

CHAPITRE 5

Planification de l'hébergement public de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie

Audit de performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

EN BREF

Le Québec est l'un des endroits dans le monde où la population vieillit le plus rapidement. Cette tendance devrait se maintenir au cours des prochaines années. L'augmentation du nombre d'aînés, combinée à l'amélioration de l'espérance de vie, contribuera à la croissance de la demande future en matière de soins de longue durée, que ce soit pour le soutien à domicile ou pour l'hébergement de longue durée.

Or, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'a pas évalué la demande future d'hébergement de longue durée pendant près de 15 ans. Le MSSS n'a pas défini non plus comment il réorganiserait et financerait les soins de longue durée dans le contexte du virage vers le soutien à domicile. Enfin, si l'offre de services n'est pas bonifiée, les aînés en grande perte d'autonomie n'auront pas tous accès à des soins de longue durée publics dans les prochaines années ni à une intensité de services suffisante.

Nos travaux montrent qu'une planification adéquate et à long terme aurait permis au MSSS de mieux prévoir les besoins futurs et de mettre en œuvre, au moment opportun, les actions nécessaires pour assurer une réponse adaptée aux besoins de ces citoyens. Cela passe notamment par le fait d'informer la population du niveau de services que le MSSS pourra offrir ainsi que de ce qu'il sera en mesure de financer, de manière à ce que les aînés en grande perte d'autonomie et leurs proches soient avisés de la contribution financière qu'ils auront à payer.

CONSTATS

1

Le MSSS n'a pas réalisé de façon régulière et complète des projections de la demande d'hébergement de longue durée pour les aînés.

2

Le MSSS n'a pas défini comment il réorganiserait et financerait les soins de longue durée aux aînés en grande perte d'autonomie dans le contexte du virage vers le soutien à domicile.

3

L'offre de soins de longue durée actuelle et planifiée ne permet pas d'atteindre le niveau de services requis pour tous les aînés en grande perte d'autonomie.

ÉQUIPE

Jacques Hébert

Vérificateur général adjoint

France Bêty

Directrice d'audit

Jean-François Bélanger

Nicolas Pellerin

Lucie Proulx

Fabienne Richer

Sébastien Tessier

SIGLES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
MDA	Maison des aînés
MFQ	Ministère des Finances du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RPA	Résidence privée pour aînés
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	7
Le MSSS n'a pas réalisé de façon régulière et complète des projections de la demande d'hébergement de longue durée pour les aînés.	14
Le MSSS n'a pas défini comment il réorganiserait et financerait les soins de longue durée aux aînés en grande perte d'autonomie dans le contexte du virage vers le soutien à domicile.	18
L'offre de soins de longue durée actuelle et planifiée ne permet pas d'atteindre le niveau de services requis pour tous les aînés en grande perte d'autonomie.	22
Recommandations.	30
Commentaires de l'entité auditée.	31
Renseignements additionnels.	33

Voyez aussi les observations de la commissaire au développement durable sur le sujet.

MISE EN CONTEXTE

1 La façon de fournir les soins de longue durée aux aînés varie selon le niveau d'autonomie de ces derniers. Ces soins peuvent être délivrés soit à domicile, soit en hébergement de longue durée. Une volonté gouvernementale de réorganiser l'offre de soins de longue durée a été annoncée au début des années 2000. Elle consistait en un plafonnement de l'offre d'hébergement de longue durée et en un virage vers le soutien à domicile.

2 En effet, depuis 2003, le MSSS affirme que le soutien à domicile doit toujours être privilégié si c'est ce que l'aîné désire. Il est même indiqué dans sa politique de soutien à domicile de l'époque intitulée *Chez soi : le premier choix* que « [l]es services à domicile ne doivent plus être considérés comme une mesure de substitution, une "solution de rechange" à l'hébergement en établissement ou à l'hospitalisation ». Le MSSS a récemment réitéré sa volonté de poursuivre le virage vers le soutien à domicile, notamment dans sa Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée de 2021 et dans plusieurs communiqués de presse.

3 Les milieux d'hébergement de longue durée pour les aînés financés en majeure partie par l'État sont les suivants : les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, prochainement, les maisons des aînés (MDA). Il arrive aussi que des places publiques d'hébergement de longue durée (RI ou CHSLD) soient achetées dans des résidences privées pour aînés (RPA) par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Tous ces milieux de vie sont destinés à des personnes en perte d'autonomie. Les différents milieux d'hébergement public de longue durée sont présentés ci-après.

Soins de longue durée

Les soins de longue durée comprennent les soins ainsi que les services de soutien et d'assistance continus apportés aux personnes en perte d'autonomie.

Soutien à domicile

Le soutien à domicile comprend les services et mesures mis en place pour soutenir l'autonomie et favoriser le maintien à domicile en tenant compte des besoins des usagers et de ceux de leurs proches.

Perte d'autonomie

La perte d'autonomie peut se définir comme l'incapacité qu'a une personne à satisfaire entièrement ses besoins. Cette incapacité peut être de nature physique, cognitive ou sociale. C'est non seulement la nature des incapacités qui détermine la perte d'autonomie, mais aussi leur intensité, leur durée, leurs répercussions fonctionnelles et les possibilités de les compenser par des ressources adéquates.

RI	Ressource reconnue pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. Elle peut être gérée dans un immeuble ou un local d'habitation par un travailleur autonome ou une entreprise privée, à but lucratif ou non.
RTF	Résidence d'accueil permettant d'héberger des usagers pour leur offrir des conditions de vie qui se rapprochent le plus possible de celles d'un milieu naturel. Elle est gérée par un travailleur autonome dans sa résidence principale.
CHSLD	Milieu de vie substitut qui offre des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.
MDA	Milieu de vie destiné aux aînés répondant à la mission d'un CHSLD et composé de petites unités dont la configuration et l'ameublement respectent un caractère résidentiel.

4 Les CHSLD représentaient environ 80 % de l'offre d'hébergement public de longue durée au 31 mars 2021 et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), 20 %. Il est à noter que ces deux types d'hébergement de longue durée accueillent aussi des adultes de moins de 65 ans en perte d'autonomie.

Pourquoi avons-nous fait cet audit ?

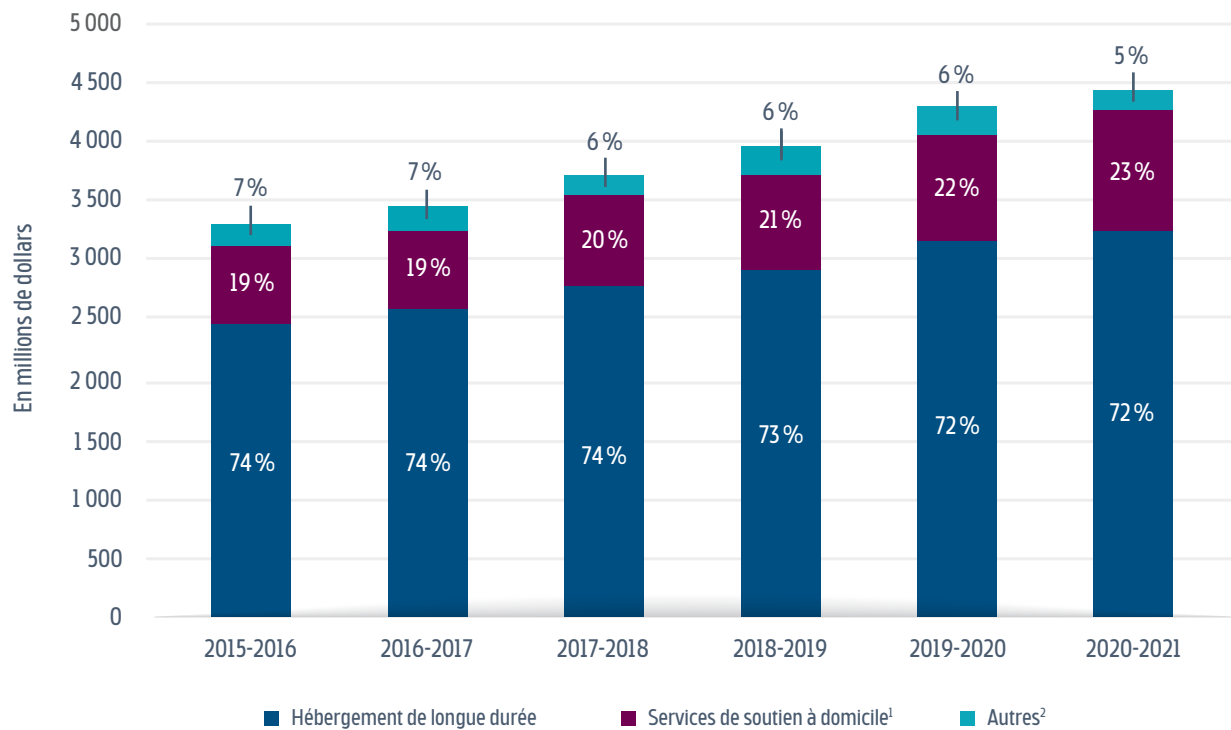
5 En 2020-2021, 4,4 milliards de dollars ont été dépensés pour le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Une description de ce programme est présentée dans la section Renseignements additionnels.

6 Parmi les coûts du réseau de la santé et des services sociaux, ceux du programme SAPA sont les deuxièmes en importance après les coûts du programme Santé physique.

7 La figure 1 montre que, dans le programme SAPA, de 2015-2016 à 2020-2021, les dépenses d'hébergement de longue durée ont été plus élevées que celles liées aux services de soutien à domicile de longue durée. Pour chaque dollar attribué aux services de soutien à domicile de longue durée, 3 dollars l'ont été pour l'hébergement de longue durée en 2020-2021. Cependant, la proportion des dépenses de ce programme consacrées aux services de soutien à domicile est passée de 19 % à 23 % de 2015-2016 à 2020-2021, alors que la part des dépenses d'hébergement est passée de 74 % à 72 %. Cela reflète la volonté du MSSS de développer davantage le soutien à domicile.

Dépenses liées aux services de soutien à domicile de longue durée

Dans d'autres pays (ex. : Norvège, Danemark), les dépenses liées aux services de soutien à domicile de longue durée sont plus importantes qu'au Québec. Au Danemark, la tendance est même inversée : la majorité des dépenses de soins de longue durée est consacrée aux services à domicile.

FIGURE 1 Évolution de la répartition des dépenses pour les soins de longue durée offerts aux personnes en perte d'autonomie par le programme SAPA

1. Les services de soutien à domicile incluent l'allocation directe/chèque emploi-service et les services financés par le MSSS qui peuvent être rendus par le personnel du CISSS ou du CIUSSS, d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile, d'une RPA ou d'un autre fournisseur de services.
2. Les dépenses autres sont principalement des services d'hébergement en centre hospitalier et des services offerts au pourtour du domicile.

