

Faire les **bons choix** pour nos **aînés** **d'aujourd'hui** et de **demain**

 ANALYSE DES **ENJEUX** ET DES **BESOINS**
LIÉS À LA **TRANSFORMATION**
DÉMOGRAPHIQUE



Préambule

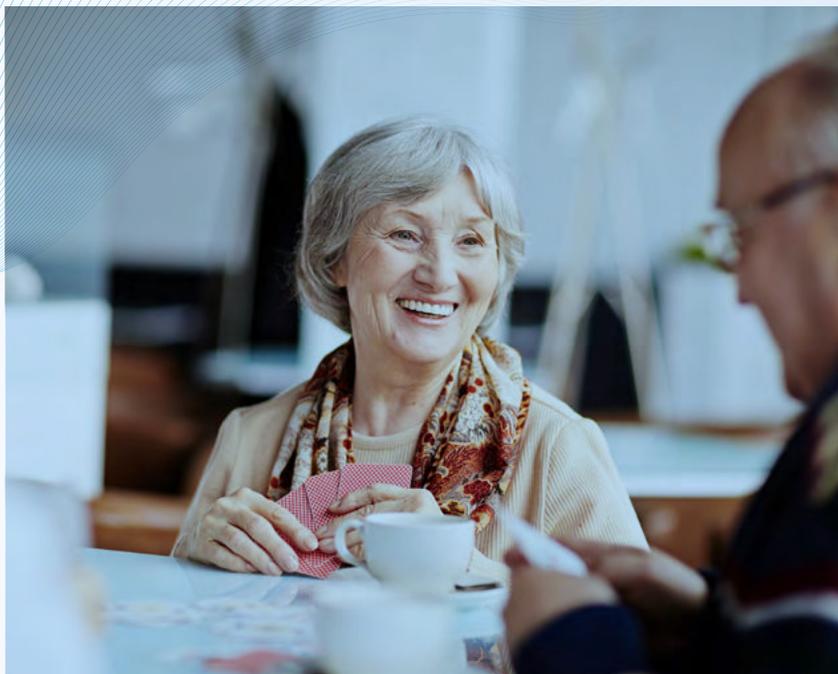
La transformation démographique en cours, liée à une population vieillissante, et la question qui en découle, à savoir la façon d'arriver à combler les besoins d'aujourd'hui et de demain, posent de nombreux défis et créent diverses pressions économiques et sociales : impact sur la disponibilité des travailleurs, ralentissement de la croissance économique, besoins croissants en santé et en soins de longue durée, pression accrue sur les finances publiques, etc. Cette évolution exigera d'importants ajustements si le Québec souhaite maintenir le niveau de vie de sa population, de même que ses programmes sociaux. Toutes les provinces canadiennes et un grand nombre de pays de l'OCDE font face à ces enjeux. Cependant, la situation est plus problématique au Québec, en raison de la courbe démographique qui y est plus accentuée.

Les enjeux liés au vieillissement, qui étaient déjà fort préoccupants avant la pandémie de COVID-19, sont devenus encore plus urgents et d'actualité. La pandémie ayant entraîné des conséquences tragiques qui ont touché particulièrement les aînés¹, elle aura permis de jeter une fois de plus la lumière sur les conditions de vie et d'hébergement inacceptables d'un grand nombre de personnes âgées au Québec, et sur les défis liés au fonctionnement du système. Pourtant, au fil des ans, le gouvernement provincial a instauré de nombreuses politiques sur le vieillissement, dans le but de permettre aux aînés de vivre plus longtemps à domicile et d'améliorer les soins et les conditions de vie des personnes hébergées en CHSLD². De nombreux investissements publics ont également été faits suivant ces objectifs³. Malgré ces gestes, peu de progrès notables ont été constatés dans l'offre de soins et les conditions d'hébergement des aînés au Québec, comme l'a révélé la pandémie. De plus, les besoins vont s'accroître au cours des prochaines années.

Préambule

Dans ce contexte, le CPQ a souhaité réaliser une étude sur les défis entourant le vieillissement de la population et les meilleures politiques publiques à envisager pour les surmonter. Ces défis pourront peut-être même amener des opportunités économiques dans la province.

Tout comme le Québec s'est démarqué par ses politiques progressistes pour les familles et pour les femmes, il doit maintenant le faire pour les aînés. Il faudrait se donner collectivement les moyens de réussir cette transformation pour répondre aux besoins grandissants, tout en respectant des budgets forcément limités, et ce très rapidement.



Introduction

Le Québec connaît un vieillissement de sa population qui sera particulièrement accéléré au cours des 10 prochaines années, ce qui nous place face à de grands défis, pour ne pas dire un mur. À titre d'illustration, en 2011, environ une personne sur six était âgée de 65 ans et plus, alors que ce groupe d'âge représente une personne sur 5 aujourd'hui et qu'il atteindra une personne sur quatre en 2031, soit dans moins de 10 ans⁴.

La population québécoise de 20 à 64 ans, qui assume principalement le financement des services publics, a amorcé depuis 2019 une diminution qui se poursuivra jusqu'en 2030.

En parallèle, depuis 2014, la population québécoise essentiellement en âge de travailler (de 15 à 64 ans) est en diminution, celle de 20 à 64 ans qui assume principalement le financement des services publics, a amorcé depuis 2019 une diminution qui se poursuivra jusqu'en 2030. Selon les dernières projections de Statistique Canada, il y aura 101 800 personnes de moins dans cette catégorie d'âge au Québec en 2030 qu'en 2019. De plus, à compter de 2023 les personnes âgées de 65 ans et plus seront plus nombreuses au Québec que celles de moins de 20 ans. En comparaison, en Ontario, la population âgée de 20 à 64 ans augmentera de 434 000 personnes de 2019 à 2030, selon le scénario de croissance moyenne de Statistique Canada⁵.

En comparaison, en Ontario, la population âgée de 20 à 64 ans augmentera de 434 000 personnes.

Pour ce qui est des groupes d'âge plus avancés, ceux qui courent de plus grands risques de perte d'autonomie et d'avoir davantage besoin de soins de longue durée, ils seront deux fois plus que les 717 000 personnes d'aujourd'hui, avec près de 1 458 000 personnes de 75 ans ou plus en 2040, dont plus de 970 000 auront plus de 80 ans. Cela représente l'équivalent de quelque 37 000 personnes de plus par an qui feront partie du groupe des 75 ans et plus.

La hausse de la prévalence des maladies chroniques et des problèmes qui y sont associés risquent de prendre de l'ampleur dans les années à venir, au fur et à mesure que la population vieillira. À titre d'exemple, des chercheurs ont récemment estimé que la proportion des personnes de 30 ans et plus souffrant de problèmes de démence devrait tripler entre 2010 et 2050⁶. Le réseau de la santé devra en outre faire face à d'importants défis liés aux chutes chez les aînés, par exemple, un phénomène en croissance, ainsi qu'aux besoins grandissants en matière de soins palliatifs et de fin de vie. On doit donc s'attendre à ce que ces problèmes de santé contribuent par la même occasion à accroître les dépenses liées à la consommation de médicaments, à la consultation de professionnels de la santé, aux hospitalisations et aux soins de longue durée.



1

Impact socio-économique du vieillissement

L'impact économique du vieillissement de la population est multiple. Il se traduit essentiellement par une plus faible disponibilité de la main-d'œuvre (moins de jeunes qui arrivent que de plus vieux qui partent) et un ralentissement de la croissance économique. Le vieillissement a donc une incidence majeure sur les finances publiques puisqu'il exerce une pression à la baisse sur l'assiette fiscale des gouvernements et qu'il engendre, par la même occasion, un accroissement notable de leurs dépenses, en raison des besoins accrus en santé et en soins de longue durée.



Pour ce qui est de l'impact sur la main-d'œuvre, selon les prévisions d'Emploi-Québec, 1,4 million d'emplois seront à pourvoir au Québec au cours de la période 2019-2028. L'essentiel de ces postes, soit plus de 80 %, consiste en une main-d'œuvre de remplacement, alors qu'un peu moins de 20 % proviendrait de la création nette d'emplois⁷.

La démographie pèsera également lourd sur les perspectives d'investissements. Elle pourrait ralentir les investissements des entreprises ou les inciter à se développer sur des marchés étrangers plus dynamiques où la main-d'œuvre qualifiée est plus abondante. Toutefois, au Japon, on a noté une hausse de l'investissement en robotisation et en automatisation des processus de production. Mais dans ce cas précis, cette hausse a également été accompagnée d'autres mesures, telles qu'une rationalisation des postes de travail et une hausse de l'âge de la retraite.

Le taux de croissance annuel du PIB réel, qui s'est établi à 1,9 % en moyenne entre 2010 et 2019, devrait diminuer à 1,4 % entre 2022 et 2041, puis à 1,2 % sur la période 2041-2060.

Pour mesurer l'impact du vieillissement sur la croissance économique, plusieurs simulations ont été faites par différents groupes de recherche, et elles pointent toutes dans la même direction. Selon les plus récentes simulations de la Chaire en fiscalité et en finances publiques (CFFP), par exemple⁸, le taux de croissance annuel du PIB réel, qui s'est établi à 1,9 % en moyenne entre 2010 et 2019, devrait diminuer à 1,4 % entre 2022 et 2041, puis à 1,2 % sur la période 2041-2060. Nous pouvons évaluer que cette croissance plus faible représente l'équivalent de 63 G\$ de moins de PIB en 2040, soit plus de 6 667 \$ de moins par personne⁹.

Coûts des soins de santé et des soins de longue durée et finances publiques

Comme nous l'avons vu précédemment, le nombre de personnes de plus de 75 ans au Québec doublera d'ici 2040, et celui de la population de 85 ans et plus devrait tripler sur la même période.

Or, les dépenses en santé sont les plus importantes dans les dernières années de vie d'une personne. Les données de l'ICIS révèlent ainsi que les dépenses en santé par habitant se situent en moyenne à 4 385 \$, mais atteignent 6 502 \$ chez les 65-69 ans, 8 217 \$ chez les 70-74 ans, et jusqu'à 29 899 \$ pour les 90 ans et plus¹⁰. On peut donc imaginer l'ampleur des coûts anticipés, même en conservant le niveau de services actuel.

En 2019-2020, soit avant la pandémie, les dépenses publiques provinciales en matière de santé et services sociaux ont atteint 44,8 milliards \$, ce qui représentait 42 % des dépenses de portefeuille¹¹ et 9,7 % du PIB du Québec. À titre de comparaison, en 2001-2002, la santé et les services sociaux représentaient 7,9 % du PIB et 39 % des dépenses de portefeuille¹².

Les dépenses en santé et services sociaux du gouvernement du Québec passeraient de près de 52 G\$ en 2022 à quelque 127 G\$ en 2041, soit une hausse annuelle moyenne de 4,8 %, alors que la croissance du PIB nominal devrait tourner autour de 3,3 % et celle des revenus publics, autour de 3,4 %.

Selon la dernière projection de la CFFP, les dépenses en santé du gouvernement du Québec passeraient de près de 52 G\$ en 2022 à quelque 127 G\$ en 2041, soit une hausse annuelle moyenne de 4,8 %, alors que la croissance du PIB nominal devrait tourner autour de 3,3 % et celle des revenus publics, autour de 3,4 %¹³. Les résultats révèlent une série de déficits budgétaires chroniques se poursuivant jusqu'à la fin de la période de projection. Le déficit budgétaire atteindrait 17 milliards \$, ou 1,8 % du PIB en 2041.

