

Août 2021

Soins à domicile :

Le statu quo ne sera plus possible

Alain Dubuc



Finances publiques



À propos de l'Institut du Québec

L'Institut du Québec est un organisme à but non lucratif qui axe ses recherches et ses études sur les enjeux socioéconomiques auxquels le Québec fait face. Il vise à fournir aux autorités publiques et au secteur privé les outils nécessaires pour prendre des décisions éclairées, et ainsi contribuer à bâtir une société plus dynamique, compétitive et prospère.

Institut du Québec 3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine,
Bur. 3.450, Montréal (Québec) H3T 2A7

institutduquebec.ca
@InstitutduQC

Pour citer ce rapport : Dubuc, Soins à domicile : le statu quo ne sera plus possible, 2021.

Image de page couverture : @Cottonbro



Dépôt légal: troisième trimestre 2021

ISBN: 978-2-9819934-0-3

*Bibliothèque et Archives nationales du Québec,
2021*

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

Table des matières

Sommaire exécutif	4		
Introduction.....	7		
Première partie : le soutien à l'autonomie	9		
Le défi du choc démographique	9		
La géographie du troisième âge	13		
Les services offerts aux personnes âgées	16		
Les programmes d'hébergement	19		
Les soins à domicile	22		
Les comparaisons canadiennes.....	26		
Deuxième partie : les besoins futurs	30		
Une projection des coûts futurs.....	30		
L'impact sur les finances publiques	32		
D'énormes pressions sur les besoins	37		
Les comparaisons internationales	38		
Le Canada se distingue par le poids élevé	40		
des dépenses d'hébergement	40		
Le Canada offre plus de lits de longue	41		
durée	41		
Les Canadiens reçoivent moins de soins à	42		
domicile	42		
Conclusion : un retard du Québec	43		
Les besoins futurs en hébergement.....	44		
La tendance à la réduction des lits de	44		
longue durée.....	44		
L'augmentation des coûts unitaires et	46		
l'effet COVID-19	46		
Les besoins futurs en soins à domicile .	48		
D'importants besoins sont insatisfaits .	48		
		Les pressions de la logique économique	50
		Les pressions des proches aidants	52
		Les pressions des baby-boomers	52
		Quel est le niveau optimal de services ?	55
		Un choix de société.	55
		Il faudra des milliards pour rattraper les	57
		retards et combler les besoins	57
		Conclusion.....	58
		Troisième partie : les pistes de réflexion	59
		1- Se préparer à l'inévitable et accepter	59
		de payer plus.....	59
		2- Un virage nécessaire vers les soins à	61
		domicile.....	61
		3- Briser le moule institutionnel	62
		4- Structurer et garantir les soins à	64
		domicile.....	64
		5- Financement : mieux partager les	65
		coûts.....	65
		6- Financement : une capitalisation	66
		nécessaire ?	66
		7- Préciser les contours du rôle de l'État	67
		67
		8- Réorganiser l'encadrement des	69
		services	69
		9- Se préparer au défi de la main-d'œuvre	71
		71
		10- Repenser la gouvernance : un	73
		ministère des aînés ?	73



Sommaire exécutif

Les enjeux du vieillissement de la population forceront le Québec à s'engager dans une véritable révolution culturelle.

La pandémie de COVID-19 a mis en relief les graves carences dans la prise en charge des personnes âgées hébergées dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée, les CHSLD. Les problèmes de personnel, de gestion et d'organisation dans ces institutions ont été les facteurs principaux pour expliquer que le Québec ait enregistré un des taux de mortalité parmi les plus élevés du monde industrialisé lors de la première vague de la pandémie. Au Canada, plus des deux tiers des décès ont alors touché des résidents des CHSLD, qui ne représentaient pourtant que 2,6 % des personnes âgées.

Ce drame a engendré une prise de conscience chez les décideurs, mais aussi chez les citoyens. Le climat actuel est ainsi propice à une réflexion sur les services que le Québec fournit aux personnes âgées, ainsi que sur les mesures à prendre pour que cette partie de la population ne soit plus négligée et que le niveau de ressources humaines et financières consacrées à cet enjeu soit adéquat.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce rapport. Il propose une analyse à travers le prisme des finances publiques, puisque les dépenses de santé représentent la principale menace à la soutenabilité de celles-ci. En outre, au sein des services de santé, c'est le soutien aux personnes âgées qui connaîtra l'augmentation la plus marquée.

Le rapport montre que, depuis un quart de siècle, les dépenses consacrées par le Québec

au soutien à l'autonomie des personnes âgées n'ont pas suivi la croissance de cette partie de la population. En tenant compte de l'inflation et des coûts de système, la dépense par personne de 65 ans et plus a même baissé de 11,2 % entre 2002-2003 et 2019-2020, ce qui trahit un sous-financement chronique de cette mission.

Cette tendance, que l'on observe dans toutes les provinces, fait en sorte que le Canada et le Québec, qui se situe dans la moyenne canadienne, en ne consacrant qu'environ 1,3 % de leur PIB au soutien des personnes âgées, sont des cancras à l'échelle internationale. La moyenne des pays de l'OCDE est en effet de 1,7 %. L'écart est encore plus grand par rapport à plusieurs pays qui comptent une proportion comparable de personnes âgées et qui disposent d'un filet de protection sociale similaire : France, 1,9 % du PIB, Danemark, 2,5 %, et Pays-Bas, 3,7 %.

L'analyse montre également que le Canada et le Québec se distinguent par la part importante des ressources consacrées à l'hébergement, au détriment des soins à domicile. Au Québec, 9,4 % des personnes de 65 ans et plus vivent dans des établissements de soins de longue durée, contre 6,8 % pour le Canada ou environ 4 % dans des pays comme la France, l'Allemagne, la Norvège ou les Pays-Bas. Ce poids de l'hébergement, plus coûteux, trahit un manque d'efficacité des choix budgétaires.

À cet égard, le Québec se distingue des autres provinces et des pays pairs par la plus grande proportion de personnes âgées qui font le choix de vivre dans des résidences privées pour personnes âgées, une forme d'hébergement collectif. C'est le cas de 10,5 % des Québécois de 75 ans et plus, trois fois plus qu'en Ontario, par exemple, où la proportion n'est que de 3,4 %.

On observe également que, malgré une croissance importante des fonds consacrés aux soins à domicile ces dernières années, le nombre de personnes âgées qui ont accès à ces soins est resté stable depuis une décennie, même si la population âgée était en forte expansion. Par conséquent, la proportion de personnes âgées ayant accès à des soins à domicile financés par l'État a fortement baissé. En 2003-2004, on comptait 347 bénéficiaires de soins de longue durée pour 1000 habitants de 75 ans et plus. En 2019-2020, ce nombre était passé à 267.

Le Québec sera ainsi confronté à une double pression. D'une part, il devra effectuer un important rattrapage pour remettre ses services à niveau. D'autre part, il devra composer avec les effets du vieillissement de la population. À cet égard, 2021 est une année charnière, celle où les baby-boomers les plus âgés atteindront le cap des 75 ans, et où la proportion de la population ayant 65 ans et plus franchira la barre symbolique des 20 %.

Le défi auquel sera confronté le Québec peut se décrire de la façon suivante : sachant que le Québec n'a pas su adéquatement assurer le bien-être des plus de 750 000 citoyens de 75 ans et plus durant la pandémie, comment réussira-t-il à relever le défi considérable posé par l'arrivée massive, près de 400 000 personnes, de personnes de cet âge dans la prochaine décennie ?

Confronté à de telles pressions, qui revêtent un réel degré d'urgence, le Québec foncera dans

un mur s'il maintient ses politiques actuelles, particulièrement le recours élevé aux solutions d'hébergement. Avec le rythme prévu de croissance de la population âgée, il faudrait doubler le nombre de places en CHSLD d'ici 20 ans. Pour cette raison, on peut affirmer que le statu quo n'est pas soutenable.

Pour cette raison, il est impératif que le Québec accélère le virage déjà amorcé vers les soins à domicile. Dans une optique de finances publiques, le maintien à domicile est nettement moins onéreux que l'hébergement et l'institutionnalisation. Mais en plus de permettre de réaliser des économies, ce qui n'est pas toujours le cas avec les politiques de rationalisation des finances publiques, le maintien à domicile donne de meilleurs résultats en matière de santé, de qualité de vie, de renforcement de l'autonomie, tout en répondant aux désirs des personnes âgées qui, très majoritairement, veulent rester à la maison. Le maintien à domicile, rappelons-le, protège également mieux les personnes âgées des ravages d'une pandémie.

Le redéploiement des efforts vers les soins à domicile n'est toutefois pas une panacée. Il permettra de ralentir le rythme de croissance des dépenses publiques destinées à l'autonomie des personnes âgées, mais pas d'éviter une augmentation importante des budgets consacrés à cette mission.

Le rapport ne propose pas de projections de ces coûts futurs, parce qu'ils dépendront essentiellement des choix de société que fera le Québec concernant les efforts qu'il sera prêt à déployer pour sa population âgée, et la part des services requis qui seront offerts par l'État. Plusieurs indicateurs donnent cependant la mesure des sommes impliquées. Par exemple, pour rejoindre le niveau de prestation offert à domicile et dans les institutions par les pays de l'OCDE, soit 1,7 % du PIB, il faudrait que les sommes consacrées à l'autonomie passent de 5,7 G\$ à 7,5 G\$, une hausse de 31,6 %.

L'augmentation serait de 40 % à 60 % pour rattraper des pays pairs comme la France, le Japon ou la Belgique. Par ailleurs, des études montrent qu'une proportion importante de personnes âgées dont l'état justifierait des soins à domicile n'ont pas accès à de tels services. Pour combler ces besoins, il faudrait multiplier par 2,3 la clientèle des soins à domicile. À ces objectifs de rattrapage s'ajoute le fait que la population des personnes de 75 ans et plus doublera d'ici 20 ans.

Comment faire face à de telles pressions ? Le rapport suggère, dans un premier temps, que la solution repose sur une prise de conscience. Un effort accru pour soutenir les personnes âgées est incontournable, d'autant plus que les nouvelles cohortes n'accepteront pas aussi facilement que les générations précédentes d'être laissées pour compte. Il faut donc se préparer à consacrer plus de ressources, un processus qui sera plus harmonieux si on inverse la proposition et si on en fait un objectif collectif.

Au-delà des pressions financières, ce redéploiement vers les soins à domicile exigera une véritable révolution culturelle au sein du système de santé, dont l'histoire et les structures sont dominées par une logique hospitalière qui privilégie les approches institutionnelles. Le rapport propose plusieurs pistes de réflexion, sur la place des résidences privées pour aînés, sur la création d'une

assurance ou d'un compte d'autonomie, avec des mécanismes de financement et d'allocation des ressources indépendants du réseau de la santé, sur les partenariats nécessaires avec le secteur privé, ou encore sur la possibilité de créer un véritable ministère des Aînés.

Ces constats s'ajoutent aux observations et aux conclusions de nombreuses études universitaires spécialisées, aux travaux de centres de recherche, ainsi qu'aux recommandations de rapports et de commissions d'enquête. On doit cependant noter l'écart important qui sépare ces connaissances et ces données probantes des politiques actuelles, ce qui suggère que la recherche n'a pas réussi à briser le mur de l'indifférence.

C'est dans cette problématique que s'inscrit ce rapport. Il ne porte pas sur le comment, soit sur les formes précises que pourraient prendre les politiques d'autonomie, mais plutôt sur le pourquoi, soit sur les raisons pour lesquelles le Québec doit amorcer rapidement un virage majeur. Il s'agit d'un préalable essentiel pour nourrir un débat public éclairé qui mènera à des politiques publiques capables de relever ce défi et d'amorcer la révolution culturelle qui s'impose.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a mis en relief les graves carences dans la prise en charge des personnes âgées hébergées dans les Centres d'hébergement de soins de longue durée, les CHSLD.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce rapport. Il le fera à travers le prisme des finances publiques. Il est en effet important, dans les analyses et les prévisions des équilibres budgétaires, de porter une attention particulière à l'évolution des dépenses de santé, parce que c'est leur forte croissance qui constitue la principale menace à la soutenabilité des finances publiques. En outre, au sein de la mission de la santé, ce sont les services procurés aux personnes âgées qui connaîtront l'augmentation la plus marquée. Le rapport ne mettra pas l'accent sur les CHSLD, mais plutôt sur ce qui constitue l'angle mort des politiques de soutien aux personnes âgées, les soins à domicile, où les besoins sont pressants et où les interventions seront les plus porteuses.

Le rapport, dans un premier temps, propose un portrait de la situation des aînés permettant d'évaluer l'évolution des politiques d'autonomie et des soins à domicile et de comparer le Québec avec ses pairs. Ce portrait montrera que les choix budgétaires du Québec se sont soldés par un sous-financement chronique des services aux personnes âgées, en raison d'un phénomène observé dans d'autres interventions de l'État, par exemple la prévention de la santé ou l'entretien des infrastructures, qui consiste à négliger des missions moins visibles et celles où un sous-financement n'a pas de conséquences perceptibles à court terme.

Ce portrait permettra de mettre en relief un autre phénomène, à savoir que les choix budgétaires portant sur les personnes âgées n'ont pas toujours reposé sur la recherche de l'efficience et sur l'utilisation optimale des ressources financières. Le Québec a privilégié des solutions plus coûteuses en misant sur les politiques d'hébergement, au détriment des services à domicile.

Dans un second temps, le rapport analysera l'évolution prévisible des besoins futurs pour les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Il montrera que le Québec devra relever un double défi : d'une part, effectuer un rattrapage important pour porter les services de soutien à l'autonomie à un niveau comparable à celui de pays pairs, et d'autre part, satisfaire une demande de services en très forte augmentation en raison des pressions démographiques.

Pour faire face à ces défis, le statu quo, c'est-à-dire la poursuite des politiques actuelles de soutien à l'autonomie des personnes âgées, ne sera pas soutenable, parce qu'il mènerait à une augmentation excessive des dépenses publiques, sans pour autant combler adéquatement les besoins des personnes âgées.

L'analyse montrera qu'un redéploiement des ressources vers les soins à domicile aidera à atténuer les pressions très fortes que le vieillissement exercera sur les budgets de la santé, tant pour l'utilisation optimale des ressources que pour la satisfaction des besoins et des désirs des personnes âgées.

Il est à noter que, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres secteurs de l'activité gouvernementale, le recours à cette approche moins coûteuse ne s'accompagne pas d'une détérioration de la qualité des services, bien au contraire. Les soins à domicile répondent aux désirs exprimés par les personnes âgées, qui souhaitent très majoritairement rester à la maison. Ils contribuent à l'atteinte d'une plus grande autonomie et d'une meilleure qualité de vie et, comme le drame de la pandémie l'a montré, ils protègent contre les risques sanitaires courus avec l'hébergement institutionnel.

La troisième partie du rapport portera sur les mesures à prendre et les obstacles à éviter pour réussir l'important virage qui sera nécessaire pour s'adapter aux besoins d'une population vieillissante.

Pour consacrer davantage d'efforts aux soins à domicile, afin d'en faire le fondement des politiques de soutien à l'autonomie, le Québec devra redéployer ses ressources, ce qui exigera des ruptures considérables, à la fois dans les attitudes des Québécois face au vieillissement, dans la gestion des services de longue durée et dans les stratégies de financement de tels services.

À cela s'ajoute un élément d'urgence, parce que le Québec a tardé à revoir ses approches, même si la situation démographique actuelle était prévisible depuis plusieurs décennies. Les efforts de rattrapage nécessaires et les réponses aux réalités démographiques devront donc être mis en œuvre très rapidement, parce que les pressions du vieillissement ont déjà commencé à faire sentir leurs effets.

Première partie : le soutien à l'autonomie

Le Québec n'a pas ajusté ses services en fonction de l'augmentation du nombre de personnes âgées.

Le défi du choc démographique

Le raz de marée commence à frapper le Québec maintenant.

La pression la plus importante que le système de santé québécois, comme ceux de la plupart des sociétés industrialisées, aura à subir dans les décennies à venir sera celle du vieillissement de la population, parce que le coût des soins que requièrent les citoyens augmente de façon considérable à mesure qu'ils avancent en âge.

Le poids relatif de ces personnes âgées, tout comme leur nombre absolu, augmentent de façon importante en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des cohortes du baby-boom de l'après-guerre. Il ne devrait pas, en principe, être nécessaire de décrire en détail les effets de ce choc démographique, puisque ce phénomène était prévisible depuis des décennies. Mais l'inaction du Québec en la matière suggère que le rappel de certains éléments clés est nécessaire pour que le débat public prenne pleinement conscience de l'ampleur et de l'urgence des enjeux.

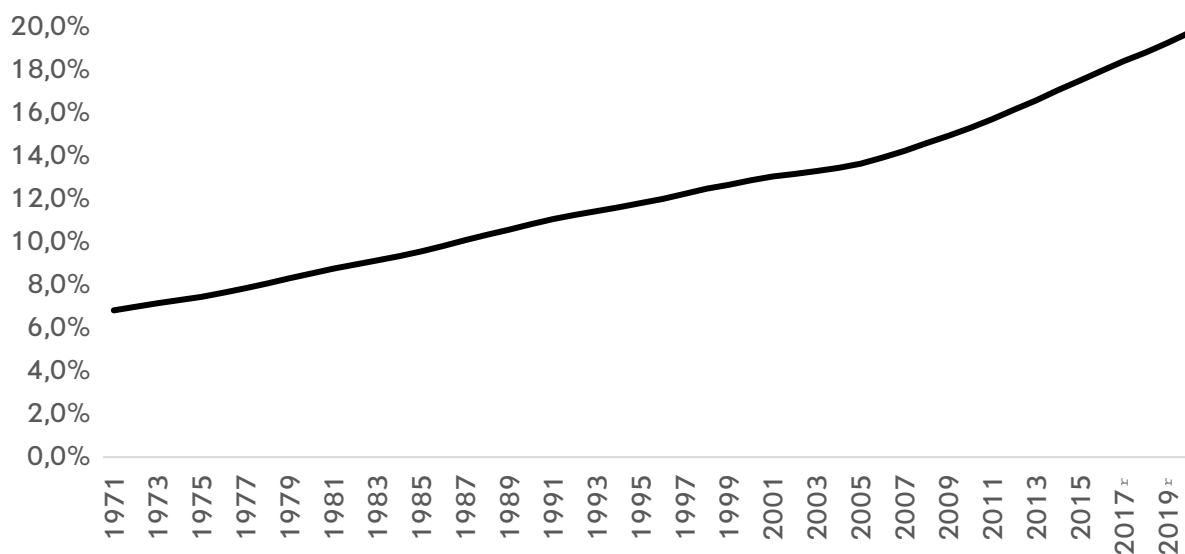
Ce processus du vieillissement a été plus marqué au Québec que dans la plupart des sociétés industrialisées parce que le taux de fécondité y était plus élevé dans cette période d'après-guerre, pour ensuite devenir plus bas qu'ailleurs dans les années 60. Le résultat n'est pas que le Québec soit une société particulièrement vieille, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est proche de la moyenne des pays membres de l'OCDE et similaire à ce que l'on retrouve dans les pays du nord de l'Europe. Mais ce qui est exceptionnel, c'est la nature accélérée de ce vieillissement.

Le Québec, l'une des quatre sociétés les plus jeunes de l'OCDE dans les années soixante, a rejoint, en un demi-siècle, les rangs des sociétés matures. C'est ainsi que, de 1971 à 2020, la proportion des personnes de plus de 65 ans a triplé, passant de 6,8 % à 19,7 %. Cette tendance s'est accélérée dans la dernière décennie, à mesure que les membres de la génération du baby-boom, généralement définie comme ceux et celles qui sont nés entre 1946 et 1962, ont commencé à franchir le cap des 65 ans.

Dans ce processus, l'année 2021 constitue en quelque sorte une année charnière, et ce, pour deux raisons.

Graphique 1

Pourcentage des personnes âgées de 65+, de 1971 à 2020



Source : Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec*, Édition 2019.

D'abord, c'est en 2021 que la proportion des 65 ans et plus a franchi la barre des 20 %, le seuil généralement reconnu pour qualifier une société de mature. Elle passera à 25,4 % dans dix ans, pour ensuite croître plus lentement, dans une fourchette de 26 à 28 % pour la période 2036-2066, selon le scénario de référence de l'Institut de la statistique du Québec. Cependant, si l'âge de 65 ans est traditionnellement celui de la retraite, il n'est pas automatiquement celui de la perte d'autonomie ou de la dépendance. Les pressions proviendront donc davantage de l'augmentation des cohortes âgées de 75 ans et plus, et encore davantage des 85 ans et plus.

