

Vieillesse de la population, état fonctionnel
des personnes âgées et besoins futurs en soins
de longue durée au Québec

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Vieillissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Mars 2010

AUTEUR

Robert Choinière, directeur adjoint
Vice-présidence aux affaires scientifiques

MISE EN PAGES

Hélène Fillion, agente administrative
Vice-présidence aux affaires scientifiques

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la maîtrise en management du programme International Masters for Health Leadership (IMHL) de l'Université McGill et d'une collaboration avec le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Nous tenons à remercier pour les commentaires judicieux, Rafael Bengoa, professeur au IMHL et ministre de la Santé et de la Consommation du gouvernement basque et Jean-Frédéric Lévesque, commissaire adjoint à la santé et au bien-être du Québec. Nous remercions également Caroline Boucher et Marc-André St-Pierre du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour les tableaux spéciaux sur les dépenses et sur les services de santé.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-58881-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-58882-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

SOMMAIRE

Cette étude se propose d'estimer l'ampleur de la demande future en soins de longue durée au Québec en fonction du vieillissement démographique projeté pour les prochaines décennies. La méthodologie retenue pour estimer les soins de longue durée se base sur des travaux réalisés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en utilisant les données québécoises sur les besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne et sur les incapacités sévères. Ainsi, on constate que le Québec devrait enregistrer l'un des taux d'accroissement les plus élevés du nombre de personnes de 65 ans et plus parmi les pays de l'OCDE. L'on prévoit que le nombre d'aînés ayant des besoins en soins de longue durée devrait plus que doubler entre 2006 et 2031 et devrait même tripler dans certaines régions. En parallèle, on estime que les effectifs de la population active (20-64 ans) demeureraient relativement stables, ce qui entraînerait une pression accrue sur les finances publiques et sur le système de soins. Le Québec devrait donc, comme d'autres pays l'ont déjà fait, d'une part, revoir l'organisation des soins de longue durée en offrant plus de services dans la communauté, et, d'autre part, étendre la gamme des soins couverts par le secteur public.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE	3
2 LA SANTÉ FONCTIONNELLE ET LES SOINS DE LONGUE DURÉE.....	7
3 LES BESOINS ACTUELS ET FUTURS EN SOINS DE LONGUE DURÉE	15
3.1 Méthodologie	15
3.2 Le Québec dans son ensemble	16
3.3 Les régions sociosanitaires du Québec.....	22
3.4 Les centres de santé et de services sociaux.....	25
3.5 Les comparaisons internationales	34
4 L'OFFRE DE SERVICE ET LES DÉPENSES ACTUELLES EN SOIN DE LONGUE DURÉE	37
4.1 L'offre de service	37
4.2 Les dépenses en soins de longue durée	38
4.3 Les dépenses futures	40
5 DISCUSSION	41
5.1 Les limites de cette étude	43
5.2 Pistes de recherche	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre et importance relative des aînés, selon l'âge, Québec, 1981 à 2041	3
Tableau 2	Accroissement du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, selon l'âge, et du nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans, Québec, 1981-1986 à 2036-2041	4
Tableau 3	Taux d'accroissement et importance relative des personnes de 65 ans et plus et de 85 ans et plus, Québec et pays sélectionnés de l'OCDE, 2005 et 2030	5
Tableau 4	Proportion des personnes vivant en ménages privés ayant un besoin d'aide pour les AVQ, ayant une incapacité sévère ou très sévère ou ayant souvent des difficultés avec les AVQ, Québec, 2001 à 2006 (en %)	11
Tableau 5	Prévalence des principales maladies chroniques selon le besoin d'aide pour les AVQ, population âgée de 65 ans et plus en ménages privés, Québec 2001-2001 (%).....	12
Tableau 6	Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant en institution de santé ou hébergées, Québec, 2001 et 2006 (en %).	13
Tableau 7	Nombre et proportion de personnes ayant des besoins de soins de longue durée, selon l'âge et le sexe, Québec, 2006 (données sur les institutions de santé du recensement)	17
Tableau 8	Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2006 données sur les institutions de santé du recensement)	18
Tableau 9	Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2006 (données sur les usagers des ressources d'hébergement)	18
Tableau 10	Population âgée de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, 2006 à 2041	20
Tableau 11	Ratio personnes ayant des besoins de soins de longue durée/population de 65 ans et plus, ratio personnes ayant des besoins de soins de longue durée/population totale et ratio personnes ayant des besoins de soins de longue durée/population de 20-64 ans, Québec, 2006 à 2041	21
Tableau 12	Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec et régions sociosanitaires, 2006 et 2031.....	24
Tableau 13	Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031.....	26
Tableau 14	Nombre de personnes de 65 ans et plus admises en ressources d'hébergement selon la catégorie de ressource, Québec, 2003 à 2008.....	37
Tableau 15	Principaux constats	42

LISTE DES ACRONYMES

AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EPLA	Enquête sur la participation et la limitation des activités
HSLD	Hébergement et soins de longue durée
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
RSS	Région sociosanitaire

INTRODUCTION

Le Québec connaît un vieillissement de sa population qui s'accroîtra au cours des prochaines décennies. Ce vieillissement se traduit déjà par une croissance soutenue du poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus liée à la combinaison de deux phénomènes, une fécondité relativement faible et une augmentation de l'espérance de vie. Cependant, le fait le plus marquant sera l'arrivée massive des *baby-boomers*, nés entre 1946 et 1966, dans le groupe des aînés. (Thibault et collab., 2004).

Ce vieillissement laisse présager une demande accrue en soins de longue durée et entraînera des répercussions considérables sur les dépenses reliées à ces soins qui englobent à la fois les services à domicile, les soins aux bénéficiaires dans la collectivité et les soins continus fournis dans les hôpitaux. On prévoit ainsi qu'au Canada, entre 2002 et 2026, l'effet pur du vieillissement fera grimper d'environ 2,1 % par année les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux allouées aux établissements de soins pour bénéficiaires dans la collectivité – c'est-à-dire aux centres de soins infirmiers, aux foyers de soins personnels et aux établissements de soins de longue durée. (ICIS, 2008).

Cette étude se propose d'examiner la demande actuelle et future en soins de longue durée en lien avec le vieillissement de la population québécoise. Elle sera estimée, d'une part, à partir des données d'enquêtes sur l'incapacité (selon différentes définitions de l'incapacité) et d'autre part, à partir des statistiques sur les personnes hébergées ou en institutions de santé. D'ailleurs, de nombreuses études empiriques sur la demande de soins formels confirment que l'incapacité, exprimée en termes de restrictions de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ), est le principal motif de recours soit à des services d'aide formelle soit de placement en institution (Jacobzone et collab., 2000; Lafortune et collab., 2007).

Nous viserons les cinq objectifs suivants :

1. Mesurer le vieillissement actuel et projeté de la population québécoise;
2. Étudier la santé fonctionnelle de la population québécoise âgée de 65 ans et plus en lien avec les besoins en soins de longue durée;
3. Estimer les besoins actuels en soins de longue durée pour le Québec dans son ensemble et à l'échelle des régions sociosanitaires et des centres locaux de santé et de services sociaux (CSSS);
4. Estimer les dépenses futures en soins de longue durée en distinguant les services à domicile des services en institution;
5. Comparer la situation québécoise actuelle et projetée à celle du Canada et de certains pays de l'OCDE.

Des méthodes d'estimations des besoins de soins de longue durée utilisées pour certains pays de l'OCDE seront appliquées au Québec et permettront de mieux évaluer l'effet du vieillissement sur la demande future en soins de longue durée et d'entrevoir les impacts sur l'organisation et le financement des services.

Cette étude ne consiste pas uniquement à compiler des données. L'on souhaite que les informations présentées soient utilisées pour orienter la prise de décision afin de mieux répondre aux besoins futurs en soin de longue durée. Bien que cette étude ait été réalisée dans le cadre de la maîtrise en management du programme *International Masters for Health Leadership* de l'Université McGill, elle a été également présentée au Commissaire à la santé et au bien-être du Québec en lien avec ses travaux sur le rapport d'appréciation 2010 portant sur les maladies chroniques. Le rôle du Commissaire est d'apporter un éclairage au débat public et à la prise de décision gouvernementale en matière de santé et de bien-être, notamment en appréciant la performance du système de santé et de services sociaux et en informant les citoyens. (Commissaire à la santé et au bien-être, 2008).

Nous espérons que les informations présentées dans ce texte contribueront, dans une relative mesure, à identifier des pistes et à déployer des actions. Car jusqu'à maintenant, en dépit des réformes mises en place au Québec, un décalage existe toujours entre l'organisation, le financement, la prestation de services axés sur le court terme et les besoins de longue durée des personnes âgées fragiles et dépendantes (Lafortune et collab., 2008¹).

¹ Nous faisons souvent référence dans le texte à deux auteurs Lafortune et collab., 2007 et Lafortune et collab., 2008. Il s'agit de deux auteurs distincts, c'est pourquoi nous indiquerons toujours l'année après le nom.

1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE

La population du Québec va connaître dans les prochaines années un vieillissement marqué de sa population qui se traduira par une hausse importante du nombre et de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus. Ce phénomène de vieillissement est la résultante de la baisse marquée du nombre de naissances depuis le milieu des années soixante et d'une augmentation soutenue de l'espérance de vie à la naissance. Les dernières projections de l'Institut de la statistique du Québec paru en juillet 2009 confirment cette tendance (ISQ, 2009).

En 2006, on comptait au Québec un million de personnes âgées de 65 ans et plus et environ 120 000 personnes âgées de 85 ans et plus (tableau 1). L'arrivée massive des *baby-boomers*, nés entre 1944 et 1968², devrait, entre 2006 et 2026, tout d'abord faire exploser les effectifs des personnes de 65 à 74 ans, puis, entre 2016 et 2036, ceux des personnes de 75 à 84 ans et finalement, à partir de 2026, ceux des personnes de 85 ans et plus.

Ce déplacement des *baby-boomers* vers les derniers étages de la pyramide des âges est accentué par une hausse continue de l'espérance de vie. Ainsi, l'ISQ, dans le scénario de référence de ses perspectives, prévoit que l'espérance de vie à la naissance devrait atteindre en 2051, 85,5 ans chez les hommes et 89,0 ans chez les femmes. Les valeurs préliminaires estimées pour 2008 sont de 79,2 ans chez les hommes et de 83,6 ans chez les femmes (INSPQ, 2009).

Tableau 1 Nombre et importance relative des aînés, selon l'âge, Québec, 1981 à 2041

Âge des <i>baby-boomers</i>	Effectifs						Importance relative (%)		
	Année	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	65 ans et plus	tous âges	65 ans et plus	75 ans et plus	85 ans et plus
13-36 ans	1981	372 058	163 564	37 587	573 209	6 547 705	8,8	3,1	0,6
18-41 ans	1986	411 705	198 193	47 907	657 805	6 708 468	9,8	3,7	0,7
23-46 ans	1991	479 772	239 159	63 341	782 272	7 064 586	11,1	4,3	0,9
28-51 ans	1996	523 956	267 677	77 329	868 962	7 246 896	12,0	4,8	1,1
33-56 ans	2001	549 395	320 421	95 295	965 111	7 396 988	13,0	5,6	1,3
38-61 ans	2006	575 621	370 543	118 917	1 065 081	7 631 552	14,0	6,4	1,6
43-66 ans	2011	691 887	403 368	158 582	1 253 837	7 946 837	15,8	7,1	2,0
48-71 ans	2016	851 901	441 567	194 491	1 487 959	8 227 004	18,1	7,7	2,4
53-76 ans	2021	980 166	545 548	222 220	1 747 934	8 470 571	20,6	9,1	2,6
58-81 ans	2026	1 091 008	682 435	255 551	2 028 994	8 678 345	23,4	10,8	2,9
63-86 ans	2031	1 137 338	797 724	327 577	2 262 639	8 838 257	25,6	12,7	3,7
68-91 ans	2036	1 041 081	901 788	416 256	2 359 125	8 956 967	26,3	14,7	4,6
73-96 ans	2041	954 078	950 034	505 944	2 410 056	9 049 191	26,6	16,1	5,6

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005; Institut de la statistique du Québec, 2009.

² Au Québec, entre 1944 et 1968, on enregistrait plus de 100 000 naissances par année. Ce nombre a atteint un creux historique de moins de 75 000 naissances entre 1999 et 2004. Depuis 2006, on assiste à une reprise de la fécondité et le nombre annuel de naissance se situe au-dessus de 80 000 (ISQ, 2009a).

Ainsi, le nombre d'aînés devrait passer en 2031 à 2,3 millions et celui des aînés de 85 ans et plus à 300 000. À ce moment, plus du quart de la population québécoise serait âgée de 65 ans et plus et en 2041 une personne sur six aurait 75 ans et plus et une sur dix-huit, 85 ans et plus.

Lorsque l'on tient compte uniquement de l'évolution de l'importance relative des personnes âgées de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population, on remarque que le vieillissement futur de la population québécoise ne montre pas de rupture avec les tendances des dernières décennies (Quesnel-Vallée et Soderstrom, 2008). Cependant, l'examen des effectifs de population en cause illustre mieux l'importance de ce vieillissement. Entre 2006 et 2026, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans augmentera à un rythme de plus de 100 000 personnes aux cinq ans (tableau 2). Celles âgées de 75 à 84 ans devraient également s'accroître selon un rythme semblable entre 2016 et 2036. Enfin, le groupe des 85 ans et plus devrait enregistrer une croissance quinquennale de ses effectifs supérieurs à 70 000 entre 2026 et 2041. Pour l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus, l'on prévoit une croissance quinquennale supérieure à 200 000 entre 2011 et 2031.

À l'opposé, la population active, les personnes âgées de 20 à 64 ans, va voir ses effectifs augmenter moins rapidement à partir de 2011 et même subir une diminution entre 2016 et 2031. Ainsi, le ratio personnes âgées/personnes d'âge actif devrait plus que doubler entre 2006 et 2041. Ceci devrait ainsi avoir des impacts importants sur la viabilité financière future des régimes s'adressant aux personnes âgées financés à partir des fonds publics (OCDE, 2005).