Une analyse de l'Institut du Québec portant sur un horizon plus court arrive à des conclusions semblables¹⁴. Selon ce rapport, la croissance des dépenses en santé et services sociaux serait de l'ordre de 4,9 % entre les exercices 2023-2024 et 2029-2030, ce qui représente un rythme bien plus élevé que la croissance des revenus de l'État québécois (2,8 % par année sur la même période). Le rapport entre les dépenses en santé et les revenus de l'État devrait ainsi passer de 40,7 % en 2021-2022 à 47,3 % en 2029-2030.

① Impact socio-économique du vieillissement

La pression sur les dépenses en santé affectera de toute évidence les autres dépenses de programmes du gouvernement, comme l'éducation ou le transport.

Par ailleurs, un impact sous-jacent à ne pas négliger réside dans le coût de l'assurance médicaments. En effet, les départs à la retraite impliquent, dans la très grande majorité des cas, une hausse des personnes couvertes par le volet public du Régime général d'assurance médicaments du Québec (RPAM), et donc une augmentation importante du coût de ce régime. La proportion de personnes de 65 ans et plus couvertes par le régime public est d'ailleurs en progression constante, étant passée de 12 % en 1998 à 16,7 % en 2019¹⁵. On doit s'attendre à ce que cette proportion grimpe dans le futur avec le vieillissement de la population, accentuant les pressions sur la viabilité du RPAM.

Le taux de croissance annuel moyen du coût au soutien à la perte d'autonomie dépasserait 6 % entre 2025 et 2035. Les dépenses du gouvernement du Québec pour le soutien à la perte d'autonomie seraient multipliées par 4,1 entre 2020 et 2050.

Quant au coût du soutien à la perte d'autonomie, une étude récente de la Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels¹⁶ (CREEI) estime le coût total du soutien à la perte d'autonomie, qui comprend les CHSLD, les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les soins à domicile (SAD), à 6,2 milliards \$ en 2020. Selon les projections, dans le scénario de référence représentant le statu quo, ce coût passerait à 10,4 milliards \$ en 2030 et à 25,6 milliards \$ en 2050, ce qui représente



une hausse de 320 % ou une multiplication par 4,1 en 30 ans¹⁷. Le taux de croissance annuel moyen dépasserait 6 % entre 2025 et 2035. Les dépenses du gouvernement du Québec pour le soutien à la perte d'autonomie se situeraient à 21,9 milliards \$ en 2050, et seraient donc également multipliées par 4,1.

La hausse la plus importante se situera du côté des CHSLD, où le coût total de l'hébergement passera de 3,9 milliards \$ en 2020 à 17,6 milliards \$ en 2050, soit une multiplication par 4,5¹⁸. Les projections suggèrent qu'il faudrait développer plus de 40 000 nouvelles places en CHSLD d'ici 2040, ce qui représente un peu moins que le doublement de la capacité actuelle. Il faut noter que l'étude utilise le coût historique de construction d'une nouvelle place en CHSLD lorsqu'il est question d'ajouter une place au réseau (soit 362 532 \$ en 2020), et non celui des Maisons des aînés¹⁹, qui sera visiblement plus élevé²⁰.

Équité intergénérationnelle

Les facteurs liés au vieillissement de la population, qui freinent la croissance des recettes fiscales tout en exerçant une pression sur les dépenses publiques, pourraient aussi mener à des iniquités intergénérationnelles.

Des déficits budgétaires cumulés, et plus généralement un alourdissement de la dette publique, impliquent qu'une plus grande part du fardeau financier risque de retomber sur les épaules des prochaines générations. La pandémie de COVID-19 a aussi déjà contraint les gouvernements à recourir à nouveau à des déficits budgétaires, et précarisé leur situation financière à court et moyen termes.

Le fait de ne pas limiter la croissance des dépenses de santé à son niveau récent risque d'alourdir indûment le fardeau fiscal des générations futures et de faire naître un déséquilibre intergénérationnel. Selon des estimations récentes pour le Canada, si rien ne change, le fardeau fiscal projeté au cours de la vie de la plus jeune génération (celle née depuis 2005) et des générations futures sera plus élevé que celui de toutes les générations précédentes, surtout pour les hommes²¹.

Il faudra s'assurer, à cet effet, que les plus jeunes soient parties prenantes des réflexions et scénarios entourant les changements à venir.

Ces éléments illustrent quelques facettes des défis à venir et des impacts socio-économiques à prévoir en raison du vieillissement de la population.

Évidemment, les projections décrites ci-dessus ne se réaliseront pas nécessairement. En revanche, elles rappellent la nécessité d'agir sans tarder pour trouver et mettre en place des solutions. Nous proposons d'ailleurs des pistes de solution ci-après.



2

Pistes de solution

S'assurer que les personnes plus âgées, dans la mesure du possible, aient la capacité de prolonger leur vie active dans les champs qui leur sont d'intérêt, quel que soit leur âge.

Pour faire face aux défis que posent les changements démographiques et la diminution de la taille de la population active, il faudra impérativement trouver des moyens d'améliorer la productivité du travail, notamment par l'investissement en équipement, en machinerie et en technologie, y compris l'automatisation et la robotisation, ainsi que par l'innovation et la formation. Il faudra surtout mettre davantage de personnes plus âgées à contribution, lorsqu'elles le désirent et en ont la capacité.



Les gains de productivité nécessaires étant énormes, il faudra aussi accroître le bassin de main-d'œuvre. À cet égard, le CPQ a déjà proposé 10 solutions à la pénurie de main-d'œuvre²². L'une d'entre elles, qui semble la plus naturelle, consiste à encourager le prolongement de la vie active chez les travailleurs à l'aube de la retraite, ce qui comporte plusieurs avantages pour l'économie en général (disponibilité de travailleurs, maintien de l'expertise, transfert des connaissances, etc.) et pour les personnes concernées.

Le taux d'activité des travailleurs plus âgés a augmenté de façon considérable au cours des 20 dernières années. Toutefois, le Québec est loin d'être en tête de peloton à ce chapitre. Des gains substantiels pourraient être réalisés avec les bonnes mesures en place. En effet, bien que le taux d'activité des personnes de 60 à 64 ans au Québec soit passé de 42 à 52 % au cours des 10 dernières années, d'autres sociétés font nettement mieux. Par exemple, le taux d'activité des gens de ce groupe d'âge est de 70,6 % au Japon, de 73,7 % en Suède, et de 80 % en Islande. Quant au taux d'activité des 55 à 60 ans, il s'élève à 75 % au Québec, comparativement à 83,7 % au Japon et à 89 % en Suède²³.

② Pistes de solution

Pour prolonger la vie active, plusieurs éléments liés à la fiscalité ou aux conditions de travail sur lesquels nous nous sommes souvent prononcés sont à prendre en considération. Tout d'abord, le travail doit demeurer plus payant et intéressant que la retraite; il faut ainsi s'assurer que l'addition des prestations et de la fiscalité ne décourage pas les gens de travailler. De plus, une véritable politique de maintien en emploi des travailleurs expérimentés va au-delà de la fiscalité. Entre autres, les travailleurs plus âgés demandent plus de flexibilité (p. ex., des horaires flexibles, des mandats ponctuels ou du temps partiel plutôt qu'un emploi permanent à plein temps). Les employeurs ont de plus en plus tendance à s'engager dans cette direction. Cela dit, de plus grands efforts pourraient être consacrés à la sensibilisation, à la promotion des meilleures pratiques et à la valorisation, dans le discours public et les initiatives privées, de l'embauche et la rétention des travailleurs âgés.

Il faut par ailleurs entreprendre une réflexion pour s'assurer que le monde du travail soit propice à faciliter la poursuite de la vie active. À ce chapitre, les parties prenantes, dont les syndicats, doivent faire un grand exercice de modernisation au niveau des conventions collectives.

Finalement, les activités bénévoles permettent également la poursuite d'une vie active et contribuent à la valorisation des aînés, tout en répondant à des besoins importants. Or, le Québec enregistre le plus faible taux de bénévolat chez les personnes de 55 ans et plus parmi les provinces du Canada. Cette pratique pourrait donc être davantage encouragée. Car le prolongement de la vie active a non seulement un impact économique positif, il entraîne aussi, selon plusieurs études, des effets bénéfiques pour la santé des personnes concernées. Le report de la retraite et le prolongement de la carrière peuvent aussi permettre, par la même occasion, de demeurer autonome plus longtemps et d'éviter ou de retarder la perte d'autonomie et le placement éventuel en établissement de soins de longue durée²⁴.

Les mesures suivantes sont à considérer pour favoriser le prolongement de la vie active :

- **Améliorer** le crédit d'impôt pour prolongation de carrière, notamment en le rendant remboursable ou en haussant le niveau de revenus admissibles, ce qui contribuerait à faire augmenter le taux d'activité des travailleurs de plus de 60 ans et/ou le nombre d'heures travaillées par ces personnes. Ce crédit d'impôt aurait permis de combler un peu plus du cinquième de l'écart du taux d'activité entre le Québec et l'Ontario, et de maintenir ou de créer environ 27 000 emplois en moyenne par année sur la période 2012-2019 chez les 60 ans et plus par rapport à la période précédant l'implantation de la mesure²⁵.
- **Poursuivre** la révision des dispositions d'exemption pour le supplément de revenu garanti (SRG), afin de s'assurer qu'elles ne découragent pas la poursuite de la vie active des travailleurs à faible revenu²⁶.
- **Permettre** l'arrêt des cotisations au RRQ pour les gens qui travaillent après 65 ans, comme c'est le cas au RPC.
- **Augmenter** de 70 à 75 ans l'âge maximal de la retraite différée au RRQ (avec une rente qui serait bonifiée de 8,4 % par année), de même que pour la Sécurité de la vieillesse, les REER et les régimes de pension agréés.
- **Assurer** un traitement équivalent en matière de fractionnement des revenus pour les personnes de plus de 60 ans, qu'il s'agisse des revenus de travail ou de retraite.
- **S'assurer** que l'embauche des personnes de plus de 60 ans soit intéressante pour les employeurs. Offrir une réduction des cotisations salariales sur les salaires de ces travailleurs dans toutes les entreprises. Le gouvernement du Québec a déjà procédé en ce sens pour les PME, et il faudrait maintenant envisager d'étendre ces mesures à l'ensemble des employeurs. Cela pourrait permettre

② Pistes de solution

de compenser en partie des coûts supplémentaires, par exemple ceux liés à l'assurance collective. De plus, si les employeurs privés gardent plus longtemps au travail les employés qui souhaitent rester, ceux-ci pourront conserver leur assurance santé collective plus longtemps, ce qui pourra réduire le coût de l'assurance médicaments.