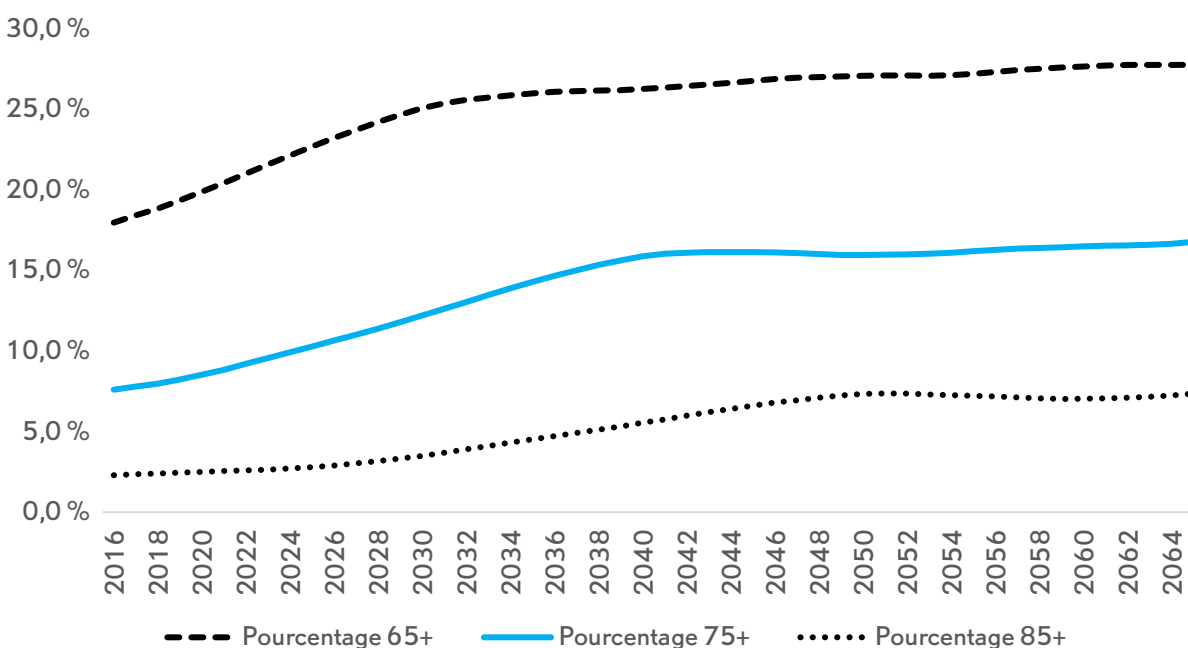
2021 est un moment charnière. C'est l'année où la proportion des 65 ans et plus dépasse les 20 % de la population. C'est aussi celle où les premiers baby-boomers franchiront le cap des 75 ans.

Ensuite, c'est également en 2021 que la pression de ces clientèles plus à risque commence à se faire sentir, alors que les premiers boomers franchissent le cap des 75 ans. De 8,8 % en 2021, la proportion de ce groupe passera à 12,6 % en 2031, et à 16,0 % en 2041. L'augmentation des 85 ans et plus est moins spectaculaire, mais plus lourde de conséquences, car c'est l'âge où la perte d'autonomie est plus marquée : leur proportion passera de 2,5 % de la population en 2021 à 3,7 % dans 10 ans, pour s'accélérer par la suite et atteindre 5,8 % dans 20 ans et 7,4 % dans 30 ans.

Ainsi, le véritable choc provoqué par le vieillissement de la population frappera le Québec dans la décennie qui s'amorce. C'est-à-dire maintenant. Le défi du vieillissement ne relève donc plus de la prospective.

Graphique 2

Projection de la part des personnes âgées par tranche d'âge au Québec, de 2016 à 2066



Source : Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066*.

Si la proportion de ces groupes d'âge dans la population illustre bien les transformations démographiques, les nombres absolus permettent de mieux mettre en relief les enjeux auxquels le Québec sera confronté.

Le tableau suivant montre notamment qu'entre 2021 et 2031, le nombre des 65 ans et plus augmentera de 542 159, un bond de 31,0 %. Celui des 75 ans et plus s'accroîtra de 382 657 en 10 ans, un bond de 50,6 %, et poursuivra sa croissance entre 2031 et 2041, avec 358 353 personnes de plus.

Tableau 1

Projections de la population du Québec par tranche d'âge

Année	Population totale	65 ans et +	75 ans et +	85 ans et +
2021	8 568 174	1 749 593	756 823	218 016
2031	9 039 495	2 291 752	1 139 480	332 556
2041	9 350 214	2 462 214	1 497 833	537 827
2051	9 574 699	2 592 805	1 528 188	704 743

Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2012-2066, Édition 2019.

Le défi immédiat est le suivant. Nous avons vu, lors de la pandémie, que le Québec a eu du mal à prendre en charge ses 756 823 personnes de 75 ans et plus. Comment réussira-t-il à s'acquitter de ses obligations quand il aura à tenir compte des besoins de 382 657 personnes additionnelles dans cette catégorie d'âge sur une période relativement courte de 10 ans ?

Si le Québec, pendant la pandémie, a eu du mal à s'acquitter de ses obligations à l'égard des quelque 750 000 citoyens de 75 ans et plus, comment pourra-t-il prendre en charge les 385 000 autres qui s'ajouteront en 10 ans ?

À plus forte raison, comment le Québec, qui a failli dans le soutien et la protection des 218 016 personnes appartenant au groupe des 85 et plus, où l'on retrouve la plus grande proportion de victimes de la COVID-19, réussira-t-il à prendre en charge les quelque 114 540 autres qui s'ajouteront ?

Avant de voir comment le Québec pourra affronter ce défi, en matière de ressources budgétaires et humaines, il est utile de tracer un portrait de la situation actuelle, pour évaluer les ressources

consacrées à ces missions, les carences dans les services déjà présentes et l'évolution des priorités.

La géographie du troisième âge

Où vivent les personnes âgées ? Surtout à la maison.

Dans un premier temps, il est important de connaître le lieu de résidence des personnes âgées parce que leur milieu de vie est un reflet de leur degré d'autonomie et qu'il permet de déterminer leurs besoins et les services qu'il faudra leur procurer.

Si les personnes âgées ont des problèmes de santé, comme le reste de la population, quoiqu'avec une gravité et une fréquence croissante à mesure qu'elles avancent en âge, le vieillissement a un autre effet, celui d'affecter leur degré d'autonomie. Des facteurs comme la réduction de la mobilité, la baisse des capacités cognitives et les effets des maladies chroniques peuvent affecter progressivement leur aptitude à poser, sans aide, des gestes de la vie quotidienne.

Les personnes âgées ont alors besoin d'un accompagnement pour compenser ces pertes d'autonomie. Ces aides s'inscrivent dans un continuum, où les services procurés doivent s'ajuster à l'évolution des besoins et à la gravité de la situation : d'abord, des services à domicile, ensuite, si nécessaire, un passage en logement collectif comportant des services d'encadrement pour ceux qui ne peuvent plus rester seuls, et enfin, des solutions d'hébergement avec plus de soins, pour les pertes d'autonomie importantes.

À travers ce continuum, nous pouvons tracer une géographie du troisième âge, en fonction du lieu de vie. La base de données la plus complète sur le sujet est celle de Statistique Canada à partir du recensement de 2016¹. Sur un total de 1 476 940 personnes de 65 ans et plus dénombrées au Québec en 2016, la grande majorité, 90 %, vivait dans une résidence privée, dans leur domicile, que ce soit une maison, un logement ou un appartement. Seulement 138 940 vivaient dans ce que Statistique Canada définit comme des logements collectifs, soit 9,4 % du total. Cela permet, dans un premier temps, de dissiper une impression très répandue et amplifiée par la pandémie voulant qu'une proportion importante des personnes âgées vivent en institution.

¹ Statistique Canada, « Type de logement collectif (16), âge (20) et sexe (3) pour la population dans les logements collectifs du Canada, provinces et territoires, Recensement de 2016 – Données intégrales (100 %).

La très grande majorité des Québécois âgés, près de 90 %, vivent à la maison. Et ils veulent y rester. Les résidents des CHSLD ne comptent que pour 2,6 %.

De ce groupe, seulement 38 365 personnes vivaient dans des établissements de soins infirmiers, ce qui correspond, grosso modo, aux CHSLD, soit 2,6 % du total. De plus, 26 175 autres déclaraient vivre dans des établissements qui jouent à la fois des rôles d'hébergement et de soins avec un certain nombre d'heures de services, ce qui correspond à ce qui est décrit au Québec comme des ressources intermédiaires ou des résidences de type familial (RI-RTF), soit 1,8 %, ainsi qu'à une proportion des logements des résidences privées pour aînés (RPA) qui offrent des services de soutien. À cela s'ajoutent les 74 130 personnes qui vivaient dans les RPA et qui ne requièrent que des services d'hébergement. La proportion de personnes âgées vivant en logement collectif augmente avec l'âge et passe à 19,6 % pour les 75 ans et plus.

Tableau 2

Lieu de résidence des personnes âgées au Québec en 2016

(Données annuelles, en nombre et en pourcentage)

Type de résidence	Population	Part du total
Total 65+	1 476 940	100,0 %
Logements privés	1 320 080	89,4 %
Logements collectifs destinés aux personnes âgées	138 940	9,4 %
– CHSLD	38 365	2,6 %
– RI-RTF, RPA avec soins	26 175	1,8 %
– Résidences privées pour aînés	74 130	5,0 %
Autres logements collectifs (hôpitaux, etc.)	17 920	1,2 %

Source : Recensement 2016, Statistique Canada, Type de logement collectif.

Le Québec se distingue par la proportion élevée de personnes âgées vivant en logement collectif, soit 9,4 %. Cette proportion n'est que de 6,8 % pour l'ensemble canadien. Le Québec dépasse notamment les trois autres grandes provinces canadiennes : l'Ontario avec 5,6 %, l'Alberta avec 7,8 % et la Colombie-Britannique avec 5,4 %.

Cet écart tient essentiellement à la plus grande popularité au Québec des résidences privées pour aînés (RPA), qui accueillent 5,0 % des 65 ans et plus, contre 2,8 % au Canada et 1,6 % en

Ontario. Par contre, il n'y a pas de différence significative pour ce qui est des CHSLD ou leurs équivalents. La proportion est semblable, à 2,6 % au Québec et 2,7 % au Canada. Le recours aux résidences offrant des soins est également proche : 1,8 % au Québec contre 1,4 % au Canada.

Cette spécificité québécoise prend plus de relief pour les 75 ans et plus, un groupe plus susceptible de vivre en logement collectif. Ainsi, 19,6 % des Québécois de cet âge vivent dans un environnement institutionnel, contre 14,2 % pour le Canada, en raison de ce choix de la vie en RPA : 10,5 % au Québec, contre 5,8 % pour l'ensemble canadien. Le Québec, à ce chapitre, dépasse les autres grandes provinces canadiennes, comme le montre le tableau suivant. L'écart avec l'Ontario et la Colombie-Britannique est particulièrement important.

Tableau 3

Pourcentage des 75+ en logement collectif en 2016 Canada et provinces

Logement collectif	Canada	Québec	Ontario	Alberta	C.-B.
CHSLD	5,5 %	5,4 %	5,4 %	5,0 %	4,4 %
RPA	5,8 %	10,5 %	3,4 %	7,4 %	4,5 %
Résidences avec soins	3,0 %	3,7 %	2,7 %	4,3 %	2,5 %
Total logement collectif	14,2 %	19,6 %	11,5 %	16,7 %	11,5 %

Source : Recensement 2016, Statistique Canada, Type de logement collectif.

Ces résidences, qui offrent un milieu de vie destiné aux retraités avec un degré variable, et parfois modeste, de services connexes, sont définies comme des logements collectifs, car ils constituent un environnement institutionnel avec des équipements communs – cafétérias, chapelle, etc. – et des activités collectives -bingos etc.. Ce caractère institutionnel a été tristement mis en relief lors de la pandémie avec les mesures de confinement sévères mises en place dans les RPA et le taux de mortalité élevé provoqué par la COVID-19 en raison de la concentration en un même lieu de personnes vulnérables au virus.

Le Québec se distingue des autres provinces canadiennes par le fort attrait exercé par les résidences privées pour aînés : 10,5 % des Québécois de 75 ans et plus y vivent, contre 3,4 % en Ontario.

Ce particularisme québécois est corroboré par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), qui compile des données très détaillées sur les habitudes de logement sous toutes leurs formes, avec des définitions qui ne sont toutefois pas similaires à celles de Statistique Canada. Selon la SCHL, le nombre de Québécois vivant dans des RPA est nettement plus élevé que dans les autres provinces : 132 808 au Québec, soit un taux d'attraction de 18,4 % du groupe des 75 ans et plus, contre 82 410 en Ontario, pour un taux d'attraction de 5,5 %.

Comment expliquer l'attrait plus grand que les RPA, comme le Groupe Maurice ou les Résidences Soleil, exercent sur les personnes âgées du Québec ? Cette question mérite d'être posée parce que ce choix affecte la répartition des ressources entre les solutions d'hébergement et les soins à domicile.

Est-ce dû à une solidarité familiale moindre et à une tendance plus grande à « placer » les aînés ? Ou encore à une attirance plus grande pour un mode de vie collectif qui rompt la solitude ? Des études^{2,3} pointent plutôt vers un taux de locataires plus élevé, l'absence de logement social et l'impact du crédit d'impôt québécois pour le maintien à domicile des aînés, accessible aux contribuables de 70 ans et plus, dont les RPA sont plus à même de profiter pleinement que les individus vivant à domicile. Le coût de ce crédit a été projeté à 661,5 M\$ pour 2021⁴. Les résidents des RPA, qui représentent 33 % des personnes âgées ayant réclamé ce crédit, ont obtenu 83 % des montants consentis par ce crédit. À cela s'ajoute la difficulté d'obtenir des soins à domicile qui force des personnes âgées à choisir un lieu de résidence où de tels services peuvent être accessibles.

Les services offerts aux personnes âgées

Le soutien à l'autonomie, le parent pauvre du système de santé.

L'ensemble des services publics visant à accompagner les personnes âgées dans cette perte progressive d'aptitudes à mesure qu'elles avancent en âge, avec les impacts des maladies chroniques, les limitations physiques et les problèmes cognitifs⁵, sont regroupés, au Québec, dans le programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Ces services peuvent aussi être payés par les personnes âgées elles-mêmes, directement ou par le biais d'assurances, ou encore dispensés par des proches.

² « Les petites RPA sont-elles en voie de disparition ? », Louis Demers, ENAP, Gina Bravo, Université de Sherbrooke, 2020.

³ « Non à la logique marchande dans les CHSLD », Yves Vaillancourt, UQAM, et Christian Jetté, Université de Montréal, Action nationale, 2020.

⁴ Ministère des Finances, « Dépenses fiscales 2020 », 2021.

⁵ Comptes de la santé 2016-2017 et 2018-2019.

Nous pouvons décrire l'ensemble de ces services comme le parent pauvre du système de santé et de services sociaux, en termes qualitatifs tout autant que quantitatifs.

Notre système de santé universel a été conçu dans les années 60 et 70, alors que les populations du Canada et du Québec étaient jeunes et que les besoins de santé étaient bien comblés par un réseau qui reposait sur les médecins et les services hospitaliers. Cependant, ce système, axé sur les soins curatifs, répond moins bien aux besoins d'une population vieillissante dont l'accompagnement requiert des soins qui ne sont pas strictement médicaux (soins infirmiers, physiothérapie, suivis) et des soins qui ne sont pas des soins de santé (services ménagers, accompagnement, aide à la vie quotidienne). Ces activités sont à l'extérieur du périmètre traditionnel du système de santé.

Cela peut contribuer à expliquer pourquoi, dans les choix budgétaires du gouvernement du Québec et dans les priorités des composantes du réseau de la santé, les dépenses consacrées aux besoins spécifiques des personnes âgées n'ont pas suivi la croissance de cette population et l'évolution de ses besoins.

Les dépenses consacrées aux besoins des aînés dans le programme du SAPA ont certes augmenté : 2,6 G\$ en 2009-2010 à 4,3 G\$ en 2019-2020, soit une progression de 64,5 % en 10 ans. Cette croissance a été un peu plus forte que celle de dépenses de santé dans leur ensemble, qui sont passées, pour la même période, de 27,0 G\$ à 40,6 G\$⁶, une hausse de 50,6 %. La part du SAPA dans l'ensemble des dépenses de santé est ainsi passée, en 10 ans, de 9,8 % du total à 10,7 %.

Cette progression du SAPA ne reflète cependant pas l'augmentation de la clientèle âgée et de ses besoins. Pour en arriver à cette conclusion, nous avons mesuré l'évolution des dépenses par personne de 65 ans et plus, ainsi que par personne de 75 ans et plus. Nous avons ensuite exprimé les données en dollars constants de 2002, pour tenir compte de l'inflation, et introduit un élément correctif pour tenir compte des coûts de système (gains salariaux nets, évolution dans les échelles, etc.) qui font en sorte qu'une proportion de la hausse des budgets ne se traduit pas en augmentation équivalente des prestations et des services. Une étude récente⁷ évalue cette croissance structurelle des dépenses de santé à 1,8 %. Par prudence, nous utiliserons un taux de 1,0 %.

Pour les 65 ans et plus, les dépenses SAPA nominales par habitant sont passées de 1 921 \$ à 2652 \$ de 2002-2003 à 2019-2020. Exprimées en dollars de 2002, elles sont passées de

⁶ « Budget de dépenses 2020-2021 », Crédits des ministères et organismes.

⁷ Pierre-Carl Michaud, « Le Financement fédéral en santé et la nécessité d'une meilleure planification de long terme selon les besoins en santé », dans « La santé au cœur de la relance économique du Québec », CIRANO, 2020.

1 921 \$ à 2 014 \$, soit une croissance réelle de 4,8 %, ce qui est faible sur une période de presque 20 ans. Toutefois, en introduisant une mesure des coûts de système, la dépense SAPA par personne, que nous décrivons comme la dépense effective, passe plutôt à 1 706 \$, soit une baisse de 11,2 % sur la période.

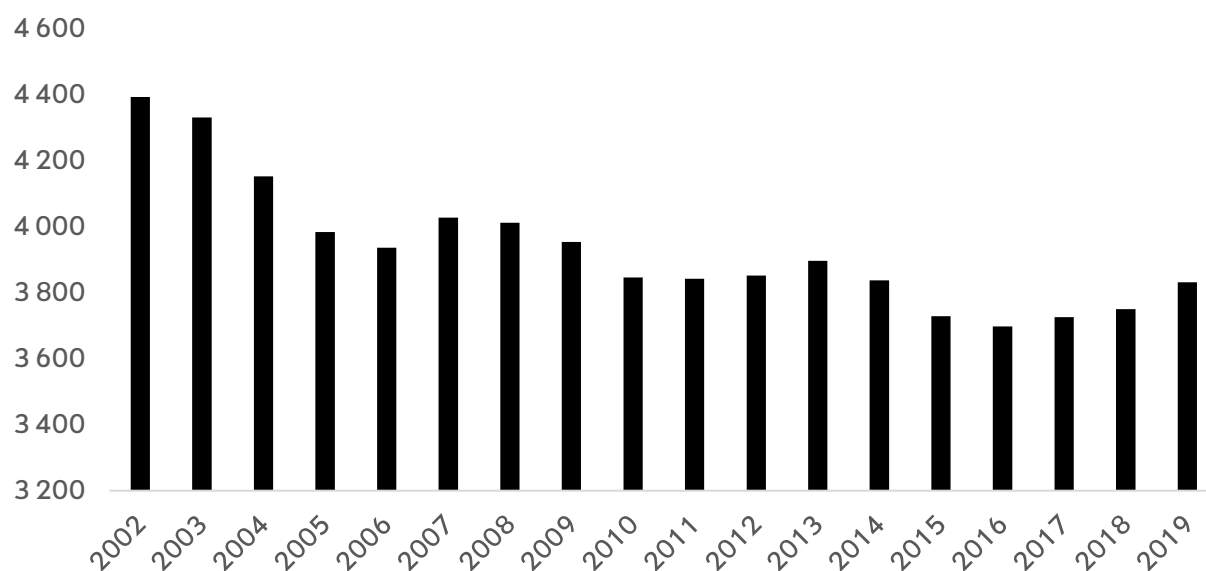
Pour les 75 ans et plus, un sous-groupe qui reflète davantage la clientèle, les dépenses SAPA nominales par habitant sont passées de 4 393 \$ à 6 234 \$ sur la même période. En termes réels, elles ont atteint 4 733 \$, soit une croissance 7,7 %. En tenant compte des coûts de système, la dépense effective s'établit à 4 009 \$, pour une baisse de 8,8 %.

Le Québec ne s'est pas ajusté à l'augmentation du nombre de personnes âgées. Les dépenses par personne pour le soutien à l'autonomie, quand on tient compte de l'inflation et des coûts de système, ont baissé entre 2002 et 2018.

Graphique 3

Soutien à l'autonomie, dépenses effectives par 75+ au Québec

(Données d'années fiscales, dollars de 2002 par habitant ajusté aux coûts de système à 1,0 %)



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ces données appellent quatre remarques :

- Premièrement, le niveau de services consacrés aux personnes âgées a baissé sur une période de dix ans et n'a pas suivi la croissance des populations à servir.
- Deuxièmement, suivant une période de stabilisation après 2010, on a assisté à une baisse significative dans la période 2013-2017 qui correspond aux efforts de redressements des finances publiques. On peut en conclure que le SAPA a été affecté par la rigueur budgétaire.
- Troisièmement, on a assisté, à partir de 2017, à un renversement de tendance. Ce réinvestissement a été amorcé en 2017-2018, la dernière année du gouvernement Couillard, à la faveur du succès du redressement budgétaire, avec une augmentation des budgets pour le SAPA 3,5 G\$ à 3,7 G\$. Cette correction s'est accélérée avec le gouvernement Legault : 4,0 G\$ en 2018-2019, 4,3 G\$ en 2019-2020 et 6,8 G\$ en 2020-2021, quoique les dépenses de cette dernière année ont été gonflées par l'impact de la pandémie sur les CHSLD.
- Quatrièmement, on a assisté à un réaménagement des budgets entre les diverses missions au sein des services de soutien à l'autonomie, ce que nous aborderons dans les pages suivantes.

Les programmes d'hébergement

Le nombre de lits en CHSLD n'a pas augmenté en 20 ans.

Le SAPA comporte trois postes de dépenses principaux qui sont, par ordre d'intensité dans le continuum de soins : les services à domicile, les transferts aux ressources intermédiaires et aux résidences de type familial (RI-RTF), des résidences privées offrant de l'hébergement et des heures de services et de soins pour les personnes en perte d'autonomie, ainsi que les services d'hébergement en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) qui s'adressent à des personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive très importante, souvent en fin de vie.

Dans ce programme, la part du lion revient aux services d'hébergement, d'abord les CHSLD, et dans une moindre mesure, les RI-RTF. En 2021-2022, par exemple, 69,7 % des fonds destinés à soutenir l'autonomie des personnes âgées, presque les trois quarts, étaient consacrés à de l'hébergement en institution et donc, incidemment, à une clientèle qui a perdu son autonomie.

