

RAPPORT DE RECHERCHE

Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec

Remis à la Commissaire à la santé et au bien-être

PAR :

Samuel Sponem, Ph.D.

Professeur titulaire HEC Montréal

Caroline Lambert, Ph.D.

Professeure titulaire HEC Montréal

Élodie Allain, Ph.D.

Professeure agrégée HEC Montréal

Ariane-Hélène Fortin, M.Sc.

Chargée de projets – accompagnatrice, Pôle santé HEC Montréal

Charlotte Pellegrino, M.Sc.

Auxiliaire de recherche HEC Montréal

Vanessa Fayolle, M.Sc.

Auxiliaire de recherche HEC Montréal

AVEC LA COLLABORATION DE :

Denis Chênevert, Ph.D.

Professeur titulaire et Directeur, Pôle santé HEC Montréal

Octobre 2021



Ce rapport a été rédigé par le Pôle santé HEC Montréal pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir la démarche du CSBE dans la réalisation du mandat spécial sur la performance des soins et services aux aînés dans le cadre de la pandémie de COVID-19. La responsabilité relative au contenu appartient en totalité aux auteurs du document et les vues qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles du CSBE.

L'ÉQUIPE DE PROJET

Chercheur principal

Samuel Sponem, Ph.D.

Professeur titulaire, Département de sciences comptables, HEC Montréal

Cochercheurs

Caroline Lambert, Ph.D.

Professeure titulaire, Département de sciences comptables, HEC Montréal

Élodie Allain, Ph.D.

Professeure agrégée, Département de sciences comptables, HEC Montréal

Denis Chênevert, Ph.D.

Professeur titulaire, Département de gestion des ressources humaines, HEC Montréal
Directeur du Pôle santé HEC Montréal

Chargée de projets

Ariane-Hélène Fortin, M.Sc.

Chargée de projets – accompagnatrice, Pôle santé HEC Montréal

Auxiliaires de recherche

Charlotte Pellegrino, M.Sc.

Auxiliaire de recherche, Étudiante au doctorat en administration, spécialisation sciences comptables, HEC Montréal

Vanessa Fayolle, M.Sc.

Auxiliaire de recherche, Étudiante au certificat en ressources humaines, HEC Montréal

À PROPOS DU PÔLE SANTÉ HEC MONTRÉAL

Le Pôle santé HEC Montréal, créé en 2010, est une plate-forme universitaire qui génère et diffuse de la connaissance autour des meilleures pratiques en gestion de la santé. Il regroupe plus d'une vingtaine de professeurs experts dans le domaine, des professionnels et des étudiants. À travers les projets de recherche et d'accompagnement qu'il réalise, le Pôle santé HEC Montréal contribue au développement des connaissances et des pratiques. Il s'assure ensuite du transfert des connaissances développées lors de ces projets vers d'autres milieux de pratique. Il poursuit également la mission universitaire en permettant aux étudiants qui collaborent aux différents projets de développer leurs connaissances et leurs compétences à travers des contextes et des enjeux bien réels.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche souhaite remercier sincèrement chaque personne rencontrée dans le cadre de cette étude. Merci d'avoir pris le temps de nous accueillir (virtuellement) et d'avoir ouvert vos livres dans cette période doublement chargée – pandémie et fin d'année financière – pour contribuer à votre façon à améliorer le sort des aînés d'aujourd'hui et de demain.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN : 978-2-550-90635-3 (PDF)

Table des matières

Liste des abréviations.....	6
Introduction.....	7
Organisation juridique et financement des structures d'hébergement.....	9
Évolution de l'hébergement pour personnes âgées au Québec.....	9
L'émergence de la politique d'institutionnalisation de l'hébergement et de prise en charge par l'État.....	9
La structuration du réseau de la santé face au défi des besoins de soins des personnes âgées.....	9
La diversification de l'offre d'hébergement en contexte de contrainte budgétaire.....	9
L'hébergement des personnes âgées au Québec de nos jours.....	11
Organisation juridique des structures d'hébergement.....	12
Les CHSLD.....	12
Les ressources intermédiaires.....	16
Les résidences pour aînés.....	17
Mécanisme d'accès aux différents types d'hébergement.....	19
Les modalités de financement des structures d'hébergement des personnes âgées au Québec.....	20
Schéma de financement.....	20
Les CHSLD Publics.....	23
Les CHSLD privés conventionnés.....	24
Les CHSLD privés non conventionnés.....	25
Les ressources intermédiaires.....	26
Les contrats gré à gré : ententes de service pour l'achat de services d'hébergement et services professionnels..	28
Hébergement pour personnes âgées: études sur les calculs des coûts.....	31
Les différentes méthodes de calcul des coûts en santé.....	31
Calcul des coûts de l'hébergement pour personnes âgées au Québec : revue des études existantes.....	32
Méthode.....	39
Démarche générale.....	39
Entrevues avec des acteurs clés et experts du secteur.....	39
Choix de l'échantillon.....	40
Collecte de données qualitatives.....	41
Collecte de données quantitatives.....	42
CHSLD privés conventionnés.....	42
CHSLD publics.....	42
Ressources intermédiaires et CHSLD privés non conventionnés.....	43
Démarche de calcul des coûts.....	43
Années de référence.....	43
Périmètre et classification des coûts.....	44
Données opérationnelles et calcul des coûts unitaires.....	45
Analyse des coûts de base, des coûts cachés, des coûts induits et des coûts externalisés.....	45
Analyse critique de la méthode.....	46
Constitution de l'échantillon et représentativité des coûts calculés.....	46
Qualité et comparabilité des données.....	46
Calcul et analyse des coûts.....	47
Calcul et analyse des coûts par type de structure.....	47
Les coûts en CHSLD privés conventionnés.....	47
Les coûts en CHSLD privés non conventionnés.....	49
Les coûts en CHSLD publics.....	50
Les coûts en ressources intermédiaires.....	52
Analyse transversale.....	53
Comparaison des coûts des CHSLD et des Ressources intermédiaires.....	54
Comparaison des coûts des différents types de CHSLD.....	55
Analyse générale.....	56
Analyse des postes de coûts.....	57
Les principaux frais de personnel.....	57
Frais de personnel des soins infirmiers et des soins d'assistance.....	57
Frais de personnel administratif et de direction.....	64
Externalités négatives liées aux frais de personnel.....	65
Coûts induits par la difficulté de recrutement et de rétention du personnel.....	66

Coûts liés à l'immobilier	66
Construction d'une structure pour personnes âgées	67
Accroître le nombre de lits : les options possibles	67
Les caractéristiques des constructions récentes	68
Coûts induits par les choix de conception et de construction du bâtiment	69
Autres coûts	70
Coûts des médicaments	70
Analyse des revenus et des profits.....	72
Un chiffre d'affaires assuré et stable pour les CHSLD privés conventionnés	72
Un financement perçu comme non équitable.....	72
Des stratégies pour limiter les coûts induits par les résidents et en négocier le financement.....	73
Enjeux et recommandations	75
Les structures d'hébergement : construire des milieux de vie et développer des milieux de travail.....	75
Construire – une solution, un complément ou un simple prérequis	75
Prendre soin des travailleurs de la santé pour prendre soin des aînés	76
Des milieux de vie et des milieux de fin de vie.....	77
Disponibilité de l'information et reddition de compte	77
Accès et fiabilité de l'information comptable et financière.....	77
Accès et fiabilité de l'information opérationnelle et clinique	79
Gouvernance des structures d'hébergement des personnes âgées	80
Un CHSLD public au cœur d'une mégastructure hospitalo-centré : une contrôlabilité des coûts limitée	80
Une communication structures / CI(U)SSS difficile : à l'origine de coûts additionnels et d'insatisfactions	80
Les ententes 108 : cause ou solution des dysfonctionnements actuels ?.....	81
Conclusion.....	82
Annexe 1 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les CHSLD privés conventionnés	83
Annexe 2 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les CHSLD privés non conventionnés	84
Annexe 3 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les CHSLD publics.....	85
Annexe 4 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les ressources intermédiaires	86
Références.....	87

Table des tableaux et schémas

Tableau 1: Estimation du nombre de personnes occupant les différents milieux d'hébergement ou de vie ou vivant à leur domicile privé au Québec en 2019-2020.....	11
Tableau 2: Proposition de ratios (Voyer)	23
Tableau 3: Récapitulatif des principales caractéristiques pour chaque type de structure d'hébergement.....	30
Tableau 4 : Récapitulatif des différents travaux existants sur le calcul des coûts de l'hébergement des personnes âgées au Québec :.....	37
Tableau 5: Entrevues avec les acteurs clés et experts du secteur.....	40
Tableau 6: Les différentes structures d'hébergement qui composent l'échantillon.....	41
Tableau 7: Nombre de personnes rencontrées, nombre et durée des entrevues par type d'hébergement.....	41
Tableau 8 - Catégories de coûts et charges associées pour les CHSLD et les ressources intermédiaires.....	44
Tableau 9: Coûts et revenus par jour-présence dans les CHSLD privés conventionnés	47
Tableau 10: Coûts par jour-présence par catégorie pour les CHSLD privés conventionnés.....	48
Tableau 11: Coûts et revenus par jour-présence dans les CHSLD privés non conventionnés	49
Tableau 12: Coûts par jour-présence par catégorie pour les CHSLD privés non conventionnés.....	50
Tableau 13: Coûts par jour-présence dans les CHSLD publics.....	51
Tableau 14: Coûts par jour-présence par catégorie pour les CHSLD publics	51
Tableau 15: Coûts et revenus par jour-présence dans les ressources intermédiaires	52
Tableau 16: Coûts par jour-présence par catégorie pour les ressources intermédiaires.....	52
Tableau 17: Répartition des frais de personnel entre les catégories d'employés.....	53
Tableau 18: Récapitulatif des principaux coûts	54
Tableau 19 : Catégories de coûts et charges associées pour les CHSLD et les ressources intermédiaires.....	55
Schéma 1: Mécanismes de financement des structures d'hébergement – Légende.....	20
Schéma 2: Mécanismes de financement des CHSLD publics.....	23
Schéma 3: Mécanismes de financement des CHSLD privés conventionnés	24
Schéma 4: Mécanismes de financement des CHSLD privés non conventionnés	25
Schéma 5: Mécanismes de financement des RI	27
Schéma 6: Les différentes approches de calcul de coûts en santé.....	31
Schéma 7: Leviers d'actions pour contenir les frais de personnel de soins d'assistance et de soins infirmiers	61
Schéma 8: Coûts induits par la difficulté de recrutement et de rétention du personnel	66
Schéma 9: Coûts liés à l'immobilier.....	70

Liste des abréviations

AEPC	Association des établissements privés conventionnés
ARRIQH	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
ARS	Approche relationnelle du soin
CAH	Centre d'accueil et d'hébergement
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CPSS	Coût par parcours de soins et services
CTMSP	Outil de classification par types en milieux de soins prolongés
FTQ	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
GAPPA	Guichet d'accès pour les personnes en perte d'autonomie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
HLM	Habitation à loyer modique
LCOP	<i>Loi sur les contrats des organismes publics</i>
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LNT	Loi sur les normes du travail
LRR	Loi sur la représentation des ressources
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
MOD	Main-d'œuvre directe
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MSSAE	Mesures de soutien et services d'assistance exceptionnelles
NSA	Niveau de Soins Actifs
OBSL	Organisme sans but lucratif
OEMC	Outils d'évaluation multiclientèle
OCCI	Outils de Cheminement Clinique Informatisés
PAB	Préposé.e.s aux bénéficiaires
PPP	Partenariat public-privé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RI-RTF	Ressource intermédiaire - ressource de type familiale
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence pour Personnes âgées
RQS	Rétributions quotidiennes supplémentaires
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCHL	Société centrale d'hypothèque et de logement
SEAO	Système électronique d'appel d'offres
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SSAS	Services de soutien, d'assistance et de soins
SAD	Soutien à domicile

Introduction

En août 2020, le gouvernement québécois confiait au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) le mandat d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux eu égard à la prestation de certains services. Plus précisément, le mandat portait sur la dispensation des soins et des services d'hébergement aux aînés, ainsi que sur les enjeux de gouvernance et de gestion du système de santé en contexte de crise sanitaire (pandémie de la COVID-19).

Afin de remplir son mandat, le CSBE a souhaité répertorier, documenter et évaluer les coûts de l'hébergement et des services par usager dans les différents milieux de vie pour personnes âgées, et plus particulièrement dans les structures d'hébergement offrant des services de soutien, d'assistance et de soins de longue durée. Ceci inclut les CHSLD (publics, privés conventionnés et privés non conventionnés), les RI-RTF, et les RPA¹.

Pour ce faire, une équipe de chercheurs du Pôle santé HEC Montréal a été mandatée. C'est dans le cadre de ce mandat que s'inscrit ce rapport. Il s'appuie sur une recherche qui s'est échelonnée de février à juin 2021.

La diversité des modes d'hébergement et des formes juridiques, ainsi que l'absence de données comptables et financières homogènes et fiables rendent l'exercice d'évaluation des coûts des différentes structures d'hébergement des personnes âgées particulièrement difficile. Cela implique de s'entendre sur le périmètre des coûts qui doivent être inclus dans l'analyse. Par exemple, en se limitant à l'analyse des coûts pour les finances publiques, on omettrait l'ensemble des coûts qui sont laissés à la charge des personnes hébergées². Dans une perspective comparative, cela favoriserait mécaniquement les types d'hébergements impliquant une diminution de la prise en charge par les finances publiques des besoins de services de soutien, d'assistance et de soins de certains usagers.

Le présent rapport n'aborde pas la question du niveau relatif de la contribution des usagers et du financement public³. Il propose plutôt d'évaluer et d'analyser l'ensemble des coûts de soutien, d'assistance et de soins pour les personnes âgées en structure d'hébergement, que ces coûts soient supportés par les usagers ou les finances publiques.

Pour réaliser une évaluation et une analyse pertinentes des coûts, la compréhension du contexte dans lequel évoluent les différentes structures d'hébergement s'impose comme un prérequis. Nous avons ainsi veillé à expliciter le contexte juridique et financier dans lequel ces structures s'inscrivent. À cette fin, l'équipe de recherche a analysé les cadres de référence, textes de loi et rapports publics. Elle a également réalisé des entrevues préliminaires avec différents experts (académiques et professionnels) et des responsables d'associations et regroupement de structures d'hébergement afin de contextualiser l'objet d'étude. Cette compilation d'information a permis de clarifier les spécificités des encadrements juridiques des différents types de structure, notamment en ce qui concerne la définition de leurs activités, leur mode de contractualisation et les référentiels comptables applicables à leur reddition de compte.

Une fois ce contexte dressé, l'équipe de recherche a procédé à l'évaluation et à l'analyse des coûts des services d'hébergement des personnes âgées. Afin de déterminer les enjeux et les limites des méthodologies adoptées dans les études existantes, l'équipe de recherche a d'abord procédé à une analyse ciblée de documentation de nature académique (études), professionnelle (rapports d'experts et de consultants) et gouvernementale (calculs de coûts du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)) sur les coûts de l'hébergement des personnes âgées au Québec. À la suite de cette analyse, l'équipe a choisi de calculer les coûts d'un échantillon de structures d'hébergement. L'échantillon, composé de 13 structures⁴, a permis de réaliser des études de cas et une analyse transversale sur les coûts et les enjeux qu'ils mettent en lumière. Ainsi, l'équipe a tout d'abord documenté les différents types de coûts inhérents aux services étudiés, en réalisant une cueillette et une compilation de données comptables, financières et opérationnelles. Par la suite, afin d'avoir une compréhension approfondie des enjeux de gestion qui sont

¹ En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS, chapitre S-4.2), (ci-après « LSSSS ») les RPA sont considérées comme des lieux de résidence, soit comme des « immeuble[s] d'habitation collective » (art. 346.0.1). Cependant, des ententes pour achat de places sont convenues avec des CI(U)SSS dans certaines d'entre elles.

² Dans ce rapport, nous utiliserons indistinctement « personne hébergée », « résident » et « usager ».

³ La question du financement des services d'hébergement aux personnes âgées est importante. Elle est par exemple abordée, dès 1988, dans le rapport (Rochon, 1988) ou en 2008, dans le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par Claude Castonguay (Castonguay, 2008). Une réforme du calcul de la contribution des usagers est d'ailleurs entrée en vigueur au 1 janvier 2021, à la suite d'un mémoire remis au conseil des ministres du gouvernement du Québec, rédigé par Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés et de Proches aidants et Christian Dubé, ministre de la Santé et des Services sociaux.

⁴ L'échantillon est composé de 3 CHSLD publics, 3 CHSLD privés conventionnés, 4 CHSLD privés non conventionnés et 3 RI.

associés à ces différents coûts, l'équipe a mené des entretiens avec des gestionnaires de ces 13 structures d'hébergement.

La présente étude se concentre sur les CHSLD (publics, privés conventionnés et privés non conventionnés), ainsi que les RI non visées par la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires* et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR, chapitre R-24.0.2) (ci-après « LRR »)⁵. Elle exclut les RTF en regard à leur plus faible nombre de places destinées aux personnes âgées. L'équipe a par ailleurs entamé les recherches entourant les RPA, afin d'inclure les places achetées par le Réseau de la santé et des services sociaux dans l'étude, mais des difficultés d'accès aux données et de recrutement de structures pour l'échantillonnage ont mené à leur exclusion pour l'analyse des coûts. Certaines informations sur ces types d'ententes sont néanmoins présentées dans le rapport.