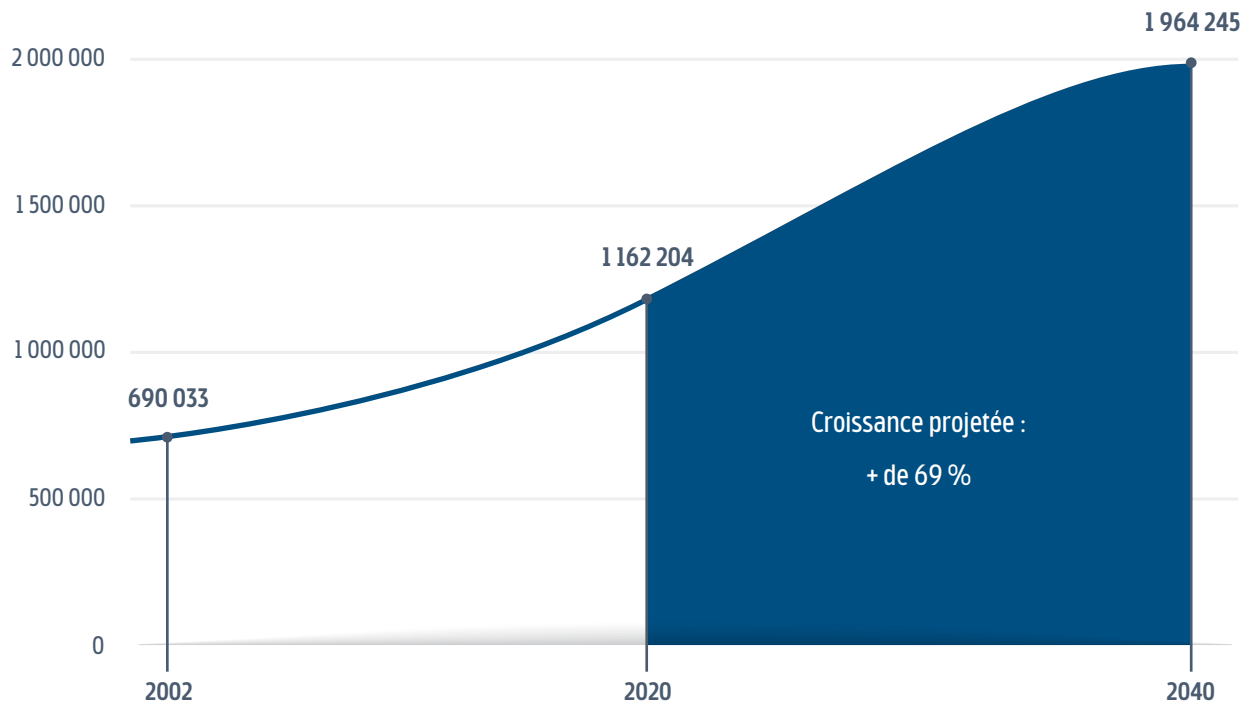
Source : MSSS.

Allocation directe/chèque emploi-service

Modalité de prestation de services permettant à une personne en perte d'autonomie d'engager une ressource qui lui apportera de l'aide à domicile.

8 La demande d'hébergement de longue durée est en hausse depuis plusieurs années. À cela s'ajoute le fait qu'en 20 ans, le nombre d'aînés de 70 ans ou plus devrait avoir augmenté de près de 70 % au Québec, passant d'un peu moins de 1,2 million en 2020 à près de 2 millions en 2040, comme le montre la figure 2. Ainsi, la proportion du nombre d'aînés de 70 ans ou plus par rapport à la population québécoise totale passerait de 13,6 % en 2020 à 20,8 % en 2040.

FIGURE 2 Croissance du nombre d'aînés de 70 ans ou plus au Québec



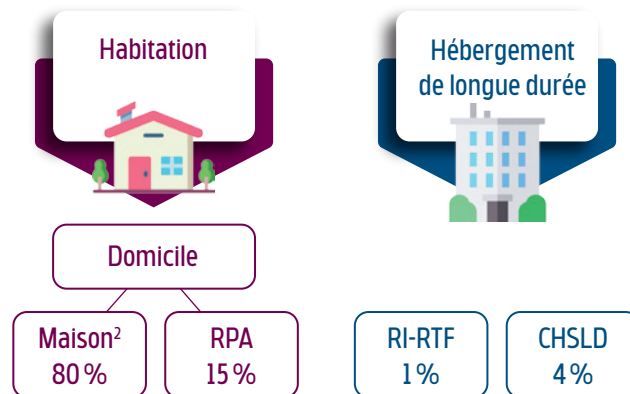
Sources : Institut de la statistique du Québec et MSSS.

9 Cette situation entraînera une pression accrue sur le système de santé en matière d'offre de soins de longue durée pour ces aînés. En outre, les projections démographiques montrent que la proportion de travailleurs sera en baisse, ce qui accentuera le défi du financement des services publics et du recrutement de la main-d'œuvre pour s'occuper des aînés. Cela aura des répercussions sur tous les citoyens québécois, qu'ils soient bénéficiaires potentiels de ces services ou qu'ils contribuent au financement de ceux-ci.

Les soins de longue durée offerts aux aînés en perte d'autonomie

10 La figure 3 présente la répartition des aînés québécois de 75 ans ou plus en 2021 en fonction de leur type de résidence. Les maisons, les appartements en copropriété ou loués et les RPA sont considérés comme des lieux d'habitation. Ils relèvent du marché privé.

FIGURE 3 Types de résidence des aînés de 75 ans ou plus¹ en 2021



1. Les données concernant précisément les aînés de 70 ans ou plus n'étant pas disponibles dans le Registre des RPA, nous présentons ici les données qu'il contient sur les aînés de 75 ans ou plus.
2. Cela inclut les aînés itinérants, bien que ceux-ci représentent une très faible proportion de cette population.

Sources : Institut de la statistique du Québec et MSSS.

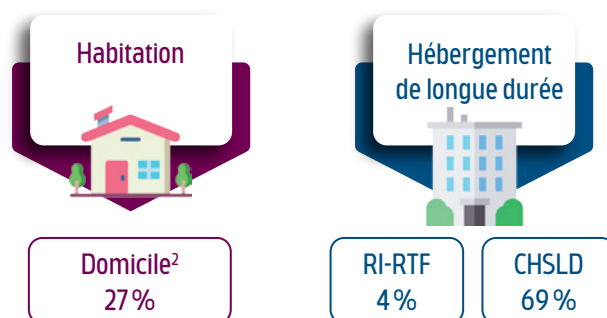
11 Toute personne aînée qui désire bénéficier de services de soutien à domicile de longue durée ou obtenir une place en hébergement de longue durée doit être évaluée par un intervenant habilité qui déterminera notamment son niveau d'autonomie fonctionnelle et lui attribuera un profil ISO-SMAF. Une description du processus d'évaluation ainsi que des profils ISO-SMAF, qui varient de 1 à 14, est présentée dans la section Renseignements additionnels. Une personne en grande perte d'autonomie se voit attribuer un profil ISO-SMAF de 10 à 14, 14 étant le niveau maximal de perte d'autonomie. Cette personne a alors de grands besoins d'aide à la mobilité et des besoins liés à une atteinte mentale très importante.

Profil ISO-SMAF

Au Québec, l'outil standard reconnu par le MSSS depuis 2003 est l'Outil d'évaluation multiclientèle, lequel comprend le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) dont l'application permet de déterminer le profil ISO-SMAF de l'utilisateur.

12 La figure 4 présente les types de résidence des aînés de 75 ans ou plus en grande perte d'autonomie bénéficiaires du programme SAPA au 31 mars 2021. On constate que 73 % d'entre eux vivaient dans des milieux d'hébergement de longue durée.

FIGURE 4 Types de résidence des aînés de 75 ans ou plus¹ en grande perte d'autonomie (profils ISO-SMAF 10 à 14) bénéficiaires du programme SAPA au 31 mars 2021



1. Afin d'assurer une cohérence avec les données de la figure 3, nous présentons également les données concernant les aînés de 75 ans ou plus.

2. Les usagers bénéficiant du programme d'allocation directe/chèque emploi-service ne sont pas inclus.

Source : MSSS.

13 À domicile et en RI-RTF, les aînés peuvent bénéficier de services de soutien à domicile qui comprennent principalement des services professionnels et/ou des services d'aide à domicile. Les services professionnels sont offerts par le CISSS ou le CIUSSS. Étant donné que l'offre de services médicaux à domicile est peu développée, ces services sont surtout offerts par les groupes de médecine de famille. Quant aux services d'aide à domicile, ils peuvent être offerts par exemple par un CISSS ou un CIUSSS, une RPA, une RI-RTF, une entreprise d'économie sociale ou encore un travailleur autonome. En CHSLD, les soins de longue durée sont fournis par le personnel du centre.

Services professionnels

Les services professionnels incluent notamment les soins infirmiers ainsi que les services de nutrition et de physiothérapie.

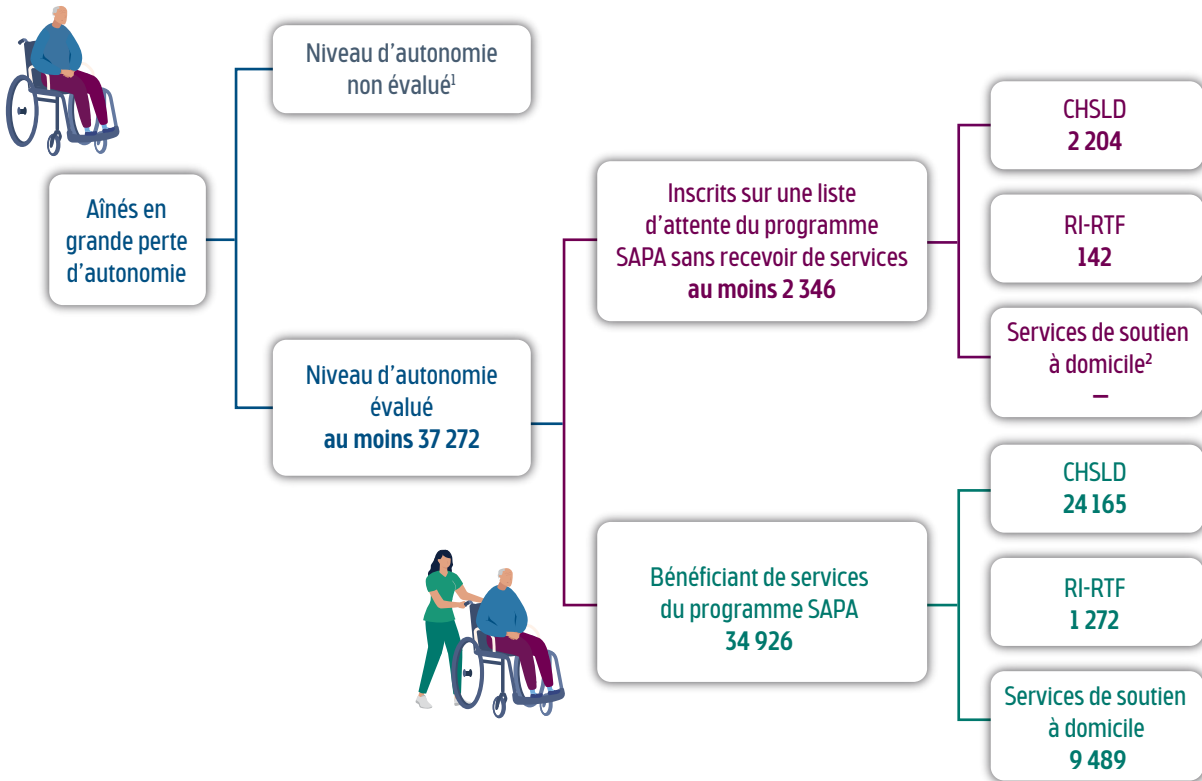
Services d'aide à domicile

Les services d'aide à domicile comprennent surtout l'aide pour les activités de la vie quotidienne (ex. : soins d'hygiène, aide à l'alimentation) ou domestique (ex. : entretien ménager, préparation des repas, lessive).