- **S'assurer** que le travail à temps partiel ne pénalisera pas l'employeur ni l'employé. Pour cela, il faudrait instaurer, par exemple, un plafond sur le maximum assurable des cotisations sur la masse salariale pour un poste, que celui-ci soit occupé par une seule personne ou par deux employés à temps partiel.
 - **Assurer** une compréhension adéquate, grâce à une communication efficace, des options de retraite et de prolongement de la vie active et de leurs implications, notamment financières.
 - **Encourager** le mentorat et le transfert de connaissances, et prévoir des plans de transition.
 - **Valoriser**, dans le discours public et les initiatives privées, l'embauche et la rétention des travailleurs âgés au même titre que la diversité et l'inclusion, et faire la promotion des meilleures pratiques.
 - **Assurer** la promotion du bénévolat, autant auprès des aînés que des organismes qui en bénéficient. Les résidences pour aînés devraient également assumer un plus grand rôle à cet effet.
 - **Soutenir** toute initiative de formation chez les aînés, que ce soit par eux ou pour eux. Non seulement cette mise en relation avec autrui contribuera à éviter l'isolement de certains, mais elle permettra de bénéficier à la fois de leur expérience et de leur apport renouvelé comme citoyen, voire travailleur. Il n'y a pas d'âge pour apprendre ou pour former.
 - **Encourager** l'entrepreneuriat chez les travailleurs plus âgés, en facilitant la possibilité de lancer leur entreprise ou de passer d'un statut d'employé à celui de travailleur autonome.
- **Maximiser** les possibilités offertes par l'implantation toujours plus répandue du numérique auprès des aînés pour assurer plus d'interactions par ce moyen.

Au Canada, l'Institut canadien des actuaires a notamment proposé d'augmenter l'âge d'admissibilité cible au RRQ/RPC de 65 à 67 ans (avec un montant bonifié de 16,8 %), et l'âge minimum d'admissibilité aux prestations du RRQ de 60 à 62 ans. Ces propositions méritent d'être considérées dans le débat actuel. Il importe de rappeler que, lorsque le RRQ a été créé en 1967, l'espérance de vie était de 71,2 ans, alors qu'elle avait atteint 82,7 ans en 2019. Dans la grande majorité des cas, retarder la demande du RRQ améliore d'ailleurs la rente totale reçue et la sécurité financière à la retraite.

Un grand nombre de pays ont procédé à une augmentation de l'âge légal de la retraite. Par exemple, en 2020, pour faire face au vieillissement et pour réduire les coûts croissants de la sécurité sociale, le gouvernement nippon a adopté des projets de loi pour porter l'âge de la retraite à 70 ans. Deux autres projets ont pour but d'encourager les entreprises à confier certaines tâches ou des projets philanthropiques à des retraités, en échange de mesures fiscales incitatives²⁷. En Allemagne, l'âge de départ à la retraite doit progressivement passer de 65 à 67 ans d'ici 2029.

Répondre aux besoins des aînés de manière efficiente

La question des besoins en lien avec le vieillissement, la perte d'autonomie et les soins de longue durée (SLD), est évidemment reliée aux besoins en santé en général et fait partie d'un continuum de soins et services. Les enjeux sont très vastes et englobent des questions allant des modes d'allocation budgétaire dans les hôpitaux aux soins de santé axés sur la valeur (value-based healthcare)²⁸, en passant par la disponibilité et la publication de données sur les résultats de la prestation des soins et des services en santé pour permettre d'identifier les meilleures approches organisationnelles, technologiques et cliniques. Il est aussi question de coordination entre les différents prestataires de soins et de services, d'une utilisation efficace de l'information, laquelle doit être de qualité, d'une utilisation optimale des données disponibles dans le respect de la vie privée, ainsi que de la réponse optimale aux besoins selon les différentes réalités régionales. Plusieurs de ces questions ont fait l'objet de nombreuses analyses, ici et ailleurs.

Il est impossible d'aborder toutes ces questions dans le cadre de ce rapport. Nous nous concentrons plutôt sur des pistes de solution qui se dégagent de l'expérience d'autres pays, et sur l'analyse de plusieurs intervenants en lien avec les besoins en soins et services offerts aux personnes âgées. Les questions auxquelles le reste de cette étude tentera de répondre sont les suivantes : comment combler les besoins de façon efficace en maîtrisant les coûts de ces services essentiels et comment favoriser des solutions innovantes et flexibles qui répondent adéquatement aux besoins diversifiés et croissants des aînés québécois ?

Retarder la perte d'autonomie

Retarder le plus possible la perte d'autonomie devrait de toute évidence être un des premiers objectifs à poursuivre. Il faudrait par la suite répondre aux besoins en lien avec la perte d'autonomie pour les cas qui, malgré tout, le nécessiteront. Comme l'a démontré l'expérience étrangère, privilégier les soins et les services de maintien à domicile, quel que soit le domicile, et

retarder l'institutionnalisation en CHSLD, lorsque c'est possible (p. ex. pour les cas les moins lourds²⁹) permettrait de répondre aux besoins et aux préférences des aînés, tout en générant des économies en matière de dépenses publiques³⁰.

L'importance des soins à domicile au Québec, et au Canada en général, semble se situer loin derrière un grand nombre de pays, ces soins représentant près de 24 % des dépenses publiques totales en soins de longue durée (voir tableau).

Dépenses publiques en soins à domicile et en ambulatoire, en % des dépenses publiques totales en soins de longue durée, 2017

France	21 %
Québec	22 %
Pays-Bas	26 %
Japon	34 %
Espagne	36 %
Suède	36 %
Belgique	44 %
Royaume-Uni	45 %
Irlande	49 %
Italie	49 %
Norvège	49 %
Allemagne	59 %
Autriche	60 %
Danemark	66 %
Finlande	81 %

Sources : OCDE, Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE, 2019, p. 241 et https://www.cepsem.ca/wp-content/uploads/2021/11/CEPSEM_YLabrie_25nov2021_v2.pdf pour le Québec. En 2019-2020, le ratio est de 24% au Québec <https://policyoptions.irpp.org/magazines/may-2021/reformer-les-soins-et-les-services-offerts-aux-personnes-agees-au-quebec/>.

2 Pistes de solution

Selon des estimations, une diminution de 1 % du taux de présence en CHSLD procurerait une économie de 1,9 milliard \$ pour 2035, et de 2,6 milliards \$ pour 2050³¹. Investir dans les soins à domicile, particulièrement pour les cas moins lourds, pourrait donc fournir un bon rendement du capital investi pour le gouvernement du Québec. Il faut noter toutefois que moins de 3 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont actuellement en CHSLD (moins de 1 % dans les ressources intermédiaires) et que les cas admis en CHSLD sont de plus en plus lourds.

Selon des estimations, une diminution de 1 % du taux de présence en CHSLD procurerait une économie de 1,9 milliard \$ pour 2035, et de 2,6 milliards \$ pour 2050.

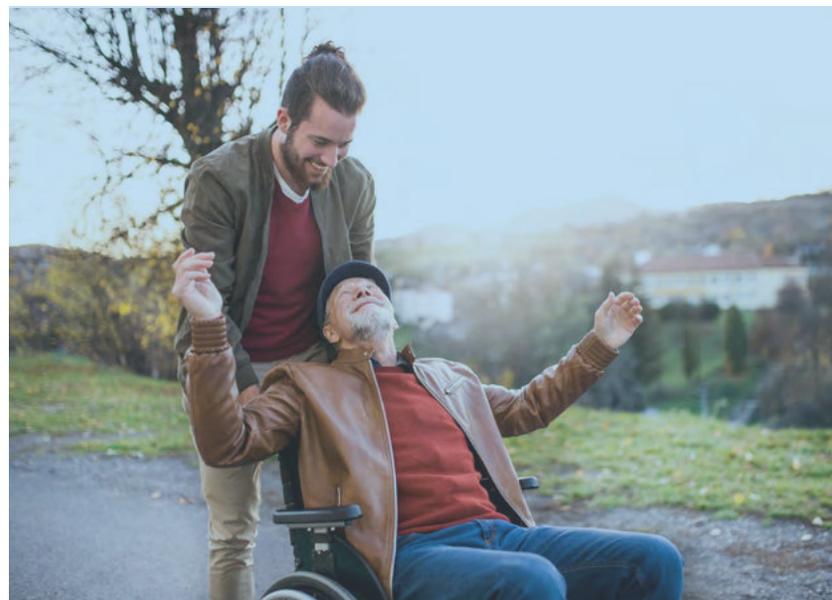
Sachant qu'environ 40 000 personnes seraient déjà en attente de soins à domicile au Québec³², d'importants investissements publics dans les soins à domicile sont évidemment nécessaires. Il importe également d'exploiter davantage les autres possibilités existantes, actuellement sous-utilisées, ainsi que celles qui pourraient être développées assez rapidement. Par exemple, comme le notent des chercheurs du CIRANO³³, « dès lors que l'autonomie d'une personne âgée est réduite et qu'elle a besoin d'assistance ou de soins, vivre seule dans le logement familial souvent trop grand devient rapidement difficile, voire impossible. Il faut donc être en mesure de lui proposer une option différente. Dans ce contexte, les résidences pour personnes âgées constituent un lieu de résidence plus accessible et qui permet à la personne âgée de maintenir une capacité productive ou tout au moins une capacité de contribution à la société des aînés (ex.: bénévolat, gardiennage des petits-enfants, etc.). Ce type de résidence permet également de maintenir un certain niveau de qualité de vie le plus longtemps possible. » Notamment

parce que la vie en résidence évite l'isolement social et assure un accès plus régulier à des services, elle doit être considérée à sa juste valeur.

Ainsi, il serait judicieux d'augmenter la disponibilité de places en résidences pour aînés. Ces logements, qui peuvent être gérés par des entreprises privées, des OSBL ou des coopératives, permettent des économies d'échelle importantes pour le soutien, l'assistance et les soins à domicile.

On peut aussi noter, par ailleurs, que le télétravail qui s'est accéléré avec la pandémie, peut aussi faciliter la tâche pour les proches aidants, comme c'est le cas pour la conciliation travail-famille. Il en va de même pour la construction de maisons intergénérationnelles ou d'autres modèles de logements dans lesquels les générations peuvent co-habiter, qui peuvent faciliter le maintien plus longtemps à domicile et devraient être encouragés³⁴.

Il faut aussi appuyer le milieu municipal et les organismes locaux et régionaux, afin de soutenir des efforts d'adaptation du milieu au vieillissement de la population, y compris l'offre de services facilitant la participation active des aînés à la vie communautaire et aux loisirs, de services de transport, dont le transport adapté, etc. (l'initiative *Municipalités amies des aînés* représente un bel exemple de tels efforts).



