



Chaire de recherche
sur les enjeux économiques
intergénérationnels

Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins

21-01

Nicholas-James Clavet, Yann Décarie, Réjean Hébert, Pierre-Carl
Michaud et Julien Navaux

Cahier de recherche
Working paper
Février / February 2021





Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels

est une chaire multi-institutionnelle qui s'appuie
sur un partenariat avec les organisations suivantes :



Les opinions et analyses contenues dans les cahiers de recherche de la Chaire ne peuvent en aucun cas être attribuées aux partenaires ni à la Chaire elle-même et elles n'engagent que leurs auteurs.

Opinions and analyses contained in the Chair's working papers cannot be attributed to the Chair or its partners and are the sole responsibility of the authors.



Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins

Nicholas-James Clavet, HEC Montréal

Yann Décarie, HEC Montréal

Réjean Hébert, École de santé publique de l'Université de Montréal et CIRANO

Pierre-Carl Michaud, HEC Montréal et CIRANO

Julien Navaux, HEC Montréal et ESG UQAM

Février 2021

Résumé

Première étape d'une étude de notre groupe, ce cahier de recherche vise à faire état des besoins futurs en termes de soutien à l'autonomie des personnes âgées au Québec et d'en estimer les coûts. Les projections sont faites en fonction du niveau des besoins (Profils Iso-SMAF) ainsi que selon le milieu de vie, afin de cerner les défis à venir. Une modélisation détaillée des coûts est réalisée à partir de plusieurs sources de données publiques. Les résultats des simulations démontrent clairement que les besoins croîtront de plus en plus rapidement durant les deux prochaines décennies. Les coûts deviendront vite prohibitifs et cela même en conservant le niveau de services actuel. Par ailleurs, les projections du scénario de statu quo démontrent qu'il faudrait développer plus de 40 000 nouvelles places en CHSLD d'ici 2040. Cela représente un doublement de la capacité actuelle en CHSLD. Enfin, ce rapport propose un cadre permettant d'envisager différents scénarios pouvant rencontrer les besoins de la population dans un environnement plus soutenable financièrement.

Mots-clés : finances publiques, vieillissement de la population, perte d'autonomie, Profils Iso-SMAF, Québec.

Codes JEL : H51, H68, J14.

Les auteurs désirent remercier François Dion pour son aide précieuse à la compréhension des rapports financiers annuels des établissements du MSSS, ainsi que J. Benoit Caron et Samuel Bouchard Villeneuve pour les informations très utiles sur le fonctionnement des EÉSAD.

Table des matières

1	Contexte et objectifs	2
2	Besoins de soutien et milieux de vie	5
2.1	Personnes avec des besoins de soutien.....	5
2.2	Intensité des besoins.....	8
2.3	Milieu de vie.....	12
3	Coûts	15
3.1	Centres d’hébergement et de soins de longue durée	15
3.2	Ressources intermédiaires et de type familial	18
3.3	Soins à domicile	20
3.4	Total pour tous les milieux de vie	23
4	Scénarios alternatifs.....	26
4.1	Scénario optimiste	26
4.2	Scénario pessimiste	28
4.3	Intervalle de coût.....	30
5	Discussion.....	32
6	Conclusion.....	34
	Références.....	37
	Annexes.....	40
A.	Détails méthodologiques	40
B.	Figures et tableaux complémentaires	50

1 Contexte et objectifs

Le Québec présente actuellement un vieillissement très rapide de sa population. Parmi les pays industrialisés, la vitesse du vieillissement au Québec est comparable à celle du Japon avec un décalage d'une quinzaine d'années. L'ampleur du babyboom au Québec explique ce phénomène (INSPQ, 2020). D'ici à peine une décennie, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans au Québec dépassera le seuil des 25 %. Cette marque a été récemment atteinte par le Japon. Le Québec sera ainsi l'une des sociétés les plus vieilles au Canada et dans le monde. Bien que cela ne soit pas une catastrophe, ce vieillissement aura des répercussions importantes sur la société québécoise, son économie et le financement des soins et services.

Le vieillissement s'accompagne d'invalidités qui nécessitent des soins et services partiellement financés par l'État. Les systèmes de soins de santé implantés au Canada dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle ont été organisés autour des soins médicaux et hospitaliers. Cette approche était justifiée à cette époque pour desservir une population jeune aux prises avec des maladies aiguës. Désormais, le vieillissement de la population et la prépondérance des maladies chroniques limitent la pertinence de cette approche. L'hôpital ne devrait plus être au cœur du système; la réponse efficiente aux maladies chroniques passe en effet par des soins de première ligne et des soins à domicile performants. Or, le système hospitalo-centré québécois et canadien a entraîné une priorisation aberrante de la solution institutionnelle en réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), développés dans les années soixante-dix à partir des hôpitaux, ont ainsi fait l'objet d'une priorité et les soins à domicile (SAD) se sont développés en marge du

système. Il n'est pas étonnant de constater que parmi les pays de l'OCDE, le Canada ne consacre que 14 % du financement public des soins de longue durée aux SAD (Huber et al, 2009). Tous les autres pays consacrent une proportion plus importante aux SAD, le Danemark arrivant en tête avec 73 %. Notre approche institutionnelle a des impacts au plan de la qualité de vie et de la sécurité des personnes, la pandémie de COVID-19 l'a clairement démontré. Mais elle a aussi des impacts financiers importants, lesquels n'ont pas été estimés convenablement jusqu'à maintenant.

L'objectif de ce cahier de recherche est donc d'estimer les coûts de la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie dans un scénario de statu quo quant au type de services et au niveau de la couverture des besoins. Une telle donnée de base sera essentielle pour évaluer les impacts d'une éventuelle modification des services offerts ou du mode de financement.

La projection des besoins et des coûts à long terme du soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas une mince tâche, puisque les données québécoises disponibles sur ce sujet sont très limitées et dispersées. Cependant, les différentes sources de données existantes peuvent être mobilisées afin de tracer un portrait de l'évolution des besoins et des coûts sous certaines hypothèses.

Actuellement, il est estimé que 195 714 personnes âgées bénéficient de soutien à la perte d'autonomie. Les trois quarts reçoivent des SAD (75,1 %), près d'une personne sur cinq réside en CHSLD (19,8 %) et environ une sur vingt réside en ressources intermédiaires et résidences de type familial (RI-RTF: 5,1 %).

L'approche de statu quo retenue dans ce cahier de recherche signifie que la couverture actuelle des besoins est conservée à l'avenir, sans définir aucune contrainte sur l'offre de

services. Par exemple, si le besoin en nombre de places en CHSLD est supérieur à la capacité actuelle, autant de places et d'établissements que nécessaires sont construits, en amortissant ces coûts de construction sur 25 ans. Dans les projections, le coût de construction actuel des CHSLD est utilisé, nonobstant les coûts supérieurs associés aux nouvelles Maisons des aînés. Par ailleurs, il est supposé que le taux de services des SAD, c'est-à-dire le niveau de services effectivement rendus auprès des usagers selon leurs besoins, demeure constant. Cela ne signifie pas pour autant que le nombre de personnes bénéficiant de SAD sera constant, étant donné que les besoins seront croissants.

En plus d'un scénario de référence, deux scénarios alternatifs sont simulés. Si le scénario de référence repose sur les hypothèses considérées comme les plus susceptibles de se réaliser, les scénarios alternatifs servent à mesurer la sensibilité des projections aux hypothèses retenues. L'un est optimiste et l'autre est pessimiste. Dans le scénario optimiste, une amélioration de l'état de santé des personnes de 65 ans et plus est supposée par l'entremise d'une diminution de la proportion de personnes ayant besoin de soins (-1,5 % de la proportion par année avec un maximum de diminution cumulative de -20 % sur 30 ans). Dans le scénario pessimiste, un taux de croissance structurel de 2,6 % est retenu, alors qu'il est de 1,6 % dans le scénario de référence. Le taux de croissance structurel vise à prendre en compte la croissance d'un ensemble de coûts, dont les salaires, l'évolution de la technologie médicale et l'évolution de l'équilibre entre l'offre et la demande. Il est ici basé sur la croissance observée par le passé.

2 Besoins de soutien et milieux de vie

Avant même d'établir les coûts des services en soutien à la perte d'autonomie, il est nécessaire de modéliser les besoins de soutien de la population et la répartition de ces personnes dans les différents milieux de vie. Cette modélisation s'effectue en trois étapes :

1. L'identification des personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie;
2. L'évaluation de l'intensité des besoins en utilisant la classification des Profils Iso-SMAF bien connue et utilisée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
3. L'assignation à un milieu de vie des personnes recevant du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

La méthodologie utilisée est présentée par étape afin de bien clarifier le statu quo et les hypothèses sous-jacentes.

2.1 Personnes avec des besoins de soutien

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) produite par Statistique Canada (2017-2018) contient des informations concernant les limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) qui peuvent-être exploitées. Les activités considérées sont les suivantes :

1. Préparation de repas
2. Faire des commissions (épicerie et autres)
3. Accomplissement de tâches ménagères
4. Soins personnels et prise de médicaments
5. Déplacement dans la maison
6. Gestion des finances personnelles

Si une personne possède au moins une limitation concernant les AVQ, cette personne est considérée comme ayant besoin de soutien à l'autonomie. Précisons que l'ESCC ne permet pas de calculer le nombre total de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie, puisqu'elle ne représente que la population non-institutionnelle. Elle n'inclut donc pas les individus en CHSLD ou en RI-RTF. En ajoutant les effectifs de personnes en institutions issus du recensement de 2016 (Statistique Canada), il est possible de calculer la proportion de l'ensemble de la population (vivant à domicile ou en institution) avec des besoins de soutien à l'autonomie. Le Tableau 1 résume les résultats de cet exercice par groupes d'âge.

Tableau 1 - Proportion de la population avec des besoins de soutien à l'autonomie (%)

Groupe de personnes	Groupe d'âge				Total des 65 ans et plus
	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et plus	
Personnes à domicile ayant besoin d'aide pour au moins une AVQ*	8,9	11,4	13,0	25,4	14,3
Personnes en institutions	0,9	1,7	3,6	14,1	4,9
Total	9,8	13,1	16,6	39,6	19,2

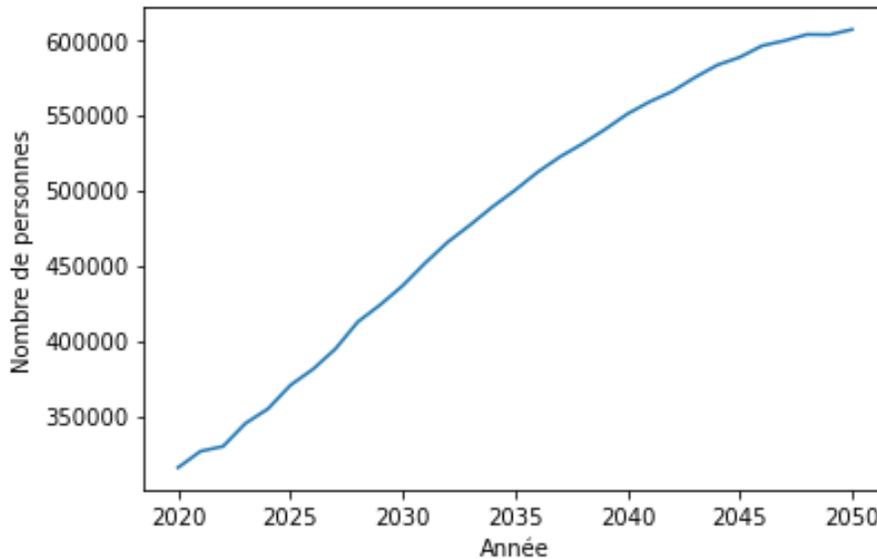
Source : compilation des auteurs à partir de l'ESCC 2017-2018 et du recensement de 2016.

Note : *Activités de la vie quotidienne.