14 Au 31 mars 2021, plus de 37 000 aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie étaient inscrits au programme SAPA. Parmi eux, plus de 2 300 étaient en attente pour avoir accès à des soins de longue durée, comme le montre la figure 5. Cette estimation du nombre d'aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie est sous-évaluée :

- parce qu'un certain nombre d'entre eux ne bénéficient pas de services du programme SAPA et n'ont donc aucun profil ISO-SMAF attribué (figure 5, note 1);
- parce que les systèmes d'information du MSSS ne lui permettent pas de connaître le nombre d'aînés en grande perte d'autonomie évalués et qui sont en attente de services de soutien à domicile (figure 5, note 2).

FIGURE 5 Répartition des aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie en fonction de l'évaluation de leur niveau d'autonomie et des services obtenus au 31 mars 2021



1. Par exemple, selon le MSSS, 45 % des aînés qui se présentent à l'urgence d'un hôpital et qui ont besoin d'hébergement de longue durée ne sont pas connus des services de soutien à domicile.

2. Le MSSS ne détient pas cette donnée.

Source : MSSS.

Quels sont l'objectif de l'audit et la portée des travaux ?

15 L'objectif de notre audit était de nous assurer que le MSSS planifie l'hébergement public de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie de manière à répondre de façon optimale à l'évolution démographique et aux besoins physiques et psychosociaux des usagers.

16 Le Vérificateur général du Québec a fait le choix d'exclure de ses travaux la qualité des services dans les CHSLD ainsi que la sécurité de leurs résidents, car d'autres organismes de surveillance réalisaient déjà des travaux sur ces thèmes.

17 Nos travaux ont porté essentiellement sur la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2020. Toutefois, certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

18 L'objectif de l'audit, la portée des travaux ainsi que les rôles et responsabilités du MSSS en matière de planification sont présentés en détail dans la section Renseignements additionnels.

Le MSSS n'a pas réalisé de façon régulière et complète des projections de la demande d'hébergement de longue durée pour les aînés.

Qu'avons-nous constaté ?

19 Depuis plus de 20 ans, le MSSS est conscient que la demande d'hébergement de longue durée ne va cesser d'augmenter. Pourtant, pendant près de 15 ans, il n'a pas réalisé de projections de cette demande.

20 À cela s'ajoute le fait que le MSSS n'a pas pris en considération la demande réelle d'hébergement de longue durée dans ses projections de 2005 et de 2019.

En effet, les aînés en grande perte d'autonomie en attente d'une place en hébergement de longue durée ainsi que ceux atteints de troubles neurocognitifs majeurs n'ont pas été inclus dans les projections du MSSS.

Troubles neurocognitifs majeurs (démence)

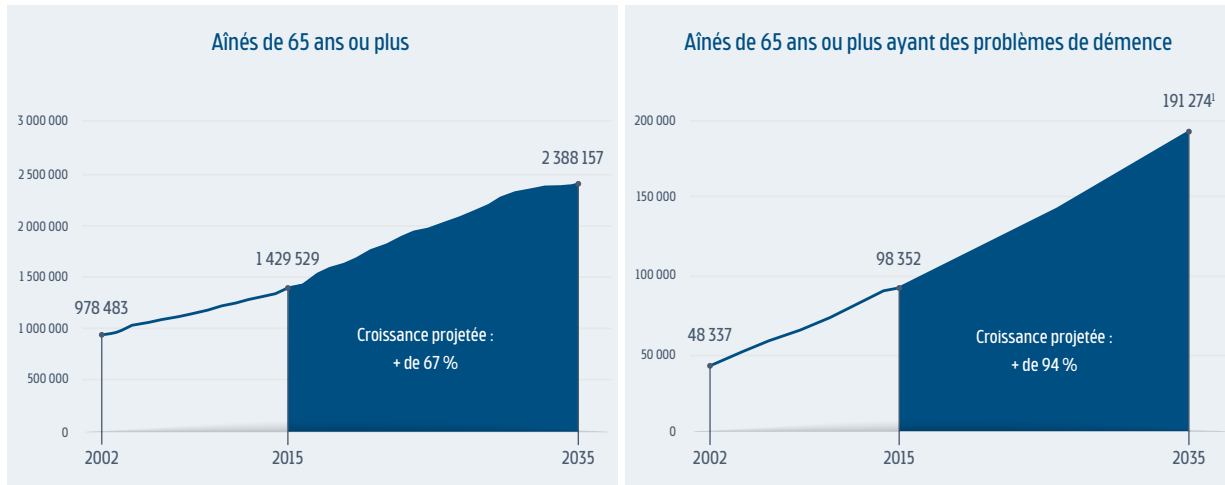
Les troubles neurocognitifs majeurs se caractérisent par un déclin des capacités cognitives (ex. : mémoire, langage, compréhension) et affectent significativement le fonctionnement quotidien de la personne et son autonomie. La maladie d'Alzheimer est le trouble neurocognitif majeur le plus fréquemment diagnostiqué.

Pourquoi ce constat est-il important ?

21 Le MSSS reconnaît explicitement depuis longtemps qu'il y aura une amélioration de l'espérance de vie ainsi qu'une augmentation rapide du nombre d'aînés au Québec, y compris de ceux atteints de troubles neurocognitifs majeurs. Cette tendance crée une constante croissance de la demande de la part d'aînés de plus en plus âgés pour des soins de longue durée, notamment en hébergement de longue durée.

22 La figure 6 présente la croissance du nombre réel et du nombre projeté d'aînés de 65 ans ou plus ainsi que de ceux ayant des problèmes de démence au Québec de 2002 à 2035.

FIGURE 6 Croissance du nombre d'aînés de 65 ans ou plus ainsi que de ceux ayant des problèmes de démence au Québec



1. Cette projection n'est pas disponible jusqu'en 2040.

Sources : Institut de la statistique du Québec, Système canadien de surveillance des maladies chroniques et MSSS.

23 Selon la projection illustrée dans la figure 6, le nombre d'aînés québécois de 65 ans ou plus qui ont des problèmes de démence va presque doubler de 2015 à 2035. Cette croissance soutenue entraînera des défis importants puisque les personnes en perte d'autonomie cognitive représentent la forte majorité des personnes ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14, c'est-à-dire qui sont en grande perte d'autonomie.

24 L'ampleur et la rapidité de la hausse du nombre d'aînés, dont ceux atteints de troubles cognitifs, nécessitent donc qu'une vigie continue soit faite en vue d'évaluer les besoins futurs et de réaliser une bonne planification, où il y aura une adéquation entre l'offre et la demande pour des milieux de vie adaptés, dont l'hébergement de longue durée. Cela éviterait notamment d'utiliser d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux beaucoup plus coûteuses (ex. : hôpitaux) pour pallier le manque de places en CHSLD.

Ce qui appuie notre constat

Aucune évaluation réalisée de la demande future d'hébergement permanent de longue durée pendant près de 15 ans

25 Plusieurs facteurs, dont les suivants, auront des répercussions directes sur la demande d'hébergement de longue durée :

- l'augmentation future et importante du nombre d'aînés de plus en plus âgés ;
- l'accroissement du nombre d'aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs.

26 D'ailleurs, au 31 mars 2021, 93 % des résidents en CHSLD étaient des aînés, dont la plupart étaient atteints de troubles neurocognitifs majeurs.

27 En 2005, le MSSS a effectué des projections sur six ans de la demande d'hébergement permanent de longue durée à partir de données de 2003-2004. Comme le montre le tableau 1, ces projections prévoyaient une augmentation annuelle moyenne de 1 070 aînés de 65 ans ou plus en CHSLD de 2005 à 2010. Puis, le MSSS a amorcé de nouvelles projections en novembre 2018 qu'il a finalisées et présentées en 2019 dans le cadre du projet de construction des MDA. Ces projections ont été calculées à partir de données de 2017-2018 pour une période de dix ans, cette fois pour les aînés de 70 ans ou plus. L'augmentation annuelle moyenne prévue est de 2 026 aînés en CHSLD de 2019 à 2028 ; l'augmentation annuelle moyenne prévue en RI-RTF est de 534 aînés.

Hébergement permanent ou admission transitoire

Certains aînés sont admis de façon transitoire dans un CHSLD ou une RI-RTF en attendant leur admission permanente dans le CHSLD ou la RI-RTF de leur choix.

TABLEAU 1 Nombre réel et projeté d'aînés en hébergement de longue durée au Québec

	Projections présentées en 2005 Aînés de 65 ans ou plus				Projections présentées en 2019 Aînés de 70 ans ou plus			
	Nbre réel en 2003-2004	Nbre additionnel prévu pour 2009-2010	Nbre total prévu pour 2009-2010	Nbre additionnel prévu par année de 2005 à 2010	Nbre réel au 31 mars 2018	Nbre additionnel prévu pour 2028	Nbre total prévu pour 2028	Nbre additionnel prévu par année de 2019 à 2028
CHSLD	38 904	6 420	45 324	1 070	33 460	20 264	53 724	2 026
RI-RTF	-	-	-	-	7 694	5 335	13 029	534
Total	38 904	6 420	45 324	1 070	41 154	25 599	66 753	2 560

Source : MSSS.

Importantes variables manquantes dans les projections établies de la demande d'hébergement permanent de longue durée

28 En 2005 et en 2019, le MSSS a pris en compte l'évolution démographique et le taux d'hébergement de longue durée des aînés afin d'établir ses projections de la demande d'hébergement permanent de longue durée.

29 Par contre, dans les deux cas, les projections du MSSS sont établies sur une trop courte période (tableau 1). Des projections sur un horizon plus lointain permettraient d'avoir une vision plus juste des défis à venir, de trouver des solutions adaptées à l'ampleur de la demande future et de planifier leur déploiement à long terme en collaboration avec les partenaires impliqués.

