



CIRANO

*Allier savoir et décision*

# Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec

NICHOLAS-JAMES **CLAVET**

RÉJEAN **HÉBERT**

PIERRE-CARL **MICHAUD**

JULIEN **NAVAUX**

2021s-20  
CAHIER SCIENTIFIQUE



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

Les **cahiers de la série scientifique** visent à rendre accessibles les résultats des recherches effectuées par des chercheurs membres du CIRANO afin de susciter échanges et commentaires. Ces cahiers sont rédigés dans le style des publications scientifiques et n'engagent que leurs auteurs.

*The purpose of the Working Papers is to disseminate the results of research conducted by CIRANO research members in order to solicit exchanges and comments. These reports are written in the style of scientific publications. The ideas and opinions expressed in these documents are solely those of the authors.*

Le **CIRANO** est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

*CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.*

### **Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners**

#### **Partenaires corporatifs – Corporate Partners**

Autorité des marchés financiers  
Banque de développement du Canada  
Banque du Canada  
Banque nationale du Canada  
Bell Canada  
BMO Groupe financier  
Caisse de dépôt et placement du Québec  
Énergir  
Hydro-Québec  
Innovation, Sciences et Développement économique Canada  
Intact Corporation Financière  
Investissements PSP  
Manuvie Canada  
Ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation  
Ministère des finances du Québec  
Mouvement Desjardins  
Power Corporation du Canada  
Rio Tinto  
Ville de Montréal

#### **Partenaires universitaires – Academic Partners**

École de technologie supérieure  
École nationale d'administration publique  
HEC Montréal  
Institut national de la recherche scientifique  
Polytechnique Montréal  
Université Concordia  
Université de Montréal  
Université de Sherbrooke  
Université du Québec  
Université du Québec à Montréal  
Université Laval  
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web. *CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.*

© Mai 2021. Nicholas-James Clavet, Réjean Hébert, Pierre-Carl Michaud, Julien Navaux. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not necessarily represent the positions of CIRANO or its partners.*

# Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec<sup>1</sup>

**Nicholas-James Clavet, HEC Montréal**  
**Réjean Hébert, École de santé publique de l'Université de Montréal et CIRANO**  
**Pierre-Carl Michaud, HEC Montréal et CIRANO**  
**Julien Navaux, HEC Montréal et ESG UQAM**

Mai 2021

## Résumé

Suite à la publication d'un premier rapport de notre groupe sur l'évaluation des besoins et des coûts futurs liés au soutien à l'autonomie des personnes âgées au Québec (Clavet et al., 2021), ce rapport vise à considérer des scénarios de réformes possibles et d'en évaluer les impacts. Ils ont tous en commun d'impliquer un virage important vers les soins et services à domicile pour les personnes ayant des besoins modérés à importants, et ils impliquent tous un ajustement de la contribution du résident en hébergement. Selon nos calculs, des économies substantielles sont dégagées grâce aux réformes proposées, en comparaison avec le scénario de statu quo. Cela permet de bonifier le soutien à domicile par le biais de la création d'un compte autonomie. Avec ce compte, le nombre d'heures de services financé par le secteur public est modulé selon les besoins de soutien de la personne, ce qui permet d'assurer l'équité horizontale du système. Finalement, nous discutons de la possibilité de moduler le financement public selon les ressources financières de la personne, tant en hébergement qu'en soutien à domicile, afin d'améliorer l'équité verticale.

Mots-clés : finances publiques, vieillissement de la population, perte d'autonomie, soutien à domicile, Québec.

---

<sup>1</sup> Les auteurs désirent remercier David Boisclair, Tommy Gagné-Dubé, Luc Godbout, Marianne Le Roux, Bernard Morency et Suzie St-Cerny pour les discussions fort utiles sur différents aspects du statu quo et des scénarios proposés.

## 1. Contexte et objectifs

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les risques des milieux de vie collectifs pour les personnes âgées. Près des trois-quarts des décès survenus lors de la pandémie ont touché des personnes vivant en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ressources intermédiaires et résidences de type familial (RI-RTF) et résidences pour aînés (RPA)<sup>2</sup>. Historiquement le Québec a priorisé la solution institutionnelle au détriment du soutien à domicile, à l'instar des autres provinces canadiennes. Malgré une croissance des dépenses en soutien à domicile au cours des 20 dernières années, celles-ci ne représentaient que 23,5 % des dépenses du gouvernement du Québec en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) en 2019 (Hébert, 2021). Ce niveau reste bien inférieur à celui des autres pays de l'OCDE et des pays européens. Ces derniers investissent la moitié de leur budget de soins de longue durée en soutien à domicile, le Danemark y consacrant 73 % (Huber et al. 2009). De plus, le Québec<sup>3</sup> et le Canada ont consacré seulement 1,3 % de leur PIB aux soins et services de longue durée durant les dernières années, alors que la moyenne des pays de l'OCDE est égale à 1,7 %. La France et le Japon y consacrent respectivement 1,8 % et 1,9 % et certains pays comme la Suède, la Norvège et les Pays-Bas y consacrent plus de 3 % (OCDE, 2019).

Le premier rapport de notre groupe (Clavet et al., 2021) montre que les coûts liés au SAPA deviendront prohibitifs si le statu quo est maintenu, étant donné le vieillissement accéléré

---

<sup>2</sup> Source : <https://mobile.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>, consulté le 20 mai 2021.

<sup>3</sup> La donnée pour le Québec est calculée à partir de deux sources : les données des crédits des ministères et organismes (Gouvernement du Québec, 2021) et le PIB nominal en 2019 publié par l'ISQ.

de la population québécoise avec l'arrivée imminente des baby-boomers dans le groupe d'âge des plus de 75 ans. Le nombre de personnes recevant du SAPA devrait passer de 195 714 en 2020 à 443 929 en 2050, soit une multiplication par près de 2,3 en 30 années. Selon un scénario réaliste, le coût pour le gouvernement du Québec de la prise en charge de la perte d'autonomie quadruplera de 2020 à 2050 atteignant près de 25 milliards de dollars.<sup>4</sup> Ainsi la proportion du PIB dédiée aux soins de longue durée passerait de 1,3 % à 1,9 %. Un scénario plus pessimiste estime des coûts pour le gouvernement du Québec de 33 milliards de dollars en 2050, soit près de six fois plus qu'actuellement avec une proportion de 2,6 % du PIB. Le scénario implique le doublement du nombre de places en CHSLD sur une période de 20 ans. Il est à noter que malgré son caractère pessimiste, ce scénario ne tient même pas compte des coûts de construction et de fonctionnement plus importants des Maisons des aînés proposés par le présent gouvernement. Ce scénario pessimiste reste donc relativement conservateur. En somme, le statu quo n'est pas soutenable. Un virage majeur s'impose.

Par ailleurs, bien qu'un effort ait été réalisé au cours des dernières années pour mieux financer le soutien à domicile (SAD), la structure actuelle de financement ne garantit pas que les investissements annoncés en SAD se traduisent en ajouts réels de services, puisque les établissements ont le pouvoir discrétionnaire d'utiliser une partie de ces sommes pour d'autres missions prioritaires de l'établissement. En effet, Zubietta et al. (2021) ont démontré que le nombre de visites à domicile réalisées par les établissements publics a

---

<sup>4</sup> Les chiffres mentionnés ici divergent légèrement des chiffres présentés dans le rapport précédent (Clavet et al. 2021). Ces divergences sont dues à l'amélioration de certains aspects de la modélisation comme ceux ayant trait aux services d'aide domestique et au crédit d'impôt pour maintien à domicile.

diminué considérablement de 2011 à 2015, en dépit d'une augmentation de 20 % des dépenses en SAD dans le budget 2013-2014 du gouvernement du Québec.