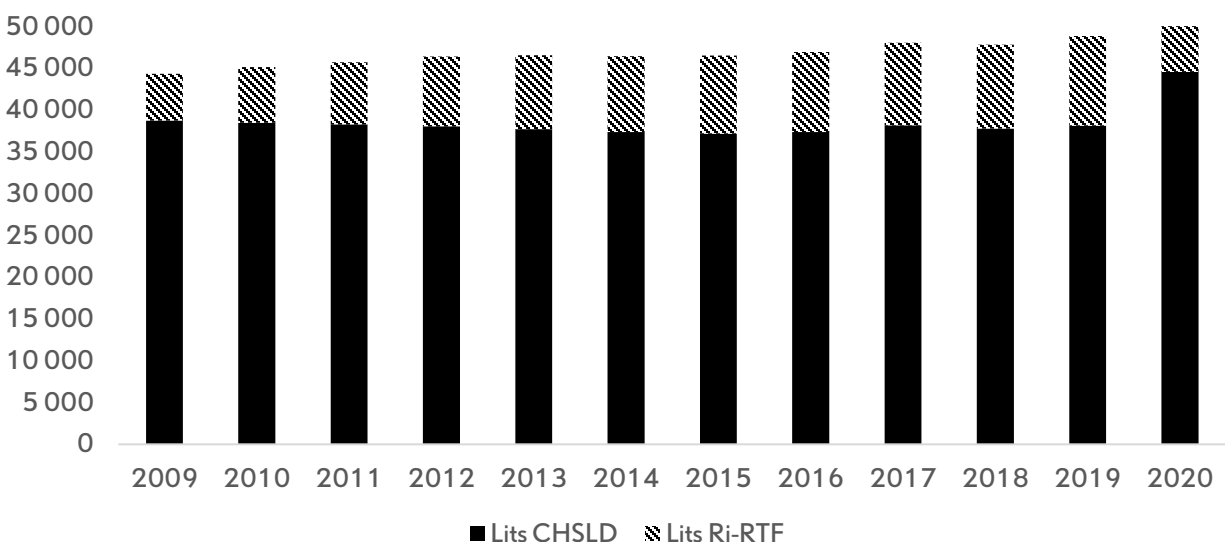
Cependant, on a assisté, au cours des deux dernières décennies, à une baisse et ensuite à un plafonnement de la capacité d'accueil des CHSLD. En 2000-2001, on comptait 40 605 lits en CHSLD publics ou privés conventionnés. Ce total a baissé à 38 470 en 2010-2011, et est resté

à ce niveau depuis une décennie. Cette baisse a été compensée par la croissance de lits offerts en RI-RTF. Au nombre de 6 671 en 2010-2011, ils sont passés à 10 752 en 2020-2021. Le total de lits d'hébergement avec soins est ainsi passé de 44 329 à 48 911 au cours de cette décennie.

Enfin, les CHSLD privés non conventionnés, qui ne sont pas régis par le gouvernement, et qui ne figurent dans aucune statistique officielle, comptent pour environ 3 500 lits additionnels, un nombre qui varie selon les contrats de service ponctuels pour des places entre le MSSS et ces établissements.

Graphique 4

Lits d'hébergement de longue durée au Québec (Données d'années fiscales)



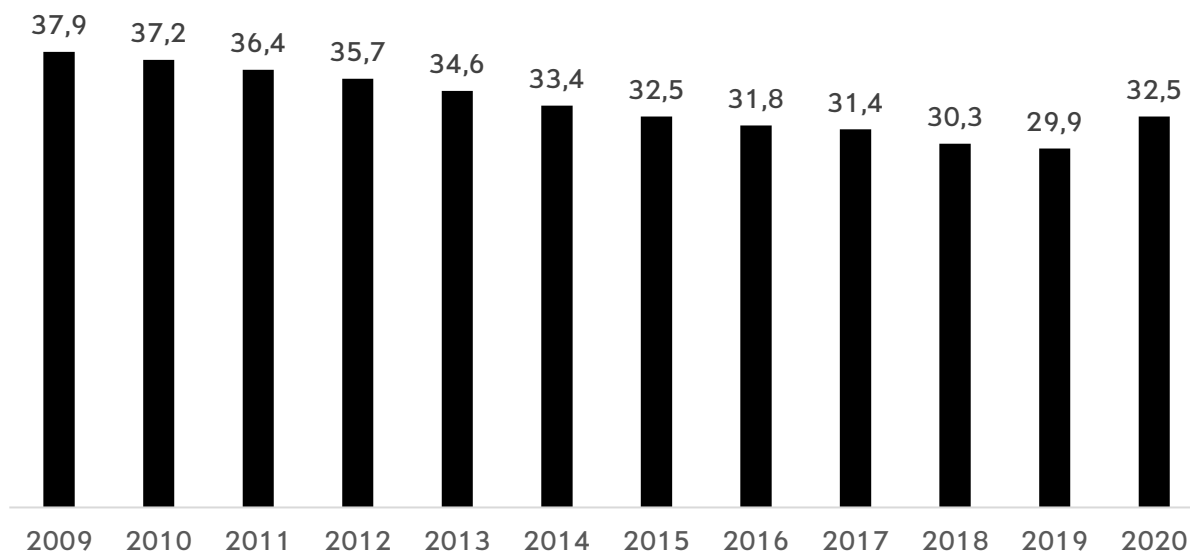
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Cela se confirme par une autre mesure du ministère, utilisé dans les indicateurs de performance des Comptes de la santé, soit le nombre de jours en établissement, qui est passé de 13,6 millions en 2012-2013 à 13,3 millions en 2018-2019. Pendant la même période, les jours d'occupation dans les ressources intermédiaires ont évolué de 3,4 millions à 3,6 millions.

Comme ce plafonnement des places est survenu dans une période de forte croissance du nombre de personnes âgées, il en résulte une importante baisse de l'hébergement disponible pour la population cible. Le nombre de lits de longue durée par 1 000 personnes âgées de 65 et plus, une mesure utilisée par l'OCDE, a ainsi diminué de façon importante, passant de 37,9 lits par 1 000 personnes en 2009-2010 à 28,9 en 2020-2021.

Graphique 5

Lits de longue durée pour 1000 personnes de 65+ au Québec (Données d'années fiscales)



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce plafonnement du nombre de lits peut s'expliquer en bonne partie par une volonté du MSSS de réserver le recours aux soins de longue durée à la clientèle en perte d'autonomie sévère et de ne pas accueillir dans les CHSLD les personnes qui ne nécessitent pas un tel niveau de soins.

Le Québec utilise un outil mis au point à l'Université de Sherbrooke, celui des profils Iso-SMAFMC, qui établit des profils d'aptitudes et de perte d'autonomie et définit des catégories de besoins nécessaires pour compenser la perte d'autonomie. « À la suite d'une évaluation SMAFMD, les usagers sont classés parmi les 14 profils Iso-SMAF selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de leur autonomie. Les usagers peuvent ensuite être adéquatement répartis selon le profil d'accueil des établissements ou services. Cet outil facilite l'identification du niveau d'expertise, le nombre d'heures de soins et la quantité de personnel requis pour répondre aux besoins de la clientèle. »⁸

Ce système de classification comporte 14 profils, classés de 1 à 14, dont les cotes plus élevées décrivent des pertes d'autonomie de gravité croissante. Ces profils se regroupent de la façon suivante :

⁸ « Profils ISO-SMAF », Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

- Profils 1, 2 et 3 – atteinte aux tâches domestiques;
- Profils 4, 6 et 9 – atteinte motrice prédominante;
- Profils 13 et 14 – alités et dépendants pour les activités de la vie quotidienne;
- Profils 11 et 12 – aide à la mobilité;
- Profils 5, 7, 8 et 10 – atteinte mentale prédominante.

De façon générale, les lits de CHSLD devraient être réservés aux personnes âgées dont la perte d'autonomie est la plus élevée, soit les niveaux 10 à 14. Le MSSS a fixé comme cible que 85,0 % des personnes nouvellement admises en CHSLD aient un profil Iso-SMAF de 10 et plus, et s'est doté d'un outil de mesure à cet effet⁹. La proportion de résidents hébergés ayant un profil de 10 et plus est ainsi passée de 69,1 % en 2013-2014 à 77,8 % en 2016-2017.

Ce plafonnement des places offertes en CHSLD s'explique largement par la réorientation d'une partie de la clientèle vers d'autres ressources. Dans la section suivante, nous verrons que ce déplacement ne s'est pas accompagné d'un redéploiement adéquat des ressources.

Les soins à domicile

Une baisse de la population desservie.

Ce plafonnement des dépenses pour l'hébergement s'est effectivement accompagné d'une croissance plus forte des dépenses pour les soins à domicile (SAD), puisque ceux-ci devaient servir une clientèle orientée précédemment vers les CHSLD. De 16,1 % en 2001-2002, la part des SAD dans le soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) a grimpé à 25,9 % en 2019-2020, en raison de l'augmentation importante de l'effort financier en faveur des soins à domicile dans les années les plus récentes. Les dépenses en SAD sont en effet passées de 794,7 M\$ à 882,6 M\$ en 2017-2018, la dernière année du mandat du gouvernement Couillard, soit une hausse de 11,1 %. Les augmentations ont été également marquées sous le gouvernement Legault, soit 12,4 % en 2018-2019 et 13,1 % en 2019-2020, ce qui les apporte à 1,1 G\$.

Jusqu'où cette correction significative a-t-elle réussi à satisfaire une demande qui, en raison du vieillissement, est en forte croissance ? À cette question, il convient de donner deux éléments de réponse. D'une part, il y a eu une forte augmentation des dépenses pour les SAD, et une augmentation significative des heures de soins dispensés. Par contre, le nombre de personnes qui ont reçu des soins à domicile n'a pas augmenté, même si le nombre de personnes âgées a bondi. Ce double phénomène, en apparence contradictoire, reflète une transformation importante des politiques de prestation des soins à domicile.

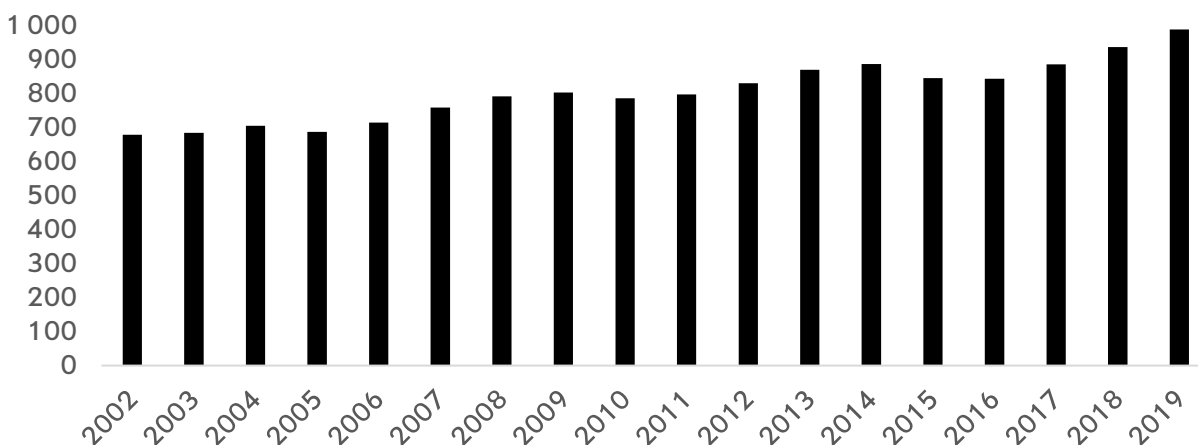
⁹ MSSS, Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux.

Les dépenses en soins à domicile par personne de 75 ans et plus ont augmenté de façon importante, passant de 680 \$ en 2002-2003 à 1 611 \$ en 2019-2020. Même en tenant compte de l'inflation et des coûts de système, pour reprendre la mesure de dépense effective utilisée précédemment, la progression reste importante, pour passer de 680 \$ à 1 036 \$.

Graphique 6

Soins à domicile, dépenses effectives par 75+ au Québec

(Données annuelles, dollars de 2002 par habitant ajustés aux coûts de système à 1,0 %)

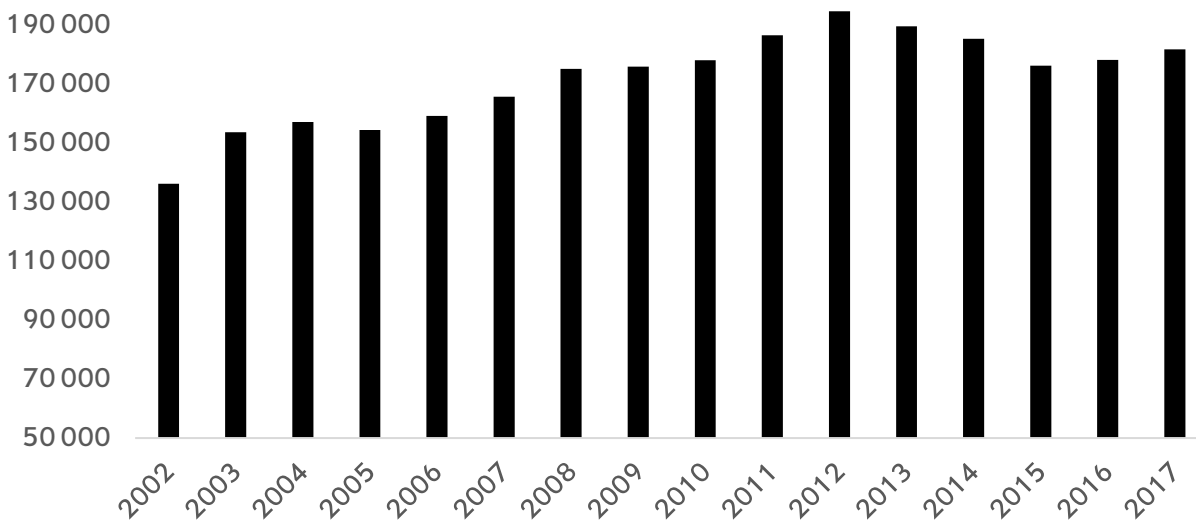


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

En revanche, le nombre de bénéficiaires de ces soins à domicile n'a pas progressé sur la période. En 2002-2003, 136 169 personnes ont pu obtenir des soins à domicile. Il y a eu ensuite une progression, jusqu'à un sommet de 194 699 personnes en 2012-2013. Après une baisse qui a porté le nombre de bénéficiaires à un creux de 176 250 en 2015-2016, on a assisté à une remontée, qui a porté ce nombre à 186 165 en 2019-2020, sans pour autant atteindre le sommet antérieur.

Graphique 7

Soins à domicile, nombre total de bénéficiaires au Québec (Données d'années fiscales, en nombre)



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

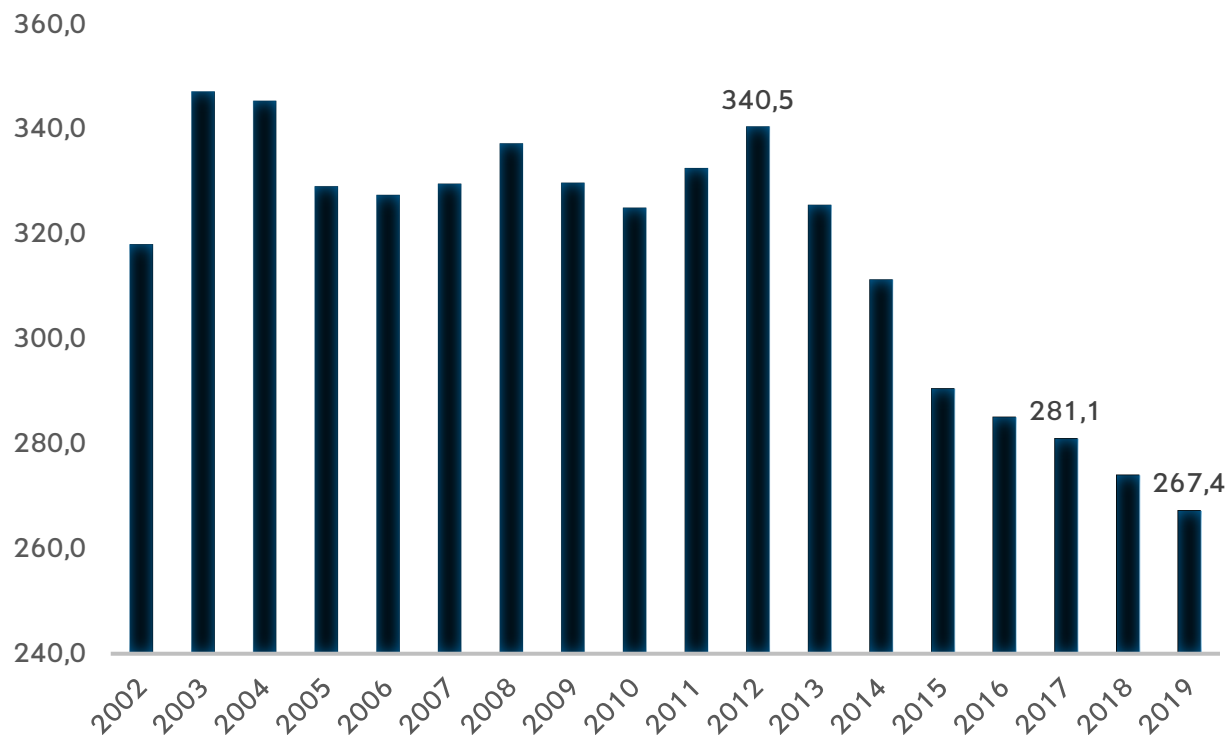
Parce que la population en âge de nécessiter des soins à domicile a augmenté de façon importante, il est clair que la proportion des 75 ans et plus qui ont pu avoir accès à des services de soins à domicile a baissé : d'un sommet de 34,7 % en 2003, elle est passée à 26,7 en 2019-2020.

La proportion des personnes âgées qui ont accès à des soins à domicile a baissé sur une période de 20 ans.

Nous pouvons exprimer cette tendance par une mesure couramment utilisée, le nombre d'utilisateurs de soins à domicile par 1 000 personnes de 65 ans et plus. Ce ratio est passé d'un sommet de 154,8 en 2008-2009 à 113,8 en 2019-2020. Et pour la population, plus critique, des 75 ans et plus, il est passé de 340,5 à 267,4 entre 2012-2013 et 2017-2018.

Graphique 8

Nombre des bénéficiaires de soins à domicile des 75+ par mille habitants au Québec



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Aucune étude, à notre connaissance, n'a suggéré que le taux de bénéficiaires de soins à domicile au Québec était à un niveau trop élevé et qu'il devait être corrigé à la baisse. C'est plutôt le contraire, comme nous le démontrerons plus tard.

Par contre, parallèlement à ce plafonnement du nombre de bénéficiaires, on a assisté à une augmentation importante du nombre de services de soins à domicile. Il s'agit littéralement d'une explosion. Le nombre d'interventions, qui était de 7,8 millions en 2013-2014, a pratiquement doublé pour atteindre 14,8 millions en 2019-2020. Le nombre d'heures de soins, sur la même période, une mesure couramment utilisée, a bondi de 6,6 à 13,8 millions.

Cette hausse s'explique par une modification des pratiques et une transformation des clientèles. Le resserrement des critères d'admission en CHSLD a fait en sorte que les services de soins à domicile ont dû répondre aux besoins plus importants d'une clientèle plus lourde nécessitant plus d'heures de soins par semaine. À ce phénomène de déplacement s'ajoute l'augmentation de la proportion de personnes très âgées.

Le choix de déplacer une partie de la clientèle vers les soins à domicile et de procurer à ces bénéficiaires un plus haut niveau de prestations de soins comblait certes des besoins. Cependant, ce choix s'est fait au détriment des personnes âgées dont la perte d'autonomie était moins importante et a privé de soins à domicile une clientèle qui, dans d'autres circonstances, aurait eu accès à ces services.

Notons également, pour compléter le tableau, la contribution du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), destiné aux personnes âgées qui font appel à une entreprise d'économie sociale et qui offre un rabais sur le coût horaire de ces services, de 4 \$/h ou plus, selon les besoins et la situation financière. En 2019-2020, ce programme a coûté 97,7 M\$.

Les comparaisons canadiennes

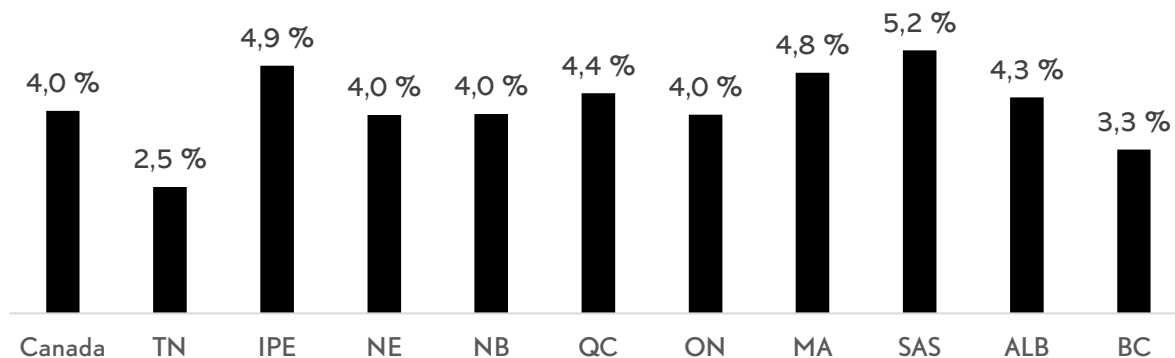
Pour le soutien à l'autonomie, le Québec est dans la moyenne.

Les comparaisons des mesures de soutien à l'autonomie du Québec avec celles d'autres systèmes de santé sont utiles pour développer de meilleures politiques, particulièrement avec les autres provinces canadiennes dont les systèmes de santé sont semblables. Elles sont toutefois limitées par les différences dans les concepts, les définitions et les institutions qui varient d'une province à l'autre, et surtout par le fait que le Québec ne participe pas aux initiatives de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dans ce domaine.