30 De plus, le MSSS n'a pas inclus certaines variables importantes dans ses calculs, dont le nombre d'aînés en attente d'une place pour un hébergement permanent de longue durée, alors que ceux-ci représentent une partie de la demande réelle, comme le montrent les données présentées dans le constat 3.

31 À cela s'ajoute le fait que les projections de prévalence des troubles neurocognitifs majeurs n'ont pas été prises en compte, alors que cette donnée au sujet des aînés de 65 ans ou plus est disponible au MSSS et que la croissance projetée de cette clientèle (figure 6) est plus importante (plus de 94 %) que celle des aînés en général (plus de 67 %). Étant donné que ces aînés sont susceptibles de requérir davantage de soins, cette variable aurait dû être considérée. Nous avons également constaté que le MSSS n'a pas ces projections de prévalence des troubles neurocognitifs majeurs par groupes d'âge (ex. : aînés de 70, 75 ou 85 ans ou plus).

Taux d'hébergement de longue durée

Le taux d'hébergement de longue durée correspond au nombre de places d'hébergement permanent en CHSLD et en RI-RTF pour 100 personnes d'un groupe d'âge donné (ex. : 65 ans ou plus).

CONSTAT 2

Le MSSS n'a pas défini comment il réorganiserait et financerait les soins de longue durée aux aînés en grande perte d'autonomie dans le contexte du virage vers le soutien à domicile.

Qu'avons-nous constaté ?

32 La stratégie du MSSS pour faire face à l'augmentation prévisible du nombre d'aînés en grande perte d'autonomie consiste à limiter l'ajout de places publiques en hébergement de longue durée et à accentuer le virage vers le soutien à domicile.

33 Or, le MSSS n'a pas défini précisément les changements à apporter au modèle d'offre de services actuel ni établi le modèle de financement du virage vers le soutien à domicile.

Pourquoi ce constat est-il important ?

34 La pression accrue exercée sur le système de santé et sur les besoins en matière d'hébergement de longue durée en raison de l'augmentation du nombre d'aînés a un effet sur tous les citoyens québécois, qu'ils soient bénéficiaires de services, personnes proches aidantes ou contribuables, tant sur le plan de la contribution financière que sur celui des services rendus aux aînés.

35 Dans un contexte de besoins non comblés et de ressources limitées, il est nécessaire de trouver des solutions innovantes et de s'assurer d'optimiser l'allocation des ressources pour offrir les services. À cet égard, l'évaluation des coûts, des avantages et des défis de chaque option, ainsi que de leur modèle de financement, permet de planifier l'évolution de l'offre de soins de longue durée en favorisant l'équilibre entre :

- des solutions bien adaptées aux besoins des différentes clientèles (selon leur évaluation clinique);
- une amélioration des services existants ;
- une saine gestion des finances publiques.

Personne proche aidante

Une personne proche aidante est une personne qui apporte un soutien continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle a un lien affectif.

Ce qui appuie notre constat

36 Au Québec, les soins de longue durée peuvent être fournis aux aînés en grande perte d'autonomie dans les milieux de vie suivants :

- les CHSLD et les MDA (prioritairement pour les profils ISO-SMAF 10 à 14) ;
- les RI-RTF (notamment pour les profils ISO-SMAF 10 à 12) ;
- le domicile (notamment pour les profils ISO-SMAF 10 à 14).

37 En raison des orientations du MSSS et de son choix de limiter à l'avenir l'ajout de places publiques en hébergement de longue durée (CHSLD, RI-RTF et MDA), l'augmentation future des besoins en soins de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie sera en majeure partie comblée par le soutien à domicile.

38 Le MSSS a récemment confié un mandat à la Commissaire à la santé et au bien-être pour examiner le soutien à domicile au Québec, plus spécifiquement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie. Selon le communiqué de presse du 25 mars 2022, les travaux porteront entre autres sur l'analyse du modèle d'offre de soutien à domicile, sur le rôle des partenaires communautaires et privés ainsi que sur le financement.

Manque de précision quant à l'évolution du modèle d'offre de services aux aînés en grande perte d'autonomie

39 L'ajustement du modèle d'offre de services en collaboration avec les partenaires est essentiel pour s'adapter et répondre à l'évolution des besoins et des caractéristiques de la population.

40 Le MSSS n'a pas de description précise de l'évolution prévue du modèle d'offre de services aux aînés en grande perte d'autonomie dans un contexte d'accentuation du virage vers le soutien à domicile ni de plan d'action qui permettrait de concrétiser sa mise en œuvre. Une telle description devrait notamment prendre en considération les changements à apporter dans les domaines suivants :

- les solutions innovantes à mettre en place pour améliorer les soins de longue durée fournis aux aînés en grande perte d'autonomie, ce qui inclut un plus grand recours aux technologies ;
- les solutions à mettre en place visant à pallier la pénurie de main-d'œuvre ;
- les rôles respectifs du MSSS, des CISSS ou des CIUSSS, des partenaires de l'hébergement de longue durée ainsi que des partenaires communautaires et privés du soutien à domicile ;
- les types de services qui seront offerts à domicile aux aînés en grande perte d'autonomie ;
- le niveau de services offert en fonction du niveau d'autonomie (ex. : nombre d'heures de services, nombre d'heures présence, nombre et type d'intervenants à domicile, fréquence des visites requises par jour et par semaine, équipements médicaux fournis à domicile).

41 En ce qui concerne le niveau de services, nous avons constaté que le MSSS ne donne pas de balises sur les services spécifiques à offrir aux aînés en grande perte d'autonomie en raison de leurs caractéristiques particulières (ex. : aîné ayant des incapacités cognitives/intellectuelles ou physiques, aîné vivant seul ou avec une personne proche aidante). Or, cela lui permettrait d'harmoniser l'offre de services sur l'ensemble du territoire et d'évaluer la bonne gestion des sommes allouées aux CISSS et aux CIUSSS.

42 Par ailleurs, le MSSS n'a pas consulté ses principaux partenaires (entreprises privées et organismes à but non lucratif) en vue de réfléchir à la réorganisation de l'offre future de soins de longue durée sur le territoire québécois pour les aînés en grande perte d'autonomie. D'une part, l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec et les associations représentant les CHSLD privés n'ont pas été rencontrées à ce sujet. D'autre part, en ce qui a trait au soutien à domicile, nous n'avons pas obtenu de la part du MSSS de la documentation nous démontrant que le Regroupement québécois des résidences pour aînés et le Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile ont été approchés pour étudier d'autres solutions en vue de fournir, dans le futur, des soins de longue durée à domicile aux aînés en grande perte d'autonomie. De telles consultations auraient eu pour avantages de susciter la discussion, de déterminer la participation respective des parties prenantes dans l'offre de soins de longue durée (État, organismes à but non lucratif, organismes du secteur privé, dont les RPA et les CHSLD, et personnes proches aidantes) et de produire un plan d'action concerté. Cette réflexion est nécessaire notamment parce que les défis liés à la pénurie de main-d'œuvre actuelle et prévisible requièrent une coordination et une cohérence des actions de tous ces partenaires.

Coûts inconnus du maintien à domicile d'un aîné en grande perte d'autonomie

43 Le MSSS ne connaît pas les coûts associés au maintien à domicile d'un aîné en grande perte d'autonomie en fonction de sa situation personnelle et du modèle d'organisation des services souhaité. Par conséquent, il n'est pas en mesure de comparer ces coûts avec ceux des différents milieux d'hébergement de longue durée.

44 Le tableau 2 présente les coûts annuels moyens de fonctionnement estimés des différents milieux d'hébergement de longue durée en 2020-2021. Par ailleurs, en ce qui a trait au coût annuel total moyen futur de fonctionnement d'un équivalent-lit en MDA, le MSSS l'évalue à environ 150 000 dollars.

Construction des MDA et des maisons alternatives

À court terme, le MSSS prévoit la construction de MDA et de maisons alternatives, dont les coûts totaux estimés sont passés de 2,27 milliards de dollars en 2019 à 2,44 milliards de dollars en 2021, y compris 100 millions de dollars pour prévenir et contrôler les infections dans ces milieux de vie. Ces investissements visent notamment l'ajout ou le remplacement de 2 611 places d'hébergement de longue durée pour les aînés.

Maisons alternatives

Les 869 places prévues en maisons alternatives sont destinées aux adultes de moins de 65 ans vivant une situation de handicap en raison d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle, d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble mental. Ces adultes vivront dans des aires ou des lieux distincts de ceux des aînés, ce qui constitue une différence avec le mode de fonctionnement actuel dans certains CHSLD.

TABLEAU 2 Coûts annuels moyens de fonctionnement estimés de chaque milieu d'hébergement de longue durée en 2020-2021¹ (en dollars)

Type d'hébergement de longue durée	Coût annuel net moyen par équivalent-lit ²	Contribution annuelle moyenne par usager par équivalent-lit	Coût annuel total moyen par équivalent-lit ³
RTF	16 382 ⁴	11 172	27 554
RI	33 470 ⁴	13 013	46 483
CHSLD public	98 309	19 710	118 019
CHSLD privé conventionné	87 047	17 487	104 534
CHSLD privé non conventionné	71 016	19 139	90 155

1. Le MSSS précise que les dépenses liées à la pandémie de COVID-19 ont été exclues de ces calculs.
2. Ces coûts comprennent tous les frais de gestion et de soutien.
3. Il s'agit de coûts moyens réels de fonctionnement des RTF, des RI, des CHSLD publics et des CHSLD privés conventionnés. En ce qui concerne les CHSLD privés non conventionnés, les coûts présentés sont des coûts moyens plafonds (soit le montant maximal financé par les CISSS et les CIUSSS).
4. Les services professionnels sont fournis par les CISSS ou les CIUSSS et ne sont pas comptabilisés dans les coûts de fonctionnement des RI-RTF.

Source : MSSS.

45 Puisque les services professionnels fournis dans les RI-RTF sont offerts par des intervenants du soutien à domicile, les coûts de fonctionnement de ces milieux d'hébergement mentionnés dans le tableau 2 sont moins élevés.

46 Quant aux coûts annuels des services de soutien à domicile par aîné ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14, le MSSS n'a pas été en mesure de nous transmettre l'information à ce sujet. Il nous a par contre confirmé la pertinence toujours actuelle de l'élément suivant de la Politique de soutien à domicile de 2003 : « [...] de façon générale, les services à domicile seront offerts jusqu'à la hauteur de ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public. » On peut donc en conclure que l'État aurait été prêt à payer en 2020-2021 jusqu'à 98 309 dollars par année pour un aîné en grande perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile, puisque c'est ce qu'il en coûtait alors pour une place en CHSLD public. Mais le MSSS n'est pas en mesure d'indiquer quel niveau de services serait offert pour cette somme.