Afin d'effectuer un virage essentiel, nous proposons la constitution d'un compte autonomie, de façon à augmenter sensiblement les sommes dédiées au SAD tout en s'assurant que ces sommes seront effectivement utilisées pour financer les soins et services à domicile. Un tel compte permettrait le transfert du financement vers différents prestataires de soins et services à domicile choisis par l'utilisateur, qu'ils soient publics, privés à but lucratif, privés sans but lucratif, ou communautaires.

Cette approche s'apparente aux assurances de soins à long terme qui ont été mises en place dans les pays d'Europe continentale de même qu'au Japon et en Corée du Sud (Hébert, 2012). Ces pays ont adopté une telle stratégie pour prioriser le choix des personnes âgées de demeurer à domicile tout en évitant les coûts prohibitifs d'une solution institutionnelle. C'est aussi l'approche que le gouvernement du Québec proposait par le biais de l'assurance autonomie en 2013, mais le projet de loi n'a finalement jamais été adopté (Hébert et al, 2016).

Dans son mémoire lors de la consultation sur le Livre blanc sur l'assurance autonomie, l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (2012) confirmait le peu d'attrait des assureurs privés pour le marché de l'assurance soins de longue durée et l'importance pour le gouvernement du Québec de couvrir une part importante de ce risque. Les assureurs privés pourraient alors proposer des produits complémentaires.

Le présent rapport n'aborde pas les stratégies de financement du compte autonomie, ni ses modalités d'application. Le but est plutôt d'estimer les coûts de différents scénarios où le financement du SAD par le gouvernement du Québec serait significativement plus élevé que dans la situation actuelle. Le SAD deviendrait alors une alternative plus intéressante que l'entrée en institution et une proportion significative des usagers opterait plutôt pour cette solution, ce qui diminuerait la pression sur l'hébergement et la nécessité de construire de nouvelles installations. Ainsi, l'objectif de neutralité financière préconisé en 2003 dans la *Politique de soutien à domicile* pourrait enfin se réaliser.

Dans la deuxième section du rapport, nous définissons les principes directeurs ayant orienté l'élaboration des réformes proposées. Dans la troisième section, nous présentons les scénarios de réformes, dont les résultats sont détaillés dans la quatrième section. Dans la cinquième section nous discutons des résultats plus en profondeur. Enfin, la dernière section conclut.

## 2. Principes directeurs

Six principes directeurs ont été utilisés afin d'identifier des alternatives au statu quo qui permettent aux personnes âgées qui le souhaitent de rester à domicile et d'y recevoir les soins et services nécessaires, tout en ayant une partie de ceux-ci financés par le gouvernement du Québec. Les principes directeurs ayant orienté la proposition sont les suivants :

1. **L'équité horizontale** : l'aide de l'État devrait dépendre du niveau des besoins mesuré par les Profils Iso-SMAF (Dubuc et al., 2006). Plus les besoins sont élevés, plus l'aide devrait être importante.
2. **L'équité verticale** : l'aide de l'État devrait être plus élevée pour les personnes disposant de ressources financières plus faibles.
3. **La préservation du choix des personnes en perte d'autonomie** : les scénarios devraient encourager la liberté de choix concernant le type et la quantité d'aide reçue provenant de prestataires du secteur public, communautaire ou privé.
4. **La neutralité de l'aide de l'État** : l'aide de l'État ne devrait pas avantager un mode de prise en charge par rapport à un autre.
5. **Un meilleur contrôle des coûts** : les dépenses publiques en lien avec la perte d'autonomie devraient être réduites par rapport au scénario de statu quo.
6. **Une transition graduelle** : l'application de la réforme devrait se faire de manière graduelle afin de respecter la capacité d'adaptation des organismes impliqués dans



cette réforme. Cet aspect est d'autant plus important étant donné la rareté actuelle de la main-d'œuvre.

### 3. Proposition de réforme

Le point de départ de la proposition repose sur l'existence d'un écart, à besoins égaux, entre le coût d'une place en CHSLD ou en RI-RTF et le coût d'une personne recevant du SAD. La Figure 1 illustre cet écart en présentant le coût pour le gouvernement du Québec de la prise en charge de la perte d'autonomie selon le milieu de vie, le Profil Iso-SMAF et différents taux de services de SAD (30 %, 50 % et 100 %). Le taux de services est défini ici comme la part des besoins en soins infirmiers, en soins d'assistance et en aide domestique qui sont comblés par les services offerts ou financés par le gouvernement du Québec.<sup>5</sup> Selon les données disponibles les plus récentes ce taux était de 8,3 % (Tousignant et al. 2007).

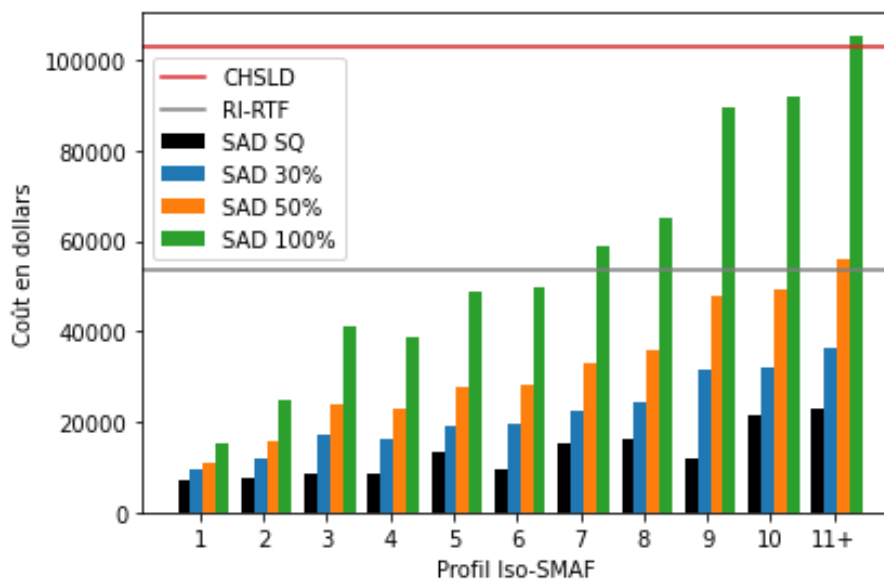
La conséquence directe du faible taux de services actuel en SAD est que le coût de prise en charge de la perte d'autonomie est actuellement bien inférieur en SAD qu'en RI-RTF ou en CHSLD. Les services rendus en SAD sont également fortement inférieurs aux services en RI-RTF ou en CHSLD. La Figure 1 montre néanmoins qu'il serait possible, pour plusieurs niveaux de besoins, d'accroître significativement le taux de services en SAD tout en conservant un coût inférieur à celui en RI-RTF ou en CHSLD. Plus les profils sont faibles, plus il est possible d'augmenter le taux de services avant d'atteindre le coût en RI-

---

<sup>5</sup> Les personnes en perte d'autonomie ont des besoins pour d'autres types de services que les soins infirmiers, les soins d'assistance et les aides domestiques. Elles ont notamment des besoins en lien avec la nutrition, les services psychosociaux et les services de réadaptation. Ces besoins ne sont pas inclus dans le taux de services, puisqu'aucune évaluation des besoins réels par rapport à ces services n'est disponible. Il est supposé que les besoins pour les autres services que les soins infirmiers, les soins d'assistance et les aides domestiques sont comblés à 100 % par le gouvernement du Québec. Le coût des autres services correspond aux dépenses en SAD par usager (Gouvernement du Québec, 2020) qui ne sont pas liées aux soins infirmiers, aux soins d'assistance et aux aides domestiques (MSSS 2020a).