Les données du recensement de 2016 permettent cependant de connaître le lieu où vivent les personnes âgées. Pour les modes d'hébergement qui constituent vraiment des soins de longue durée, soit l'équivalent des CHSLD et des RI-RTF, le Québec ne se distingue pas des autres provinces canadiennes : 4,39 % des Québécois de 65 ans et plus sont hébergés dans ce type d'établissement, un peu plus que la moyenne canadienne de 4,04 %, mais moins que dans trois autres provinces (Île-du-Prince-Édouard, Manitoba et Saskatchewan).

Graphique 9

Pourcentage des personnes de 65+ hébergées en établissements de soins de longue durée en 2016



Source : Statistique Canada, recensement 2016.

Une autre comparaison peut être obtenue en juxtaposant les statistiques du MSSS pour le Québec aux données que compile l'ICIS pour d'autres provinces, dans le cadre d'un programme auquel le Québec ne participe pas¹⁰. Ces données portent sur les patients évalués dans les établissements spécialisés et les hôpitaux avec des lits de longue durée financés par l'État. Pour le Québec, nous retenons les lits en CHSLD et en RI-RTF.

Tableau 4

Résidents 65+ en soins de longue durée en 2020

Province	Population	Part du total
Terre-Neuve-et-Labrador	3 486	3,0 %
Québec	52 349	3,1 %
Ontario	124 967	4,8 %
Manitoba	7 644	3,4 %
Saskatchewan	7 574	4,0 %
Alberta	20 723	3,4 %
Colombie-Britannique	34 948	3,5 %

Source : Institut canadien d'information sur la santé, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Statistique Canada, tableau 17-10-0005-01.

¹⁰ ICIS, « Profil des résidents des établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée 2019-2020 », 2020.

Dans l'ensemble, ces données, avec leurs limites, semblent indiquer que le Québec se situe, pour les soins de longue durée, au-dessous de la moyenne canadienne, ce qui peut peut-être s'expliquer par les efforts pour limiter le recours aux CHSLD.

Les comparaisons sont cependant plus difficiles dans le cas des soins à domicile. L'ICIS explique pourquoi¹¹ : « Il est difficile de fournir des estimations complètes des dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires dans la BDDNS, car les définitions, les combinaisons de services et les sources de financement varient d'une autorité compétente à l'autre. »

L'ICIS a mis au point une nouvelle méthodologie, le système d'information sur les services à domicile (SISD), qui propose une analyse détaillée de l'état de santé des clientèles¹², un projet en développement auquel adhèrent progressivement diverses provinces, mais pas le Québec. Les données permettent de connaître la proportion de personnes âgées qui ont accès aux soins à domicile dans ces provinces. Selon ces données, les usagers des soins à domicile représentaient 10,1 % des personnes âgées en 2018-2019 à Terre-Neuve, 12,9 % en Alberta, et 9,0 % en Colombie-Britannique. Les données du MSSS indiquent quant à elles que 181 705 personnes âgées ont obtenu un ou des services à domicile dans le cadre du SAPA en 2017-2018, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, ce qui correspond à 11,9 % de la population des 65 ans et plus. Cette proportion se situe dans le même ordre de grandeur que les données de l'ICIS pour trois provinces.

Statistique Canada, dans une étude portant sur 2015-2016¹³, à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fournit des données qui ne distinguent toutefois pas les bénéficiaires en fonction de leur âge et englobent d'autres clientèles (déficiences physiques, etc.). Les pourcentages obtenus ne peuvent pas être comparés aux précédents, mais ils permettent d'analyser les efforts respectifs des provinces. Le Québec se compare aux autres provinces, quoiqu'il se situe dans la fourchette supérieure avec la Nouvelle-Écosse.

¹¹ ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2019, notes méthodologiques*.

¹² ICIS, « *profil des clients des services à domicile 2018-2019* ».

¹³ Statistique Canada, « *Le recours aux soins à domicile structurés au Canada* ».

Tableau 5

Proportion de la population recevant des soins à domicile en 2015-2016

Province	Pourcentage de la population
Terre-Neuve-et-Labrador	6,2 %
Île-du-Prince-Édouard	6,4 %
Nouvelle-Écosse	7,8 %
Nouveau-Brunswick	7,0 %
Québec	7,1 %
Ontario	6,7 %
Manitoba	5,7 %
Saskatchewan	5,4 %
Alberta	6,0 %
Colombie-Britannique	4,9 %

Source : Statistique Canada

Dans l'ensemble, tous ces éléments d'information semblent indiquer que le Québec ne se distingue pas du reste du Canada pour ses soins de longue durée et ses soins à domicile, ni dans un sens ni dans l'autre, sauf, bien sûr, pour son recours plus élevé aux résidences pour personnes âgées.

Deuxième partie : les besoins futurs

Sans un coup de barre majeur, le Québec sera incapable de faire face aux pressions du choc démographique et aux obligations d'un rattrapage.

Les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) vont subir, dans les années qui viennent, une double pression. D'abord, un rattrapage sera nécessaire pour mettre à niveau la prestation de services. Ensuite, les effets du vieillissement font en sorte que le nombre et la proportion de personnes âgées susceptibles de nécessiter de tels services augmenteront de façon significative dans les deux prochaines décennies. Il sera impossible pour le Québec de répondre à cette demande et de combler ces besoins essentiels sans une importante injection de ressources et une réforme des façons de faire.

Une projection des coûts futurs

Une croissance géométrique des dépenses.

Dans un premier temps, la croissance rapide des clientèles fera naturellement augmenter les dépenses pour le soutien à l'autonomie, tant pour les soins à domicile que pour l'hébergement de longue durée. Un cahier de la Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels¹⁴ (CREEI) a réalisé des projections qui permettent de mesurer ces coûts sur un horizon de 30 ans.

Ce modèle repose sur des projections démographiques, auxquelles on applique les profils Iso-SMAF mesurant le degré de perte d'autonomie des clientèles âgées et donc les besoins futurs en services. Il s'appuie sur une analyse très détaillée des types de services requis et des coûts pour chaque milieu de vie.

L'étude repose sur des projections de statu quo, c'est-à-dire que l'on suppose que les services seront offerts selon les critères actuellement en vigueur, qui s'ajusteront toutefois en fonction de la croissance des clientèles.

¹⁴ « Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins », Nicholas-James Clavet, Yann Décarie, Réjean Hébert, Pierre-Carl Michaud et Julien Navaux, 2021.

Nous reproduisons ici, dans deux tableaux, les principaux résultats de cette étude. Le premier porte sur la prévision des clientèles du SAPA. Avec l'arrivée de la vague du baby-boom, le nombre de personnes en CHSLD doublera entre 2020 et 2040, passant de 38 767 en 2020 à 80 911 en 2040, pour atteindre 99 591 en 2050. Grosso modo, le Québec, qui n'a pas ajouté de places à son parc de CHSLD depuis 20 ans, devrait en ajouter 2 000 par année pendant 30 ans. La croissance des clientèles est légèrement inférieure pour les RI-RTF. Quant au nombre de bénéficiaires de soins à domicile, il passera de 147 050 en 2020 à 280 909 en 2040.

Tableau 6

Projection du nombre de personnes recevant du SAPA

Année	CHSLD	RI-RTF	SAD	Total
2020	38 767	9 987	147 050	195 714
2025	44 040	11 253	171 271	226 564
2030	54 085	13 527	206 479	274 091
2035	67 340	16 196	245 783	329 318
2040	80 911	18 745	280 909	380 565
2045	92 812	21 185	308 797	422 794
2050	99 591	22 701	321 637	443 929

Source : CREEI.

Ces projections de clientèles permettent de prévoir les coûts à venir en SAPA. Les dépenses totales passeraient de 6,2 G\$ à 25,7 G\$ sur la période de 30 ans. Une partie de ces dépenses totales, environ 14 %, sont assumées par les usagers pour les frais d'hébergement. Nous nous penchons plutôt sur la portion assumée par le gouvernement, celle qui a une incidence sur les finances publiques. Selon ce modèle, la dépense du gouvernement du Québec passera de 5,3 G\$ à 21,9 G\$ entre 2020 et 2050. On notera que les taux de croissance sont particulièrement élevés pour les périodes quinquennales 2025-2030 et 2030-2035.

Tableau 7

Projection du coût total du SAPA pour le gouvernement du Québec, 2020-2050 (Données annuelles, en millions de dollars et en pourcentage)

Année	Coûts en M\$	Taux de croissance annuel moyen
2020	5 304	–
2025	6 641	4,6 %
2030	8 933	6,1 %
2035	12 036	6,1 %
2040	15 511	5,2 %
2045	19 089	4,2 %
2050	21 941	2,8 %

Source : CREEL.

Si rien ne change, l'augmentation du nombre de personnes âgées fera doubler les dépenses pour le soutien à l'autonomie d'ici 20 ans.

Cette étude apporte une contribution essentielle au débat sur les politiques de soutien à l'autonomie, en comblant des carences dans les connaissances résultant de l'absence de données, et en proposant ce que l'on peut qualifier de scénario de référence qui sera utile pour réaliser des analyses de sensibilité nécessaires pour formuler des politiques publiques.

L'impact sur les finances publiques

Le soutien à l'autonomie occupera une part croissante des dépenses de santé.

Pour évaluer l'impact de la croissance des dépenses en SAPA sur les finances publiques québécoises, les choix budgétaires et donc la capacité collective de payer pour ces services, il faut, dans un premier temps, être en mesure de prévoir l'évolution des dépenses de l'État et de sa situation budgétaire.

Pour ce faire, nous utilisons les projections financières réalisées par l'Institut du Québec¹⁵ à l'aide du modèle macroéconomique du Conference Board du Canada. Ces simulations reposent

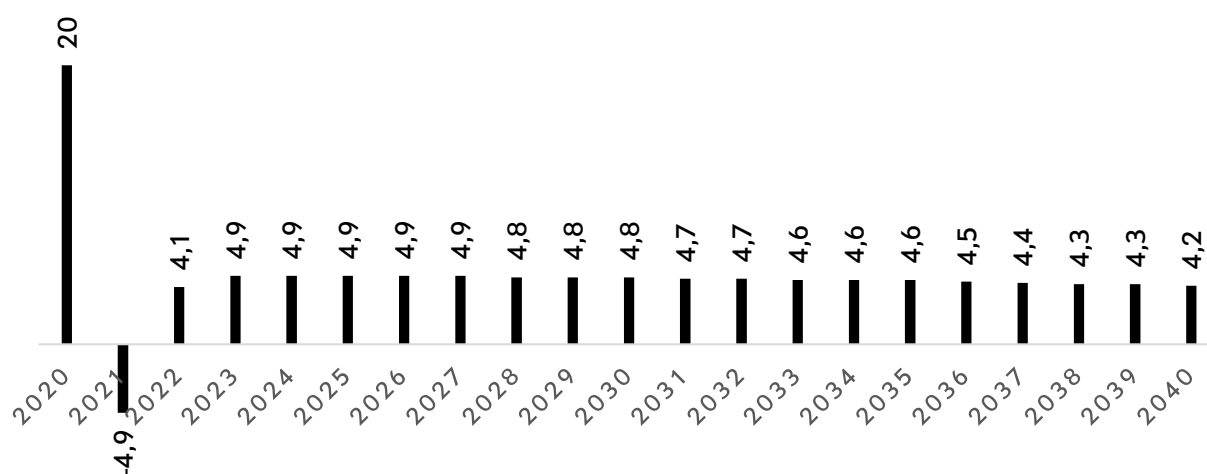
¹⁵ IDQ, « L'impact de la pandémie sur les finances publiques du Québec », 2021.

sur l'hypothèse que le taux de croissance annuel des dépenses de santé sera de 4,9 % au début de la période analysée, en 2023-2024, pour ensuite baisser progressivement jusqu'à 4,2 % en 2040-2041. Ces taux de croissance sont la résultante de prévisions pour neuf sous-catégories de dépenses de santé reposant sur des projections démographiques différenciées par âge et par sexe.

Graphique 10

Croissance des dépenses de santé au Québec

(Données d'années fiscales, en pourcentage)



Source : Institut du Québec.

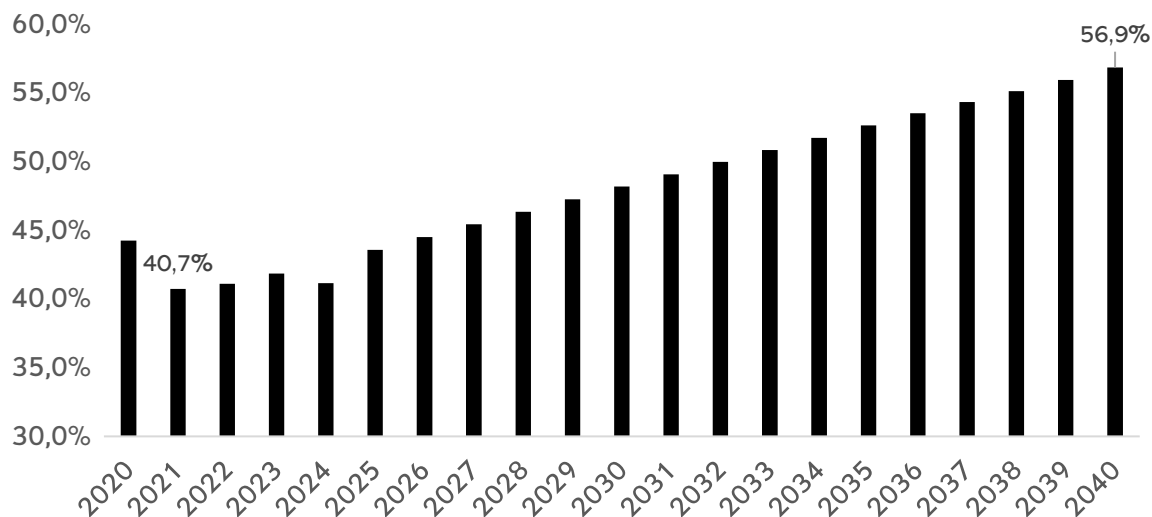
Ces prévisions de taux de croissance peuvent sembler élevées, mais elles sont réalistes, sachant que l'expérience des années récentes montre que le gouvernement du Québec, sauf dans les périodes de redressement budgétaire, a eu du mal à maintenir des taux de croissance modérés et à les ramener sous la barre des 4,0 %.

Le modèle de l'IDQ montre que la forte croissance des dépenses de santé, supérieure à celle de l'activité économique et à celle des revenus de l'État, est le principal facteur qui contribuera à faire en sorte que les soldes budgétaires seront négatifs et que les déficits augmenteront sur la période.

Avec de tels taux de croissance, les dépenses de santé, qui représentaient 38,5 % des revenus de l'État en 2019-2020, passeront à 47,3 % des revenus en 2029-2030, franchiront ensuite la barre des 50,0 % en 2032-2033, pour s'établir à 56,9 % en 2040-2041.

Graphique 11

Pourcentage des dépenses en santé dans les revenus totaux au Québec (Données annuelles, en pourcentage)



Source : Institut du Québec.

Cette croissance des dépenses de santé constitue l'un des grands, sinon le plus important des défis pour les finances publiques du Québec, comme pour celles des autres provinces. Cette pression, selon les études du directeur parlementaire du budget ou du Conseil de la fédération, permet de s'interroger sur la viabilité des finances publiques provinciales et mène à un débat difficile sur le partage des ressources fiscales entre le gouvernement central et les provinces.

C'est dans ce contexte qu'il faut évaluer l'impact que pourront avoir les dépenses de SAPA. Rappelons que le vieillissement n'est qu'une des causes, et pas la principale, de la croissance des coûts de la santé. Selon une analyse du Conference Board¹⁶, pour un taux de croissance projeté de 5,25 % sur la période 2019-2020 à 2040-2041, le vieillissement ne contribue que pour un point de pourcentage. L'inflation, l'augmentation de la population, les changements technologiques et l'amélioration de l'offre expliquent l'essentiel de l'accroissement.

En outre, une portion significative de cet effet du vieillissement ne proviendra pas du soutien à l'autonomie, mais plutôt des dépenses médicales classiques – services médicaux, médicaments, coûts d'hospitalisation – qui augmentent de façon exponentielle avec l'âge. Il faut également garder en mémoire que le SAPA représente une portion relativement modeste des dépenses de santé, soit environ 13,1 %¹⁷.

¹⁶ CBDC, Les facteurs de croissance des coûts des soins de santé au Canada, 2021.

¹⁷ Budget de dépenses 2021-2022, Crédits et dépenses des portefeuilles.

Les projections des dépenses de santé du modèle du Conference Board du Canada utilisé par l'IDQ tiennent déjà compte de la forte croissance des dépenses pour le soutien à l'autonomie. Cet impact est notamment capté à travers un taux de croissance élevé attribué au poste « autres institutions », dont les établissements de soins de longue durée sont la principale composante, de loin le plus important élément du SAPA¹⁸.

La demande accrue pour le soutien à l'autonomie aura un double effet sur les finances publiques. D'une part, c'est un facteur contributif important à la forte hausse des dépenses de santé et à leur incompressibilité. D'autre part, le différentiel entre le taux de croissance des dépenses pour le SAPA et celui des autres dépenses en santé fait en sorte que la proportion des sommes consacrées au soutien à l'autonomie au sein du budget de la santé ira en augmentant.

On peut estimer cet impact en juxtaposant les prévisions des deux modèles, celles du taux de croissance du SAPA proposé par le modèle du CREEI et celles de la croissance des dépenses totales de santé avec celui de l'IDQ. C'est à partir de 2025 que le différentiel entre ces taux de croissance est marqué. Le taux de croissance annuel moyen du SAPA augmente fortement pendant trois périodes quinquennales successives – à 6,1 % en 2025-2030, 6,1 % en 2030-2035 et 5,2 % en 2035-2040 –, tandis que celui des dépenses totales de santé selon le modèle de l'IDQ diminue graduellement de 4,6 % à 4,2 % sur l'horizon de 20 ans.

Selon les projections du modèle du CREEI, les dépenses publiques du SAPA passeront de 5,3 à 15,5 G\$ entre 2020 et 2040. Les dépenses de santé, quant à elles, selon le modèle IDQ/Conference Board, passeront de 52,5 G\$ en 2020-2021 à 118,2 G\$ en 2040-2041.

Le résultat net est que la proportion du SAPA dans le total des dépenses de santé passera de 10,1 % à 13,1 % sur cette période de 20 ans.

Cette augmentation de 3 points de pourcentage du poids du SAPA dans l'ensemble des dépenses de santé équivaudra à une dépense additionnelle de 3,8 G\$ en 2040, par rapport à un scénario où les dépenses consacrées à la perte d'autonomie auraient progressé à un rythme semblable à celui des dépenses globales de santé. Cette dépense additionnelle, avec l'augmentation du poids relatif du SAPA qu'elle engendre, équivaudra, en 2040, à 3,2 % des dépenses de santé.

¹⁸Les taux de croissance « autres institutions » modélisés par le CBDC sont plus élevés que les taux de croissance du SAPA du modèle Michaud pour les premières années, et légèrement inférieurs pour les années suivantes. Avec ces taux de croissance du Conference Board, les dépenses en SAPA atteindraient 17 451 G\$ en 2040, soit 652 M\$ de moins que dans le modèle du CREEI.

Cette pression des dépenses du SAPA aura une incidence significative sur les politiques de santé, puisque la proportion croissante de l'enveloppe budgétaire de la santé consacrée aux personnes âgées imposera une augmentation plus faible des autres postes de dépense en santé. Et si ce réaménagement des ressources financières au sein des programmes de santé s'avère impossible, le taux de croissance des dépenses de santé sera supérieur à celui qui est estimé par les modèles prévisionnels.

Si les politiques de soutien à l'autonomie restent les mêmes, la pression exercée par l'augmentation des personnes âgées restera soutenable. Ce qui n'est pas soutenable, c'est le maintien du statu quo.

Cet impact du SAPA est important. Ce n'est pas seulement l'ampleur de ces dépenses qui pose un défi, mais aussi le fait qu'elles s'ajoutent à une situation qui s'annonce déjà intenable. Les dépenses projetées pour le soutien à l'autonomie exerceront une pression additionnelle sur une mission dont il est déjà difficile de contrôler la croissance, ce qui rendra plus laborieux les efforts pour en infléchir la progression.

Cependant, à notre avis, la dépense additionnelle, soit 3,8 G\$ en 2040 sur un budget de santé de 118,2 G\$, reste soutenable quoiqu'importante.

N'oublions toutefois pas que ces projections reposent sur un scénario de statu quo supposant que les règles d'accès pour les politiques de soutien à l'autonomie resteront similaires à celles qui prévalent actuellement, dans lequel on n'offre pas plus de services que maintenant et on ne fait que s'ajuster à l'augmentation naturelle de la clientèle.

Ce qui ne sera pas soutenable, pour le gouvernement du Québec, ce sera de maintenir une telle politique de statu quo.

En effet, des pressions considérables s'exerceront pour que le gouvernement du Québec fasse beaucoup plus que répondre de façon mécanique à l'augmentation naturelle des clientèles en raison du vieillissement, et qu'il améliore les services, notamment dans les CHSLD, et augmente significativement l'offre de soins à domicile. Ce sont ces pressions additionnelles pour mettre fin au statu quo et augmenter la prestation de services du SAPA, tant en quantité qu'en qualité, que nous analyserons dans la section qui suit.

D'énormes pressions sur les besoins futurs

Cette partie du rapport analysera les pressions qui s'exerceront pour augmenter de façon significative la demande pour des services destinés à l'autonomie des personnes âgées et expliquera pourquoi le statu quo n'est pas soutenable.