Absence de réflexion sur le financement des soins de longue durée

47 Des études soulignent que l'augmentation majeure des coûts liés aux soins de longue durée au cours des prochaines années exige qu'une réflexion soit menée sur le financement de ces soins. Celle-ci permettrait d'analyser les sources de financement possibles telles que la contribution de l'État, celle des usagers et les mesures fiscales à mettre en place ou à améliorer.

48 Jusqu'à ce jour, il n'y a pas d'orientation ministérielle quant à la contribution financière future exigée des usagers pour leur permettre de rester à domicile.

49 Par ailleurs, le MSSS n'a pas évalué l'efficacité des mesures fiscales destinées aux usagers des services de soutien à domicile, notamment aux aînés à faible revenu, ni déterminé si elles sont suffisantes pour permettre à ces personnes de rester à domicile. Or, l'hébergement en CHSLD s'est souvent imposé à plusieurs d'entre eux comme une obligation, faute de moyens financiers ou de services offerts pour rester à domicile.

CONSTAT 3

L'offre de soins de longue durée actuelle et planifiée ne permet pas d'atteindre le niveau de services requis pour tous les aînés en grande perte d'autonomie.

Qu'avons-nous constaté ?

50 Actuellement, l'offre ne suffit pas pour répondre à la demande de soins de longue durée des aînés en grande perte d'autonomie, et l'on sait que celle-ci continuera de croître. En outre, les projections financières effectuées par le MSSS sous-évaluent les coûts anticipés. Si le MSSS décidait de financer les soins de longue durée sur cette base, les aînés en grande perte d'autonomie ne pourraient pas tous bénéficier du niveau de services requis tant en soutien à domicile qu'en hébergement de longue durée.

51 Deux défis se présentent donc à la société québécoise : d'une part, un rattrapage est nécessaire pour répondre à la demande actuelle et, d'autre part, des solutions devront être apportées pour combler les besoins futurs en matière de soins de longue durée découlant des changements démographiques.

Pourquoi ce constat est-il important ?

52 Le rattrapage pour combler la demande actuelle ainsi que l'augmentation future du nombre d'aînés en grande perte d'autonomie auront des effets importants sur le système de santé. Parmi les facteurs à considérer dans la gestion des changements à venir, deux sont incontournables :

- l'ampleur et la durée du changement puisque le nombre d'aînés devrait continuer d'augmenter de façon importante au cours des 20 prochaines années ;
- la complexité du changement puisqu'une période de transition de plusieurs années peut être nécessaire pour apporter des modifications substantielles dans l'offre de soins de longue durée fournie aux aînés en grande perte d'autonomie. On fait référence ici au virage vers le soutien à domicile et aux délais à prévoir pour la (re)construction de CHSLD et de MDA.

53 Dans un contexte de ressources humaines et financières limitées, une planification à long terme est essentielle afin que le MSSS puisse mettre en place les actions nécessaires pour assurer une réponse adéquate aux besoins des citoyens.

Ce qui appuie notre constat

54 De 2015-2016 à 2020-2021, le budget de dépenses de programmes de la santé et des services sociaux a augmenté en moyenne de 5,6 % par année, alors que l'augmentation du budget du programme SAPA a été en moyenne de 12,6 % chaque année (mis à part les dépenses non récurrentes liées à la pandémie de COVID-19). Malgré cette hausse, l'offre ne suffit pas pour répondre à la demande de soins de longue durée des aînés en grande perte d'autonomie.

Problèmes récurrents d'accès à l'hébergement de longue durée

55 De 2005 à 2019, le MSSS a fait le choix de ne pas augmenter le nombre de places en CHSLD. En réalité, ce nombre a diminué d'environ 15 %.

56 En outre, les aînés en grande perte d'autonomie rencontrent depuis de nombreuses années des problèmes récurrents d'accès à l'hébergement de longue durée.

57 La figure 7 montre qu'au cours des dernières années, un nombre important d'aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie étaient en attente d'une place permanente en hébergement de longue durée, la majorité pour aller en CHSLD. Les données présentées n'incluent pas les aînés dont le niveau d'autonomie n'a pas été évalué (figure 5).

FIGURE 7 Nombre d'aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie en attente d'une place permanente¹ en hébergement de longue durée au Québec au 31 mars²



1. Les admissions transitoires sont exclues.

2. Nous avons décidé de ne pas présenter les données au 31 mars 2021 en raison du contexte de la pandémie de COVID-19, qui rendait les comparaisons difficiles.

Source : MSSS.

58 Parmi ces aînés en attente d'une place d'hébergement de longue durée, certains occupent un lit de courte durée à l'hôpital dans l'attente de leur transfert vers l'endroit où ils recevront les soins appropriés à leur situation (ex. : CHSLD ou RI-RTF). Le statut de niveau de soins alternatifs leur est attribué, car leur état de santé ne requiert plus les services offerts par l'hôpital, mais ne permet pas un retour sécuritaire à domicile. Considérant que le coût net moyen quotidien d'hospitalisation d'un aîné qui requiert un niveau de soins alternatifs en 2021 est de 446 dollars selon le MSSS (soit approximativement 163 000 dollars par année), cela coûte environ 65 % plus cher que l'hébergement en CHSLD.

59 Quant aux délais d'attente, le tableau 3 montre que, parmi les aînés en grande perte d'autonomie en attente d'une place permanente en hébergement de longue durée au 31 mars 2020, 48 % attendaient depuis plus de 6 mois (1 131 aînés sur le total de 2 352).

TABLEAU 3 Nombre d'aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie en fonction des délais d'attente en cours au 31 mars pour une place permanente¹ en hébergement de longue durée² au Québec³

Attente	Au 31 mars					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
De 0 à 30 jours	277	266	315	299	313	365
De 31 à 90 jours	373	422	380	321	417	477
De 91 à 180 jours	326	420	339	310	312	379
De 181 à 365 jours	496	477	442	323	395	569
De 1 à 2 ans	490	452	403	328	291	381
Plus de 2 ans	249	285	217	211	142	181
Total	2 211	2 322	2 096	1 792	1 870	2 352

1. Les admissions transitoires sont exclues.

2. Il s'agit d'un hébergement en CHSLD ou en RI-RTF.

3. Nous avons décidé de ne pas présenter les données au 31 mars 2021 en raison du contexte de la pandémie de COVID-19, qui rendait les comparaisons difficiles.

Source : MSSS.

Intensité de services actuellement insuffisante

60 En nous basant sur les données obtenues du MSSS, nous avons estimé que le nombre d'heures d'intervention en services de soutien à domicile et en CHSLD est très nettement inférieur au nombre moyen d'heures de services requises établi à 1 962 par année pour les aînés en grande perte d'autonomie. Le nombre d'heures de services requises par profils ISO-SMAF pour les soins infirmiers et l'aide à domicile est présenté en détail dans la section Renseignements additionnels.

Nombre d'heures de services requises

Le nombre d'heures de services requises correspond à une moyenne d'heures de services dont une personne a besoin en fonction de son profil ISO-SMAF.

61 Ce nombre d'heures de services requises a été établi en 2006, et le MSSS nous a confirmé que cette balise prévaut toujours. Ce dernier devrait maintenant s'assurer que cette balise correspond encore aux besoins réels des usagers à domicile ou en CHSLD.

Intensité de services en soutien à domicile

62 La Politique de soutien à domicile a été adoptée en 2003 avec la volonté de maintenir à domicile tous les usagers qui le souhaitent, y compris les aînés. Cette orientation a été réitérée en 2021 dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée. À cela s'ajoute le fait qu'en 2020, le MSSS a fait le choix de maintenir à domicile la majorité des aînés en grande perte d'autonomie supplémentaires (plus de 20 264 d'ici 2028, selon ses projections).

63 Les enveloppes budgétaires pour le soutien à domicile sont protégées depuis l'adoption du budget du gouvernement du Québec de 2019-2020. Cela signifie qu'avant cela, un CISSS ou un CIUSSS pouvait décider d'utiliser à d'autres fins (ex. : services dans un hôpital) le budget d'abord alloué au soutien à domicile.

64 Le tableau 4 montre que le nombre d'heures de services rendus à domicile par le personnel infirmier et le personnel d'aide à domicile auprès d'un aîné en grande perte d'autonomie est très nettement inférieur au nombre d'heures de services requises.

Services rendus à domicile

Les services rendus à domicile sont des services rendus directement dans le milieu de vie de la personne en perte d'autonomie (ex. : domicile, RPA). Cette dernière n'a pas besoin de se déplacer pour bénéficier des services.

TABLEAU 4 Comparaison du nombre moyen d'heures de services requises et consacrées par année aux services de soutien à domicile au Québec offerts à un aîné de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie

Année financière	Heures requises	Heures travaillées		
		Heures travaillées au total	Heures d'intervention directe	Heures non consacrées à l'intervention directe
2015-2016	1 962	325	151	174 (54 %)
2016-2017		335	157	178 (53 %)
2017-2018		407	189	218 (54 %)
2018-2019		506	225	281 (56 %)
2019-2020		598	265	333 (56 %)
2020-2021		692	288	404 (58 %)

65 Cette insuffisance de services subsiste malgré le fait que le nombre total d'heures de soins infirmiers et d'aide à domicile pour les aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie est passé de 1 311 680 à 3 140 598 heures de 2015-2016 à 2020-2021 (une augmentation de plus de 139 % en six ans). Au cours de la même période, le nombre d'aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie ayant reçu des soins infirmiers et de l'aide à domicile est passé de 12 508 à 15 212 (une augmentation de plus de 21 % en six ans) [tableau 5].

66 On constate également que les intervenants à domicile consacrent davantage d'heures à des activités autres que des interventions directes auprès des aînés, comme se rendre d'un domicile à un autre, remplir des documents administratifs ou assurer la coordination des services.

67 Pour évaluer l'intensité de services de soutien à domicile, nous avons également analysé les besoins de chacun des usagers de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie pour voir s'ils étaient comblés par les soins infirmiers à domicile et l'aide à domicile (tableau 5). Seuls 8 % des aînés ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 avaient plus de 50 % de leurs besoins comblés à domicile par ces services en 2020-2021. Chez 59 % de ces aînés en grande perte d'autonomie, moins de 5 % de leurs besoins étaient comblés en matière d'aide à domicile et de soins infirmiers reçus à domicile durant la même année. Cela a pour effet que les aînés qui reçoivent un faible niveau de services doivent pallier ce manque soit en recourant à des personnes proches aidantes, soit en payant pour obtenir les services d'une entreprise privée (ex. : services privés offerts dans une RPA). Par contre, tous les aînés n'ont pas nécessairement accès à l'une ou l'autre de ces options.