RTF ou en CHSLD. En effet, il serait possible d'augmenter le taux de services à 50 % pour que le coût en SAD des profils 11 et plus atteigne le coût en RI-RTF. De même, il serait possible d'augmenter le taux de services à 100 % pour que le coût en SAD des profils 11 et plus atteigne le coût en CHSLD.

*Figure 1. Coût pour le gouvernement du Québec de la prise en charge de la perte d'autonomie selon le milieu de vie, le Profil Iso-SMAF et le taux de services du SAD*



Source : calculs des auteurs.

Notes : 1) SQ : Statu quo. 2) Le coût des CHSLD pour le gouvernement du Québec correspond au coût d'une nouvelle place qui inclut un coût de fonctionnement et un coût de construction financé sur 25 ans (Clavet et al. 2021).

Malgré l'existence d'une marge de manœuvre entre le coût en SAD et celui en RI-RTF ou en CHSLD, l'élaboration d'une proposition respectant les principes directeurs mentionnés précédemment se révèle une tâche complexe étant donné le nombre important d'ânés nécessitant des services, la capacité de payer de ceux-ci et les possibilités de transfert limitées d'un milieu de vie à un autre.

La proposition présentée dans ce rapport comprend donc 3 éléments principaux :

1. Bonifier le financement du SAD en créant un compte autonomie;
2. Optimiser la répartition des aînés selon le milieu de vie;
3. Ajuster le financement public pour les CHSLD et RI-RTF.

### **Élément 1 – bonifier le financement du SAD en créant un compte autonomie**

Étant donné le niveau de financement très faible du SAD comparativement aux RI-RTF et aux CHSLD, le premier élément de cette proposition de réforme est de bonifier le financement du SAD par l'entremise d'un compte autonomie.

Ce compte autonomie consiste à attribuer aux aînés en perte d'autonomie ayant un Profil Iso-SMAF de 4 ou plus un montant dans un compte qu'ils pourront utiliser pour acheter les services d'un prestataire de soutien à domicile. Ce véhicule de financement semble être le plus approprié pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il offre à l'utilisateur la liberté de choix entre divers prestataires de SAD (centre local de services communautaires (CLSC), entreprise privée, entreprise d'économie sociale, organisme communautaire, etc.). Ce véhicule permet également de garantir que les sommes dédiées par le gouvernement du Québec au SAD servent exclusivement à l'achat ou au financement de services de SAD, puisque le versement de ces sommes est conditionnel à la prestation de services de SAD. Ce but n'est pas nécessairement atteint lorsque le financement du SAD est alloué aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, puisque ceux-ci ont le pouvoir de réorienter ces ressources vers d'autres secteurs jugés prioritaires. Un autre avantage du compte autonomie est que le gouvernement du Québec n'aurait pas le fardeau à lui seul de

fournir les services de SAD pour l'ensemble des usagers du programme SAPA, réduisant ainsi la charge sur les employés du réseau de la santé, qui sont de plus en plus sollicités. Enfin, la mise en œuvre du compte autonomie serait confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui dispose d'une infrastructure technologique permettant d'effectuer des paiements à différents prestataires de services et de procéder à des ajustements sur la base des revenus des usagers (par exemple, contribution du résident hébergé, régime général d'assurance-médicament).

Selon la proposition, le montant annuel attribué au compte autonomie d'un usager correspondrait, de manière plus concrète, à un pourcentage du coût total en SAD comblant l'ensemble des besoins en soutien à l'autonomie de cette personne selon son Profil Iso-SMAF. L'objectif est de garantir en moyenne un même niveau financement par le gouvernement du Québec pour chaque niveau de perte d'autonomie. Le Tableau 1 présente, en première colonne, le coût total estimé de ces besoins selon le Profil Iso-SMAF, lorsque trois intervenants différents fournissent les soins infirmiers, les soins d'assistance et l'aide domestique. Cette configuration reflète la situation actuelle de prestation du SAD.

Malgré tout, il est possible de réduire ce coût total lorsqu'un même intervenant fournit les soins d'assistance et l'aide domestique. Il est fréquent que plusieurs intervenants, parfois issus de divers prestataires (CLSC et entreprise d'économie sociale par exemple), interviennent dans une même journée, alors qu'une intervention par une même personne aurait été possible. Chacun de ces intervenants doit se déplacer pour aller au domicile des usagers. Le temps de déplacement représente ainsi une part substantielle du coût du SAD.

L'utilisation d'un même intervenant pour les soins d'assistance et l'aide domestique permettrait de réduire le temps de déplacement et le coût total du SAD, tout en maintenant la qualité des soins, puisque les soins d'assistance et l'aide domestique requièrent des aptitudes et compétences semblables. Il n'est toutefois pas possible de faire de même pour les soins infirmiers, car ce type de soins nécessite des compétences particulières. Le Tableau 1 présente donc en deuxième colonne le coût total en SAD selon le Profil Iso-SMAF, lorsque les soins d'assistance et l'aide domestique sont rendus par un même intervenant. Cette modification à l'organisation des soins permet de réduire le coût total du SAD de 3,4 % à 11,7 % selon le Profil Iso-SMAF.

*Tableau 1. Coût total annuel du SAD selon le Profil Iso-SMAF et le nombre d'intervenants en soins infirmiers, d'assistance.*

Profil Iso-SMAF	Nombre intervenants soins inf., assist. et aide dom.		Différence (%)
	3	2	
<b>1</b>	17 200	15 900	-7,6
<b>2</b>	32 500	31 400	-3,4
<b>3</b>	49 200	47 100	-4,3
<b>4</b>	47 300	44 800	-5,3
<b>5</b>	57 000	54 000	-5,3
<b>6</b>	58 300	55 200	-5,3
<b>7</b>	67 500	62 200	-7,9
<b>8</b>	73 500	67 200	-8,6
<b>9</b>	97 900	86 400	-11,7
<b>10</b>	100 200	88 900	-11,3
<b>11</b>	113 600	102 000	-10,2

Source : calculs des auteurs.

Note : soins inf., assist. et aide dom. : soins infirmiers, d'assistance et aide domestique.

Enfin, nous avons choisi d'analyser trois scénarios de taux de financement en SAD : 30 %, 40 % et 50 %. Ces trois scénarios permettent d'abord de satisfaire l'objectif de réduction

des coûts totaux par rapport au statu quo. Même si ces taux n’atteignent pas 100 % de satisfaction des besoins, ils représentent un accroissement important du financement du SAD qui serait alors augmenté jusqu’à 3,5 fois par rapport au statu quo (Tableau 2). Même avec un taux de 30 %, l’intensité des services en SAD augmenterait considérablement. En outre, comme ces scénarios sont basés sur le pourcentage de satisfaction des besoins, le montant annuel alloué au compte autonomie augmente selon le Profil Iso-SMAF, ce qui permet de garantir l’objectif d’équité horizontale. Par exemple, une personne avec un profil 11+ recevrait 2,3 fois plus de financement du gouvernement du Québec qu’une personne de profil 4. Par ailleurs, ces allocations n’empêchent pas une personne d’acheter des soins et services additionnels. Finalement, le compte autonomie n’est pas disponible aux patients en hébergement.