Les Pays-Bas: virage vers les soins à domicile et autres réformes

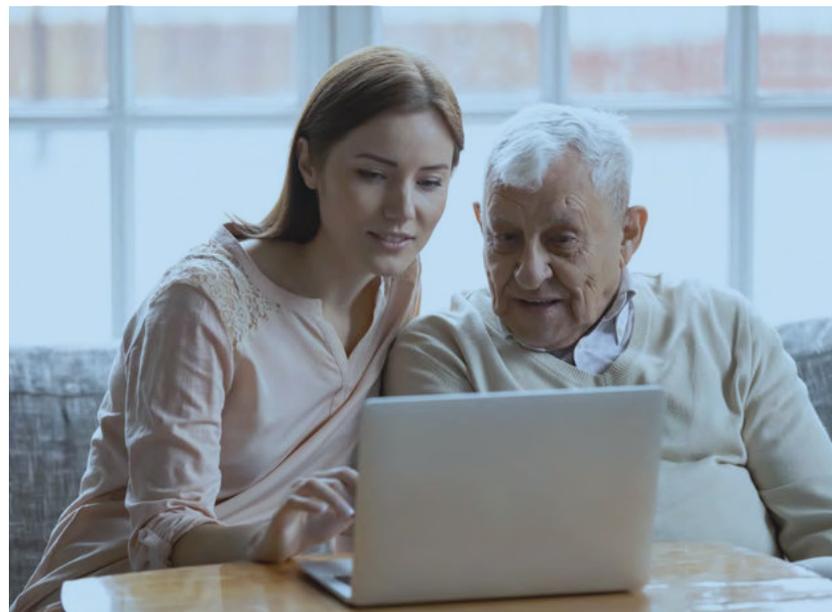
Afin de relever les défis démographiques, les Pays-Bas ont cherché à favoriser les soins dans un cadre communautaire plutôt qu'institutionnel. Cette orientation était perçue comme étant conforme aux préférences des patients désirant vivre dans la communauté aussi longtemps que possible, et comme un moyen moins coûteux de fournir les services requis.

Depuis 1997, les bénéficiaires néerlandais peuvent opter pour des prestations en espèces (budget personnel) afin d'organiser et obtenir les soins nécessaires dans le lieu de leur choix. Le versement représente généralement entre 60 % et 75 % du montant maximal payé pour des services équivalents obtenus en institution. La substitution des soins à domicile aux soins institutionnels a entraîné un ralentissement de la croissance des dépenses totales de santé des personnes âgées de 65 ans et plus.

Par ailleurs, en 2015, des listes d'attente grandissantes dans les institutions de soins de longue durée combinées à la détérioration de la réputation des centres à but non lucratif ont conduit à des changements majeurs permettant à des entreprises privées à but lucratif d'entrer sur le marché afin de répondre à la demande croissante. Ces entreprises ont su développer une approche plus centrée sur le bien-être que sur les soins médicaux et une offre de services répondant aux besoins des différentes clientèles et aux souhaits des personnes âgées ce qui leur a permis d'atteindre des taux de satisfaction élevés, (voir Labrie, note 30)

Adapter le financement pour des soins et services accrus aux personnes âgées

Le financement direct et les incitatifs fiscaux devraient être adaptés afin de faciliter et renforcer le maintien à domicile, y compris les résidences pour aînés (RPA). Les mesures existantes sont essentiellement les suivantes: le Crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés, le Chèque emploi-service (CES), et le Programme d'exonération financière pour les services d'aide-domestique (PEFSAD). Cette dernière, particulièrement, permettrait non seulement de faciliter le maintien à domicile des aînés, mais aussi de soulager les proches aidants tout en stimulant leur participation au marché du travail.



Mesures visant à favoriser le maintien à domicile au Québec

L'allocation directe/chèque emploi-service est une modalité de prestation de services de soutien à domicile pouvant, dans certains contextes, être choisie par l'usager et l'intervenant. Cette modalité permet à l'usager de sélectionner et d'employer le travailleur qui dispensera certains de ses services de soutien à domicile, dans le respect de certaines balises. En 2019-2020, le nombre d'heures de services payées s'est élevé à 6 558 110.

Le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique s'adresse aux personnes couvertes par le régime d'assurance maladie qui bénéficient des services d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le programme offre une aide financière fixe ou variable. Celle-ci prend la forme d'une réduction du tarif horaire demandé par l'entreprise d'économie sociale pour fournir ses services.

Le crédit pour maintien à domicile est un crédit d'impôt remboursable. Le maximum est de 25 500 \$ pour les personnes non autonomes et de 19 500 pour les personnes autonomes, et le budget 2021-2022 a bonifié ce crédit d'impôt en majorant le taux de 35 % à 40 % en 2025 (sur 5 ans) et par la bonification de l'aide fiscale pour les aînés (vivant en immeuble de logements). Le crédit d'impôt pour maintien à domicile a été mis en place en 2000 dans le cadre de l'année mondiale des personnes âgées.

Voici quelques exemples de services de maintien admissibles donnant droit au crédit d'impôt: les services d'entretien ménager (p. ex. le balayage, l'époussetage, le nettoyage des planchers, des tapis); les services d'entretien des vêtements, des rideaux et de la literie; les services d'entretien de terrain et de déneigement, y compris les services pour des travaux mineurs à l'extérieur de la maison; les services d'aide à l'habillement³⁵.

Le principe du CES et du PEFSAD s'apparente à celui du «cash for care» prôné par plusieurs et en vigueur dans des pays comme l'Allemagne et les Pays-Bas³⁶. Le principe étant, plutôt que de financer des établissements, de financer les services aux personnes selon leurs besoins, soit par contrat avec des prestataires accrédités ou encore par une allocation financière directe. Le bénéficiaire peut donc choisir le mode de prestation de services (domicile ou institution) ou le type de prestataires (public, privé avec ou sans but lucratif). Cette solution s'avère généralement moins coûteuse, car l'État peut limiter le montant des allocations à verser afin de couvrir un pourcentage déterminé des besoins.

Le programme CES est sous-utilisé au Québec. En 2020-21, le nombre d'utilisateurs du CES pour le soutien à domicile s'est élevé à 7 544 selon les données du MSSS.

Pour ce qui est du PEFSAD, des analyses suggèrent de la bonifier à court terme et lancer une réflexion sur la stratégie à long terme de financement des soins de longue durée entre des soins à domicile, des RPA et des CHSLD³⁷.

Pour le CPQ, il faut renforcer les mesures présentes au Québec, tout en évaluant d'autres avenues potentielles, pour que les différents services répondent aux différents besoins de façon efficiente et en donnant le choix aux aînés.

② Pistes de solution

L'Allemagne a mis en place un régime universel d'assurance autonomie pour financer les soins de longue durée en 1995. L'une des particularités du modèle allemand provient du système de prestations monétaires créé au début des années 2000, qui offre aux personnes admissibles la possibilité de recevoir une allocation afin de payer les soins nécessaires (à domicile ou en institution). Ces prestations varient en fonction des niveaux de soins nécessaires et sont transférées directement aux usagers, qui les dépensent avec l'aide de coordonnateurs de soins (*care coordinators*) pour s'assurer que les services reçus répondent bien à leurs besoins. Les prestations monétaires peuvent également être utilisées pour payer les membres de la famille qui agissent en tant que proches aidants. Dans ce cas, ces transferts ne sont pas considérés comme un revenu imposable³⁸. En 2019, plus de 40 % des dépenses de soins de longue durée en Allemagne ont pris la forme d'allocations monétaires, l'une des plus grandes proportions d'Europe³⁹.

Le CPQ recommande ainsi de :

- Privilégier les soins et les services de maintien à domicile, y compris dans les RPA, et retarder l'institutionnalisation en CHSLD lorsque c'est possible, en renforçant notamment les budgets publics.
- Faciliter la croissance d'une offre de services variables et diversifiés permettant le maintien à long terme d'une personne âgée dans son milieu de vie.
- Miser sur les incitatifs fiscaux et financiers existants (CMD, CES, PEFSAD), en les adaptant pour qu'ils puissent être encore plus propices à des solutions diversifiées répondant aux différents besoins de façon efficiente. De plus, l'accès à ces solutions soulagerait les proches aidants et faciliterait leur participation au marché du travail⁴⁰.
- Faire connaître les mesures existantes pour le maintien à domicile et essayer de les simplifier.
- Trouver le moyen d'augmenter la disponibilité de logements pour soins de longue durée pour les personnes en perte sévère d'autonomie, avec des coûts raisonnables sachant que les délais pour l'obtention d'une place dans un centre d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie peuvent atteindre plusieurs mois dans le réseau public, voire dépasser une année. Le secteur privé pourrait être mis à contribution, de même que des modèles non traditionnels, pour réduire les coûts et accélérer la disponibilité de nouvelles places. Le gouvernement pourrait, par exemple, être locataire d'un bâtiment plutôt que propriétaire⁴¹. Un parc immobilier existant peut également être transformé et équipé pour les besoins en matière de soins.

② Pistes de solution

Malgré les économies pouvant être générées par le maintien à domicile ou par une plus grande productivité du système, comme nous le suggérons plus loin, des besoins pourraient toujours être à combler et nécessiteraient probablement de nouvelles sources de financement. Plusieurs pays aux prises avec les défis financiers posés par le vieillissement ont procédé à différentes réformes et appliqué diverses mesures : assurance pour perte d'autonomie, plus grande contribution des usagers, hausse du fardeau fiscal. L'organisation et le mode de financement du système varient beaucoup entre les pays. Toutefois, certains principes peuvent nous inspirer.

Il faudrait ainsi tout d'abord créer une Table des partenaires pour émettre des recommandations sur la livraison des services et agir comme référence pour l'efficacité et la qualité des services et mettre en place rapidement un comité d'experts chargé d'analyser les besoins futurs, notamment en matière de soins de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie, et les pistes de solution pour y répondre. Basées sur l'expérience d'autres pays et sur des analyses pour le Québec, ces pistes devraient inclure, entre autres, les éléments suivants :

- Revoir le partage des coûts avec les usagers. La contribution des usagers dans les CHSLD s'élève présentement à près de 20 %. Selon plusieurs, il y a une certaine iniquité quant au partage des coûts entre les personnes à domicile et celles en institutions, qui peut même représenter un incitatif vers l'institutionnalisation. La contribution des usagers des CHSLD pourrait passer à 30 %⁴², et des mesures pourraient être prévues pour tenir compte de la situation financière des personnes à plus faible revenu.
- Explorer dans le contexte québécois les avantages et inconvénients de l'instauration d'une assurance soins de longue durée existant dans d'autres pays dont le Japon et l'Allemagne.

Il faudrait aussi modifier la formule du Transfert canadien en matière de santé afin que son calcul tienne compte non pas de la population totale d'une province, mais de la population par tranche d'âge.

Dans les années 1990, face aux défis démographiques, les décideurs japonais ont mis en place un programme d'assurance universelle pour les soins de longue durée, entré en vigueur en 2000. Plus récemment, la taxe de vente y est passée de 8 à 10 % en 2019.

Augmenter l'efficacité du système et sa capacité à répondre aux besoins.

Le niveau d'imposition des Québécois étant déjà l'un des plus élevés en Amérique du Nord, on ne peut évidemment s'attendre à ce que l'augmentation des soins et services dépende uniquement d'une croissance du financement. Il faut aussi et avant tout prendre des mesures pour augmenter l'efficacité du système et s'assurer qu'il puisse répondre le mieux possible aux besoins tout en réduisant les coûts. À ce chapitre, le CPQ recommande notamment les actions suivantes :

- Mettre à contribution et optimiser l'apport de chacun des acteurs et partenaires publics, privés et communautaires, y compris dans l'hébergement des personnes âgées et les services et soins à domicile.
- Recourir à des évaluations récurrentes basées sur des indicateurs de qualité et de performance pertinents pour s'assurer de la qualité des services dans l'ensemble des établissements (des pays comme l'Allemagne, le Danemark, la Suède et les Pays-Bas par exemple ont ce genre d'indicateurs qui sont publiés de façon transparente).