Ce rapport s'articule autour de cinq sections :

1. Contexte juridique et financier dans lequel s'inscrivent les différentes structures d'hébergement des personnes âgées au Québec. Ceci nous permet de mieux comprendre la diversité des services rendus par ces structures, ainsi que leurs modalités de financement;
2. Analyse critique des différentes études sur les coûts d'hébergement des personnes âgées au Québec;
3. Choix méthodologiques qui ont guidé les calculs de coût;
4. Résultats de ces calculs de coût et analyses des coûts;
5. Synthèse des principaux enjeux découlant de l'analyse des coûts des différentes structures d'hébergement.

L'analyse réalisée pour cette étude montre la grande diversité des coûts entre les différents types de structure d'hébergement, mais aussi au sein même de chaque type de structure.

Elle dégage également des enjeux communs à toutes les structures. D'abord, la gestion des frais de personnel liés aux soins infirmiers et aux soins d'assistance ne doit pas répondre à la simple volonté de réduction des coûts à court terme. Ces économies immédiates peuvent induire à moyen et long terme des coûts pour l'ensemble du réseau. De la même manière, les coûts de construction doivent être évalués sur l'ensemble de la durée de vie utile des bâtiments. La conception des bâtiments a en effet un impact sur les coûts d'entretien, de maintenance, de soins et de services rendus et sur les coûts administratifs.

Nos analyses soulignent également des enjeux en termes de reddition de compte des différentes structures d'hébergement. Le manque d'homogénéité et de partage des informations interfère avec une gestion efficace des structures d'hébergement et, plus généralement avec la gestion du réseau.

Enfin, une clarification des relations entre les CI(U)SSS et les structures, ainsi qu'un financement transparent et équitable semblent nécessaire pour améliorer la gouvernance du réseau.

⁵ Les RI visées par la LRR sont celles qui accueillent, à leur lieu principal de résidence, un maximum de neuf usagers qui leur sont confiés par un ou plusieurs établissements publics (LRR, art. 1).

Organisation juridique et financement des structures d'hébergement

Calculer les coûts des services d'hébergement des personnes âgées implique de comprendre les différentes modalités d'hébergement existantes. Après une brève présentation de la manière dont s'est structuré le secteur, cette section en présente l'organisation juridique et notamment les mécanismes d'agrément et de reddition de comptes des différentes structures d'hébergement, ainsi que les mécanismes d'accès aux services pour les personnes âgées. Les modalités de financement, et particulièrement le rôle et les mécanismes du financement public dans ce financement, sont ensuite présentées pour chaque type de structure d'hébergement.

Évolution de l'hébergement pour personnes âgées au Québec

L'émergence de la politique d'institutionnalisation de l'hébergement et de prise en charge par l'État

Tenus jusqu'alors par des communautés religieuses, les hospices, qui tiennent lieu de résidence pour la population vulnérable, font progressivement l'objet, à partir du début des années 1960, d'une prise en charge par l'État (Lavoie, Guberman, & Marier, 2014).

En 1964, un premier permis d'opération est accordé à un établissement privé pour soins spéciaux par le ministère de la Famille et du Bien-Être social (AEPC, s.d.). Cette même année, la première convention collective régissant les conditions d'emploi des professionnels des établissements privés conventionnés est signée avec la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ). Une convention avec la Confédération des syndicats nationaux (CSN) est signée peu après.

L'année suivante, la publication du rapport Marier met en évidence « un grave problème de logement » au Québec (cité dans (Société d'habitation du Québec, 2017)), résultant notamment du faible nombre de constructions de logements à loyer modique entrepris par l'État pour les familles à faible revenu et les personnes âgées. À partir de 1968, avec l'aide de la Société centrale d'hypothèques et de logement (SCHL), la construction d'habitations à loyer modique (HLM) pour personnes âgées s'amorce (Aubry, et al., 2005). Plus de 30 000 logements seront construits entre 1968 et 1994 dans ce cadre. Le ministère des Affaires sociales (MAS), pour sa part, construit de nombreux centres d'hébergement, pour un total qui atteindra, en 1980, près de 60 000 lits (Lavoie, Guberman, & Marier, 2014).

La fin des années soixante est marquée par la création de la Régie de l'assurance maladie (RAMQ) qui doit mettre en place les mécanismes administratifs requis pour l'instauration du régime d'assurance maladie. Les services médicaux seront désormais à la charge de l'État (MSSS, 2009).

La structuration du réseau de la santé face au défi des besoins de soins des personnes âgées

En 1971, la première *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est adoptée. Elle indique que l'État agit comme principal assureur et administrateur dans ce domaine. À ce titre, le texte stipule que « *nul ne peut exploiter un établissement s'il ne détient un permis permanent ou un permis temporaire délivré à cette fin par le ministre* » (MSSS, 1971: C48-94). Les centres d'accueil et d'hébergement (CAH) s'adressant en priorité aux personnes non autonomes font leur apparition moins d'une décennie plus tard (Brissette, 1992).

Au début des années 80, une étude réalisée au ministère des Affaires sociales (MAS) souligne que le réseau institutionnel est mal structuré et n'a pas toujours les ressources pour admettre les personnes âgées ayant des besoins de soins importants (Sicotte, 1982). Devant ce constat, le gouvernement impose un critère d'admission en hébergement (un besoin de soins d'au moins une heure par jour) et décide de rehausser les niveaux de service. En contrepartie, il ferme plusieurs centres dont les installations ne permettent pas de recevoir des personnes ayant des incapacités significatives (Lavoie, Guberman, & Marier, 2014).

La diversification de l'offre d'hébergement en contexte de contrainte budgétaire

Les enjeux de financement des services constituent un des volets majeurs du mandat de la Commission Rochon, qui publie son rapport en 1988. La commission est chargée d'étudier l'évolution des coûts, celle des sources de financement et le processus même d'allocation des budgets et de paiement des ressources. Ce rapport met de l'avant le fait que « *le secteur des services sociaux présente des indices alarmants: (...) [notamment] l'attente prolongée, des personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant un hébergement adéquat ou des services à domicile suffisants (...)* » (Rochon, 1988).

Les années 1990 sont marquées par des contraintes budgétaires et la volonté d'effectuer un virage vers des services plus près du milieu de vie des gens. Ces préoccupations conduisent à modifier l'offre de services : l'offre en soutien à

domicile augmente et le développement de capacités d'accueil dans le secteur privé vient répondre à une demande grandissante pour des soins et services destinés à des personnes âgées bénéficiant d'un degré d'autonomie suffisant pour rester à domicile. Ainsi, en 1991, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* reconnaît le statut légal des « ressources de type familial » (RTF) et des « ressources intermédiaires » (RI). Souvent associées sous le sigle RI-RTF, ces dernières offrent pourtant des environnements d'accueil très différents. En 1992, la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* unifie la mission des centres hospitaliers de soins prolongés et des centres d'accueil. C'est le début de l'appellation : centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Parallèlement, le gouvernement limite son investissement dans le logement social.

Pendant qu'augmente l'offre de soins et services aux personnes âgées autonomes et semi-autonomes, l'hébergement pour les personnes âgées en grande perte d'autonomie (CHSLD) est progressivement réduit. Au cours des années 90, on observe une baisse du taux d'hébergement global des personnes âgées et une baisse des ratios de places. On passe de 152,5 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 1993, à 133 places en 1998 (Boucher & Sanscartier, 1998). Le nombre de lits en service d'hébergement passe de 50 781 lits en 1991 à 45 748 en 2000 (MSSS, 2001). Parallèlement, avec le vieillissement de la population qui s'installe graduellement, on commence à observer une clientèle de plus en plus âgée et qui requiert plus d'heures de soins par jour (Choinière, 2010). L'accès à l'hébergement pour les personnes âgées reste un défi.

L'organisation des services est un enjeu important dans les années 2000. C'est dans cette perspective qu'est créée le 15 juin 2000 la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Le Rapport Clair qui en résulte suggère un budget régional pour la prise en charge de clientèles comme les « personnes âgées en perte d'autonomie » par un continuum de soins et services (Clair, 2000). Il insiste sur l'importance de revoir l'offre de services aux personnes âgées (tant en termes de soutien à domicile que d'hébergement), afin de désengorger les lits de courte durée des hôpitaux où séjournent des aînés en attente d'hébergement. La loi 25, en 2003, suivie de la loi 83, en 2005 mèneront à une fusion des CLSC, CHSLD et hôpitaux non-universitaires en 95 Centre de services de santé et de services sociaux (CSSS) se déployant en réseaux locaux de services (RLS) responsables de leur population.

Dans le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, le MSSS poursuit deux grands objectifs : (1) améliorer l'accès aux services et soutenir le développement de formules diversifiées de logement, en vue d'offrir le plus d'options possibles aux personnes aînées en perte d'autonomie et à leurs proches; (2) offrir des services respectant des standards de qualité et de pratique, et régulés par le secteur public (MSSS, 2005). Ce deuxième objectif mènera entre autres à la mise en place d'un processus de certification des résidences privées pour aînés.

Les modes de financement sont aussi au cœur des débats. C'est dans ce sens que la *loi 61 sur l'Agence des partenariats public-privé (PPP)* du Québec est adoptée en 2004 (Loi 61, chapitre A-7.002). Le gouvernement annonce son intention de mettre de l'avant des projets de PPP, principalement pour le renouvellement des infrastructures publiques. Quelques établissements d'hébergement de longue durée en PPP ont été créés dans le cadre de cette loi dans les années suivant sa parution.

Le Groupe de travail sur le financement du système de santé présidé par Claude Castonguay, dans son rapport publié en 2008, appelle à mettre en place une vision à long terme sur la question de l'enjeu démographique (Castonguay, 2008). Il relève également que, bien que le secteur privé en santé au Québec joue un rôle depuis de nombreuses années, sa contribution aurait été volontairement marginalisée. Selon lui « *il devrait être appelé à en jouer un plus important* », mais « *avant de procéder à un tel changement, le Ministère doit en priorité adopter des règles strictes et des modalités d'agrément pour assurer la sécurité des personnes et la qualité des services* » (Castonguay, 2008).

Par le projet de loi 16 de 2011, le gouvernement vient ainsi modifier diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux, afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés. Le terme « résidence privée pour aînés » fait son apparition et devient l'appellation réservée aux exploitants détenteurs d'une attestation temporaire ou d'un certificat de conformité utilisé pour faire référence à une résidence pour personnes âgées.

L'organisation du système de santé sera de nouveau revue en 2015 avec le projet de loi 10 qui propose une réforme en profondeur du système de santé. Les agences de la santé et des services sociaux sont abolies au profit de centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS), chapeautant l'ensemble des établissements d'une région. L'intégration des services sous la gouverne d'un établissement unique par région doit permettre une meilleure circulation de l'information clinique, faciliter le travail du personnel soignant et simplifier le parcours de soins, ainsi que l'accès aux soins et services pour les usagers. Relevant directement du Ministère, sans aucun intermédiaire, le CI(U)SSS est responsable de la prestation des soins et services à la population de son territoire (MSSS, 2014a).

Le 1^{er} janvier 2021 entrent en vigueur de nouvelles règles de calcul de la contribution de l'utilisateur à la suite d'un dépôt conjoint d'un projet de règlement par la ministre des Aînés et le ministre de la Santé et des Services sociaux, en juin 2020. Ces nouvelles règles modifient les règles de calcul prévues jusqu'alors et visent à assurer une meilleure équité dans le calcul de la contribution des usagers hébergés en établissement ou pris en charge par une RI (MSSS, 2020a).

L'hébergement des personnes âgées au Québec de nos jours

Les mesures mises en place dans le cadre du programme-service de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), qui regroupe l'ensemble des soins et services destinés aux aînés en perte d'autonomie au Québec, sont coordonnées par les CI(U)SSS. Ce programme-service compte pour 16% des dépenses totales du système de santé et de services sociaux, ce qui le place au 2^e rang des dépenses en santé, après le programme Santé physique (INESSS, 2019).

Le soutien à l'autonomie des personnes âgées peut prendre la forme de soutien à domicile (SAD) offert au lieu de résidence de la personne (domicile ou RPA) ou d'hébergement de longue durée dans un CHSLD, une RI ou une RTF. Certaines RPA comptent aussi une unité de soins pour prendre en charge des clientèles en légère perte d'autonomie.

Dans un rapport publié en 2021, la Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels indique qu'environ 195 700 personnes âgées bénéficient de soutien à la perte d'autonomie⁶ (Clavet, Décarie, Hébert, Michaud, & Navaux, 2021). Elle réalise une projection du nombre de personnes recevant des soins et services du programme-services SAPA qui montre une croissance importante du nombre de personnes dans les profils nécessitant davantage de soins. Ce nombre, s'élevant à 30 590 personnes en 2020, devrait atteindre 83 227 personnes en 2050 selon les auteurs, soit une multiplication par plus de 2,7 en 30 ans (Clavet, Décarie, Hébert, Michaud, & Navaux, 2021).

On dénombre 2577 milieux d'hébergement et milieux de vie au Québec en 2019-2020 (CSBE, 2021). 48% de ces milieux offrent des services d'hébergement avec soins pour les personnes en perte d'autonomie. Les RPA constituent le milieu le plus important en nombre d'organisations avec 68% de l'offre totale (dont près du quart offrent des unités de soins), contre 16% pour les CHSLD. Les milieux d'hébergement publics ou subventionnés par l'État comptent pour un peu moins du tiers des milieux (CSBE, 2021).

Une étude réalisée par la Direction du financement, allocation des ressources et budget du MSSS en 2019 s'intéressant au financement des CHSLD privés non conventionnés montre que le nombre de places achetées par les CI(U)SSS dans ces établissements varie entre 3% et 100% par structure, avec une moyenne de 56% (MSSS, 2019a).

Une estimation du nombre de résidents occupant les différents milieux d'hébergement présenté dans le Tableau 1 montre la répartition des lieux de résidence des personnes de plus de 65 et de plus de 75 ans.

Tableau 1: Estimation du nombre de personnes occupant les différents milieux d'hébergement ou de vie ou vivant à leur domicile privé au Québec en 2019-2020

Milieu d'hébergement, milieu de vie ou domicile	Nombre de personnes de 75 ans et plus occupant le lieu	Catégorie d'hébergement des 65 ans et plus (%)	Catégorie d'hébergement des 75 ans et plus (%)
Domicile	460 174	85,6	66,2
RPA sans unités de soins	115 972	7,1	16,7
RPA avec unités de soins	66 151	4,1	9,5
CHSLD publics	31 591	1,9	4,5
RI-RTF	9 990	0,6	1,4
CHSLD privés conventionnés	6 168	0,4	0,9
CHSLD privés	3 989	0,2	0,6
Lits de courte durée	734	0,0	0,1
		100%	100%

Source : (Mousseau, 2021)

Comme nous venons de le voir dans cette partie sur l'évolution de l'hébergement des personnes âgées, le vieillissement de la population, ainsi que l'accroissement des besoins de soins, de soutien et d'assistance des personnes âgées croisés avec une offre émergente, voire peu planifiée, en matière d'hébergement ont mené à la

⁶ Ce montant a été calculé à partir de la donnée la plus récente disponible sur le sujet et obtenue par une demande d'accès à l'information au MSSS en 2014.

coexistence d'une multiplicité d'acteurs aux statuts diversifiés (publics, privés, OBNL, PPP, longue durée, courte durée; offrant des prestations allant de l'habitation avec soins et services *ad hoc* à la prestation d'hébergement avec soins, soutien et assistance en continu) et à une complexification de l'hébergement des personnes âgées au Québec.

Cette complexité se manifeste par des cadres juridiques, des autorisations d'exercice, des normes comptables et de qualité, ainsi que des mécanismes de financement fort hétérogènes. Nous les présentons ci-dessous pour chacune des structures⁷.

Organisation juridique des structures d'hébergement

Les différentes structures d'hébergement se caractérisent par un encadrement juridique spécifique, notamment en ce qui concerne la définition de leurs activités, de leurs modes de contractualisation, ainsi que des normes de qualités et des référentiels comptables applicables à leur reddition de compte. La présente section expose les particularités juridiques de chaque type de structure d'hébergement des personnes âgées.

Les CHSLD

Les CHSLD s'adressent aux personnes ayant une grande perte d'autonomie. Les personnes hébergées en CHSLD sont principalement des personnes âgées, mais d'autres types de profil y sont aussi admis (personnes présentant des troubles de santé mentale, une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme). Les profils Iso-SMAF des personnes âgées s'y situent généralement entre 10 et 14.

Les places en CHSLD doivent être principalement réservées aux personnes qui, en raison de leur perte d'autonomie physique et cognitive, ainsi que de leur condition sociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage et les ressources disponibles pour ces personnes. La décision d'admission en CHSLD doit donc s'appuyer sur une évaluation globale de l'autonomie de la personne⁸, ainsi que sur le profil Iso-SMAF de la personne concernée.

