant aux profils 10 et plus & rationaliser les coûts de construction des Maisons des aînés (passer de 795 000\$ à 460 000\$ par place en 2023);
2. Augmenter de 30 % la contribution moyenne des usagers en RI-RTF et en CHSLD;
3. Répartir les soins d'assistance et les services de soutien présentement effectués par des intervenants du secteur public pour moitié à des intervenants d'organismes à but non lucratif (OBNL) et pour l'autre moitié à des intervenants du secteur privé à but lucratif;
4. Quadrupler le taux de réponse aux besoins en soutien à domicile pour les personnes ayant des profils Iso-SMAF 4 à 14.

5 Résultats

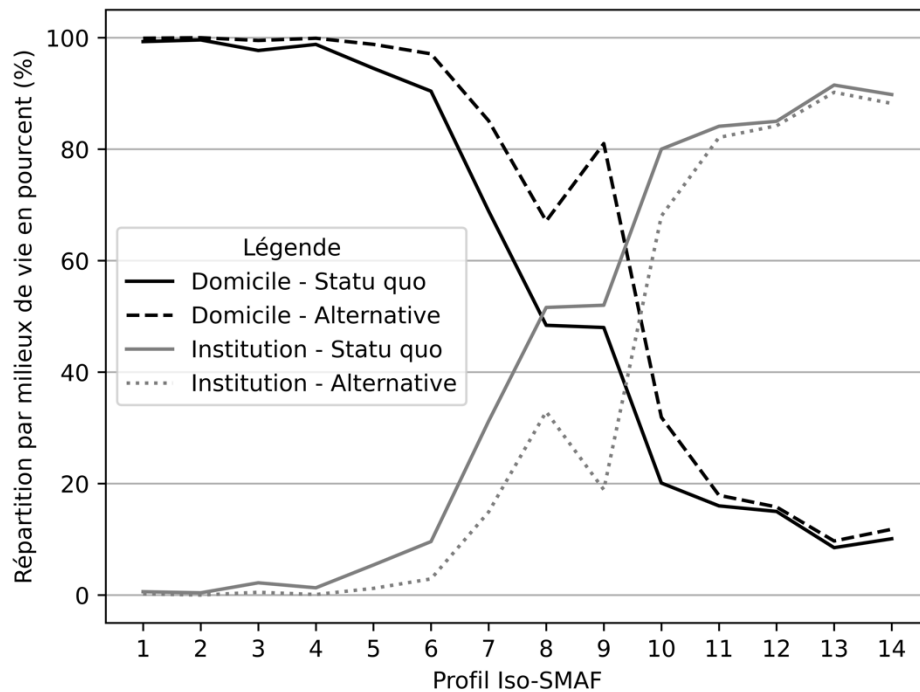
5.1 Répartition des usagers entre milieux de vie

La figure 3 présente la répartition des usagers du soutien à l'autonomie selon le scénario et deux catégories de milieux de vie : le domicile, comprenant les résidences privées pour aînés, et les milieux de vies institutionnels, incluant les CHSLD, les RI-RTF et les personnes en centres hospitaliers²⁵. Plusieurs similarités caractérisent les deux scénarios. La proportion d'usagers résidant à domicile est proche de 100 % pour les profils Iso-SMAF les plus faibles. Il est ici question des personnes avec des atteintes aux tâches domestiques (profils Iso-SMAF 1 à 3). La proportion d'usagers résidant à domicile diminue tendanciellement pour les profil Iso-SMAF supérieurs. À partir du profil 11 la proportion d'usagers en institution atteint les niveaux les plus élevés. Ces derniers correspondent aux personnes avec des incapacités lourdes.

²⁴ Idéalement, nous aurions bonifié le taux de réponse aux besoins en soutien à domicile pour les personnes en résidence pour aînés et diminué le montant qu'elles reçoivent en CMD. Néanmoins, une telle opération n'a pu être effectuée, car les données disponibles ne permettent pas de lier les montants reçus en CMD et les services fournis en résidence pour aînés au niveau individuel.

²⁵ À noter que la proportion de personnes en centres hospitaliers est faible. Dans le scénario de statu quo, la proportion maximale en fonction des profils Iso-SMAF est observée pour le profil 10, avec 2,1% des usagers de ce profil qui sont en centres hospitaliers.