Tableau 2 Accroissement du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, selon l'âge, et du nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans, Québec, 1981-1986 à 2036-2041

Période	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	65 ans et plus	20-64 ans
1981-1986	39 647	34 629	10 320	84 596	271 000
1986-1991	68 067	40 966	15 434	124 467	213 259
1991-1996	44 184	28 518	13 988	86 690	78 046
1996-2001	25 439	52 744	17 966	96 149	160 797
2001-2006	26 226	50 122	23 622	99 970	179 966
2006-2011	116 266	32 825	39 665	188 756	126 914
2011-2016	160 014	38 199	35 909	234 122	56 994
2016-2021	128 265	103 981	27 729	259 975	-70 036
2021-2026	110 842	136 887	33 331	281 060	-123 637
2026-2031	46 330	115 289	72 026	233 645	-47 838
2031-2036	-96 257	104 064	88 679	96 486	51 014
2036-2041	-87 003	48 246	89 688	50 931	56 893

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005; Institut de la statistique du Québec, 2009.

On anticipe depuis plusieurs années que le Québec devrait enregistrer l'un des taux d'accroissement les plus élevés du nombre de personnes de 65 ans et plus parmi les pays de l'OCDE (Gauthier et collab., 2004). C'est ce que démontre bien le tableau 3. Cinq États³, dont le Québec, se démarquent et verront le nombre de leurs aînés doubler (augmentation de plus de 100 %) d'ici les 25 prochaines années. En ce qui concerne les personnes de 85 ans et plus, seul le Japon devrait enregistrer une croissance plus importante que le Québec.

Tableau 3 Taux d'accroissement et importance relative des personnes de 65 ans et plus et de 85 ans et plus, Québec et pays sélectionnés de l'OCDE, 2005 et 2030

Pays	Population de 65 ans et plus			Population de 85 ans et plus		
	Taux d'accroissement des effectifs (%)	Importance relative (%)	Importance relative (%)	Taux d'accroissement des effectifs (%)	Importance relative (%)	Importance relative (%)
	2005-2030	2005	2030	2005-2030	2005	2030
Australie	113	13,1	22,2	113	1,5	3,2
Québec	112	14,0	25,6	138	1,6	3,7
Nouvelle-Zélande	112	12,1	21,9	121	1,4	3,1
Canada	111	13,1	23,0	80	1,5	2,7
Irlande	104	11,2	18,5	100	1,1	2,2
États-Unis	95	12,4	19,6	53	1,7	2,6
Islande	91	11,7	19,2	38	1,3	1,8
Finlande	70	15,9	26,0	100	1,6	3,2
Suisse	66	15,9	24,2	95	2,0	3,9
Pays-Bas	66	14,1	22,4	53	1,5	2,3
Norvège	63	14,7	20,6	24	2,1	2,6
France	61	16,6	25,1	100	1,9	3,8
Espagne	57	16,8	25,1	95	1,9	3,7
Royaume-Uni	56	16,0	22,5	85	2,0	3,7
Autriche	55	16,2	23,4	113	1,6	3,4
Suède	47	17,3	22,8	40	2,5	3,5
Belgique	46	17,3	24,1	82	1,7	3,1
Japon	42	20,2	31,8	222	2,3	7,4
Danemark	42	14,9	21,3	39	1,8	2,5
Italie	38	19,7	27,3	124	2,1	4,7
Grèce	38	18,3	24,8	123	1,3	2,9
Allemagne	38	18,8	26,3	129	1,7	3,9
Portugal	38	16,8	23,9	93	1,4	2,7

Sources : Lafortune et collab., 2007; ISQ, 2009.

Note : Pour le Québec, les données se rapportent aux années 2006 et 2031 plutôt qu'à celles de 2005 et 2030.

³ Ces États sont par ordre décroissant du taux d'augmentation des personnes de 65 ans et plus l'Australie, le Québec, la Nouvelle-Zélande, le Canada et l'Irlande.

Le vieillissement particulièrement accentué que connaîtra le Québec au cours des 25 prochaines années fera en sorte que celui-ci devrait passer, parmi vingt-trois pays sélectionnés de l'OCDE, du 17^e rang au 5^e rang en qui concerne l'importance relative des personnes de 65 ans et plus dans la population et du 15^e rang au 6^e rang pour celle des personnes de 85 ans et plus.

Le Canada devrait également subir un vieillissement marqué de sa population. D'ailleurs, on prévoit que le Canada enregistrera un accroissement de ses effectifs de personnes de 65 ans et plus comparable à celui du Québec. Cependant, l'importance relative des personnes de 65 ans et plus ainsi que de celles de 85 ans et plus sera plus faible au Canada qu'au Québec. Cela s'explique par le fait que le *baby-boom* a été légèrement plus intense au Québec que dans l'ensemble du Canada, mais surtout à cause de la chute de la fécondité au cours des années soixante qui fut beaucoup plus prononcée au Québec. Ceci a eu pour effet d'entraîner une sous-représentation plus forte au Québec qu'au Canada, des générations nées après le milieu des années soixante.

D'ailleurs, de 1961 à 2006, l'indice synthétique de fécondité du Québec a été systématiquement inférieur à celui du Canada (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2009; ISQ, 2009; Statistique Canada, 2008).

Le prochain chapitre nous permettra de voir comment la santé de la population et conséquemment la demande en soins de santé, particulièrement pour les soins de longue durée, sont liées à la distribution de la population selon l'âge, et donc au vieillissement de la population.

2 LA SANTÉ FONCTIONNELLE ET LES SOINS DE LONGUE DURÉE

Il existe un large éventail d'indicateurs disponibles au Québec permettant de mesurer l'état de santé de la population (INSPQ et collab., 2006; Statistique Canada et ICIS, 2009; INSPQ, 2009, MSSS, INSPQ et ISQ, 2008). Dans cette étude, nous concentrerons notre analyse sur les indicateurs de santé qui ont un lien avec les besoins en soins de longue durée chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit la clientèle presque exclusive de ces soins.

Les soins de longue durée couvrent une série de services aux personnes dépendant de l'aide d'une tierce personne pour effectuer des activités de base de la vie quotidienne, les AVQ (se laver, s'habiller ou manger) ou instrumentales de la vie quotidienne, les AIVQ (effectuer le ménage, préparer les repas ou gérer ses finances personnelles). Ces besoins de soins de longue durée sont principalement liés à une affection chronique durable générant une incapacité physique ou mentale (OCDE, 2005; OCDE, 2006; Family Care Giver Alliance, 2005; Branch, 2000; Feder et collab., 2007; Johnson et collab., 2007).

Les soins de longue durée peuvent être donnés à domicile, dans des centres de jours pour adultes, dans des maisons de retraite et dans des institutions de santé (Feder et collab., 2007; ICIS, 2005).

La demande en soins de longue durée dépend donc du nombre de personnes qui ont besoin d'aide pour effectuer les AVQ ou les AIVQ. Certaines études ne retiennent que les AVQ (Lafortune et collab., 2007; Jacobzone et collab., 2000) alors que d'autres incluent également les AIVQ (Johnson et collab., 2007; Spillman, 2004; Pickard et collab., 2007).

Les AVQ sont des activités de base nécessaires aux soins personnels et sont généralement un indicateur d'un plus grand niveau d'incapacité et de vulnérabilité que les AIVQ, qui sont des activités liées plus étroitement à la capacité de vivre sans dépendance (Spillman, 2004). Ainsi, on peut obtenir différents niveaux de sévérité d'incapacité (ou de dépendance à des soins) du moins sévère au plus sévère en ne retenant que le besoin d'aide pour les AIVQ jusqu'au besoin d'aide pour plusieurs AVQ (Manton et collab., 2006; Pickard et collab., 2007; Johnson et collab., 2007; Spillman, 2004; Jacobzone et collab., 2000).

Si pour les AIVQ, il semble y avoir une diminution dans le temps, les tendances sont moins claires pour les incapacités plus sévères liées aux AVQ (Johnson et collab., 2007; Manton et collab., 2006; Spillman, 2004; Lafortune et collab., 2007; OCDE, 2005).

D'autre part, l'incapacité modérée, mesurée principalement par les AIVQ, semble être plus sujette aux erreurs de mesure et aux écarts entre pays (Jacobzone et collab., 2000). À l'inverse, les incapacités sévères mesurées par les AVQ sont liées à l'état de santé de manière mesurable et représente une variable d'approximation raisonnable du besoin de soins de longue durée (Jacobzone et collab., 2000). De plus, les incapacités sévères ont tendance à être déclarées avec plus de fiabilité par les personnes rejointes dans les enquêtes et elles sont plus directement liées à la demande pour des soins de longue durée (Lafortune et collab., 2007).

Au Québec et au Canada, il existe une variété de statistiques disponibles sur l'incapacité et sur les concepts associés (limitations d'activités, autonomie fonctionnelle, dépendance, désavantage, santé fonctionnelle) et les méthodes de collectes de l'information diffèrent d'une enquête à l'autre (INSPQ et collab., 2006, Philibert et collab., 2007).

Dans certains cas, les données sont recueillies par des enquêtes générales couvrant de nombreux thèmes, dont l'incapacité, telles que les enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008, les enquêtes nationales de santé des populations de 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 ou les enquêtes québécoises de 1987, 1992-1993 et 1998. Dans d'autres cas, les informations proviennent d'enquêtes spécifiques sur l'incapacité, telles que les enquêtes sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et 1991, les enquêtes sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006 et l'enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998. Des données sur l'incapacité sont également disponibles à partir des recensements canadiens de 1986, 1991, 1996, 2001 et 2006 (INSPQ, 2001; INSPQ et collab., 2006; Philibert et collab., 2007; Garneau, 2009, Statistique Canada, 2007a).

Toutes ces sources d'information font en sorte de complexifier le choix des mesures de l'incapacité puisque celles-ci ne sont pas fondées sur les mêmes concepts. Certaines se réfèrent à la santé fonctionnelle et d'autres aux limitations dans les activités de la vie quotidienne. Certaines mesures ont une définition précise fondée sur un certain nombre de critères évalués à partir de plusieurs questions alors que d'autres utilisent une définition plus vague mesurée par une seule question. De plus, les mêmes concepts peuvent être exprimés par des niveaux d'incapacité qui ne sont pas comparables (Philibert et collab., 2007).

La plupart des enquêtes fournissant de l'information sur l'incapacité ne couvrent que les personnes vivant en ménage privé. Il y a très peu d'information sur la prévalence des incapacités parmi les pensionnaires d'institution. Enfin, de façon systématique, le Québec présente des taux d'incapacité plus faibles que les autres provinces canadiennes, notamment pour les niveaux les moins sévères d'incapacité (Garneau, 2009, INSPQ et collab., 2006a).

Dans cette étude, à l'instar de Jacobzone et collab. (2000) et Lafortune et collab. (2007), nous concentrerons notre attention sur les mesures d'incapacité sévère ou de besoins pour les AVQ qui sont des variables d'approximation raisonnable du besoin de soins formels ou de placement en institution. Comme les informations disponibles ne couvrent que les personnes vivant en ménages privés ou à domicile, nous compléterons celles-ci par les données sur les personnes en institution de santé. Et comme d'autres, nous ferons l'hypothèse que toutes les personnes vivant en institution ont une forme sévère d'incapacité (Jacobzone et collab., 2000; Pampalon et collab., 2001; Wilkins, 1995; Lafortune et collab., 2007).

Nous l'avons vu, les sources fournissant de l'information sur l'incapacité sont nombreuses ainsi que les concepts associés. Il n'existe donc pas une définition unique et consensuelle de l'incapacité sévère. Nous allons utiliser trois mesures qui nous fourniront une fourchette à l'intérieur de laquelle devrait se trouver une approximation du nombre de personnes ayant des besoins en soins de longue durée.

La première mesure est celle préconisée par Lafortune et collab., (2007) pour le Canada dans une étude sur les tendances de l'incapacité sévère chez les personnes âgées de douze pays de l'OCDE. Il s'agit du nombre de personnes déclarant avoir besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne⁴. Les données que nous utiliserons seront tirées des enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 et des enquêtes sur la santé et les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, 2003 et 2005. Les résultats que nous obtiendrons pour le Québec pourront donc être comparés à ceux de Lafortune et collab., (2007) pour le Canada.

La deuxième mesure est obtenue à partir de l'enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) pour les années 2001 et 2006. Cette enquête est conçue spécifiquement pour recueillir des renseignements sur les adultes et les enfants qui ont une incapacité. Elle fournit des informations sur la prévalence de diverses incapacités, les types de soutien offerts aux personnes ayant une incapacité, le profil d'emploi de ces personnes, leur revenu et leur participation aux activités sociétales (Statistique Canada, 2007a). La mesure retenue est l'incapacité sévère ou très sévère déterminée en fonction de l'intensité et de la fréquence des limitations déclarées par le répondant.

La dernière mesure retenue est tirée du recensement canadien. Elle correspond aux personnes ayant déclaré avoir souvent des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne. Les données retenues ici se rapportent aux recensements de 2001 et 2006, celles disponibles pour les recensements précédant n'étant pas comparables (Statistique Canada, 2003a). Les questions du recensement sur l'incapacité ont pour objectif principal de définir la base de sondage de l'EPLA. Même si l'EPLA constitue la principale source de données sur l'incapacité, les informations sur l'incapacité tirées du recensement ont l'avantage de pouvoir être désagrégées à une échelle très fine à l'intérieur du Québec. Elles permettent ainsi d'estimer les besoins en soins de longue durée aux échelons régionaux et locaux.

Les trois mesures présentées ci-dessus se limitent aux personnes vivant en ménages privés. Elles permettent donc d'estimer le besoin de soins formels de longue durée à domicile.

Pour les soins de longue durée en institution, l'on doit utiliser d'autres sources. Pour le Québec, il existe deux sources : les données du recensement canadien sur les personnes en institution et les données québécoises sur les ressources d'hébergement. Au recensement, les institutions de santé englobent les hôpitaux généraux, les hôpitaux assurant des soins d'urgence, les autres hôpitaux et établissements connexes, ainsi que les centres de traitement et les établissements pour personnes ayant une incapacité, les maisons de repos et les foyers pour personnes âgées (INSPQ et collab., 2006a). Les ressources d'hébergement comprennent les centres d'hébergement et de soins de longue durée publics et privés, les ressources de type familial (familles d'accueil) gérées par un établissement public, les ressources intermédiaires gérées par un établissement public et les résidences privées avec services (Info-hébergement, 2008).

⁴ La question permettant de recueillir l'information s'énonce de la façon suivante : à cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide à vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger? (Statistique Canada, 2003).

Dans les tableaux qui suivent, les données seront présentées selon l'âge et le sexe. Deux groupes d'âge ont été retenus, 65-74 ans et 75 ans et plus. Compte tenu de la petite taille des échantillons pour les personnes de 65 ans et plus en ménages privés dans les enquêtes, il est difficile d'obtenir des données précises pour des groupes d'âge plus détaillés.