Profils Iso-SMAF

La grille d'évaluation Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) évalue 29 fonctions parmi 5 dimensions (les activités quotidiennes, la mobilité, les communications, les fonctions cognitives et les activités de la vie domestique) et permet un classement sur une échelle de 1 à 14 en fonction de l'intensité et du type de services requis. Le profil Iso-SMAF 1 correspond à une faible perte d'autonomie et Iso-SMAF 14, à une grande dépendance. L'évaluation est réalisée lors de la prise en charge de la personne en perte d'autonomie, mais une réévaluation devrait être faite annuellement ou lors de changements majeurs.

⁷ Les parties sur l'organisation juridique et les modalités de financement des structures d'hébergement ont été grandement enrichies par des entrevues que nous avons réalisées avec des acteurs clés et des experts du secteur. La section méthode donne plus d'informations à ce sujet.

⁸ Outil d'évaluation globale de l'utilisateur comprenant 2 parties: l'aide-mémoire et le SMAF. La partie aide-mémoire de l'OÉMC sert à recueillir des informations sur les aspects suivants : l'état de santé, les habitudes de vie, la situation psychosociale, les conditions économiques, l'environnement physique. Une synthèse de l'évaluation est effectuée à la fin du processus. Le SMAF, intégré dans l'OÉMC, mesure 29 items de l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur regroupés selon : les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, la communication, les fonctions mentales, les activités de la vie domestique (AVD). Pour chacun des 29 items du SMAF, l'intervenant évalue : le degré d'incapacité; le degré de handicap (qui tient compte des ressources humaines disponibles et de la stabilité de celles-ci). Un score pour le degré d'incapacité et un score pour le degré de handicap est établi en additionnant le score obtenu pour chaque item. Le score maximum est de 87 (29 items X score maximal 3). Enfin le Profils Iso-SMAF de l'utilisateur est établi à partir des scores d'incapacité des 29 éléments du SMAF, au moyen d'un algorithme informatisé dans la solution informatique RSIPA. La classification en 14 profils Iso-SMAF correspond à 14 profils d'utilisateurs requérant une intensité de services semblable. Le profil Iso-SMAF ne peut être utilisé seul pour faire un plan d'intervention ou un plan de services puisque le profil Iso-SMAF est basé uniquement sur les incapacités fonctionnelles et ne tient pas compte du contexte global de la personne (partie aide-mémoire) et de son degré d'handicap (MSSS, 2018a).

Pour voir le Formulaire d'évaluation de l'autonomie multiclientèle :

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/27a654cfb02bbd385256ed600498d23/\\$FILE/AS-751_DT9050%20\(2004-09\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/27a654cfb02bbd385256ed600498d23/$FILE/AS-751_DT9050%20(2004-09).pdf)

Il existe trois catégories de CHSLD : publics, privés conventionnés et privés non conventionnés.

Les CHSLD publics

Les CHSLD dans la Loi

L'article 83 de la LSSSS, prévoit que :

« La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. »

La réforme Barette, entreprise en 2015 par l'adoption des projets de loi 10 et 20 créant les CI(U)SSS, regroupe sous une même gouvernance tous les établissements du territoire, désormais fusionnés. Les CHSLD sont donc des services des CI(U)SSS et, à la suite de la réforme, n'avaient plus de gestionnaire de structure. Toutefois, en octobre 2020, en réaction à la première vague de pandémie, des gestionnaires responsables et imputables ont été nommés pour chaque CHSLD public.

Normes comptables

Depuis la réforme de 2015, les données financières concernant les CHSLD publics sont incluses dans les états financiers (AS471) des CI(U)SSS auxquels ils sont liés. Il n'existe donc pas d'états financiers spécifiques pour les CHSLD publics.

Les CI(U)SSS appliquent les normes comptables canadiennes pour le secteur public, prévues par le manuel de comptabilité de CPA Canada, et les particularités prévues au Manuel de Gestion financière (LSSSS, art. 477) rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cela implique notamment de transmettre au (MSSS), au plus tard le 30 juin de chaque année, leur rapport financier annuel AS471 pour l'exercice écoulé. Ce rapport doit être préparé en fonction des formules prescrites par le Ministre et comporter les états financiers de l'établissement, le rapport de vérification visé à l'article 294 et tout autre renseignement requis par le Ministre (LSSSS, art. 295, principe d'interprétation général, art.46). L'établissement doit publier son rapport financier annuel sur son site Internet dans un délai de 30 jours suivant son adoption par le conseil d'administration, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'il contient.

Les CHSLD privés conventionnés

Un facteur différencie les CHSLD publics des CHSLD privés conventionnés : ces derniers sont des structures dirigées par des particuliers ou une société de personnes propriétaires de leur immeuble. Qu'ils soient publics ou privés conventionnée, les CHSLD détiennent un permis octroyé par le MSSS les autorisant à gérer un nombre de places prédéterminées.

Les établissements privés conventionnés sont régis par les mêmes critères de qualité, les mêmes conventions collectives et les mêmes contrôles (rapport financier annuel AS471) de la part du MSSS que les CHSLD publics.

Aucun nouveau permis d'établissement privé conventionné n'a été attribué depuis la fin des années 80 (Simonetta & Roy, 2016).

Les établissements privés dans la Loi

L'Article 99 de la LSSSS (chapitre S-4.2) définit un établissement privé comme tout établissement :

- « 1° non constitué en personne morale;*
 - 2° constitué en personne morale à but lucratif;*
 - 3° constitué en personne morale sans but lucratif et exerçant des activités propres à la mission d'un centre hospitalier, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de réadaptation. »*
-

Autorisation d'exercice

Les CHSLD privés conventionnés ont conclu une convention avec le ministre⁹ à l'une ou l'autre des fins énumérées à l'article 475 de la LSSSS, à savoir :

- « le rémunérer, pour les services de santé et les services sociaux qu'il dispense conformément à la convention, à un taux forfaitaire que le gouvernement fixe pour toute catégorie de centres ou de services qu'il désigne;
- lui rembourser tout ou partie des dépenses qu'il fait et qui sont admissibles à l'allocation de subventions conformément aux règles budgétaires visées à l'article 465 LSSSS. »

L'article 476 de la LSSSS précise de plus que :

« Le ministre détermine, avec l'approbation du Conseil du trésor, les modalités générales relatives au financement des activités des établissements privés et qui sont applicables, sous réserve d'exceptions prévues par le ministre, à l'ensemble des conventions de financement conclues en application du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 475. Le ministre détermine de la même manière le contenu minimum, la durée et, si nécessaire, la forme des conventions conclues en application de l'article 475. Le contenu de ces conventions peut varier selon les régions, la nature ou l'étendue des services dispensés par les établissements de même mission ou les usagers desservis par ces derniers. »

Normes comptables

Les CHSLD privés conventionnés sont soumis au même référentiel comptable que les CHSLD publics. Ils doivent établir un rapport financier annuel AS471 conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités du manuel de gestion financière rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (LSSSS, art. 477). Comme les CHSLD privés conventionnés sont des entreprises privées, elles doivent préparer, en plus des AS471, des états financiers conformément aux normes comptables canadiennes applicables aux entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales (CPA, 2014).

Les CHSLD privés non conventionnés

Les CHSLD non conventionnés sont des structures dirigées par des particuliers ou des personnes morales et sont indépendants et autonomes financièrement. Ils doivent répondre à des normes et détenir un permis du MSSS pour opérer et accepter des personnes en perte d'autonomie (LSSSS, art. 83 et 97). Ils peuvent détenir une entente de services pour l'achat de services ou de prestation d'hébergement et de soins de longue durée avec le RSSS (achat de places).

Certains CHSLD privés non conventionnés sont exploités dans le cadre de partenariat public-privé (PPP) qui inclut l'ensemble des soins et des services. Les contrats de PPP sont conclus entre un organisme public et une entreprise privée pour la construction, le financement ou la gestion d'une infrastructure. Par ce contrat, l'organisme public confie à l'entreprise le soin de gérer et de maintenir l'infrastructure. Si des établissements constitués via ce modèle existent toujours aujourd'hui, ces partenariats ne sont plus des modèles utilisés pour la création de nouveaux CHSLD privés non conventionnés depuis plusieurs années.

Les PPP dans la Loi²⁹

Selon l'article 6 de la *Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec* (chapitre A-7.002):

« Un PPP est un contrat à long terme par lequel une entreprise du secteur public associe une entreprise du secteur privé, avec ou sans financement de celle-ci, à la conception, à la réalisation et à l'exploitation d'un ouvrage public. Un tel contrat peut avoir pour objet la prestation d'un service public. Le contrat stipule les résultats à atteindre et établit un partage des responsabilités, des investissements, des risques et des bénéfices dans un objectif d'amélioration de la qualité des services offerts aux citoyens. »

⁹ Bien que les Agences de la santé et des services sociaux aient été abolies en 2015, le texte de loi et le guide d'information Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé publié en 2016, y font toujours mention. L'article 216 de la loi 10 prévoit que « toute convention conclue par une agence en application de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputée conclue avec le ministre. » (Article 216 Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS, chapitre O-7.2))

Autorisation d'exercice : le permis du MSSS

Le requérant qui souhaite faire une demande de permis doit remplir des prérequis définis par la réglementation. Il doit notamment définir son projet et remplir les conditions minimales suivantes:

- Définir les objectifs à atteindre en termes de soins et de services aux usagers, les moyens envisagés et l'organisation des soins et des services proposés;
- Fixer des critères d'admission de la clientèle qui soient cohérents avec les orientations ministérielles;
- Décrire les services offerts, le nombre et la qualification des employés ainsi que les conditions de travail;
- Procéder à une étude de marché qui démontre clairement la présence d'une clientèle en perte d'autonomie capable d'assumer les coûts liés aux services requis ainsi que la pertinence de développer de nouvelles places en CHSLD dans la région choisie, cette étude devra faire la preuve de la viabilité du projet; s'assurer du respect des règlements municipaux, qui peuvent fixer des normes plus exigeantes que celles de la *Loi sur le bâtiment* (chapitre B-1.1) ou encore préparer des prévisions budgétaires ainsi qu'un montage financier.

Conformément à l'article 441 de la LSSSS, le ministre délivre le permis d'exercice dès lors que les conditions définies par la réglementation sont remplies. Le titulaire du permis devra exercer ses activités conformément à ce qui est indiqué à son permis (LSSSS, art. 444) et l'afficher à la vue du public (*Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services* (chapitre S-4.2, r. 8), art. 6). Le permis délivré par le ministre est valide tant qu'il n'est pas modifié, révoqué ou retiré (LSSSS, art. 442). Le permis ne peut être cédé sans l'autorisation écrite du ministre (LSSSS, art. 445).

Normes comptables

Les normes comptables applicables aux CHSLD privés non conventionnés sont celles prévues pour les entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales (CPA, 2014). Ils n'ont pas à fournir d'AS471. Toutefois, si un établissement privé non conventionné est agréé aux fins de subventions, il doit produire un rapport annuel de gestion sur ses activités, y compris celles relatives à la gestion des risques et de la qualité. Ce rapport doit être remis au ministre de la Santé et des Services sociaux (LSSSS, art. 279).

Notons que les montants versés aux CHSLD privés non conventionnés détenant une entente de service ou agissant dans le cadre d'un partenariat public-privé apparaissent dans le rapport financier annuel AS471 du CI(U)SSS dans les charges non réparties du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Obligation en termes de qualité des soins et services des CHSLD : l'agrément

La LSSSS confie aux CHSLD privés (conventionnés et non conventionnés) différentes responsabilités en matière de qualité et de prestation sécuritaire des soins et des services. À ce titre, tout établissement est tenu de mettre en place un ensemble de mécanismes d'assurance de la qualité des soins et des services et d'en faire un suivi adéquat. L'article 107.1 de la LSSSS, impose à tout établissement d'obtenir et maintenir l'agrément des services de santé et des services sociaux auprès d'un organisme d'agrément reconnu par le ministre¹¹.

Cette obligation s'impose dès l'obtention du permis et, sauf exception, le CHSLD doit être visité par cet organisme dans les 12 mois suivant son obtention. Depuis le 1er avril 2015, les nouveaux agréments obtenus sont valables pour une durée maximale de cinq ans.

Les réseaux de santé ont aussi une responsabilité en matière d'assurance qualité à l'égard des établissements privés de leur territoire. Au titre de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (LMRSSS, chapitre O-7.2), chaque CI(U)SSS doit assumer la responsabilité populationnelle qui lui incombe pour tous les réseaux locaux de son territoire, qui constituent son réseau territorial. Ils doivent ainsi assurer une vigie et un suivi de la qualité des soins et des services offerts dans ces établissements, les accompagner et soutenir dans la réalisation de leurs obligations de qualité, assurer un suivi des mesures correctives mises en place pour répondre aux exigences de la LSSSS. Ils doivent par ailleurs signaler au MSSS, dans les meilleurs délais, toute situation préoccupante qui pourrait compromettre, de manière significative, la qualité des soins et des services offerts à la population de son territoire ou le respect des droits des usagers (MSSS, 2016a).

Les CHSLD publics sont, quant à eux, soumis au processus d'agrément de leur CI(U)SSS d'attache.

¹⁰ La *Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec* est abrogée depuis le 17 mars 2010.

Les ressources intermédiaires

Une ressource intermédiaire (RI) est une entreprise privée, avec ou sans but lucratif, liée à un CI(U)SSS qui est responsable de la qualité des services qui y sont offerts. Les RI peuvent accueillir des personnes âgées, mais aussi des personnes présentant des troubles de santé mentale, une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, dont la perte d'autonomie varie de légère à moyenne et qui sont référées par un établissement du réseau public de la santé et des services sociaux. Elles accueillent principalement des personnes ayant des profils Iso-SMAF entre 6 et 12.

Les RI dans la Loi

L'article 302 de la LSSSS définit les RI comme :

« Toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. »

Dans les 30 premiers jours suivant l'admission d'un résident, une ressource du CI(U)SSS (en général, un travailleur social) vient faire une évaluation à partir de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance. L'instrument, propre aux RI, permet de déterminer sur une échelle de 1 à 6 les services de soutien et d'assistance à offrir au résident¹². L'évaluation du résident est refaite par le CI(U)SSS annuellement ou lors de changements majeurs de son état.

Différents types d'installations constituent des ressources intermédiaires : appartement supervisé, maison de chambres, maison d'accueil, résidence de groupe, autre type résidentiel.

Autorisation d'exercice : les ententes nationales et particulières

Pour les RI non visées par la *Loi sur la représentation des ressources* (LRR, chapitre R-24.0.2)¹³, le processus de recrutement et d'évaluation de l'établissement doit être conforme

à la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP, chapitre C-65.1) (ci-après « LCOP ») et au *Règlement sur les contrats de service des organismes publics* (chapitre C-65.1, r. 4), pour tous les contrats dont le montant de la dépense est supérieur au seuil des accords gouvernementaux¹⁴.

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (chapitre O-7.2) et la LSSSS prévoient la possibilité, pour les ressources intermédiaires, de conclure des ententes avec les CI(U)SSS. La RI hébergeant des adultes doit avoir conclu une « entente particulière » avec un établissement afin que celui-ci puisse lui confier des usagers. Les RI agissent dans un esprit de partenariat avec les établissements publics qui assurent le suivi professionnel des usagers qui leur sont confiés. Elles sont complémentaires à la mission de ces établissements d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité aux usagers qui les requièrent.

¹² Pour consulter la grille de calcul rapide du niveau de service de soutien et d'assistance, accéder au lien de l'outil disponible en ligne : <https://www.arhq.com/documents-preparatoires-instrument-de-determination-et-de-classification/grille-de-calcul-rapide-du-niveau-de-service-de-soutien-et-d-assistance-10-09-2018-2/>

¹³ Les RI visées par la LRR sont celles qui accueillent, à leur lieu principal de résidence, un maximum de neuf usagers qui leur sont confiés par un ou plusieurs établissements publics (LRR, chapitre R-24.0.2), art 1)

¹⁴ Pour consulter les seuils des appels d'offres, accéder au site du ministère de l'Économie et de l'Innovation, lien relatif aux seuils et mode de sollicitation des contrats disponible en ligne : <https://www.economie.gouv.qc.ca/bibliotheques/outils/en-savoir-plus-sur-les-marches-publics/avant-dentamer-votre-demarche/modes-de-sollicitation-et-seuil-de-contrats/#:~:text=professionnels%20et%20techniques-,Seuils%20%3A,public%20%3A%20plus%20de%20105%20700%20%24>

L'Entente Nationale de l'ARIHQ

L'Association des Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec (ARIHQ) regroupant les ressources intermédiaires d'hébergement (non visées par la LRR), au Québec a signé en 2013 **l'entente nationale** avec le MSSSS.

Elle porte sur les conditions minimales et particulières de prestation des services de ces ressources; les modes et l'échelle de rétribution de ces services, en tenant compte de la classification établie par le ministre en vertu de l'article 303, et les diverses mesures et modalités relatives au paiement de cette rétribution.