*Tableau 2. Montant annuel alloué au compte autonomie selon le Profil Iso-SMAF et le taux de financement du SAD par le gouvernement du Québec*

<b>Profil Iso-SMAF</b>	<b>Taux de financement</b>		
	<b>30 %</b>	<b>40%</b>	<b>50%</b>
<b>4</b>	13 400	17 900	22 400
<b>5</b>	16 200	21 600	27 000
<b>6</b>	16 600	22 100	27 600
<b>7</b>	18 700	24 900	31 100
<b>8</b>	20 200	26 900	33 600
<b>9</b>	25 900	34 600	43 200
<b>10</b>	26 700	35 600	44 500
<b>11+</b>	30 600	40 800	51 000

Source : Calculs des auteurs. Note : Le montant correspond au pourcentage du coût total en SAD comblant l’ensemble des besoins en soutien à l’autonomie.

Il est à noter que les profils 1 à 3 ne figurent pas dans le Tableau 2, puisque les aînés ayant ces profils ne seraient pas admissibles au compte autonomie. En effet, il est considéré que le crédit d'impôt pour le maintien à domicile et le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) offrent un financement suffisant pour le SAD de ces personnes.

### **Élément 2 – Optimiser de la répartition des aînés selon le milieu de vie**

Grâce à cette bonification du financement du SAD, il est possible d'envisager une utilisation plus importante du SAD, tout en maintenant une qualité de soins et de vie adéquate. Malgré tout, il ne s'agit pas simplement de maintenir tous les aînés en perte d'autonomie à domicile, mais plutôt de permettre à tous les aînés de continuer à vivre à l'endroit qu'ils désirent. De plus, il apparaîtrait judicieux d'utiliser les ressources des CHSLD uniquement pour les Profils Iso-SMAF avec les besoins les plus élevés (profils 10 et plus). Bien que les CHSLD visent déjà à ce que 80 % de leurs usagers aient un profil de 10 et plus, cet objectif pourrait être relevé à 100 %. Il est également à noter que les CHSLD n'atteignent pas tous cet objectif actuel de 80 %. Le Tableau 3 présente, ainsi, la répartition actuelle des profils Iso-SMAF par milieu de vie. Présentement, une part importante des profils 1 à 9 résident en CHSLD, alors que ces personnes pourraient recevoir des services à domicile ou en RI-RTF.

Le cœur de la proposition est donc d'encourager l'utilisation du SAD pour les personnes ayant un profil de 1 à 9. Pour les profils 1 à 6, tous les usagers sont de facto affectés au SAD (le patient n'est pas admissible en CHSLD ou RI-RTF). Pour les profils 6 à 9, nous



supposons que les usagers en CHSLD sont transférés en parts égales dans les RI-RTF et au SAD. Les proportions des profils 10 et plus en SAD et en RI-RTF sont maintenues. On obtient donc la distribution des usagers selon les profils et les milieux de vie du Tableau 4. Cette optimisation ne prend pas en compte les changements possibles dû à des effets de comportements. Par exemple, il est possible que suite à la mise en place de la proposition un certain nombre de personnes en CHSLD décident d’aller plutôt vers le soutien à domicile parmi les profils 10 et 11+. Pour les fins de nos calculs, nous faisons l’hypothèse que cette répartition demeure intacte.

*Tableau 3. Répartition des Profils Iso-SMAF par milieu de vie (en %) – Statu quo*

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

Source : calculs des auteurs. Note : Les pourcentages rapportent pour un Profil donné la répartition des usagers entre les différents milieux de vie.

*Tableau 4. Répartition des Profils Iso-SMAF par milieu de vie (en %) – Proposition de réforme*

<b>Profils</b>	<b>CHSLD</b>	<b>RI-RTF</b>	<b>SAD</b>
<b>1</b>	0,0	0,0	100,0
<b>2</b>	0,0	0,0	100,0
<b>3</b>	0,0	0,0	100,0
<b>4</b>	0,0	0,0	100,0
<b>5</b>	0,0	0,0	100,0
<b>6</b>	0,0	0,0	100,0
<b>7</b>	0,0	23,8	76,2
<b>8</b>	0,0	22,1	77,9
<b>9</b>	0,0	27,8	72,2
<b>10</b>	48,6	6,0	45,4
<b>11+</b>	67,2	1,5	31,4

Source : calculs des auteurs.

### **Élément 3 – Ajuster le financement public des CHSLD et des RI-RTF**

Le troisième et dernier élément de la proposition de réforme est d’ajuster la prise en charge du gouvernement du Québec en RI-RTF et en CHSLD. Actuellement, le taux de prise en charge du gouvernement du Québec est estimé à 81,7 % en CHSLD et à 79,7 % en RI-RTF (voir le statu quo dans le Tableau 5). Ce niveau de contribution fait en sorte que le logis et les repas sont largement pris en charge par l’État. Or, ces dépenses sont aux frais d’une personne vivant à domicile. Ainsi, du point de vue du bénéficiaire la formule actuelle avantage l’hébergement comparativement au SAD. Elle ne permet donc pas de respecter le principe de neutralité entre les milieux de vie.

À partir des fichiers AS-471 du MSSS (2020), il est possible de calculer le coût que devraient payer les usagers s’ils avaient à leur charge l’intégralité des frais de logis et de

repas en CHSLD<sup>6</sup>. En faisant la somme du coût des frais de soutien (incluant les frais d'alimentation et de buanderie) et du coût de la gestion des bâtiments et en divisant cette somme par les charges totales, on obtient une part de 30 %.

Par conséquent, il est proposé d'augmenter le taux de contribution des usagers à 30 % en RI-RTF et en CHSLD et donc de diminuer le taux de prise en charge du gouvernement du Québec à 70 % (voir Tableau 5). Cette modification fait passer la contribution moyenne d'un usager de 13 600 \$ à 20 100 \$ par année en RI-RTF et de 18 500 \$ à 30 300 \$ par année en CHSLD. À l'opposé, cette modification fait passer le coût moyen du gouvernement du Québec de 53 500 \$ à 47 000 \$ par année pour une place en RI-RTF et de 82 400 \$ à 70 600 \$ par année pour une place en CHSLD.

Il est à noter que le taux de prise en charge de 70 % présenté dans le Tableau 5 est un taux de prise en charge moyen. En effet, le principe d'équité verticale implique un taux décroissant selon le revenu et le patrimoine des ménages. Ce taux doit également dépendre de la taille d'un ménage (présence ou non d'un conjoint). Il serait par exemple possible de proposer une échelle avec un taux de prise en charge qui débiterait à 100 % pour les personnes ayant un revenu nul et qui convergerait linéairement vers 50 % pour les niveaux de revenus les plus élevés.

---

<sup>6</sup> Les CHSLD retenus pour ce calcul sont des CHSLD privés conventionnés. Les CHSLD publics sont exclus de celui-ci, car il n'est pas possible de différencier dans les fichiers AS-471 les coûts des CISSS et des CIUSSS qui sont liés aux centres hospitaliers, aux CLSC ou aux CHSLD.