Le tableau 4 présente la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménages privés qui auraient besoin de soins de longue durée selon les trois mesures retenues. On observe ainsi différentes tendances. La première est que l'on retrouve des proportions beaucoup plus faibles pour les personnes ayant déclaré avoir besoin d'aide pour les AVQ que pour celles ayant répondu souffrir d'incapacité sévère ou très sévère ou disant avoir souvent des difficultés avec les AVQ.

Pour les trois mesures, les proportions sont nettement plus élevées dans le groupe des 75 ans et plus comparativement à celui des 65-74 ans. En général, les proportions sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes, mais pour le besoin d'aide dans les AVQ, il n'y a pas de tendance claire et les différences entre les sexes sont relativement faibles. De plus, des changements dans la base de sondage entre les ESCC 2000-2001, 2003 et 2005 affectent la comparabilité des résultats dans le temps relativement au besoin d'aide pour les AVQ (Plante, Côté et Courtemanche, 2009). Il est donc hasardeux de comparer les résultats dans le temps.

Tableau 4 Proportion des personnes vivant en ménages privés ayant un besoin d'aide pour les AVQ, ayant une incapacité sévère ou très sévère ou ayant souvent des difficultés avec les AVQ, Québec, 2001 à 2006 (en %)

Hommes		65-74 ans	75 ans et plus	65 ans et plus
ENSP 1994-1995	Besoin d'aide AVQ	0,97	7,93	3,41
ENSP 1996-1997	Besoin d'aide AVQ	3,90	9,31	5,91
ENSP 1998-1999	Besoin d'aide AVQ	2,88	10,59	6,11
ESCC 2000-2001	Besoin d'aide AVQ	2,18	10,23	5,00
ESCC 2003	Besoin d'aide AVQ	2,77	8,40	4,66
ESCC 2005	Besoin d'aide AVQ	1,95	6,60	3,56
EPLA 2001	Incapacité sévère et très sévère	7,40	16,37	10,52
EPLA 2006	Incapacité sévère et très sévère	7,40	15,74	10,61
Recensement 2001	Difficultés avec les AVQ souvent	8,31	20,50	12,13
Recensement 2006	Difficultés avec les AVQ souvent	7,71	17,12	11,28
Femmes				
ENSP 1994-1995	Besoin d'aide AVQ	0,00	7,00	2,20
ENSP 1996-1997	Besoin d'aide AVQ	1,89	14,06	6,29
ENSP 1998-1999	Besoin d'aide AVQ	0,50	11,40	4,63
ESCC 2000-2001	Besoin d'aide AVQ	2,22	9,17	5,03
ESCC 2003	Besoin d'aide AVQ	1,86	8,80	4,83
ESCC 2005	Besoin d'aide AVQ	1,88	7,80	4,58
EPLA 2001	Incapacité sévère et très sévère	8,45	22,39	14,38
EPLA 2006	Incapacité sévère et très sévère	10,03	24,45	16,69
Recensement 2001	Difficultés avec les AVQ souvent	8,42	26,15	15,00
Recensement 2006	Difficultés avec les AVQ souvent	7,98	20,86	13,78

Sources : Statistique Canada, ENSP 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Statistique Canada, ESCC 2000-2001, 2003 et 2005; Statistique Canada, EPLA 2001 et 2006; Statistique Canada, recensement du Canada, 2001 et 2006.

Il est possible à partir des ESCC de vérifier si les personnes qui ont besoin d'aide pour les AVQ présentent une ou plusieurs maladies chroniques. Le tableau 5 présente la prévalence des principales maladies chroniques selon le besoin ou non d'aide pour les AVQ à partir de l'ESCC 2000-2001. Cette enquête a été retenue, d'une part, parce que le pourcentage d'entrevue en personne (par opposition aux entrevues téléphoniques) est beaucoup plus élevé que pour les ESCC 2003 et 2005 ce qui en augmente la précision, et, d'autre part, par la disponibilité de l'information sur le nombre de maladies chroniques par personne. Les problèmes de santé ou maladies identifiées dans l'ESCC sont les problèmes qui durent, ou qui devraient durer, six mois ou plus et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé (INSPQ et collab., 2006).

Tableau 5 Prévalence des principales maladies chroniques selon le besoin d'aide pour les AVQ, population âgée de 65 ans et plus en ménages privés, Québec, 2000-2001 (%)

Maladie	Besoin d'aide pour les AVQ		Total
	Oui	Non	
Hypertension	42,6	38,1	38,3
Arthrite et rhumatisme	50,2	34,0	34,8
Maladie cardiaque	36,5	19,4	20,3
Cataracte	31,6	17,9	18,6
Diabète	21,7	12,6	13,1
Maux de dos	19,9	11,6	12,0
Asthme	14,4	8,2	8,5
Incontinence urinaire	22,4	6,4	7,2
A au moins un problème de santé chronique	93,9	83,4	84,0
A au moins deux problèmes de santé chronique	82,8	59,8	61,0
A au moins trois problèmes de santé chronique	67,4	38,8	40,2

Source : Statistique Canada, ESCC 2000-2001.

On observe ainsi que les principaux problèmes de santé que l'on retrouve dans la population québécoise de 65 ans et plus sont par ordre d'importance l'hypertension, l'arthrite et rhumatisme, les maladies cardiaques, les cataractes, le diabète et les maux de dos. On remarque également que la prévalence est plus élevée chez les personnes ayant besoin d'aide pour les AVQ que chez les autres. Enfin, l'on peut voir que la très grande majorité des personnes de 65 ans et plus ayant besoin d'aide pour les AVQ présente au moins un problème de santé et que les deux tiers souffrent d'au moins trois problèmes de santé chroniques. Il est à noter que l'ESCC n'inclut pas les problèmes de santé mentale dans sa définition des maladies chroniques. Ainsi, si l'on ajoutait les troubles mentaux, la présence d'une ou de plusieurs maladies chroniques pourrait être encore plus importante chez les personnes de 65 ans et plus, particulièrement chez celles ayant un besoin d'aide pour les AVQ.

Le tableau 6 présente quelques données sur les personnes vivant en institution de santé et sur les usagers des ressources d'hébergement. La proportion de personnes de 65 ans et plus en institution est de l'ordre de 8,5 % et celle hébergée de 11,5 %. Les proportions augmentent très rapidement avec l'âge et sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Les données sur l'hébergement ne sont pas disponibles selon le sexe et englobent les personnes en centres d'hébergement et de soins de longue durée publics et privés conventionnés, en résidence privée avec services ou utilisant des ressources de type familial ou intermédiaires (Info-Hébergement, 2008).

Dans le temps, les taux d'hébergement ou d'institutionnalisation montrent de très faibles variations. Dans le groupe des 65-74 ans, les deux taux diminuent très légèrement alors que chez les 75 ans et plus, l'institutionnalisation faiblit très modestement alors que l'hébergement montre une hausse ténue. L'accroissement plus important du poids démographique des 75 ans et plus par rapport à celui des 65-74 ans entre 2001 et 2006 fait en sorte qu'au total, la proportion de personnes de 65 ans et plus, sexes réunis, en institution, demeure stable alors que celle des personnes hébergées augmente très légèrement.

Tableau 6 Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant en institution de santé ou hébergées, Québec, 2001 et 2006 (en %)

Hommes		65-74 ans	75 ans et plus	65 ans et plus
Recensement 2001	Institution de santé	2,20	11,49	5,64
Recensement 2006	Établissements de soins de santé et établissements connexes	2,08	10,75	5,58
Femmes				
Recensement 2001	Institution de santé	2,63	19,48	10,58
Recensement 2006	Établissements de soins de santé et établissements connexes	2,52	18,87	10,71
Sexes réunis				
Hébergement 2003	Ressources hébergées	4,35	20,07	11,35
Hébergement 2006	Ressources hébergées	3,95	20,22	11,43
Hébergement 2008	Ressources hébergées	3,38	21,14	11,56
Recensement 2001	Institution de santé	2,44	16,64	8,54
Recensement 2006	Établissements de soins de santé et établissements connexes	2,32	15,86	8,54

Sources : Statistique Canada, recensement du Canada, 2001 et 2006; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, tableaux spéciaux, Service du développement de l'information.

Les données présentées dans les tableaux 4 et 6 nous fournissent des valeurs inférieures et supérieures nous permettant d'estimer les besoins en soins de longue durée. Les données les plus récentes peuvent être utilisées pour projeter de façon statistique les besoins en fonction seulement de l'évolution démographique.

Il est cependant impossible d'effectuer des projections pour les prochaines décennies basées sur l'évolution passée dans les proportions de personnes ayant besoin d'aide pour les AVQ, souffrant d'incapacité sévère ou très sévère ou ayant souvent de la difficulté avec les AVQ. Dans le premier cas, des changements dans la base de sondage entre les enquêtes ne permettent pas d'effectuer adéquatement des comparaisons dans le temps. Dans les deux autres cas, les données évolutives couvrent une période de cinq ans, ce qui est trop court pour projeter des tendances sur une période de 25 ans. Donc, contrairement à Lafortune et collab.. (2007) nous nous limiterons seulement à des projections statistiques et nous n'effectuerons pas de projections dynamiques basées sur une variation des différents taux d'incapacité dans le temps.

Dans le chapitre suivant, nous effectuerons différentes estimations des besoins actuels et futurs en soins de longue durée basées sur les données présentées plus haut.

3 LES BESOINS ACTUELS ET FUTURS EN SOINS DE LONGUE DURÉE

3.1 MÉTHODOLOGIE

Afin d'estimer le nombre et la proportion de personnes ayant des besoins de soins de longue durée, l'on doit tenir compte de deux univers de population, les personnes vivant en ménages privés et celles vivant en institution. Ceci est dû, nous l'avons vu, au fait que les données disponibles sur les trois mesures ne couvrent que les personnes en ménages privés. Ces informations doivent être complétées par celles sur les personnes hébergées ou en institution de santé. On doit alors faire l'hypothèse que toutes les personnes hébergées ou en institution, pour les trois mesures utilisées, ont besoin d'aide pour les AVQ, souffrent d'incapacité sévère ou très sévère ou ont souvent de la difficulté à effectuer les AVQ.

L'univers des ménages privés et celui des institutions de santé ne couvrent pas l'ensemble de la population. Il reste les personnes vivant en logements collectifs non institutionnels comme les pensions et maisons de chambres, les hôtels, ainsi que celles vivant en institution comme les prisons et les institutions religieuses. Nous devons donc faire l'hypothèse supplémentaire que la santé fonctionnelle de ces personnes s'apparente plus à celles vivant en ménages privés qu'à celles hébergées ou pensionnaires d'institution de santé.

Pour estimer les effectifs de personnes ayant des besoins de soins de longue durée, nous utiliserons les estimations de population corrigées pour le sous-dénombrement. Ainsi, plutôt que de retenir directement le nombre de personnes en institution fournies par le recensement canadien, nous utiliserons plutôt le pourcentage que nous appliquerons à la population corrigée. Le recensement présente un sous-dénombrement de l'ordre de 2 %, mais il est relativement faible chez les personnes de 65 ans et plus (Statistique Canada, 2004).

En soustrayant de la population totale, la population en institution de santé, nous obtiendrons la population en ménages privés, incluant celles en ménages collectifs hors institution de santé. À cette population, nous appliquerons tour à tour les proportions de personnes ayant besoin d'aide pour les AVQ, de personnes ayant une incapacité sévère ou très sévère et de personnes ayant souvent de la difficulté à effectuer les AVQ. Les résultats ainsi obtenus serviront à fournir différentes estimations du nombre de personnes à domicile ayant des besoins de soins de longue durée. La somme de ces dernières estimations et de celles vivant en institution correspondra au total des personnes ayant des besoins de soins de longue durée.

Comme les mesures retenues varient beaucoup selon l'âge et le sexe, tous les résultats, lorsque les données sont disponibles, seront calculés pour chacun des deux sexes et chaque groupe d'âge. Les données seront par la suite agrégées pour obtenir les résultats à l'échelle des personnes de 65 ans et plus et de l'ensemble de la population. En ce qui concerne les données obtenues à partir des ressources d'hébergement, elles ne sont pas disponibles selon le sexe.

3.2 LE QUÉBEC DANS SON ENSEMBLE

Le tableau 7 présente, séparément pour les hommes et les femmes, les étapes de calcul ainsi que les résultats des estimations de personnes ayant besoin de soins de longue durée, selon l'âge pour l'année 2006. Le tableau 8 présente les résultats, pour les deux sexes réunis, qui sont obtenus en sommant les valeurs obtenues pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, pour 2006, on estime que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant besoin de soins de longue durée se situerait entre 132 000 et 227 000 personnes, soit entre 12 % et 21 %, selon la mesure retenue pour évaluer les besoins des personnes en ménages privés. Si on exclut les 90 000 personnes vivant en institution, le nombre de personnes en ménages privés ayant besoin de soins de longue durée serait de 41 000 à partir des besoins pour les AVQ, 136 000 à partir des données sur les incapacités sévères ou très sévères et 124 000 selon les données relatives aux difficultés à effectuer les AVQ.

Le pourcentage de personnes ayant besoin de soins de longue durée augmente avec l'âge, il se situe entre 4 % et 11 % chez les personnes de 65-74 ans et entre 22 % et 33 % chez celles de 75 ans et plus. La part des besoins en institution parmi l'ensemble des besoins augmentent également avec l'âge.

Enfin, les besoins sont proportionnellement plus élevés chez les femmes (entre 15 % et 26 %) que chez les hommes (9 % et 16 %) tant en institution qu'en ménages privés.

L'utilisation des données sur les usagers des ressources d'hébergement à la place de celles sur les personnes en institution de santé fait augmenter le nombre de personnes ayant des besoins de soins de longue durée d'environ 30 000 personnes, et les valeurs se situent entre 161 000 et 252 000 personnes (tableau 9). La part des besoins en institution augmente de façon importante puisque c'est 30 000 personnes supplémentaires qui se retrouvent toutes en institution. Enfin, la proportion des personnes de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée se situerait entre 15 % et 24 %.