Figure 3. Répartition de la population recevant du soutien à l'autonomie entre le domicile et les milieux de vie institutionnels par profil Iso-SMAF selon le scénario, Québec, 2040.



Source : Modèle SimSAD et calcul des auteurs.

Note : les domiciles incluent les résidences privées pour aînés et les milieux de vie institutionnels correspondent aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), aux ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et aux personnes en centres hospitaliers avec un niveau de soins alternatifs (NSA).

Le déplacement d'usagers des institutions vers le domicile entre le scénario de statu quo et le scénario alternatif concerne essentiellement les personnes avec des atteintes motrices prédominantes (profils Iso-SMAF 4, 6 et 9) ou des atteintes mentales prédominantes (profils Iso-SMAF 5, 7, 8 et 10). En moyenne, la proportion d'usagers résidant à domicile passe de 72,0 % à 84,5 % pour les profils Iso-SMAF 4 à 10. Cette variation représente une augmentation de 12,5 points de pourcentage, tandis que la proportion d'usagers qui résident en institution diminue d'une même ampleur.

5.2 Effet du scénario alternatif sur les ressources

Les tableaux 2 à 5 présentent des résultats en termes de ressources et ils intègrent des résultats pour trois années : 2023, 2030 et 2040. Chaque tableau intègre des résultats pour le scénario de statu quo, le scénario alternatif, ainsi que la variation entre le statu quo et l'alternative. Chaque tableau décompose également les effets de chacune des 4 mesures proposées dans le scénario alternatif. Les effets sont analysés de manière cumulative, c'est-à-dire que chacune des 4 mesures est ajoutée l'une à l'autre en commençant par la mesure « MDA : coûts de construction rationalisés & places réservées aux besoins élevés », à laquelle s'ajoute ensuite la 2^e mesure « Contribution des usagers ajustée », puis à la 3^e mesure « AVQ et AVD : virage non lucratif et privé et bonification salariale » et enfin à la

4^e mesure « d'augmentation du taux de réponse au besoin », qui permet d'obtenir la somme des effets pour l'ensemble des mesures du scénario alternatif.

Le tableau 2 porte sur l'évolution de la main-d'œuvre du secteur public en équivalent temps complet (ETC) et le tableau 3 sur celle de la main-d'œuvre des EÉSAD. Le statu quo se caractérise par une augmentation importante de la main-d'œuvre du secteur public de 2023 à 2040. Le nombre de travailleurs en équivalent temps complet passe de 53 456 en 2023 à 101 711 en 2040 (+48 255), ce qui représente une augmentation de 90 % sur la période de projection. La main-d'œuvre des EÉSAD, qui est dédiée aux services de soutien aux AVD directement achetés par les usagers des soins de longue durée via le PEFSAD, et aux services achetés en AVD et en AVQ par les CLSC, augmente plus faiblement que le secteur public, mais connaît malgré tout une croissance substantielle dans le scénario de statu quo. Le nombre de travailleurs en équivalent temps complet considérés en EÉSAD passe de 4 263 en 2023 à 5 625 en 2040 (+1 362), ce qui représente une augmentation de 32 % sur la période de projection.

En se concentrant sur les résultats pour l'année 2040, il est possible d'analyser l'effet de chacune des 4 mesures de manière cumulative pour atteindre le scénario alternatif global qui prend en compte l'ensemble des mesures. La 1^{ère} mesure du tableau qui consiste à réserver les places en CHSLD aux personnes ayant des atteintes mentales prédominantes élevées et des incapacités lourdes, ainsi qu'à rationaliser les coûts de construction en MDA, a pour conséquence de diminuer le nombre d'ETC de 16,5 % en passant de 101 711 dans le statu quo à 84 942 dans le scénario alternatif. Cette baisse s'explique par l'orientation des usagers non-admissibles en CHSLD vers le soutien à domicile et le fait que le soutien à domicile est moins intensif en main-d'œuvre que les CHSLD ou les RI-RTF, et cela malgré le temps de déplacement supplémentaire en SAD. En effet, le taux de réponse aux besoins y est beaucoup plus faible (environ 10 % en SAD contre 70 % en RI-RTF et 100 % en CHSLD) et seulement une partie de ces services sont assurés par le personnel du réseau public (les autres services sont assurés par les EÉSAD via le PEFSAD et par le privé via le Chèque emploi services). Pour sa part, une légère augmentation de la main-d'œuvre en EÉSAD est observée (+170 ETC ou +3,0 %) avec le déplacement des usagers n'étant plus admissibles en CHSLD vers le soutien à domicile.