Elle porte également sur le financement, la mise sur pied et le maintien de programmes et de services répondant aux besoins de l'ensemble des ressources que l'organisme représente, notamment en matière de formation et de perfectionnement; la mise sur pied de tout comité mixte, soit pour assurer le suivi administratif de l'entente, soit aux fins d'assurer la formation et le perfectionnement suffisants au maintien et à la relève des ressources... (LSSSS, art. 303.1)

Cette entente sert de cadre normatif aux ententes particulières.

a signé une entente particulière (comme indiqué dans le Cadre de référence RI-RTF de 2016). Les services de soutien et d'assistance offerts par la RI, mais aussi des services professionnels qu'elle dispense aux usagers, sont soumis à ce contrôle. Ainsi, des normes de qualité s'appliquent autant à la RI qu'à l'établissement, mais ces normes ne sont pas exactement les mêmes, puisque les services et les soins, de même que les responsabilités de chacun envers l'usager, sont différents (Lemay, 2016).

L'article 107.1 de la LSSSS impose à tout établissement d'obtenir l'agrément des services de santé et des services sociaux auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. Cette disposition n'est cependant pas applicable aux les RI-RTF. Ces ressources peuvent entreprendre un processus d'agrément sur une base volontaire, mais ne sont pas soumises à une obligation ou une périodicité de contrôle sur le sujet.

Normes comptables

Comme les CHSLD privés non conventionnés, les ressources intermédiaires sont soumises au respect des normes comptables applicables aux entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales (CPA, 2014). Elles n'ont pas à fournir l'AS471. Notons que les contributions payées par les résidents des RI apparaissent dans le rapport financier annuel AS471 des CI(U)SSS dans la catégorie de revenus « Revenus provenant des usagers » et les paiements faits à ces structures apparaissent dans la catégorie de charges « Ressources intermédiaires - Soutien à l'autonomie des personnes âgées ».

Les résidences pour aînés

Les RPA sont des structures dirigées par des particuliers ou des personnes morales et sont indépendantes et autonomes financièrement. Elles peuvent conclure une entente de services pour l'achat de services ou de prestation d'hébergement et de soins de longue durée avec le RSSS (achat de places).

Plusieurs types de RPA existent : résidences évolutives, coopératives, etc. Les RPA s'adressent aux clientèles autonomes et semi-autonomes.

Le CI(U)SSS confie un usager à une RI selon les modalités, les mécanismes et les critères d'accès qui sont déterminés dans l'entente particulière conclue. Il a la responsabilité d'exercer ses fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers susceptibles d'être confiés à une RI, de même que la dispensation des services professionnels requis par ceux-ci. Lorsqu'il confie un usager à une RI, celle-ci peut lui offrir des services de soutien ou d'assistance de qualité comme prévu dans le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial (chapitre S-4.2, r. 3.1).

Obligation en termes de qualité des soins et services

Pour signer une entente, la ressource doit minimalement répondre aux critères généraux déterminés par le ministre qui seront pris en compte lors de la démarche de recrutement et d'évaluation décrite dans le Cadre de référence RI-RTF (MSSS, 2016b). Pour s'assurer du respect des éléments minimaux garantissant la qualité des services offerts, ces critères considèrent les trois composantes d'une ressource, soit la personne responsable, le milieu de vie et le projet.

Le processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager est sous la responsabilité professionnelle du CI(U)SSS avec lequel une ressource

Les RPA dans la Loi

L'article 346.0.1. de la LSSSS précise qu' :

« est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode. »

Les catégories de RPA

L'article X du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés* (chapitre S-4.2, r. 5.01) définit 4 types de RPA :

1° la catégorie 1, composée de toute résidence privée pour aînés où sont offerts, en outre de la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité, services de loisirs ou services d'aide domestique à l'exception, dans ce dernier cas, de la distribution des médicaments;

2° la catégorie 2, composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et des services d'aide domestique comprenant minimalement la distribution de médicaments, au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité ou services de loisirs;

3° la catégorie 3, composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et d'au moins un service appartenant à la catégorie des services d'assistance personnelle, au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité, services de loisirs ou services d'aide domestique;

4° la catégorie 4, composée de toute résidence privée pour aînés où est offert, en outre de la location de chambres ou de logements et d'au moins un service appartenant à la catégorie des soins infirmiers, au moins un service compris dans une des catégories de services suivantes: services de repas, services de sécurité, services de loisirs, services d'aide domestique ou services d'assistance personnelle.

Les résidences des catégories 1 et 2 sont des résidences dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes et celles des catégories 3 et 4 sont des résidences dont les services sont destinés à des personnes âgées semi-autonomes [...].

d'intensité. Toute modification en cours de bail doit être faite avec l'accord de l'exploitant et du résident (ou son représentant) et respecter les dispositions du Code civil (Normes d'exploitations RPA, art.37).

Autorisation d'exercice

Au moment d'une première demande de certification et au 1er avril de chaque année, l'exploitant doit fournir au CI(U)SSS de son territoire les renseignements exigés par la Loi en ce qui concerne sa résidence. Ces renseignements sont recueillis et inscrits par le CI(U)SSS dans le Registre des résidences privées pour aînés. Ce registre est accessible sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (www.msss.gouv.qc.ca), dans la section réservée à la certification des résidences privées pour aînés.

L'objectif du registre est de fournir des renseignements à la population en ce qui concerne les résidences privées pour aînés au Québec, notamment le nom et l'adresse, le territoire, la municipalité, la catégorie, le nombre d'unités, le nombre d'employés, les services offerts et le statut de certification.

Obligation en termes de qualité des soins et services : la certification

Un futur exploitant de RPA doit d'abord obtenir une « attestation temporaire de conformité » auprès du CI(U)SSS de son territoire. Le CI(U)SSS intervient tout au long de la procédure de certification et de ses renouvellements (remise

Les RPA sont obligées de fournir des renseignements pour obtenir un certificat de conformité. Certaines informations quant aux services disponibles dans ces établissements sont accessibles dans le Registre des résidences privées pour aînés (LSSSS, art. 346.0.1) qui est tenu à jour par les CI(U)SSS. Les critères et normes s'appliquant à chacune varient selon la catégorie, elle-même déterminée par l'offre de services. Une résidence peut se retrouver dans plus d'une catégorie, si les offres de service diffèrent d'une unité à l'autre.

Dans les RPA, les chambres et logements sont en location et les résidents signent un bail. Selon l'article 49 du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés* (chapitre S-4.2, r. 5.01):

« L'exploitant d'une résidence privée pour aînés doit, avant la conclusion du bail, identifier avec la personne qui souhaite y résider ou son représentant, le cas échéant, les services qu'elle souhaite y obtenir. L'identification de ces services doit s'effectuer à l'aide d'un tableau ou d'une grille présentant l'ensemble des services offerts dans la résidence et détaillant le coût de chacun d'entre eux, quel qu'en soit le mode de paiement. »

L'ensemble des services prévus au bail ainsi qu'à son annexe doivent être maintenus pendant toute la durée du bail et sans augmentation de coût ni diminution

des documents, information sur la démarche, transmission de la demande de visite auprès d'Agrément Canada¹⁵, délivrance du certificat de conformité à l'exploitant.)

La certification reconnaît la conformité des résidences privées pour aînés selon des critères et des normes que l'on retrouve dans le *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* (chapitre S-4.2, r. 0.01) en vigueur depuis le 5 avril 2018. Selon la catégorie et la taille de la résidence, il aborde plusieurs thèmes qui concernent les services offerts, les obligations des exploitants ainsi que les droits des résidents.

L'exploitant dispose d'un délai d'un an à compter de la date d'accueil de son premier résident pour obtenir son certificat de conformité qui est valable pour une durée de quatre ans. Il est par la suite renouvelable par période de quatre ans.

Pendant la période de validité du certificat, le CI(U)SSS a la responsabilité de s'assurer du maintien des conditions de la certification. À ce titre, il pourra visiter la résidence et faire les vérifications qui s'imposent. Le MSSSS pourra également effectuer des visites d'inspection dans une résidence, et ce, sans préavis. Ce mécanisme prévoit la remise d'avis d'infraction à l'exploitant s'il y a lieu.

Normes comptables

Du fait de leur caractère privé, les résidences pour aînés appliquent les mêmes normes comptables que les CHSLD privés non conventionnés. Les RPA doivent donc respecter les normes prévues pour les entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales (CPA, 2014). Les RPA n'ont pas à fournir d'AS471. Notons que les achats de place à ces structures apparaissent dans le rapport financier annuel AS471 des CI(U)SSS dans la catégorie de charges « Autres ressources - Soutien à l'autonomie des personnes âgées ».

Mécanisme d'accès aux différents types d'hébergement

Il y a plusieurs portes d'entrée pour obtenir des services de soutien, d'assistance et de soins (SSAS) pour personnes âgées. Le plus souvent, la personne âgée ayant besoin de SSAS, ou un proche, contacte le CLSC de son quartier ou la ligne info-social (811, option 2). Les demandes sont orientées vers le Guichet d'accès pour les personnes en perte d'autonomie (GAPPA).

Un intervenant pivot du GAPPA réalisera une évaluation biopsychosociale et des risques liés à la situation actuelle. L'évaluation permettra de déterminer si la personne peut demeurer dans son milieu de vie et bénéficier des services de soutien, d'assistance et de soins (SAD, centre de jour, gériatrie active, etc.) ou si un changement de milieu de vie doit être envisagé pour répondre à ses besoins. Lorsque le maintien dans le milieu de vie actuel devient difficile et que toutes les options ont été envisagées pour permettre de demeurer le plus longtemps possible à domicile, un déménagement vers une structure d'hébergement public est recommandé et une demande est faite au Mécanisme d'accès à l'hébergement. La demande peut aussi concerner une personne âgée hospitalisée en niveau de soins actifs (NSA) qui ne peut pas retourner à domicile.

Le Mécanisme d'accès à l'hébergement est responsable de l'orientation de toutes les demandes pour les usagers desservis sur son territoire et de coordonner l'accès à partir des principes régionaux de régulation des admissions (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2021). La totalité des places en CHSLD publics, en CHSLD privés conventionnés, en RI-RTF, et des places achetées dans les CHSLD privés non conventionnés et les RPA transigent par le mécanisme d'accès à l'hébergement.

Le traitement des demandes au Mécanisme d'accès à l'hébergement doit être réalisé dans un délai maximum de 4 jours. Un intervenant social fait l'étude du dossier et remplit, avec la personne hébergée et ses proches, une évaluation à l'aide des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI). Cette évaluation est complétée par une évaluation du médecin (CTMSP : Classification par types en milieu de soins et services prolongés) dans le cas des personnes en provenance du milieu de vie. Ces évaluations permettent d'établir le niveau de soins requis (Profil Iso-SMAF) et d'orienter la personne vers les bonnes structures (RI, CHSLD).

Les places sont assignées en fonction des places disponibles, de la préférence du client et de la provenance de la demande. Si la demande concerne une personne hospitalisée en niveau de soins actifs (NSA) qui ne peut pas retourner à domicile, elle sera priorisée afin de libérer le lit dans l'unité d'hospitalisation. Un délai maximal de 7 jours est accordé

¹⁵ Agrément Canada est l'organisme mandaté par le MSSS pour faire la vérification des conformités dans les résidences privées pour aînés

pour offrir une place d'hébergement. À noter que la personne peut refuser la place offerte dans le milieu de vie pour lequel elle est en attente.

Les personnes souhaitant résider en CHSLD privé non conventionné et en RPA peuvent s'adresser directement à l'organisation pour y être admises. Les RPA et CHSLD privés non conventionnés définissent eux-mêmes leurs critères d'admission.

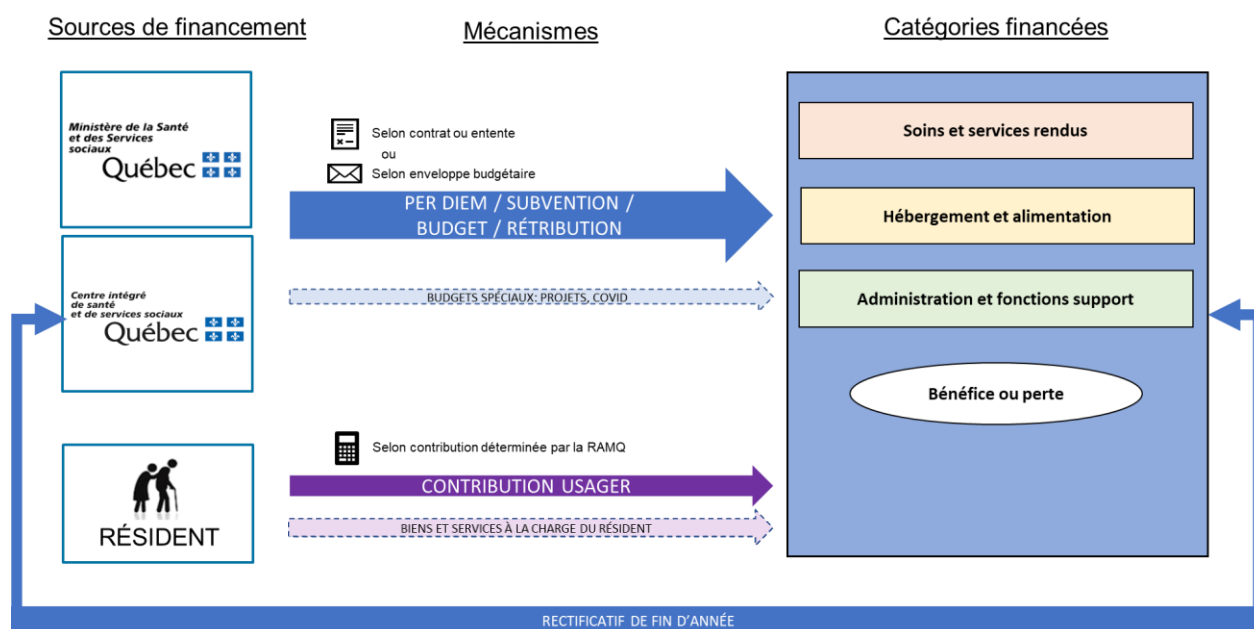
Les modalités de financement des structures d'hébergement des personnes âgées au Québec

Comme nous l'avons présenté dans la section précédente, divers types de structures d'hébergement des personnes âgées existent au Québec. La plupart des structures d'hébergement reposent sur un financement public important, mais les sources et mécanismes de financement diffèrent selon les structures. La présente section illustre, à l'aide de schémas, ces mécanismes de financement pour les différentes structures d'hébergement.

Schéma de financement

Le premier schéma (Schéma 1), est conçu comme une légende permettant de présenter les différentes catégories utilisées dans les schémas de financement pour chacun des types de structures, présentés dans cette section. À gauche se trouvent les sources de financement et à droite les catégories financées pour l'hébergement et le soin des personnes âgées. Entre les deux sont identifiés les principaux mécanismes de financement.

Schéma 1: Mécanismes de financement des structures d'hébergement – Légende



Sources de financement

Les structures d'hébergement sont financées par les résidents et/ou par le RSSS (pour les places du réseau public ou pour les places achetées au réseau privé), soit directement par le MSSS ou par l'intermédiaire du CI(U)SSS d'attache.

Mécanismes

Contribution de l'usager

Pour les places achetées par le RSSS dans les différentes structures d'hébergement, les résidents doivent s'acquitter d'une contribution pour le gîte et le couvert, déterminée en fonction de leurs ressources personnelles. Les services sociaux et les soins de santé, pour leur part, sont pris en charge par la RAMQ quelle que soit la structure d'hébergement.

En effet, selon l'article 512 de la LSSSS,

« Le gouvernement détermine, par règlement, la contribution qui peut être exigée des usagers qui sont hébergés dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial. Ce règlement détermine également le montant d'allocation de dépenses personnelles qui doit être laissé mensuellement à cet usager. »

C'est la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), par le Programme de contribution financière des adultes hébergés, qui établit le montant de la contribution financière mensuelle qui sera exigée à chaque usager hébergé dans un CHSDL public, privé conventionné ou une RI-RTF. Pour évaluer cette contribution mensuelle, la RAMQ tient compte de la catégorie de la chambre du résident et de sa capacité à payer.

Les CHSLD privés non conventionnés, tout comme les RPA, fixent librement leurs tarifs d'hébergement. Le tarif pratiqué n'est donc pas déterminé pour chaque usager en fonction de son revenu. Toutefois, lorsqu'il s'agit des places achetées par le RSSS, la contribution du résident est définie par le même mécanisme de calcul que celui utilisé dans les autres structures d'hébergement, décrit ci-dessus.

La contribution de l'usager répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile, ce qui se traduit par le fait que la personne hébergée doit assumer les dépenses liées à son gîte et à sa nourriture. Les services sociaux et les services de santé sont gratuits pour toute la population du Québec; les résidents des différentes structures d'hébergement sont donc admissibles à la prise en charge de ces frais au titre de la RAMQ, même en étant hébergés.

Le montant financé par le RSSS dans certains types de structures est calculé en fonction d'une estimation de la contribution des usagers qui sera versée par les résidents. Toutefois, puisque la contribution de chaque usager n'est pas fixe, mais établie en fonction de sa capacité à payer, un rectificatif de fin d'année peut servir à ajuster le montant versé par le RSSS à la structure en fonction du montant réel qu'elle aura finalement perçu des usagers.