Ces proportions par âge et par sexe sont ensuite appliquées à une projection de la population québécoise, réalisée à l'aide de l'outil démographique SimGen, qui est calibrée sur les projections de l'Institut de la statistique du Québec.¹ Un horizon de projection allant jusqu'à 2050 a été choisi. La Figure 1 illustre la projection du nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie. On observe une hausse importante du nombre de personnes avec des besoins de soutien, de 315 568 personnes en 2020 à 499 825 en 2035 et 606 514 en 2050. Ainsi, ce nombre croît à un rythme annuel moyen de 3,1 % de 2020 à 2035. Ce rythme ralentit toutefois à 1,3 % de 2035 à 2050.

¹ Une présentation de SimGen et la documentation du modèle est disponible à l'adresse creei.ca/simgen-simulations-demographiques/

Figure 1 - Nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie selon l'année



Source : calculs des auteurs.

L'augmentation rapide du nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie vient d'un vieillissement accéléré chez les 65 ans et plus, qui est tout particulièrement marqué durant les 15 prochaines années. Le Tableau 2 présente le nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie par groupe d'âge à chaque cinq ans de 2020 à 2050. On observe, tout d'abord, que ce sont les groupes plus âgés qui ont la plus forte croissance. Par exemple, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus avec des besoins passe de 152 842 à 393 479 personnes en 30 ans, soit une multiplication par 2,6. Durant la même période, la population âgée de 65 à 69 ans avec des besoins passe de 50 889 à 60 229 personnes, soit une multiplication par seulement 1,2. Ensuite, le taux de croissance annuel moyen de la population avec des besoins est particulièrement élevé de 2020 à 2035 (3,3 % de 2020 à 2030 et 2,8 % de 2030 à 2035). Il diminue ensuite jusqu'à 0,6 % de 2045 à 2050.

Tableau 2 - Population avec des besoins de soutien à l'autonomie et taux de croissance annuel moyen selon le groupe d'âge

Année	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et plus	Total
Population par année					
2020	50 889	58 353	53 485	152 842	315 568
2025	58 635	65 351	66 025	180 286	370 297
2030	58 530	73 140	73 794	230 942	436 406
2035	50 070	74 871	85 906	288 979	499 825
2040	50 359	65 395	87 560	347 179	550 493
2045	58 393	64 575	74 820	390 314	588 103
2050	60 229	74 817	77 988	393 479	606 514
Taux de croissance annuel moyen (en %)					
2020-2025	2,9	2,3	4,3	3,4	3,3
2025-2030	0,0	2,3	2,2	5,1	3,3
2030-2035	-3,1	0,5	3,1	4,6	2,8
2035-2040	0,1	-2,7	0,4	3,7	1,9
2040-2045	3,0	-0,3	-3,1	2,4	1,3
2045-2050	0,6	3,0	0,8	0,2	0,6

Source : calculs des auteurs.

2.2 Intensité des besoins

Dubuc et al. (2006) ont proposé une classification des besoins qui dépend des incapacités physiques et mentales des individus. Cette classification dite des Profils Iso-SMAF ordonne les besoins de manière croissante selon 14 profils. Ces profils sont utilisés par le MSSS et ils font même partie de la formule de financement pour certains types de soins. Ainsi, il a été jugé adéquat d'utiliser cette classification pour projeter l'intensité des besoins. La Figure 2 présente certaines caractéristiques de ces profils.

L'étude PRISMA, réalisée de 2001 à 2006 auprès de 1 501 personnes à risque d'avoir besoin de soutien (Hébert et al, 2010), est utilisée afin d'obtenir la proportion de personnes par Profil Iso-SMAF selon l'âge.² Celle-ci est ensuite appliquée au nombre de personnes

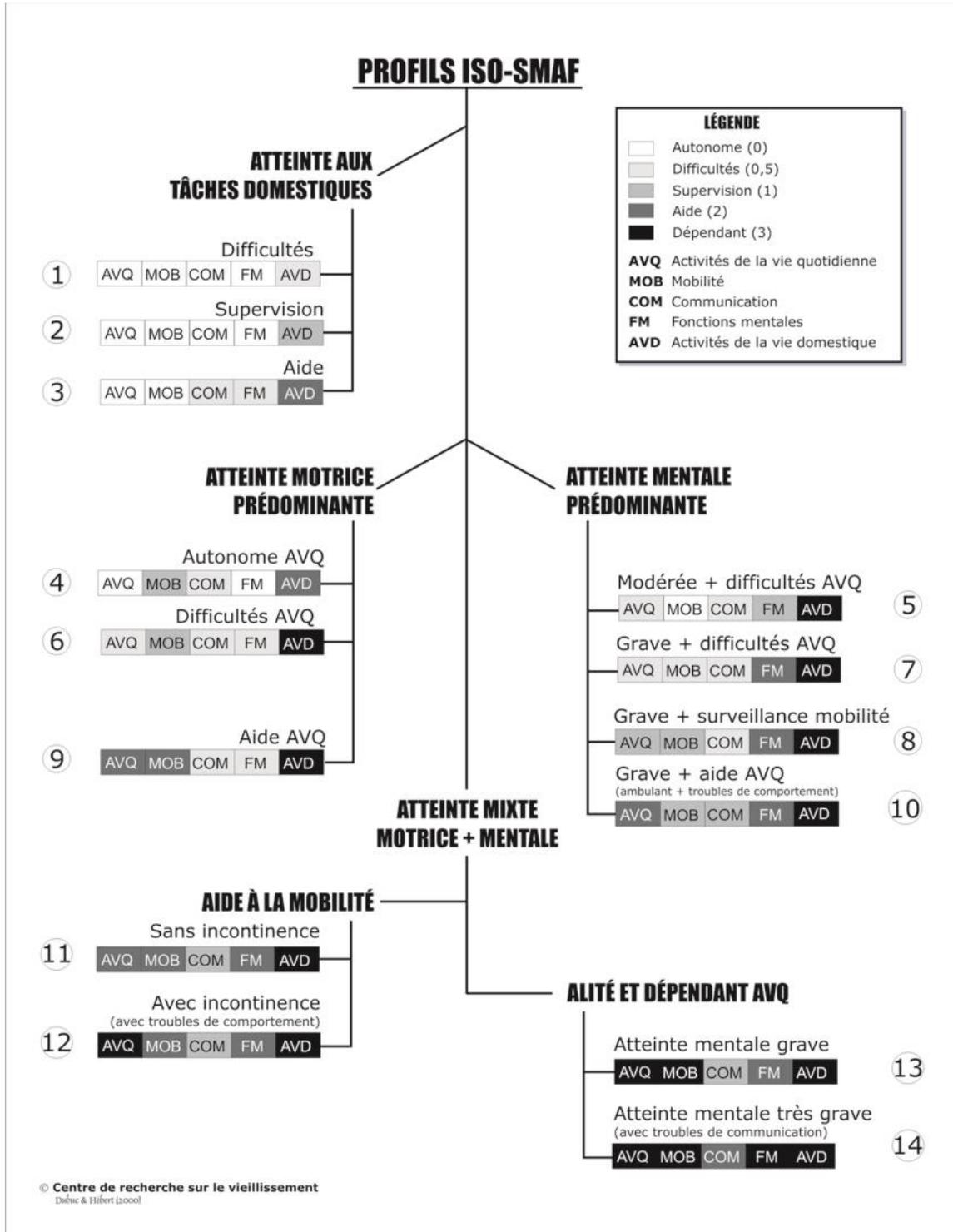
² La distribution des Profils Iso-SMAF est allouée selon l'âge, en pondérant les observations de l'enquête par le nombre de personnes avec des besoins de soutien à l'autonomie pour chaque âge.

avec des besoins de soins.³ Précisons d'emblée que l'enquête ne permet pas de différencier les Profils Iso-SMAF 11 à 14. Les profils supérieurs ou égal à 11 sont donc regroupés dans un seul profil. Cet aspect n'est pas particulièrement problématique pour les projections, car la majorité des personnes aux profils 11 à 14 résident en CHSLD. Or il sera montré dans la suite du document que tous les résidents de CHSLD se voient attribués un même coût unitaire, quel que soit leur Profil Iso-SMAF.

L'étape suivante consiste à obtenir le nombre de personnes bénéficiant effectivement de services SAPA. Les données disponibles les plus récentes sur la répartition des Profils Iso-SMAF des personnes recevant du SAPA (SAD, RI-RTF et CHSLD) proviennent d'une demande d'accès à l'information au MSSS remontant à 2014. Par la suite, ces données sont ajustées afin de prendre en compte l'augmentation du nombre de personnes recevant du SAPA de 2014 à 2020. Ces données ne sont pas ventilées par âge. Afin d'arrimer les projections sur le nombre de personnes recevant du SAPA, l'assignation des Profils Iso-SMAF est ajustée pour correspondre aux données du MSSS durant l'année de départ des projections. Le nombre de personnes recevant du SAPA par profil est présenté dans le Tableau 3.

³ Ainsi, une hypothèse importante, faute de données, est que cette distribution par âge parmi les Profils Iso-SMAF n'a pas changé depuis 2006.

Figure 2 - Description des Profils Iso-SMAF



Source : Dubuc et Hébert (2002).

Tableau 3 - Nombre de personnes recevant du SAPA en 2020 selon le Profil Iso-SMAF*

Profil	Nombre de personnes
1	30 801
2	10 444
3	5 887
4	29 388
5	16 598
6	17 268
7	12 383
8	15 361
9	15 454
10	11 539
11+	30 590
Total	195 713

Source : calculs des auteurs.

Note : * Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

La Figure 3 présente le nombre projeté de personnes recevant du SAPA par Profil Iso-SMAF. La projection témoigne d'une croissance importante du nombre de personnes dans les profils nécessitant davantage de soins, en particulier les profils 11 et plus qui comptent 30 590 personnes en 2020 et qui atteignent 83 227 personnes en 2050, soit une multiplication par plus de 2,7 en 30 ans. Le nombre de personnes dans le profil 4 est également en forte croissance. Ce nombre est multiplié par près de 2,5 de 2020 à 2050.

Figure 3 - Projections du nombre de personnes recevant du SAPA par Profil Iso-SMAF



Source : calculs des auteurs.

2.3 Milieu de vie

Trois types de milieux de vies sont considérés : 1) le domicile, ce qui implique des SAD; 2) les RI-RTF; et 3) les CHSLD. Pour les SAD, les soins donnés à domicile et ceux donnés en résidence privée pour aînés (RPA) sont regroupés. Précisons d'ailleurs que le nombre de personnes en RPA n'est pas modélisé de manière explicite. Pour les RI-RTF (parfois appelées Ressources non-institutionnelles ou RNI), l'ensemble des ressources intermédiaires en hébergement et celles en milieu familial sont regroupées. Finalement, les CHSLD privés (conventionnés) et publics sont également regroupés. Les CHSLD privés non conventionnés ne sont pas inclus dans l'analyse.

Des données datant de 2014 sont utilisées pour la distribution des Profils Iso-SMAF par milieu de vie (SAD, CHSLD et RI-RTF), étant donné qu'aucunes données plus récentes ne sont disponibles. Le Tableau 4 montre la répartition des Profils Iso-SMAF par milieu de vie. On peut voir que les personnes desservies en profil 11 et plus résident majoritairement

en CHSLD (67,2 %), alors que les personnes desservies dans les profils inférieurs sont davantage en RI-RTF ou en SAD. Les personnes des profils inférieurs à 10 sont majoritairement en SAD. Par exemple, sur l'ensemble des personnes desservies en profil 1, 99,8 % sont en SAD.

Tableau 4 - Répartition des Profils Iso-SMAF par milieu de vie (en %)

Profils	CHSLD	RI-RTF	SAD
1	0,1	0,1	99,8
2	0,2	0,2	99,6
3	1,2	2,2	96,5
4	0,6	1,1	98,2
5	4,2	7,6	88,2
6	41,2	7,2	51,5
7	3,1	5,6	91,3
8	13,4	17,2	69,5
9	13,3	15,4	71,3
10	48,6	6,0	45,4
11+	67,2	1,5	31,4

Source : calculs des auteurs.