L'augmentation de la contribution des usagers en CHSLD et RI-RTF a une conséquence relativement circonscrite sur la main-d'œuvre en 2040, avec une diminution de 2,1 % (- 1 764 ETC) dans le secteur public et une augmentation de 0,3 % (+17 ETC) pour les EÉSAD. Le virage visant à répartir les activités de soins d'assistance (AVQ) et les services de soutien (AVD) pour moitié dans le secteur privé à but lucratif pour moitié dans les organismes à but non lucratif revient à diminuer la main-d'œuvre du secteur public de 14,9 % (-12 387 ETC) et à augmenter de 60,6 % (+3 525 ETC) celle des EÉSAD. Enfin, en ajoutant la bonification des taux de réponse aux besoins aux mesures précédentes on obtient le scénario alternatif avec l'ensemble de mesures. La bonification a pour conséquence d'accroître de 13,7 % (+9 699 ETC) la main-d'œuvre dans le secteur public, passant de 70 791 à 80 490 ETC en 2040. Cette augmentation provient de la croissance des effectifs en soins infirmiers. La bonification a également pour effet d'accroître de 242 % (+22 561 ETC) la main-d'œuvre des EÉSAD, passant de 9 337 à 31 898 ETC en 2040.

Pour finir à propos de la main-d'œuvre, nous pouvons comparer l'ensemble des mesures du scénario alternatif avec le statu quo pour plusieurs années. Le scénario alternatif a pour

conséquence de réduire la main-d'œuvre du secteur public par rapport au scénario de statu quo en 2030 et en 2040. La différence est de -12,4 % (-8 567 ETC) en 2030 et de -20,9 % (-21 221 ETC) en 2040. L'effet inverse est observé pour la main-d'œuvre des EÉSAD, avec une augmentation de 339,8 % (15 626 ETC) en 2030 et de 467,1 % (26 273 ETC) en 2040.

Tableau 2. Évolution de la main-d'œuvre du secteur public (en équivalent temps complet) de 2023 à 2040 selon le scénario et les mesures considérées

	2023	2030	2040
Statu quo	53 456	69 015	101 711
+ CHSLD/MDA : places réservées aux besoins élevés & coûts de construction rationalisés	53 456	62 523	84 942
+ Contribution des usagers ajustée	53 456	61 811	83 178
+ AVQ et AVD : virage vers OBNL et privé	53 456	53 891	70 791
+ Augmentation du taux de réponse au besoin (Ensemble des mesures du scénario alternatif)	53 456	60 448	80 490
Variation par rapport au statu quo	0	-8 567	-21 221
	-	-12,4 %	-20,9 %

Source : Modèle SimSAD et calcul des auteurs.

Note : Les chiffres de la main-d'œuvre du secteur public correspondent aux travailleurs qui dispensent des soins infirmiers, les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne et les services de soutien aux activités de la vie domestique en équivalent temps complet.

Tableau 3. Évolution de la main-d'œuvre des EÉSAD (en équivalent temps complet) dédiée aux services de soutien aux AVD directement achetés par les usagers des soins de longue durée via le PEFSAD, et aux services achetés en AVD et en AVQ par les CLSC de 2023 à 2040 selon le scénario et les mesures considérées

	2023	2030	2040
Statu quo	4 263	4 598	5 625
+ CHSLD/MDA : places réservées aux besoins élevés & coûts de construction rationalisés	4 263	4 681	5 795
+ Contribution des usagers ajustée	4 263	4 689	5 812
+ AVQ et AVD : virage vers OBNL et privé	4 263	6 992	9 337
+ Augmentation du taux de réponse au besoin (Ensemble des mesures du scénario alternatif)	4 263	20 224	31 898
Variation par rapport au statu quo	0	15 626	26 273
	-	+339,8 %	467,1 %

Source : Modèle SimSAD et calcul des auteurs.