TABLEAU 5 Besoins des aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie comblés par les services publics¹ de soutien à domicile au Québec

Pourcentage des besoins comblés	Aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie recevant des soins infirmiers à domicile et de l'aide à domicile											
	2015-2016		2016-2017		2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021	
De 0 à 5 %	9 001	(72 %)	9 352	(70 %)	9 585	(66 %)	9 115	(63 %)	8 851	(60 %)	8 960	(59 %)
De 6 à 10 %	1 085	(9 %)	1 232	(9 %)	1 352	(10 %)	1 373	(10 %)	1 384	(9 %)	1 359	(9 %)
De 11 à 20 %	1 016	(8 %)	1 147	(8 %)	1 350	(9 %)	1 461	(10 %)	1 538	(10 %)	1 614	(10 %)
De 21 à 50 %	988	(8 %)	1 157	(9 %)	1 445	(10 %)	1 659	(11 %)	1 915	(13 %)	2 088	(14 %)
Plus de 50 %	418	(3 %)	496	(4 %)	755	(5 %)	892	(6 %)	1 127	(8 %)	1 191	(8 %)
Total	12 508	(100 %)	13 384	(100 %)	14 487	(100 %)	14 500	(100 %)	14 815	(100 %)	15 212	(100 %)

1. Ces estimations incluent les interventions directes effectuées par les CISSS ou les CIUSSS et les entreprises d'économie sociale en aide à domicile, mais non celles effectuées par la communauté ou des proches ni celles financées par l'allocation directe/chèque emploi-service ou par l'aîné lui-même.

68 Il est à noter que ce taux de besoins comblés est probablement sous-estimé puisqu'au 31 mars 2021, 36 % des usagers recevant des services de soutien à domicile du programme SAPA n'avaient pas obtenu de mise à jour de leur profil ISO-SMAF.

Intensité de services en CHSLD

69 Rappelons que le nombre moyen d'heures de services requises pour un usager en CHSLD est de 1 962 heures par année. Comme le montre le tableau 6, le nombre d'heures travaillées par le personnel infirmier et les préposés aux bénéficiaires auprès d'un usager en CHSLD est inférieur à cette balise. Ce déficit est d'autant plus élevé que les heures travaillées ne sont pas toutes des heures d'intervention directe.

TABLEAU 6 Comparaison du nombre d'heures de services requises et travaillées en CHSLD¹ auprès d'un usager en grande perte d'autonomie au Québec²

Année financière	Nombre moyen d'heures de services requises par année	Nombre moyen d'heures travaillées par année en CHSLD
2015-2016		1 157
2016-2017		1 174
2017-2018	1 962	1 233
2018-2019		1 247
2019-2020		1 249

1. Il s'agit des CHSLD publics et privés conventionnés.

2. Nous avons décidé de ne pas présenter les données de 2020-2021 en raison du contexte de la pandémie de COVID-19, qui rendait les comparaisons difficiles.

Accessibilité et intensité des services planifiés insuffisantes pour une accentuation du soutien à domicile d'ici 2028

70 Nous avons voulu vérifier si le MSSS s'était doté de plans d'action et de prévisions de sommes supplémentaires à investir afin d'offrir des soins de longue durée suffisants pour répondre à la demande croissante des aînés en grande perte d'autonomie.

71 Dans un premier temps, nous avons analysé un document de planification ministérielle produit en 2020 et approuvé par la haute direction du MSSS. Ce document décrit quatre scénarios de prestations de services qui avaient d'abord pour objectif d'évaluer de façon sommaire les coûts supplémentaires pour répondre à la croissance projetée par le MSSS du nombre d'usagers de 70 ans ou plus d'ici 2028-2029. Chaque scénario présentait une pondération différente de la répartition de ces aînés supplémentaires entre les milieux de vie offerts (domicile, RI-RTF, CHSLD). Ces scénarios visaient aussi à examiner si le soutien à domicile était une solution plus économique que la prestation de services en hébergement de longue durée.

72 Notre analyse de ces scénarios nous a permis d'observer que les coûts supplémentaires estimés :

- ne prévoient aucun rattrapage visant à réduire le déficit de services actuel en soutien à domicile ;
- ne permettent pas de répondre aux besoins de tous les 25 599 aînés de 70 ans ou plus supplémentaires que prévoit le MSSS d'ici 2028-2029 et qui auront besoin de soins de longue durée comparables à ceux offerts en hébergement de longue durée (constat 1), d'autant plus que ces prévisions de la demande sont incomplètes. En effet, les différents scénarios prévoient fournir davantage de soins de longue durée à une seule partie de cette clientèle (de 47 à 68 % de ces aînés selon les scénarios) ;
- sont basés, selon le scénario privilégié par le MSSS, sur une offre de 625 heures d'intervention directe à domicile par année aux aînés en ayant le plus besoin, ce qui représente moins du tiers du nombre d'heures de services requises pour un aîné en grande perte d'autonomie.

73 Dans un deuxième temps, nous avons analysé le document de 2020 intitulé « Horizon 2025 – Vivre au sein d'une communauté bienveillante ». Celui-ci visait à bonifier et à accélérer la mise en œuvre de mesures d'ici 2025 pour améliorer la qualité de vie de tous les aînés, tant en matière de vieillissement actif, de soutien à domicile et d'hébergement de longue durée qu'en matière de services pour les personnes proches aidantes. Cependant, les budgets estimés dans ce document concernent une clientèle plus large que celle des aînés (ex. : adultes ayant une déficience physique ou intellectuelle). De plus, le MSSS n'a pas été en mesure de nous fournir de précisions quant à la répartition de ces budgets estimés pour le soutien à domicile en ce qui a trait aux clientèles visées, à la nature des services offerts et à leur quantité. Par conséquent, il nous est impossible d'évaluer le caractère raisonnable et suffisant de ces prévisions budgétaires. En outre, nous n'avons pas réussi à concilier les données présentées dans ce document avec les mesures budgétaires annoncées par le ministère des Finances du Québec (MFQ) et mentionnées ci-après.

74 Dans un troisième temps, nous avons pris connaissance des mesures fiscales et d'aide financière annoncées par le MFQ dans les plans budgétaires 2021-2022 et 2022-2023 pour le soutien à domicile des aînés. Une description de ces mesures est présentée dans la section Renseignements additionnels. Elles totalisent près de 1,7 milliard de dollars supplémentaires répartis sur 5 ans de 2021-2022 à 2025-2026, mais elles ne concernent pas uniquement les aînés en grande perte d'autonomie. Elles incluent :

- une mesure d'aide financière de 1,285 milliard de dollars pour intensifier les services publics de soutien à domicile pour toutes les clientèles (et pas seulement pour les aînés) ;
- une mesure fiscale de 394 millions de dollars pour bonifier le crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés.

75 Il est à noter que d'autres mesures peuvent contribuer de façon indirecte au soutien à domicile des aînés : le crédit d'impôt pour le soutien aux aînés, les mesures en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes proches aidantes ainsi que les mesures financières ponctuelles pour assurer la pérennité des services offerts en RPA. Étant donné qu'il ne s'agit pas d'un ajout d'heures d'intervention directe auprès des aînés, nous n'avons pas tenu compte dans notre analyse de la somme supplémentaire de près de 1,4 milliard de dollars sur 5 ans que le MFQ a annoncée en 2021 et en 2022 pour ces mesures.

Vieillessement actif

L'approche du vieillissement actif repose sur la participation sociale des aînés, dans le respect de leurs choix et de leur diversité, sur leur vieillissement en santé ainsi que sur l'instauration d'environnements sains, sécuritaires et accueillants où ils peuvent poursuivre leur parcours de vie et recevoir les services et les soins dont ils peuvent avoir besoin.

Crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés

Le crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés est une mesure fiscale gérée conjointement par le MSSS et le MFQ.

76 En complément des analyses précédentes, nous avons réalisé un exercice, présenté au tableau 7, afin de déterminer un ordre de grandeur des sommes annuelles nécessaires pour couvrir les besoins des 20 264 aînés en grande perte d'autonomie supplémentaires que prévoit le MSSS en 2028 (constat 1). Rappelons que le MSSS a décidé d'offrir à l'avenir les soins de longue durée à domicile à la majorité des aînés supplémentaires en perte d'autonomie. Le MSSS ayant indiqué dans sa Politique de soutien à domicile que «[...] de façon générale, les services à domicile seront offerts jusqu'à la hauteur de ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public», nous avons établi le calcul en tenant compte du coût d'une place en CHSLD public.

TABLEAU 7 Estimation du coût total annuel supplémentaire pour couvrir les besoins des aînés en grande perte d'autonomie

Nombre supplémentaire d'aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie projeté pour 2028 ¹	Coût annuel net moyen par équivalent-lit en 2020-2021 ¹ (\$)	Coût total annuel supplémentaire estimé (\$)
20 264 ²	98 309	1 992 133 576

1. Cette information provient du MSSS.

2. Nous n'avons pas pu exclure les aînés hébergés en MDA, car le MSSS ne connaît pas le nombre de nouvelles places en MDA leur étant destinées.

77 L'estimation présentée au tableau 7 est très prudente puisque :

- le nombre projeté de 20 264 aînés de 70 ans ou plus en grande perte d'autonomie est probablement sous-estimé (constat 1);
- le coût unitaire utilisé ne tient pas compte des coûts plus élevés dans les MDA (143 822 dollars selon le MSSS) qui hébergeront une partie de ces aînés ;
- les coûts d'hébergement des 5 335 aînés supplémentaires prévus par le MSSS en 2028 en RI-RTF (constat 1 en ce qui concerne le nombre d'aînés supplémentaires et constat 2 en ce qui concerne les coûts dans ces milieux d'hébergement) n'ont pas été intégrés dans ce calcul.

78 En ce qui a trait au financement, les mesures additionnelles directes annoncées par le MFQ pour le soutien à domicile des aînés totalisent en moyenne 340 millions de dollars par année, soit près de 1,7 milliard de dollars sur 5 ans.

79 Nos analyses nous portent donc à croire que, si aucun changement n'est apporté, les aînés en grande perte d'autonomie n'auront pas tous accès à des soins de longue durée publics d'ici 2028 ni à une intensité de services suffisante. Cela est vrai tant en hébergement de longue durée qu'en soutien à domicile.

80 Pour cette raison et dans un contexte de ressources financières limitées du gouvernement ainsi que de recrutement et de rétention difficiles de la main-d'œuvre, il est important que le MSSS définisse et mette en place des solutions innovantes en collaboration avec ses partenaires pour offrir des niveaux de services suffisants aux aînés en grande perte d'autonomie. De plus, il devrait être transparent et informer la population de ce qui sera réellement offert et financé par les fonds publics.

RECOMMANDATIONS

81 Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux. Celles-ci sont présentées ci-dessous.

- 1** Établir un portrait juste de la demande future des aînés en grande perte d'autonomie pour des soins de longue durée en tenant compte de l'évolution démographique ainsi que de l'état de santé de ces aînés et en assurer régulièrement la mise à jour.
- 2** Adapter le modèle d'offre et de financement des soins de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie dans le contexte du virage vers le soutien à domicile.
- 3** Élaborer, de concert avec ses partenaires, un plan d'action soutenant les changements prévus à l'offre de services et au financement des soins de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie.
- 4** Établir des prévisions à long terme des niveaux de services offerts aux aînés en grande perte d'autonomie et, sur cette base, estimer les coûts de l'offre de soins de longue durée.
- 5** Informer la population des défis, des solutions proposées et du plan d'action ministériel relatifs à l'offre de soins de longue durée et à son financement.