Ces répartitions sont appliquées aux personnes recevant du SAPA. Le Tableau 5 et la Figure 4 présentent le nombre de personnes projeté dans chaque milieu de vie jusqu'en 2050. Le nombre de personnes en CHSLD est celui qui connaît la plus forte croissance relative, de 38 767 personnes en 2020 à 67 340 en 2035 puis à 99 591 en 2050. Le taux de croissance annuelle moyen calculé par intervalle de cinq ans croît de 2020-2025 (2,6 %) à 2030-2035 (4,5 %), puis il décroît jusqu'à atteindre 1,4 % pour la période 2045-2050. Le nombre de personnes en RI-RTF passe de 9 897 personnes en 2020 à 22 701 en 2050. Le taux de croissance annuel moyen maximal en RI-RTF est atteint durant la période 2025-2035, avec un taux égal à 3,7 %. Ce taux décroît ensuite pour atteindre 1,4% pour la période 2045-2050. Le nombre de personnes bénéficiant de SAD connaît une forte croissance annuelle durant la période 2020-2030 (3,1 % pour 2020-2025 et 3,8 % pour

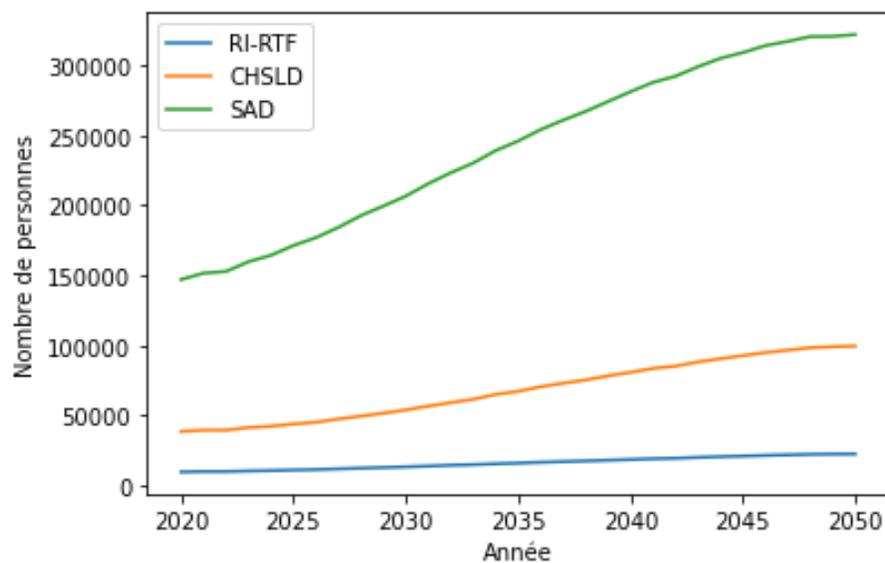
2025-2030), en passant de 147 050 personnes en 2020 à 206 479 en 2030. La croissance est ensuite plus modérée, diminuant jusqu'à un taux de 0,8 % pour la période 2045-2050.

Tableau 5 - Projection du nombre de personnes recevant du SAPA et taux de croissance annuel moyen selon le milieu de vie (scénario de référence)

Année	CHSLD	RI-RTF	SAD	Total
Population par année				
2020	38 767	9 897	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
Taux de croissance annuel moyen (en %)				
2020-2025	2,6	2,6	3,1	3,0
2025-2030	4,2	3,7	3,8	3,9
2030-2035	4,5	3,7	3,5	3,7
2035-2040	3,7	3,0	2,7	2,9
2040-2045	2,8	2,5	1,9	2,1
2045-2050	1,4	1,4	0,8	1,0

Source : calculs des auteurs.

Figure 4 - Projection de la clientèle SAPA par milieu de vie (scénario de référence)



Source : calculs des auteurs.

3 Coûts

Une approche basée sur les coûts totaux est adoptée, en différenciant le financement provenant des usagers et celui provenant du gouvernement du Québec. Dans cette section, la description des calculs et hypothèses des coûts par milieu de vie est présentée afin d'étayer les résultats.

3.1 Centres d'hébergement et de soins de longue durée

Le coût de fonctionnement d'une place en CHSLD et le coût marginal d'ajouter une nouvelle place sont modélisés séparément. Tout d'abord, le coût moyen d'une place en CHSLD privé conventionné est utilisé comme point de référence pour le coût de fonctionnement de l'ensemble des CHSLD. Sur l'ensemble des 6 231 places en CHSLD privés conventionnés en 2019-2020, le coût moyen de fonctionnement est égal à 101 583 \$ (détails des calculs à l'annexe A). La part du coût qui est assumée par les usagers est égale à 18,3 % du coût total (détails des calculs à l'annexe A).

Le coût historique de construction d'une nouvelle place en CHSLD est utilisé lorsqu'il est question d'ajouter une place au réseau. Notons qu'il aurait été possible d'adopter l'approche proposée par le gouvernement, consistant à ajouter des places dans des installations plus petites avec un coût comparable à celui des Maisons des aînés. Cette approche n'a pas été retenue, notamment car le coût final d'une place en Maisons des aînés est incertain. Malgré tout, l'utilisation d'une telle approche n'aurait fait qu'augmenter le coût de construction, déjà considérable, d'une place en CHSLD.

Le calcul du coût moyen de construction provient d'une demande d'accès à l'information remontant à 2017⁴, qui évalue ce coût à 325 000 \$. En actualisant ce coût à un taux de 3,7 %⁵ jusqu'en 2020, un coût de construction par place égal à 362 531 \$ est obtenu en 2020. Par ailleurs, les dépenses futures d'intérêts et de dépréciation associées à cette dépense en capital sont considérées en sus du coût de fonctionnement. Les dépenses d'intérêts sont calculées au taux de 3 % annuel tandis que la dépréciation a lieu sur 25 ans (la dépréciation est linéaire, donc au taux de 4 %).

Il est aussi supposé que l'offre de travail est parfaitement élastique à l'augmentation de la demande de personnel. Autrement dit, le coût de la main-d'œuvre (le prix du travail) n'est pas influencé par la quantité demandée. Cette hypothèse est particulièrement optimiste du point de vue des coûts, sachant qu'il est déjà actuellement difficile de recruter du personnel et que les besoins en main-d'œuvre n'iront qu'en augmentant.

Le Tableau 6 et la Figure 5 présentent l'évolution du coût total de l'hébergement en CHSLD sur la période 2020 à 2050. Celui-ci passe de 3,9 milliards de dollars en 2020 à 17,6 milliards de dollars en 2050, ce qui représente une multiplication du coût des CHSLD par 4,5 en 30 ans. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) du coût total de l'hébergement en CHSLD passe de 4,6 % sur la période 2020-2025 à 6,6 % sur la période 2030-2035. Il diminue ensuite pour atteindre 2,9 % sur la période 2045-2050. Le montant financé par les usagers passe de 721 millions de dollars en 2020 à 3,2 milliards de dollars

⁴ Voir le rapport de Purple Squirrel Economics (2018).

⁵ Le taux de 3,7% correspond à la croissance annuelle moyenne de l'indice des prix de la construction de bâtiments institutionnels dans la région métropolitaine de Montréal entre le 1^{er} trimestre 2017 et le 1^{er} trimestre 2020. Ce taux provient du [Tableau 18-10-0135-01 Indices des prix de la construction de bâtiments, selon le type d'immeuble de Statistique Canada](#).

en 2050. Sur la même période, le montant assuré par le gouvernement du Québec passe de 3,2 milliards de dollars en 2020 à 14,4 milliards de dollars en 2050.

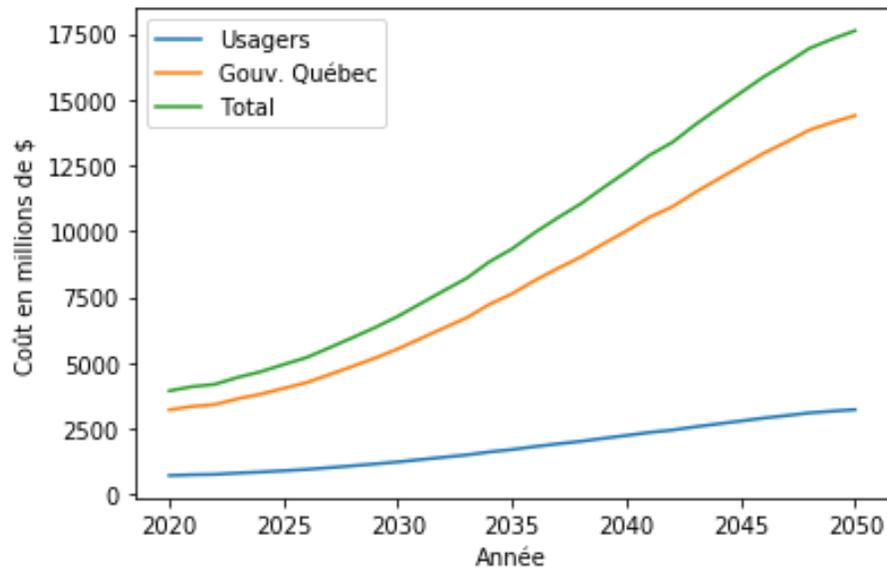
Tableau 6 - Coût total de l'hébergement en CHSLD pour les usagers et le gouvernement du Québec (en millions de \$)

Année	Usagers	Gouv. du Québec	Total	
	en M\$	en M\$	en M\$	TCAM
2020	721	3 217	3 938	-
2025	903	4 033	4 936	4,6
2030	1 238	5 527	6 765	6,5
2035	1 708	7 624	9 331	6,6
2040	2 242	10 010	12 252	5,6
2045	2 792	12 465	15 257	4,5
2050	3 223	14 389	17 611	2,9

Source : calculs des auteurs.

Notes : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %). Gouv. du Québec : Gouvernement du Québec.

Figure 5 – Projection du coût de l'hébergement en CHSLD (en millions de \$)



Source : calculs des auteurs.

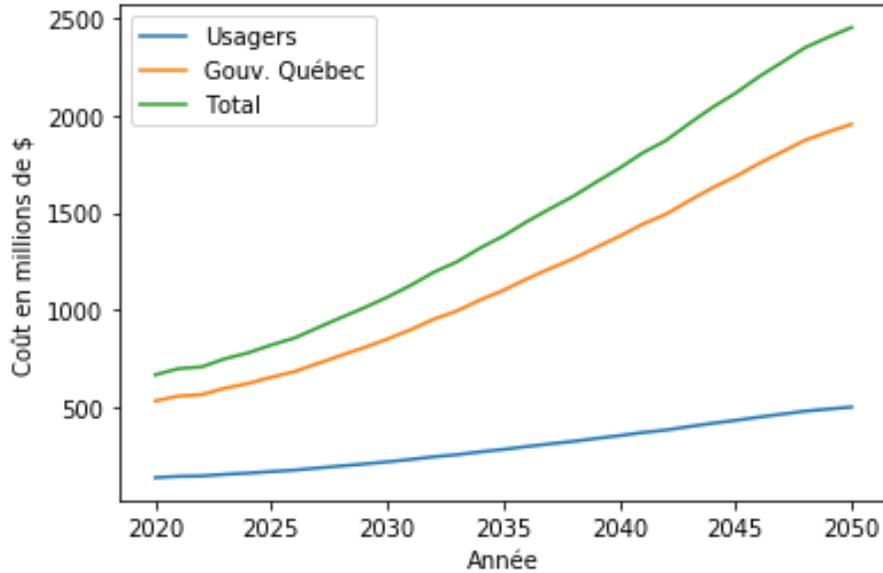
Note : Gouv. Québec : Gouvernement du Québec.

3.2 Ressources intermédiaires et de type familial

Un coût de fonctionnement de 67 117 \$ par année a été calculé pour une place en RI-RTF. Ce calcul a été effectué à partir des rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020a) et des comptes de la santé du MSSS de 2018-2019 (MSSS, 2020b). Les calculs sont présentés dans le détail à l'annexe A. La part du coût total qui est assumée par les usagers a été évaluée à 20,3 % du coût total (détails des calculs à l'annexe A). Dans les projections, il est supposé que l'offre de places en RI-RTF est parfaitement élastique, c.-à-d. que le nombre de places disponibles suit la quantité demandée, sans que cette dernière n'exerce d'influence sur le prix d'une place. Cette hypothèse est encore une fois optimiste du point de vue des coûts.