Tableau 7 Nombre et proportion de personnes ayant des besoins de soins de longue durée, selon l'âge et le sexe, Québec, 2006 (données sur les institutions de santé du recensement)

Hommes		65-74 ans	75 ans et plus	65 ans et plus^a
1	Population totale	271 593	184 438	456 031
<i>Population en institution de santé selon le recensement de 2006</i>				
2	% en institution	2,08	10,75	
3 = 2 X 1	Nombre de personnes	5 649	19 835	25 484
<i>Population en ménages privés (hors institution de santé)</i>				
4 = 1 – 3	Nombre de personnes	265 944	164 603	430 547
5	Besoin d'aide AVQ (%)	1,95	6,60	
6	Incapacité sévère et très sévère (%)	7,40	15,74	
7	Souvent des difficultés avec AVQ (%)	7,71	17,12	
8 = 5 X 4	Besoin d'aide AVQ (Nb)	5 180	10 861	16 041
9 = 6 X 4	Incapacité sévère et très sévère (Nb)	19 680	25 908	45 587
10 = 7 X 4	Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	20 515	28 185	48 700
<i>Population totale ayant besoin de soins de longue durée</i>				
11 = 2 + 8	Besoin d'aide AVQ (Nb)	10 829	30 696	41 525
12 = 2 + 9	Incapacité sévère et très sévère (Nb)	25 329	45 743	71 071
13 = 2 + 10	Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	26 165	48 019	74 184
14 = 11 X 1	Besoin d'aide AVQ (%)	3,99	16,64	9,11
15 = 12 X 1	Incapacité sévère et très sévère (%)	9,33	24,80	15,58
16 = 13 X 1	Souvent des difficultés avec AVQ (%)	9,63	26,04	16,27
Femmes				
1	Population totale	304 028	305 022	609 050
<i>Population en institution de santé selon le recensement de 2006</i>				
2	% en institution	2,52	18,87	
3 = 2 X 1	Nombre de personnes	7 669	57 571	65 240
<i>Population en ménages privés (hors institution de santé)</i>				
4 = 1 – 3	Nombre de personnes	296 359	247 451	543 810
5	Besoin d'aide AVQ (%)	1,88	7,80	
6	Incapacité sévère et très sévère (%)	10,03	24,45	
7	Souvent des difficultés avec AVQ (%)	7,98	20,86	
8 = 5 X 4	Besoin d'aide AVQ (Nb)	5 567	19 308	24 874
9 = 6 X 4	Incapacité sévère et très sévère (Nb)	29 719	60 512	90 231
10 = 7 X 4	Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	23 643	51 619	75 262
<i>Population totale ayant besoin de soins de longue durée</i>				
11 = 2 + 8	Besoin d'aide AVQ (Nb)	13 236	76 878	90 114
12 = 2 + 9	Incapacité sévère et très sévère (Nb)	37 388	118 083	155 471
13 = 2 + 10	Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	31 313	109 190	140 502
14 = 11 X 1	Besoin d'aide AVQ (%)	4,35	25,20	14,80
15 = 12 X 1	Incapacité sévère et très sévère (%)	12,30	38,71	25,53
16 = 13 X 1	Souvent des difficultés avec AVQ (%)	10,30	35,80	23,07

Sources : ISQ, 2009 et tableaux 4 et 6.

^a Pour le groupe des 65 ans et plus, les données sont obtenues par la somme de celles des 65-74 ans et des 75 ans et plus.

Tableau 8 Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2006 (données sur les institutions de santé du recensement)

	65-74 ans	75 ans et plus	65 ans et plus
<i>Population totale</i>	575 621	489 460	1 065 081
<i>Population en institution de santé selon le recensement de 2006</i>			
Nombre de personnes	13 318	77 405	90 724
<i>Population en ménages privés (hors institution de santé)</i>			
Nombre de personnes	562 303	412 055	974 357
Besoin d'aide AVQ (Nb)	10 747	30 169	40 916
Incapacité sévère et très sévère (Nb)	49 398	86 420	135 818
Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	44 159	79 804	123 962
<i>Population totale ayant besoin de soins de longue durée</i>			
Besoin d'aide AVQ (Nb)	24 065	107 574	131 639
Incapacité sévère et très sévère (Nb)	62 717	163 826	226 542
Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	57 477	157 209	214 686
Besoin d'aide AVQ (%)	4,18	21,98	12,36
Incapacité sévère et très sévère (%)	10,90	33,47	21,27
Souvent des difficultés avec AVQ (%)	9,99	32,12	20,16

Source : tableau 7.

Tableau 9 Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2006 (données sur les usagers des ressources d'hébergement)

	65-74 ans	75 ans et plus	65 ans et plus
Population totale	575 621	489 460	1 065 081
<i>Population en institution, usagers des ressources d'hébergement</i>			
Nombre de personnes	22 741	98 962	121 703
Pourcentage en institution	3,95	20,22	
<i>Population en ménages privés (hors institution de santé)</i>			
Nombre de personnes	552 880	390 498	943 378
Besoin d'aide AVQ (%)	1,91	7,32	
Incapacité sévère et très sévère (%)	8,78	20,97	
Souvent des difficultés avec AVQ (%)	7,85	19,37	
Besoin d'aide AVQ (Nb)	10 567	28 591	39 157
Incapacité sévère et très sévère (Nb)	48 570	81 899	130 469
Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	43 419	75 629	119 047
<i>Population totale ayant besoin de soins de longue durée</i>			
Besoin d'aide AVQ (Nb)	33 308	127 553	160 860
Incapacité sévère et très sévère (Nb)	71 311	180 861	252 172
Souvent difficultés avec AVQ (Nb)	66 160	174 591	240 750
Besoin d'aide AVQ (%)	5,79	26,06	15,10
Incapacité sévère et très sévère (%)	12,39	36,95	23,68
Souvent des difficultés avec AVQ (%)	11,49	35,67	22,60

Sources : Statistique Canada, ESCC 2005; Statistique Canada, EPLA 2001 et 2006; Statistique Canada, recensement du Canada, 2001 et 2006; tableaux 4 et 6.

En remplaçant, à la ligne 1 du tableau 7, les effectifs de population des hommes et des femmes de 2006 pour les groupes d'âge 65-74 ans et 75 ans et plus, par ceux projetés pour les années 2011 à 2041, on peut estimer les besoins futurs en soins de longue durée.

Le tableau 10 présente le résultat des estimations des besoins de soins de longue durée de 2006 à 2041. On fait ici l'hypothèse que les pourcentages de personnes en institution, de celles ayant besoin d'AVQ, souffrant d'incapacité sévère ou très sévère ou ayant souvent des difficultés avec les AVQ, selon l'âge (65-74 ans et 75 ans et plus) et le sexe, demeurent stables dans le temps. Les proportions de personnes en institution de santé sont celles obtenues du recensement de 2006.

On l'a vu précédemment, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait plus que doubler d'ici 2031. Ainsi, si on établit à 100 les différentes valeurs du tableau 10 pour l'année 2006, on remarque que l'indice est de 212 en 2031 pour le nombre total de personnes âgées de 65 ans et plus. Jusqu'en 2026, ce nombre s'accroît plus rapidement que celui des personnes ayant des besoins de soins de longue durée, tant en institution qu'à domicile. Ceci s'explique par le fait qu'entre 2006 et 2016, à l'intérieur du groupe des personnes de 65 ans et plus, ce sont celles âgées de 65 à 74 ans qui augmenteront le plus fortement de telle sorte que leur poids démographique demeurera jusqu'en 2026 à un niveau plus élevé que celui de 2006. Étant donné que les différentes proportions de personnes en institution et de personnes à domicile ayant des besoins de soins de longue durée sont beaucoup plus faibles à 65-74 ans qu'à 75 ans et plus, cela a pour effet de ralentir quelque peu l'effet du vieillissement sur la demande à l'échelle de l'ensemble de la population de 65 ans et plus.

Mais à partir de 2026, les cohortes les plus nombreuses du *baby-boom* se retrouveront dans le groupe des 75 ans et plus. On remarque alors que l'indice pour les personnes ayant des besoins de soins de longue durée dépassera celui de la population totale de 65 ans et plus. Ainsi, de 2006 à 2031, la population totale des 65 ans et plus devrait être multipliée par 2,12 (indice de 212) alors que le nombre de personnes ayant des besoins de soins de longue durée devrait être multiplié par 2,20 (entre 2,17 et 2,20). Mais si l'on projette jusqu'en 2041, le facteur multiplicatif est de 2,3 pour la population totale et de 2,6 (entre 2,55 et 2,67) pour celle ayant des besoins en soins de longue durée.

Tableau 10 Population âgée de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, 2006 à 2041

	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
Population totale de 65 ans et plus	1 065 081	1 253 837	1 487 959	1 747 934	2 028 994	2 262 639	2 359 125	2 410 056
Population en institution de santé	90 724	104 105	118 629	141 260	169 443	198 838	225 680	244 170
<i>Population en ménages privés ayant des besoins de soins à domicile</i>								
Besoin d'aide pour les AVQ	40 916	47 516	55 023	65 476	77 972	90 322	100 333	107 141
Incapacité sévère ou très sévère	135 818	157 976	184 122	217 492	256 001	291 912	316 572	332 478
Souvent des difficultés pour les AVQ	123 962	144 540	168 715	199 790	235 776	269 595	293 345	308 892
<i>Population totale ayant des besoins de soins de longue durée</i>								
Besoin d'aide pour les AVQ	131 639	151 621	173 653	206 735	247 416	289 160	326 013	351 311
Incapacité sévère ou très sévère	226 542	262 081	302 751	358 752	425 444	490 750	542 252	576 648
Souvent des difficultés pour les AVQ	214 686	248 646	287 345	341 050	405 219	468 433	519 024	553 061
Indice 2006 = 100								
Population totale de 65 ans et plus	100	118	140	164	191	212	221	226
Population en institution de santé	100	115	131	156	187	219	249	269
<i>Population en ménages privés ayant des besoins de soins à domicile</i>								
Besoin d'aide pour les AVQ	100	116	134	160	191	221	245	262
Incapacité sévère ou très sévère	100	116	136	160	188	215	233	245
Souvent des difficultés pour les AVQ	100	117	136	161	190	217	237	249
<i>Population totale ayant des besoins de soins de longue durée</i>								
Besoin d'aide pour les AVQ	100	115	132	157	188	220	248	267
Incapacité sévère ou très sévère	100	116	134	158	188	217	239	255
Souvent des difficultés pour les AVQ	100	116	134	159	189	218	242	258

Sources : ISQ, 2009 et tableau 7.

En 2006, on estime qu'un peu plus de 90 000 personnes recevaient des soins de longue durée en institution de santé et qu'entre 41 000 et 136 000 personnes supplémentaires avaient besoin de soins de longue durée à domicile. On établit donc la population totale ayant des besoins de soins de longue durée entre 131 000 et 227 000. En 2031, la population dont les besoins en soins de longue durée seraient offerts en institution passerait à près de 200 000 alors que celle qui recevrait des soins à domicile se situerait entre 90 000 et 292 000, ce qui correspondrait à un total de 289 000 à 491 000 personnes ayant des besoins de soins de longue durée. Enfin, en 2041, le bassin de personnes nécessitant ces services se situerait entre 351 000 et 577 000.

On peut également examiner l'évolution projetée des personnes ayant des besoins de soins de longue durée en termes relatifs, par rapport à la population totale âgée de 65 ans et plus, à la population de tous âges ou à la population active de 20-64 ans. Le tableau 11 présente les différents ratios en utilisant les besoins de soins de longue durée estimés à partir des besoins d'aide pour les AVQ.

Tableau 11 Ratio personnes ayant des besoins de soins de longue durée/population de 65 ans et plus, ratio personnes ayant des besoins de soins de longue durée/population totale et ratio personnes ayant des besoins de soins de longue durée/population de 20-64 ans, Québec, 2006 à 2041

	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
Besoin de soins longue durée/population de 65 ans et plus (%)	12,4	12,1	11,7	11,8	12,2	12,8	13,8	14,6
Besoin de soins longue durée/population totale (%)	1,7	1,9	2,1	2,4	2,9	3,3	3,6	3,9
Besoin de soins longue durée/population de 20-64 ans (%)	2,7	3,1	3,5	4,2	5,1	6,0	6,7	7,2
Indice 2006 = 100								
Besoin de soins longue durée/population de 65 ans et plus	100	98	94	96	99	103	112	118
Besoin de soins longue durée/population totale	100	111	122	141	165	190	211	225
Besoin de soins longue durée/population de 20-64 ans	100	112	127	153	188	222	248	264

Sources : ISQ, 2009 et tableau 10.

Note : Les ratios ont été calculés en utilisant au numérateur les besoins de soins de longue durée estimés à partir des personnes ayant des besoins d'aide pour les AVQ.

Entre 2006 et 2041, la proportion de personnes ayant des besoins de soins de longue durée parmi l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus passerait de 12,4 % à 14,6 %. Parmi la population de tous âges, cette proportion passerait de 1,7 % à 3,9 %. Enfin, le ratio des personnes ayant des besoins en soins de longue durée par rapport à celle âgée de 20 à 64 ans grimperait de 2,7 % à 7,2 %.

Ceci montre que la croissance des personnes ayant des besoins en soins de longue durée devait être un peu plus élevée que celle des personnes âgées de 65 ans et plus, de l'ordre

de 18 %. Mais par rapport à l'ensemble de la population et par rapport à la population active, la croissance des besoins serait supérieure de 125 % à la croissance de la population totale et de 164 % comparativement à celle de la population active. Ces résultats peuvent sembler préoccupants, puisque la demande en soins de longue durée devrait augmenter plus rapidement que la capacité de financer ces services à même les fonds publics. De nombreux régimes de santé sont financés par les impôts que paie la population active ainsi que la population qui a des revenus.

3.3 LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC

À partir de l'exercice fait pour l'ensemble du Québec, il est possible d'estimer également les besoins en soins de longue durée à l'échelle des régions socio-sanitaires. Pour les personnes en institution, nous utiliserons les données du recensement de 2006. Ces données sont également disponibles à l'échelle des centres locaux de santé et de services sociaux. En ce qui concerne l'estimation à l'échelon régional des besoins de soins de longue durée pour les personnes vivant en ménages privés, une seule approche peut être retenue, soit celle se rapportant aux données du recensement sur les personnes ayant souvent de la difficulté avec les AVQ. Les informations tirées des enquêtes sur les personnes ayant des besoins pour les AVQ présentent des variations aléatoires trop importantes compte tenu de la petite taille des échantillons à l'échelon régional. Enfin, pour les données de l'EPLA sur les personnes ayant des incapacités sévères ou très sévères, elles ne sont pas disponibles à une échelle plus fine que les provinces.