COMMENTAIRES DE L'ENTITÉ AUDITÉE

L'entité auditée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accueille favorablement le rapport de la Vérificatrice générale du Québec et prend acte des cinq recommandations qui lui sont adressées. En ce sens, le MSSS est d'avis qu'il peut apporter des améliorations portant sur la planification des soins et des services de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie.

« Par ailleurs, nous tenons à souligner que la politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, publiée en 2012, mentionnait déjà les impacts du vieillissement de la population et la nécessité d'adapter les services dont les aînés ont besoin, notamment pour ceux en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

« On y mentionne d'ailleurs le Plan de services intégrés pour les personnes âgées annoncé en mars 2011, qui vise à assurer aux personnes âgées des services efficaces, adaptés à leur condition, notamment en matière de soutien à domicile, de services de récupération fonctionnelle, de ressources intermédiaires (RI) et de centres d'hébergement ainsi que de soins offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer. Il représentait des investissements de 105 millions de dollars en 2011-2012, de 173 millions de dollars en 2012-2013 et de 200 millions de dollars par année à compter de 2013-2014.

« Des projections des besoins de places en CHSLD et RI-RTF de 2018 à 2028 ont également été réalisées en 2018, notamment sur la base de l'évolution démographique.

« Aussi, le plan d'action *Un Québec pour tous les âges 2018-2023*, issu de la politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble*, recense les investissements importants consacrés aux soins et aux services offerts en CHSLD, que ce soit pour des soins d'hygiène ou pour offrir une présence soutenue d'un intervenant accompagnateur auprès des usagers. On y rappelle aussi l'importante démarche en vue de favoriser l'adoption des meilleures pratiques en soutien à domicile et en CHSLD, qui a notamment donné lieu à trois forums d'envergure tenus en novembre 2016, mai 2017 et mai 2018 réunissant le ministre de la Santé et des Services sociaux, la ministre responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation, les présidents-directeurs généraux des établissements, des intervenants et des experts. Cette démarche a également donné lieu à des investissements additionnels pour l'ajout de personnel en CHSLD et l'amélioration des services de soutien à domicile pour toutes les clientèles, dont font partie les aînés, en plus de ceux déjà annoncés en vue d'améliorer les soins d'hygiène et l'offre alimentaire en CHSLD.

« Rappelons également les développements budgétaires des dernières années visant à bonifier les soins et services offerts aux personnes âgées et aux personnes proches aidantes, notamment pour améliorer et intensifier les soins et services de soutien à domicile afin de mieux répondre à l'évolution des besoins des personnes vivant à domicile, dont les personnes âgées en grande perte d'autonomie, le soutien aux personnes proches aidantes, l'ajout de ressources humaines en CHSLD, ainsi que le développement de places.

« Enfin, la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée énonce des orientations générales et inclusives, qui s'appliquent à tous les types d'hébergement de longue durée (CHSLD, RI, RTF, maisons des aînés et maisons alternatives) ainsi qu'à toutes les clientèles susceptibles d'y résider. Elle met de l'avant une approche novatrice qui est davantage adaptée aux besoins des adultes hébergés ainsi qu'à la réalité des personnes proches aidantes tout en soutenant l'intégration des milieux de vie dans la communauté. Elle soutient également les établissements dans la bonification des modes de gestion et des pratiques cliniques. Ce sont 300 partenaires qui ont été consultés et 1 600 commentaires et recommandations qui ont été traités. Un plan d'action est présentement en finalisation.

« Les recommandations sont donc cohérentes avec les objectifs et les orientations poursuivis dans les travaux réalisés actuellement. Le MSSS s'engage donc à prendre les mesures nécessaires pour répondre aux recommandations formulées à son attention. »

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Objectif de l'audit et portée des travaux

Rôles et responsabilités de l'entité

Présentation du programme SAPA

Description des profils ISO-SMAF et
de leur processus d'attribution

Nombre d'heures de services requises par profils ISO-SMAF

Mesures fiscales et d'aide financière pour le soutien
à domicile de 2021-2022 à 2025-2026

Objectif de l'audit et portée des travaux

Objectif de l'audit

Le présent rapport de mission d'audit indépendant fait partie du tome de mai 2022 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022*.

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission d'audit. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre conclusion et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Objectif de l'audit	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS planifie l'hébergement public de longue durée pour les aînés en grande perte d'autonomie de manière à répondre de façon optimale à l'évolution démographique et aux besoins physiques et psychosociaux des usagers.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le MSSS évalue les besoins d'hébergement de longue durée en tenant compte de l'évolution démographique, des problèmes de santé liés au vieillissement ainsi que de la qualité des milieux de vie. ■ Le MSSS évalue les options pour choisir les meilleures solutions d'habitation ou d'hébergement de longue durée, notamment par des analyses coûts-bénéfices-utilité plausibles, et il fixe ensuite des cibles à atteindre. ■ Le MSSS planifie le type et le nombre de places en hébergement public de longue durée nécessaires en fonction des besoins d'hébergement.

Les travaux d'audit dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les Normes canadiennes de missions de certification (NCCM) présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*, notamment la norme sur les missions d'appréciation directe (NCCM 3001).

De plus, le Vérificateur général applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1. Ainsi, il maintient un système de contrôle qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables. Au cours de ses travaux, le Vérificateur général s'est conformé aux règles sur l'indépendance et aux autres règles de déontologie prévues dans son code de déontologie.

Portée des travaux

Le présent rapport a été achevé le 5 avril 2022.

Notre audit a porté sur les soins de longue durée (dont l'hébergement public de longue durée) offerts aux aînés en grande perte d'autonomie et plus particulièrement sur la planification de ces soins par le MSSS.

Nous avons décidé d'interrompre nos travaux au printemps 2020 en raison de la première vague de la pandémie de COVID-19 dans les CHSLD du Québec. Nous avons par contre décidé de les reprendre au moment de l'adoption de la *Loi concernant l'accélération de certains projets d'infrastructure*, entrée en vigueur en décembre 2020 pour favoriser la reprise économique, puisque cette loi vise notamment à accélérer la construction de nouveaux CHSLD et de MDA ainsi que l'agrandissement et la rénovation de certains CHSLD.

Nos travaux ont exclu :

- les personnes de moins de 65 ans en grande perte d'autonomie ;
- les soins offerts par les médecins ;
- les soins privés de longue durée offerts par les RPA ;
- la qualité des soins et services ainsi que la sécurité des résidents, car plusieurs autres organismes de surveillance menaient déjà des travaux à ce sujet ;
- la gestion des projets immobiliers pour la construction de nouveaux CHSLD et des MDA (ex. : processus d'attribution des contrats).

Lors de notre audit, nous avons réalisé des entrevues auprès de gestionnaires et de membres du personnel du MSSS et nous avons eu des échanges avec plusieurs parties prenantes des soins de longue durée que sont les deux associations de CHSLD privés (l'Association des établissements de longue durée privés du Québec et l'Association des établissements privés conventionnés) ainsi qu'avec l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, le Regroupement québécois des résidences pour aînés et le Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile. De plus, nous avons analysé divers documents et données provenant de systèmes d'information utilisés par le MSSS :

- Environnement informationnel des clientèles ayant fait l'objet d'une demande d'hébergement ;
- Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial ;
- Système I-CLSC (système d'information sur la clientèle et les services des CLSC) ;
- Réseau de services intégrés pour les personnes adultes ;
- Registre des RPA ;
- Système GESTRED (système de suivi de gestion et de reddition de comptes) ;
- Contour financier ;
- AS-471 ;
- AS-478 ;
- Banque de données sur les cadres et salariés du réseau (R25).

Nous avons fait le choix de présenter des données pour les aînés de 70 ans ou plus lorsqu'elles étaient disponibles pour ce groupe d'âge. Sinon, nous en avons précisé la raison.

Par contre, pour les données de 2015-2016 à 2020-2021, le profil ISO-SMAF n'est pas disponible dans les systèmes d'information du MSSS pour une proportion pouvant aller jusqu'à 19% des aînés de 70 ans ou plus bénéficiant des services du programme SAPA. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que le profil ISO-SMAF n'a pas toujours été saisi dans les systèmes d'information. Par conséquent, les résultats présentés dans les figures 5 et 7 ainsi que dans les tableaux 3 et 5 de ce rapport peuvent être sous-estimés.

Nos travaux se sont déroulés principalement de décembre 2020 à décembre 2021. Ils portent essentiellement sur les années 2017-2018 à 2019-2020. Toutefois, certaines analyses peuvent avoir trait à des années antérieures ou postérieures à cette période.

Rôles et responsabilités de l'entité

En ce qui a trait à l'offre de services, le MSSS a notamment les responsabilités suivantes :

- réaliser un état des besoins sociosanitaires et des particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci ;
- établir des politiques et planifier des mesures propices à assurer la santé et la sécurité des aînés ;
- déterminer les priorités, les objectifs et les orientations et veiller à leur application ;
- répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et voir au contrôle de leur utilisation.

En ce qui a trait à la planification immobilière, le MSSS a notamment les responsabilités suivantes :

- apprécier et valider les besoins établis par les établissements en matière de projets d'infrastructures ;
- en lien avec les demandes d'investissements publics en infrastructures, communiquer au président du Conseil du trésor les renseignements nécessaires à l'élaboration annuelle du Plan québécois des infrastructures ;
- donner une autorisation préalable à toute acquisition ou construction d'immeuble ainsi qu'à tout agrandissement, aménagement, transformation, démolition, reconstruction ou réparation majeure d'immeubles faisant déjà partie du réseau de la santé et des services sociaux.