② Pistes de solution

- Miser sur des mécanismes et des politiques qui favorisent la responsabilisation des acteurs en attribuant un plus grand rôle aux personnes responsables, par exemple les directeurs généraux d'hôpitaux ou de CHSLD, le tout assorti d'une plus grande flexibilité et d'une plus grande imputabilité.
- Miser davantage sur l'innovation et les nouvelles technologies, dont le numérique, et leur intégration rapide dans les services aux aînés. On peut mentionner la télémédecine, qui a connu un essor important pendant la pandémie, lequel devrait se poursuivre et être encouragé lorsque pertinent. En effet, plusieurs avantages peuvent découler de la télémédecine, dont au chapitre environnemental en limitant les déplacements et en matière sanitaire en réduisant les risques de contagion et de propagation des virus, ce qui est particulièrement important pour les personnes plus âgées. Les technologies comme l'IA peuvent aussi jouer un rôle important pour un système plus efficace qui répond à différents besoins, dont ceux de l'organisation des soins et des services incluant le transport.
- Encourager l'apport de toute technologie qui peut contribuer à pallier le manque de personnel dans les établissements de soins et de services, pour les tâches requérant moins de contacts humains et en soutien au personnel soignant ou aidant. L'exemple du Japon est particulièrement intéressant à cet égard. Selon une étude récente basée sur l'expérience nipponne, même l'impact de certains robots s'est avéré utile pour remédier aux défis posés par le vieillissement rapide des populations⁴³.
- Poursuivre les efforts en R-D dans ce secteur, pour que les avancées scientifiques sur certaines maladies puissent permettre de les diagnostiquer plus tôt et de mieux les traiter, et ainsi réduire le fardeau économique et social qui en découle (p. ex., la maladie d'Alzheimer)⁴⁴.
- Promouvoir davantage la prévention, comme celle des chutes qui viennent au premier rang des causes d'hospitalisation pour une blessure chez les aînés⁴⁵, et promouvoir également l'activité physique et de saines habitudes alimentaires. La formation et la communication des différents intervenants jouent notamment un rôle clé à cet égard.

Japon : la technologie et les robots pour pallier la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine des soins aux aînés

Le Japon a l'une des populations les plus âgées au monde, alors que 28,9 % de ses citoyens ont 65 ans et plus.

Un problème préoccupant auquel sont confrontés tous les secteurs du pays, incluant celui des soins aux aînés, concerne la pénurie de main-d'œuvre. Les conditions sont parfois difficiles et les prestataires peinent à recruter et à retenir des employés qualifiés. Face à ces enjeux, des entreprises créatives ont su développer des technologies et des robots afin de préserver l'autonomie des personnes âgées et de pallier le manque de personnel qualifié dans les établissements de soins. Le gouvernement national s'est également associé à des entrepreneurs privés afin d'accélérer le développement et l'adoption de robots de soins, et verse des subventions pour couvrir une partie des coûts d'acquisition de ces produits. Certains robots ont également été ajoutés à la couverture du régime universel d'assurance autonomie, de manière à favoriser leur accessibilité et à atténuer les problèmes de pénurie de main-d'œuvre et de rétention du personnel dans les établissements de soins de longue durée. (Source : Eggleston et al. 2021, citée en note 43).

Accroître la disponibilité des ressources humaines

La disponibilité des ressources humaines représente un enjeu de taille pour garantir que les soins et services puissent être offerts de façon efficace.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les solutions sont multiples pour améliorer la disponibilité des ressources humaines. Elles incluent la formation, l'immigration et la reconnaissance des acquis et des compétences des immigrants (voir les 10 mesures pour la pénurie de main-d'œuvre publiées par le CPQ). Des éléments propres au secteur des services aux aînés s'ajoutent également pour que la main-d'œuvre disponible soit pleinement utilisée. Ainsi, le CPQ propose notamment ce qui suit:

- Optimiser l'apport de tous les professionnels de la santé et toutes les personnes qui œuvrent dans le système pour tirer profit de leurs compétences respectives et des tâches dans lesquelles chacun a la contribution la plus pertinente. Une recherche récente du CIRANO montre, par exemple, que, malgré des progrès, la répartition des tâches n'est pas encore optimale entre les médecins, les différents types d'infirmières et les préposés aux bénéficiaires. Toutefois, miser sur les bons professionnels de la santé aux bons endroits, en plus d'alléger leurs tâches administratives, pourrait permettre de générer des gains d'efficacité dans le réseau de la santé. Ceci est, entre autres, le cas pour les infirmières praticiennes œuvrant en CHSLD⁴⁶ ou les ambulanciers affectés à la paramédecine communautaire⁴⁷. De plus la collaboration entre les secteurs public et privé est nécessaire à cet égard.
- Documenter les obstacles réglementaires, administratifs et autres qui restreignent la disponibilité des ressources humaines et chercher à les lever et à introduire davantage de flexibilité et d'efficacité dans l'organisation du travail et la prestation de soins et services.

Sommaire des recommandations

S'assurer que les personnes plus âgées, dans la mesure du possible, aient la capacité de prolonger leur vie active dans les champs qui leur sont d'intérêt, quel que soit leur âge.

1. Améliorer le crédit d'impôt pour prolongation de carrière.
2. Poursuivre la révision des dispositions d'exemption pour le supplément de revenu garanti.
3. Permettre l'arrêt des cotisations au RRQ pour les gens qui travaillent après 65 ans.
4. Augmenter de 70 à 75 ans l'âge maximal de la retraite différée au RRQ, de même que pour la Sécurité de la vieillesse, les REER et les régimes de pension agréés.
5. Assurer un traitement équivalent en matière de fractionnement des revenus pour les personnes de plus de 60 ans, qu'il s'agisse des revenus de travail ou de retraite.
6. S'assurer que l'embauche des personnes de plus de 60 ans soit intéressante pour les employeurs. Offrir une réduction des cotisations salariales sur les salaires de ces travailleurs dans toutes les entreprises.
7. Instaurer, par exemple, un plafond sur le maximum assurable des cotisations sur la masse salariale pour un poste, que celui-ci soit occupé par une seule personne ou par deux employés à temps partiel.
8. Assurer une compréhension adéquate, grâce à une communication efficace, des options de retraite et de prolongement de la vie active et de leurs implications, notamment financières.
9. Encourager le mentorat et le transfert de connaissances, et prévoir des plans de transition.
10. Valoriser, dans le discours public et les initiatives privées, l'embauche et la rétention des travailleurs âgés au même titre que la diversité et l'inclusion, et faire la promotion des meilleures pratiques.
11. Assurer la promotion du bénévolat, autant auprès des aînés que des organismes qui en bénéficient.
12. Soutenir toute initiative de formation chez les aînés, que ce soit par eux ou pour eux.
13. Encourager l'entrepreneuriat chez les travailleurs plus âgés, en facilitant la possibilité de lancer leur entreprise ou de passer d'un statut d'employé à celui de travailleur autonome.
14. Maximiser les possibilités offertes par l'implantation toujours plus répandue du numérique auprès des aînés pour assurer plus d'interactions par ce moyen.

Retarder la perte d'autonomie et adapter le financement pour des soins et services accrus aux personnes âgées

15. Privilégier les soins et les services de maintien à domicile, y compris dans les RPA, lorsque c'est possible, en renforçant notamment les budgets publics.
16. Faciliter la croissance d'une offre de services variables et diversifiés permettant le maintien à long terme d'une personne aînée dans son milieu de vie.
17. Miser sur les incitatifs fiscaux et financiers existants (CMD, CES, PEFSAD), en les adaptant pour qu'ils puissent être encore plus propices à des solutions diversifiées et répondant aux différents besoins de façon efficiente.
18. Faire connaître les mesures existantes pour le maintien à domicile et essayer de les simplifier.

② Pistes de solution

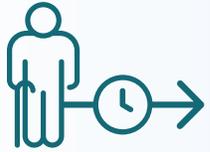
19. Trouver le moyen d'augmenter la disponibilité de logements pour soins de longue durée pour les personnes en perte sévère d'autonomie, avec des coûts raisonnables. Le secteur privé pourrait être mis à contribution, de même que des modèles non traditionnels, pour réduire les coûts et accélérer la disponibilité de nouvelles places. Le gouvernement pourrait, par exemple, être locataire d'un bâtiment plutôt que propriétaire.
20. Créer une Table des partenaires pour émettre des recommandations sur la livraison des services et leurs coûts et mettre en place rapidement un comité d'experts chargé d'analyser les besoins futurs, notamment en matière de soins de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie, et les pistes de solution pour y répondre.

Augmenter l'efficacité du système et sa capacité à répondre aux besoins

21. Mettre à contribution et optimiser l'apport de chacun des acteurs et partenaires publics, privés et communautaires, y compris dans l'hébergement des personnes âgées et les services et soins à domicile.
22. Recourir à des évaluations récurrentes basées sur des indicateurs de qualité et de performance pertinents pour s'assurer de la qualité des services dans l'ensemble des établissements (des pays comme l'Allemagne, le Danemark, la Suède et les Pays-Bas par exemple ont ce genre d'indicateurs qui sont publiés de façon transparente).
23. Attribuer un plus grand rôle aux personnes responsables, par exemple les directeurs généraux d'hôpitaux ou de CHSLD, et leur donner une plus grande flexibilité et plus d'imputabilité.
24. Miser davantage sur l'innovation et les nouvelles technologies, dont le numérique, et leur intégration rapide dans les services aux aînés (e.g. la télémédecine, les technologies comme l'IA).
25. Encourager l'apport de toute technologie qui peut contribuer à pallier le manque de personnel dans les établissements de soins, pour les tâches requérant moins de contacts humains et en soutien au personnel soignant ou aidant.
26. Poursuivre les efforts en R-D dans ce secteur, pour que les avancées scientifiques sur certaines maladies puissent permettre de les diagnostiquer plus tôt et de mieux les traiter, et ainsi réduire le fardeau économique et social qui en découle (p. ex., la maladie d'Alzheimer).
27. Promouvoir davantage la prévention, comme celle des chutes qui viennent au premier rang des causes d'hospitalisation pour une blessure chez les aînés et promouvoir également l'activité physique et de saines habitudes alimentaires.

Ressources humaines, en plus de s'inspirer des 10 solutions du CPQ pour la pénurie de la main-d'œuvre :

28. Optimiser l'apport de tous les professionnels de la santé et toutes les personnes qui œuvrent dans le système pour tirer profit de leurs compétences respectives et des tâches dans lesquelles chacun a la contribution la plus pertinente.
29. Documenter les obstacles réglementaires, administratifs et autres qui restreignent la disponibilité des ressources humaines et chercher à les lever et à introduire davantage de flexibilité et d'efficacité dans l'organisation du travail et la prestation de soins et services.



Annexe

Faits saillants du sondage

Pour le compte du CPQ, Léger a réalisé un sondage Web auprès de 1 049 Québécois(es) entre le 26 et le 29 novembre 2021 (résultats détaillés en annexe).

En faire plus pour les aînés en perte d'autonomie

- Une forte proportion (70 %) des répondants de 55 ans et + pensent que **le réseau de la santé et des services sociaux pourrait en faire plus** pour nos aînés en perte d'autonomie. L'âge semble jouer sur la perception alors que seulement 56 % des jeunes de 18 à 34 partagent cet avis.
- De plus, plus les répondants sont âgés, plus ils indiquent que **les municipalités devraient être davantage responsables** d'améliorer la qualité de vie des aînés en perte d'autonomie. Seuls 15 % des 18-34 ans sont de cet avis, alors que 24 % des retraités croient de même.