Biens et services à la charge du résident

Certains biens et services ne sont pas inclus dans les frais de séjour, et restent à la charge du résident. Parmi ces biens et services, on retrouve les services de coiffure, de courrier et d'abonnement, de téléphone, d'internet et de câblodistribution et les soins des pieds. Dans certains types de structures, des services supplémentaires, comme de 2^e ou 3^e bains par semaine, sont également proposés, aux frais de l'usager. Ces biens et services peuvent être offerts par des tiers fournisseurs ou par la structure.

Il existe plusieurs cas de figure pour le paiement. La modalité de paiement la plus utilisée est par l'intermédiaire de la « petite caisse » de l'usager. Il s'agit d'un compte détenu et géré par la structure, pour les usagers, servant à régler les dépenses. Dans certaines structures, cette caisse est en argent comptant, gardée dans une enveloppe associée au dossier physique du patient. La façon d'alimenter et d'utiliser ce compte est généralement entendue lors de l'admission de l'usager, avec l'usager et ses proches. Par exemple, un montant peut être ajouté à la facture mensuelle pour alimenter le compte, ou encore l'usager et ses proches peuvent ponctuellement y verser des montants. Si le solde y est insuffisant pour payer une dépense du résident, une facturation pourra être émise ou le tout sera réglé lors du règlement final, au moment où la partie du loyer non utilisée est remboursée ou vice-versa. Dans tous les cas, l'usager peut aussi généralement payer directement le tiers fournisseur lors de la prestation de services, suivant son degré d'autonomie et l'organisation de la structure.

Financement par le RSSS

Le financement peut directement provenir du MSSS ou transiter par le CI(U)SSS d'attache. Ce financement peut prendre la forme de subvention, de per diem, d'enveloppe budgétaire ou de rétribution. Les montants versés ou le calcul de ces montants sont prévus aux ententes et contrats qui lient les structures d'hébergement au RSSS. Certaines parties de financement peuvent être destinées à des usages déterminés uniquement, sans possibilité d'être utilisés autrement.

Budgets spéciaux

Ponctuellement, des budgets spéciaux sont accordés aux structures en dehors du financement prévu à l'entente ou au budget. Ils sont destinés à différents projets spécifiques, comme des rénovations fonctionnelles mineures pour assurer la sécurité des lieux (par exemple, l'installation de gicleurs), des projets spéciaux (par exemple, la réalisation d'un jardin thérapeutique ou d'un espace pouponnière thérapeutique permettant de rappeler le milieu familial du passé du résident) ou des besoins extraordinaires (par exemple, liés au COVID).

Rectificatifs de fin d'année

Dans certains types de structures, des rectificatifs de fin d'année permettent un ajustement du financement (financement supplémentaire et/ou remboursement de montants par la structure). Ces rectificatifs peuvent porter sur plusieurs éléments tout dépendant du type de structure. À titre d'exemple, le RSSS peut acquitter un montant supplémentaire pour couvrir une hausse des charges salariales liée à un recours important à de la main-d'œuvre indépendante.

Catégories financées

Les catégories financées correspondent aux utilisations déterminées du financement accordé. Dans la plupart des cas de figure, les structures d'hébergement ne sont pas dans l'obligation de rendre des comptes quant au respect du fléchage spécifique des catégories financées. Elles ont donc de la latitude pour utiliser les financements accordés en fonction de leurs besoins.

Afin de faciliter les comparaisons entre les structures, nous proposons une classification en trois catégories, représentées par un code de couleur. À noter que pour chacun des schémas, nous avons fait le choix d'utiliser la terminologie propre aux ressources. Ainsi, les terminologies pour une même catégorie de dépenses peuvent légèrement varier d'un schéma à l'autre.

Soins et services rendus

Cette catégorie regroupe les dépenses liées :

- aux soins d'assistance (frais de personnel et fournitures)
- aux soins infirmiers (frais de personnel et fournitures)
- aux services d'adaptation et de réadaptation incluant l'ergothérapie, la physiothérapie et le travail social (frais de personnel et fournitures)
- aux services psychosociaux (frais de personnel et fournitures)
- à la nutrition clinique (frais de personnel et fournitures)
- aux services de loisirs et pastorale (frais de personnel et fournitures)
- aux médicaments et aux soins pharmaceutiques (frais de personnel et fournitures)
- Aux déplacements des usagers (par exemple, de la structure à l'hôpital pour des rendez-vous), (frais de personnel et fournitures);
- à l'inhalothérapie (fournitures);
- aux besoins spéciaux;
- aux avantages sociaux particuliers (par exemple, les droits parentaux, les congés sociaux, etc.)

Hébergement et alimentation

Cette catégorie regroupe les dépenses liées :

- aux services d'alimentation (frais de personnel et fournitures)
- à l'entretien ménager (hygiène et salubrité) (frais de personnel et fournitures);
- à la buanderie et à la lingerie (frais de personnel et fournitures incluant les produits pour l'incontinence);
- à la maintenance, l'entretien et la réparation (frais de personnel et fournitures);
- à la sécurité (frais de personnel et fournitures);
- au fonctionnement des installations : loyer, location de mobilier et parc d'équipements informatiques, assurances sur les biens matériels, taxes et énergie;
- à la gestion des déchets biomédicaux (services achetés et fournitures).

Administration et fonctions support

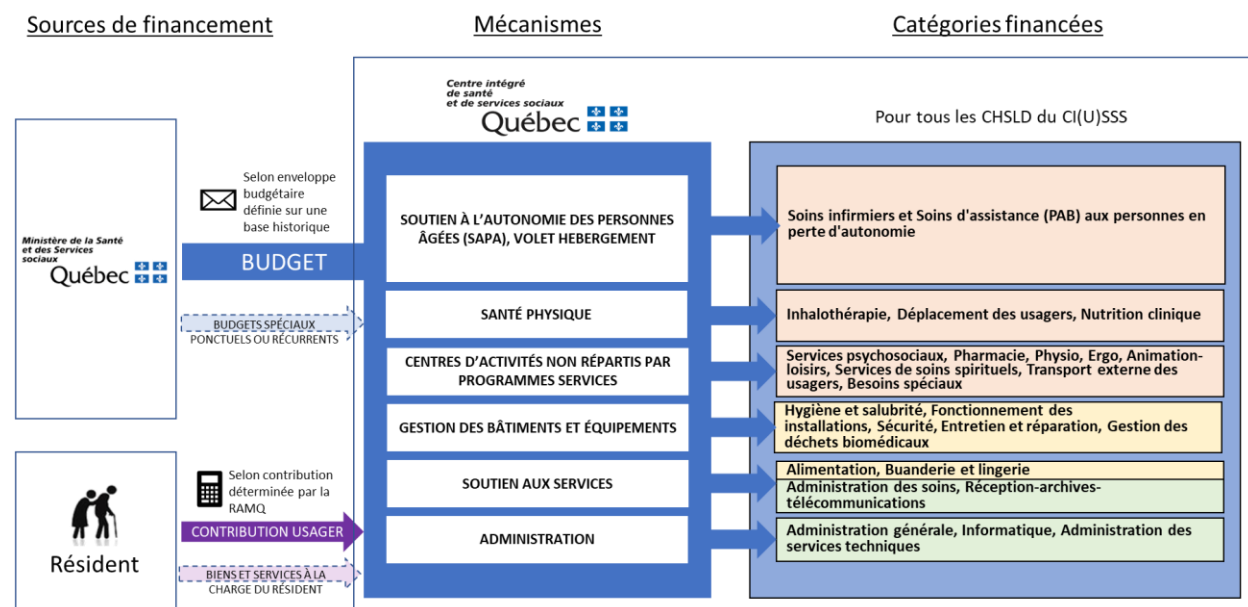
Cette catégorie regroupe les dépenses liées :

- à l'administration générale (frais de personnel et fournitures) : direction générale, administration financière, administration du personnel, administration des services professionnels et l'approvisionnement;
- à l'administration des services techniques (frais de personnel et fournitures);
- à l'administration des soins (frais de personnel et fournitures);
- à l'informatique (frais de personnel et fournitures);
- à la réception-archives-télécommunications (frais de personnel et fournitures).

Les CHSLD Publics

Le financement des CHSLD publics, par budget historique, est illustré dans le Schéma 2.

Schéma 2: Mécanismes de financement des CHSLD publics



Les CHSLD publics sont financés par le RSSS (par l'intermédiaire des CI(U)SSS) et par les résidents. La **contribution de l'utilisateur** est déterminée par la RAMQ et payable au CI(U)SSS d'attache par une facturation mensuelle. Certains **biens et services** (téléphone, câblodistribution, coiffure, etc.) demeurent à la charge du résident.

Les CHSLD publics, sont financés à même le **budget** des CI(U)SSS, lui-même défini sur une base historique, puis indexé. Les règles de financements sont celles qui s'appliquent pour les déterminations de budgets des CI(U)SSS.

Les différentes dépenses des CHSLD d'un CI(U)SSS sont financés à partir six enveloppes budgétaires de l'établissement :

- Le budget du programme-service SAPA - volet hébergement, finance les soins infirmiers et les soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie (PAB). Il s'agit de la plus grande partie du budget des CHSLD. Le nombre d'infirmières et de PAB par résident de jour et de nuit s'appuie notamment sur les balises définies par l'échelle Voyer (Tableau 2). Ces balises ne sont toutefois pas une prescription, mais une fourchette d'effectifs qui doit être adaptée selon les besoins réels des résidents¹⁶.

Tableau 2: Proposition de ratios (Voyer)

Profession	Jour	Soir	Nuit
Infirmière-chef d'équipe	1 pour 25 à 32 résidents	1 pour 50 à 64 résidents	1 pour 75 à 96 résidents
Infirmière auxiliaire	1 pour 25 à 32 résidents	1 pour 25 à 32 résidents	1 pour 32 à 40 résidents
PAB	1 pour 6 à 7 résidents	1 pour 10 à 15 résidents	1 pour 32 à 50 résidents

Source : (Voyer, et al., 2016)

- Les fournitures d'inhalothérapie, le déplacement des usagers et la nutrition clinique sont financés par le budget du programme-service Santé physique.

¹⁶ Il nous a été précisé que, comme ces besoins sont évolutifs au fil des nouvelles admissions, les effectifs devaient eux-aussi évoluer dans le temps. La direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS est d'ailleurs en révision de ces balises. La responsabilité d'avoir les effectifs permettant de répondre aux besoins des résidents revient aux CI(U)SSS. Les directions des soins infirmiers des CI(U)SSS, en collaboration avec les directions clientèles, devraient soutenir la composition des équipes de soins infirmiers selon les besoins des clientèles.

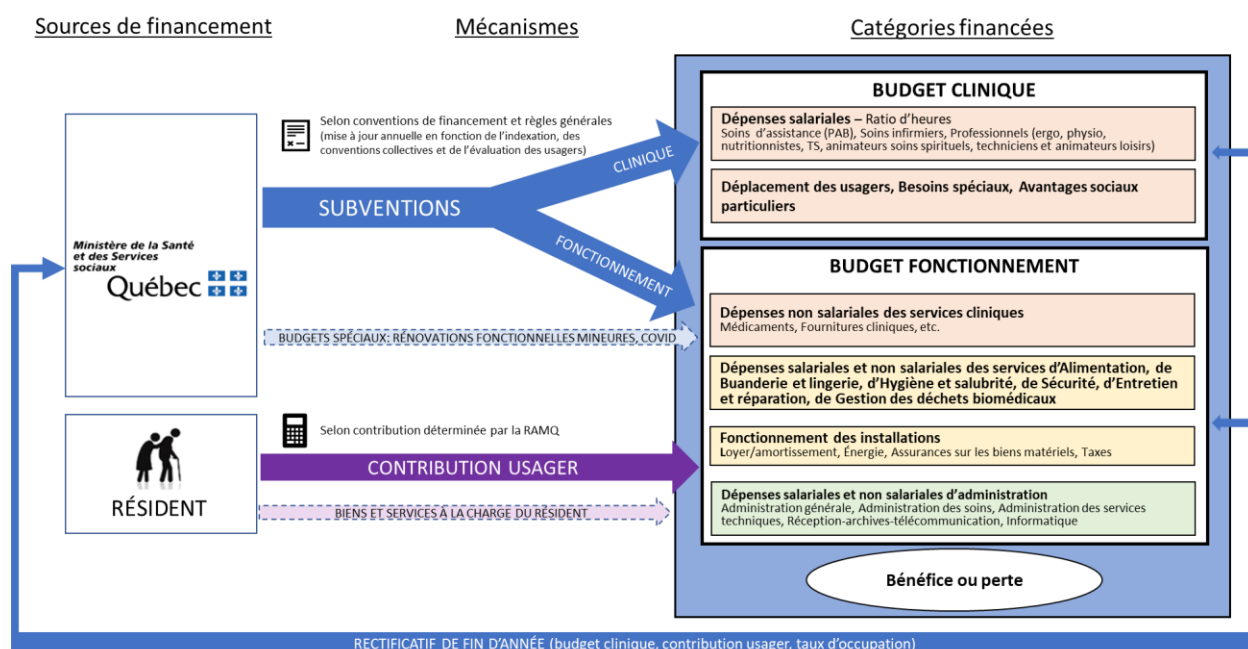
- Les services psychosociaux, la pharmacie, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'animation-loisirs, les services de soins spirituels, le transport externe des usagers, et les besoins spéciaux sont financés par un budget non réparti par programmes-services.
- L'hygiène et salubrité, le fonctionnement des installations, la sécurité l'entretien et réparation et la gestion des déchets biomédicaux sont financés par le budget Gestion des bâtiments et équipements.
- L'alimentation, la buanderie et la lingerie, l'administration des soins et la réception-archives-télécommunications sont financés par le budget Soutien aux services.
- L'administration générale, l'informatique et l'administration des services techniques sont financés par le budget administration.¹⁷

Des **budgets spéciaux** destinés aux CHSLD publics peuvent être alloués par le MSSS et fourni aux CI(U)SSS pour des situations d'exception (par exemple, en situation de COVID) ou pour des projets ad hoc (par exemple, pour un projet d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire).

Les CHSLD privés conventionnés

Le financement des CHSLD privés conventionnés, par subvention, est illustré dans le Schéma 3.

Schéma 3: Mécanismes de financement des CHSLD privés conventionnés



Les CHSLD privés conventionnés sont financés par le MSSS et par les résidents. La **contribution de l'utilisateur** est déterminée par la RAMQ et payable à la structure par une facturation mensuelle. Certains **biens et services** demeurent à la charge du résident.

Le MSSS verse aux CHSLD privés conventionnés leur subvention pour l'année. Le montant de la subvention est basé sur un budget historique indexé qui suit les conditions et modalités prévues dans les conventions de financement. Ce budget est mis à jour annuellement en fonction de l'indexation, des conventions collectives et de l'évaluation des usagers (profil Iso-SMAF). La subvention se divise en deux parties : une composante clinique et une composante de fonctionnement :

- La **subvention clinique** compte pour un peu plus de la moitié du budget et couvre les dépenses salariales pour les soins d'assistance (PAB), les soins infirmiers et les professionnels de la structure (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleurs sociaux, animateurs en soins spirituels, techniciens et animateurs en loisirs). Le nombre d'intervenants par résident de jour et de nuit est établi par des ratios d'heures/soins par patient. Tout

¹⁷ À noter toutefois que la source de financement pour les services intra CIUSSS (catégorie verte Administration et catégorie jaune Hébergement et alimentation) peut varier légèrement d'un établissement à l'autre.

dépassement des ratios est à la charge de l'établissement. À l'inverse, toute économie d'heure doit être remboursée au MSSS en fin d'année. La subvention clinique couvre aussi le déplacement des usagers, les besoins spéciaux et les avantages sociaux particuliers. La composante clinique est à « but non lucratif ».

- La **subvention de fonctionnement** couvre les dépenses non salariales des services cliniques, par exemple les médicaments et les fournitures cliniques. Elle couvre aussi les dépenses salariales et non salariales pour l'alimentation, la buanderie et la lingerie, l'hygiène et la salubrité, la sécurité, l'entretien et la réparation et la gestion des déchets biomédicaux. Elle couvre finalement le fonctionnement des installations (loyer/amortissement, énergie, assurances sur les biens matériels, taxes); ainsi que les dépenses d'administration (salariales et non salariales) pour l'administration générale, l'administration des soins, l'administration des services techniques, la réception-archives-télécommunications et l'informatique. La contribution des usagers sert aussi à financer le fonctionnement. Les CHSLD peuvent générer des surplus ou faire des déficits dans la gestion de la composante de fonctionnement.

Des **budgets spéciaux** peuvent être alloués par le MSSS pour des situations d'exception (par exemple, en situation de COVID) ou pour des projets comme des rénovations fonctionnelles mineures permettant d'assurer la sécurité des patients (par exemple, des gicleurs ou des rampes d'accès). Dans certains cas, l'obtention de budgets spéciaux implique que le CHSLD fasse des démarches et négocie les montants directement auprès du MSSS. Notons que les budgets spéciaux et la contribution de l'utilisateur servent à couvrir des coûts du budget de fonctionnement.