Note : Les chiffres de la main-d'œuvre des EÉSAD correspondent aux travailleurs qui dispensent les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne et les services de soutien aux activités de la vie domestique en équivalent temps complet.

Le tableau 4 porte sur l'évolution du nombre de places en CHSLD. Le tableau montre l'effet prédominant de la première mesure sur la baisse du nombre de places entre le scénario de statu quo et le scénario alternatif complet. En 2040, la 1^{ère} mesure, consistant à réserver les CHSLD aux personnes en ayant un profil Iso-SMAF de 10 et plus, et à l'abandon des MDA, a pour conséquence de diminuer le nombre de places à construire de 2023 à 2040 de 66,6 %, soit exactement des deux-tiers. Il passe de 37 757 dans le statu quo à 12 627 avec cette mesure, ce qui représente une baisse égale à 25 130 places. Cet effet est d'autant plus prégnant lorsqu'on compare le nombre de places à construire au nombre de places en CHSLD en 2023. Le nombre de places à construire dans le statu quo est de 37 757 places de 2023 à 2040, ce qui représente un doublement du nombre de places (37 977 en 2023). La 1^{ère} mesure a pour conséquence de faire passer le ratio à une croissance de 38,5 % du nombre de places en CHSLD. Ensuite, la mesure consistant à ajuster la contribution des usagers en RI-RTF et en CHSLD ne diminue que faiblement le nombre de places en CHSLD à construire de 2023 à 2040. Ce chiffre diminue de 518 places, ce qui représente une différence de -3,5 %. Cela signifie que la hausse du coût à la charge des usagers n'a qu'un effet négligeable sur leur choix de résider en CHSLD, plutôt que dans un autre milieu de vie. La troisième mesure de virage vers le privé et le non lucratif pour les AVQ et les AVD n'a pas d'effet sur le nombre de places en CHSLD. En revanche, le fait de bonifier le taux de réponse aux besoins en SAD diminue le nombre de places en CHSLD à construire d'ici 2040 de 1 471 places. Certains usagers choisissent de recevoir du SAD plutôt que des soins en CHSLD grâce à la bonification des heures de services. L'effet sur le choix des usagers peut sembler limité, mais il est important de rappeler que la première mesure du scénario alternatif a eu pour objectif d'exclure des CHSLD toutes les personnes avec des profils Iso-SMAF de 9 et moins. Or ce sont ces personnes qui seraient les plus susceptibles de modifier leur choix à la suite d'une bonification du soutien à domicile.

Tableau 4. Nombre de places en CHSLD en 2023 et évolution du nombre de places en CHSLD à construire pour les périodes allant de 2023 à 2030 et de 2023 à 2040 selon le scénario et les mesures considérées

	2023	Nombre de places en CHSLD à construire	
		2023-2030	2023-2040
Statu quo	37 977	12 948	37 757
+ CHSLD/MDA : places réservées aux besoins élevés & coûts de construction rationalisés	37 977	4 015	14 616
+ Contribution des usagers ajustée	37 977	3 816	14 098
+ AVQ et AVD : virage vers OBNL et privé	37 977	3 816	14 098
+ Augmentation du taux de réponse au besoin (Ensemble des mesures du scénario alternatif)	37 977	3 272	12 627
Variation par rapport au statu quo	0	-9 676	-25 130
	-	-74,7%	-66,6%

Source : Modèle SimSAD et calcul des auteurs.

Enfin, l'ensemble des mesures du scénario alternatif a des effets importants sur le nombre de places en CHSLD à construire. Tout comme l'indicateur de la main-d'œuvre, l'effet sur le nombre de places en CHSLD à construire augmente au fil du temps. Le nombre de places en CHSLD à construire dans le scénario alternatif diminue par rapport au statu quo de 74,7 % pour la période de 2023 à 2030 et de 66,6 % pour la période de 2023 à 2040. Les économies générées par cette baisse sur le nombre de places à construire sont substantielles. Avec un coût moyen de construction pour une place en MDA de 795 000 \$ comparativement à un coût de 460 000 \$ pour une place en CHSLD selon le modèle antérieur²⁶, les coûts cumulés de constructions de 2023 à 2040 sont de 33,1 milliards de dollars dans le statu quo et de 6,4 milliards de dollars avec l'ensemble des mesures du scénario alternatif. Les coûts de construction dans le scénario alternatif baisseraient donc de 81 % par rapport au statu quo, ce qui représente 26,7 milliards de dollars d'économies en investissement. Un tel montant réduit de manière significative les coûts d'intérêts, et il crée une marge de manœuvre pouvant être utilisée pour bonifier les services de soutien à domicile et diminuer la pression sur l'hébergement.