La description des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et l'étude de leur évolution, présentées dans la première partie de ce rapport, sont en fait une analyse de l'offre de soins et de services. Dans un système de santé public comme celui qui prévaut au Canada et au Québec, la plupart des services prodigués sont gratuits, dans le sens où ils ne requièrent pas de paiement direct de la part des usagers. En absence de signaux de prix, et en raison du caractère particulier de ce bien pour lequel la demande est pratiquement illimitée, l'équilibre entre l'offre et la demande repose largement sur des mécanismes de rationnement.

Ces mécanismes de rationnement et d'allocation sont très visibles dans le cas du SAPA : l'accès à l'hébergement, dans les CHSLD ou les RI-RTF, est déterminé par le réseau du MSSS en fonction d'algorithmes et de critères préétablis. Le droit de recevoir des soins à domicile ainsi que la nature et la fréquence de ces soins sont également déterminés à partir de normes. À cela s'ajoutent les temps d'attente. Au début de 2021, la liste d'attente pour les CHSLD s'élevait à 3 280 personnes et le temps d'attente était de six mois. La liste d'attente au-delà de 90 jours pour les soins à domicile dépasse les 10 000 personnes.

L'offre pour les services de soutien à l'autonomie est largement inférieure à la demande exprimée par les personnes âgées. C'est la correction de ce grave déséquilibre qui exercera les pressions les plus brutales.

Nous pouvons en déduire que l'état actuel du marché du soutien à l'autonomie reflète l'offre pour ces services, et non pas la demande réelle pour ceux-ci. Pour évaluer cette demande, et ainsi mesurer l'écart entre l'offre rationnée et la demande, nous aurons recours à diverses approches, qui permettent toutes de conclure que l'offre actuelle pour de tels services est significativement inférieure aux besoins :

- Les comparaisons internationales, qui donnent des informations utiles sachant que plusieurs sociétés industrialisées ont été confrontées au vieillissement plus tôt que le Québec et le Canada.
- Les analyses scientifiques sur les besoins des personnes âgées en soutien à l'autonomie, soit à travers l'autodéclaration ou une évaluation médicale, qui indiquent clairement qu'une partie importante des besoins ne sont pas comblés par le système de santé public.
- Cette analyse sera différenciée pour les besoins d'hébergement et les soins à domicile, qui, même s'ils s'inscrivent dans un même continuum de soins, répondent à des dynamiques qui leur sont propres.
- Enfin, comme le niveau de l'offre provenant d'un réseau public est en partie déterminé sur un marché politique, il est nécessaire d'examiner, avec prudence, les facteurs culturels, sociaux, démographiques et politiques susceptibles d'influencer la demande et, surtout, de faire en sorte que cette demande puisse forcer un réajustement de l'offre.

Les comparaisons internationales

Comme nous avons établi que le Québec se situe dans la moyenne canadienne, les comparaisons entre le Canada et les autres pays de l'OCDE peuvent permettre de situer le Québec et de fournir des informations pertinentes. Ces comparaisons internationales ont des limites, en raison des différences entre les divers systèmes de santé et de la compatibilité des données, ou encore, dans le cas du Canada, de la rareté des données. Mais plusieurs tableaux produits par l'OCDE¹⁹ nous permettent néanmoins de tirer des observations utiles.

À l'échelle mondiale, le vieillissement du Québec est exceptionnel

Avant de comparer les politiques d'autonomie, il est important de situer le Québec en ce qui a trait au vieillissement de sa population, puisque c'est là le facteur déterminant pour définir ce qui devrait être le niveau de services.

Notons qu'il n'est pas tout à fait exact d'affirmer que le Québec est une société vieille. Il serait plus précis de dire que le Québec s'est distingué par son vieillissement très rapide, l'un des plus marqués des pays avancés, à partir des années 70, quand le baby-boom plus prononcé qu'ailleurs a été suivi d'une très faible natalité²⁰. En 1970, la proportion des 65 ans et plus au Québec n'était que de 6,7 %, au 30^e rang de 34 pays de l'OCDE. Seulement quatre pays affichaient un taux plus bas, soit la Turquie, le Mexique, le Chili et la Corée du Sud, des économies

¹⁹ OCDE, « Panorama de la santé 2019 », 2020.

²⁰ Vieillesse démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE, ISQ, 2015.

alors encore en développement. En 2010, le Québec, avec un taux de 15,3 %, devançait 18 pays de l'OCDE.

Cela n'est pas visible lorsqu'on regarde la proportion présente et future des personnes âgées. En 2017, avec 18,4 % de personnes de 65 ans et plus, le Québec est légèrement au-dessus de la moyenne de 17,4 % d'un groupe de 42 pays comprenant les membres de l'OCDE et d'autres économies importantes, derrière la plupart des pays du nord de l'Europe, comme la France et l'Allemagne. À l'horizon 2050, avec une proportion de 27,0 %, le Québec sera exactement dans la moyenne.

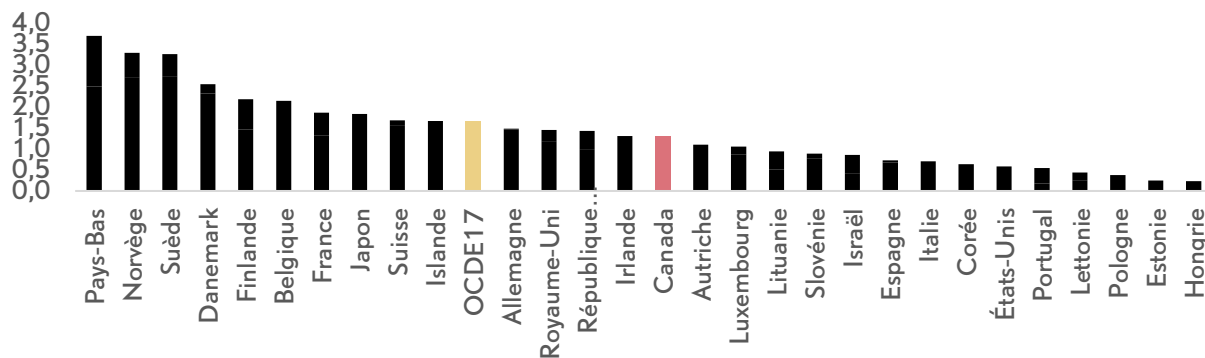
Nous verrons, dans les tableaux qui suivent, que le Québec, maintenant une société mature comme bien d'autres, quoiqu'au terme d'un passage extrêmement rapide, ne semble pas avoir réussi à s'ajuster à une situation avec laquelle plusieurs pays ont appris à composer en y consacrant des ressources et en adaptant leurs institutions.

Le Canada est sous la moyenne pour les dépenses en soins de longue durée

Graphique 12

Dépenses publiques de soins de longue durée (volets médical et social)

(Données annuelles, 2017 ou l'année la plus récente, en pourcentage du PIB)



Source : OCDE.

Ce tableau, auquel il est souvent fait référence dans les débats sur les politiques de soutien à l'autonomie, montre qu'avec des dépenses de soins de longue durée équivalant à 1,3 % de son PIB, le Canada est nettement sous la moyenne de l'OCDE de 1,7 %. Le Canada fait partie d'un groupe de pays consacrant moins de ressources aux soins de longue durée, dans lequel on retrouve plusieurs pays d'Europe de l'Est ainsi que des pays de tradition anglo-saxonne. Il s'écarte du groupe des pays d'Europe du Nord auxquels il se rapproche habituellement pour son filet de sécurité sociale.

À l'échelle internationale, le Québec et le Canada sont de véritables cancrs pour les soins de longue durée.

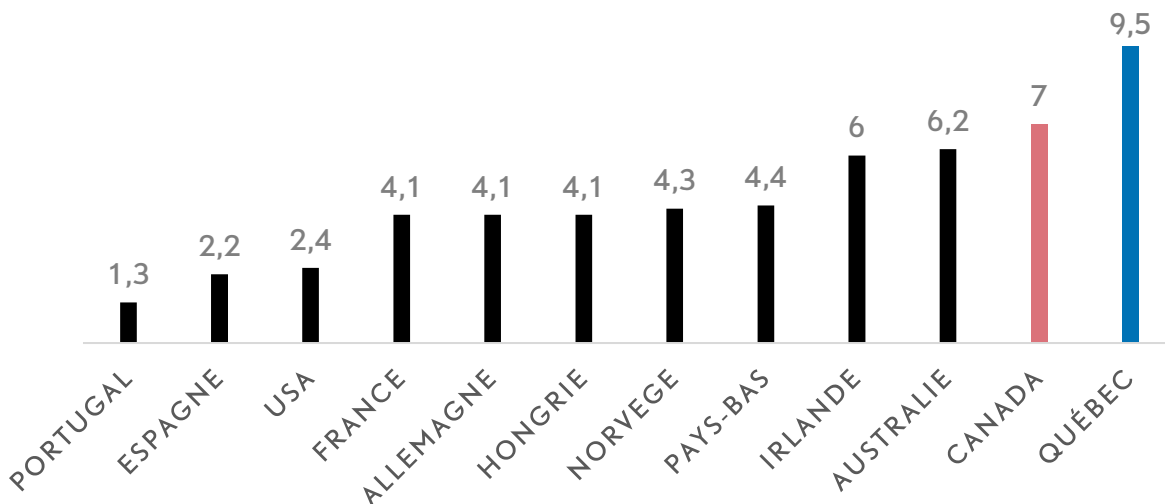
Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ces écarts. D'abord, les pays dont la population comporte une proportion plus élevée de personnes âgées auront tendance à consacrer plus de ressources à cet enjeu. Cela peut en partie expliquer notre écart avec les pays d'Europe du Nord, parce que le Canada, une société plus jeune, a été confronté plus tard au vieillissement. Les différences tiennent également au niveau de richesse des pays, ou encore à leurs valeurs et leur conception du rôle et des responsabilités de l'État.

Le Canada se distingue par le poids élevé des dépenses d'hébergement

À partir de données de l'OCDE, l'ICIS a publié une compilation²¹ portant sur tous les types d'hébergement de longue durée, y compris les résidences pour personnes âgées. Elle montre que c'est au Canada que la proportion de personnes âgées en résidence est la plus élevée. Nous y avons ajouté la donnée pour le Québec en utilisant les mêmes critères.

Graphique 13

Pourcentage des 65+ en hébergement de soins de longue durée
(Données annuelles, 2018 ou l'année la plus récente, en pourcentage)



Sources : ICIS, OCDE, Statistique Canada.

²¹ Institut canadien d'information sur la santé. *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : comment le Canada se compare-t-il aux autres pays – tableaux de données*, Ottawa, ON : ICIS; 2020.

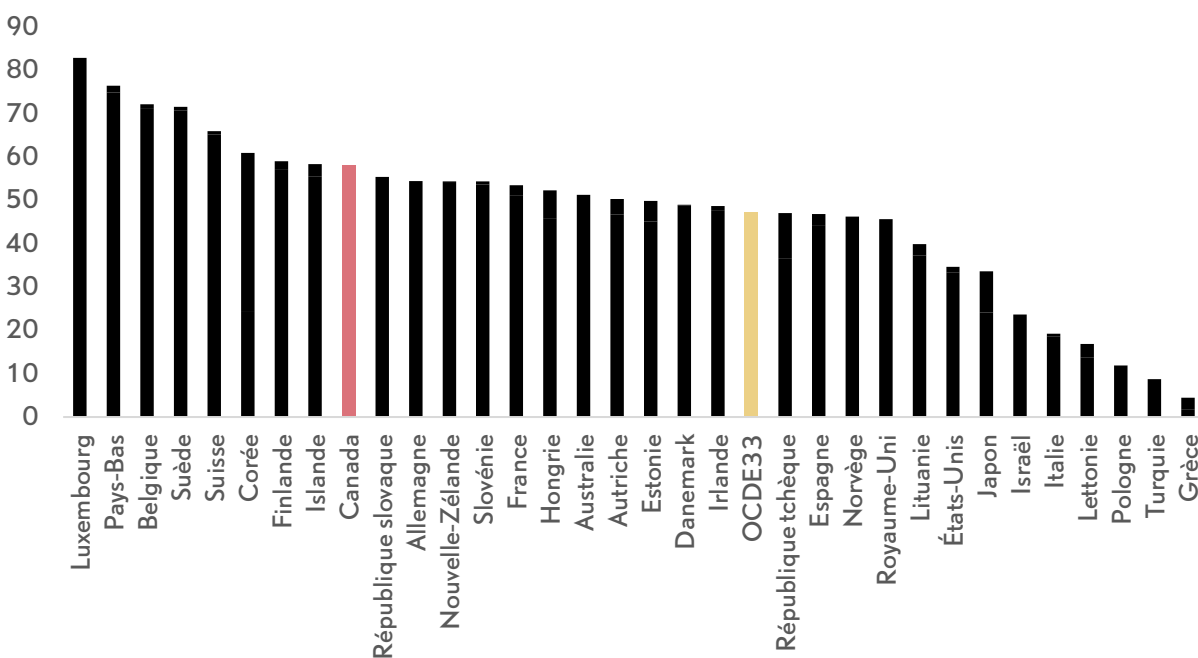
Nous savons que le recours à l'hébergement de longue durée est plus élevé au Québec que dans les autres provinces quand on inclut les RPA, comme c'est le cas ici. Les valeurs canadiennes sont donc affectées par l'exception québécoise. Cependant, sans cet impact du Québec, le Canada serait quand même en tête de classement. Quant au Québec, avec une proportion de 9,5 % de personnes âgées en hébergement de longue durée, selon les données du recensement déjà citées, il constitue une anomalie dans le monde industrialisé.

Le Canada offre plus de lits de longue durée

Les données qui suivent portent quant à elles sur les lits de longue durée en établissement spécialisé ou à l'hôpital, comme les CHSLD et les RI-RTF, ce qui n'inclut pas RPA. Pour ces lits de longue durée, nous savons que le Québec est dans la moyenne canadienne. Mais le Canada se distingue avec un nombre de lits de longue durée par 1 000 habitants de 65 ans et plus nettement au-dessus de la moyenne de l'OCDE, et fait partie des pays qui recourent davantage à cette solution.

Graphique 14

Lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital
(Données annuelles, 2017 ou l'année la plus récente, par mille)



Source : OCDE.

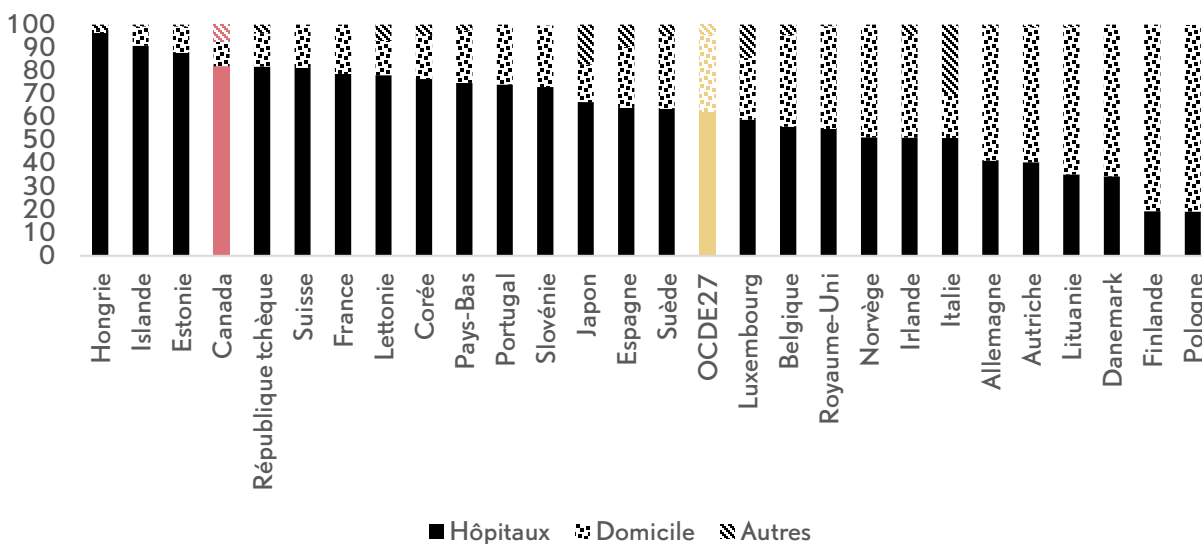
Le fait de se classer parmi les pays comptant le plus de lits par habitant âgé n'est pas une mesure de succès. La tendance dans la plupart des pays est à la réduction de ces lits, en raison d'un déplacement de l'effort vers les soins à domicile, comme l'explique le document de l'OCDE : « De nombreuses personnes ayant besoin de soins de longue durée souhaitent rester à leur domicile aussi longtemps que possible. Compte tenu de ces préférences, et du coût élevé des soins dispensés en établissement, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des services à destination des personnes âgées afin de faciliter leur prise en charge à domicile. » Les données de l'OCDE montrent ainsi que le nombre de lits de longue durée baisse dans la plupart des pays, un phénomène que nous avons noté plus haut dans le cas du Québec.

Les Canadiens reçoivent moins de soins à domicile

Une autre statistique de l'OCDE, très révélatrice, montre à quel point le Canada mise peu sur les soins à domicile en comparaison avec ses pairs. Ces chiffres portent uniquement sur le volet médical des soins de longue durée, et excluent donc les services de soutien de type social (aide domestique, etc.). Au Canada, 82 % de ces soins médicaux sont offerts à l'hôpital, contre 62 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. En outre, 11 % des soins sont prodigués à domicile au Canada, soit trois fois moins que la moyenne de l'OCDE et quatre fois moins que dans plusieurs pays européens.

Graphique 15

Répartition des dépenses publiques de soins médicaux de longue durée
(Données annuelles, 2017 ou l'année la plus récente en pourcentage)



Source : OCDE.

Ce graphique montre non seulement que le Canada est dans le peloton de queue en ce qui a trait aux soins à domicile, mais qu'à ce chapitre, il s'écarte aussi des tendances lourdes que l'on observe dans les pays de l'OCDE en faveur d'un renforcement des soins à domicile.

Conclusion : un retard du Québec

Les comparaisons internationales, malgré leurs limites inhérentes, nous permettent de tirer trois grandes conclusions :

- Le Canada et le Québec consacrent nettement moins de ressources que leurs pairs aux soins de longue durée.
- Au sein des dépenses de longue durée, le Canada consacre relativement plus de ressources que ses pairs dans des programmes liés à l'hébergement, et c'est encore davantage le cas au Québec. Par voie de conséquence, le Canada consacre relativement moins de ressources dans les soins à domicile.
- Le Québec n'a pas pris le virage que son vieillissement imposait. Comme le notait l'étude de l'INSPQ²², l'augmentation des besoins, plus marquée au Québec que dans la plupart des pays, exigerait une augmentation plus rapide des ressources qui y sont consacrées : « ... compte tenu du rythme de vieillissement projeté de la population du Québec, celui-ci devrait connaître l'une des plus fortes croissances, parmi les pays de l'OCDE, de personnes ayant des besoins en soins de longue durée. De plus, si l'on analyse l'évolution future des besoins en soins de longue durée en fonction de la croissance de la population totale, c'est au Québec que la croissance des besoins en soins de longue durée serait la plus élevée par rapport à la croissance de la population (Lafortune et collab., 2007; ISQ, 2009). Donc, dans un contexte de financement public, c'est au Québec que la pression de la demande de soins de longue durée sur les fonds publics augmenterait le plus fortement. »

Le retard du Québec est d'autant plus étonnant que le vieillissement rapide de sa population aurait dû le sensibiliser aux enjeux liés au sort des personnes âgées.

²² ISQ, Vieillissement démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE », 2015.

Ce défi qui attendait le Québec en raison de ses particularités démographiques et de son vieillissement accéléré n'a pas été relevé.

Les besoins futurs en hébergement

Les projections de statu quo pour les besoins futurs en places d'hébergement dans les CHSLD et les RI-RTF du cahier de recherche du CREEI présentées plus haut reposent sur les hypothèses suivantes : les critères d'admission pour ces hébergements resteront les mêmes et s'ajusteront à un bassin de clientèle en augmentation, et les coûts seront similaires, avec les ajustements pour l'inflation et les coûts de système, en tenant compte du fait que l'augmentation de la clientèle exigera l'ajout de lits et donc des dépenses en capital.

Rappelons que selon ces projections, le nombre de places en CHSLD, qui se maintient légèrement sous le seuil de 40 000 depuis 15 ans, devrait augmenter d'environ 2 000 par année sur une période de 20 ans, pour passer de 38 767 en 2020 à 80 911 en 2040.

Deux processus, qui exerceront des pressions opposées, feront en sorte que l'évolution des besoins s'écartera de ce scénario de statu quo. D'un côté, une tendance lourde, observée dans les comparaisons internationales, mène à une réduction du recours à l'hébergement de longue durée. De l'autre, plusieurs facteurs exerceront des pressions très fortes sur les coûts des services d'hébergement.

La tendance à la réduction des lits de longue durée

On observe, au Québec, au Canada et dans le monde, une réduction du recours à l'hébergement au sein des politiques de soutien à l'autonomie. Ces tendances ont été notées dans la section précédente portant sur les comparaisons internationales, comme le souligne le document de l'OCDE²³ :

« Les soins de longue durée en établissement ne sont toutefois pas le premier choix des bénéficiaires des soins qui préfèrent souvent rester chez eux le plus longtemps possible. Ces dernières années, la plupart des pays ont pris des mesures visant à tenir compte de cette préférence et à promouvoir le maintien à domicile. »

Cette tendance a été amorcée au Québec avec le plafonnement du nombre de places en CHSLD, noté dans la première partie de l'étude. Le MSSS a fixé comme cible que 85,0 % des personnes

²³ ICIS, Parmi les nouveaux résidents en soins de longue durée, un sur neuf aurait pu recevoir des soins à domicile, août 2020.

nouvellement admises en CHSLD aient un profil Iso-SMAF de 10 et plus. En 2016-2017, la proportion était de 77,8 %. La cible n'ayant pas été atteinte, on peut raisonnablement supposer que les efforts se poursuivront et que l'on élèvera peut-être les cibles pour restreindre davantage l'accès aux CHSLD.