Garder nos aînés actifs et en santé

- Un aîné sur quatre (âgé de 55 ans et +) croit que **le maintien d'un lien d'emploi est une priorité** afin de rester actif et vieillir en santé.
- Notons qu'une même proportion d'aînés (23 %) est d'avis que **donner ou recevoir de la formation** est également un élément à prioriser. À cet effet, plus les répondants sont âgés, plus ils y sont favorables.
- On remarque que **les hommes (tout âge confondu) sont beaucoup plus nombreux que les femmes à voir le maintien d'un lien d'emploi comme une façon de rester actifs et de vieillir en santé** (29 % vs 17 %).
- 74 % des répondants de 55 et + pensent qu'il faut encourager les aînés à faire de l'activité physique. On remarque que **l'importance attribuée aux saines habitudes de vie grandit avec l'âge**, car seulement 58 % des 18-34 ans pensent qu'il faut encourager les aînés à faire de l'activité physique.
- Aussi, les femmes (68 %) identifient plus fortement que les hommes (54 %) **l'importance de maintenir le lien social entre les aînés et leur famille**.

Notes

- 1 Cela s'est avéré particulièrement lors de la 1^{re} vague. Par exemple selon l'INSPQ, en septembre 2020, 68 % des 6 000 décès reliés à la COVID-19 se sont produits dans les CHSLD, 17 % dans les résidences pour personnes âgées (RPA) et 10 % à domicile.
- 2 En 2012, le gouvernement du Québec a mis en place son Plan d'action 2012-2017: *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/vieillir-et-vivre-ensemble/>. En juin 2018, il a lancé son *Plan d'action 2018-2023: Un Québec pour tous les âges*, qui vise à favoriser la participation sociale des aînés à la société, leur permettre de vieillir en santé dans leur communauté et de vivre dans des environnements sécuritaires et accueillants, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/vieillir-et-vivre-ensemble/plan-d-action-2018-2023-un-quebec-pour-tous-les-ages>
- 3 Par exemple, dans son budget 2020-21, le gouvernement du Québec a annoncé sa volonté d'injecter une somme additionnelle de 190 millions \$ pour bonifier l'aide et les soins aux personnes âgées.
- 4 Institut de la statistique du Québec, *Projections de population, 2021*, <https://statistique.quebec.ca/fr/document/projections-de-population-le-quebec>
- 5 Statistique Canada, *Population projetée, selon le scénario de projection, l'âge et le sexe, au 1^{er} juillet*, tableau 17-10-0057-01 (scénario de projection M3: croissance moyenne). Il est à noter que selon l'Institut de la statistique du Québec il y aura 98 000 personnes de 20 à 64 ans de moins au Québec en 2030 qu'en 2019, <https://statistique.quebec.ca/fr/document/projections-de-population-le-quebec>, le faible écart avec les données ci-dessus s'explique essentiellement par la différence dans les hypothèses liées à l'immigration.
- 6 François Laliberté-Auger et coll., *Utilisation et coût de l'hébergement avec soins de longue durée au Québec, 2010 à 2050*, Assurances et gestion des risques, 2015, vol. 82, n° 3-4, pp. 23-41. La prévalence des démences triplera, passant de 1,6 % à 4,5 % de la population de 30 ans et plus entre 2010 et 2050.
- 7 https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/travail-emploi-solidarite-sociale/publications-adm/rapport/RA-diagnostic_professions.pdf?1619463185
- 8 Yves St-Maurice, Luc Godbout et Suzie St-Cerny, *La soutenabilité budgétaire à long terme du Québec, édition 2021: Au-delà de la pandémie*, Chaire en fiscalité et en finances publiques, Université de Sherbrooke, juin 2021, https://cffp.recherche.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2021/06/cahier_2021-07_soutenabilite_Final.pdf
- 9 En partant du PIB réel de 2019 de 460,36 G\$, et en appliquant la différence entre une croissance de 1,9 % et de 1,4 %. La population du Québec en 2040 devrait se situer à 9,46 millions de personnes.
- 10 ICIS, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2021*.
- 11 Statistiques budgétaires du Québec – Mars 2021 et calculs du CPQ. Les dépenses de programme en santé ont représenté pour leur part 50,2 % du budget de programmes du Québec.
- 12 Selon les données de l'ICIS, les dépenses du gouvernement du Québec en matière de santé pour la plus récente année se sont élevées à plus de 38,8 milliards \$, soit 8,4 % du PIB comparativement à 15,5 milliards \$, soit 6,5 % du PIB en 2001. ICIS, *Tendance des dépenses nationales de santé, Tableau D.4.5.1 Dépenses de santé du gouvernement provincial, par affectation de fonds, en millions de dollars courants, Québec, 1975 à 2021*.
- 13 *Op. cit.* note 8.
- 14 <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/03/202103-IDQ-FINANCES-PUBLIQUES.pdf>
- 15 Régie de l'assurance maladie du Québec, base de données ORIS, Tableau AM.06: *Principales variables selon la catégorie de personnes assurées*.
- 16 Clavet, Décarie, Hébert, Michaud et Navaux, *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*, Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, février 2021, https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier_21_01_financement_soutien_autonomie_personnes_agees_croisee_chemins.pdf
- 17 À titre de comparaison, pour le Canada, si la lancée actuelle se poursuit, le coût des soins de longue durée financés par l'État pour les personnes âgées – y compris les centres d'hébergement et les soins à domicile – devrait être multiplié par 3,2 sur la même période, passant de 22 milliards \$ à 71 milliards \$, après la prise en compte de l'inflation, <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5dbadf6ce6598c340ee6978f/1572527988847/The+Future+Cost+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf>. Ces coûts passeront de 9 % de l'impôt sur le revenu des particuliers en 2019 à 19 % d'ici 2050, et de 2 % à 4,3 % des salaires globaux. Le rapport ne fait pas d'estimations du PIB et donc de rapport des dépenses sur le PIB.
- 18 Le montant financé par les usagers passera de 721 millions \$ en 2020 à 3,2 milliards \$ en 2050, et celui assuré par le gouvernement du Québec passe de 3,2 milliards \$ en 2020 à 14,4 milliards \$ en 2050. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) du coût total de l'hébergement en CHSLD sera de 4,6 % sur la période 2020-2025, et de 6,6 % sur la période 2030-2035. Il diminuera ensuite pour atteindre 2,9 % sur la période 2045-2050. Le coût total de l'hébergement en RI-RTF serait pour sa part multiplié par 3,7 en 30 ans, et celui des SAD par 3,6.
- 19 Les auteurs expliquent ce choix par le fait que le coût final d'une place en Maisons des aînés est encore incertain.
- 20 Voir par exemple Jocelyne Richer, « Maisons des aînés: facture qui explose, places en moins et date d'ouverture inconnue », *L'Actualité*, 21 mars 2021. <https://lactualite.com/actualites/maisons-des-aines-facture-qui-explose-places-en-moins-et-date-douverture-inconnue/>
- 21 Parisa Mahboubi, *Intergenerational fairness: Will Our Kids Live Better than We Do*, C.D. Howe Institute, 2019, Commentary 529. Il faut noter toutefois que, selon d'autres analystes, le fardeau sera grandement atténué si le taux d'intérêt à long terme sans risque continue d'être inférieur au taux de croissance nominal du PIB.

Notes

- 22 <https://www.cpq.qc.ca/fr/publications/lettres-ouvertes/10-solutions-a-la-penurie-de-main-d-oeuvre-au-quebec/>
- 23 Les chiffres sont de 2019. Source OCDE.
- 24 Susan Baxter et coll., *Is working in later life good for your health? A systematic review of health outcomes resulting from extended working lives*, BMC Public Health 21:1356, 2021.
- 25 J.-M. Cousineau et P. Tircher, *Une évaluation de l'effet du crédit d'impôt pour la prolongation de carrière*. Cahier CFFP 2021-06, https://cffp.recherche.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2021/04/cr_2021-06_Analyse_du_CIPC.pdf. D'autres auteurs estiment cependant que le coût par emploi créé apparaît élevé avec la mesure actuelle, <https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/11/note-analyse-2021-3.pdf> et font des propositions pour améliorer l'efficacité des mesures.
- 26 Le gouvernement fédéral a déjà fait augmenter le seuil d'exemption totale de 3 500 \$ à 5 000 \$, et l'exemption partielle de 50 % des gains de 5 000 \$ à 15 000 \$.
- 27 Source: <https://www.capital.fr/economie-politique/retraite-lage-de-depart-fixe-a-70-ans-au-japon-1361697>.
- 28 Il s'agit en gros d'une approche pour créer plus de valeur pour la santé des patients par dollar dépensé.
- 29 Pour les profils Iso-SMAF de 11 et plus, il serait plus avantageux en ce moment, pour les places existantes, qu'une personne reçoive des soins en CHSLD plutôt que des SAD. Pour les nouvelles places en CHSLD, le coût total est plutôt comparable à celui des SAD. Voir Nicolas-James Clavet et coll., *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*, Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, Cahier de recherche, février 2021, https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier_21_01_financement_soutien_autonomie_personnes_agees_croisee_chemins.pdf et <https://www.lapresse.ca/affaires/2021-02-03/les-soins-a-domicile-ne-sont-pas-une-panacee.php>
- 30 Voir, par exemple, Yanick Labrie, *Rethinking Long-Term Care in Canada: Lessons on Public-Private Collaboration from Four Countries with Universal Health Care*, Institut Fraser, octobre 2021, 82 p., <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/rethinking-long-term-care-in-canada.pdf>
- 31 Source: https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier_21_01_financement_soutien_autonomie_personnes_agees_croisee_chemins.pdf et <https://www.lapresse.ca/affaires/2021-02-03/les-soins-a-domicile-ne-sont-pas-une-panacee.php>
- 32 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2021-2022. Réponses aux questions particulières de l'opposition officielle, volume 2*. Gouvernement du Québec, 2021, p. 41.
- 33 Roxane Borgès Da Silva et Claude Montmarquette, *La démographie au Québec et le défi posé par les personnes âgées*, CIRANO, août 2020, pp. 41-43.
- 34 Par exemple les logements de ruelle: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1037390/toronto-se-penche-sur-la-possibilite-de-creer-des-logements-dans-ses-ruelles>
- 35 <https://www.revenuquebec.ca/documents/fr/publications/in/IN-151%282021-02%29.pdf>
- 36 Par exemple, Clavet, Michaud, Hébert et Navaux, dans une publication récente du CREEI, suggèrent la création d'un compte autonomie fondé sur une approche similaire, dans le cadre duquel les usagers disposeraient de fonds leur permettant de choisir leur prestataire de soins à domicile (public ou privé, à but lucratif ou non), https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/05/cahier_21_04_impacts_financiers_virage_soutien_domicile_quebec.pdf
- Voir l'article de Francis Vailles résumant les points saillants de l'étude: <https://www.lapresse.ca/affaires/2021-05-27/une-solution-ingenieuse-pour-soigner-les-aines.php>
- « Par exemple, un aîné aux besoins assez importants (Iso-SMAF de 6) aurait droit à une allocation de 16 600 \$ par année pour acheter des soins à domicile. Les services pourraient être achetés tant auprès d'un CLSC que d'un organisme communautaire ou d'une entreprise privée, à but lucratif ou non. »
- 37 Bernard Fortin et coll., https://consultations.finances.gouv.qc.ca/RelanceEconometrique/propositions/RelanceEconometrique_Cirano_Coll.pdf
- 38 Åke Blomqvist et Colin Busby, *Shifting Towards Autonomy: A Continuing Care Model for Canada*. Commentary No. 443. C.D. Howe Institute, 2016.
- 39 Source: European Union, Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society, vol. 2 (country profiles), 2021.
- 40 Siramane Coulibaly, Bernard Fortin et Maripier Isabelle, *Relance économique et soins aux aînés*, dans La santé au cœur de la relance économique du Québec, Document pour réflexion, CIRANO, août 2020, p. 32-36.
- 41 Voir par exemple P. Fortin, https://lactualite.com/lactualite-affaires/couteuses-maisons-des-aines/?utm_source=L%E2%80%99actualit%C3%A9&utm_campaign=56bf69152e-EMAIL_CAMPAIGN_2021_09_29_05_00&utm_medium=email&utm_term=0_f566f03091-56bf69152e-397040582. Voir aussi https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Co%C3%BBt_h%C3%A9bergement_a%C3%AEn%C3%A9s_P%C3%B4le_sant%C3%A9_HEC_Montr%C3%A9al.pdf sur le coût des différents services d'hébergement des personnes âgées au Québec.