Des **rectificatifs** sont effectués en fin d'année et peuvent prendre la forme d'un remboursement au MSSS ou d'une réclamation de fonds au MSSS. Au niveau du budget clinique, un rectificatif permet d'aligner la subvention sur les dépenses salariales réelles. Par exemple, si le taux horaire moyen des infirmier.ère.s ou PAB a été plus élevé que prévu (par exemple, du fait d'un recours plus important à de la main-d'œuvre indépendante), les ajustements permettront de couvrir ces dépenses. D'autre part, un rectificatif permet la couverture des charges réelles des déplacements des usagers, des besoins spéciaux et des avantages sociaux particuliers.

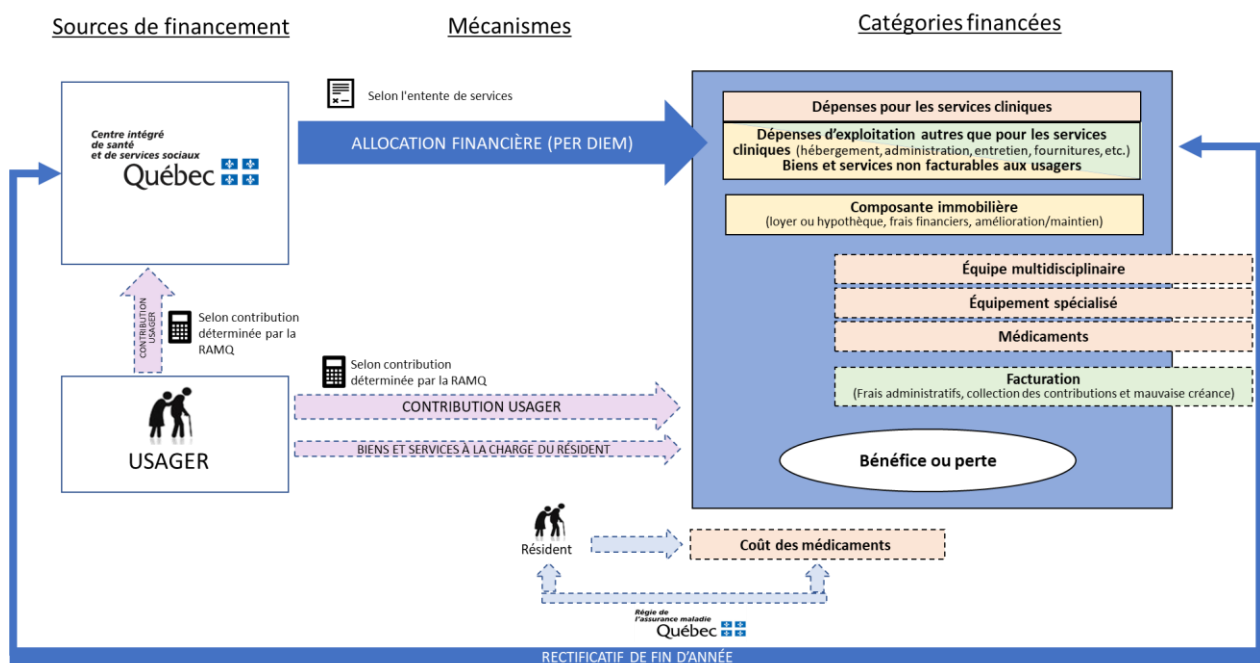
Un autre rectificatif est effectué si la contribution réelle perçue des usagers est différente de la contribution estimée pour déterminer la subvention initiale versée à la structure.

Enfin, la structure peut être amenée à rembourser des sommes au MSSS si le taux d'occupation est inférieur à 99%.

Les CHSLD privés non conventionnés

Le financement des CHSLD privés non conventionnés, par une allocation financière (sous la forme de per diem), est illustré dans le Schéma 4.

Schéma 4: Mécanismes de financement des CHSLD privés non conventionnés



Les places faisant l'objet d'ententes entre les CHSLD privés non conventionnés et le RSSS sont financées par le RSSS (par l'intermédiaire des CI(U)SSS) et parfois aussi par les résidents. En effet, la **contribution de l'utilisateur** déterminée par la RAMQ est soit facturée et collectée par le CHSLD, soit par le CI(U)SSS, dépendamment des termes du contrat de service. Lorsque la contribution des usagers est collectée par le CHSLD, le RSSS finance la différence entre le montant de contribution reçue par le CHSLD et le montant de contribution qu'il aurait reçu si tous les usagers avaient payé la contribution maximale. Certains **biens et services** demeurent à la charge du résident.

Pour les places faisant l'objet d'une entente, le CI(U)SSS verse une **allocation financière** (sous la forme d'un per diem) au CHSLD. Le montant de cette allocation diffère d'une structure à l'autre en fonction de chaque entente négociée entre le CHSLD et le CI(U)SSS. Ni cadre de référence, ratios ou règle de calcul encadre la façon dont doit être calculé ce montant.

L'allocation financière couvre minimalement les dépenses pour les services cliniques, les dépenses d'exploitation autres que les services cliniques (hébergement, administration, entretien, fournitures, etc.) et les biens et services non facturables aux usagers.

Certaines ententes mentionnent également que le per diem inclut la composante immobilière (loyer ou hypothèque, frais financiers, amélioration/maintien de la bâtisse) dans le périmètre des éléments financés par le RSSS.

Pour certains CHSLD privés, les éléments suivants peuvent également être inclus dans le périmètre financé (représentés dans le schéma par les catégories financées entourées de trait pointillé et à demi sorties du périmètre):

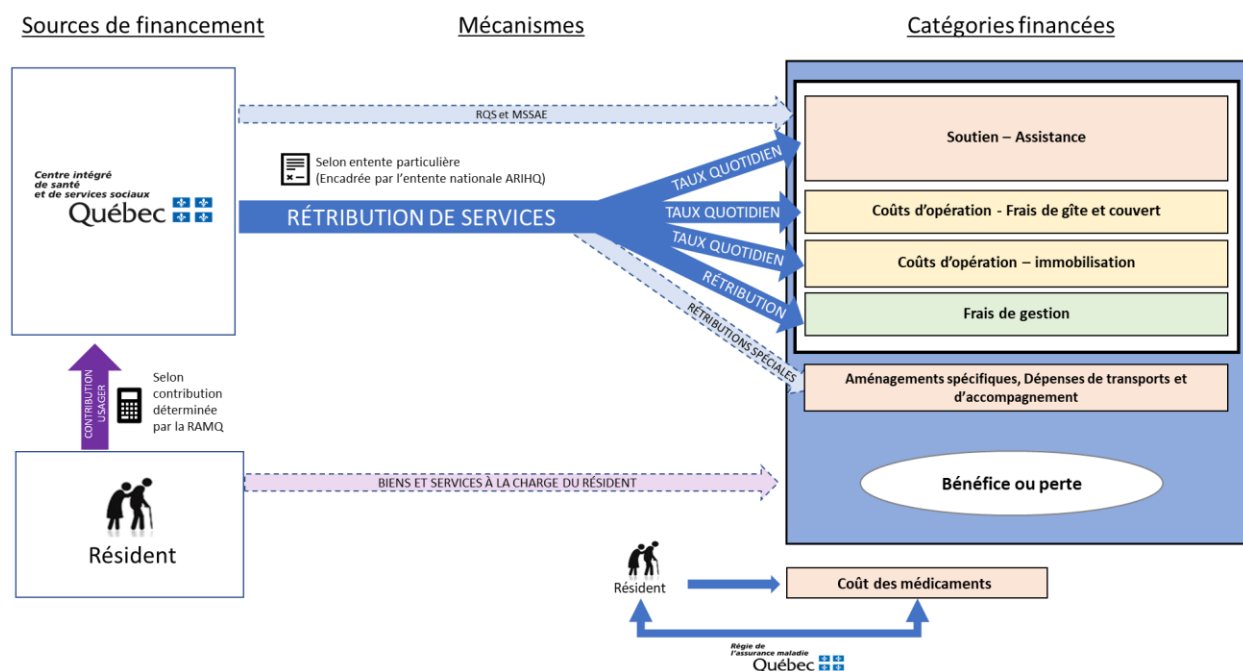
- Équipe multidisciplinaire : Les professionnels (autres que soins infirmiers et PAB) peuvent être soit fournis par le CHSLD, soit fournis par le CI(U)SSS, auquel cas ils se déplacent en CHSLD. Si l'équipe multidisciplinaire est fournie par le CHSLD, les dépenses salariales et fournitures liées aux soins et services de cette équipe peuvent (ou non) être incluses dans l'allocation financière.
- Équipement spécialisé : Le CHSLD peut bénéficier d'un accès à la banque d'équipement spécialisé du CI(U)SSS ou non. Dans le cas où l'équipement spécialisé est fourni par le CHSLD, l'allocation financière peut (ou non) prendre en compte spécifiquement les frais associés à ces équipements.
- Médicaments : Soit le coût de la médication est pris en charge par la RAMQ, soit le coût de la médication est pris en charge par le CHSLD. Lorsque la médication est prise en charge par le CHSLD, l'allocation financière peut (ou non) prendre en compte spécifiquement ces frais.
- Facturation : Dans les cas où c'est le CHSLD qui facture et collecte la contribution des usagers, l'allocation financière peut (ou non) permettre de couvrir les frais administratifs de la facturation, la collection et les mauvaises créances.

Selon l'(les) entente(s), il peut (ou non) y avoir plusieurs types de **rectificatifs de fin d'année**. Par exemple, lorsque le CHSLD assume le coût de la médication, l'allocation est parfois accompagnée d'un arrangement permettant de bénéficier d'ajustements en fin d'année en cas de dépassement.

Les ressources intermédiaires

Le financement des RI, par rétribution de services, est illustré dans le Schéma 5: Mécanismes de financement des RI (page suivante).

Schéma 5: Mécanismes de financement des RI



Les RI sont financés par le RSSS (par l'intermédiaire des CI(U)SSS) et par les résidents.

La **contribution de l'usager** est déterminée par la RAMQ et payable au CI(U)SSS d'attache par une facturation mensuelle.

Certains **biens et services** demeurent à la charge du résident.

Le CI(U)SSS verse aux RI une **rétribution de services** mensuelle selon les termes prévus dans l'entente particulière, elle-même encadrée par l'entente nationale entre l'ARIHQ et le MSSS. La rétribution de services est en très grande partie calculée à partir de taux quotidiens par usager, pour chaque catégorie financée. Toutefois, la RI peut répartir l'utilisation de sa rétribution entre les catégories comme elle le souhaite. La rétribution de services est établie à partir des calculs suivants :

- Le montant pour les soins et services de soutien et d'assistance correspond à un taux quotidien par résident, calculé en fonction du niveau de classification (1 à 6) de chacun. À noter qu'à l'admission d'un résident, un taux fixe (situé entre les niveaux 2 et 3) (MSSS, 2021a) est utilisé pour calculer le montant alloué pour ses services cliniques en attendant la première évaluation, qui doit être réalisée dans les 30 premiers jours. Même si la RI peut discuter du résultat de l'évaluation réalisée, c'est le CI(U)SSS qui évalue les services de soutien et d'assistance qui doivent être financés pour le résident. À partir du 61^e jour suivant l'admission du résident, le taux quotidien pour le résident est ajusté en fonction de son niveau réel établi par cette évaluation (non rétroactif). L'évaluation est refaite annuellement ou en cas de changement majeur. Le montant alloué aux soins et services d'assistance est ajusté en fonction du nombre de jours-présence¹⁸. Les RI ne sont pas assujetties à des ratios comme ceux de l'échelle Voyer.
- Le coût des médicaments n'est pas pris en charge par la RI. L'usager de la RI peut être inscrit au Régime public d'assurance-médicaments (RAMQ).
- Les coûts d'opération pour frais de gîte et de couvert sont déterminés en fonction d'un taux quotidien fixe appliqué au nombre de jours-présence.
- Le coût d'opération pour immobilier est déterminé en fonction d'un taux appliqué au nombre de jours-présence. Le taux est déterminé par une évaluation de la valeur de l'immeuble par la firme Groupe Altus, en charge de

¹⁸ Un jour-présence correspond à un lit occupé par un usager durant une journée.

l'évaluation de toutes les RI au Québec. Leur évaluation classe chaque RI sur une échelle de 1 à 6 qui correspond à un taux (échelon 1 : 6,87\$; échelon 6 : 35,45\$ en date du 1^{er} janvier 2021).

- Les frais de gestion correspondent à un pourcentage du montant total des autres catégories financées. Ce pourcentage, appliqué par paliers, diminue à mesure que le montant total des autres catégories financées augmente.

Des **rétributions spéciales** peuvent être allouées par le MSSS pour des aménagements spécifiques répondant aux besoins de résidents à l'issue de négociations entre la RI et le MSSS, ainsi que pour des dépenses de transport et d'accompagnement des usagers.

Des **rétributions quotidiennes supplémentaires** (RQS) et des **mesures de soutien et services d'assistance exceptionnelles** (MSSAE) peuvent aussi être allouées à la suite d'une autorisation du MSSS pour des besoins d'encadrement de résidents (par exemple, pour un service donné à un résident où l'intervenant doit être en 1 pour 1). Ces rétributions sont temporaires, elles ont une durée maximale de trois mois.

Il existe un mécanisme de rectificatif appelé « mesure de stabilité » qui permet un certain ajustement dans le cas où plusieurs lits ne sont pas occupés¹⁹. Toutefois, dans la situation actuelle où presque toutes les RI sont à pleine capacité, ce mécanisme est peu activé.

Les contrats gré à gré : ententes de service pour l'achat de services d'hébergement et services professionnels

Les avis des marchés publics, incluant ceux du secteur de la santé et des services sociaux, sont encadrés par la LCOP et publiés sur le système électronique d'appel d'offres (SEAO). Ainsi, lorsqu'un CI(U)SSS identifie un besoin au niveau de sa région, il publie un appel d'offres sur la SEAO et invite les personnes intéressées à déposer leurs projets²⁰. Un contrat de gré à gré peut être conclu avec une entreprise privée, afin de répondre aux besoins de l'organisme public dès qu'il est sous les seuils d'appel d'offres public (Secrétariat du Conseil du trésor, s.d.; Secrétariat du Conseil

LCOP : non-discrimination, transparence et réciprocité

La LCOP s'applique aux marchés publics, aux contrats de partenariat public-privé et à tout autre contrat déterminé par règlement du gouvernement. De cette loi découlent des règlements touchant les marchés publics qui comportent une dépense de fonds publics. Les mécanismes prévus dans la LCOP, ainsi que les seuils d'offre fixés et actualisés annuellement³⁵, sont applicables au secteur de la santé.

En complément de l'encadrement des marchés publics, le Conseil du trésor a adopté la Politique de gestion contractuelle concernant le resserrement de certaines mesures dans les processus d'appel d'offres des contrats des organismes publics. Il rappelle notamment que les accords de libéralisation des marchés publics sont fondés sur les principes de non-discrimination, de transparence et de réciprocité.

du trésor, 2009). Dans certains cas déterminés par la LCOP, cette possibilité est offerte aussi lorsque le montant total du contrat est au-dessus des seuils d'appel d'offres public (105 700 \$ pour les fournisseurs canadiens, au 1^{er} janvier 2020) dans certains cas déterminés par la LCOP (voir encadré). Avant de signer un contrat de gré à gré, l'établissement doit néanmoins publier un avis d'intention sur le système électronique d'appel d'offres (SEAO) afin de permettre à toute personne de manifester son intérêt à conclure ledit contrat. Le texte sur lequel s'est basée la décision de recourir au contrat gré à gré est affiché dans l'avis publié sur le SEAO.

Les avis des marchés publics, incluant ceux du secteur de la santé et des services sociaux, sont encadrés par la LCOP et publiés sur le système électronique d'appel d'offres (SEAO). Ainsi, lorsqu'un CI(U)SSS identifie un besoin au niveau de sa région, il publie un appel d'offre sur la SEAO et invite les personnes intéressées à déposer leurs projets²¹. Un contrat de gré à gré peut être conclu avec une entreprise privée, afin de répondre aux besoins de l'organisme public dès qu'il est sous les seuils d'appel d'offres public (Secrétariat du Conseil du trésor, s.d.; Secrétariat du Conseil du

¹⁹ Mesure de stabilité: sur une base trimestrielle, la rétribution totale de la ressource, ne peut être inférieure à 90% du montant qui aurait été obtenu si toutes les places reconnues à la ressource et disponibles avaient été occupées et rétribuées au taux quotidien moyen obtenu pour les places réellement occupées. Si tel était le cas, un ajustement serait réalisé.

²⁰ Pour la création d'une structure privée, l'ouverture d'une ressource intermédiaire passe donc nécessairement par une procédure d'appel d'offres.

²¹ Pour la création d'une structure privée, l'ouverture d'une ressource intermédiaire passe donc nécessairement par une procédure d'appel d'offres.

trésor, 2009). Dans certains cas déterminés par la LCOP, cette possibilité est offerte aussi lorsque le montant total du contrat est au-dessus des seuils d'appel d'offres public (105 700 \$ pour les fournisseurs canadiens, au 1^{er} janvier 2020) dans certains cas déterminés par la LCOP²².