La Figure 6 et le Tableau 7 présentent l'évolution du coût total de l'hébergement en RI-RTF sur la période 2020 à 2050. Il passe de 664 millions de dollars en 2020 à 2,4 milliards de dollars en 2050, ce qui représente une multiplication du coût des RI-RTF par 3,7 en 30 ans. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) du coût total de l'hébergement en RI-RTF passe de 4,2 % sur la période 2020-2025 à 5,4 % sur la période 2025-2030. Il diminue ensuite jusqu'à 3,0 % sur la période 2045-2050. Le montant financé par les usagers passe de 135 millions de dollars en 2020 à 498 millions de dollars en 2050 et le montant couvert par le gouvernement du Québec passe de 529 millions de dollars en 2020 à 1,9 milliard de dollars en 2050.

Figure 6 - Projection du coût de l'hébergement en RI-RTF
(en millions de \$)



Source : calculs des auteurs.

Note : Gouv. du Québec : Gouvernement du Québec.

Tableau 7 - Coût total de l'hébergement en RI-RTF pour les usagers
et le gouvernement du Québec (en millions de \$)

Année	Usagers	Gouv. du Québec	Total	
	en M\$	en M\$	en M\$	TCAM
2020	135	529	664	-
2025	166	652	818	4,2
2030	216	848	1 064	5,4
2035	280	1 099	1 379	5,3
2040	351	1 377	1 728	4,6
2045	429	1 685	2 115	4,1
2050	498	1 955	2 453	3,0

Source : calculs des auteurs.

Notes : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %). Gouv. du Québec : Gouvernement du Québec.

3.3 Soins à domicile

Dans un premier temps, un coût fixe par usager est évalué pour les aspects des SAD qui ne sont pas liés aux soins infirmiers ou aux soins d'assistance (détails des calculs à l'annexe A). Ce coût de 5 571 \$ par usager est évalué à l'aide des rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020a) et des crédits budgétaires de 2020-2021 (Gouvernement du Québec, 2020).

Par la suite, un coût variable selon le Profil Iso-SMAF est ajouté pour les soins infirmiers et les soins d'assistance. Le Tableau 8 présente le nombre d'heures rémunérées par année selon le type de soins et le Profil Iso-SMAF (détails des calculs à l'annexe A).

Tableau 8 - Heures de soins à domicile rémunérées annuellement selon le type de soins et le Profil Iso-SMAF

Profil	Heures rém. en soins infirmiers	Heures rém. en soins d'assistance	Heures totales rémunérées
1	24,0	183,6	207,6
2	30,3	190,1	220,3
3	164,5	324,1	488,6
4	113,4	381,7	495,1
5	202,8	445,6	648,4
6	215,6	451,9	667,5
7	228,4	707,4	935,7
8	260,2	809,6	1 069,8
9	292,3	1 480,3	1 772,6
10	324,1	1 480,3	1 804,4
11+	398,1	1 701,4	2 099,5

Source : calculs des auteurs.

Note : Heures rém. : heures rémunérées.

Un coût horaire de 63,80 \$ en soins infirmiers et de 49,30 \$ en soins d'assistance est assigné aux heures rémunérées. Ces coûts horaires ont été évalués à l'aide des rapports financiers annuels des établissements 2019-2020 (MSSS, 2020a) et ils tiennent compte du

salaires réguliers, du temps supplémentaire, des avantages sociaux et d'autres coûts liés à chaque type de soin.⁶ En somme, le Tableau 9 présente le coût total (par année) par profil, lorsque l'ensemble des besoins en soins d'un usager sont comblés.

Tableau 9 - Coût total (par année) en soins à domicile selon le Profil Iso-SMAF (en \$)

Profil	Coût fixe par usager	Coût en soins infirmiers	Coût en soins d'assistance	Coût total
1	5 571	1 530	9 050	16 151
2	5 571	1 932	9 369	16 872
3	5 571	10 495	15 978	32 044
4	5 571	7 235	18 817	31 622
5	5 571	12 940	21 966	40 477
6	5 571	13 755	22 276	41 602
7	5 571	14 570	34 872	55 014
8	5 571	16 602	39 911	62 084
9	5 571	18 646	72 980	97 197
10	5 571	20 678	72 980	99 229
11+	5 571	25 400	83 877	114 848

Source : calculs des auteurs.

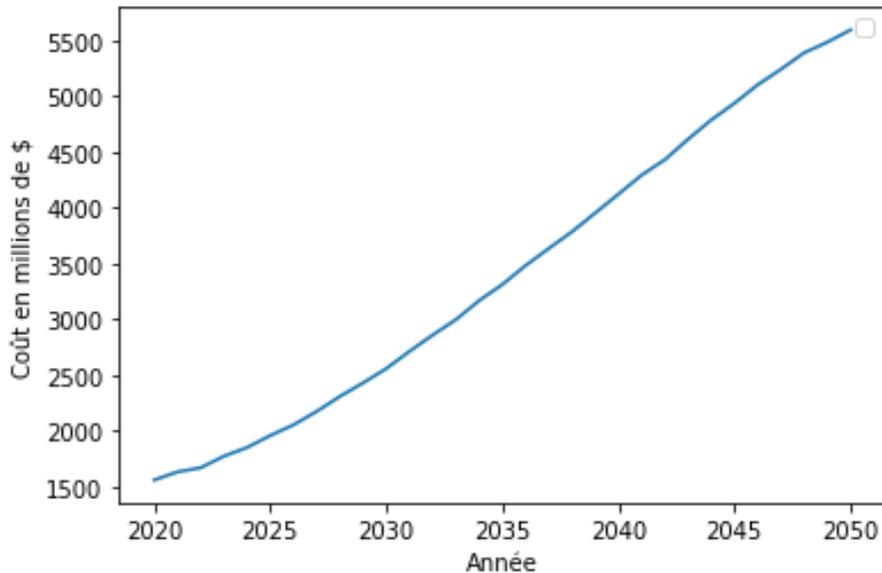
Note : Les montants présentés dans le tableau supposent que tous les besoins en soins d'une personne recevant des SAD sont comblés (taux de services de 100 %).

Malgré tout, les coûts présentés dans Tableau 9 ne correspondent pas aux coûts effectifs. Tousignant et al. (2007) indiquent que seulement 8 % des besoins en heures de soins sont comblés par le système public de soins. Cet élément est pris en compte en appliquant un facteur (taux de services) de 0,08 aux heures rémunérées en soins infirmiers et en soins d'assistance. Enfin, le taux de contribution des usagers est nul pour les SAD – ce qui est une simplification; nous y revenons plus loin.

⁶ Services achetés, Fournitures et autres charges, Allocations directes.

La Figure 7 et le Tableau 10 présentent l'évolution du coût total des SAD sur la période 2020 à 2050. Il passe de 1,5 milliard de dollars en 2020 à 5,6 milliards de dollars en 2050, ce qui représente une multiplication du coût des SAD par 3,6 en 30 ans. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) du coût total des SAD passe de 4,7 % pour la période 2020-2025 à 5,5 % pour la période 2025-2030. Il diminue par la suite jusqu'à un minimum de 2,5 % pour la période 2045-2050.

*Figure 7 - Projection du coût des soins à domicile
(en millions de \$)*



Source : calculs des auteurs.

Tableau 10 - Coût total des soins à domicile (en millions de \$)

Année	Total	
	en M\$	TCAM
2020	1 558	-
2025	1 957	4,7
2030	2 558	5,5
2035	3 313	5,3
2040	4 124	4,5
2045	4 939	3,7
2050	5 598	2,5

Source : calculs des auteurs.

Notes : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %).

3.4 Total pour tous les milieux de vie

En préambule, le Tableau 11 montre que les coûts modélisés répliquent relativement bien les crédits alloués lors du budget 2020-2021 pour le soutien de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Tableau 11 - Comparaison de la projection des coûts gouvernementaux du modèle en 2020 et des crédits du budget 2020-2021 (en millions de \$)

Catégorie	Projection modèle	Budget 2020-2021	Différence
SAPA - Hébergement	3 036,4	3 284,5	-248,1
CHSLD	2 538,8		
RI-RTF	497,6		
SAPA - Soutien à domicile	1 557,5	1 656,7	-99,2
SAD	1 557,5	1 558,4	-0,9
PEFSAD	N.D.	98,3	
Autres*	710,4	N.D.	

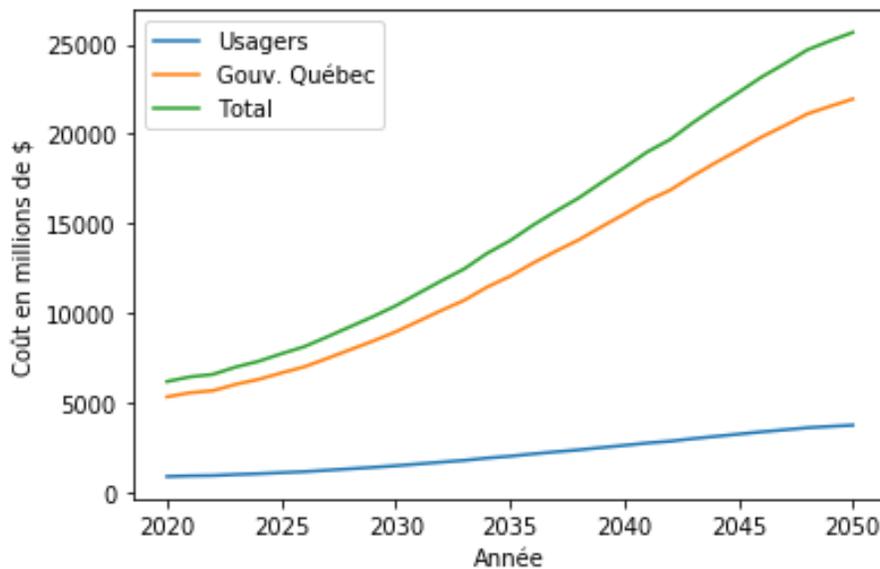
Source : calculs des auteurs et crédits du budget 2020-2021 publiés par le Gouvernement du Québec (2020).

Note : *Correspond à des dépenses d'administration, de soutien aux services et de gestion des bâtiments.

La Figure 8 et le Tableau 12 présentent l'évolution projetée du coût total du soutien à la perte d'autonomie (somme du coût des CHSLD, RI-RTF et SAD) sur la période 2020 à 2050. Il passe de 6,2 milliards de dollars en 2020 à 25,6 milliards de dollars en 2050, ce qui représente une multiplication du coût total par près de 4,2 en 30 ans. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) du coût total de la prise en charge de la perte d'autonomie passe de 4,6 % pour la période 2020-2025 à 6,2 % pour la période 2030-2035. Il diminue ensuite pour atteindre 2,8 % pour la période 2045-2050. Les TCAM de la contribution des usagers sont plus élevés que ceux du financement par le gouvernement du Québec. Cela s'explique par un accroissement plus rapide du nombre de personnes institutionnalisées que du nombre de personnes bénéficiant de SAD (voir le Tableau 13

pour la comparaison des TCAM entre milieux de vie). Or comme il a été vu précédemment, la contribution des usagers est égale 18,3 % pour les CHSLD, 20,3 % pour les RI-RTF et elle est considérée comme nulle en SAD. Précisons que dans les faits le reste à charge non financé par l'État est important en SAD. Il s'explique par les services achetés par les usagers, les services prodigués par les proches aidants ou encore par des organismes communautaires, qui ne sont pas comptabilisés dans le présent cahier de recherche. Des données du MSSS montrent en effet que les SAD financés par l'État représentent 8 % des besoins estimés sur la base des Profils Iso-SMAF (Tousignant et al. 2007). Mais sans égard à ces aspects, le financement assuré par le gouvernement du Québec augmente fortement sur la période d'analyse, en étant multiplié par 2,3 d'ici 15 ans et par de 4,1 d'ici 30 ans pour atteindre 21,9 milliards de dollars en 2050.

Figure 8 – Évolution du coût total des services en soutien à la perte d'autonomie (en millions de \$)



Source : calculs des auteurs.