Notes

- 42 Des intervenants comme Clavet, Michaud, Hébert et Navaux, https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/05/cahier_21_04_impacts_financiers_virage_soutien_domicile_quebec.pdf font ce genre de suggestion.
- 43 Karen Eggleston, Yong Suk Lee et Toshiaki Iizuka, *Robots and Labor in the Service Sector: Evidence from the Nursing Homes*, Working Paper No. 28322, National Bureau of Economic Research, 2021, https://www.nber.org/system/files/working_papers/w28322/w28322.pdf
- 44 Jodi L. Liu et coll., *Assessing the preparedness of the Canadian health care system infrastructure for an Alzheimer's treatment*, Rapport de recherche, RAND Corporation, 2019.
- 45 Au Québec, le nombre d'hospitalisations de personnes âgées dues aux chutes est passé de 6 893 en 1991 à 19 087 en 2016, Mathieu Gagné et coll., *Évolution des hospitalisations attribuables aux chutes dans la population âgée de 65 ans et plus au Québec, de 1991 à 2016*, Institut national de santé publique du Québec, 4^e trimestre 2019. Une étude exhaustive menée par l'organisation Parachute, en collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada, avait estimé les coûts totaux reliés aux chutes chez les aînés au Canada à 5,6 G\$ en 2020, <https://parachute.ca/fr/ressource-professionnelle/le-cout-des-blessures-au-canada/>
- 46 Éric Tchouaket, Kelley Kilpatrick et Mira Jabbour, *Effectiveness for introducing nurse practitioners in six-long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-saving analysis*, *Nursing Outlook*, vol. 68, no^o 5, 2020, p. 611-625.
- 47 Portail Santé Montérégie, Un projet de paramédecine communautaire unique au Québec, Communiqué de presse, 20 novembre 2020. <https://www.santemonteregie.qc.ca/centre/nouvelles/un-projet-de-paramedecine-communautaire-unique-au-quebec>

Rapport

QUALITÉ DE VIE DES AÎNÉS AU QUÉBEC

Sondage auprès de la population québécoise



DATE 2021-11-30 NUMÉRO DE PROJET 13574-035



Leger



APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

MÉTHODOLOGIE

Le Conseil du patronat du Québec (CPQ) a mandaté la firme Léger afin de mesurer les éléments à prioriser pour que les aînés soient actifs et vieillissent en santé.

MÉTHODE

Un **sondage Web** a été réalisé auprès de 1 049 Québécois(es) pouvant s'exprimer en français ou en anglais.

QUAND ?

Les données ont été collectées du **26 au 29 novembre 2021**.

MARGE D'ERREUR

Il n'est pas possible de calculer une marge d'erreur sur un échantillon tiré d'un panel, mais à titre comparatif, la marge d'erreur maximale pour un échantillon de 1 049 répondants est de $\pm 3\%$, et ce 19 fois sur 20.

PONDÉRATION

Les résultats ont été pondérés **en fonction du sexe, de l'âge, de la langue maternelle, de la région, du niveau de scolarité, de la présence d'enfants dans le ménage** afin d'assurer un échantillon représentatif de la population québécoise.

DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES

Les nombres en caractères **gras et rouges** indiquent une différence significative statistiquement **inférieure** par rapport au complément, alors que les nombres en caractères **gras et verts** indiquent une différence significative statistiquement **supérieure** par rapport au complément.

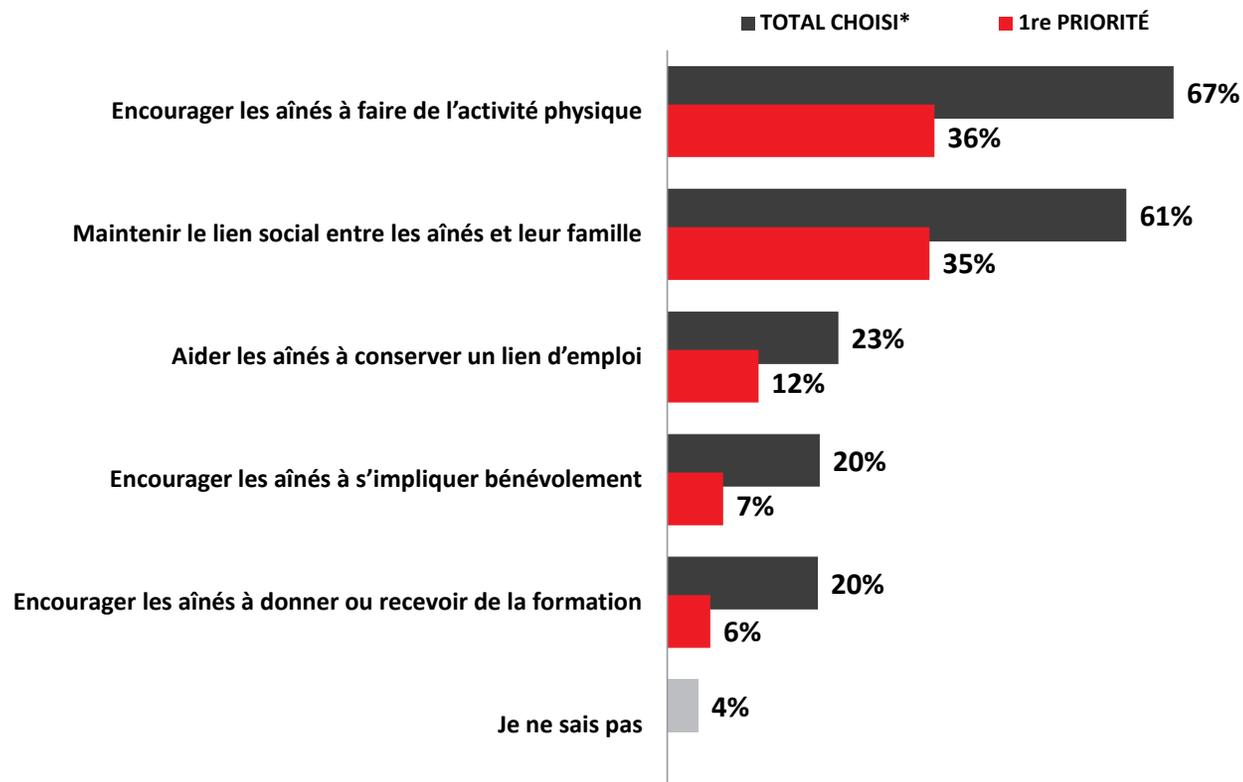
ARRONDISSEMENT

Les données présentées ont été arrondies. Par conséquent, il est possible que les totaux diffèrent légèrement de 100%.



RÉSULTATS DÉTAILLÉS

ÉLÉMENTS À PRIORISER (1/2)



Q1. Selon vous, quels sont les deux (2) éléments que le Québec devrait prioriser afin que les aînés soient actifs et vieillissent en santé?

Base : Tous les répondants (n=1 049)

*TOTAL CHOISI : % PRIORITÉ 1 + % PRIORITÉ 2

DEUX MENTIONS POSSIBLES - Les répondants ayant la possibilité de donner plusieurs réponses, le total des mentions peut être supérieur à 100%.

ÉLÉMENTS À PRIORISER (2/2)

TOTAL CHOISI*	TOTAL	SEXE		ÂGE			LANGUE		ENFANT(S)	
		Homme	Femme	18-34	35-54	55+	Franco	Non-franco	Oui	Non
n= 1 049		559	490	288	416	345	813	236	276	771
Encourager les aînés à faire de l'activité physique	67%	64%	71%	58%	66%	74%	67%	70%	64%	68%
Maintenir le lien social entre les aînés et leur famille	61%	54%	68%	64%	63%	58%	62%	60%	71%	58%
Aider les aînés à conserver un lien d'emploi	23%	29%	17%	21%	23%	24%	22%	25%	24%	22%
Encourager les aînés à s'impliquer bénévolement	20%	21%	20%	26%	21%	17%	22%	15%	22%	20%
Encourager les aînés à donner ou recevoir de la formation	20%	22%	18%	17%	18%	23%	19%	24%	13%	22%
Je ne sais pas	4%	5%	3%	7%	5%	2%	5%	3%	3%	5%

% 1 ^{re} PRIORITÉ	TOTAL	SEXE		ÂGE			LANGUE		ENFANT(S)	
		Homme	Femme	18-34	35-54	55+	Franco	Non-franco	Oui	Non
n= 1 049		559	490	288	416	345	813	236	276	771
Encourager les aînés à faire de l'activité physique	36%	34%	37%	28%	34%	42%	33%	45%	36%	35%
Maintenir le lien social entre les aînés et leur famille	35%	31%	39%	35%	38%	32%	37%	30%	35%	35%
Aider les aînés à conserver un lien d'emploi	12%	15%	10%	11%	13%	13%	13%	9%	14%	12%
Encourager les aînés à s'impliquer bénévolement	7%	9%	6%	13%	7%	4%	8%	7%	8%	7%
Encourager les aînés à donner ou recevoir de la formation	6%	7%	4%	7%	4%	7%	5%	7%	4%	6%
Je ne sais pas	4%	5%	3%	7%	5%	2%	5%	3%	3%	5%