Le tableau 5 s'intéresse à l'effet des mesures proposées sur le coût pour le gouvernement du Québec en millions de dollars constants de 2023. L'analyse de la dernière année de projection en 2040 permet de mettre à jour les mesures avec les effets les plus importants à terme sur les coûts. Les trois premières mesures permettent de générer d'importantes économies pour le gouvernement du Québec. De 16 198 millions de dollars dans le scénario de statu quo, le fait de réserver les places en CHSLD aux personnes qui en ont le plus besoin et de rationaliser les coûts de construction en MDA diminue les coûts de 20,6 %, avec un montant total de 12 865 millions de dollars. Lorsque l'on ajoute à cette mesure la hausse de la contribution des usagers, les coûts diminuent encore de 4,9 % et ils atteignent 12 235 millions de dollars. Lorsqu'ajoutée aux deux mesures précédentes, la troisième mesure visant à confier les soins d'assistance et de soutien au secteur privé lucratif et aux organismes à but non lucratif diminue les coûts de 0,7 %. Avec ces trois mesures cumulées, on atteint un coût total pour le gouvernement du Québec de 12 152 millions de dollars en 2040.

L'ensemble des baisses de coûts, représentant -25,0 % par rapport au statu quo, permettent de générer une marge de manœuvre importante. Les 4 046 millions de dollars économisés (16 198-12 152) permettent de bonifier significativement le taux de réponse aux besoins, sans pour autant générer des coûts additionnels par rapport au statu quo. En 2040, cette mesure a pour effet d'augmenter de 3 513 millions de dollars les coûts pour le gouvernement du Québec (15 665 - 12 152), ce qui est inférieur aux 4 046 millions de dollars d'économies générées par les trois premières mesures. Le bilan de l'ensemble des mesures donne une économie de 533 millions de dollars en 2040 par rapport au statu quo, ce qui représente une baisse de 3,3 % des coûts pour le gouvernement du Québec.

²⁶ Rappelons que ce coût est valable seulement pour 2023, car ce dernier croît de 1 % par année et que la construction est financée par emprunt à un taux d'intérêt réel de 3 % amorti sur 25 ans.

Tableau 5. Évolution des coûts pour le gouvernement du Québec (en millions de dollars) de 2023 à 2040 selon le scénario et les mesures considérées

	2023	2030	2040
Statu quo	7 253	10 788	16 198
+ CHSLD/MDA : places réservées aux besoins élevés & coûts de construction rationalisés	7 253	9 072	12 865
+ Contribution des usagers ajustée	7 253	8 651	12 235
+ AVQ et AVD : virage vers OBNL et privé	7 253	8 652	12 152
+ Augmentation du taux de réponse au besoin (Ensemble des mesures du scénario alternatif)	7 253	10 774	15 665
Variation par rapport au statu quo	0	-14	-533
	-	-0,1%	-3,3%

Source : Modèle SimSAD et calcul des auteurs.

5.3 Effet du scénario alternatif sur le bien-être des usagers

Une approche comptable des coûts ne suffit pas à elle seule à déterminer si un scénario est préférable à un autre. Pour arriver à cette fin, il est nécessaire de mesurer également les bienfaits d'un scénario et cela peut être fait via une mesure de bien-être des usagers. En utilisant l'enquête sur les préférences des usagers et en estimant un modèle de préférences (Clavet et al. 2023b), il est possible d'obtenir une approximation de l'utilité en valeur monétaire et de comparer l'utilité mesurée dans le scénario alternatif et le scénario de statu quo. Le tableau 6 présente, pour l'année 2040, les gains nets ou les pertes nettes des mesures additionnelles en termes d'utilité moyenne par catégorie de profil Iso-SMAF. La première colonne compare l'effet de la 1^{ère} mesure (CHSLD/MDA : places réservées aux besoins élevés & coûts de construction rationalisés) par rapport au statu quo, la seconde colonne compare l'effet de la 2^e mesure par rapport à la 1^{ère} mesure, et ainsi de suite. La dernière colonne compare l'ensemble des mesures cumulées du scénario alternatif par rapport au statu quo. Elle correspond à la somme de toutes les colonnes. Cela permet donc de mesurer l'effet de l'ajout de chaque mesure avec l'ensemble de l'effet du scénario alternatif complet présenté dans la dernière colonne.