Tableau 12 - Coût total des services en soutien à la perte d'autonomie
(en millions de \$) et taux de croissance annuel moyen tous les cinq ans

Année	Usagers		Gouv. du Québec		Total	
	Montant (en M\$)	TCAM (en %)	Montant (en M\$)	TCAM (en %)	Montant (en M\$)	TCAM (en %)
2020	856	-	5 304	-	6 160	-
2025	1 069	4,6	6 641	4,6	7 710	4,6
2030	1 454	6,3	8 933	6,1	10 387	6,1
2035	1 988	6,5	12 036	6,1	14 023	6,2
2040	2 593	5,5	15 511	5,2	18 104	5,2
2045	3 221	4,4	19 089	4,2	22 311	4,3
2050	3 721	2,9	21 941	2,8	25 662	2,8

Source : calculs des auteurs.

Notes : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %).

Tableau 13 - Taux de croissance annuel moyen du coût des
services en soutien à la perte d'autonomie selon le milieu de vie

Période	Milieu de vie			Total
	CHSLD	RI-RTF	SAD	
2020-2025	4,6	4,2	4,7	4,6
2025-2030	6,5	5,4	5,5	6,1
2030-2035	6,6	5,3	5,3	6,2
2035-2040	5,6	4,6	4,5	5,2
2040-2045	4,5	4,1	3,7	4,3
2045-2050	2,9	3,0	2,5	2,8

Source : calculs des auteurs.

4 Scénarios alternatifs

Deux scénarios alternatifs sont considérés : un optimiste et un pessimiste. Ces deux scénarios illustrent comment les coûts des services en soutien à la perte d'autonomie pourraient évoluer selon des perspectives plus favorables ou moins favorables que celles du scénario de référence.

4.1 Scénario optimiste

Le scénario optimiste suppose une amélioration de l'état de santé des personnes de 65 ans et plus par l'entremise d'une diminution de la proportion des personnes avec des besoins en soins (-1,5 %⁷ de la proportion par année avec une diminution cumulative maximale de -20 %). Ce scénario s'inspire des récents travaux de Jehn et Zaracova (2019) qui montrent une réduction des incapacités de 6 % chez les personnes de plus de 65 ans au cours des 15 dernières années au Canada. Cela se traduit à terme par une diminution du nombre de personnes recevant du SAPA par rapport au scénario de référence, puisque le taux de couverture du SAPA est ici fixé à travers le temps. Le Tableau 14 et la Figure 9 présentent l'évolution du nombre de personnes recevant du SAPA selon le scénario (référence et optimiste)⁸ et le milieu de vie. Le nombre de personnes recevant du SAPA passe de 195 714 personnes en 2020 à 355 143 en 2050 dans le scénario optimiste, alors qu'il est de

⁷ Cette valeur correspond à la diminution annuelle moyenne du taux d'incidence des personnes ayant besoin d'aide pour une activité de la vie quotidienne (AVQ) entre l'ESCC 2009-2010 et l'ESCC 2013-2014. Bien que disponible, l'ESCC 2017-2018 n'a pas été utilisée, puisque la manière dont les questions sur les AVQ sont posées a changé entre l'ESCC 2009-2010 et l'ESCC 2017-2018. Cela implique donc une rupture dans la série de données.

⁸ Il est à noter que, contrairement au scénario optimiste, le nombre de personnes recevant du SAPA est le même dans le scénario de référence et le scénario pessimiste.

443 929 personnes en 2050 dans le scénario de référence. Cela représente une différence de 88 786 personnes recevant du SAPA en 2050.

Tableau 14 - Nombre de personnes recevant du SAPA selon le milieu de vie et le scénario (référence et optimiste)

Année	CHSLD		RI-RTF		SAD		Total	
	Nombre	TCAM	Nombre	TCAM	Nombre	TCAM	Nombre	TCAM
Scénario de référence								
2020	38 767	-	9 897	-	147 050	-	195 714	-
2025	44 040	2,6	11 253	2,6	171 271	3,1	226 564	3,0
2030	54 085	4,2	13 527	3,7	206 479	3,8	274 091	3,9
2035	67 340	4,5	16 196	3,7	245 783	3,5	329 318	3,7
2040	80 911	3,7	18 745	3,0	280 909	2,7	380 565	2,9
2045	92 812	2,8	21 185	2,5	308 797	1,9	422 794	2,1
2050	99 591	1,4	22 701	1,4	321 637	0,8	443 929	1,0
Scénario optimiste								
2020	38 767	-	9 897	-	147 050	-	195 714	-
2025	40 835	1,0	10 434	1,1	158 805	1,5	210 074	1,4
2030	46 499	2,6	11 630	2,2	177 516	2,3	235 644	2,3
2035	53 872	3,0	12 957	2,2	196 626	2,1	263 455	2,3
2040	64 728	3,7	14 996	3,0	224 728	2,7	304 452	2,9
2045	74 250	2,8	16 948	2,5	247 037	1,9	338 235	2,1
2050	79 673	1,4	18 160	1,4	257 310	0,8	355 143	1,0
Différence								
2020	0	-	0	-	0	-	0	-
2025	-3 205	-1,5	-819	-1,5	-12 466	-1,5	-16 490	-1,5
2030	-7 586	-1,6	-1 897	-1,6	-28 963	-1,6	-38 447	-1,6
2035	-13 468	-1,5	-3 239	-1,5	-49 157	-1,5	-65 863	-1,5
2040	-16 183	0,0	-3 749	0,0	-56 181	0,0	-76 113	0,0
2045	-18 562	0,0	-4 237	0,0	-61 760	0,0	-84 559	0,0
2050	-19 918	0,0	-4 541	0,0	-64 327	0,0	-88 786	0,0

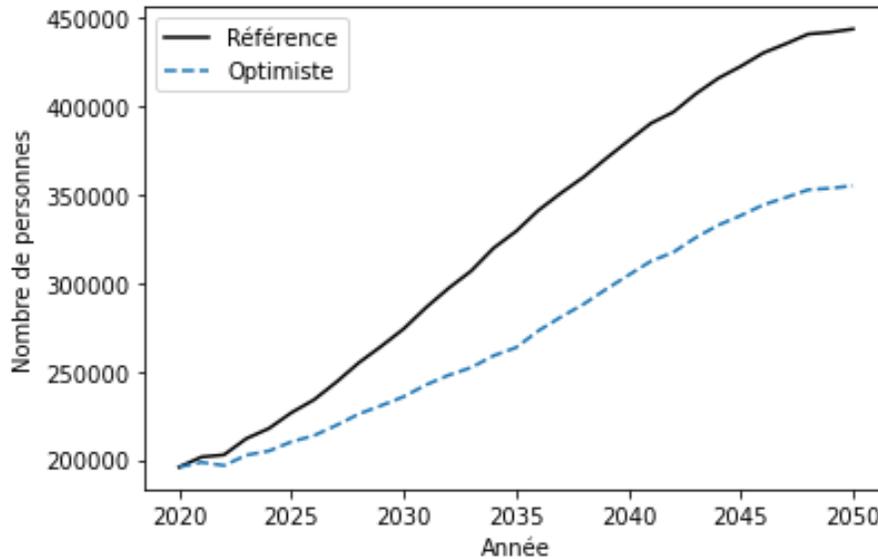
Source : calculs des auteurs

Notes : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %).

L'effet principal du scénario optimiste est de réduire le taux de croissance annuel moyen du nombre total de personnes recevant du SAPA d'environ 1,5 point de pourcentage sur la période 2020-2035. Cette baisse faciliterait la tâche du gouvernement du Québec pour accroître le nombre de places en CHSLD, RI-RTF et SAD, mais il devrait, malgré tout,

augmenter de 70 % le nombre de places en CHSLD d'ici 20 ans (38 767 à 64 728 places) et le doubler d'ici 30 ans (79 673 places). L'augmentation du nombre de places dans ce milieu de vie représente un investissement important en infrastructure.

Figure 9 – Évolution du nombre de personnes recevant du SAPA selon le scénario (référence et optimiste)



Source : calculs des auteurs

4.2 Scénario pessimiste

Pour sa part, le scénario pessimiste vient modifier le taux de croissance structurel des coûts, qui prend en compte à la fois l'évolution des salaires, de la technologie médicale et de l'équilibre entre l'offre et la demande. Le scénario pessimiste suppose un taux de croissance structurel des coûts plus élevé que dans le scénario de référence. Ce taux est fixé à 2,6 % dans le scénario pessimiste, alors qu'il est de 1,6 % dans le scénario de référence. Le Tableau 15 présente l'évolution du coût par personne selon le milieu de vie et le scénario (référence et pessimiste). Le coût pour une personne en CHSLD passe de 101 583 \$ en 2020 à 176 838 \$ en 2050 dans le scénario de référence, alors qu'il atteint 235 048 \$ en 2050 dans le scénario pessimiste. Le coût pour une personne en RI-RTF passe

de 67 117 \$ en 2020 à 108 053 \$ en 2050 dans le scénario de référence, alors qu'il atteint 144 959 \$ en 2050 dans le scénario pessimiste. Le coût moyen pour une personne en SAD passe de 10 592 \$ en 2020 à 17 404 \$ en 2050 dans le scénario de référence, alors qu'il atteint 23 349 \$ en 2050 dans le scénario pessimiste.

Tableau 15 – Comparaison du coût annuel par personne en \$ selon le milieu de vie et le scénario (référence et pessimiste)

Année	CHSLD	RI-RTF	SAD
Scénario de référence			
2020	101 583	67 117	10 592
2025	112 079	72 663	11 425
2030	125 079	78 663	12 390
2035	138 571	85 160	13 479
2040	151 431	92 193	14 679
2045	164 382	99 811	15 996
2050	176 838	108 053	17 404
Scénario pessimiste			
2020	101 583	67 117	10 592
2025	117 656	76 310	11 998
2030	137 691	86 757	13 665
2035	159 871	98 637	15 612
2040	183 073	112 143	17 856
2045	208 264	127 503	20 434
2050	235 048	144 959	23 349
Différence			
2020	0	0	0
2025	5 577	3 647	573
2030	12 612	8 094	1 275
2035	21 300	13 477	2 133
2040	31 642	19 950	3 176
2045	43 882	27 692	4 438
2050	58 210	36 906	5 945

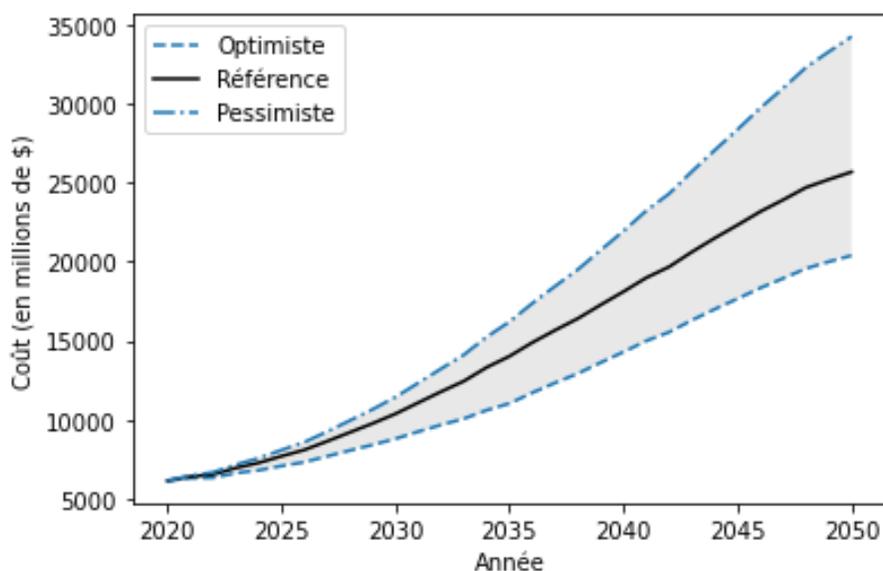
Source : calculs des auteurs.