Présentation du programme SAPA

	Soutien à domicile	Hébergement de longue durée	
Principale localisation des services offerts	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maison ■ Logement ■ RPA 	<ul style="list-style-type: none"> ■ RI ■ RTF ■ CHSLD public ■ CHSLD privé conventionné ■ Places publiques en CHSLD privé non conventionné 	
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (troubles cognitifs, limitations fonctionnelles, maladies chroniques, etc.) ■ 65 ans ou plus pour la majorité de la clientèle 		
	Soutien à domicile	RI-RTF	CHSLD
Profil ISO-SMAF de la clientèle	De 1 à 14	De 6 à 12	De 10 à 14
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maintenir les aînés dans leur domicile le plus longtemps possible ■ Soutenir les personnes proches aidantes ■ Éviter les hospitalisations ou en réduire la durée ■ Faciliter le retour à la maison 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir un milieu de vie adapté aux personnes qui ne peuvent plus rester à domicile ■ Favoriser le maintien ou l'intégration dans la communauté 	Offrir un milieu de vie substitut adapté aux besoins des personnes qui ne peuvent plus rester à domicile
Services principaux	Services de longue durée : <ul style="list-style-type: none"> ■ services professionnels (soins infirmiers, services de nutrition, physiothérapie, etc.) ■ aide à domicile (préparation des repas, hygiène, aide domestique, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services professionnels (soins infirmiers, services de nutrition, physiothérapie, etc.) rendus par des intervenants du soutien à domicile ■ Services de soutien et d'assistance 24 h/24 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services professionnels (soins infirmiers, services de nutrition, physiothérapie, etc.) ■ Services de soutien et d'assistance 24 h/24 ■ Surveillance
Prestataires des services principaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel du CISSS ou du CIUSSS ■ Personnel d'une RPA ■ Personnel d'un organisme d'aide à domicile, notamment d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile ■ Travailleur engagé de gré à gré dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel du CISSS ou du CIUSSS ■ Personnel d'une RI-RTF 	Personnel du CHSLD

Description des profils ISO-SMAF et de leur processus d'attribution

Afin de pouvoir bénéficier de services de soutien à domicile ou d'une place en hébergement de longue durée, une personne ou l'un de ses proches doit d'abord communiquer avec son centre local de services communautaires (CLSC) (par l'intermédiaire de son intervenant attiré ou du guichet d'accès unique du soutien à domicile). Un intervenant du CLSC viendra ensuite évaluer le niveau d'autonomie fonctionnelle de cette personne. Cette évaluation permet de déterminer son profil ISO-SMAF.

Les 14 profils ISO-SMAF sont un outil d'aide à la décision qui favorise l'orientation de la personne vers la ressource adaptée à ses besoins. Ces profils déterminent le degré d'autonomie d'une personne en fonction de cinq dimensions : l'aide quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et l'aide domestique.

Le profil ISO-SMAF de la personne doit être régulièrement révisé pour être à jour. Cela est d'autant plus important que la perte d'autonomie est un processus qui peut évoluer vers une dégradation des capacités physiques ou mentales. Pour la clientèle du programme SAPA recevant des services de soutien à domicile de longue durée, les profils ISO-SMAF 1 et 2 doivent être révisés minimalement tous les 24 mois et les autres profils ISO-SMAF, tous les ans. Quant à la clientèle du programme SAPA vivant en CHSLD, le profil ISO-SMAF doit être à jour et révisé minimalement une fois par année.

Profil ISO-SMAF	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
1	Difficulté à entretenir sa personne et troubles de la fonction vésicale	Difficulté à circuler à l'extérieur ou à utiliser les escaliers	Sans problème	Très légers problèmes de mémoire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stimulation ou surveillance pour l'entretien de la maison et les courses ■ Difficultés liées aux repas, au transport et au budget
2	Difficulté à entretenir sa personne	Difficulté à circuler à l'extérieur ou à utiliser les escaliers	Sans problème	Très légers problèmes de mémoire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide pour entretenir la maison, préparer les repas et faire les courses ■ Aide totale pour la lessive ■ Surveillance ou stimulation pour le transport et le budget

Profil ISO-SMAF	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
3	Difficulté à se laver ou à entretenir sa personne	Difficulté à circuler à l'extérieur ou à utiliser les escaliers	Sans problème	<ul style="list-style-type: none"> ■ Légers problèmes de mémoire ■ Besoin de conseils pour la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide totale pour entretenir la maison, préparer les repas, faire la lessive et prendre les médicaments ■ Aide pour faire les courses et gérer le budget ■ Difficultés liées à l'utilisation du téléphone et au transport
4	Difficulté à se laver ou à entretenir sa personne, d'où l'aide partielle ou la stimulation nécessaire	Difficulté à marcher à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur et difficulté à utiliser les escaliers, d'où l'aide nécessaire	Sans problème	Légers problèmes de mémoire par rapport à des faits récents	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide totale pour entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses et la lessive ■ Difficultés liées à l'utilisation du téléphone et aide pour les transactions complexes ■ Accompagnement pour le transport
5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stimulation pour se laver et entretenir sa personne ■ Difficulté dans les autres éléments de la vie quotidienne 	Difficulté à circuler à l'extérieur et difficulté à utiliser les escaliers	Sans problème	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de mémoire par rapport à des faits récents ■ Problèmes d'orientation à l'occasion ■ Lenteur de compréhension et problèmes de jugement 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète pour entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses et la lessive ■ Aide pour utiliser le téléphone, prendre les médicaments et gérer le budget ■ Accompagnement pour le transport
6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stimulation ou surveillance pour se laver et entretenir sa personne ■ Difficulté ou besoin de stimulation dans les autres éléments de la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide ou surveillance pour circuler à l'extérieur ■ Difficulté à marcher à l'intérieur et incapacité à utiliser les escaliers 	Difficulté à voir et à entendre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de mémoire par rapport à des faits récents ■ Difficulté à évaluer les situations, d'où le besoin de conseils pour prendre des décisions ■ Désorientation occasionnelle dans le temps et l'espace 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète ■ Difficultés liées à l'utilisation du téléphone et au transport

Profil ISO-SMAF	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide pour se laver et entretenir sa personne ■ Stimulation ou aide pour s'habiller ■ Surveillance ou stimulation dans les autres éléments de la vie quotidienne 	Difficulté à circuler à l'extérieur	Faible diminution de la vision et de l'audition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteinte modérée de la mémoire, de l'orientation, de la compréhension et plus particulièrement du jugement ■ Présence de troubles de comportement mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète ■ Accompagnement pour le transport
8	Aide pour se laver, entretenir sa personne et s'habiller	Aide pour circuler à l'extérieur, surveillance à l'intérieur et incapacité à utiliser les escaliers	Diminution de la vision et de l'audition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteinte modérée de toutes les fonctions, le jugement étant le plus affecté ■ Troubles de comportement demandant un encadrement quotidien 	Aide complète
9	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficulté à se nourrir ou besoin de stimulation pour le faire ■ Aide pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne ■ Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle ■ Surveillance ou aide pour aller aux toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide pour les transferts, la marche et le fauteuil roulant ■ Aide pour circuler à l'extérieur ■ Incapacité à utiliser les escaliers 	Difficulté de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion ■ Lenteur de compréhension ■ Problèmes de jugement 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète ■ Aide pour le transport et pour l'utilisation du téléphone
10	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stimulation pour se nourrir ■ Aide partielle ou totale pour se laver, entretenir sa personne et s'habiller ■ Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour aller aux toilettes 	Aide pour circuler à l'extérieur et surveillance à l'intérieur ainsi que pour utiliser les escaliers	Difficultés de langage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteinte grave de toutes les fonctions ■ Troubles de comportement importants nécessitant une surveillance plus intensive 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète ■ Incapacité à utiliser le téléphone ■ Aide pour le transport

Profil ISO-SMAF	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
11	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale pour se laver ou s'habiller ■ Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, mais continence fécale ■ Surveillance ou aide pour aller aux toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide pour les transferts, la marche et le fauteuil roulant ■ Incapacité à utiliser les escaliers 	Difficultés de communication (vision, audition, langage)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteinte modérée de toutes les fonctions et plus particulièrement du jugement ■ Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète ■ Aide pour le transport
12	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stimulation pour se nourrir ■ Aide partielle ou totale pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne ■ Incontinence urinaire et fécale fréquente ou totale ■ Aide pour aller aux toilettes ou non-utilisation de celles-ci 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ou aide occasionnelle pour marcher à l'intérieur et à l'extérieur ■ Incapacité à utiliser les escaliers 	Difficultés de communication (audition, langage), mais exprime sa pensée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteintes graves ■ Troubles de comportement importants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète ■ Aide pour le transport
13	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide partielle pour se nourrir ■ Aide totale pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne ■ Incontinence totale (vésicale et intestinale) ■ Non-utilisation des toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide pour les transferts ou personne grabataire ■ Déplacement en fauteuil roulant 	Difficultés de communication (vision, audition, langage)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteintes modérées, le jugement étant le plus affecté ■ Troubles de comportement mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide complète ■ Aide pour le transport ou le déplacement en ambulance
14	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide totale pour se nourrir, se laver, s'habiller et entretenir sa personne ■ Incontinence totale (vésicale et intestinale) 	Personne grabataire, d'où l'utilisation du fauteuil gériatrique ou de la civière dans les déplacements	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fonctions très affectées ■ Besoins primaires exprimés ou pas de communication 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déficits cognitifs très sévères ■ Problèmes de comportement inexistant ou mineurs 	Aide totale

Source : Dubuc, N., Delli-Colli, N., Bonin, L., Tousignant, M., 2007.

Nombre d'heures de services requises par profils ISO-SMAF

Profil ISO-SMAF	Nombre d'heures de services requises par jour pour les soins infirmiers et l'aide à domicile	Nombre d'heures de services requises par année (N ^{bre} par jour × 365)	Nombre moyen d'heures de services requises par année pour les profils ISO-SMAF 10 à 14
1	0,770	281	
2	2,275	830	
3	2,701	986	
4	2,771	1 011	
5	2,980	1 088	
6	3,168	1 156	
7	3,563	1 300	
8	3,727	1 360	
9	4,887	1 784	
10	4,756	1 736	
11	5,323	1 943	
12	5,109	1 865	1 962
13	5,537	2 021	
14	6,148	2 244	

Source : MSSS.

Mesures fiscales et d'aide financière pour le soutien à domicile de 2021-2022 à 2025-2026

Mesure	Somme allouée de 2021-2022 à 2025-2026	Description
Intensifier l'offre de services publics en soutien à domicile	1,285 milliard de dollars	Bonification des services de soutien à domicile, notamment par l'augmentation du nombre d'heures de services pour toutes les clientèles (ex. : aînés, personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle).
Bonifier le crédit d'impôt remboursable pour maintien à domicile des aînés	394 millions de dollars	Bonification du crédit d'impôt accordé aux aînés de 70 ans ou plus qui reçoivent des services leur permettant de rester à domicile (ex. : soins infirmiers, préparation de repas, déneigement).
Bonifier le montant pour le soutien des aînés	689 millions de dollars	Bonification du crédit d'impôt pour soutien aux aînés permettant d'augmenter le revenu disponible d'un plus grand nombre d'aînés de 70 ans ou plus à faible revenu.
Améliorer la qualité de vie des personnes proches aidantes	286 millions de dollars	Bonification des services de répit, d'accompagnement, de soutien et de formation destinés aux personnes proches aidantes.
Assurer la pérennité des services offerts en RPA	388 millions de dollars	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide financière temporaire visant la mise aux normes de certaines petites RPA en vue d'assurer la sécurité des résidents. ■ Subventions temporaires pour payer les primes salariales du personnel soignant mises en place au cours de la crise sanitaire (pandémie de COVID-19), et ce, en vue d'atténuer l'effet sur le prix des services payés par la clientèle aînée et de maintenir les services qui lui sont offerts.

Source : MFQ.