Les efforts pour réduire la surutilisation de l'hébergement de longue durée, couplés à l'expérience désastreuse de la pandémie, atténueront les pressions du vieillissement sur la croissance des besoins pour des places en CHSLD.

Le phénomène de la surutilisation d'établissements de soins de longue durée comme les CHSLD a été documenté par une étude récente de l'ICIS²⁴. « La plupart des personnes âgées au Canada désirent rester chez elles aussi longtemps que possible... Nous avons découvert qu'en 2018-2019, environ un résident nouvellement admis en soins de longue durée sur neuf aurait pu recevoir des soins à domicile. »

L'étude de l'ICIS, pour 2018-2019, portait sur sept provinces, le Québec, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard n'ayant pas participé. La proportion de personnes âgées en CHSLD au Québec étant semblable à ce que l'on retrouve pour des établissements similaires ailleurs au Canada, ce taux de surutilisation de 11 % peut sans doute s'appliquer au Québec.

Cette tendance sera vraisemblablement renforcée par l'expérience de la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle les clientèles âgées vivant dans les établissements de soins de longue durée du Québec ont été durement éprouvées. Lors de la première vague de la pandémie, soit avant le 1^{er} septembre 2020, selon les données de l'INSPQ²⁵, 68,3 % des 5 782 décès répertoriés ont eu lieu en CHSLD. Dans la deuxième vague, du 1^{er} septembre 2020 au 19 mars 2021, 1 690 des 4 738 décès, soit 35,7 %, ont aussi eu lieu en CHSLD. Ce nombre de décès est extrêmement élevé, même en tenant compte de la vulnérabilité de ces résidents, puisque la clientèle des CHSLD ne représente que 5,4 % de la population plus à risque, celle des 75 ans et plus. À ce taux de décès s'ajoutent les conditions absolument inhumaines auxquelles ont été soumis les résidents. Cet aspect marquant de la pandémie pourra contribuer à faire douter de la capacité de ces établissements à assurer une qualité de vie et une mort dans la

²⁴ ICIS, Défis communs liés aux priorités partagées, Volume 2, août 2020.

²⁵ <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

dignité, et à fournir un milieu de vie sécuritaire. Cela pourra faire en sorte que les clients potentiels, ainsi que leurs proches, voudront choisir, quand leur état de santé et d'autonomie le permet, d'autres formes de soutien.

Cependant, la volonté de mieux cibler l'attribution de places de soins de longue durée, et donc de freiner leur augmentation mécanique, se heurtera à une contrainte objective, soit l'accroissement substantiel du nombre de personnes très âgées, dont la perte d'autonomie est plus grande et qui sont plus susceptibles de nécessiter un encadrement en hébergement. Entre 2021 et 2051, selon les projections de l'ISQ, le nombre de personnes de 85 et plus sera multiplié par plus de 3, et passera de 218 000 à 705 000.

L'augmentation des coûts unitaires et l'effet COVID-19

Le deuxième processus qui affectera la croissance des dépenses pour l'hébergement de longue durée est une augmentation prévisible des coûts unitaires, dont la croissance dépassera le rythme de l'inflation et de la hausse naturelle des coûts de système, un processus qui sera accéléré par les contrecoups de la pandémie.

Le coût de chaque place en CHSLD bondira pour corriger les graves lacunes que la pandémie a tristement mises en relief.

L'expérience désastreuse de la COVID-19 a notamment eu pour effet de montrer que les ressources consacrées au soutien des personnes âgées en forte perte d'autonomie étaient nettement insuffisantes pour leur procurer un niveau de services et de soins qui constituerait un minimum acceptable. Les mesures d'urgence adoptées pendant la pandémie, ainsi que les changements plus durables déjà annoncés ou encore prévisibles, pointent vers une augmentation importante des coûts unitaires des établissements de soins de longue durée, en raison de :

- L'accroissement du personnel, déjà amorcé par le gouvernement du Québec à travers un vaste programme pour former 10 000 préposés aux bénéficiaires et assurer l'attractivité de ces postes par des avantages salariaux.
- La hausse possible du personnel plus spécialisé, notamment les infirmières, pour respecter des ratios d'encadrement, ainsi que des ressources administratives pour doter les établissements de cadres soumis à des mécanismes de reddition de comptes.
- L'augmentation prévisible des rémunérations, qui fait déjà l'objet de négociations pour assurer l'attraction et la rétention du personnel.

- L'établissement de normes plus strictes pour assurer la sécurité et la qualité des soins, qui auront des impacts sur les coûts de main-d'œuvre, comme des règles sur la mobilité du personnel, l'encadrement du recours à des agences et des mesures de sécurité.
- L'ajout de dépenses pour assurer l'adéquation d'infrastructures souvent désuètes et peu salubres, déjà amorcé par un programme de 2,5 G\$ annoncé pour la période 2019-2022.
- La remise à niveau des CHSLD privés non conventionnés, les parents pauvres du SAPA, qui fournissent un peu moins de 10 % des places, soit 3 566 en mars 2021, et dont la subvention équivaut à 80 % de ce que reçoivent les CHSLD privés conventionnés. Le gouvernement, en mars 2021, a annoncé une aide spéciale pour rehausser les rémunérations de ces établissements et s'est engagé à conventionner la moitié d'entre eux d'ici deux ans, une dépense additionnelle récurrente d'environ 25 M\$ par année.
- La mise en place des maisons des aînés, un projet-phare du gouvernement Legault qui a promis la création de 2 600 nouvelles places de ce type d'ici 2022²⁶, en proposant un hébergement plus humain qui s'adresse à la clientèle des CHSLD²⁷. Ce concept fera augmenter de façon sensible les dépenses de capital. Le coût d'une chambre en CHSLD traditionnel était estimé à 325 000 en 2017. Pour les maisons des aînés, selon les déclarations gouvernementales, il pourrait atteindre 500 000 \$.

Le troisième budget du gouvernement Legault pour 2021-2022 contient par ailleurs plusieurs mesures qui auront pour effet d'augmenter les coûts unitaires de l'hébergement de longue durée et qui, en partie, intègrent certains des facteurs évoqués plus haut. Ainsi, 387,5 M\$ sur cinq ans seront affectés à l'amélioration des services en RPA, des institutions privées habituellement non subventionnées, dont 335,8 M\$ pour poursuivre, de façon dégressive, une aide instaurée pendant la pandémie pour rehausser les rémunérations et 52 M\$ pour soutenir la mise à niveau de certaines RPA. Par ailleurs, 334 M\$ sont prévus pour renforcer les soins et les services en hébergement.

Dans l'ensemble, nous pouvons conclure que, par rapport à des scénarios de statu quo, les tendances lourdes concernant l'hébergement de longue durée feront en sorte que la croissance du nombre de places offertes ne suivra pas nécessairement les courbes démographiques. En revanche, les pressions sur les coûts risquent d'être considérables.

²⁶ CHSLD et maisons des aînés – Le gouvernement du Québec annonce un projet de transformation majeure des milieux d'hébergement pour aînés et adultes ayant des besoins spécifiques au Québec, Québec, 26 novembre 2019.

²⁷ Maisons des aînés et alternatives, Le document d'orientation, MSSS, 2021.

Les besoins futurs en soins à domicile

Une abondante littérature porte sur les besoins en soins à domicile (SAD) pour les personnes âgées. Elle confirme, comme le suggèrent les comparaisons internationales, que le Québec consacre peu de ressources à ces soins. Plusieurs études reposant sur des approches différentes et divers outils de mesure mettent en relief l'existence d'écarts entre le nombre de personnes âgées ayant accès à des SAD et ceux qui en expriment le besoin, ainsi qu'entre la quantité de soins à domicile prodigués par les services publics et les besoins pour de tels services.

D'importants besoins sont insatisfaits

Une étude de l'Université de Sherbrooke datant de 2007²⁸, dont les conclusions servent toujours de référence, a analysé, pendant trois mois, tous les usagers de soins à domicile de l'Estrie pour déterminer leur positionnement dans l'échelle Iso-SMAF, évaluer leurs besoins en soins à domicile en fonction de leur profil, et comparer ces besoins au nombre d'heures effectivement reçues.

Cet exercice a révélé que le niveau de services prodigué directement ou indirectement par les CLSC de la région était très inférieur aux besoins. « The mean adequacy rate of nursing care, personal care and support service in the Montérégie district is 8%. If we consider types of services independently, adequacy rates are 13% for nursing care, and 8% for personal care and support services. »

Notons que ce chiffre de 8 % est resté un étalon qui, notamment, a été utilisé dans les projections de l'étude CREEI comme facteur de taux de services.

Les études scientifiques et les grandes enquêtes statistiques montrent qu'une part importante des besoins en soins à domicile ne sont pas comblés.

²⁸ 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.

Une enquête de l'ISQ²⁹, l'EQLAV, réalisée en 2010 et 2011, a évalué la proportion de Québécois présentant une incapacité modérée ou grave limitant l'accomplissement d'activités et pouvant exiger des soins.

Le livre blanc³⁰ sur l'assurance-autonomie, déposé en 2013 par Réjean Hébert, alors ministre de la Santé et des Services sociaux du gouvernement Marois, s'appuyait entre autres sur les résultats de cette étude et a reproduit ses conclusions dans un tableau.

Tableau 8

Pourcentage d'incapacité selon l'âge, Québec, 2010-2011 (Données annuelles, en pourcentage et en nombre)

Âge	Incapacité modérée	Incapacité grave	Total	Population en 2011	Personnes avec incapacités
65 ans et +	15,8 %	10,3 %	26,1 %	1 253 837	327 300
75 ans et +	21,3 %	16,9 %	38,2 %	561 950	214 700
85 ans et +	26,8 %	32,3 %	59,1 %	158 582	93 700

Source : EQLAV et Livre blanc sur la création de l'assurance autonomie.

Le document, en citant les données de l'EQLAV, évaluait à 327 300 le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant une capacité « qui présentent des besoins pouvant nécessiter des soins et des services professionnels, de l'aide et de l'assistance prodigués à domicile et hors institution. »

Si on applique ce pourcentage d'incapacité de 26,1 % à la population des 65 ans et plus de 2020, on obtient 441 447 personnes. Rappelons que le nombre de Québécois âgés obtenant des soins à domicile était de 186 165 en 2019-2020.

Enfin, Statistique Canada, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015-2016³¹, a mesuré les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile. « Environ 1,2 million de Canadiens d'âge adulte ont déclaré avoir eu besoin de soins à domicile durant l'année précédente et un tiers d'entre eux (433 000) n'ont pas reçu les soins requis », soit une proportion de 35,4 %. La proportion de besoins insatisfaits est légèrement plus faible chez les personnes âgées : 30,1 % chez les 65-74 ans, 29,7 % chez les 75-84 ans et 22,3 % chez les 85 ans et plus.

²⁹ ISQ, « Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, 2010-2011 », 2013.

³⁰ MSSS, « L'autonomie pour tous, Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie », 2013.

³¹ Statistique Canada, « Besoins insatisfaits en matière de soins à domicile au Canada, 2018.

Ces études, dont les résultats ne sont pas toujours comparables entre eux en raison des différences dans les périodes des enquêtes et de la mesure des besoins, faite par autodéclaration ou par analyse médicale, mènent néanmoins à des conclusions similaires, à savoir qu'il existe un écart significatif entre l'offre de services pour les soins à domicile et les besoins pour de tels soins.

Les pressions de la logique économique

Les pressions en faveur d'un rattrapage pour combler des besoins insatisfaits en soins à domicile seront renforcées par de puissants arguments de nature économique et budgétaire. Les soins à domicile sont non seulement préférables aux solutions d'hébergement pour une forte proportion des personnes âgées, ils sont également moins coûteux. Il y a donc des gains à faire en dirigeant vers les soins à domicile des personnes âgées qui iraient en hébergement quand leur situation ne le justifie pas. Ce n'est pas une recette absolue, car il y a un stade où la perte d'autonomie est telle que le nombre d'heures de soins à domicile requises rend cette solution plus coûteuse que l'hébergement en RI-RTF.

Le calcul est simple à comprendre. Une place en CHSLD coûtait, en 2018-2019, 250 \$ par jour, soit 91 250 \$ par année. Ce coût augmentera dans les années à venir parce que la hausse de la clientèle exigera la construction de nouvelles installations. Le coût du maintien à domicile dépendra du niveau de perte d'autonomie et donc du nombre d'heures de soins requises. Mais pour les personnes dont les profils Iso-SMAF sont inférieurs à 10 et dont le gouvernement veut réduire la présence en CHSLD, le coût du maintien à domicile sera toujours inférieur à celui de l'hébergement en CHSLD. Pour les personnes âgées ayant un profil de 9, le nombre d'heures de soins exigées porte le maintien à domicile à un coût annuel de 86 200 \$, selon les calculs du CREEI³². Ce coût est théorique, parce qu'il suppose que l'ensemble de ces heures de soins serait financé par l'État. Mais avec une participation publique de 50 %, une cible ambitieuse qui dépasse de loin le niveau de services actuel, sachant qu'une partie de ces frais peuvent être assumés par les dépenses privées ou les proches aidants, le coût pour l'État serait de 43 200 \$, moins de la moitié de celui des CHSLD. Avec les mêmes critères de calcul, la dépense serait de 33 600 \$ pour le profil 8, de 31 100 \$ pour le profil 7, et ainsi de suite. Il y a là une réalité arithmétique que l'on peut qualifier d'implacable.

³² CREEI, « Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec », mai 2021.

Les soins à domicile permettent à la fois de réduire les coûts et d'améliorer la situation d'un grand nombre de personnes âgées.

Mais à ces coûts moindres des soins à domicile s'ajoutent d'autres économies potentielles dans les dépenses de santé que pourrait permettre un recours accru aux soins à domicile.

La première tient au fait qu'un meilleur accès aux soins au domicile réduira la demande de places en CHSLD, et ainsi les listes d'attente pour ceux qui en ont réellement besoin. Par un effet de vases communicants, cela diminuera aussi les hospitalisations. En effet, selon une étude du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec³³, sur une liste d'attente d'environ 2 400 personnes pour les CHSLD, 21,3 % étaient en milieu hospitalier et ont attendu en moyenne 7,2 mois, avec des effets importants en raison des coûts des séjours hospitaliers.

Une étude économétrique³⁴ du CIRANO sur un échantillon de 70 000 personnes indique par exemple que : « Une augmentation de 10 % (environ 1,3 heure) des soins infirmiers hebdomadaires à domicile est associée à une diminution de la probabilité d'admission en CHSLD de 1,3 point de pourcentage, en moyenne. »

La deuxième économie potentielle tient au fait que des soins à domicile plus développés, assurant un plus grand nombre d'heures de soins, contribueront à un meilleur état de la santé physique et mentale des personnes âgées. Qu'il s'agisse de soins de la vie quotidienne – alimentation, hygiène, interaction sociale – ou de soins plus spécialisés – prise de médicaments, soins infirmiers –, ces interventions renforcent l'autonomie et permettent un meilleur suivi des maladies chroniques. Grâce à leur rôle de suivi et de prévention, elles peuvent donc réduire le recours aux services médico-hospitaliers et à l'urgence, les visites chez les médecins et les hospitalisations.

Cette contribution potentielle à la réduction des coûts est peu documentée. L'étude du CIRANO apporte à cet égard un éclairage intéressant : « Les soins à domicile réduisent de façon notable la consommation de services de santé ». En particulier, chaque heure hebdomadaire supplémentaire de service se traduit par « une baisse importante de la probabilité de se rendre à l'urgence, quelle que soit la nature des services consommés à domicile. En particulier, les services de nature médicale (services infirmiers, physiothérapie, etc.) ont pour effet de diminuer

³³ CSBE, Bulletin n° 16, Les personnes de 75 ans et plus en attente d'une place d'hébergement en CHSLD.

³⁴ CIRANO, En attendant la prochaine vague : Quel rôle pour les soins à domicile, dans « La santé au cœur de la relance économique du Québec », 2020.

la probabilité d'être admis à l'hôpital ou à l'urgence d'environ 25 % selon les différentes spécifications du modèle. »

Les pressions des proches aidants

Un autre élément à prendre en compte est la pression des proches aidants. Le maintien à domicile ne serait pas possible sans la contribution des proches, comme les membres de la famille, les amis, les voisins. Selon une étude de l'ICIS³⁵ de 2020, environ 80 % des besoins des personnes âgées comptaient sur cette assistance informelle, dont la contribution économique était alors évaluée à 25 G\$. Les pressions sur ces proches aidants s'accroissent avec l'augmentation du nombre de personnes âgées et le prolongement de leur vie qui s'accompagne entre autres d'une prévalence accrue de la démence³⁶. Cette contribution essentielle est, à bien des égards, un prolongement naturel des valeurs sociales et familiales auxquelles les programmes publics n'ont pas à se substituer. Mais les gouvernements, conscients des pressions, des sacrifices et du stress que ces fonctions engendrent, mettent en place des mesures de soutien, comme la Politique nationale pour les personnes proches aidantes³⁷, en avril 2021.

Cependant, ces soutiens ne suffiront pas à compenser le double effet des mouvements démographiques, soit l'augmentation du nombre de personnes appartenant à la génération des boomers requérant ce soutien, et la diminution relative du poids de ceux qui peuvent procurer ce soutien, en raison de la réduction de la taille des familles. Selon le National Institute on ageing³⁸ : « Putting it all together: Family members (unpaid caregivers) will need to increase their efforts by 40%—and some much more than others—to keep up with care needs, on account of fewer children per senior. »

À ce facteur démographique s'ajouteront sans doute des facteurs sociaux et économiques, comme une propension probablement moins grande des générations suivant celle du baby-boom à vouloir jouer ce rôle d'aidants naturels, en raison de la taille des familles et de la fragmentation des structures familiales, de la mobilité professionnelle et des obligations économiques. Cela exercera une pression additionnelle en faveur d'une intervention accrue des pouvoirs publics dans les soins à domicile.

Les pressions des baby-boomers

³⁵ ICIS, « Supporting Informal Caregivers—The Heart of Home Care », 2010.

³⁶ ICIS, « Défis et soutien des aidants naturels ».

³⁷ MSSS, « Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités, Politique nationale pour les personnes proches aidantes », 2021.

³⁸ NIA, « The Future Cost of ageing », 2019.

Il est normal qu'il y ait un écart entre l'offre de services pour les soins à domicile et la demande pour ceux-ci, qui peut être illimitée, ainsi que l'évaluation théorique des besoins, qui est faite en vase clos et dans un monde idéal.

L'enjeu consiste à prévoir en quoi cette demande réussira à influencer l'offre. Cet ajustement ne se fait pas, en l'absence de signaux de prix, par des mécanismes de marché. Elle se réalisera davantage à travers un processus politique, les pressions qui peuvent faire en sorte que la société et le gouvernement choisissent de consacrer plus de ressources à ces soins à domicile.

À notre avis, de telles pressions existent; elles sont de nature politique, sociologique, démographique, culturelle, et sont ainsi hors du champ de compétences de ce rapport. Mais, sans les analyser finement, il semble important de les évoquer et de tenir compte, par principe de précaution, de l'influence qu'elles auront dans les années à venir.

La trame de fond réside dans le désir des personnes âgées, pour qui le premier choix est de rester le plus longtemps à la maison, comme constaté dans les études de l'OCDE, les analyses canadiennes de l'ICIS et les plans d'action successifs du gouvernement du Québec. On a déjà observé, depuis l'arrivée en fonction du gouvernement Legault, un investissement important dans les soins à domicile. Le plan budgétaire 2021-2022³⁹, dans la partie consacrée aux aînés, note : « Le gouvernement reconnaît que les aînés souhaitent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie et qu'ils doivent avoir accès à des services à domicile qui répondent à leurs besoins. [...] Le gouvernement souhaite que les aînés ainsi que les personnes ayant une incapacité puissent préserver leur autonomie et demeurer le plus longtemps possible dans leur domicile. »

Mais à notre avis, ce désir de rester à la maison, et sa conséquence logique, une demande pour davantage de services qui facilitent ce maintien à domicile, s'exprimera avec plus de force dans les années à venir pour les raisons suivantes :

- L'effet de la pandémie sur l'opinion publique, qui aura plusieurs impacts. Un sentiment de culpabilité collectif à l'égard des ressources insuffisantes ayant été consacrées aux personnes âgées et des conséquences désastreuses sur le traitement qui leur a été réservé pourra susciter une volonté collective de redresser la barre, de ne pas négliger les aînés et d'accepter qu'on leur consacre plus de ressources.
- La découverte, découlant également de la pandémie, que la concentration de personnes âgées dans des hébergements collectifs, en principe destinés à améliorer leur mieux-être, a eu des conséquences dramatiques sur leur vie, leur santé et parfois leur dignité. Non

³⁹ Ministère des Finances, « Un Québec résilient et confiant, plan budgétaire 2021-2022 », 2021.

seulement parce qu'elles ont été plus vulnérables au coronavirus dans ces hébergements collectifs, mais qu'elles ont été soumises à des règles de confinement plus sévères, notamment dans les RPA, que les personnes âgées vivant à leur domicile. Cette expérience négative favorisera certainement le désir des personnes âgées qui le peuvent de rester à la maison, avec un effet sur les besoins pour des soins à domicile. C'est d'ailleurs une tendance que reconnaît le budget 2021-2022 : « la pandémie a accentué la volonté des personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur domicile ».

Ces perceptions négatives des CHSLD après la COVID ont été mesurées dans une étude⁴⁰ cherchant à évaluer « l'aversion » pour les CHSLD à partir d'un sondage auprès d'un échantillon de personnes de 50 à 65 ans. Elle montre que 71,7 % des répondants se disaient moins enclins à l'utilisation d'un CHSLD à la lumière de la pandémie, contre 26,1 % pour qui cela ne suscitait pas de changement et 2,1 % qui seraient plus enclins à y avoir recours.