4.3 Intervalle de coût

La Figure 10 et le Tableau 16 présentent le coût total des services en soutien à la perte d'autonomie selon les trois scénarios (référence, optimiste et pessimiste). Le coût total est de 20,4 milliards de dollars en 2050 selon le scénario optimiste, alors qu'il est de 34,2 milliards de dollars en 2050 selon le scénario pessimiste. Cela représente une différence de coût à la baisse de 5,3 milliards de dollars par rapport au scénario de référence pour le scénario optimiste et une différence à la hausse de 8,4 milliards de dollars pour le scénario pessimiste. Malgré tout, le coût total des services de soutien à la perte d'autonomie est multiplié par 2,3 d'ici 15 ans (2035) et par 3,3 d'ici 30 ans (2050) selon le scénario optimiste. Ce coût est multiplié par 2,6 d'ici 15 ans (2035) et par 5,6 d'ici 30 ans (2050) selon le scénario pessimiste, des hausses qui sont donc deux fois plus importantes que dans le scénario optimiste (des tableaux supplémentaires présentent en annexe B les coûts selon le scénario pour les usagers et le gouvernement du Québec).

Ces augmentations se traduisent par des TCAM allant de 2,9 % à 5,3 % pour le scénario optimiste et de 3,8 % à 7,2 % pour le scénario pessimiste. Par rapport au scénario de référence, le scénario optimiste entraîne une diminution du TCAM d'environ 1,7 point de pourcentage jusqu'en 2035, puis l'effet devient légèrement supérieur à 0 par la suite (0,1 point de pourcentage). Pour sa part, le scénario pessimiste entraîne par définition une augmentation du TCAM de 1 point de pourcentage sur l'ensemble de l'horizon de temps.

Figure 10 - Évolution du coût total (en millions de dollars) des services en soutien à la perte d'autonomie selon le scénario (optimiste, référence et pessimiste)



Source : calculs des auteurs.

Tableau 16 - Coût total de la prise en charge de la perte d'autonomie selon le scénario (optimiste, référence et pessimiste), en millions de \$

Année	Optimiste		Référence		Pessimiste	
	Montant (M\$)	TCAM (%)	Montant (M\$)	TCAM (%)	Montant (M\$)	TCAM (%)
2020	6 160	-	6 160	-	6 160	-
2025	7 093	2,9	7 710	4,6	8 095	5,6
2030	8 811	4,4	10 387	6,1	11 442	7,2
2035	11 042	4,6	14 023	6,2	16 200	7,2
2040	14 292	5,3	18 104	5,2	21 931	6,2
2045	17 657	4,3	22 311	4,3	28 341	5,3
2050	20 383	2,9	25 662	2,8	34 209	3,8

Source : calculs des auteurs.

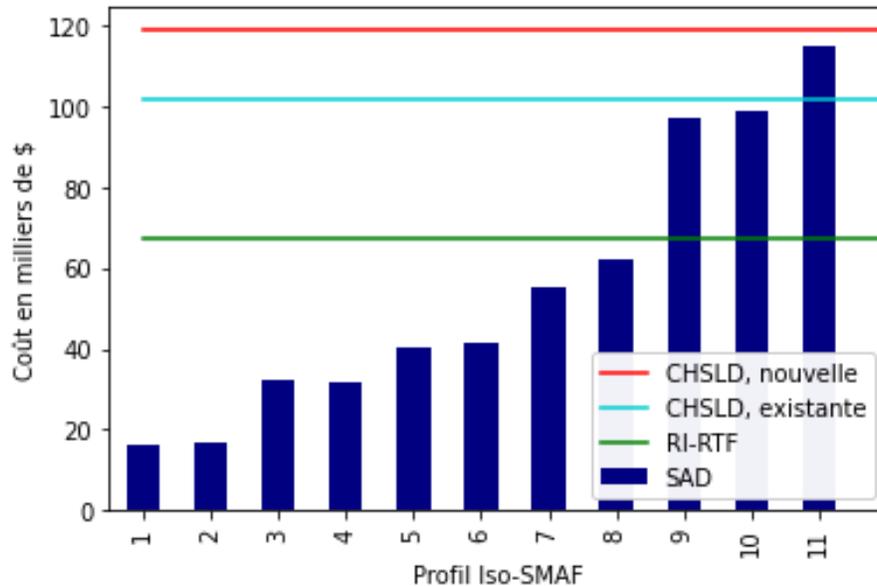
Note : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %).

5 Discussion

Malgré la forte croissance à venir du nombre de personnes recevant du SAPA, l'analyse du coût par personne selon le Profil Iso-SMAF et le milieu de vie peut aider à identifier des pistes de réduction de coût en réallouant les personnes entre les milieux de vie. La Figure 11 présente le coût annuel par personne (en milliers de dollars) en 2020 selon le Profil Iso-SMAF et le milieu de vie. Cette figure montre qu'il est plus avantageux en termes de coût total qu'une personne avec un profil de 8 ou moins reçoive des SAD plutôt que des soins dans une RI-RTF ou un CHSLD. À partir du profil 9, il devient plus avantageux qu'une personne reçoive des soins en RI-RTF plutôt qu'en SAD. Pour les profils 11 et plus, il devient plus avantageux qu'une personne reçoive des soins en CHSLD plutôt que celle-ci reçoive des SAD. Cette observation est seulement valide pour les places existantes. Pour les nouvelles places en CHSLD, le coût total est plutôt comparable à celui des SAD.

Le comparatif avec les SAD est fait à niveau de services égal, c'est-à-dire au niveau de services prescrit avec les études ayant été faites sur les besoins des personnes avec un tel profil. Or, le niveau de services en SAD est moindre à l'heure actuelle. Au global, il est chiffré à 8 % selon les dernières données disponibles (Tousignant et al. 2007), mais il peut varier selon le Profil Iso-SMAF. Dans le cadre de ce cahier de recherche, il n'a pas été possible de mesurer exactement le niveau de services réel pour les profils les plus élevés en SAD. Ainsi, il apparaît important, afin d'analyser des scénarios où davantage de personnes seraient dirigées vers les SAD, de connaître de manière précise le niveau de services réel. Il ne faudrait pas, par exemple, que les SAD soient préconisés pour les profils les plus lourds qui sont desservis à l'heure actuelle en CHSLD, parce que le niveau de services est plus faible, ce qui vient avec des économies au niveau des coûts.

Figure 11 - Coût annuel par personne (en milliers de dollars) en 2020 selon le Profil Iso-SMAF et le milieu de vie



Source : calculs des auteurs

Notes : Il est supposé que les besoins en soins d'une personne recevant des SAD sont entièrement comblés (taux de services de 100 %). Le taux de services moyen est pour l'instant fixé à 8 % dans les scénarios.

Les projections effectuées dans le présent cahier de recherche doivent être considérées avec prudence puisqu'elles se basent sur le statu quo par rapport à la proportion de la population de 65 ans et plus recevant du SAPA, à l'allocation des personnes entre les milieux de vie selon le Profil Iso-SMAF et au niveau de services. Bien que nous ayons simulé une amélioration prévisible de l'état de santé et des incapacités dans le scénario optimiste, il demeure que des avancées dans la prévention et le traitement de certaines maladies, notamment la maladie d'Alzheimer, pourraient modifier considérablement la demande de services. L'offre de services pourrait aussi subir des changements importants. D'une part, les technologies pourraient modifier la façon dont les services sont dispensés, notamment via l'utilisation de robots. D'autre part, l'offre de service pourrait se modifier par des interventions gouvernementales visant à inciter l'utilisation de certains services moins

coûteux. Par exemple, une réduction de 1 % du taux d'hébergement en CHSLD se traduirait par une économie de 1,9 milliards de dollars en 2035 et de 2,6 milliards de dollars en 2050.⁹ L'investissement dans des services à domicile plus importants pourrait donc produire un retour financier important. Ce sont de tels scénarios que nous explorerons dans un deuxième cahier de recherche de cette étude.

6 Conclusion

Le vieillissement de la population est un phénomène hautement prévisible au Québec. Nous avons tenté dans ce cahier de recherche d'en estimer les coûts sur le plan des soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Cette estimation suppose un statu quo sur le plan de la proportion de la population de 65 ans et plus recevant du SAPA, de l'allocation des personnes entre les milieux de vie selon le Profil Iso-SMAF et du niveau de services. Le cahier de recherche présente également une analyse de sensibilité estimant les effets d'une diminution de la demande (scénario optimiste) ou d'une augmentation des coûts de l'offre (scénario pessimiste).

Ces projections montrent une augmentation importante des coûts, de 6 milliards de dollars en 2020 à 26 milliards de dollars en 2050. Ces dépenses supplémentaires exerceront une pression considérable sur les finances publiques en hypothéquant la capacité de payer des contribuables. Les gouvernements doivent sans tarder examiner des solutions pour contenir ces coûts.

⁹ Il est supposé que la diminution du nombre de personnes hébergées en CHSLD est compensée par une augmentation du nombre de personnes en SAD ayant un taux de services de 100 %. Cette hypothèse est très conservatrice par rapport à l'économie potentielle, puisque le taux de services actuel est estimé à 8 % (Tousignant et al 2007).

Transférer la responsabilité du financement au privé ne représente pas une option réaliste. Que ce soit via l'épargne ou la cotisation à une assurance privée, le financement privé présente des limites importantes (Barr, 2010; Pestieau et Ponthière, 2010). D'abord, parce que le risque de perte d'autonomie est très important : on estime que plus des deux tiers des personnes de plus de 65 ans présenteront une perte d'autonomie significative dans les trois dernières années de leur vie (Kemper, Komisar, et Alecxih, 2005). Cette loterie aura des répercussions humaines et financières implacables sur les individus qui en seront victimes. Ensuite, la perception du risque ne survient qu'à un âge avancé au cours de la vie des personnes. La motivation à cotiser à un régime d'épargne ou à une assurance n'est présente que tardivement, ce qui limite la période d'étalement des cotisations et réduit considérablement l'attrait pour ces mesures. Enfin, les citoyens ont la conviction que la responsabilité de fournir et de financer les services appartient à l'État. Il n'est pas étonnant que peu de produits d'assurance privée soient disponibles et que ces produits ne couvrent qu'une perte d'autonomie très importante (3 AVQ ou plus) et pour une période très courte (moins de 6 mois).

Plusieurs pays ont mis en place des mesures pour diminuer les coûts liés à l'institution en priorisant les soins à domicile (Hébert, 2012). Les pays scandinaves ont investi massivement dans les SAD; la Suède a même établi un moratoire sur la construction de nouveaux lits d'hébergement en 1992 (réforme Adel) afin de prioriser les SAD. Les SAD sont dispensés par des prestataires publics sous la responsabilité des municipalités. Cette stratégie coûte cher cependant, puisque ces pays consacrent 3 à 3,5 % de leur PIB aux soins de longue durée, contre 1,2 % au Québec et au Canada.

Les pays de l'Europe continentale et certains pays asiatiques (Japon, Corée du sud) ont plutôt opté pour des assurances sociales de soins à long terme. Plutôt que de financer des établissements comme en Scandinavie, ces pays financent les services aux personnes selon leurs besoins, soit par contrat avec des prestataires accrédités ou encore par une allocation financière directe (« cash for care »). Le bénéficiaire peut donc choisir le mode de prestation de services (domicile ou institution) ou le type de prestataires (public, privé avec ou sans but lucratif). Cette solution est moins coûteuse, car l'État peut fixer le montant des allocations qui ne couvrent pas l'ensemble des besoins. La proportion du PIB consacrée aux soins de longue durée est comparable à celle du Québec, mais ces assurances favorisent l'utilisation moins coûteuse des SAD. C'est ce genre de programme que souhaitait implanter le gouvernement Marois en 2013 par le biais de l'assurance autonomie (Hébert, 2013).

La deuxième partie des travaux de notre équipe visera donc à explorer ces différentes solutions afin de comparer leur impact financier au statu quo. De telles projections permettront aux gouvernements de prendre des décisions éclairées dans l'intérêt des usagers et des contribuables.