Le tableau montre que les mesures jouent un rôle négligeable pour les personnes avec des atteintes aux tâches domestiques (atteintes AVD). En revanche, les personnes avec des atteintes motrices prédominantes tirent un gain important de la 4^e mesure bonifiant le taux de réponse aux besoins en SAD. Leur utilité mensuelle augmente en moyenne de 1 489 \$ grâce à cette mesure, tandis que les autres mesures ont un effet négligeable sur leur niveau de bien-être.

Cette mesure joue également un rôle important pour les personnes avec des atteintes mentales prédominantes. Le gain d'utilité généré par cette mesure est de 796 \$ par mois en moyenne. La 1^{ère} mesure visant notamment à réserver les CHSLD aux personnes en ayant le plus besoin a un effet négatif notable sur le niveau de bien-être des personnes ayant des atteintes mentales prédominantes. Cette mesure diminue l'utilité moyenne de 164 \$ par mois par rapport au statu quo. Cette diminution s'explique par le fait que des personnes avec des profils Iso-SMAF 5, 7 et 8 occupent des places en CHSLD dans le scénario de

statu quo, mais que ce n'est plus le cas avec cette mesure. Alors qu'elles recevraient un taux de réponse aux besoins de près de 100 % en CHSLD, elles ne reçoivent qu'un taux de réponse d'environ 10 % à domicile. L'utilité moyenne apportée par l'ensemble des mesures par rapport au statu quo entraîne, malgré tout, un gain d'utilité d'une valeur de 531 \$ par mois chez les personnes avec des atteintes mentales prédominantes. Les effets négatifs de la 1^{ère} mesure (-164 \$) et de la 2^e mesure (-107 \$) sont donc largement compensés par la bonification du taux de réponse aux besoins en SAD (+796 \$).

L'analyse de l'effet des mesures pour les personnes avec des incapacités lourdes apporte plusieurs enseignements. La bonification du taux de réponse aux besoins joue un rôle négligeable sur le niveau d'utilité. La figure 3 montre en effet qu'une minorité d'utilisateurs reçoivent des soins à domicile avec de tels niveaux de besoins. L'effet de la 1^{ère} mesure est négatif et très faible. Ces personnes ne sont pas touchées par le fait que d'autres utilisateurs avec des besoins plus faibles n'ont plus accès aux CHSLD. La hausse de la contribution des utilisateurs en RI-RTF et en CHSLD est la mesure ayant le plus d'effet. Elle diminue l'utilité moyenne mensuelle de 327 \$. Cette baisse s'explique par un prix payé par les utilisateurs qui augmente, ce qui diminue leur bien-être. Toutefois, lorsqu'on compare l'ampleur de cet effet négatif à l'ampleur de l'effet positif de la bonification du taux de réponse aux besoins en SAD pour les personnes avec des atteintes motrices prédominantes (+1 489 \$) et pour les personnes avec des atteintes mentales prédominantes (+796 \$), on s'aperçoit que l'effet de la hausse de la contribution des utilisateurs est relativement restreint.

Finalement, la 3^e mesure visant à répartir les activités de soins d'assistance et les services de soutien pour moitié dans le secteur privé à but lucratif pour moitié dans les organismes à but non lucratif a un effet négligeable sur le bien-être des utilisateurs. Cela révèle le fait que les utilisateurs se préoccupent de la quantité de services reçus et du prix qu'ils payent, mais que la nature du fournisseur de soins a que peu d'effet sur leurs bien-être.

Tableau 6. Effet, en 2040, sur l'utilité moyenne des utilisateurs en dollars mensuels des mesures du scénario alternatif (colonne 1 à 4) et de l'ensemble de celles-ci (colonne 5) selon la catégorie de profils Iso-SMAF.