À cela s'ajoute un phénomène sociodémographique, soit la transformation de la population des personnes âgées. Jusqu'à maintenant, la très grande majorité des personnes âgées qui ont reçu des services du SAPA appartenaient à des générations précédentes à celle du baby-boom, nées avant ou pendant la dernière guerre et plus proches des valeurs traditionnelles, que Réjean Hébert a qualifié à juste titre de « génération silencieuse ». Cette génération était plus portée d'accepter le sort que la collectivité leur réservait, plus attachée aux valeurs familiales traditionnelles que le Québec connaissait avant l'urbanisation des années 50 et plus encline à recourir au soutien du réseau familial. C'est en 2021 que les baby-boomers les plus âgés auront 75 ans et entreront dans les tranches d'âge plus susceptibles d'avoir besoin de services de soutien à l'autonomie. Nous pouvons faire sans risques l'hypothèse que cette génération qualifiée de choyée, dont les membres ont été habitués toute leur vie à bénéficier de services publics généreux, aura pour réflexe de voir les services pour les personnes âgées comme un droit. Ces personnes âgées ne réclameront pas ces services de la même façon que leurs aînés et n'accepteront pas un traitement qui leur semble inadéquat ou inacceptable.

Les baby-boomers, habitués à défendre leurs droits, n'accepteront pas le traitement que l'on a réservé à la génération qui les précédait.

⁴⁰ Bertrand Achou (HEC Montréal), Marie-Louise Leroux (ESG-UQAM), « Aversion aux CHSLD post-pandémie, implications pour l'épargne individuelle et les politiques de soins de longue durée », 2021.

Cette réalité sociale se doublera d'une dynamique politique, la longue domination de la génération du baby-boom sur la vie sociale et les rapports de forces politiques qu'elle exerce. Même si les générations qui suivent augmentent en proportion, les boomers pourront encore imposer leurs priorités dans le débat public et faire en sorte que le traitement des aînés devienne un enjeu incontournable qu'aucune force politique ne pourra négliger.

Quel est le niveau optimal de services ? Un choix de société.

Cet objectif de mettre l'accent sur le maintien à domicile est d'ailleurs une constante pour tous les gouvernements qui se sont succédé au Québec depuis deux décennies. Le gouvernement Landry publiait, en 2003, « Chez soi, le premier choix : la politique de soins à domicile »⁴¹. En 2012, le gouvernement Charest déposait le plan d'action, « Vieillir ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec ». En 2013, le gouvernement Marois déposait sa politique d'assurance autonomie. Le gouvernement Couillard⁴², avec « Un Québec pour tous les âges, le Plan d'action 2018-2023 », prévoyait « 12,3 milliards de dollars pour favoriser le vieillissement actif des aînés; permettre aux aînés de vieillir chez eux, dans leur communauté, le plus longtemps possible. » Le gouvernement Legault, en plus de son projet-phare de maisons des aînés, a injecté des sommes importantes en services à l'autonomie et en soins à domicile. Sa récente politique sur l'hébergement⁴³, rappelle clairement cet objectif : « Comme le mentionne la Politique de soutien à domicile de 2003⁴, avant le recours à l'hébergement de longue durée, le domicile sera toujours envisagé comme la première option puisque c'est le souhait des personnes d'y demeurer. Dans le parcours de soins et de services d'un usager, le domicile doit pouvoir répondre à ses besoins et maintenir sa participation sociale, et ce, quelle que soit l'ampleur des besoins. »

Le rattrapage en soins à domicile devra être substantiel. Mais de combien ? Il n'y a pas de seuil magique. Le niveau optimal de services est la résultante de choix de société, mais aussi de la capacité des gouvernements de passer des intentions à l'action.

⁴¹ MSSS, « Chez soi, le premier choix : la politique de soins à domicile », 2013.

⁴² Un Québec pour tous les âges, le Plan d'action 2018-2023.

⁴³ MSSS, « Des milieux de vie qui nous ressemblent, Politique d'hébergement et de soins de longue durée », 2021.

On a cependant vu que cette volonté exprimée de soutenir le maintien à domicile ne s'est pas accompagnée de mesures pour assurer un niveau de prestation adéquat. Mais quel serait ce niveau que l'on pourrait qualifier d'optimal de soins à domicile et quelle devrait être la cible à atteindre ?

Ce rapport se limitera à conclure, en se basant sur les expériences internationales, les études canadiennes et québécoises sur les besoins des personnes âgées, les souhaits exprimés par les personnes âgées, et les objectifs consensuels énoncés par les gouvernements, que ces services devraient être augmentés de façon significative. Mais ce rapport ne se prononcera pas sur le niveau à atteindre, car la détermination d'un tel niveau sera la résultante de plusieurs choix de société et de la prise en compte de diverses contraintes, notamment :

- Le degré d'efforts, en ressources financières et humaines, que la société est prête à consacrer, dans le présent et dans l'avenir, à sa population âgée. Ce choix dépendra en partie des valeurs et priorités exprimées par la société et en partie de contraintes, surtout la marge de manœuvre financière de l'État.
- La conception et la structure du système de santé dont s'est dotée une société, notamment la priorité que l'on accorde aux interventions procurées par les institutions. Celles-ci détermineront le poids relatif que l'on accordera aux soins à domicile par rapport aux solutions d'hébergement.
- Les valeurs sous-jacentes au système de santé et la conception du rôle de l'État, qui auront une incidence sur la portion qui sera financée par le gouvernement et celle qui sera assumée privément, soit par le recours à des services payés par les usagers, soit l'appui du milieu, les proches aidants. Cette conception du rôle de l'État aura également une incidence sur la façon dont on procure ces soins à domicile.

Il faudra des milliards pour rattraper les retards et combler les besoins

Il est néanmoins possible d'illustrer la nature des enjeux en évaluant, de façon sommaire, à titre indicatif, ce que représenteraient des efforts pour atteindre certaines cibles, soit en matière de dépenses, de clientèles à desservir ou de niveau de services.

On a vu que l'effort consacré au soutien à l'autonomie des personnes âgées est faible au Canada et au Québec, à 1,3 % du PIB. Plusieurs pays plus avancés que le Québec dans leur adaptation au vieillissement y consacrent beaucoup plus. Si le Québec appliquait la moyenne de l'OCDE, soit 1,7 % du PIB, cela impliquerait un effort de 7,5 G\$ en 2020, alors que l'effort actuel est de 5,7 G\$ avec cette méthode de calcul. Il s'agirait donc d'une somme additionnelle de 1,8 G\$, ce qui équivaldrait à une augmentation de 31,6 %. Pour se retrouver dans le groupe de pays qui, sans atteindre les sommets des Pays-Bas et des pays scandinaves, investissent davantage dans ce domaine, comme le Japon, la France et la Belgique, le Québec devrait consacrer des sommes additionnelles variant de 2,3 à 3,6 G\$ par année, et donc accroître son budget de SAPA de 40 % à 63 %.

Pour rattraper les pays européens, il faudrait augmenter les dépenses en soutien à l'autonomie de 40 %, et même de 63 %.

L'étude de l'ISQ dont s'inspirait le livre blanc sur l'assurance autonomie établissait que 26,1 % de la population des 65 ans et plus manifestait des pertes d'autonomie qui pouvaient nécessiter des soins. Cette proportion, appliquée à la population âgée du Québec en 2020, représente 441 447 personnes. En 2019-2020, le nombre de personnes âgées qui ont reçu des soins à domicile est de 186 165. Il y a donc potentiellement 255 282 personnes qui pourraient nécessiter des soins et qui ne les reçoivent pas. L'écart est considérable, et pour le combler, il faudrait multiplier par 2,3 la clientèle des soins à domicile.

Il existe au MSSS des normes définissant le nombre d'heures de soins à domicile nécessaires pour chaque profil de perte d'autonomie selon l'échelle Iso-SMAF. Il y a également des données sur le nombre de personnes qui ont obtenu des services de SAPA selon leur profil Iso-SMAF. On peut donc effectuer un exercice mécanique consistant à multiplier la clientèle de chaque profil par le nombre d'heures que son état exige. Nous limitons l'exercice aux profils de 1 à 10, soit ceux qui sont en principe orientés vers les soins à domicile, et ne tenons pas compte des profils 11 à 14 qui, le plus souvent, sont en institution et dont les soins ne constituent pas des services à domicile. Cet exercice mécanique nous donne le niveau théorique d'heures de soins qui devraient être

prodiguées. Le résultat, étonnant, est d'environ 75 millions d'heures. Actuellement, les soins à domicile prodigués totalisent 18,8 millions d'heures.

On peut enfin rappeler l'étude de l'Université de Sherbrooke portant sur la Montérégie montrant que le système public ne procurait que 8 % des besoins en soins à domicile. Reste à savoir quel devrait être la proportion de ces besoins qui devrait être assumée par l'État plutôt que par l'entourage et les proches aidants, ou par le recours à des services privés. Réjean Hébert, lorsqu'il était ministre de la Santé et des Services sociaux, avait évoqué une cible de 40 % des besoins. Une cible ambitieuse, qui nous rappelle que l'effort nécessaire sera très important.

Conclusion

Tous ces facteurs feront en sorte que les pressions pour augmenter la prestation de services de soins à domicile seront plus fortes que dans les décennies antérieures. Elles forceront les gouvernements à revoir leurs priorités et à consacrer à cet enjeu une proportion plus importante des ressources collectives, et donc à ajuster l'offre de services de soins à domicile à une demande qu'ils ne pourront pas ignorer.

Voilà pourquoi, à notre avis, les politiques de statu quo ne seront pas possibles. Car à la pression déjà très forte exercée par le vieillissement, et à celle qui est imposée par un ajustement nécessaire du Québec à des politiques de soutien à l'autonomie modernes et exemplaires, s'ajoutera cette pression de la dynamique sociale et politique sur l'offre de services.

Ces diverses pressions feront toutefois en sorte que le gouvernement du Québec, déjà aux prises avec une croissance non soutenable de ses dépenses de santé, risque d'être confronté à une véritable impasse. La prochaine partie de ce rapport explorera des pistes de réflexion sur les façons dont le Québec pourrait relever ce défi et atténuer les pressions qui s'exerceront sur sa santé financière.

Troisième partie : les pistes de réflexion

Pour soutenir ses personnes âgées, le Québec devra amorcer une véritable révolution culturelle

Les besoins additionnels de soutien à l'autonomie des personnes âgées exerceront des pressions importantes sur les finances publiques et sur les capacités du réseau de la santé. Comment faire face à des défis ?

Nous proposons dix éléments qui ne prétendent pas être des solutions ou des recommandations, mais qui se veulent plutôt des pistes de réflexion pour alimenter les débats que le Québec devra mener s'il veut relever avec succès les défis que le vieillissement de la population pose au système de santé et aux programmes de soutien à l'autonomie.

Ils reposent sur un constat : le rattrapage nécessaire pour que le Québec mette à niveau ses services de soutien à l'autonomie et les efforts pour faire face à la demande accrue engendrée par le vieillissement de la population représentent des défis considérables. Et le Québec ne réussira pas à les relever s'il ne procède pas à des ruptures significatives, dans l'attitude de ses citoyens face au vieillissement, le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux et le réaménagement de ses priorités politiques et budgétaires.

1- Se préparer à l'inévitable et accepter de payer plus

La première de ces pistes de réflexion peut sembler tautologique. Mais il s'agit de reconnaître que le Québec n'aura pas le choix. La pression du vieillissement et les demandes des personnes âgées sont telles qu'il faudra accepter de consacrer plus de ressources collectives à leur mieux-être, à leur autonomie et à leur santé. Ces obligations sont incontournables. Il faut en prendre conscience, les accepter, s'y préparer, et amorcer un virage qu'inconsciemment le Québec repousse depuis des décennies.

Ce défi est d'autant plus incontournable que les soins de santé sont un droit. Soutenir les personnes âgées dans le vieillissement, les accompagner à mesure qu'elles perdent de l'autonomie pour leur assurer, dans les dernières années de leur vie, le meilleur état de santé possible ainsi que le bien-être et la dignité n'est pas un choix, mais un devoir.

Cela soulève, à un premier niveau, des enjeux de finances publiques. Comment réussira-t-on à financer ces besoins, quand on prévoit que les finances publiques se dirigent vers une impasse sans coup de barre ? D'ici quelques années, le gouvernement devra faire des choix pour éviter celle-ci, comme le montre l'étude de l'IDQ⁴⁴ et comme le reconnaît le budget du Québec 2021-2022, qui prévoit un déficit structurel de 6,5 G\$ à résorber. Comment alors financer les politiques d'autonomie ? Par des compressions ailleurs ? Par des ponctions fiscales ?

C'est dans ce contexte difficile qu'il faudra consacrer plus de ressources à cette mission. Ce réaménagement des priorités sera plus facile à absorber et à pérenniser si l'on cesse de voir cette pression sur les dépenses futures comme une menace.

Au lieu de craindre l'augmentation des coûts des politiques d'autonomie, il faut inverser la proposition et transformer l'obligation en objectif, celle de rejoindre les pays qui peuvent être des modèles dans le traitement des personnes âgées.

Ce peut être possible si, au lieu de percevoir ces obligations financières comme une fatalité à combattre, nous en faisons un projet collectif. Au lieu de se désoler de l'augmentation prévisible de la part du PIB consacrée à l'autonomie des personnes âgées, on pourrait inverser la proposition et en faire un objectif de politique publique. C'est de cette façon, par exemple, que les pays, dont le Canada, définissent leurs cibles de dépenses en aide internationale ou en défense, mesurées en pourcentage du PIB à atteindre. Dans le cas des politiques d'autonomie, le Québec pourrait se fixer comme cible l'atteinte d'une proportion de son PIB à y consacrer, par exemple rejoindre la moyenne des pays de l'OCDE, la dépasser, ou encore rattraper les pays dont les filets de sécurité sociale sont similaires aux nôtres.

⁴⁴ IDQ, « l'impact de la pandémie sur les finances publiques du Québec : embellie à court terme, mais il faudra éventuellement faire des choix », 2021

2- Un virage nécessaire vers les soins à domicile

Les éléments que nous avons mis de l'avant dans ce rapport indiquent clairement que le fondement d'une politique ambitieuse de soutien à l'autonomie doit être le développement accéléré des soins à domicile, pour offrir plus de services à plus de personnes âgées.

Cela représentera un important virage pour un système qui a jusqu'ici priorisé les solutions d'hébergement de longue durée. La nécessité de ce virage repose, dans un premier temps, sur trois éléments que nous avons analysés dans cette étude, soit le désir des personnes âgées de rester à la maison le plus longtemps possible, l'écart important entre les services offerts actuellement et les besoins, ainsi que les économies importantes réalisables en orientant vers les soins à domicile des personnes âgées qui sont dirigées vers l'hébergement de longue durée même quand leur état ne le justifie pas.

Le fondement des politiques d'autonomie doit être un virage marqué vers les soins à domicile.

À cela s'ajoutent des arguments de nature sociosanitaire. Les soins à domicile s'inscrivent dans les soins de santé, pris dans leur sens large, même quand les services ne sont pas de nature médicale ou ne sont pas prodigués par des professionnels de la santé. Tous ces gestes aident les personnes âgées à mener une vie plus active et à rester autonomes. Ils réduisent l'isolement et améliorent l'état de santé par une meilleure alimentation, une prise de médicaments plus régulière, une meilleure gestion des maladies chroniques caractéristiques du vieillissement – diabète, obésité, arthrite. Des soins à domicile bien adaptés permettent de mieux atteindre l'objectif premier d'un système de santé, celui de maintenir les gens en santé et de combattre les maladies. Cela peut par ailleurs permettre de diminuer les pressions sur le système de santé si une meilleure gestion des maladies chroniques réduit le recours aux urgences, ou encore si la disponibilité de soins à domicile raccourcit les séjours à l'hôpital.

Le recours à ces considérations, qui sont hors du champ de l'économie et des finances publiques, sera nécessaire pour mieux sensibiliser l'opinion publique au rôle et à l'importance des soins à domicile. Ces soins, on l'a vu, ne sont pas dans le radar des planificateurs du réseau de la santé. Ils le sont encore moins dans celui de l'opinion publique, plus préoccupée par l'accès à un médecin de famille, les temps d'attente à l'urgence et les listes d'attente de certaines chirurgies. Les soins à domicile, moins visibles, moins médicaux dans le sens classique du terme, et moins mesurables, ne font pas la manchette.

Cet objectif devra se traduire par des cibles mesurables à atteindre, plutôt que par des augmentations discrétionnaires incluses dans les plans budgétaires. Ces cibles doivent porter sur la proportion des dépenses consacrées au soutien à l'autonomie qui est affectée aux soins à domicile, à la proportion des soins à domicile prise en charge par l'État, au nombre de personnes ayant accès à ces soins et au nombre d'heures de soins.

Il ne sera cependant pas possible d'établir cette feuille de route qui précise les besoins futurs et les coûts que cela engendrera tant que le gouvernement du Québec ne disposera pas des bases de données permettant de baser cette planification à long terme sur des données probantes. S'il y a une priorité absolue pour aller de l'avant, c'est de développer cette base d'information et de la rendre accessible pour permettre de comprendre les enjeux, d'alimenter un nécessaire débat public, de mesurer les coûts et surtout, de mesurer les progrès.

Mais pour réussir ce coup de barre essentiel, il faudra surmonter deux obstacles majeurs qui risquent de freiner cette évolution nécessaire. Et ensuite, il sera nécessaire de mettre en place des outils qui permettront une mise en œuvre optimale.

3- Briser le moule institutionnel

Le premier de ces grands obstacles, c'est la culture et l'organisation des systèmes de santé canadien et québécois, qualifiés d'hospitalo-centriques. Cela tient à la construction même de nos systèmes de santé dans les années 60 et 70, dont les principes de gratuité et d'universalité portaient sur les soins médicaux et l'hospitalisation.

Ce modèle a un impact sur la gestion du réseau de la santé, dont les piliers restent les hôpitaux. C'est, par définition, le cas des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, mais aussi des CISSS, dont les établissements les plus importants sont généralement les centres hospitaliers. Cette structure a un impact sur les priorités et sur la culture organisationnelle, et donc sur les choix budgétaires.

Outre sa tendance à ne pas prioriser des missions hors de son périmètre traditionnel, cette culture hospitalo-centriste a un effet pervers qui consiste à appliquer au soutien à l'autonomie le modèle conçu pour les soins curatifs, et donc à privilégier une approche qui repose sur des établissements plutôt que sur des services. On le voit au fait que, contrairement à ce qui est observé dans la plupart des pays, plus des deux tiers des fonds alloués à l'autonomie des personnes âgées sont consacrés à des établissements, les CHSLD et les RI-RTF. Cette logique est toujours à l'œuvre : par exemple, le principal engagement du gouvernement Legault dans ce

domaine a été la construction de places dans les maisons des aînés, qui sont des CHSLD améliorés.

On assiste à la même tendance avec la prévalence des RPA au Québec qui, sans être des établissements de santé, sont des logements collectifs ayant des caractéristiques institutionnelles – cafétérias, soins, ainsi que, lors de la pandémie, des mesures sévères de confinement. L'essor des RPA, unique au Québec, a été indirectement encouragé par une mesure fiscale, le crédit d'impôt pour maintien à domicile. Nous avons déjà noté que 83 % des sommes allouées par ce crédit ont profité à des résidents de RPA. Enfin, le budget du Québec de 2021-2022, dans ses crédits alloués à l'autonomie, a consacré d'importantes sommes, 387,5 M\$, aux RPA.

Pour miser sur les soins à domicile, il faut briser le moule institutionnel qui mène à surutiliser les CHSLD et à encourager le développement de résidences privées pour aînés.

Il est à noter que le gouvernement actuel définit le choix de résider dans une RPA comme une forme de maintien à domicile qui répondrait au désir des personnes âgées de rester dans leur milieu de vie. Par exemple, dans le budget 2020-2021, on peut lire : « Les résidences privées pour aînés (RPA) constituent pour les aînés un domicile sécuritaire qui offre plusieurs services adaptés aux besoins des résidents. De plus, elles permettent aux aînés de maintenir une vie sociale active, ce qui contribue à rompre leur isolement. »⁴⁵

Ce n'est pas le but de ce rapport de s'engager dans un débat sémantique ni de se substituer aux choix des personnes âgées s'ils sont librement consentis. Mais pour Statistique Canada, l'ICIS et l'OCDE, ces résidences sont définies comme des logements collectifs. On doit donc se demander si ce mode d'hébergement répond vraiment à l'objectif du maintien à domicile ou s'il ne constitue pas plutôt une solution institutionnelle, qui réduit l'autonomie des personnes âgées, les coupe de leur milieu, les exclut de la vie collective et instaure une dynamique de dépendance. Comme ce modèle est unique au Québec, on peut aussi se demander si la province est la seule à avoir le pas. Le choix des RPA comme réponse au maintien à domicile devrait donc faire l'objet d'une réflexion.

⁴⁵ Ministère des Finances, « Un Québec résilient et confiant, plan budgétaire 2021-2022 », 2021.

Briser le moule institutionnel implique donc, dans un premier temps, de limiter l'accès aux ressources d'hébergement avec soins de santé, que ce soient les CHSLD ou les RI-RTF, aux personnes âgées qui exigent un tel niveau de soins en fonction leur degré de perte d'autonomie. Il s'agit donc de poursuivre et d'amplifier un mouvement déjà amorcé. Dans un deuxième temps, cela exige également un examen sans complaisance du recours aux résidences privées pour aînés, dont la prévalence est largement due au soutien fiscal indirect dont elles bénéficient.

4- Structurer et garantir les soins à domicile

Non seulement l'offre de soins à domicile est-elle insuffisante au Québec, mais elle est inégale d'un CIUSSS/CISSS à l'autre, et même d'un CHSLD à l'autre à l'intérieur d'une même entité administrative. La disparité dans le traitement, dans les exigences de contribution financière et dans l'accès, de même que la difficulté d'avoir de l'information pour obtenir des soins sont non seulement des freins à l'accès, mais ils posent également des problèmes d'équité. Ces facteurs justifient des mesures pour introduire plus de cohérence et d'uniformité dans le système des SAD, accroître l'accès, le simplifier et le rationaliser pour que les personnes âgées sachent à quoi elles ont droit et puissent obtenir ce à quoi elles ont droit.