Les situations prévoyant la signature de contrats de gré à gré dans la LCOP

Art. 13 de la LCOP : il prévoit quatre situations qui permettent de conclure des contrats de gré à gré lorsque le montant du contrat est supérieur aux seuils d'appel d'offres public:

- *Situation d'urgence*
- *Un seul contractant possible*
- *Question de nature confidentielle ou protégée*
- *Appel d'offres ne servirait pas l'intérêt public.*

Art. 42.2. du *Règlement sur certains contrats de service des organismes publics* (chapitre C-65.1, r. 4) disposant que :

« *Les contrats suivants peuvent être conclus de gré à gré avec un prestataire de services lorsqu'ils visent la poursuite des services de santé ou des services sociaux dispensés actuellement par ce prestataire à des personnes vulnérables de façon à les maintenir ou à les intégrer dans leur milieu de vie:*

[...]

2° *un contrat ayant pour objet la prestation de services d'hébergement et de soins de longue durée à des personnes en perte d'autonomie;*

3° *un contrat ayant pour objet la prestation de services d'hébergement à des personnes en difficulté d'adaptation, à des personnes en situation de dépendance ou à des personnes ayant des problèmes de santé ou présentant une déficience, lesquels services comprennent des services de soutien et d'assistance ou des services de soins médicaux;*

La rétribution des prestataires de services dans le cadre de l'exécution de l'un ou l'autre des contrats visés au premier alinéa continue de s'effectuer conformément aux règles applicables, le cas échéant. »

Avant de signer un contrat de gré à gré, l'établissement doit néanmoins publier un avis d'intention sur le système électronique d'appel d'offres (SEAO) afin de permettre à toute personne de manifester son intérêt à conclure ledit contrat. Le texte sur lequel s'est basée la décision de recourir au contrat gré à gré est affiché dans l'avis publié sur le SEAO.

Les établissements du réseau de la santé peuvent aussi conclure une entente de gré à gré avec une ressource privée (un CHSLD privé, une RI ou une RPA) pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée des résidents qu'ils ont besoin de relocaliser en application de l'article 108 de la LSSSS (chapitre S-4.2).

Ces ententes, qu'elles soient conclues sur la base des différents dispositifs de la LCOP ou de la LSSSS, sont appelées communément « entente 108 ». Elles peuvent être signées en complément, en parallèle, de manière autonome ou en sus d'accords existants. Les contrats de gré à gré font l'objet d'une négociation entre le CI(U)SSS et la structure d'hébergement avec laquelle il veut conclure, sans référence à un cadre normatif précisé par la réglementation. Par exemple, pour les RI, les différentes ententes particulières sont encadrées par les dispositions de l'entente nationale. Néanmoins les montants des contrats gré à gré ou « entente 108 » sur la base de différents dispositifs de la LCOP ou de la LSSSS peuvent être différents des montants de prestations déterminés par l'entente nationale.

Il n'a pas été possible de confirmer que l'ensemble des contrats gré à gré ou « entente 108 » sont publiés sur le SEAO. De même qu'il n'a pas été possible de trouver de données chiffrées du nombre d'« ententes

L'article 108 de la LSSSS

L'article 108 de la LSSSS prévoit qu'

« *Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:*

1° *la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;*

2° *la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. (...) »*

²² Par exemple, le Rapport du Vérificateur général du Québec sur les services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (2012), fait état d'ententes de services pour des places d'hébergement dans une structure privée afin de désengorger les salles d'urgence qui auraient été signées en gré à gré sans passer par un appel d'offres étant donné que la situation d'urgence était invoquée (p.22).

108 » signées, du coût de l'hébergement ou de service conclu dans ces ententes, ou encore le nombre de places en hébergement que ces ententes représentent par rapport au nombre total de places en hébergement au Québec.

Cette première section, relative à l'organisation juridique et au financement des structures d'hébergement, met en évidence la grande diversité des contextes de création et de fonctionnement de ces structures. Les particularités de chaque type de structure d'hébergement, en termes de modalités de financement, de normes comptables applicables et d'exigences de reddition de comptes influencent très largement l'analyse des coûts des différents types d'hébergement.

À titre récapitulatif pour l'organisation juridique et les modalités de financement des différents types de structures d'hébergement, le Tableau 3 (page suivante) présente les principales caractéristiques pour chacune d'entre elles.

Tableau 3: Récapitulatif des principales caractéristiques pour chaque type de structure d'hébergement

		CHSLD Publics	CHSLD Privés conventionnés	CHSLD privés non conventionnés	Ressources intermédiaires	Résidences pour aînés
Clientèle		Grande perte d'autonomie Iso-SMAF 10-14	Grande perte d'autonomie Iso-SMAF 10-14	Grande perte d'autonomie Iso-SMAF 10-14	Semi-autonome Iso-SMAF 6-12	Autonome et semi-autonome
Propriété		Publique	Privée	Privée	Privée	Privée
Type d'entente avec le RSSS	Obligatoire	NA	Convention de financement pour le CHSLD	N.A.	Entente particulière pour la RI	N.A.
	Facultative	NA	Entente de services pour des places ou services achetés	Entente de services pour des places ou services achetés	Entente de services pour des places ou services achetés	Entente de services pour des places ou services achetés
Financement public		Budget des CI(U)SSS	Subvention (clinique / fonctionnement)	Allocation financière	Rétribution de services	Per diem
Démarche qualité		Par l'intermédiaire de l'Agrément du CI(U)SSS	Agrément du CHSLD	Agrément du CHSLD	Agrément volontaire	Attestation temporaire de conformité + certificat de conformité
Normes comptables		Normes comptables canadiennes pour le secteur public - AS471 et particularités prévues au Manuel de Gestion financière	Normes comptables canadiennes pour le secteur public - AS471, particularités prévues au Manuel de Gestion financière et normes comptables applicables aux entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales	Normes comptables applicables aux entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales	Normes comptables applicables aux entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales	Normes comptables applicables aux entreprises individuelles, aux sociétés et personnes morales

La section suivante recense les études existantes dans ce domaine, en détaillant leur méthodologie, leurs résultats, ainsi que les limites identifiées.

Hébergement pour personnes âgées: études sur les calculs des coûts

Plusieurs études ont été réalisées pour tenter de déterminer le coût de l'hébergement des personnes âgées au Québec à travers les années. Nous en présenterons quelques-unes en détaillant leur méthodologie, leurs résultats, ainsi que les limites identifiées. Toutefois, pour comprendre les études réalisées, il est important de saisir les spécificités du calcul des coûts dans le secteur de la santé. Nous présenterons donc d'abord les différentes méthodes de calcul des coûts en santé.

Les différentes méthodes de calcul des coûts en santé

Les calculs de coût dans le secteur de la santé peuvent remplir diverses fonctions (Xu, Lazar, & Ruger, 2021). Ils sont utiles pour aider les décideurs à faire des choix éclairés, en permettant de réaliser des analyses économiques de type coûts / bénéfices, coût / utilité, coût / efficacité ou même des optimisations de coûts. Ils peuvent être utilisés pour faire des comparaisons entre prestataires de soins, pour évaluer la performance des différentes composantes du système de santé ou pour répartir les ressources entre les différents intervenants. Enfin, et c'est particulièrement important dans le secteur de la santé, les coûts servent également comme base de financement des fournisseurs de soins. Ceci a pour conséquence que les coûts ne sont pas toujours calculés de manière à être utiles aux fonctions classiques du calcul de coût énoncées ci-dessus, mais sont plutôt envisagés comme un outil permettant de remplacer le marché et de proposer une tarification des actes, par exemple à partir de calculs de coûts basés sur les groupes homogènes de maladies (Chapman, Kern, & Laguecir, 2014).

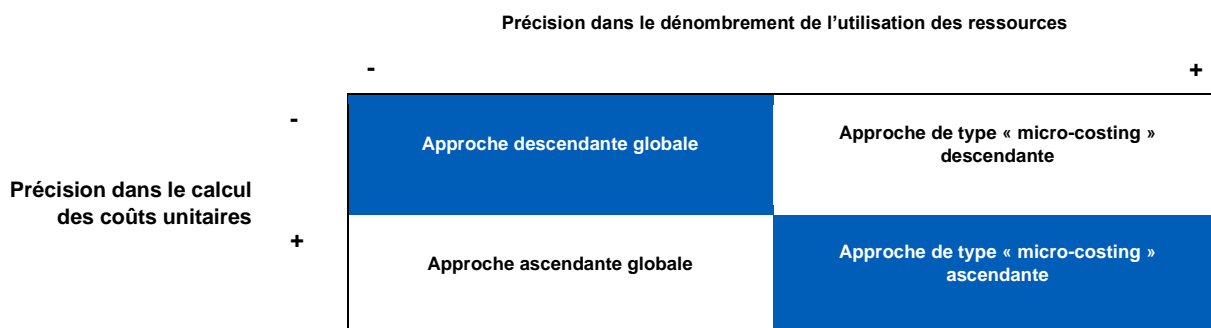
Selon les objectifs du calcul de coût, diverses méthodes peuvent être employées. Dans le secteur de la santé, les méthodes de calcul de coût peuvent être distinguées selon 2 axes principaux (Tan, Rutten, van Ineveld, Redekop, & Hakkaart-van Roijen, 2009).

D'abord, le calcul peut être réalisé à un niveau micro (« micro-costing ») ou macro (approche globale, dite « gross costing »). Le « micro-costing » repose sur une observation directe des ressources consommées qui sont ensuite valorisées. L'approche globale consiste à allouer le montant total des coûts supportés par une structure à un acte médical en utilisant des bases d'imputation. La première méthode donne des résultats précis et détaillés, mais elle est difficile à mettre en œuvre, car elle implique une observation directe du processus afin de prendre en compte et de valoriser chacune des étapes du processus qui fait l'objet d'un calcul de coût. Les techniques de calcul du coût par activité, qu'elles soient basées sur le temps (comme le TD-ABC, voir (Kaplan & Porter, 2011)) ou non, s'inscrivent dans ce type d'approche (« micro-costing ») (Da Silva Etges, et al., 2019). La seconde méthode est plus simple et moins coûteuse à mettre en œuvre, mais elle est aussi moins précise, puisqu'elle ne repose pas sur un dénombrement systématique des ressources consommées.

On peut ensuite distinguer les calculs de coûts qui s'appuient sur une valorisation monétaire de type ascendante (« bottom-up ») et les calculs qui emploient une approche descendante (« top-down »). La méthode ascendante repose sur les données locales et réelles. La méthode descendante valorise les ressources à partir de données agrégées.

Le Schéma 6 synthétise ces différentes approches. L'approche globale est la plupart du temps mise en œuvre de manière descendante, tandis que l'approche « micro-costing » est la plupart du temps associée à une démarche ascendante (Guerre, Hayes, & Bertaux, 2018).

Schéma 6: Les différentes approches de calcul de coûts en santé



Les approches peuvent être combinées, afin de s'adapter aux données disponibles et aux processus évalués (Guerre, Hayes, & Bertaux, 2018). En effet, calculer des coûts dans le domaine de la santé pose un certain nombre de difficultés.

La première de ces difficultés vient de l'accès à l'information : les informations financières et les informations cliniques concernant la consommation des activités pour un acte donné ne sont pas toujours disponibles. Un deuxième enjeu vient du fait que dans le secteur de la santé, une bonne partie des ressources consommées sont fixes (elles ne dépendent pas du niveau d'activité) et indirectes (pas directement liées à l'objet du calcul du coût). Elles sont donc difficiles à répartir entre les différents objets de coût. Enfin, une dernière difficulté vient des multiples rôles que l'on fait jouer au calcul de coûts. Selon l'objectif visé et le type de décision à prendre, le type de coût à calculer n'est pas le même. Par exemple, il faut prendre en compte l'ensemble des coûts (le coût total) pour prendre une décision de tarification ou pour comparer la performance de deux structures, alors qu'une comparaison du coût de deux interventions peut se limiter à la comparaison des coûts directs. De la même manière, des études prospectives peuvent s'appuyer sur des calculs globaux, alors qu'une étude de coût visant à réduire ces coûts doit permettre une compréhension fine des processus et des facteurs déclencheurs de ces coûts. Ainsi, de nombreuses recherches montrent que les différentes méthodes peuvent conduire à des coûts très différents (Xu, Lazar, & Ruger, 2021).

Le Québec n'a pas d'approche unique et de méthodologie standardisée de calcul des coûts (MSSS, 2014b). Les coûts sont estimés par le Ministère dans le cadre d'une approche descendante par programme selon la méthode du contour financier (en pondérant, par exemple, le coût moyen d'une hospitalisation en fonction de la durée moyenne de séjour et le niveau d'intensité relative des ressources utilisées). De plus, pour certains programmes, des établissements se sont regroupés pour développer une démarche ascendante de calcul des coûts.

En 2017, PowerHealth Solutions a été mandaté par le Ministère pour débiter la construction d'un référentiel et d'un logiciel permettant de calculer de manière uniforme le coût des parcours de soins et services (CPSS), à partir des données statistiques et financières issues des différents systèmes d'information existants. Aujourd'hui, le centre de développement et d'opérationnalisation du CPSS (CDO-CPSS) soutient les établissements dans la mise en place de cet outil. Selon le domaine et la zone géographique, le niveau d'avancement des calculs de coût est variable (Gervais & Roy-Lessard, 2020).

Calcul des coûts de l'hébergement pour personnes âgées au Québec : revue des études existantes

Au niveau international, de très nombreuses études existent sur les calculs des coûts en santé dans des domaines très divers, qui vont du traitement de soins aigus à l'évaluation de coûts d'administration. La difficulté du calcul de coût est accrue lorsque l'on cherche à produire une étude de type micro-costing et à valoriser le coût d'un parcours de soins. Il faut alors prendre en compte les différents épisodes de prise en charge d'un patient qui regroupe différentes compétences professionnelles (consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux ou non, soins aigus, autres prises en charge médico-sociales...) (Lemaire, Wallet, Lugiez, & Pessaux, 2020; Chkair, Bouvet, Daurès, & Castelli, 2014). C'est aussi le cas lorsque l'on cherche à évaluer le coût de soins de longue durée.

Globalement, relativement peu d'études ont été publiées dans la littérature scientifique sur le coût d'hébergement des personnes âgées (voir cependant (Carey, Zhao, Snoz, & Hartmann, 2018; Dulal, 2018; Kazemi & Kajonius, 2016; Kitchene, Ng, Miller, & Harrington, 2016; Lee, Liu, Wu, Chung, & Lee, 2002; Madritsch, Steixner, Ostermann, & Staudinger, 2008; Ronald, McGregor, Harrington, Pollock, & Lexchin, 2016)).

Dans ce domaine, comme nous l'avons vu, le Québec dispose d'un outil validé scientifiquement de classification des groupes d'individus concernés par les soins de longue durée qui possèdent des caractéristiques communes et requièrent des niveaux de services similaires (le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, dit SMAF²³). En revanche, le Québec ne dispose pas d'une méthode systématique et uniforme pour calculer les coûts de ces groupes d'individus pour l'ensemble des structures d'hébergement.

La suite de cette section présente les études sur les coûts de l'hébergement des personnes âgées au Québec dont nous avons eu connaissance. Nous détaillerons les méthodologies et les résultats et identifierons quelques limites. Certaines de ces études ont été réalisées par des chercheurs universitaires et publiées dans des revues académiques ou des rapports, tandis que d'autres ont été produites par des cabinets de conseil pour des associations/fédérations et parfois validées par des chercheurs universitaires. Elles ont des objectifs très différents et reposent sur différents types de données. Nous les avons regroupées en 2 sections ; d'abord, les études de type micro-costing, puis, les études de type comparatif et de type prospectif, qui reposent généralement sur une approche globale.

²³ L'échelle SMAF est présentée à la section Organisation juridique et financement des structures d'hébergement, p.9. Voir aussi à ce sujet l'article de (Dubuc, Hébert, Desrosiers, Buteau, & Trottier, 2016).

Études de type « micro-costing »

Les études de type micro-costing partent d'une analyse du processus de soins pour calculer le coût de ce processus.

L'étude d'Hébert et al. (2001) porte sur l'hébergement en CHSLD, en ressources intermédiaires et à domicile. L'objectif de cette étude est de prédire le coût total de l'hébergement et des soins selon le niveau d'incapacité de la personne âgée, le type d'hébergement et la région. Quatre catégories de coûts sont prises en compte : les soins, l'infrastructure, le support et l'administration (les coûts médicaux et les médicaments sont exclus). Les services offerts par les aidants naturels sont aussi évalués à partir du coût qui devrait être payé auprès d'une agence privée.