Références

- Barr, N. (2010). Long-term care: A suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, 44(4):359-374.
- Dubuc, N. et R. Hébert (2002). Les profils Iso-SMAF: Un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés. SMAF: Quoi de neuf?, Sherbrooke, Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. <https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2016/05/Les-profils-ISO-SMAF-Prisma.pdf>
- Dubuc N., Hébert R., Desrosiers J., Buteau M. et L. Trottier (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of gerontology and geriatrics*, 42(2):191-206.
- Gouvernement du Québec (2020). Budget de dépenses 2020-2021. Crédits des ministères et organismes. https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/20-21/3-Credits_des_ministeres_et_organismes.pdf
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et C. St-Hilaire, C. (1997). Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie. Collection Études et analyses 33, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, Gouvernement du Québec, 279 p.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N.R., Dubuc, N., Tousignant, M. and the PRISMA Group (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journal of Gerontology-Series B Social Sciences*, 65B:107-118.
- Hébert R. (2012). L'assurance autonomie: une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Revue canadienne sur le vieillissement*, 31(1):1-11.
- Hébert R. (2013). *L'autonomie pour tous: livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-24161/index.html>
- Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasior, K. et F. Marin (2009). Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

INSPQ (2020). Population âgée de 65 ans et plus, Santéscope, indicateurs de synthèse compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP).

Jehn, A. et A. Zajacova (2020). Disability trends in Canada: 2001-2014 population estimates and correlates. *Canadian Journal of Public Health*, 110:354-363.

Kemper, P., Komisar, H.L. et L. Alexih (2005). Long-Term Care over an uncertain future: What can current retirees expect? *Inquiry*, 42 :335-350.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). Rapport annuel 2018-2019. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA_19-102-01W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020a). Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020. Base de données issue des formulaires AS-471. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002650/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020b). Comptes de la santé 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport/RA_19-614-01W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020c). Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2019-2020. Base de données issue des formulaires AS-478. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002739/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020d). Dépenses par programme et par centre d'activités 2018-2019. <https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/contour-financier-depenses-par-programme-et-par-cr>

Pestieau, P. et G. Ponthière (2010). Long-term care insurance Puzzle. Working Paper No. 2010-14. Paris: School of Economics.

Purple Squirrel Economics (2018). Évaluation sommaire de la valeur économique de la Coop ASSIST. Rapport préparé pour les Coop ASSIST – Coopérative québécoise pour la vie autonome. <https://coopassist.ca/study/ASSIST-Economique.pdf>

Statistique Canada. (2016). Recensement de la population. Gouvernement du Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/index-fra.cfm>

Statistique Canada. (2009-2010, 2013-2014, 2017-2018). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Gouvernement du Canada. <https://www.statcan.gc.ca/fra/enquete/menages/3226>

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.

Annexes

A. Détails méthodologiques

Coût de fonctionnement en CHSLD

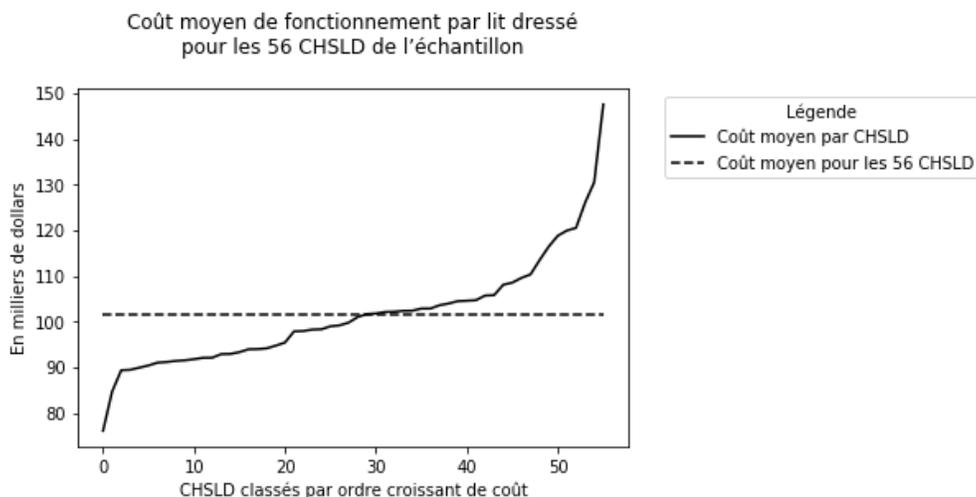
Le coût moyen de fonctionnement en CHSLD est calculé en faisant le rapport entre les charges totales des CHSLD privés conventionnés, issues des Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020a)¹⁰, et le nombre de lits autorisés dans ces établissements, issu des Rapports statistiques annuels des centres hospitaliers (CH), des CHSLD et des centres locaux de services communautaires (CLSC) de 2019-2020 (MSSS, 2020c)¹¹.

Les CHSLD retenus pour le calcul du coût moyen excluent les CHSLD publics, car les charges totales des CISSS et des CIUSSS qui accueillent les CHSLD publics intègrent des coûts liés aux CH et CLSC en plus des coûts de CHSLD. Cette situation biaise l'évaluation du coût d'une place en CHSLD. Bien que le coût d'une place en CHSLD privé conventionné puisse diverger d'une place en CHSLD public, le biais potentiel de cette approche semble plus faible que l'utilisation d'un coût provenant d'un CISSS ou CIUSS regroupant des CHSLD avec des CH et des CLSC.

La Figure suivante présente la distribution du coût moyen pour chacun des 56 CHSLD privés conventionnés de l'échantillon, en la comparant au coût moyen pour l'ensemble des ceux-ci.

¹⁰ Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020, page 200, ligne 28, colonne 4.

¹¹ Base de données AS-478 - Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2019-2020, page 1, ligne 2.



Source : calculs des auteurs à partir des bases de données AS-471 et AS-478

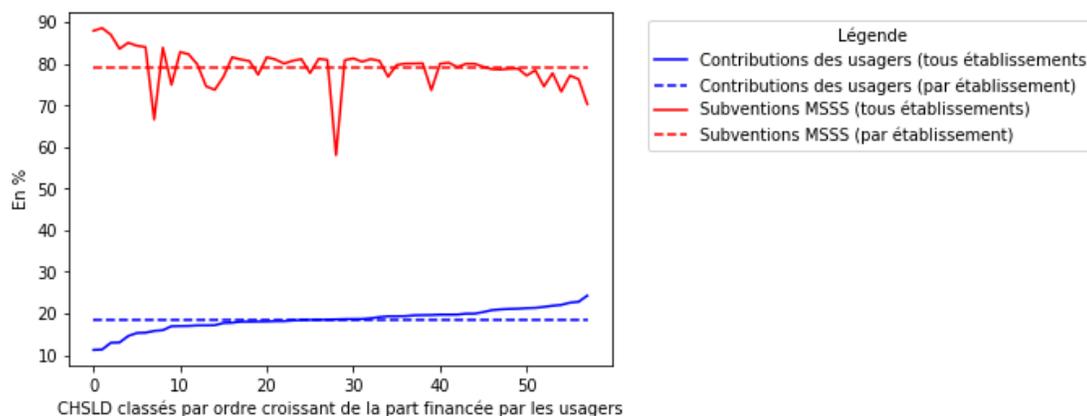
Contribution des usagers dans le coût total des CHSLD

La part du coût des CHSLD financée par les usagers est égale à 18,3 %. Elle est évaluée en calculant le rapport entre les contributions des usagers et le total des revenus dans les CHSLD privés conventionnés¹².

La Figure suivante présente la distribution de la part financée par les usagers pour chacun des 56 CHSLD privés conventionnés, en la comparant avec la contribution moyenne des usagers pour l'ensemble des CHSLD privés conventionnés. Cette figure intègre également la part financée par le MSSS. La comparaison des deux sources de financement montre que la grande majorité des revenus des CHSLD (97,3 %) provient des usagers (18,3 % en moyenne), ou du MSSS (79 %). Le résidu de 2,7 % correspond à des financements divers comme des ventes de services, des recouvrements ou des revenus de type commercial.

¹² Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020), page 200, colonne 4, lignes 3 et 12.

Contribution des usagers et du MSSS dans les revenus totaux des CHSLD pour les 56 CHSLD de l'échantillon



Source : calculs des auteurs à partir de la base de données AS-471

Coût de fonctionnement et du nombre d'utilisateur des RI-RTF

Le nombre d'utilisateurs SAPA en ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF) est évalué à 9 897 personnes. Ce chiffre est obtenu en divisant le nombre de jours rétribués pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées en RI et RTF (3 612 704) par 365 jours. Le nombre de jours rétribués est issu des comptes de la santé 2018-2019 (MSSS, 2020b).

Le coût de fonctionnement total est calculé à partir des rapports financiers annuels des 26 établissements accueillant des RI ou des RTF en 2019-2020 (MSSS, 2020a). Le calcul comprend quatre étapes :

- 1) La somme des coûts directs nets ajustés des centres d'activités suivants¹³ est divisée par le nombre total d'utilisateurs SAPA en RI-RTF :
 - Ressources intermédiaires - Soutien à l'autonomie des personnes âgées (CA 5514),
 - Résidences d'accueil - Soutien à l'autonomie des personnes âgées (CA 5534),

¹³ Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020, page 650-00, colonne 4, lignes 24, pour les centres d'activités (CA) 5514, 5534, 5554. Page 701-00, ligne 12, colonne 3 pour le centre d'activité (CA) 6430.

- Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SAPA (CA 5554)
- Encadrement des ressources (répartition SAPA – volet hébergement du CA 6430).

$$\frac{\sum_{i=1}^{26} (CA_i^{5514} + CA_i^{5534} + CA_i^{5554} + CA_{SAPA_i}^{6430})}{9\ 897} = 48\ 653 \$$$

- 2) Les coûts administratifs des RI-RTF sont ensuite calculés en divisant le montant total des charges d'administration¹⁴ par les charges des centres d'activités (excluant les coûts d'administration, de soutien aux services et de gestion des bâtiments):

$$\frac{\sum \text{Charges d'administration}_i}{\sum \text{Charges des CA}_i} = 0,0816$$

Précisons que les établissements relevant du MSSS ne différencie pas les coûts administratifs en fonction de leurs centres d'activités. Le ratio obtenu (0,0816) est ensuite multiplié par le coût d'une place en RI-RTF avant frais d'administration¹⁵ :

$$(1,0816) * 48\ 653 = 52\ 623 \$$$

- 3) Le montant total des contributions des usagers¹⁶ SAPA en RI-RTF est ensuite calculée, puis divisée par le nombre total d'usagers SAPA en RI-RTF :

$$\sum_{i=1}^{26} [Part_i^{sapa} \times Contrib_i^{RI-RTF}] \times \frac{1}{9\ 897} = 13\ 437 \$$$

où

¹⁴ Données issues des tableaux de Dépenses par programme et par centre d'activités 2018-2019 (MSSS, 2020d). Le calcul est effectué à partir de la ligne 307 (TOTAL DES PROGRAMMES), en divisant la valeur correspondante de la colonne L (1 561 590 176\$) par la somme des colonnes A à M (19 135 986 879\$).

¹⁵ Précisons que les coûts de Soutien aux services et de Gestion des bâtiments ne sont pas pris en compte dans les calculs, le premier car ces coûts sont déjà pris en compte dans les agrégats 5514, 5534 et 5554, le seconde car la gestion des bâtiments ne concerne pas les RI et RTF dont les usagers résident à l'extérieur des bâtiments des établissements publics relevant du MSSS.

¹⁶ Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020, page 301, colonne 5, lignes 25 et 26.

$$Part_i^{sapa} = \frac{(CA_i^{5514} + CA_i^{5534} + CA_i^{5554} + CA_{SAPA_i}^{6430})}{(CA_i^{5510} + CA_i^{5530} + CA_i^{5550} + CA_i^{6430})}$$

Le montant des contributions par usagers en RI-RTF doit être ajouté au montant obtenu à la fin de l'étape 2 (52 623 \$), puisque celui-ci n'est inclus ni dans les coûts directs nets ni dans frais d'administration :

$$52\,623 \$ + 13\,437 \$ = 66\,060 \$$$

- 4) Le coût d'une place en RI-RTF calculé à l'aide des rapports financiers annuels des établissements en 2019-2020 (MSSS, 2020a) est indexé de 1,6 % afin d'obtenir un coût actualisé pour 2020 :

$$66\,060 \$ \times 1,016 = 67\,117 \$$$

Taux de contribution des usagers des RI-RTF

Le taux de contribution correspond à la somme des contributions RI-RTF divisées par la somme des charges totales des RI-RTF :

$$\frac{\sum_{i=1}^{26} Contrib_i^{RI-RTF}}{\sum_{i=1}^{26} Charges\ totales_i^{RI-RTF}} \times 100 = 20,3 \%$$

où

$$Charges\ totales_i^{RI-RTF} = Contrib_i^{RI-RTF} + (CA_i^{5510} + CA_i^{5530} + CA_i^{5550} + CA_i^{6430}) \times 1,0816$$

Les rapports financiers annuels des établissements en 2019-2020 (MSSS, 2020a) ne permettent pas de distinguer les contributions des usagers SAPA en RI-RTF des usagers des autres catégories.