Les données ont été estimées pour quinze des dix-huit régions socio-sanitaires. Pour les trois régions nordiques (Nord-du-Québec, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James), les données n'ont pas été calculées compte tenu des faibles effectifs relativement aux données du recensement sur les personnes en institution et sur les personnes déclarant avoir souvent des difficultés avec les AVQ.

Pour les besoins futurs, les estimations s'arrêtent en 2031. Les projections utilisées pour faire cette estimation sont de plus en plus imprécises à l'échelle régionale lorsque l'on en étend l'horizon.

En 2006, on estime que 20,2 % de la population âgée de 65 ans et plus aurait besoin de soins de longue durée à domicile ou en institution. D'une région à l'autre, cette proportion varie de 15,8 % à Laval à 23,2 % dans le Bas-Saint-Laurent. Trois régions se distinguent avec des besoins en institution supérieurs à ceux à domicile : Bas-Saint-Laurent, Mauricie et Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches. Ces trois régions sont d'ailleurs les seules où l'on enregistre plus de 10 % de la population âgée de 65 ans et plus vivant en institution. À l'inverse, ces trois régions sont parmi celles présentent les proportions les plus faibles de personnes déclarant avoir souvent des difficultés avec les AVQ.

Entre 2006 et 2031, la proportion globale de personnes de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée a peu varié, tant à l'échelle du Québec, que dans les différentes régions. Ceci s'explique par le fait qu'entre 2006 et 2016, la hausse des personnes de 65 ans et plus se situera principalement dans le groupe des 65 à 74 ans.

Cependant, en termes absolus, le nombre de personnes de 65 ans et plus qui auront besoin de soins de longue durée devrait être multiplié par 2,2 à l'échelle de l'ensemble du Québec. Les régions qui devraient enregistrer la plus forte croissance de besoin entre 2006 et 2031 sont les Laurentides, Lanaudière et l'Outaouais avec une demande multipliée par 2,8. La région de Montréal se démarque avec l'indice le plus faible, 160, ce qui représente une hausse de 60 %.

Tableau 12 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec et régions sociosanitaires, 2006 et 2031

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			%		Indice 2006 = 100				
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
Le Québec	8,5	12,7	20,2	20,7	103	188	219	217	218
Bas-Saint-Laurent	14,0	10,7	23,2	23,8	103	218	216	214	215
Saguenay–Lac-Saint-Jean	7,5	11,6	18,2	19,4	107	240	227	220	223
Capitale-Nationale	8,7	11,7	19,4	20,2	104	199	224	221	222
Mauricie et Centre-du-Québec	12,1	11,4	22,1	22,6	102	196	212	212	212
Estrie	9,7	12,2	20,8	21,4	103	201	223	225	224
Montréal	7,4	15,2	21,5	21,6	100	142	159	160	160
Outaouais	6,1	15,8	20,9	21,7	104	232	293	284	287
Abitibi-Témiscamingue	9,6	13,7	22,0	22,5	102	230	225	223	224
Côte-Nord	5,1	14,8	19,4	21,5	111	260	239	227	230
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	8,0	13,2	20,0	21,2	106	230	233	223	227
Chaudière-Appalaches	11,3	9,8	20,0	20,8	104	217	240	233	237
Laval	4,7	11,6	15,8	16,7	106	172	224	219	221
Lanaudière	8,2	11,2	18,4	19,2	105	209	293	285	289
Laurentides	7,7	11,1	17,9	18,7	104	215	291	285	288
Montréal	9,0	11,6	19,5	20,5	105	207	255	248	251

Source : Statistique Canada, recensement de 2006 et MSSS, 2010.

^a Ratio personnes ayant des besoins de longue durée/population totale.

On retrouve également au tableau 12 l'évolution du ratio personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins en soins de longue durée/population totale exprimé sous forme d'indice, où la valeur pour l'année 2006 est égale à 100. À l'échelle du Québec, en 2031 l'indice est égal à 188. Ceci signifie que la croissance anticipée de la population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée sera supérieure de 88 % à celle de l'ensemble de la population. Dans la plupart des régions, la croissance de la population ayant des besoins de soins de longue durée sera le double de celle de la population totale. La région de Montréal se démarque avec un indice inférieur à 150. Mais comme son poids démographique est important, elle fait diminuer la moyenne québécoise. Ces données montrent que l'effet du vieillissement de la population aura pour effet de doubler le fardeau des soins de longue durée sur la population dans la majorité des régions du Québec.

3.4 LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Nous avons utilisé les mêmes informations que celles relatives aux régions sociosanitaires pour estimer les besoins à l'échelle des centres de santé et de services sociaux (CSSS). En 2006, on estime que la proportion de la population ayant des besoins de soins de longue durée varierait d'un CSSS à l'autre, entre 14,5 % et 27,8 %. En 2031, on prévoit que la proportion se situera, selon le CSSS, entre 15,4 % et 27,7 %. Fait intéressant, ce sont les deux mêmes CSSS qui affichent les valeurs les plus faibles et les plus élevées, en 2006 et 2031, soit respectivement des Pays-d'en-Haut et Témiscamingue.

Comme pour les régions, les proportions varient peu entre 2006 et 2031. Mais en termes absolus, le nombre de personnes ayant des besoins de longue durée va plus que doubler dans la majorité des CSSS. Enfin, entre 2006 et 2031, on devrait enregistrer dans presque tous les CSSS une croissance beaucoup plus rapide de la population ayant des besoins de soins de longue durée que de la population totale.

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
Ensemble du Québec	8,5	12,7	20,2	20,7	103	188	219	217	218
0101 - RLS de Rimouski	14,7	8,7	21,6	23,2	107	240	246	248	246
0102 - RLS de La Mitis	11,2	13,5	22,6	22,2	98	189	191	191	191
0103 - RLS de Matane	9,8	12,4	20,0	20,9	104	234	227	222	224
0104 - RLS de La Matapédia	11,2	11,6	20,5	19,8	97	209	193	193	193
0105 - RLS des Basques	14,6	12,6	24,4	25,2	103	217	190	194	192
0106 - RLS de Témiscouata	13,0	10,9	21,2	21,5	102	216	191	194	192
0107 - RLS de Rivière-du-Loup	18,3	9,0	24,8	25,5	103	217	235	234	235
0108 - RLS de Kamouraska	16,4	10,7	24,2	24,5	101	203	194	192	193
01 - RSS du Bas-Saint-Laurent	14,0	10,7	23,2	23,8	103	218	216	214	215
0201 - RLS de La Baie	7,4	9,3	15,0	15,5	103	251	217	216	216
0202 - RLS de Chicoutimi	8,3	10,4	17,0	18,8	111	246	237	229	233
0203 - RLS de Jonquière	7,2	14,5	19,7	20,9	106	224	215	215	215
0204 - RLS du Domaine-du-Roy	8,1	10,7	16,5	17,4	105	249	239	228	233
0205 - RLS de Maria-Chapdelaine	4,4	12,6	15,4	16,8	109	272	227	228	227
0206 - RLS de Lac-Saint-Jean-Est	7,9	10,4	16,7	17,9	107	236	228	219	224
02 - RSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	7,5	11,6	18,2	19,4	107	240	227	220	223

^a Ratio personnes ayant des besoins de longue durée/population totale.

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031 (suite)

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
0301 - RLS de Portneuf	8,7	11,1	17,5	18,1	104	196	224	228	226
0302 - RLS de Québec-Sud	8,7	12,8	19,7	20,3	103	189	203	203	203
0303 - RLS de Québec-Nord	8,8	10,6	17,5	18,9	108	218	259	254	257
0304 - RLS de Charlevoix	8,4	9,6	16,7	17,7	106	226	206	209	208
03 - RSS de la Capitale-Nationale	8,7	11,7	19,4	20,2	104	199	224	221	222
0401 - RLS du Haut-Saint-Maurice	7,5	11,2	17,0	17,2	101	188	180	178	179
0402 - RLS de la Vallée de la Batiscan	8,4	11,0	17,2	17,5	102	195	196	204	200
0403 - RLS du Centre-de-la-Mauricie	11,3	12,7	21,8	21,7	99	183	186	190	188
0404 - RLS de Maskinongé	11,8	10,5	20,0	19,8	99	189	192	191	192
0405 - RLS de Trois-Rivières	10,2	13,0	21,3	22,2	104	200	220	217	219
0406 - RLS de Bécancour - Nicolet-Yamaska	15,0	9,1	21,8	21,5	99	186	190	195	192
0407 - RLS de Drummond	13,2	10,4	21,3	21,3	100	198	237	242	239
0408 - RLS d'Arthabaska - de l'Érable	15,8	9,9	23,2	24,6	106	214	231	230	231
04 - RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	12,1	11,4	22,1	22,6	102	196	212	212	212

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031 (suite)

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
0501 - RLS du Granit	11,3	9,6	19,0	19,3	101	221	226	221	224
0502 - RLS d'Asbestos	9,5	11,6	18,9	19,1	101	170	182	186	184
0503 - RLS du Haut-Saint-François	7,1	12,3	17,2	17,3	101	198	222	221	221
0504 - RLS de Val Saint-François	12,3	12,1	22,2	22,7	102	201	222	219	221
0505 - RLS de Coaticook	10,1	9,5	18,7	19,3	103	197	213	216	214
0506 - RLS de Memphrémagog	6,2	11,7	15,7	17,1	109	215	274	262	266
0507 - RLS de Sherbrooke	10,7	13,2	21,6	22,2	103	199	214	224	219
05 - RSS de l'Estrie	9,7	12,2	20,8	21,4	103	201	223	225	224
0601 - RLS de Pierrefonds - Lac Saint-Louis	6,1	13,1	17,7	18,6	105	192	225	215	218
0602 - RLS de LaSalle - Vieux Lachine	7,5	15,5	21,2	21,5	101	147	163	165	164
0603 - RLS de Verdun - Côte St-Paul - St-Henri - Pointe-St-Charles	7,4	16,7	21,7	21,3	98	144	166	166	166
0604 - RLS de Rivière-des-Prairies - Anjou - Montréal-Est	7,6	13,9	19,9	20,6	104	170	200	198	198
0605 - RLS de Hochelaga - Mercier-Ouest - Rosemont	8,9	15,7	22,5	21,9	97	135	150	153	152
0606 - RLS de Saint-Léonard - Saint-Michel	3,0	14,4	16,2	17,1	106	130	152	145	147
0607 - RLS de Côte-des-Neiges - Métro - Parc-Extension	7,8	15,0	21,1	21,6	102	134	142	142	142

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031 (suite)

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
0608 - RLS de Côte-Saint-Luc - NDG - Montréal-Ouest	8,4	16,8	23,6	22,7	96	118	128	130	129
0609 - RLS des Faubourgs - Plateau-Mont-Royal - St-Louis-du-Parc	11,2	17,1	24,5	23,5	96	164	174	182	178
0611 - RLS du Nord de l'Île - Saint-Laurent	7,0	14,9	20,2	20,0	99	114	138	142	141
0612 - RLS de la Petite Patrie - Villeray	6,2	17,9	21,9	20,9	95	128	132	137	135
0613 - RLS d'Ahuntsic - Montréal-Nord	7,8	14,8	20,6	20,6	100	129	140	141	141
06 - RSS de Montréal	7,4	15,2	21,5	21,6	100	142	159	160	160
0701 - RLS de Grande-Rivière - Hull - Gatineau	6,9	15,8	20,6	21,5	104	242	307	298	301
0702 - RLS du Pontiac	4,5	18,2	20,9	22,1	106	195	233	232	232
0703 - RLS des Collines-de-l'Outaouais	3,4	14,0	15,3	15,9	104	296	390	384	386
0704 - RLS de la Vallée-de-la-Gatineau	3,6	16,1	17,4	18,7	108	225	255	238	242
0705 - RLS de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation	6,4	15,4	19,6	20,0	102	211	266	265	265
07 - RSS de l'Outaouais	6,1	15,8	20,9	21,7	104	232	293	284	287

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031 (suite)

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
0801 - RLS du Témiscaming	4,9	15,6	27,8	26,7	96	254	186	182	183
0802 - RLS de Ville-Marie	8,3	10,1	16,0	16,9	106	220	222	211	217
0803 - RLS de Rouyn- Noranda	8,1	14,9	20,6	21,7	105	236	237	231	234
0804 - RLS de l'Abitibi- Ouest	9,1	13,6	19,0	18,9	100	211	184	190	187
0805 - RLS de l'Abitibi	8,8	14,2	20,6	21,2	103	248	240	241	240
0806 - RLS de la Vallée- de-l'Or	12,9	13,5	23,2	23,6	102	235	240	238	239
08 - RSS de l'Abitibi- Témiscamingue	9,6	13,7	22,0	22,5	102	230	225	223	224
0901 - RLS de la Haute- Côte-Nord	3,3	19,6	20,9	22,7	109	282	236	229	230
0902 - RLS de Manicouagan	4,1	13,6	16,6	18,8	113	294	248	233	237
0903 - RLS de Port-Cartier	5,3	15,7	19,5	22,8	117	281	292	253	263
0904 - RLS de Sept-Îles	6,2	14,1	17,5	21,6	123	248	228	250	242
0905 - RLS de Caniapiscau	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0906 - RLS de la Minganie	9,1	10,3	16,7	16,8	101	228	229	224	227
0907 - RLS de la Basse- Côte-Nord	6,9	16,4	23,4	23,6	101	239	193	190	191
0908 - RLS de Kawawachikamach	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
09 - RSS de la Côte-Nord	5,1	14,8	19,4	21,5	111	260	239	227	230

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031 (suite)

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
1101 - RLS de la Baie-des-Chaleurs	9,3	11,8	19,2	20,5	107	228	242	238	240
1102 - RLS du Rocher-Percé	4,4	15,6	17,3	18,7	109	244	236	222	226
1103 - RLS de La Côte-de-Gaspé	8,1	12,7	19,2	20,2	105	221	207	200	203
1104 - RLS des Îles-de-la-Madeleine	9,8	10,4	19,4	20,9	108	260	267	270	269
1105 - RLS de la Haute-Gaspésie	7,9	16,4	22,3	23,4	104	218	212	206	208
11 - RSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	8,0	13,2	20,0	21,2	106	230	233	223	227
1201 - RLS de Lac-Etchemin	8,0	9,8	16,2	16,7	103	209	196	206	201
1202 - RLS du Littoral	11,9	9,4	19,5	20,3	104	228	269	263	267
1203 - RLS de Beauce	11,2	10,5	19,5	20,0	103	232	243	239	241
1204 - RLS de l'Amiante	12,2	9,8	19,9	21,5	108	203	199	192	196
1205 - RLS de Montmagny-L'Islet	9,7	9,9	17,7	18,7	105	210	194	190	192
12 - RSS de la Chaudière-Appalaches	11,3	9,8	20,0	20,8	104	217	240	233	237
1301 - RLS de Laval	4,7	11,6	15,7	16,6	106	172	224	219	221
13 - RSS de Laval	4,7	11,6	15,8	16,7	106	172	224	219	221
1401 - RLS de Lanaudière-Nord	9,5	11,8	18,9	19,8	104	191	249	247	248
1402 - RLS de Lanaudière-Sud	6,3	10,4	14,9	16,1	108	244	358	348	352
14 - RSS de Lanaudière	8,2	11,2	18,4	19,2	105	209	293	285	289