C'était le sens du projet d'assurance autonomie⁴⁶, proposé en 2013 par Réjean Hébert, alors ministre de la Santé et des Services sociaux du gouvernement Marois. Ce projet a été abandonné par les gouvernements qui ont suivi. Sa mise à jour pourrait à la fois créer un mécanisme pour appuyer le déploiement des soins à domicile et assurer un cadre financier pour soutenir cet effort.

Rappelons que, dans un premier temps, ce système, qui n'était pas à proprement parler un régime d'assurance, mais plutôt un compte, avait pour but de garantir un panier de services à chaque personne âgée nécessitant des soins, en fonction de critères définis. Après une évaluation professionnelle de son degré de perte d'autonomie, avec la mesure utilisée au Québec, celle des profils Iso-SMAF, il est possible de définir le type et la quantité de soins dont une personne a besoin, et de lui garantir un nombre d'heures de services ou une allocation financière pour acheter les services. Un tel modèle est toujours d'actualité pour introduire plus de cohérence dans le système, même si nous avons perdu 10 ans dans sa mise en œuvre.

⁴⁶ « L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie », 2013.

Le Québec a besoin d'un système national qui définit les soins dont une personne âgée a besoin et qui lui en assure l'accès.

Cette aide s'articulait à travers une allocation de soutien à l'autonomie où il serait précisé la part qui serait assumée par l'assurance et celle qui exigerait une contribution de la personne.

Le deuxième pilier de ce projet consistait à financer les soins à domicile par un fonds dédié, dans lequel seraient versées, dans un premier temps, les sommes affectées au programme du SAPA et par la suite, les sommes additionnelles qui y seraient consacrées. Ce mécanisme permettrait de stabiliser le financement et de le rendre prévisible, mais aussi de protéger le financement des soins à domicile, souvent sacrifié par le système de santé dans les moments difficiles.

L'établissement d'un système qui prévoit le niveau de soins à domicile financé par les fonds publics auquel une personne âgée aurait droit, en fonction de son degré de perte d'autonomie, aurait pour effet d'encadrer l'offre de soins à domicile, de garantir l'équité des services et d'assurer leur financement.

5- Financement : mieux partager les coûts

Une partie importante des services à l'autonomie est assumée par les citoyens plutôt que par l'État. Certaines dépenses sont payées par les personnes âgées, tandis que plusieurs besoins sont comblés en nature, notamment par la contribution des aidants naturels. Est-ce que le partage des efforts est juste et équitable ? Ce partage des coûts entre le payeur public et les bénéficiaires n'a pas vraiment fait l'objet de débats. C'est une discussion qui devrait avoir lieu au moment où nous entrons dans une période où il faudra consacrer plus de ressources à ces services.

Rappelons que les personnes âgées doivent payer un loyer pour l'hébergement de longue durée, par exemple 1 966,20 \$ par mois pour une chambre individuelle en CHSLD. Ce loyer ne couvre qu'une portion du coût (environ 7 500 \$ par mois), et sera réduit en fonction de la situation financière de la personne. Dans les RPA, les personnes âgées paient la totalité d'un loyer déterminé par le gestionnaire privé. Les soins à domicile pour l'aide à la vie quotidienne – manger, se laver – sont généralement assumés par l'État, tandis que pour l'aide à la vie domestique, le degré de soutien public varie selon les besoins et le niveau de revenu. Une grande portion de ces dépenses sera payée par les personnes âgées, qui pourront toutefois bénéficier d'un soutien modulé selon leur revenu, à travers le crédit pour maintien à domicile des aînés (662 M\$ en 2021), et le Programme d'exonération financière pour services d'aide domestique

(PEFSAD), qui comble une partie du coût horaire des services prodigués par des entreprises d'économie sociale – un montant fixe de 4 \$ l'heure pouvant augmenter selon la situation.

En ce qui a trait à l'hébergement, plusieurs facteurs permettent de croire que la contribution exigée des usagers dans les hébergements de soins de longue durée est insuffisante. Le loyer mensuel en CHSLD semble faible pour des résidents à revenus moyens et élevés qui, avant leur entrée dans ce type d'institution, devaient payer eux-mêmes leurs dépenses pour le logement et la nourriture. Pour les personnes à faibles revenus, ces loyers peu élevés, voire nuls, peuvent être un incitatif pour rechercher une place d'hébergement parce qu'elle devient moins coûteuse que les dépenses requises pour rester à domicile.

Par contre, pour les soins à domicile, l'écart entre le Québec et plusieurs pays pairs pour les dépenses publiques et l'importance des besoins non comblés suggèrent que, pour ces services, la part exigée des usagers est élevée.

Mais il faut être conscient du fait que tout changement au statu quo qui consiste à exiger une contribution plus élevée des usagers suscitera de très vifs débats et de fortes résistances. Les expériences de réajustement des tarifs des services publics dans la dernière décennie ont montré que, dans de nombreux dossiers, le gouvernement du Québec a dû reculer devant les pressions. Ce fut le cas de l'augmentation des frais de scolarité, de la modulation en fonction du revenu des frais pour les CPE, et de la contribution santé.

Il ne faut pas non plus oublier que lorsque les personnes âgées n'obtiennent pas ces services par les mécanismes officiels, elles y arrivent de façon informelle, dans un espace non marchand et non rémunéré, par le soutien communautaire, et surtout les aidants naturels, comme la famille, les voisins et les proches. Les carences du système public de soutien à l'autonomie sont compensées par un système de vases communicants, on pourrait dire de dumping, vers le secteur informel. C'est pourquoi la question du partage des coûts et du soutien de l'État doit considérer non seulement les personnes âgées elles-mêmes, mais aussi les aidants naturels.

6- Financement : une capitalisation nécessaire ?

Le financement du soutien à l'autonomie pose également des enjeux d'équité intergénérationnelle. Par définition, ce programme s'adresse aux membres d'une génération, celle des personnes âgées et très âgées. Par définition aussi, parce qu'aucune provision n'a été prévue, s'il est financé par les impôts et les revenus courants, il sera largement soutenu par les générations encore actives, ce qui pose très clairement un problème d'équité intergénérationnelle.

Plusieurs suggestions ont été émises pour atténuer ce problème d'iniquité, et elles devraient faire l'objet d'un débat.

Des chercheurs⁴⁷ ont proposé la mise en place d'une assurance publique de soins de longue durée, financée par une contribution obligatoire des travailleurs, dont il serait possible de retirer des sommes pour répondre à ses besoins, et qui pourrait être gérée par le Régime de pensions du Canada ou la Régie des rentes du Québec.

D'autres ont exploré la possibilité d'un recours à des assurances privées, pour finalement constater leur faible pénétration, qu'ils expliquent ainsi : « des facteurs liés à l'offre, y compris l'évincement par les programmes gouvernementaux, sont ceux qui expliquent le plus vraisemblablement pourquoi la proportion de Canadiens qui se dotent d'assurance soins de longue durée privée est si faible. »⁴⁸ Cet évincement provient surtout du fait que si les résidents doivent assumer un paiement pour l'hébergement de longue durée, le montant exigé est faible parce que l'hébergement est largement subventionné.

On pourrait également réfléchir à une forme de capitalisation des sommes destinées à l'autonomie, si elles sont conservées dans un fonds dédié auquel seraient associées certaines sources de financement, comme c'est le cas par exemple pour le Fonds vert. Dans le cas des politiques d'autonomie, en raison de leur caractère prévisible et de leur croissance certaine, on peut se demander s'il ne serait pas approprié de les traiter comme des obligations futures, comme on le fait pour le maintien des infrastructures et si, par exemple, le fonds des générations ne serait pas une forme de financement approprié.

7- Préciser les contours du rôle de l'État

Le gouvernement fédéral s'est dit ouvert à une participation accrue au financement des services d'hébergement pour personnes âgées, en raison des ravages que la pandémie a provoqués dans les établissements de soins de longue durée à travers le Canada. Cette participation pourra aider à résoudre les enjeux de financement des politiques d'autonomie, même si les discussions fédérales-provinciales à cet égard se heurteront à des écueils prévisibles : d'abord le niveau de cette participation et la question de ce que le Québec décrit comme le déséquilibre fiscal, ensuite, le refus de plusieurs provinces, dont le Québec, que le gouvernement fédéral impose des conditions à ces transferts, parce que la santé est un domaine de juridiction provinciale.

⁴⁷ « The case for public long-term care insurance », Michel Gagnon, Samantha Pollex, Options politiques, 2020.

⁴⁸ « A Canadian Parlor Room-Type Approach to the Long-Term-Care Insurance Puzzle », M. Martin Boyer, Philippe de Conder, Claude Fluet, Marie-Louise Leroux, Pierre-Carl Michaud, Canadian Public Policy/Analyse de politiques, June/juin 2019.

Cette participation fédérale risque de soulever un autre débat récurrent dans tous les dossiers liés aux politiques de santé, soit le rôle de l'État et la place du secteur privé, qui suscitent souvent, au Canada, de vives résistances. Cette question a également été soulevée au Québec lors de la pandémie, après les drames survenus dans certains CHSLD, et a amené certains à vouloir réduire la place du secteur privé. Au gouvernement, on a même évoqué la nationalisation.

En soi, c'est une bonne chose que le soutien à l'autonomie et les soins à domicile soient davantage reconnus au Canada comme une part intégrante des soins de santé, même s'ils ne sont pas dans le périmètre d'universalité et de gratuité des soins médicaux. Cependant, il ne nous semble ni faisable ni souhaitable que ces activités soient calquées sur un modèle qui a été développé il y a soixante ans pour la médecine curative.

Quels que soient les programmes d'autonomie que le Québec mettra en place, trois des cinq conditions de la Loi canadienne sur la santé ne pourront pas être respectées. D'une part, sachant que l'État n'assume déjà pas, et ne pourra pas assumer dans l'avenir l'entièreté des dépenses de soins à domicile, la règle de l'intégralité ne sera pas respectée. D'autre part, comme une partie des dépenses, pour les soins à domicile et l'hébergement, sont assumées par les citoyens, la règle de l'universalité ne s'applique pas. Enfin, parce que de nombreux services ne sont pas offerts par l'État, notamment dans les domaines du service personnel, la règle de la gestion publique ne s'applique pas.

Les services de soutien à l'autonomie reposent sur un réseau mixte où coexistent des acteurs publics, privés et communautaires. Il faut prendre acte de cette réalité et y adapter le rôle de l'État et ses politiques d'encadrement.

Le réseau des services à l'autonomie repose sur un système mixte où coexistent le secteur public, le secteur privé, ainsi que le réseau des organismes communautaires et d'économie sociale. Rien ne permet de croire que cette mixité, en soi, constitue un problème.

Par exemple, une analyse fine des événements dramatiques de la pandémie, faite par La Presse⁴⁹, a clairement montré que le caractère privé d'un établissement n'était pas la source des drames qui ont été vécus : « Dans les CHSLD publics et privés conventionnés, le taux de mortalité est le même, à quelques décimales près, soit respectivement 14,2 et 14,6 %. Les CHSLD privés non conventionnés, eux, font nettement moins bien, avec un taux de décès de 18,5 %. » Cet écart négatif s'explique largement par le fait que ces CHSLD non conventionnés reçoivent une subvention inférieure de 20 % à celle des CHSLD conventionnés, et que ce financement moindre s'accompagne d'une prestation de services moindre.

Ces données montrent plutôt que l'élément déterminant pour expliquer les problèmes dans la gestion de la pandémie n'était pas la structure de propriété des institutions, mais plutôt la qualité de l'encadrement dont celles-ci faisaient l'objet. Cela correspond à un phénomène que l'on a déjà pu observer dans d'autres dossiers, par exemple dans le contrôle des frais accessoires réclamés par des médecins, soit le fait que le réseau de santé public a du mal à encadrer des activités qui se situent en dehors de ce périmètre public.

L'organisation des soins doit s'adapter au caractère mixte des services liés à l'autonomie. Le rôle de l'État est d'abord de s'assurer que les services nécessaires soient disponibles et de qualité, et que les citoyens n'en soient pas privés faute de moyens. Mais l'État n'a pas nécessairement à être le fournisseur de ces services ni toujours le payeur. Il doit cependant jouer un rôle d'encadrement et de contrôle pour l'ensemble de ceux-ci, qu'ils soient publics ou communautaires, mais aussi privés.

8- Réorganiser l'encadrement des services

Le réseau du soutien à l'autonomie est un système mixte, comme nous venons de le voir, dans lequel coexistent des acteurs publics, privés et communautaires au sein d'un réseau de santé largement public. La majorité des CHSLD sont publics, mais une certaine proportion sont privés, conventionnés ou non, et les RI-RTF sont privés, comme l'ensemble des RPA. Certains soins à domicile sont offerts directement par le réseau public, mais un grand nombre provient de l'économie sociale, du milieu communautaire, du secteur privé, sans oublier l'énorme apport des services informels.

Plusieurs considérations militent en faveur de cette mixité de l'offre de services. D'abord, cela permet d'assurer la variété des services offerts et le libre-choix des clients. Ensuite, elle assure la livraison des services, sachant qu'une des grandes contraintes, la rareté de la main-d'œuvre, sera plus aisément surmontée en misant sur la présence d'acteurs d'horizons différents et la capacité

⁴⁹ « Enquête sur les CHSLD : Le palmarès du pire », Katia Gagnon, La Presse, 18 mars 2021.

d'innovation d'intervenants qui sont à l'extérieur du périmètre public. Enfin, elle tient compte du fait que les soins à domicile comportent des éléments liés au confort, à la qualité de vie et au plaisir, dans lesquels le réseau de la santé public ne se distingue pas.

Pour que cette mixité favorise le libre-choix, il est également souhaitable que les mécanismes de soutien de l'État puissent prendre plusieurs formes et soient caractérisés par leur souplesse. Le système québécois comporte déjà plusieurs canaux de soutien : l'aide en espèces, soit le nombre d'heures de services de soins à domicile selon les besoins d'une personne âgée, les chèques emplois-services, un mécanisme permettant à une personne âgée de choisir et de rémunérer un prestataire de soins, le programme d'exonération financière en service d'aide domestique (PEFSAD), qui permet d'obtenir des rabais, en fonction des revenus, pour des services offerts par une entreprise d'économie sociale, et le crédit d'impôt pour maintien à domicile, qui permet le remboursement d'une partie des dépenses. D'autres avenues restent à explorer au Québec. Par exemple, plusieurs pays européens, notamment l'Allemagne, recourent à des transferts en argent⁵⁰, « cash-for-care », permettant aux personnes âgées de choisir leurs fournisseurs de soins, soit des services d'aide ou des proches aidants.

Mais un tel réseau, en raison de la multiplicité des intervenants, de la grande variété des services offerts, de la diversité des cultures organisationnelles et de la pluralité des formes de soutien, est d'une grande complexité. Cela a sans doute été amplifié par la réforme des structures du réseau de la santé et des services sociaux, qui a eu un double effet en apparence paradoxal, soit une grande centralisation du processus décisionnel, mais une balkanisation des interventions, dont on a vu les effets lors de la pandémie.

Il n'est pas évident que la structure actuelle du système de santé, avec le morcellement du territoire entre les CISSS et CIUSSS, mal coordonnés entre eux, et la disparité entre les CLSC responsables de ces services, constitue le mode de prestation optimal pour le soutien à domicile et les soins de longue durée.

Le réseau des CLSC est-il le meilleur véhicule pour coordonner les services à domicile et en assurer l'accès ?

Cela exigera une infrastructure pour s'assurer que les services à domicile soient disponibles et accessibles, autant ceux fournis par le secteur public que ceux prodigués par les autres acteurs, et pour lesquels un mécanisme de coordination et de référence est nécessaire. Si les CLSC jouent

⁵⁰ IRPP, « Assessing Cash-for-Care Benefits to Support Aging at Home in Canada », 2021.

le rôle qui est le leur pour les services de santé à domicile, il n'est pas évident qu'il s'agisse du meilleur véhicule pour les autres types de service ni pour assurer les fonctions vitales d'information auprès des personnes âgées et de leurs familles ou la coordination efficace d'une multiplicité d'intervenants.

Dans bien des cas, n'oublions pas que le véritable enjeu pour améliorer les soins à domicile ne tient pas aux contraintes financières et à la capacité de payer des personnes âgées, mais bien davantage à l'accès aux services. Souvent, les facteurs qui vont pousser une personne âgée à quitter son domicile pour choisir la vie en résidence ne sont pas de nature pécuniaire, mais liés à l'incapacité à obtenir les services dont elle aurait besoin pour rester à la maison, que ce soit parce que le système public ne les fournit pas ou qu'il ne peut pas la diriger vers les ressources qui pourraient les lui offrir.

Ces considérations militent en faveur de la création d'un mécanisme qui jouerait un rôle de guichet unique pour les soins à domicile, avec des fonctions de coordination, de répartition et de mise en contact entre les usagers et les prestataires de services. Ce sont des questions qui devront être débattues lorsque le soutien à l'autonomie deviendra enfin une priorité.

9- Se préparer au défi de la main-d'œuvre

Enfin, ces besoins en services accrus auront pour effet de nécessiter une augmentation significative du personnel affecté aux soins à domicile, dans une période de rareté de main-d'œuvre où il y a compétition pour les ressources humaines disponibles. Outre les professionnels de la santé, les besoins seront importants pour du personnel ayant une qualification modeste, les auxiliaires, ainsi que pour des tâches peu qualifiées, comme l'entretien ménager.

Il s'agit d'un défi considérable que l'on retrouve dans plusieurs secteurs économiques aux prises avec des pénuries de main-d'œuvre. Mais la situation sera plus critique pour les services d'autonomie en raison de la croissance de ces activités et parce que celles-ci, surtout les soins à domicile, sont à forte intensité de travail et ne se prêtent pas facilement à une substitution par des technologies.

Il n'y aura pas de recette miracle, mais certains éléments pourraient atténuer les tensions provoquées par une rareté de la main-d'œuvre. Une partie de ces besoins pourrait être comblée par un programme de formation d'envergure, comme le Québec l'a fait pendant la pandémie avec la formation accélérée d'auxiliaires dans les CHSLD, et des conditions pour augmenter l'attractivité et la rétention pour ces fonctions.

Le défi de la main-d'œuvre sera considérable pour les soins à domicile, des services qui reposent sur les ressources humaines et pour lesquels il n'y a pas de solution technologique.

Par ailleurs, les soins à domicile pourront combler en partie leurs besoins en main-d'œuvre à mesure que d'autres secteurs, où le remplacement des emplois par le recours aux outils technologiques sera plus important, réduiront leur personnel, notamment l'entreposage, le commerce et les emplois de bureau peu qualifiés.

Un apport plus modeste pourra provenir de l'augmentation du taux de participation de la main-d'œuvre liée au soutien aux aidants naturels, sachant que les obligations des proches aidants ont souvent pour effet de les forcer à ne pas travailler ou à réduire leur prestation de travail. Un sondage auprès des proches aidants⁵¹ a montré que 45 % d'entre eux ont dit avoir réduit leurs heures de travail en raison de leurs obligations.

Une contribution plus significative pourra provenir d'une meilleure utilisation des ressources humaines, non pas dans le minutage des soins, mais dans une meilleure gestion des déplacements, dans la logistique des prises de rendez-vous et dans une meilleure coordination des différentes formes de service.

La diversité des intervenants – privés, communautaires, économie sociale – pourra également permettre un accès à différents bassins de main-d'œuvre potentielle.

Enfin, comme pour tous les enjeux de main-d'œuvre, l'apport de l'immigration pourra être précieux, tant pour les emplois spécialisés dans le domaine de la santé que pour les fonctions exigeant peu de formation, où la main-d'œuvre issue de l'immigration, comme on l'a vu dans les CHSLD lors de la pandémie, joue un rôle essentiel.

⁵¹ « Comment se comporte la demande pour les services d'aide à domicile », Siramane Coulibaly, Bernard Fortin, Maripier Isabelle, Conférence CIRANO, *Virage vers les soins à domicile au Québec? Enjeux et possibilités*, 27 mai 2021.

10- Repenser la gouvernance : un ministère des aînés ?

Nous avons pu voir, dans ce rapport, que les politiques de soutien à l'autonomie, et encore davantage les soins à domicile, ont souvent été un parent pauvre des politiques de santé, en raison de leur relative invisibilité, mais aussi parce qu'elles n'étaient pas prioritaires pour un réseau axé sur les solutions hospitalières et la médecine curative.

On sait par ailleurs qu'une portion importante des prestataires des services de soutien à l'autonomie sont à l'extérieur du réseau public et qu'une part considérable des services procurés se situent hors du périmètre naturel d'intervention du MSSS, soit des soins que l'on peut définir comme relevant du service à la clientèle, du confort et de la qualité de vie, qui sont hors des champs de compétence naturels du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour ces raisons, on peut se demander si les politiques de soutien à l'autonomie, surtout dans la période de forte croissance dans laquelle nous entrons dans les années à venir, pourront se déployer de façon optimale, et si elles se sont mises en œuvre sous l'égide du ministère de la Santé et des Services sociaux.

À l'heure actuelle, le cabinet du gouvernement Legault compte en son sein une ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais, qui est responsable de ce dossier sans pour autant jouer un rôle de direction et dont les fonctions semblent davantage d'être le lien entre le ministère et les clientèles des services aux personnes âgées. La Direction générale des aînés et des proches aidants relève du MSSS et du ministre en titre. Cette structure diffère par exemple de celle de l'Enseignement supérieur, un ministère à part entière avec ses structures propres et son indépendance.

La création d'un véritable ministère des Aînés, qui ne serait pas sous la tutelle de celui de la Santé et des Services sociaux et qui pourrait ainsi jouir d'une autonomie permettant une meilleure priorisation des politiques d'autonomie et une meilleure adaptation aux besoins spécifiques de ces clientèles, pourrait faire l'objet d'un débat.