Tableau 5. Coût annuel pour l'usager et le gouvernement du Québec selon le milieu de vie institutionnel (RI-RTF et CHSLD)

Milieu de vie	Coût			Taux de prise en charge (%)
	Usager	Gouv.	Total	
<b>Statu quo</b>				
<b>RI-RTF</b>	13 600	53 500	67 100	79,7%
<b>CHSLD</b>	18 500	82 400	100 900 <sup>7</sup>	81,7%
<b>Proposition</b>				
<b>RI-RTF</b>	20 100	47 000	67 100	70,0%
<b>CHSLD</b>	30 300	70 600	100 900	70,0%

Source : calculs des auteurs et Clavet et al. (2021) pour les taux de prise en charge du MSSS dans le scénario de statu quo.

<sup>7</sup> À noter que le coût total d'une place en CHSLD a été légèrement modifié par rapport à notre précédent cahier (Clavet et al., 2021). Précédemment, le coût total en CHSLD en 2020 était égal à 101 583 \$. Il était calculé à partir d'un échantillon de 56 CHSLD issu des fichiers AS-471 de 2019-2020. Dans le présent cahier, nous avons supprimé 4 établissements qui présentaient des observations aberrantes. Finalement, l'échantillon de 52 CHSLD retenu se caractérise par un coût moyen de 100 900 \$ en 2021, soit une baisse de 0,67% par rapport à la précédente estimation.

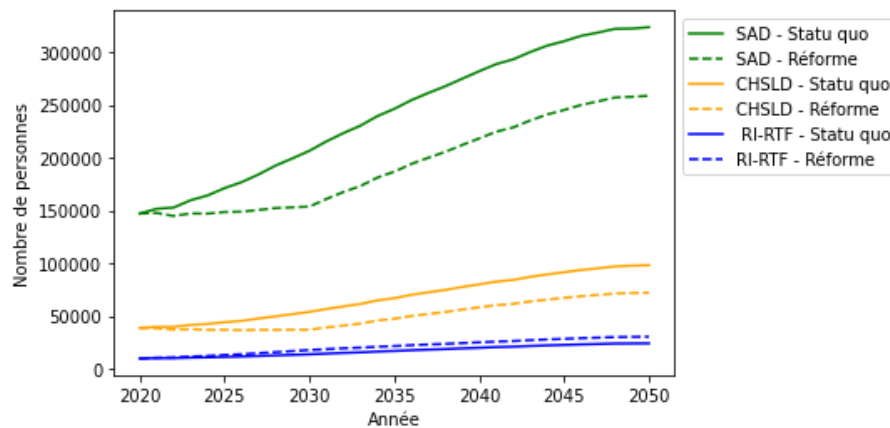
## 4. Résultats

Cette section présente les résultats de projection obtenus pour la proposition de réforme selon les trois scénarios de taux de financement du SAD mentionnés précédemment : 30 %, 40 % et 50 %. Il est à noter que les modifications au statu quo sont mises en place de manière progressive sur une période de 10 ans (de 2020 à 2030). Les résultats des scénarios sont également comparés au scénario de statu quo dans lequel la couverture actuelle des besoins est conservée à l'avenir, sans définir aucune contrainte sur l'offre de services (voir Clavet et al. 2021 pour davantage de détails).

### Nombre d'usagers

La Figure 2 et le Tableau 6 présentent, tout d'abord, les effets de l'optimisation de la répartition des aînés selon le milieu de vie et de la limitation du compte autonomie aux profils 4 et plus. Ici, un seul scénario de « Réforme » est présenté, puisque le taux de financement pour le compte autonomie n'influence pas le nombre de personnes selon le milieu de vie.

Figure 2. Nombre d'usagers selon le milieu de vie et le scénario (statu quo et réforme)



Source : calculs des auteurs.

Tableau 6. Nombre d'usagers selon le milieu de vie et le scénario (statu quo et réforme)

Année	RI-RTF			CHSLD			SAD		
	Statu quo	Réforme	Diff.	Statu quo	Réforme	Diff.	Statu quo	Réforme	Diff.
2020	9 897	9 897	-	38 767	38 767	-	147 050	147 050	-
2025	11 341	13 113	1 772	44 167	36 972	-7 195	171 094	148 488	-22 606
2030	13 813	17 896	4 083	54 014	37 098	-16 916	206 440	153 636	-52 804
2035	16 967	21 590	4 623	66 882	47 421	-19 461	246 178	186 742	-59 436
2040	19 996	25 112	5 116	80 008	58 208	-21 800	281 793	218 175	-63 618
2045	22 691	28 432	5 741	91 535	67 253	-24 282	310 195	245 082	-65 113
2050	24 183	30 471	6 288	98 131	72 079	-26 052	323 443	258 529	-64 914

Source : calculs des auteurs.

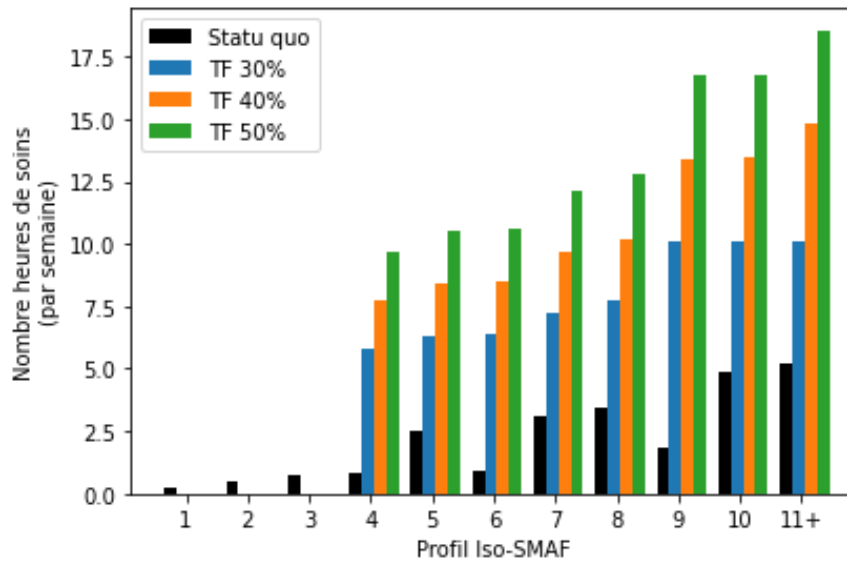
La Figure 2 et le Tableau 6 montrent ainsi que le nombre d'usagers en RI-RTF augmente plus rapidement dans le scénario de réforme que dans le scénario de statu quo. En 2050, le scénario de réforme se caractérise par un besoin de 6 288 places supplémentaires (+26 %) par rapport au scénario de statu quo (30 471 contre 24 183 places). En revanche, le nombre projeté d'usagers en CHSLD et en SAD est beaucoup plus faible dans le scénario de réforme. En 2050, le nombre d'usagers en CHSLD est inférieur de 26 052 places (-26,5 %) et il est inférieur de 64 914 individus en SAD (-20 %), en comparaison au scénario du statu quo. En SAD, cette baisse s'explique par l'exclusion du compte autonomie des personnes avec un profil de moins de 4. Néanmoins, ces personnes sont admissibles au crédit d'impôt pour maintien à domicile et au PEFSAD dans le scénario de réforme proposé. Ces deux mesures de soutien représentent un montant moyen de 3 026 \$ pour l'année 2020. Ces coûts sont inclus dans le calcul du coût net de la proposition. Il est important de noter que la baisse du nombre d'usagers en CHSLD a une conséquence importante sur la construction de places : aucune construction n'est nécessaire durant les dix prochaines années selon ce scénario. A contrario, la construction de 15 247 nouvelles places serait nécessaire d'ici

2030 dans le scénario de statu quo. D'ici 2050, 59 364 places devraient être construites selon le scénario de statu quo (+153 %), contre seulement 33 012 places dans le scénario de réforme (+86 %).