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031 (suite)

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
1501 - RLS de Deux-Montagnes - Mirabel-Sud	6,3	10,8	15,3	15,5	101	211	288	290	289
1502 - RLS de la Rivière-du-Nord - Mirabel-Nord	11,5	10,2	19,4	20,2	104	214	319	317	319
1503 - RLS de Thérèse-De Blainville	5,8	12,4	17,0	18,2	107	254	332	324	326
1504 - RLS d'Antoine-Labelle	6,6	14,5	18,3	19,8	108	235	261	253	256
1505 - RLS des Pays-d'en-Haut	7,7	8,0	14,5	15,4	106	191	262	257	260
1506 - RLS des Laurentides	6,9	9,8	15,1	16,3	108	198	257	252	255
1507 - RLS d'Argenteuil	5,9	13,3	16,9	17,4	103	189	232	233	233
15 - RSS des Laurentides	7,7	11,1	17,9	18,7	104	215	291	285	288

Tableau 13 Population de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, régions sociosanitaires et centres de santé et de services sociaux, 2006 et 2031 (suite)

Sexes réunis	En institution %	Souvent de la difficulté avec les AVQ %	Ayant des besoins de soins de longue durée			Ratio/pop. totale Indice 2006 = 100 ^a	Nombre projeté de personnes ayant des besoins de soins de longue durée en 2031 2006 = 100		
			Indice 2006 = 100						
	2006	2006	2006	2031	2031	2031	en institution	à domicile	Total
1602 - RLS du Haut-Saint-Laurent	5,5	13,1	16,2	16,5	102	192	204	204	204
1603 - RLS du Suroît	11,2	12,5	21,5	22,1	103	191	214	219	216
1604 - RLS de Jardins-Roussillon	8,9	10,0	17,2	18,1	105	214	269	261	265
1605 - RLS de Champlain	5,3	13,0	16,8	18,9	113	211	254	244	247
1606 - RLS du Vieux-Longueuil - Lajemmerais	8,4	12,0	18,5	20,2	109	227	257	248	252
1607 - RLS du Haut-Richelieu - Rouville	8,9	12,6	19,1	19,3	101	194	250	251	250
1608 - RLS de Richelieu-Yamaska	11,4	10,1	19,7	20,9	106	212	253	247	250
1609 - RLS de Sorel-Tracy	9,9	10,7	18,6	19,9	107	207	226	219	223
1610 - RLS de la Pommeraiie	10,7	12,2	20,5	21,0	103	196	221	219	220
1611 - RLS de la Haute-Yamaska	12,1	11,1	20,8	21,7	104	220	282	281	282
1612 - RLS de Vaudreuil-Soulanges	7,3	11,2	16,4	16,6	101	207	312	319	316
16 - RSS de la Montérégie	9,0	11,6	19,5	20,5	105	207	255	248	251

Source : Statistique Canada, recensement de 2006 et MSSS, 2010.

3.5 LES COMPARAISONS INTERNATIONALES

Dans un document produit pour le compte de l'OCDE paru en 2007, Lafortune et collab. (2007) ont effectué des projections de personnes ayant des incapacités sévères en utilisant la même approche que nous, pour douze pays de l'OCDE, dont le Canada. Pour le Canada, ils ont retenu comme mesure de l'incapacité la proportion de personnes en ménages privés ayant besoin d'aide pour les AVQ et la proportion de personnes vivant en institution.

Les projections ont été effectuées selon deux scénarios. Un scénario statique où les proportions d'incapacité sévère les plus récentes selon l'âge et le sexe demeurent stables dans le temps et sont appliquées à la structure par âge projetée de la population. Le nombre projeté de personnes ayant une incapacité varie donc seulement sous l'effet du vieillissement de la population.

Un deuxième scénario, appelé dynamique, se base sur l'évolution passée des prévalences de l'incapacité sévère afin de projeter des prévalences selon l'âge et le sexe qui diminueront ou augmenteront dans le futur. L'on n'y dénote pas de tendances similaires d'un pays à l'autre en ce qui concerne l'évolution passée des prévalences de l'incapacité sévère. Des douze pays étudiés, cinq enregistrent une diminution des prévalences (Danemark, Finlande, Italie, Pays-Bas et États-Unis), deux montrent une stabilité relative (Australie et Canada), trois affichent une augmentation (Belgique, Japon et Suède) et pour les deux derniers (France et Royaume-Uni), aucune tendance ne peut être dégagée.

Pour le Québec, nous avons vu qu'il n'était pas possible d'identifier des tendances dans le temps qui nous permettraient de projeter l'évolution future de l'incapacité. Nous nous limiterons donc à comparer nos résultats à ceux présentés dans l'étude de Lafortune et collab. (2007) en utilisant uniquement l'approche statique.

L'étude de Lafortune et collab. (2007) mentionne que, étant donné que les instruments de mesure utilisés dans les enquêtes diffèrent d'un pays à l'autre, il n'est pas recommandé de comparer entre les pays les prévalences d'incapacité. Nous nous contenterons donc de comparer uniquement le taux de croissance des besoins en soins de longue durée dans le temps. Les résultats sont présentés à l'aide d'un indice, comme ici dans le tableau 10, où le nombre de personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité sévère en 2006 est égal à 100. Ces résultats peuvent donc être comparés à ceux présentés en gras dans la partie inférieure du tableau 10.

Au Québec, entre 2006 et 2031, le besoin de soins de longue durée serait multiplié par 2,2, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 120 %. En comparaison, pour des périodes semblables, variant d'un pays à l'autre⁵, on observe que trois des douze pays étudiés par Lafortune et collab. (2007), l'Australie, le Canada et la Finlande, présentent une croissance comparable à celle du Québec. Pour les neuf autres pays, la Belgique, le

⁵ L'amplitude des périodes varie d'un pays à l'autre entre 25 et 30 ans. Les indices des différents pays ont été ramenés sur la base d'une période de 25 ans. Il faut cependant mentionner que les données dans l'étude de Lafortune et collab. (2007) sont présentées sous forme graphique. Les valeurs exactes de l'indice ne sont pas indiquées sur les graphiques. Il s'agit donc d'ordre de grandeur qui dépend de l'échelle utilisée pour l'axe des ordonnées dans les graphiques de chaque pays.

Danemark, la France, l'Italie, le Japon les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, la croissance se situerait entre 40 % et 75 %.

Ceci montre bien que compte tenu du rythme de vieillissement projeté de la population du Québec, celui-ci devrait connaître l'une des plus fortes croissances, parmi les pays de l'OCDE, de personnes ayant des besoins en soins de longue durée. De plus, si l'on analyse l'évolution future des besoins en soins de longue durée en fonction de la croissance de la population totale, c'est au Québec que la croissance des besoins en soins de longue durée serait la plus élevée par rapport à la croissance de la population (Lafortune et collab., 2007; ISQ, 2009). Donc, dans un contexte de financement public, c'est au Québec que la pression de la demande de soins de longue durée sur les fonds publics augmenterait le plus fortement.

Ainsi, dans le prochain chapitre, pour mieux saisir comment le fardeau épidémiologique des besoins de soins de longue se traduit en fardeau économique, nous présenterons quelques données sur l'évolution récente des services offerts et des dépenses relatives aux soins de longue durée.

4 L'OFFRE DE SERVICE ET LES DÉPENSES ACTUELLES EN SOIN DE LONGUE DURÉE

4.1 L'OFFRE DE SERVICE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec diffuse plusieurs données sur les services offerts relativement aux soins de longue durée, selon le type de ressources, le nombre de lits et de places et le nombre d'usagers.

Ces statistiques nous permettent tout d'abord de constater que le nombre de lits en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a diminué de 12 % entre 1991 et 2008 passant de 46 200 lits à 41 000 lits. Cette diminution a entraîné parallèlement une diminution comparable dans le nombre de personnes admises en CHSLD (Info-Stats, 2009).

En ce qui concerne plus spécifiquement la population âgée de 65 ans et plus, les données disponibles couvrent une période plus restreinte, 2003 à 2008 (MSSS, 2009). Pendant cette période, le nombre d'aînés en CHSLD a diminué de 2 %, celui en résidence privée avec service est demeuré stable et celui en ressource de type familial a décliné de 5 %. À l'opposé, les personnes qui ont bénéficié de ressources intermédiaires ont augmenté de 58 %. On entend par ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition (Info-SIRTF, 2009).

On remarque ainsi qu'il y a une tendance à remplacer les services offerts en CHSLD par d'autres ressources plus près de la communauté. Cette tendance devrait se poursuivre puisqu'au moment d'écrire ces lignes, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal prévoyait fermer 800 lits en CHSLD, mais créer en contrepartie 500 places dans des ressources intermédiaires (Gagnon, 2009).

Tableau 14 Nombre de personnes de 65 ans et plus admises en ressources d'hébergement selon la catégorie de ressource, Québec, 2003 à 2008

	CHSLD ^a	RPAS ^b	RTF ^c	RI ^d
2003	35 430	64 618	2 453	2 960
2004	35 473	64 820	2 446	3 134
2005	35 523	65 271		
2006	35 478	65 245	2 600	3 909
2007	35 091	64 738	2 518	4 168
2008	34 887	64 535	2 329	4 671
2008(2003 = 100)	98	100	95	158

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, tableaux spéciaux, Service du développement de l'information.

^a Centre d'hébergement et de soins de longue durée publics et privés conventionnés.

^b Résidence privée avec services.

^c Ressource de type familial.

^d Ressource intermédiaire.

Une autre façon d'étudier l'accès aux services à domicile consiste à examiner à partir des ENSP de 1994-1995 à 1998-1999 et des ESCC de 2000-2001 à 2005, la proportion de personnes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu des services à domicile. Dans ces enquêtes, on entend par services à domicile, des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont reçus à domicile, par exemple des soins infirmiers, de l'aide pour l'entretien ménager, les services de relève, les repas livrés à domicile, et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement (INSPQ et collab., 2006).

En 2005 au Québec, 9,3 % des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés ont reçu des services à domicile. La proportion est de 5,1 % dans le groupe des 65-74 ans et atteint 15,3 % dans celui des 75 ans et plus. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à recevoir des services à domicile.

Entre 1994-1995 et 2005, pour l'ensemble des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile, le pourcentage ayant reçu des services à domicile a varié entre 7,5 % et 10,6 %. Depuis 1998-1999, la proportion tend à diminuer passant de 10,6 % à 9,3 % (INSPQ et collab., 2006; ESCC 2005). En 2005, la proportion de personnes de 65 ans et plus ayant déclaré avoir reçu des services à domicile (9,3 %) est plus élevée que celle des personnes ayant besoin d'aide pour les AVQ (4,2 %) mais inférieure à la proportion de personnes souffrant d'incapacité sévère ou très sévère (13,9 %), selon l'EPLA 2006, ou la proportion de personnes déclarant avoir souvent de la difficulté avec les AVQ au recensement de 2006.

4.2 LES DÉPENSES EN SOINS DE LONGUE DURÉE

Les informations relatives aux dépenses de soins de longue durée sont éparses, notamment pour les soins à domicile. Nous présentons ci-dessous quelques informations recueillies dans les publications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et dans celles de l'Institut canadien d'information sur la santé.

En ce qui concerne les services de maintien à domicile, les données sur les montants accordés aux organismes communautaires régionaux montrent que pour le maintien à domicile les sommes accordées sont passées de 24 millions de dollars en 2004-2005 à 32,4 millions de dollars en 2008-2009, soit une hausse de 33 % (Info-Org.Com, 2009). D'autre part, les dépenses nettes en services à domicile ont triplé entre 1994-1995 et 2007-2008 passant de 300 millions de dollars à 900 millions de dollars (MSSS, 2009a).

L'Institut canadien d'information sur la santé publie des données sur l'évolution des dépenses en lien avec les soins de longue durée. En général, les coûts de main-d'œuvre sont généralement moins élevés au Québec que dans les autres provinces, les comparaisons entre provinces basées sur les dépenses peuvent donc être trompeuses (ICIS, 2007).

L'ICIS regroupe dans une catégorie intitulée « Autres établissements » les établissements qui fournissent des soins pour bénéficiaires internes comprenant les foyers pour les personnes âgées (y compris les centres d'hébergement), les établissements pour les personnes ayant des déficiences physiques, des retards de développement, des déficiences psychiatriques, des problèmes liés à l'alcool et aux drogues ainsi que les établissements

pour les enfants présentant des troubles affectifs (ICIS, 2008a; Info-Dépenses, 2009). Cette catégorie est composée majoritairement d'établissements de soins pour bénéficiaires internes réservés aux personnes âgées. (ICIS, 2005a).

Entre 1998 et 2008, les dépenses relatives aux « Autres établissements » se seraient accrues au Québec de 65 % (Info-Dépenses, 2009). Bien que cette hausse semble importante, une seule province présente une hausse plus faible. À l'échelle de l'ensemble du Canada, la croissance des coûts relatifs à cette catégorie a été de 84 %. Cependant, en termes de dollars (\$) par habitant consacrés aux dépenses pour les « Autres établissements », le Québec se positionne au 4^e rang et dépasse le Canada. Au Québec, en 2008, on consacre 675 \$ par habitant comparé à 522 \$ au Canada. Enfin, si on regarde plutôt la proportion des dépenses totales de santé qui sont allouées aux « Autres établissements », le Québec (14,4 %) affiche le plus haut pourcentage après Terre-Neuve-et-Labrador (14,9 %). En comparaison, à l'échelle de l'ensemble du Canada, la proportion est de 10 %.

L'ICIS compile également des données sur les dépenses relatives aux services à domicile (ICIS, 2007). La définition des services à domicile de l'ICIS couvre deux catégories : les soins de santé à domicile et le soutien à domicile. Les soins de santé à domicile sont considérés comme des services professionnels et comprennent les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, l'inhalothérapie, la nutrition, le counseling et les services sociaux. Le soutien à domicile est associé à des services non professionnels et comprend entre autres l'entretien ménager, l'aide familiale, les soins personnels, la préparation des repas, les visites à domicile, les courses, le transport, les soins de répit et tout autre service de soutien à domicile.