Catégories de Profils Iso-SMAF	Effets (en \$, par mois), 2040					Ensemble des mesures			
	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	Mesure 4					
Atteintes AVD (Iso-SMAF 1 à 3)	-17	+	0	+	4	+	-6	=	-19
Atteintes motrices (Iso-SMAF 4,6,9)	-71	+	-8	+	-4	+	1 489	=	1 406
Atteintes mentales (Iso-SMAF 5,7,8,10)	-164	+	-107	+	6	+	796	=	531
Incapacités lourdes (Iso-SMAF 11+)	51	+	-327	+	0	+	94	=	-182

Note : Mesure 1 = CHSLD/MDA : places réservées aux besoins élevés & coûts de construction rationalisés; Mesure 2 = Contribution des utilisateurs ajustée; Mesure 3 = AVQ et AVD : virage non lucratif et privé; Mesure 4 = Bonification des taux de réponse aux besoins.

Source : Modèle SimSAD et calcul des auteurs.

6 Discussion

Le rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être du Québec en novembre 2023 a permis de quantifier les effets du vieillissement de la population sur les dépenses de soins de longue durée au Québec (Clavet et al. 2023a). Le statu quo se caractérise par une augmentation importante des dépenses du gouvernement du Québec, qui passent de 7,2 milliards de dollars en 2023 à 16,2 milliards de dollars en 2040 (en dollars constants de 2023). Cela représente une croissance annuelle moyenne de 4,8 %. À titre de comparaison, le plan budgétaire 2023-2024 du gouvernement du Québec anticipe une croissance annuelle du PIB en dollars constants d'environ 1,5 % de 2023 à 2027 (ministère des Finances du Québec, 2023). La différence de 3,3 points de pourcentage représente des besoins de financements nouveaux pour la collectivité.

Le statu quo est coûteux et il n'est pas en phase avec les préférences des usagers. L'enquête menée par l'équipe de recherche a permis de montrer que les usagers avec des besoins faibles à modérés préfèrent recevoir des services à domicile plutôt qu'en hébergement. À ces niveaux de besoins, recevoir du SAD est optimal en termes de bien-être, mais aussi en termes de coût pour le gouvernement. En revanche, les personnes en incapacités lourdes n'ont pas de préférence claire pour le SAD et la prise en charge en hébergement permet de répondre à des besoins élevés de prise en charge.

Dans les décennies à venir, les finances publiques seront contraintes par l'émergence de nouveaux besoins. Les transitions écologiques et démographiques vont exiger des financements additionnels importants. La présente étude prend comme point de départ cette contrainte de financement. Le scénario présenté ne coûte pas plus cher que le statu quo. Il réaménage les ressources. De ce point de départ, quatre mesures sont identifiées.

Au préalable, un constat important a été réalisé par Clavet et al. (2023a). Le taux de réponse aux besoins en SAD est très faible au Québec, ce qui concorde avec les résultats obtenus par Tousignant et al. (2007). En 2023, il est égal à 10,7 % à domicile et il est égal à 10,9 % en RPA. Dans le même temps, les usagers en hébergement bénéficient d'un taux de réponse aux besoins estimé à 98,9 % en CHSLD et à 68,7 % en RI-RTF.

Avec de tels niveaux de réponses aux besoins, une personne ayant des besoins de prise en charge de 21 heures par semaine, ce qui correspond au profil Iso-SMAF 5 d'une personne ayant des atteintes mentales modérées, ne recevrait que 2 heures de services par l'écosystème du SAD. Le résidu de 19 heures serait entièrement à la charge de l'utilisateur et de sa famille. De cet exemple illustratif, on perçoit bien qu'une personne avec des besoins modérés est incitée à recevoir des soins en hébergement plutôt qu'à domicile si elle n'a pas des moyens financiers élevés et un entourage qui s'investit corps et âme.

Le virage vers le soutien à domicile est donc conditionné par sa bonification significative. Nous proposons un taux de réponse aux besoins de 40 % en moyenne pour les profils Iso-SMAF 4 à 14, ce qui revient à multiplier par presque 4 la prise en charge en SAD, tout en respectant la contrainte visant à simuler des coûts égaux ou inférieurs au scénario de statu quo d'ici 2040. Pour notre exemple d'une personne avec un profil 5, elle recevrait dans ce scénario 8 heures de soins et services par semaine. Pour une personne avec profil 9, ses services passerait de 6 à 17 heures par semaines (voir figure 2).