### **Heures de services**

Une modification majeure incluse dans les scénarios de réforme repose sur le niveau des services en SAD. Alors que le taux de services fournis par le gouvernement du Québec était de seulement 8,3% en 2002 (Tousignant et al. 2007), il est proposé que le financement des services en SAD par le gouvernement du Québec soit bonifié de manière à financer de 30 % à 50 % du coût total des besoins en SAD. Comme le montrent la Figure 3 et le Tableau 7, cette bonification du financement en SAD implique un accroissement considérable de l'intensité des services. Le nombre moyen d'heures de services passerait ainsi de 1,7 heure par semaine dans le scénario de statu quo à 7,5 heures avec un taux de financement de 30 %, à 10 heures avec un taux de 40 % et à 12,5 heures avec un taux de 50 %.

Figure 3. Nombre d'heures de services par semaine financées par le gouvernement du Québec selon le Profil Iso-SMAF et le scénario (Statu quo et taux de financement de 30 %, 40 % et 50 %)



Source : calculs des auteurs.

Tableau 7. Nombre d'heures de services par semaine financées par le gouvernement du Québec selon le Profil Iso-SMAF et le scénario (Statu quo et taux de financement de 30 %, 40 % et 50 %)

Profil Iso-SMAF	Statu quo	Taux de financement		
		30%	40%	50%
1	0,2	-	-	-
2	0,5	-	-	-
3	0,7	-	-	-
4	0,8	5,8	7,7	9,7
5	2,5	6,3	8,4	10,5
6	0,9	6,4	8,5	10,6
7	3,1	7,2	9,7	12,1
8	3,4	7,7	10,2	12,8
9	1,8	10,1	13,4	16,8
10	4,9	10,1	13,5	16,8
11+	5,2	11,1	14,8	18,5
<b>Moy. 2020<sup>1</sup></b>	1,7	7,5*	10,0*	12,5*

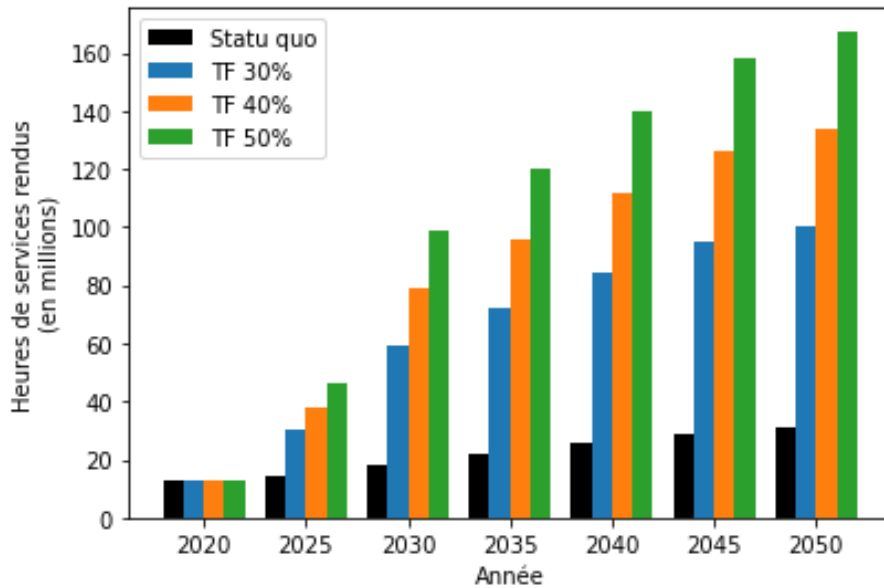
Notes : <sup>1</sup> : Moyenne pondérée selon la proportion d'utilisateurs en SAD par Profil Iso-SMAF en 2020. \* Moyenne excluant les profils 1 à 3.

Source : calculs des auteurs.



La Figure 4 et le Tableau 8 traduisent, pour leur part, l'implication de tels taux de financement sur le nombre d'heures totales de soins et services financées par le gouvernement du Québec en SAD. Alors que dans le scénario de statu quo le nombre d'heures totales augmente de 13 millions d'heures en 2020 à 31 millions d'heures en 2050, celui-ci atteint 100 millions d'heures en 2050 avec un taux de financement de 30 %, 134 millions d'heures avec un taux de financement de 40 % et 167 millions d'heures avec un taux de financement de 50 %. Ces augmentations d'heures de services représentent un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 2,9 % sur 30 ans pour le scénario de statu quo, de 7 % pour le scénario de taux de financement à 30 %, de 8,1 % pour le scénario de taux de financement à 40 % et de 8,9 % pour le scénario de taux de financement à 50 %. Ces résultats montrent que le TCAM des heures totales de services en SAD sur 30 ans augmente d'environ 1 point de pourcentage, lorsque le taux de financement augmente de 10 points de pourcentage.

Figure 4. Heures totales de services financées en SAD par le gouvernement du Québec selon l'année et le scénario



Note : TF : taux de financement.  
Source : calculs des auteurs.

Tableau 8. Heures totales de services financées en SAD par le gouvernement du Québec selon le scénario (Statu quo et taux de financement de 30 %, 40 % et 50 %)

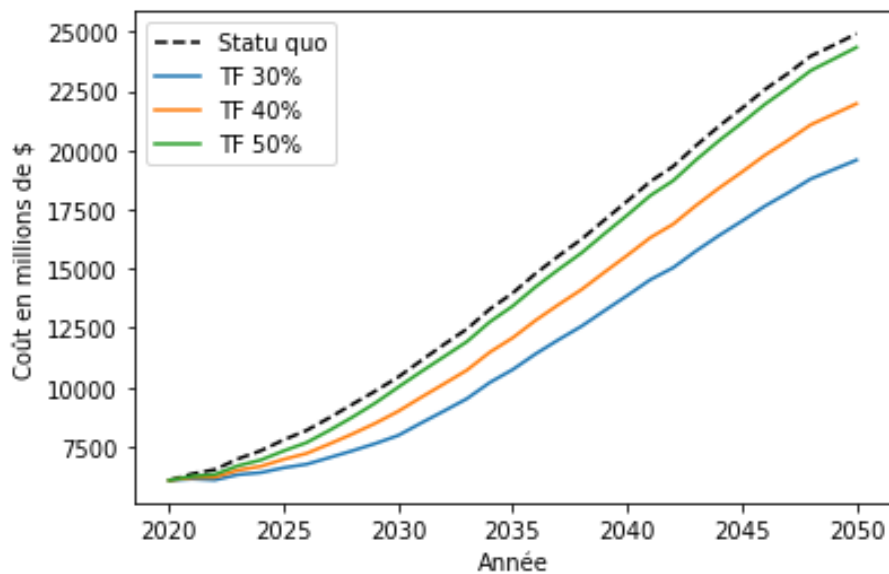
Année	Statu quo		Taux de financement								
			30%			40%			50%		
	Hrs. (M)	TCAM (%)	Hrs. (M)	TCAM (%)	Diff. (M)	Hrs. (M)	TCAM (%)	Diff. (M\$)	Hrs. (M)	TCAM (%)	Diff. (M)
2020	13		13		0	13		0	13		0
2025	14	1,5	30	18,2	16	38	23,9	24	46	28,8	32
2030	18	5,2	59	14,5	41	79	15,8	61	99	16,6	81
2035	22	4,1	72	4,1	50	96	4	74	120	3,9	98
2040	26	3,4	84	3,1	58	112	3,1	86	140	3,1	114
2045	29	2,2	95	2,5	66	126	2,4	97	158	2,4	129
2050	31	1,3	100	1	69	134	1,2	103	167	1,1	136

Notes : Hrs. : Heures. Diff. : Différence  
Source : calculs des auteurs.