Coût fixe par usager des SAD

Le coût fixe par usager de SAD est calculé en faisant la somme des charges attribuées aux « volet du soutien à domicile et autres » dans les Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020¹⁷, et en soustrayant de celle-ci la somme des charges totales des centres d'activité suivants :

- Soins infirmiers à domicile continus (code 6174);
- Aide à domicile continue (code 6532);
- Soins infirmiers à domicile réguliers (code 6173);
- Aide à domicile régulière (code 6531),

Les charges liées à ces centres d'activité sont déduites du montant total puisqu'elles sont modélisées séparément. La somme nette est ainsi divisée par le nombre estimé d'usagers des SAD (147 050 usagers). De manière plus précise, le coût fixe par usager des SAD inclut les éléments suivants :

- Les services professionnels de base
 - Les services de nutrition
 - Les services psychosociaux
 - Les services de réadaptation (physio et ergothérapie)
- Les services aux proches aidants (présence-surveillance, répit)
- Les aides techniques
- L'administration

¹⁷ Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020a), page 700-01, lignes 13 à 24, colonne 1.

- Le soutien aux services

Comme le coût fixe par usager des SAD est évalué à partir des Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020), ce coût est indexé à 10,9 % pour tenir compte de l'augmentation des crédits budgétaires de 2019-2020 à 2020-2021 (Gouvernement du Québec, 2020).

Nombre total d'heures rémunérées selon le Profil Iso-SMAF

Dans une première étape, les besoins en heures de soins infirmier et d'assistance sont évalués pour chacun des profils Iso-SMAF (Hébert et al. 1997). Le Tableau suivant montre le résultat de cette évaluation minutieuse du temps de soins nécessaire selon le type de soins et le profil Iso-SMAF.

Tableau 17 – Nombre d'heures de soins par année selon le Profil Iso-SMAF et le type de soins¹⁸

Profils	Heures en soins infirmiers	Heures en soins d'assistance	Heures totales de soins
1	3,7	94,9	98,6
2	7,3	98,6	105,9
3	84,0	175,2	259,2
4	54,8	208,1	262,8
5	105,9	244,6	350,4
6	113,2	248,2	361,4
7	120,5	394,2	514,7
8	138,7	452,6	591,3
9	157,0	835,9	992,8
10	175,2	835,9	1 011,1
11+	217,5	962,2	1 179,7

Source : compilation des auteurs à partir de Hébert et al. (1997)

En plus de ces heures de soins, il est nécessaire d'ajouter un temps de déplacement entre les usagers pour obtenir le nombre d'heures totales rémunérées pour les soins à domicile,

¹⁸ Le calcul pour les profils 11 et plus correspond à une moyenne pondérée par la distribution de la population en profils 11, 12, 13 et 14, puisque la modélisation regroupe ensemble ces Profils Iso-SMAF.

Le temps de déplacement correspond d'une part à un temps fixe par usager et d'autre part à un temps variable selon le Profil Iso-SMAF. Cette approche prend en considération le fait qu'un intervenant doit se rendre un nombre minimum de fois chez un usager même si ses visites sont de courtes durées. La partie variable selon le profil Iso-SMAF prend en considération le fait qu'un intervenant devra se rendre plus régulièrement chez un usager avec des besoins en soins plus élevés, bien que ses visites puissent être de durée plus longue. Ainsi, la partie fixe du temps de déplacement est de 35 heures par année (40 minutes par semaine) et la partie variable correspond à 75 % du temps de soins. Le Tableau 18 présente le temps de déplacement par année selon le profil Iso-SMAF.

Tableau 18 – Heures de déplacement selon le Profil Iso-SMAF

Profil	Heures - partie fixe	Heures - partie variable	Heures totales de déplacement
1	35	74,0	109,0
2	35	79,4	114,4
3	35	194,4	229,4
4	35	197,1	232,1
5	35	262,8	297,8
6	35	271,1	306,1
7	35	386,0	421,0
8	35	443,5	478,5
9	35	744,6	779,6
10	35	758,3	793,3
11+	35	884,8	919,8

Source : calculs des auteurs

Par la suite, le nombre d'heures totales rémunérées selon le profil Iso-SMAF et le type de soins est calculé en faisant la somme des heures de besoins et des heures de déplacement. Le Tableau 20 présente le nombre d'heures totales rémunérées selon le type de soins et le profil Iso-SMAF.

*Tableau 19 – Heures totales rémunérées
selon le type de soins et le Profil Iso-SMAF*

Profil	Heures rém. en soins infirmiers	Heures rém. en soins d'assistance	Heures totales rémunérées
1	24,0	183,6	207,6
2	30,3	190,1	220,3
3	164,5	324,1	488,6
4	113,4	381,7	495,1
5	202,8	445,6	648,4
6	215,6	451,9	667,5
7	228,4	707,4	935,7
8	260,2	809,6	1069,8
9	292,3	1480,3	1772,6
10	324,1	1480,3	1804,4
11+	398,1	1701,4	2099,5

Source : calculs des auteurs

Note : Heures rém. : heures rémunérées.

Calcul du coût horaire des soins infirmiers

Le coût horaire des soins infirmiers est calculé à partir des Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020). Le calcul comprend trois étapes :

1) La somme des heures SAPA en « Soins infirmiers à domicile régulier » (CA 6173)¹⁹

est calculée (24 établissements du MSSS incluent ce type de soins) :

$$\sum_{i=1}^{24} \left[\frac{CA_i^{6173-SAPA}}{CA_i^{6173}} \times Heures_i^{6173} \right] = 3\,341\,032 \text{ heures}$$

2) On y ajoute la somme des heures en « Soins infirmiers à domicile continus »,

impliquant 15 établissements du MSSS (CA 6174)²⁰ :

¹⁹ Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2018-2019, page 650, CA 6173, colonne 3, ligne 7.

²⁰ Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2018-2019, page 650, CA 6174, colonne 3, ligne 7.

$$3\,341\,032 + \sum_{i=1}^{15} Heures_i^{6174} = 3\,669\,835 \text{ heures}$$

- 3) La somme des montants des soins infirmiers à domicile est ensuite divisé par le nombre total des heures travaillées en soins infirmiers à domicile :

$$\frac{\sum_{i=1}^{24} CA_i^{6173-SAPA} + \sum_{i=1}^{15} CA_i^{6174}}{3\,669\,835} = 63,79 \text{ \$/heure}$$

Calcul du coût horaire des soins d'assistance

Le coût horaire des soins d'assistance est calculé à partir des Rapports financiers annuels des établissements de 2019-2020 (MSSS, 2020a). Le calcul comprend quatre étapes :

- 1) La somme des heures SAPA en « Aide à domicile régulière » (CA 6531)²¹ est calculée (34 établissements du MSSS incluent ce type de soins) :

$$\sum_{i=1}^{34} \left[\frac{CA_i^{6531-SAPA}}{CA_i^{6531}} \times Heures_i^{6531} \right] = 6\,875\,238 \text{ heures}$$

- 2) On y ajoute la somme des heures en « Aide à domicile continue », impliquant 7 établissements du MSSS (CA 6532)²² :

$$6\,875\,238 + \sum_{i=1}^7 Heures_i^{6532} = 7\,071\,116 \text{ heures}$$

- 3) La somme des montants des soins infirmiers à domicile est ensuite divisé par le nombre total des heures travaillées en soins infirmiers à domicile :

$$\frac{\sum_{i=1}^{34} CA_i^{6531-SAPA} + \sum_{i=1}^7 CA_i^{6532}}{7\,071\,116} = 52,27 \text{ \$/heure}$$

²¹ Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2018-2019, page 650, CA 6531, colonne 3, ligne 7.

²² Base de données AS-471 - Rapports financiers annuels des établissements de 2018-2019, page 650, CA 6532, colonne 3, ligne 7.

- 4) Environ 1 000 000 d'heures de soins d'assistance sont fournies par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) à un coût de 28 \$/heure. Une moyenne pondérée est donc effectuée pour obtenir un coût horaire qui inclut les soins d'assistance des EÉSAD :

$$\frac{1\,000\,000}{8\,071\,116} \times 28,0 + \frac{7\,071\,116}{8\,071\,116} \times 52,27 = 49,26 \text{ \$/heure}$$

B. Figures et tableaux complémentaires

Tableau 20 - Coût total des services en soutien à la perte d'autonomie selon le scénario (référence, optimiste et pessimiste), en millions de \$ et taux de croissance annuel moyen tous les cinq ans

Année	Optimiste		Référence		Pessimiste	
	Montant (M\$)	TCAM (%)	Montant (M\$)	TCAM (%)	Montant (M\$)	TCAM (%)
Usagers						
2020	856	-	856	-	856	-
2025	981	2,8	1 069	4,6	1 123	5,6
2030	1 228	4,6	1 454	6,3	1 601	7,4
2035	1 558	4,9	1 988	6,5	2 294	7,5
2040	2 039	5,5	2 593	5,5	3 137	6,5
2045	2 542	4,5	3 221	4,4	4 086	5,4
2050	2 950	3,0	3 721	2,9	4 952	3,9
Gouvernement du Québec						
2020	5 304	-	5 304	-	5 304	-
2025	6 112	2,9	6 641	4,6	6 973	5,6
2030	7 583	4,4	8 933	6,1	9 841	7,1
2035	9 484	4,6	12 036	6,1	13 906	7,2
2040	12 253	5,3	15 511	5,2	18 793	6,2
2045	15 115	4,3	19 089	4,2	24 255	5,2
2050	17 433	2,9	21 941	2,8	29 257	3,8
Total						
2020	6 160	-	6 160	-	6 160	-
2025	7 093	2,9	7 710	4,6	8 095	5,6
2030	8 811	4,4	10 387	6,1	11 442	7,2
2035	11 042	4,6	14 023	6,2	16 200	7,2
2040	14 292	5,3	18 104	5,2	21 931	6,2
2045	17 657	4,3	22 311	4,3	28 341	5,3
2050	20 383	2,9	25 662	2,8	34 209	3,8

Source : calculs des auteurs.

Notes : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %).

Tableau 21 – Différence de coût total par rapport au scénario de référence (optimiste et pessimiste), en millions de \$ et taux de croissance annuel moyen tous les cinq ans

Année	Optimiste		Pessimiste	
	Montant (M\$)	TCAM (%)	Montant (M\$)	TCAM (%)
Usagers				
2020	0	-	0	-
2025	-88	-1,8	53	1,0
2030	-226	-1,7	147	1,0
2035	-430	-1,6	307	1,0
2040	-554	0,1	544	1,0
2045	-679	0,1	864	1,0
2050	-771	0,1	1 231	1,0
Gouvernement du Québec				
2020	0	-	0	-
2025	-529	-1,7	332	1,0
2030	-1 351	-1,7	908	1,0
2035	-2 552	-1,6	1 870	1,0
2040	-3 259	0,1	3 282	1,0
2045	-3 974	0,0	5 165	1,0
2050	-4 508	0,1	7 316	1,0
Total				
2020	0	-	0	-
2025	-617	-1,7	385	1,0
2030	-1 576	-1,7	1 055	1,0
2035	-2 982	-1,6	2 177	1,0
2040	-3 812	0,1	3 826	1,0
2045	-4 654	0,1	6 030	1,0
2050	-5 280	0,1	8 547	1,0

Source : calculs des auteurs.

Notes : TCAM : taux de croissance annuel moyen par tranches de cinq années (en %).