Le Québec dépense en moyenne par habitant moins pour les services de santé à domicile que les autres provinces, tant en 1994-1995 qu'en 2003-2004 (ICIS, 2007). Cependant, la part des dépenses en services à domicile par rapport à l'ensemble des dépenses de santé est comparable au Québec et au Canada dans son ensemble, soit autour de 4 %. Ceci s'explique par le fait que les coûts de main-d'œuvre sont généralement moins élevés au Québec.

Cependant, si l'on compare plutôt le nombre d'utilisateurs par 1000 habitants de services à domicile subventionnés par le gouvernement, le Québec affiche le taux le plus élevé d'utilisateur par 1000 habitants parmi les provinces canadiennes (ICIS, 2007). Le Québec enregistre de plus, l'une des plus fortes croissances du nombre d'utilisateurs par 1000 habitants pour les services à domicile.

Il est possible, à partir des travaux de l'ICIS, d'obtenir la ventilation des dépenses pour les services à domicile selon les soins de santé à domicile et le soutien à domicile. En 2003-2004, parmi les six provinces pour lesquelles les données sont disponibles, le Québec se classe deuxième pour les dépenses par habitant relatives aux soins de santé à domicile, mais cinquième pour les dépenses par habitant consacrées au soutien à domicile. D'ailleurs entre 1995-1996 et 2003-2004, au Québec, la croissance annuelle moyenne des dépenses par habitant (en dollars constants) a été beaucoup plus importante du côté des soins de santé à domicile (11,4 %) que du côté du soutien à domicile (2,5 %).

En ce qui concerne le nombre d'utilisateurs par 1000 habitants, pour les soins de santé à domicile, le Québec se retrouve avec l'un des taux les plus élevés alors que pour le soutien à domicile, le taux est comparable à celui de la moyenne canadienne.

Entre 1994-1995 et 2003-2004, au Québec, les dépenses par habitant (en dollars constants) en services à domicile se sont accrues en moyenne annuellement de 7,3 % et le nombre d'utilisateurs par 1000 habitants de 6,5 %. En comparaison, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté à un rythme de 2 % annuellement. Ceci montrerait que l'offre pour les services à domicile, tant en matière de financement que de l'accès, a augmenté plus rapidement que la demande en lien avec le vieillissement de la population au cours de la dernière décennie.

4.3 LES DÉPENSES FUTURES

L'ICIS, dans une étude réalisée en 2005, prévoyait qu'en ne tenant compte que de l'effet du vieillissement de la population, les dépenses totales de santé par habitant au Canada (en dollars constants) augmenteraient en moyenne annuellement de 1 % entre 2002 et 2026 (ICIS, 2005a). Mais que pour les dépenses de la catégorie « Autres établissements » composées majoritairement d'établissements hébergeant des personnes âgées, la hausse serait annuellement de l'ordre de 2 %.

Au Québec, l'on prévoit que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 3,1 % en moyenne annuellement. Les prévisions de personnes ayant besoin de soins de longue durée tant en institution qu'à domicile montrent également, après avoir tenu compte de l'évolution des effectifs par groupe d'âge, à l'intérieur de la population de 65 ans et plus, une hausse de l'ordre de 3,1 %.

Il faudrait donc accroître au moins du même ordre de grandeur les dépenses de santé (en dollars constants) pour répondre à la hausse de la demande pour les soins de longue durée en établissement et à domicile. Pour les soins à domicile, on l'a vu plus haut, la croissance des dépenses au Québec a été en moyenne annuellement de 7 %, supérieure au taux d'accroissement des personnes âgées observé durant la même période.

5 DISCUSSION

Dans les chapitres précédents, nous avons illustré l'ampleur que devrait prendre le vieillissement de la population au Québec et l'impact que cela aura sur l'évolution du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui auront des incapacités et donc des besoins en soins de longue durée. Enfin, nous avons examiné à partir des données disponibles, l'évolution récente des dépenses liées aux soins de longue durée et les conséquences possibles du vieillissement projeté de la population.

Comment maintenant peut-on mettre ensemble toutes ces informations afin d'identifier les implications que cela aura sur la société québécoise? Le tableau 15 présente les principaux faits saillants que l'on peut dégager des chapitres précédents.

Tout d'abord, les données le montrent bien, le vieillissement de la population sera particulièrement intense au Québec au cours des 25 à 35 prochaines années à la suite de l'arrivée massive des *baby-boomers* dans le groupe des 65 ans et plus et de la stagnation des effectifs de la population active. Les données disponibles sur l'évolution de la prévalence de l'incapacité dans le temps ne nous permettent pas d'établir des tendances en ce qui concerne l'évolution future. Nous avons donc dû faire l'hypothèse d'une stabilité dans le temps de la prévalence de l'incapacité selon l'âge dans nos projections. En ne tenant compte que du vieillissement de la population, le nombre de personnes souffrant d'incapacité et de maladies chroniques et donc nécessitant de soins de longue durée devrait augmenter plus rapidement que celui de la population active.

Tableau 15 Principaux constats

Vieillissement de la population • Le ratio personnes âgées/personnes d'âge actif devrait plus que doubler entre 2006 et 2041; • Le Québec devrait enregistrer l'un des taux d'accroissement les plus élevés du nombre de personnes de 65 ans et plus parmi les pays de l'OCDE.
La santé fonctionnelle et les soins de longue durée • Selon la méthode utilisée, la proportion des personnes de 65 ans et plus qui auraient des besoins de soins de longue durée se situerait entre 12 % et 24 %; • Les données disponibles ne nous permettent pas de voir si la santé fonctionnelle des personnes âgées s'améliore ou se détériore dans le temps.
Les besoins futurs en soin de longue durée • En tenant compte uniquement du vieillissement de la population, le nombre de personnes ayant des besoins de soins de longue durée devrait doubler au Québec entre 2006 et 2031; • Dans certaines régions, le nombre devrait tripler; • La hausse du nombre de personnes ayant des besoins en soins de longue durée, entre 2006 et 2031, sera bien supérieure à celle de la population totale et à celle de la population active; • Comparativement à douze pays de l'OCDE pour lesquels les mêmes données sont disponibles, le Québec enregistrera la croissance la plus forte des besoins en soins de longue durée par rapport à la croissance de la population.
L'offre de service et les dépenses actuelles en soins de longue durée • Au cours des dernières années, le nombre de personnes hébergées en CHSLD a diminué alors que celui des personnes qui ont bénéficié de ressources intermédiaires a augmenté; • Les sommes accordées aux organismes communautaires pour le maintien à domicile ont augmenté de 33 % entre 2004-2005 et 2008-2009; • Les dépenses nettes en services à domicile ont triplé entre 1994-1995 et 2007-2008; • Les coûts de main-d'œuvre pour les soins de santé sont généralement moins élevés au Québec que dans les autres provinces; • Entre 1998 et 2008, les dépenses relatives aux établissements qui fournissent des soins pour bénéficiaires internes se seraient accrues au Québec de 65 % et les sommes consacrées par habitant sont plus élevées qu'au Canada; • Le Québec affiche le plus haut taux d'utilisateur de services à domicile par 1000 habitants parmi les provinces canadiennes et c'est au Québec que l'on enregistre l'une des croissances les plus fortes du nombre d'utilisateurs par 1000 habitants pour les services à domicile; • Pour les soins de santé à domicile, le Québec se retrouve avec l'un des taux les plus élevés; • Pour le soutien à domicile, le taux du Québec est comparable à celui de la moyenne canadienne.

Si ce scénario se réalisait, il aurait pour effet d'augmenter de façon importante le fardeau épidémiologique des incapacités, en termes d'années-personnes vécues. Il aurait aussi pour effet d'augmenter la pression sur le système de soins et sur les finances publiques.

D'un autre côté, les informations disponibles montrent qu'au cours des dernières années, les services et les dépenses liés aux soins de longue durée ont augmenté plus rapidement que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. Est-ce qu'il s'agit d'un rattrapage entre l'offre et la demande? Est-ce que cette tendance va pouvoir se maintenir au cours des 25 à 35 prochaines années où le nombre de demandeurs de soins de longue durée devrait doubler?

On prévoit que d'ici 2050, la part du produit intérieur brut qui est consacrée aux soins de longue durée devrait doubler dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2005). Compte tenu de l'importance du vieillissement projeté de sa population, la situation devrait être semblable sinon plus préoccupante au Québec. Cela laisse donc présager un contexte où le secteur public ainsi que les particuliers seront fortement sollicités financièrement afin de pouvoir répondre à la croissance des dépenses en soins de longue durée.

Une bonne part des soins de longue durée ne constituent pas des services assurés selon la Loi canadienne sur la santé de 1984 et ne sont pas couverts par les cinq principes énoncés dans cette loi : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. De plus, au Canada, environ 80 % des soins aux personnes âgées sont prodigués par le réseau informel, la famille ou les amis. (OCDE, 2005).

Une hausse de la demande en soins de longue durée va nécessairement inciter les décideurs à augmenter la contribution des utilisateurs et à se fier de plus en plus au réseau des aidants naturels pour prodiguer des soins à domicile (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2006). Les gouvernements devront donc augmenter le soutien qu'ils ont commencé à apporter aux aidants naturels sous forme de crédit d'impôt, de prestations financières ou d'assouplissement dans les milieux de travail.

Des études ont démontré que les services et soins dispensés à domicile étaient beaucoup moins dispendieux pour l'État que ceux offerts par les établissements et les ressources intermédiaires. Les données illustrent d'ailleurs que les dépenses pour les services à domicile ont augmenté plus rapidement que le nombre de personnes âgées. Des analyses montreraient cependant que ce ne sont pas les personnes âgées qui auraient le plus bénéficié de l'augmentation des services à domicile, mais plutôt les personnes recevant des soins de courte durée après leur congé de l'hôpital (Hébert, 2003).

5.1 LES LIMITES DE CETTE ÉTUDE

La projection des besoins en soins de longue durée repose sur l'hypothèse que les taux d'incapacité selon l'âge et le sexe vont demeurer stables dans le temps, et que seul le vieillissement de la population agira sur la croissance de ces besoins.

Dans un contexte de croissance soutenue de l'espérance de vie, trois théories ont été proposées relativement à l'évolution future des taux d'incapacité chez les personnes âgées (Jacobzone et collab., 2000; Lafortune et collab., 2007) :

- une expansion de l'incapacité où la hausse de l'espérance de vie serait accompagnée d'une période plus longue de maladie ou d'incapacité à la fin de la vie, causée par une amélioration des taux de survie des personnes malades et par une augmentation des maladies liées au vieillissement comme la démence et l'Alzheimer;
- une compression de l'incapacité où la hausse de l'espérance de vie serait associée à une période plus courte de maladie ou d'incapacité à la fin de la vie, à la suite des efforts de prévention menés par les individus, les organisations et les gouvernements;
- un équilibre dynamique où la hausse de l'espérance de vie serait liée à une expansion des maladies et des incapacités légères, mais à une réduction des maladies et des incapacités sévères, à la suite des améliorations dans le système de soins et d'une hausse dans l'utilisation des aides instrumentales.

Le scénario de stabilité dans le temps des taux d'incapacité selon l'âge et le sexe est associé à la première théorie, puisqu'en appliquant ces taux à une population qui vit plus longtemps, on accroît le nombre d'années vécues avec une incapacité.

Les deux autres théories s'apparentent puisque dans cette étude, nous n'avons retenu que les incapacités les plus sévères. On peut ainsi tenter de voir ce que l'on obtiendrait en appliquant à la fois la deuxième théorie qui prévoit une réduction de la durée de vie avec des incapacités et la troisième qui sous-tend une réduction des incapacités sévères. Pour réaliser cet exercice, on peut établir l'hypothèse suivante :

- Entre 2006 et 2031, le taux d'incapacité, selon les trois méthodes retenues, va diminuer de moitié chez les personnes de 65 à 74 ans et de 25 % chez celles de 75 ans et plus.

Ces hypothèses sont basées sur les résultats de Lafortune et collab., (2007) qui ont observé que dans les pays présentant une diminution des taux d'incapacité dans le temps, la baisse annuelle moyenne se situe entre 1 % et 2 % et, d'autre part, sur le fait que les incapacités se concentrent aux âges plus élevés.

Selon cette nouvelle hypothèse, le nombre de personnes âgées de 65 ans, au lieu de doubler, devrait augmenter d'un peu moins de 60 % entre 2006 et 2031. Sans éliminer les préoccupations énoncées plus haut en matière de fardeau épidémiologique et de pression sur le système de santé, la baisse de l'incapacité permettrait de réduire quelque peu l'impact du vieillissement.

D'un autre côté, dans nos projections, nous ne tenons pas compte du fait que les cohortes qui vont arriver aux âges élevés auront un niveau de scolarité de plus en plus élevé et que leur revenu sera supérieur à celui des cohortes précédentes. La contribution au financement du système de santé par les personnes âgées devrait augmenter substantiellement puisque celles-ci seront plus nombreuses à payer une part de plus en plus importante d'impôt sur des revenus de pension. De plus, un plus grand nombre de personnes pourront financer à même leurs revenus une part des soins non couverts par le système public.

Cette étude se limite principalement à démontrer l'impact du vieillissement de la population sur la demande de soins de longue durée. On aborde brièvement la possibilité d'une réduction future des taux d'incapacité selon l'âge, ce qui ralentirait l'effet du vieillissement. Les données que nous avons sous la main ne semblent pas montrer une tendance à une diminution des taux d'incapacité dans le temps. Cela ne veut pas signifier pour autant qu'une baisse importante ne pourrait se produire dans les prochaines décennies.

D'autre part, l'offre de services en soins de longue durée peut changer en fonction de l'évolution de la technologie, des pratiques, des programmes et des politiques (Hébert, 2003; Knickman et Snell, 2002). Dans cette étude, nous avons surtout examiné les soins de longue durée sous l'angle des services à domicile, des services en ressources intermédiaires et en institution. Nous n'avons pas traité des interventions autres que sanitaires qui touchent les conditions sociales, les relations sociales, le transport, le logement et les environnements sécuritaires. Nous n'avons pas aussi parlé de la prévention et de la promotion d'habitudes de vie saines (cessation du tabagisme, alimentation équilibrée, activités physiques et intellectuelles régulières) qui peuvent avoir des bénéfices même à un âge avancé (Hébert, 2003; McCabe-Sellers et Johnston, 2006).