## Coût pour le gouvernement

La Figure 5 et le Tableau 9 présentent l'évolution des coûts pour les trois scénarios de taux de financement en SAD, ainsi que pour les coûts du scénario de statu quo. Les différents scénarios de taux de financement permettent tous d'atteindre un meilleur contrôle des coûts pour le gouvernement du Québec. Par rapport au scénario de statu quo, un taux de financement à 30 % impliquerait une réduction des coûts de 1,2 milliard de dollars en 2025 par rapport au scénario de statu quo. Avec un taux de services de 50 %, les économies resteraient substantielles avec une économie de 464 millions de dollars en 2025 et de 574 millions de dollars en 2050 par rapport au scénario de statu quo.

*Figure 5. Coût de la prise en charge de la perte d'autonomie pour le gouvernement du Québec selon le scénario (Statu quo et taux de financement de 30 %, 40 % et 50 % du SAD)*



Notes : TF : taux de financement.

Source : calculs des auteurs.

Tableau 9. Coût de la prise en charge de la perte d'autonomie pour le gouvernement du Québec selon le scénario (Statu quo et taux de financement de 30 %, 40 % et 50 % du SAD)

Année	Statu quo		Taux de financement								
			30%			40%			50%		
	Montant (M\$)	TCAM (%)	Montant (M\$)	TCAM (%)	Diff. (M\$)	Montant (M\$)	TCAM (%)	Diff. (M\$)	Montant (M\$)	TCAM (%)	Diff. (M\$)
2020	6 075	-	6 075	-	0	6 075	-	0	6 075	-	0
2025	7 782	5,1	6 606	1,7	-1 176	6 962	2,8	-820	7 318	3,8	-464
2030	10 430	6,0	7 969	3,8	-2 461	8 987	5,2	-1 443	10 006	6,5	-424
2035	13 977	6,0	10 749	6,2	-3 228	12 088	6,1	-1 889	13 427	6,1	-550
2040	17 853	5,0	13 872	5,2	-3 981	15 568	5,2	-2 285	17 263	5,2	-590
2045	21 766	4,0	17 009	4,2	-4 757	19 078	4,2	-2 688	21 148	4,1	-618
2050	24 909	2,7	19 581	2,9	-5 328	21 958	2,9	-2 951	24 335	2,8	-574

Source : calculs des auteurs.

Les gains par rapport au scénario de statu quo se font principalement ressentir durant les 10 premières années (2020 à 2030). En effet, le Tableau 9 montre que le taux de croissance annuel moyen (TCAM) est beaucoup plus faible pour les scénarios de taux de financement à 30 % et 40 % de 2020 à 2030. C'est également le cas pour le scénario de taux de financement à 50 %, mais seulement pour la période 2020 à 2025. À partir de 2035, les TCAM des scénarios de réforme sont similaires, voire légèrement plus élevés, que le scénario de statu quo. Des économies sont toujours réalisées après 2030, mais le rythme de croissance des coûts pour le gouvernement du Québec devient similaire entre les différents scénarios.

Enfin, le Tableau 10 présente l'effet cumulé, en dollars constants de 2020, des scénarios de réforme selon le taux de financement du SAD par le gouvernement du Québec. En 30 années, un taux de financement de 30 % permet des économies cumulées pour le gouvernement du Québec de 69,4 milliards de dollars par rapport au scénario de statu quo,

soit 15,7% du PIB de 2020. Ces économies cumulées correspondent à 40,5 milliards de dollars avec un taux de financement de 40 % (9,2 % du PIB de 2020) et à 11,9 milliards de dollars avec un taux de financement de 50 % (2,7 % du PIB de 2020). Il est à noter que des économies substantielles sont réalisées dès 2030, allant de 3,6 à 11,8 milliards de dollars selon le taux de financement.

*Tableau 10. Effet cumulé (\$ de 2020) sur le gouvernement du Québec selon le taux de financement du compte autonomie (taux de financement de 30 %, 40 % et 50 % des besoins en SAD)*

Année	Taux de financement		
	30%	40%	50%
	Montant cumulé actualisé (M\$ 2020)		
<b>2025</b>	-3 218	-2 293	-1 369
<b>2030</b>	-11 764	-7 677	-3 590
<b>2035</b>	-23 704	-14 705	-5 706
<b>2040</b>	-37 512	-22 690	-7 868
<b>2045</b>	-52 920	-31 444	-9 968
<b>2050</b>	-69 389	-40 641	-11 892

Source : calculs des auteurs.

## 5. Discussion

Le premier rapport de notre équipe fournissait un tableau réaliste de l'évolution des coûts du soutien à l'autonomie des personnes âgées, compte tenu du vieillissement accéléré de la population québécoise (Clavet et al., 2021). Même en tenant compte d'une possible réduction des incapacités pour les nouvelles générations, le scénario optimiste occasionnerait un triplement des coûts. À l'opposé, le scénario plus conservateur entraînerait des coûts presque six fois plus élevés, et ce, sans compter les coûts supplémentaires associés à la construction de nouvelles places en CHSLD sur le modèle des Maisons des aînés. En effet, il est estimé qu'il en coûtera au moins trois fois plus par place pour la construction de ces nouvelles installations. Quoiqu'il en soit, ces coûts seront prohibitifs tout en ne respectant pas le désir des personnes âgées de demeurer à domicile le plus longtemps possible en y recevant les soins et services nécessaires.

À l'instar de nombreux pays qui ont implanté une assurance de soins de longue durée pour prioriser le soutien à domicile, nous avons voulu estimer l'impact financier d'un rehaussement significatif du financement du SAD. Aucun des pays ayant implanté ce type d'assurance ne finance 100 % des coûts; l'objectif est plutôt de rehausser significativement le financement du SAD de façon à fournir suffisamment de services pour offrir une alternative compétitive à l'hébergement.

Les trois scénarios de taux de financement à 30 %, 40 % et 50 % représentent une augmentation considérable de l'intensité de services qui se situe autour de 8 % actuellement. Le nombre d'heures moyen de services couverts serait alors multiplié par 4 à

7 selon le scénario. Avec de telles intensités de services, il est probable que le maintien à domicile soit alors possible sans surcharger indûment les personnes proches aidantes. L'effet net serait un incitatif au maintien à domicile et un désincitatif au recours à l'hébergement. Nos scénarios supposent une proportion constante d'usagers avec des profils 10 et plus qui reçoivent du SAD, mais il est possible d'anticiper que la bonification du SAD augmente cette proportion, ce qui diminuerait d'autant l'utilisation des ressources coûteuses en hébergement. D'autant plus que notre proposition vient ajuster la contribution du résident hébergé, qui n'a pas été augmentée depuis plusieurs années et qui ne représente actuellement qu'une fraction du coût du logis et des repas. On tendrait alors vers la neutralité financière évoquée dans la Politique de soutien à domicile de 2003.