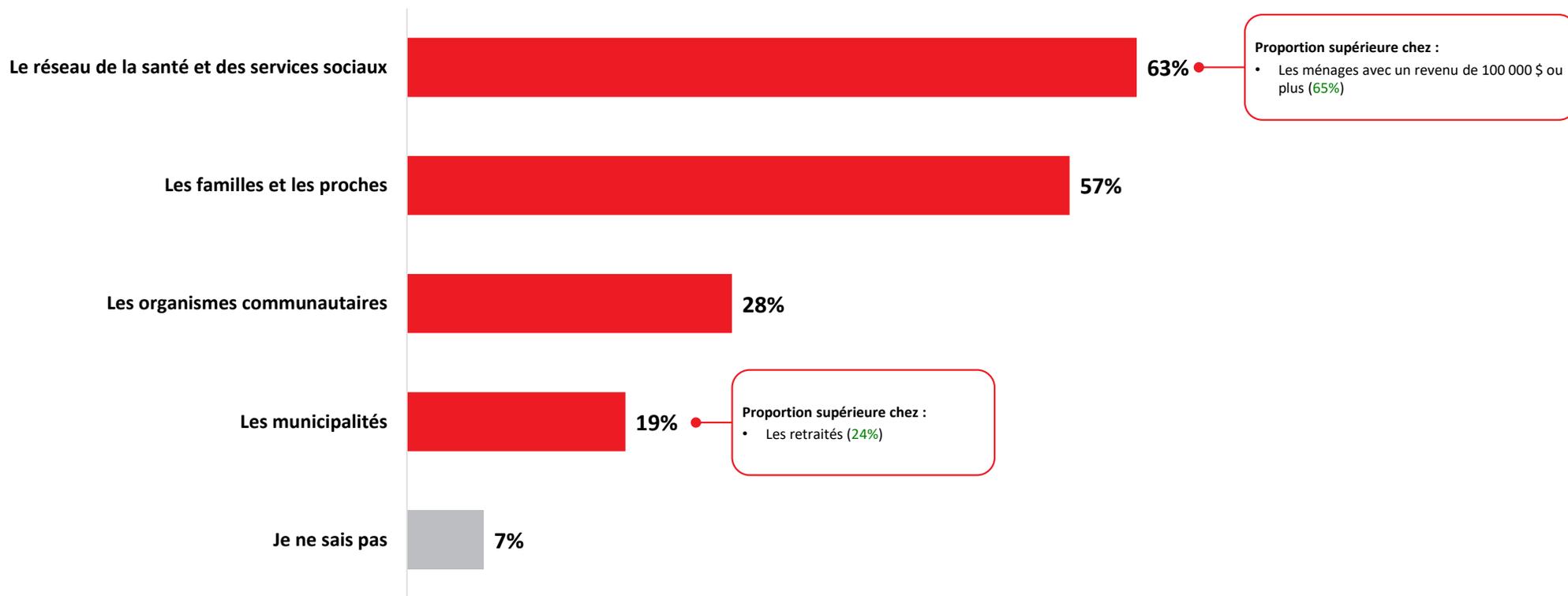
Q1. Selon vous, quels sont les deux (2) éléments que le Québec devrait prioriser afin que les aînés soient actifs et vieillissent en santé?

Base : Tous les répondants (n=1 049)

*TOTAL CHOISI : % PRIORITÉ 1 + % PRIORITÉ 2

DEUX MENTIONS POSSIBLES - Les répondants ayant la possibilité de donner plusieurs réponses, le total des mentions peut être supérieur à 100%.

PRINCIPAUX JOUEURS QUI POURRAIENT EN FAIRE PLUS (1/2)



Q2. Selon vous, quels sont les principaux joueurs qui pourraient en faire davantage pour améliorer la qualité de vie de nos aînés en perte d'autonomie?

Base : Tous les répondants (n=1 049)

DEUX MENTIONS POSSIBLES - Les répondants ayant la possibilité de donner plusieurs réponses, le total des mentions peut être supérieur à 100%.

PRINCIPAUX JOUEURS QUI POURRAIENT EN FAIRE PLUS (2/2)

	TOTAL	SEXE		ÂGE			LANGUE		ENFANT(S)	
		Homme	Femme	18-34	35-54	55+	Franco	Non-franco	Oui	Non
<i>n=</i> 1 049		559	490	288	416	345	813	236	276	771
Le réseau de la santé et des services sociaux	63%	57%	68%	56%	60%	70%	62%	65%	58%	64%
Les familles et les proches	57%	56%	58%	60%	56%	56%	58%	53%	59%	56%
Les organismes communautaires	28%	27%	29%	22%	34%	27%	28%	28%	29%	28%
Les municipalités	19%	19%	18%	15%	18%	22%	19%	20%	21%	18%
Je ne sais pas	7%	8%	5%	12%	7%	3%	6%	10%	7%	6%

Q2. Selon vous, quels sont les principaux joueurs qui pourraient en faire davantage pour améliorer la qualité de vie de nos aînés en perte d'autonomie?

Base : Tous les répondants (n=1 049)

DEUX MENTIONS POSSIBLES - Les répondants ayant la possibilité de donner plusieurs réponses, le total des mentions peut être supérieur à 100%.



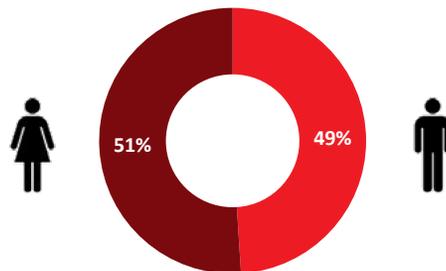
PROFIL DES RÉPONDANTS

PROFIL DES RÉPONDANTS (1/2)

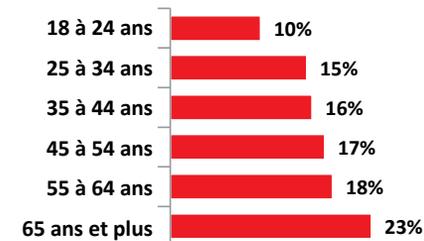


Québec	
Montréal RMR	50%
Québec RMR	10%
Autre	40%
Est	8%
Centre	15%
Ouest	17%

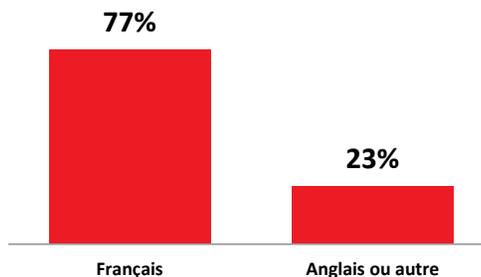
RÉGION



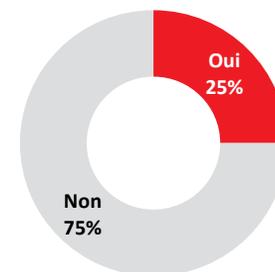
GENRE



ÂGE

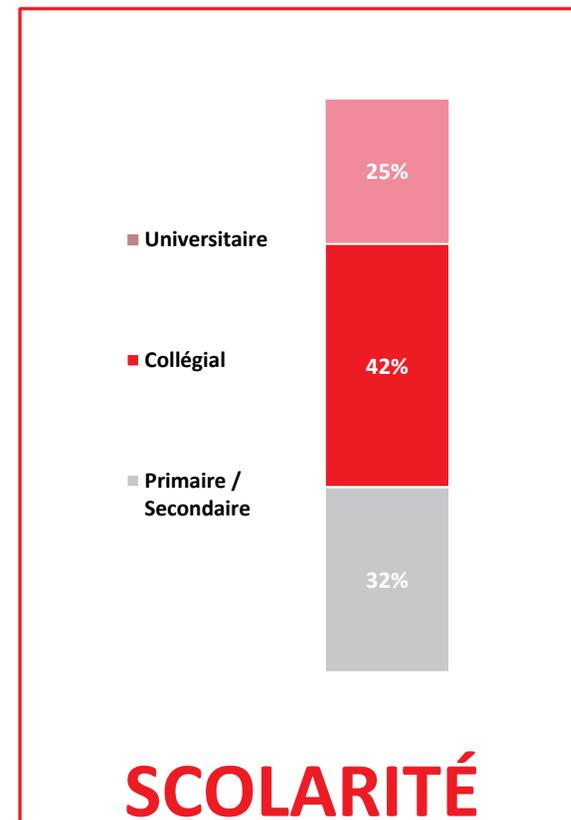
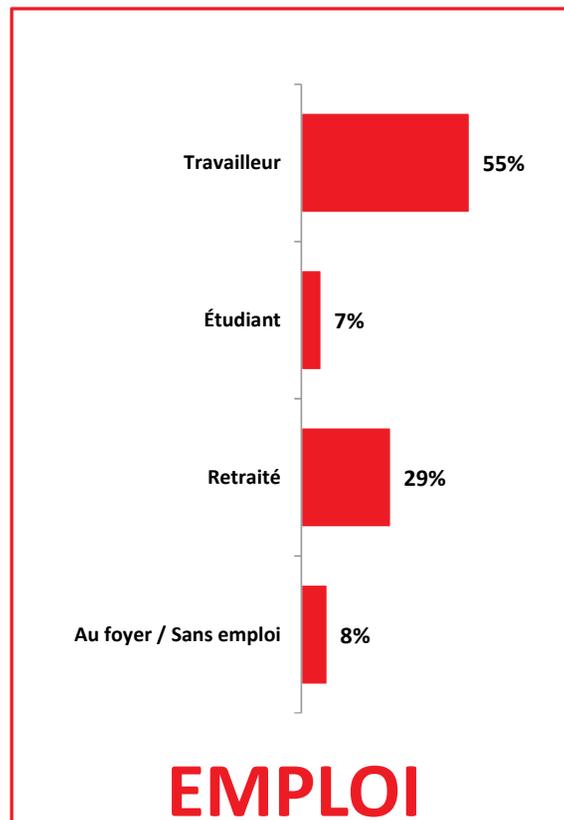
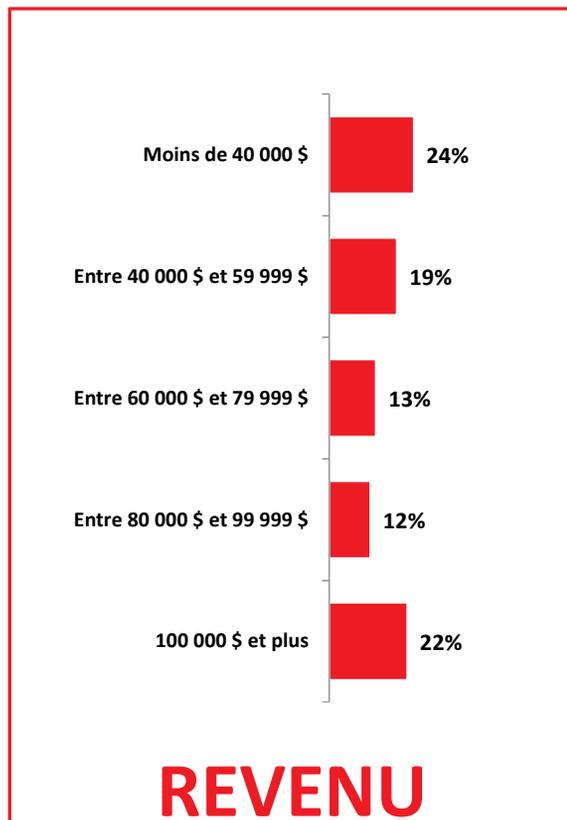


LANGUE



ENFANTS

PROFIL DES RÉPONDANTS (2/2)



Base : Tous les répondants (n=1 049)

Note : Pour chacune des catégories de profil, le complément à 100% correspond aux mentions « Ne sait pas » et « Refus ».