Ce faisant, il est désormais possible de réserver les places en hébergement aux personnes avec des profils Iso-SMAF 10 et plus. Cela revient à respecter les mesures d'efficacité adoptées par le gouvernement, qui ne sont pas actuellement appliquées. En parallèle, nous proposons de mettre en œuvre un contrat de performance qui permettra de rationaliser les coûts de construction des MDA.

Nous proposons également d'augmenter la contribution moyenne des adultes hébergés afin qu'elle couvre les coûts d'hébergement. Pour finir, on sait d'après l'enquête réalisée auprès d'usagers que les québécoises et les québécoises sont attachés au financement public des SAD, mais qu'ils sont indifférents au fournisseur de soins, qu'il soit issu du secteur public, des organismes à but non lucratif ou du secteur privé à but lucratif. Actuellement, au Québec, la plupart des interventions sont réalisées par le secteur public, alors même que bien d'autres pays ont favorisé les acteurs privés ou les organismes à but non lucratif. En outre, les services de soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne et les services de soutien aux activités de la vie domestique sont dispensés par des intervenants différents, ce qui entraîne des coûts de déplacements qui sont évitables. Nous proposons donc de recourir à des intervenants d'organismes à but non lucratif et du secteur privé à but lucratif, ainsi que de regrouper les deux catégories d'interventions dans les mains d'un même intervenant. Ces actions permettent de réduire significativement le coût d'une heure de service réellement dédiée aux usagers.

Le statu quo se caractérise par des coûts d'opportunité très importants pour les québécoises et les québécoises qui sont susceptibles de payer très cher pour un niveau de service très faible à domicile dans les années à venir. Les quatre mesures alternatives proposées permettent un réel virage vers le soutien à domicile, de mieux répondre aux besoins de la population québécoise, tout en générant une légère diminution des coûts. Il faut toutefois procéder immédiatement à des investissements importants dans le soutien à domicile (incluant le CES et le PEFSAD). Cela représente une croissance moyenne de 400 millions de dollars par année du financement du soutien à domicile pour les 7 prochaines années, soit un peu plus de 11,2 milliards de dollars sur 7 ans, si l'on reprend le mode de calcul adopté par le gouvernement dans ses budgets. Cet investissement est largement financé par la réduction importante du nombre de places en institutions d'hébergement et de leur coût. Le Québec n'a pas les moyens financiers, la main-d'œuvre, ni les ressources nécessaires pour construire et opérer des centres d'hébergement qui répondraient aux besoins d'une population vieillissante, qui de surcroît préfère majoritairement recevoir des soins à domicile lorsque cela est possible. Des décisions éclairées par des données probantes s'imposent à nos dirigeants. Nous espérons que ces mesures alternatives susciteront une réflexion et des actions pérennes.

7 Références

Clavet, N.-J., Hébert, R., Michaud, P.-C., Navaux, J., & Raïche, M. (2023a). *Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec*. Rapport pour le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal.

Clavet, N.-J., Hébert, R., Michaud, P.-C., Navaux, J., & Raïche, M. (2023b). *Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec*. Rapport méthodologique. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal.

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.

Commissaire à la santé et au bien-être (2024). *Bien vieillir chez soi. Tome 4 : une transformation qui s'impose*. Mandat sur les soins et services de soutien à domicile, janvier 2024.

Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (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.

Hébert, R., Guilbeault, J., Desrosiers, J., & Dubuc, N. (2001). The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 4:141-147.

Lévesque, F. (2023, 5 septembre). De « la papperasse » et des déplacements. Dossier : Trop de temps loin des patients. *La Presse*.

Ministère des Finances du Québec (2023). *Plan budgétaire 2023-2024. Un Québec engagé*. Mars 2023.

Statistique Canada (2022). Tableau 18-10-0135-01. Indices des prix de la construction de bâtiments, selon le type d'immeuble, inactif. Publié le 1^{er} novembre 2022.

Statistique Canada (2023). *Enquête sur les postes vacants et les salaires 2023 (EPVS)*. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Statistisches Bundesamt (2022). *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen d. Pflegeversicherung - Ländervergleich - Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste – 2021*.

Tousignant, M., Dubuc, N., Hébert, R., & Coulombe, C. (2007). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: how can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 1-7.

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