Le Tableau 11 montre les taux de financement selon le niveau de besoins de trois pays européens qui opèrent une assurance de soins de longue durée par rapport à nos trois scénarios. Bien que les niveaux de besoins soient différents et que le coût de la vie soit aussi différent du Québec, on constate que le compte autonomie proposé se retrouve dans la fourchette des montants alloués dans ces trois pays. Le scénario à 30 % ressemble davantage aux montants alloués en France, celui à 40 % est davantage similaire à celui de l'Allemagne et le scénario à 50 % demeure moins généreux que les montants consentis aux Pays-Bas.

Le financement de ce compte autonomie n'a pas fait l'objet de propositions dans ce rapport. La plupart des pays financent leur assurance autonomie par un mélange de cotisations employeurs-employés et d'un prélèvement fiscal. D'autres sources moins classiques sont

aussi utilisées, comme des cotisations prélevées sur les régimes de retraite (Allemagne), l’abolition d’un congé férié (France) ou des redevances sur l’électricité (Luxembourg). Il appartiendra au législateur de déterminer la source de financement la plus pertinente pour le Québec. Le Livre blanc sur l’assurance-autonomie proposait en 2013 deux modes de financement : l’impôt sur le revenu ou des cotisations. Cette dernière option a été rapidement écartée lors de la consultation parlementaire.

*Tableau 11. Montant d’allocation selon le niveau de besoins dans trois pays européens et selon les trois scénarios de réforme au Québec*

Allemagne		Pays-Bas		France		Québec (projections)			
Échelle de besoins	Montant (en €/mois) <sup>1</sup>	Échelle de besoins	Montant (en €/mois) <sup>1</sup>	Échelle de besoins	Montant (en €/mois) <sup>2</sup>	Profil Iso-SMAF	Montant (en \$/mois)		
							30%	40%	50%
5	1 995	8	5 964	GIR 1	1 748	Profil 11+	2 250	3 400	4 250
4	1 612	7	4 997	GIR 2	1 403	Profil 10	2 225	2 967	3 708
3	1 298	6	3 989	GIR 3	1 014	Profil 9	2 158	2 883	3 600
2	689	5	3 989	GIR 4	676	Profil 8	1 683	2 242	2 800
1	125	4	2 940			Profil 7	1 558	2 075	2 592
		3	2 194			Profil 6	1 383	1 842	2 300
		2	1 802			Profil 5	1 350	1 800	2 250
		1	1 243			Profil 4	1 117	1 492	1 867

<sup>1</sup> Source pour l’Allemagne et les Pays-Bas : <https://irpp.org/research-studies/assessing-cash-for-care-benefits-to-support-aging-at-home-in-canada/>

<sup>2</sup> Source pour la France : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/lapa-domicile>

Nous considérons que ces trois propositions de taux de financement pour le compte autonomie respectent en tous points les principes directeurs que nous avons fixés. D’abord, elles respectent le principe de l’équité horizontale, en modulant le compte autonomie selon le niveau de besoins. Le compte autonomie est facilement modulable selon le revenu et les actifs des usagers. Ainsi, il est possible de tendre vers une plus grande équité verticale. La proposition de création d’un compte autonomie permet de préserver le choix des usagers.



Le compte peut être utilisé pour se procurer du soutien à domicile parmi un ensemble d'acteurs. En rehaussant la contribution en hébergement pour inclure les coûts du logis et des repas, la proposition vise à favoriser une plus grande neutralité de l'aide de l'État. À l'heure actuelle, l'État favorise implicitement l'hébergement par rapport au soutien à domicile.

L'enjeu de la main-d'œuvre ne devrait pas constituer un obstacle supplémentaire à la mise en œuvre de la réforme puisque les besoins supplémentaires de personnel pour le SAD seront compensés par la diminution des besoins en hébergement. Le marché de l'emploi dans le secteur du SAD se développera dans plusieurs types d'organisations publiques, privées sans but lucratif, communautaire et privées lucratives. Le rehaussement du financement permettra aussi un ajustement des salaires dans ce secteur. Cette main-d'œuvre en SAD est plus diversifiée en termes de qualification, ce qui devrait en faciliter le recrutement et la rétention. Un rehaussement des services de SAD pourra aussi permettre aux personnes proches aidantes de demeurer sur le marché du travail et de contribuer de ce fait à réduire les pénuries de main-d'œuvre dans l'ensemble de l'économie québécoise

## **6. Conclusion**

Les projections de ce rapport permettent d'envisager un virage majeur vers les soins et services à domicile afin de répondre aux besoins et au désir des personnes âgées tout en contrôlant l'évolution des dépenses de l'État. Nous croyons que le fait que ces scénarios mènent à des économies de coûts pour l'État, tout en bonifiant les services en soutien à domicile est un argument fort en faveur d'un virage dans cette direction. Finalement, nous croyons tout à fait possible d'étaler ce virage sur un horizon de 10 ans, tout en maintenant au minimum les besoins pour de nouvelles infrastructures d'hébergement. Comme tout virage majeur, il est préférable de l'amorcer tôt et en douceur que tard et brusquement.

## 7. Références

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Inc. (2012). Rapport de l'ACCAP sur la politique en matière de soins de longue durée : améliorer l'accessibilité, la qualité et la viabilité des soins de longue durée au Canada. [http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_75967&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz](http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_75967&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz).

Clavet N-J., Décarie Y., Hébert R., Michaud P-C. et J. Navaux (2021). Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins. Cahier de recherche de la Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels n°21-01. <https://creei.ca/financement-soutien-autonomie-personnes-agees-croisee-chemins/>

Gouvernement du Québec (2021). Crédits des ministères et organismes. Budget de dépenses 2020-2021. Vol. 3. [https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget\\_depenses/20-21/3-Credits\\_des\\_ministeres\\_et\\_organismes.pdf](https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/20-21/3-Credits_des_ministeres_et_organismes.pdf)

Hébert R. (2012) L'assurance autonomie: une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Revue canadienne sur le vieillissement*, 31(1) :1-11. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000614>

Hébert R. (2013). L'autonomie pour tous: livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travauxparlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-24161/index.html>.

Hébert R. (2021). Réformer les soins et les services offerts aux personnes âgées au Québec. Options politiques, Institut de recherche en politiques publiques. 18 mai 2021. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/mai-2021/reformer-les-soins-et-les-services-offerts-aux-personnes-agees-au-quebec/>.

Hébert R., Gervais P., Labrecque S. et R. Bellefleur (2016). L'assurance-autonomie au Québec : une réforme inachevée. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de santé*, 4(1) :Article 1. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1.2737>

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.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). 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/>.

OCDE (2019). *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.

Tousignant M., Dubuc N., Hébert R. et C. Coulombe (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.

Zubieta L., Raïche M., Gervais P. et R. Hébert (1997). Trajectories of Healthcare Services for Elder Persons - A Retrospective Study in Sherbrooke, Quebec. Cahier scientifique du CIRANO, n°2021S-18. <https://www.cirano.qc.ca/en/summaries/2021s-18>