Enfin, la perte d'autonomie n'est pas toujours permanente. Des études ont démontré que plus du tiers des personnes très âgées ayant une perte d'autonomie récupère l'autonomie perdue dans l'année suivante. (Hébert, 2003; McCabe-Sellers et Johnston, 2006).

5.2 PISTES DE RECHERCHE

Nous venons de le voir, cette étude se base sur trois mesures de l'incapacité pour estimer l'évolution des besoins futurs en soins de longue durée en parallèle avec le vieillissement prévu de la population québécoise. Or, d'une part, il n'existe pas une mesure unique de l'incapacité et d'autre part, il est difficile de suivre l'évolution des taux d'incapacité dans le temps compte tenu des nombreux changements dans la définition de l'incapacité et dans les méthodes de collecte de l'information.

Il serait essentiel que l'on vienne à identifier une mesure précise et unique de l'incapacité qui serait maintenue dans le temps. Cela nous permettrait d'avoir des données plus utiles pour planifier les soins de longue durée pour les personnes vivant à domicile.

En ce qui concerne les personnes vivant en institution, il y a peu d'informations sur leur état de santé et on doit faire l'hypothèse qu'elles souffrent toutes d'une incapacité sévère. On doit donc venir à mesurer également l'état de santé de ces personnes pour mieux, ici aussi, planifier les soins en institution.

Les données relatives aux dépenses en soins de longue durée sont parcellaires, notamment pour les soins à domicile. Il est essentiel d'avoir des données plus complètes afin de suivre plus systématiquement les dépenses futures relatives à une demande qui ira en s'amplifiant. Nous n'avons pas traité des dépenses relatives aux soins de longue durée selon l'âge et le sexe. Les données canadiennes montrent que pour les soins aux bénéficiaires de centre d'hébergement, les coûts par habitant se multiplient par 5 lorsqu'on passe du groupe des

65-74 ans à celui des 75-84 ans et du groupe des 75-84 ans à celui des 85 ans et plus (ICIS, 2005).

Ainsi, le rythme de croissance des dépenses en soins de longue durée pourrait être plus rapide que celui des personnes ayant des besoins en soin de longue durée. Des données québécoises portant à la fois sur les dépenses relatives aux soins en institution et aux soins à domicile, selon l'âge, permettraient de mieux prévoir l'impact du vieillissement sur le financement des soins de longue durée.

Un aspect dépassant les objectifs de cette étude a été traité très brièvement, le mode de financement des soins de longue durée au Québec. Cet aspect va certainement prendre de l'importance avec la hausse de la demande en soins de longue durée au cours des prochaines années.

Des études canadiennes ont démontré que les personnes âgées qui ont des besoins importants n'ont pas un accès uniforme aux soins et services qui assureraient leur autonomie (Lafortune et collab., 2008). À mesure que la population vieillit, on doit considérer les recours aux soins de longue durée comme un risque normal de la vie qui nécessite une couverture semblable à celle des soins médicaux (Jacobzone, 2000).

Déjà, quelques pays, dont le Danemark, l'Allemagne, le Japon, l'Espagne et les Pays-Bas ont renouvelé leur système de financement des services de longue durée et ont opté pour une couverture universelle. Au Danemark, une politique de soins de longue durée a permis de créer des services institutionnels et communautaires intégrés pour les personnes âgées. Le taux d'institutionnalisation a diminué alors que les services de proximité se sont étendus à une clientèle de plus en plus large. D'ailleurs, au Danemark, comme au Québec maintenant, les instances locales ont une responsabilité populationnelle (Lafortune et collab., 2008). Les modifications qui devront être apportées à l'organisation des soins de longue durée pourraient donc se faire en lien étroit avec les CSSS.

Des initiatives importantes sont déjà en cours au Québec comme PRISMA, le Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie, qui a pour but de mettre au point et d'évaluer des mécanismes et outils destinés à l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie.

CONCLUSION

Cette étude visait à estimer l'évolution future des besoins en soins de longue durée chez les personnes âgées du Québec de façon à mieux soutenir les décideurs dans les modifications à apporter dans l'organisation et le financement de ces soins.

Ainsi, au cours des prochaines décennies, la population du Québec va enregistrer, parmi les États et les pays développés, l'un des vieillissements les plus rapides de sa structure par âge. Le vieillissement projeté d'ici 2031 devrait se solder par un doublement du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus.

En faisant l'hypothèse que les taux d'incapacité selon l'âge et le sexe observés actuellement demeureraient stables, l'effet seul du vieillissement devrait entraîner une hausse importante du nombre de personnes âgées ayant des besoins en soins de longue durée. L'effet de cette hausse serait amplifié par le fait que les effectifs de la population active demeureraient relativement constants. Tous les éléments sont en place pour assister à une pression accrue des besoins en soins de longue durée sur le système de santé, sur les finances publiques ainsi que sur la capacité de payer des individus. Les soins de longue durée ne sont pas tous couverts par le système public et les finances des individus sont de plus en plus mises à contribution.

D'autre part, même en faisant des scénarios optimistes en ce qui concerne l'évolution future des taux d'incapacité selon l'âge, l'effet du vieillissement entraînerait tout de même une hausse importante de la demande en soins de longue durée.

Mais plutôt que de voir ces projections comme une catastrophe incontournable, il s'agit de considérer cette situation comme une opportunité de changement dans l'organisation de services aux personnes âgées. Des pays qui sont bien plus avancés que le Québec et le Canada dans le processus de vieillissement de leur population ont déjà mis en place des changements importants. Dans un ouvrage collectif portant sur le privé dans la santé, Lafortune et collab., (2008) décrivent en détail des changements qu'ont instaurés certains pays comme le Danemark. Le Québec devrait s'inspirer des initiatives mises en place ailleurs, parce que le vieillissement et les besoins grandissants de sa population âgée en soins de longue durée sont inéluctables.

Nous espérons que cette étude servira à montrer qu'il est maintenant temps de mettre en place, comme dans d'autres pays, des services intégrés pour les personnes âgées, dont des services de longue durée de proximité.

Et comme le disent si bien Lafortune et collab. (2008), en citant Jacobzone (2000), « les décideurs sont appelés à voir le recours aux soins de longue durée comme un risque normal de la vie qui nécessite une couverture au même titre que les services médicaux ».

BIBLIOGRAPHIE

Branch, L. G. (2000). "Assessment of Chronic Care Need and Use" *The Gerontologist*, 40(4): 390-396.

Commissaire à la santé et au bien-être (2008). *Améliorer notre système de santé et de services sociaux. Une nouvelle approche pour en apprécier la performance. Document d'orientation*. Québec, 100 p.

Family Caregiver Alliance (2005). *Fact Sheet: Selected Long-Term Care Statistics*. Family Care Giver Alliance, National Center on Caregiving, 7 p.

Feder, J. H.L. Komisar et R.B. Friedland (2007). *Long-Term Care Financing: Policy Options for the Future*. Washington, Long-Term Care Financing Project, Georgetown University, 81 p.

Gagnon, K. (2009). *Réforme majeure dans les CHSLD de Montréal*. La Presse, 6 juillet 2009.

Garneau K. (2009). *L'espérance de vie selon différents degrés d'incapacité et de désavantage : nouvelles estimations pour le Québec et les régions canadiennes en 2001*. Mémoire de maîtrise, Département de démographie, Université de Montréal, 101 p. et annexes.

Gauthier, H, S. Jean, G. Langis, Y. Nobert et M. Rochon (2004). *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, vol 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 303 p.

Hébert, R. (2003). « Les défis du vieillissement au Canada ». *Gérontologie et société*, 107 : 79-86.

Info-Dépenses (2009). *Bulletin d'information sur les dépenses de santé comparatives à l'échelle canadienne et au plan international*. MSSS, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, 63 p.

Info-Hébergement (2008). *Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, 22 p.

Info-Org.Com (2009). *Bulletin d'information sur les montants accordés aux organismes communautaires subventionnés*, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, 18 p.

Info-SIRTF (2009). *Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Système d'Information des Ressources Intermédiaires et de Type Familial*, Québec, MSSS, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, 14 p.

Info-Stats (2009). *Bulletin d'information présentant certaines statistiques sur les lits dressés, les places internes, les usagers et les jours-présence, dans le réseau socio-sanitaire québécois*, Québec, MSSS, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, 50 p.

Institut canadien d'information sur la santé (2008). *Les soins de santé au Canada 2008*, Ottawa, ICIS, 92 p.

Institut canadien d'information sur la santé (2008a). *Tendances des dépenses nationales de santé*, Ottawa, ICIS, 148 p.

Institut canadien d'information sur la santé (2007). *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*. Ottawa, ICIS, 40 p.

Institut canadien d'information sur la santé (2005). *Le ratio 70/30 : Le mode de financement de santé canadien*. Ottawa, ICIS, 129 p.

Institut canadien d'information sur la santé (2005a). *Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon le groupe d'âge, le sexe et les catégories principales : taux de croissance récents et futurs*. Ottawa, ICIS.

Institut national de santé publique du Québec (2009). Santéscope. [En ligne] www.inspq.qc.ca/Santescope.

Institut national de santé publique du Québec (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions. Édition 2001*. Québec, Les publications du Québec, 432 p.

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques — Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 659 p.

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2006a). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses — Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 131 p.

Institut de la statistique du Québec, 2009. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056. Édition 2009*. Québec, ISQ, 132 p.

Institut de la statistique du Québec (2009a). [En ligne] http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm.

Jacobzone, S. (2000). "Coping with Aging: International Challenges" *Health Affairs*, 19 (3) : 213-225.

Jacobzone, S, E. Cambois, J.M. Robine (2000). « La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population? » *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, 2000/1, p. 159-203.

Johnson, R.W., D. Toohey et J. M. Wiener (2007). *Meeting the Long-Term Care Needs of the Baby boomers: How Changing Families Will Affect Paid Helpers and Institutions*, Washington, The Urban Institute, The Retirement Project, Discussions Paper 07-04, 51 p.

Knickman, J.R. et E. Snell (2002). "The 2030 problem: Caring for aging baby boomers". *Health Services Research* 37 (4): 849-884.

Lafortune, G., G. Balestat and the Disability Expert Group Members (2007). *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in the 12 OECD Countries and the Future Implications*. OECD Health Working Papers no. 26, Paris, OECD, 79 p.

Lafortune, L., F. Béland et H. Bergman (2008). « Fragilité, incapacité et dépendance des personnes âgées : comment compléter l'architecture du système de santé? » Dans *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*. Béland, F., A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée et L. Robert (dir). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 367-386.

Manton, K.G., X. Gu et V.L. Lamb (2006). "Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population", PNAS, 103 (48): 18374-18379.

McCabe-Sellers, B.J. et R. Johnston (2006). "Health Promotion and Disease prevention in elderly" Dans *Geriatric nutrition: The health professional's handbook*, 3^e édition, Chernoff, R. (dir). Sudbury, MA : Jones et Bartlett, Inc, 519-557.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2031*, édition 2010.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009). Tableaux spéciaux. Service du développement de l'information.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009a). *Dépenses en services à domicile, 1994-1995 à 2007-2008*. Service du développement de l'information (produit électronique).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*. Québec, MSSS, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, 220 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec (2008) *Éco-Santé Québec* (produit électronique).

Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2006). « Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main Drivers? », *OECD Economics Department Working Papers*, no. 477, OECD Publishing, 81 p.

Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2005). *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*. OCDE, Les projets de l'OCDE sur la santé, 155 p.

Pampalon, R., R. Choinière et M. Rochon (2001). « L'espérance de santé au Québec ». Dans *Enquête sur les limitations d'activités 1998*, Québec, ISQ : 399-420.

Philibert, M., R. Pampalon et R. Choinière (2007). *L'espérance de santé au Québec : Revue de différentes estimations pour les années 1986 à 2003*, Montréal, INSPQ, 35 p.

Pickard, L., A. Comas-Herrera, J. Costa-Font, C. Gori, A. Di Maio, C. Patxot, A. Pozzi, H. Rothgang et R. Wittenberg (2007). "Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050", *Journal of European Social Policy*, 17 (1): 33-48.

Plante, N., L. Côté et R. Courtemanche (2009). *Incidence des changements méthodologiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sur la comparabilité entre les cycles 1.1, 2.1 et 3.1 aux niveaux provincial et régional, de même que sur la comparabilité régionale intracycle*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 74 p.

Quesnel-Vallée, A. et L. Soderstrom (2008). « Le défi démographique du vieillissement, une menace pour le financement des services de santé? » *Dans Le privé dans la santé. Les discours et les faits*. Béland, F., A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée et L. Robert (dir). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 46-68.

Ressources humaines et Développement des compétences Canada (2009). Canadiens en contexte — Taille et croissance de la population. [En ligne] <http://www4.rhdsc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=35&bw=1>.

Ressources humaines et Développement des compétences Canada (2006). *Aidants naturels. Document d'information. Prestation de soins non rémunérés au Canada*. [En ligne] http://www.hrsdc.gc.ca/fra/sm/comm/ds/aidants_naturels.shtml.

Spillman, B.C. (2004). "Changes in Elderly Disability Rates and the Implications for Health Care utilization and Cost", *The Milbank Quarterly*, 82(1) : 157-194.

Statistique Canada (2008). *Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge, et indice synthétique de fécondité, Canada, provinces et territoires*, CANSIM, tableau 102-4505 (produit électronique).

Statistique Canada (2007a). *L'enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique*, Ottawa, no 89-628-XIF au catalogue, 39 p.

Statistique Canada (2007b). *L'enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : tableaux*, Ottawa, no 89-628-XIF au catalogue, 118 p.

Statistique Canada (2004). *Couverture. Rapport technique du recensement 2001*. Ottawa, Statistique Canada, catalogue 92-394-XIF, 89 p.

Statistique Canada (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Questionnaire pour cycle 2.1*, 267 p.

Statistique Canada (2003a). Dictionnaire du recensement de 2001, Ottawa, no 92-378-XIF au catalogue, 433 p.

Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé (2009). *Indicateurs de la santé*, vol. 2009, no 1, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-221-XIF (produit électronique).

Thibault, N., E. Létourneau et C. Girard (2004). *Si la tendance se maintient... Perspectives démographiques : Québec et régions, 2001-2051*, Québec, Institut de la statistique du Québec, collection Démographie, 39 p.

Wilkins R. (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé ». *Dans Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, Gouvernement du Québec : 279-311.