Dans cette étude, l'estimation des coûts de soins et de soutien est basée sur l'outil de classification par types en milieux de soins prolongés (le CTMSP) qui évalue le besoin des personnes. À partir de ces besoins, les ressources nécessaires en personnel de soins (infirmier.ère, préposé.e.s aux bénéficiaires, etc.), en support pour les activités de la vie quotidienne et en supervision sont établies. Ces heures de soins sont multipliées par le salaire moyen des employés nécessaires pour le nombre d'heures établies, ce qui permet de déterminer les coûts. Les coûts sont ensuite ajustés en prenant en compte les coûts des activités dites indirectes (temps indirect à l'utilisateur)²⁴. En effet, il a été observé qu'une partie importante du temps de personnel de soins est consacrée à des activités autres que les soins (temps direct à l'utilisateur), telles que les réunions d'équipe, la communication avec les familles, la prise de note, etc. Cet ajustement permet de mettre en lumière la différence entre le temps accordé et le temps requis de soins. Les coûts d'infrastructure incluent les charges relatives aux immeubles, les terrains et le matériel (évalués de manière appropriée pour chaque type de structure).

Cette recherche donne une vision claire des types de coûts engendrés par l'hébergement des personnes âgées. Elle montre que les soins infirmiers et soins d'assistance représentent la majorité des coûts pour tous les milieux de vie. Pour l'hébergement en institution, les soins représentent 67% des coûts totaux, les coûts de support pèsent pour 21%, l'administration 10% et les infrastructures 2%. En ce qui concerne les ressources intermédiaires, les soins représentent 51% des coûts totaux, les services support 32%, l'administration 10% et les infrastructures 4%. Le coût total par jour est de 161\$ pour les CHSLD et de 41\$ pour les ressources intermédiaires.

Enfin, le niveau d'incapacité (mesuré notamment avec le SMAF) explique 85% de la variance dans le temps de soins, 67% des coûts en institution et 51% des coûts en ressources intermédiaires. La recherche montre ainsi que le niveau d'incapacité est un très bon prédicteur du coût d'hébergement des résidents. Cette étude permet donc de comprendre l'impact du niveau d'incapacité des personnes âgées sur les ressources nécessaires pour l'hébergement et les soins.

Tousignant et al. (2003) s'inscrivent dans le prolongement de cette étude. Ils analysent les profils Iso-SMAF des personnes âgées en les mettant en lien avec le financement offert aux établissements. Les auteurs calculent le financement offert en se basant sur les budgets historiques reçus. Concernant les coûts liés aux soins, les auteurs utilisent les données de l'outil de classification par types en milieux de soins prolongés (CTMSP) issues de l'article d'Hébert (Hébert, et al., 2001) permettant de classer les résidents par profil Iso-SMAF et d'y associer les ressources nécessaires aux soins du résident selon leur niveau de dépendance. Les auteurs comparent ainsi les budgets disponibles avec un budget « théorique » défini d'après les données CTMSP et donc adapté aux besoins des résidents. La recherche montre une insuffisance du budget disponible pour les soins aux résidents sur la base de leurs profils d'autonomie fonctionnelle pour tous les établissements. Le manque de ressource varie de 2% à 33% selon les zones géographiques, avec une moyenne à 22%.

Cette étude met ainsi en évidence le sous-financement des établissements, du fait de la méthode de financement habituelle basée sur le nombre de lits et les heures de soins. La méthode alternative de financement proposée dans cette étude, basée sur les données CTMSP, présente l'avantage de permettre aux administrateurs d'un établissement de planifier le développement et l'allocation des ressources en fonction de la spécificité de la clientèle.

Ces deux études montrent l'intérêt d'une évaluation fine des besoins des résidents pour évaluer les coûts d'hébergement.

Études globales

Dans une étude réalisée en 2020, la firme de consultation AppEco analytics propose de déterminer le coût de revient réel d'une place en CHSLD public et privé conventionné en incluant les avantages fiscaux (Fahey, 2020). Cette étude

²⁴ La pratique met en avant deux types d'activités réalisées par le personnel soignant; à savoir le temps direct auprès de l'utilisateur et le temps indirect à l'utilisateur.

se base sur des données publiques issues des comptes de la santé du MSSS afin de calculer un coût d'opération, excluant le coût d'acquisition des établissements et leur amortissement. Le coût des services d'hébergement (CHSLD publics et privés conventionnés) est ainsi calculé en additionnant les contributions des usagers et le financement du gouvernement à ces structures. Les coûts estimés pour l'ensemble des CHSLD (publics et privés conventionnés) sont ensuite divisés par le nombre total de lits estimé (39 355), ce qui permet de calculer un coût annuel par lit de 92 167\$.

Cette étude présente la particularité d'analyser l'avantage fiscal dont bénéficient les CHSLD publics et privés conventionnés. En effet, les organismes de services publics (offrant des soins infirmiers) bénéficient d'un remboursement de TPS/TVQ. De plus, ces établissements bénéficient d'une exemption de la taxe foncière. En prenant en compte cet avantage fiscal, le coût annuel d'une place en CHSLD est évalué à 92 167\$ par an, ce qui correspond à 252,51\$ par jour.

Afin d'alerter le gouvernement sur les enjeux financiers relatifs à l'augmentation de la population de personnes âgées susceptible d'avoir besoin d'une place en CHSLD des études globales prospectives ont aussi été menées.

Laliberté-Auger et al. (2015) utilisent ainsi l'outil COMPAS, un modèle de micro-simulation au Québec, pour estimer l'évolution de la santé des québécois et *in fine*, les coûts associés à leur hébergement. L'estimation des coûts repose sur le calcul, fait par l'institut canadien d'information sur la santé, des dépenses totales des établissements privés et publics, ce qui représente 5,9 milliards de dollars. Les chercheurs calculent ainsi un coût unitaire de 42 787\$ par résident en 2011. Plusieurs scénarios sont définis : un de référence, un prévoyant la diminution des cas de démence, un sans amélioration de la mortalité et un annonçant la hausse des maladies associées à l'obésité. Quel que soit le scénario, le modèle prévoit une augmentation importante des coûts liés à l'hébergement des personnes âgées dans les décennies à venir, du fait d'une hausse de personnes en perte d'autonomie qui devront être hébergées dans des établissements de soins de longue durée. Le scénario de référence prévoit notamment qu'il y aura 197 000 personnes en institution d'ici 2050 pour un coût de 8,4 milliards de dollars soit une augmentation de 163% par rapport à 2011, et ceci avec une approche conservatrice parce que les chercheurs n'ont pas appliqué de hausse sur les coûts.

Avec une démarche similaire, Clavet et al. (2021) estiment les coûts futurs liés au soutien à l'autonomie des personnes âgées au Québec, en prenant en compte les besoins des personnes âgées selon le profil Iso-SMAF. La recherche s'effectue en deux temps : dans un premier temps, elle modélise les besoins futurs en termes de soutien à l'autonomie des personnes âgées au Québec et la répartition de ces personnes dans les différents milieux de vie. Dans un second temps, l'étude estime les coûts des services en soutien à la perte d'autonomie.

Pour évaluer les besoins futurs, les chercheurs identifient les personnes avec ces besoins, pour ensuite évaluer le niveau de ces besoins à l'aide de l'outil Iso-SMAF. Puis, ils affectent les personnes bénéficiant du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) à différents milieux de vie en fonction des besoins établis. Selon leurs prévisions, le nombre de personnes recevant du SAPA passerait de 195 700 en 2020, à 329 300 en 2035, et à 443 900 en 2050. Les auteurs étudient deux scénarios : l'un optimiste en considérant l'amélioration de l'état de santé des personnes de 65 ans et plus, l'autre pessimiste en considérant le cas contraire.

La méthodologie employée pour l'estimation des coûts repose sur des données publiques issues de l'AS471 et de demandes d'informations au MSSS. L'AS471 regroupe l'ensemble des coûts des établissements de santé au Québec, y compris les CHSLD privés conventionnés et les ressources intermédiaires, mais ne permet pas d'isoler les coûts des CHSLD publics. Deux catégories de coûts sont calculées : les coûts de fonctionnement et les coûts d'infrastructure (immobilisations). Les coûts de fonctionnement sont évalués à partir des coûts totaux des CHSLD privés conventionnés. Ils sont ainsi évalués à 101 583\$ pour 2019-2020 soit 278\$ par jour par résident. L'étude fait l'hypothèse que la part du coût assumé par l'utilisateur serait de 18,3% et que la majeure partie du financement du CHSLD proviendrait du MSSS (79%). Concernant les coûts d'infrastructure, le coût historique de construction d'une nouvelle place en CHSLD est utilisé. Ce coût est actualisé selon la croissance annuelle moyenne de l'indice des prix de la construction de bâtiments (3,7%). Le coût de construction en 2020 est ainsi estimé à 362 531\$ par lit.

Le rapport calcule aussi le coût des ressources intermédiaires et du maintien à domicile. Pour le calcul du coût des ressources intermédiaires, des limites dans le périmètre des coûts obtenus rendent les résultats inexacts : la contribution des usagers a été prise en compte deux fois, ce qui vient gonfler les coûts calculés. De plus, des coûts administratifs de fonctionnement des CI(U)SSS sont affectés aux ressources intermédiaires, alors que les ressources intermédiaires ont déjà leur propre coût d'administration. Si l'on retire la contribution des usagers, qui est comptée deux fois, le coût annuel de l'hébergement en ressource intermédiaire est de 52 623 \$ (144 \$ / jour).

La projection des coûts s'étend jusqu'à 2050. À cette date, les coûts de service seraient multipliés par 3,3 selon le scénario optimiste et par 5,6 selon le scénario pessimiste. La solution présentée face à cette forte évolution des coûts est de favoriser le soutien à domicile plutôt que l'hébergement en CHSLD ou en ressource intermédiaire.

Medifice, une entreprise qui a développé une expérience dans la construction de projets de bâtiments et infrastructures vouées à la santé, et Pierre Fortin²⁵, professeur émérite de sciences économiques à l'école des sciences de la gestion de l'Université de Montréal, ont envoyé le 8 février 2021 au ministre des Finances un rapport dans le cadre des consultations prébudgétaires pour le budget de 2021-2022. Ce rapport est à la fois comparatif et prospectif. Le rapport envoyé s'appuie sur les rapports de deux sociétés de conseil rédigés en 2019 à la demande de Medifice. Aviseo conseil a réalisé l'étude prospective démographique et le calcul des différences de coûts (à partir de données fournies par Medifice) (Fortin, 2021; Aviseo Conseil, 2019). La société Accuracy, cité dans le rapport Fortin (2021), a validé le modèle mathématique, ainsi que certains éléments de coûts et de financement.

Le rapport a essentiellement pour but de proposer au gouvernement de mettre en place un "modèle locatif" pour l'hébergement des personnes âgées. La proposition est centrée sur le coût de construction. En effet, dans le modèle proposé, une entreprise finance, construit, opère l'immeuble et le loue au ministère de la Santé et des Services sociaux contre un loyer. Le Ministère est responsable des services et soins dispensés aux usagers. La lettre du vice-président au développement de Medifice, qui accompagne le rapport Fortin remis au ministre des Finances²⁶, met en avant des économies de 42% au niveau des coûts de construction dans le modèle locatif par rapport au modèle traditionnel, et un avantage sur le long terme de 21%.

Le rapport d'Aviseo cité dans le rapport Fortin (2021) compare ainsi un coût estimé de construction des CHSLD en mode traditionnel et un coût de construction estimé en mode locatif par Medifice. Pour estimer le coût de construction des CHSLD en mode traditionnel, Aviseo calcule le coût médian de 10 projets de construction de CHSLD publics annoncés ou finalisés, à partir des communiqués de presse et annonces du MSSS. Ce coût médian s'élève à 362 500\$ par lit. Selon les experts en coûts de Medifice, l'entreprise serait en mesure de livrer les infrastructures pour un coût de construction d'environ 210 000\$ par lit. Cette évaluation n'a pas fait l'objet d'un audit comptable, mais la société Accuracy considère que les hypothèses retenues apparaissent suffisamment documentées et/ou reposent sur un rationnel satisfaisant. Le CHSLD de Blainville a ainsi servi de base à ce calcul de coût.

Aviseo compare ensuite ces deux situations sur une période de 25 ans, en prenant en compte le coût de la dette (moins élevé dans le public) et calcule que le coût sur 25 ans est de 336 100 \$ en mode locatif et de 506 200 \$ en mode traditionnel. La comparaison est affinée par Accuracy qui ajoute aux coûts de construction les coûts opérationnels (frais de gestion, exploitation, remise en état, etc.) et prend en compte les diverses taxes sur la période considérée. Selon les hypothèses retenues, le coût du modèle locatif serait de 39% moins élevé et le coût pour le gouvernement serait inférieur de 21%. Pour réaliser ce calcul, Accuracy prend en compte des coûts annuels d'entretien par lit et un capex de maintenance supérieur de 25% dans le modèle traditionnel par rapport aux coûts de Medifice. Accuracy valide cette différence en comparant les frais d'entretien calculés par les experts de Medifice (1 779\$) aux frais moyens d'entretien pour 15 CHSLD privés conventionnés (3 289\$). Ce chiffre, probablement obtenu à partir de l'AS471, reste à valider. En effet, le choix des 15 CHSLD retenus pour faire ce calcul n'est pas justifié dans le rapport, et le calcul du coût s'appuie sur 15 CHSLD privés conventionnés pour évaluer les frais d'entretien des CHSLD publics. Les experts ont semblé considérer que l'expertise de Medifice permet d'opérer à des coûts réduits par rapport aux autres opérateurs privés auxquels il est comparé, sans apporter d'explication à cette différence de coût. Enfin, les revenus (qui reflètent les coûts pour le gouvernement) sont estimés en fonction de la soumission de Medifice pour le projet de location du CHSLD de Blainville.

Le rapport de Pierre Fortin s'appuie sur les rapports d'Aviseo et Accuracy, mais il les actualise pour les faire correspondre au modèle de maison des aînés. Cette actualisation est faite en augmentant les coûts de construction de 40% par rapport aux CHSLD. Ceci ferait passer les coûts de constructions de 210 000\$ à 300 000\$ pour le mode locatif et de 362 500\$ à 500 000\$ en mode traditionnel. Nous ne discuterons pas plus cette actualisation, car aucune explication n'est proposée dans le rapport pour valider cette augmentation des coûts de construction de 40% pour correspondre aux impératifs des maisons des aînés (que ce soit en mode locatif ou en mode traditionnel).

²⁵ En 1997, Pierre Fortin avait déjà réalisé, à la demande de l'association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec, un rapport comparant les coûts des CHSLD privés et publics. Son étude montrait que les coûts des établissements étaient globalement proportionnels aux nombres de lits, que le coût des soins cliniques dépendait de la lourdeur de la clientèle et que le coût des établissements publics était de 11,7% plus élevé que les établissements privés.

²⁶ <https://consultations.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2021-2022/memoires/Medifice.pdf>

Pour conclure, au-delà des aspects de coûts, on notera que les rapports mettent en avant la flexibilité du modèle locatif pour le gouvernement. Cependant, les rapports soulignent que ce modèle impliquerait la signature de baux à long terme. De plus, le calcul est réalisé sur 25 ans, en négligeant le fait qu'après 25 ans le MSSS est propriétaire des locaux dans le cas du modèle traditionnel, alors qu'il doit contractualiser de nouveau dans le modèle locatif. Enfin, les rapports n'évaluent pas les coûts de contractualisation et de supervision avec Medifice par le MSSS dans le cas du modèle locatif.

On notera que, même si le terme n'est pas employé, le mode de gestion proposé s'apparente à un contrat de partenariat public-privé, c'est-à-dire « un contrat à long terme par lequel un organisme public associe une entreprise du secteur privé, avec ou sans financement de la part de celle-ci, à la conception, à la réalisation et à l'exploitation d'un ouvrage public »²⁷

L'étude des différents travaux existants sur le calcul des coûts de l'hébergement des personnes âgées au Québec montre à la fois la complexité de l'exercice, les variétés et l'incomplétude des données disponibles et suggère diverses stratégies possibles pour calculer ces coûts (voir Tableau 4, page suivante).

²⁷ La loi 61 sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec (chapitre A-7.002) est abrogée depuis le 17 mars 2010.

Tableau 4 : Récapitulatif des différents travaux existants sur le calcul des coûts de l'hébergement des personnes âgées au Québec :

Auteurs	Types de données et démarche	Spécificités	Résultats
Études de type micro-costing			
Hébert et al. (2001) <i>Article académique</i>	Observation des processus	L'étude évalue les coûts en partant des besoins des usagers Coûts sont évalués à partir de moyennes plutôt que des valeurs réelles Évalue le niveau d'incapacité à partir de 2 indicateurs, dont l'outil Iso-SMAF	Le niveau d'incapacité (mesuré notamment avec l'Iso-SMAF) explique 85% de la variance dans le temps de soins, 67% des coûts en institution et 51% des coûts en ressources intermédiaires Coûts en CHSLD en 1995 = 161 \$/jour (107 \$ de soins + 4 \$ d'infrastructure + 34 \$ de soutiens + 16 \$ d'administration) Coûts en ressource intermédiaire en 1995 = 41 \$/jour (21 \$ de soins + 2 \$ d'infrastructure + 13 \$ de soutiens + 4 \$ d'administration)
Tousignant et al. (2003) <i>Article académique</i>	Données issues de l'étude d'Hébert (2001)	Calcul des coûts selon la zone géographique. Mise en évidence de l'écart entre besoins des résidents et financement.	En moyenne, le budget disponible pour les soins des résidents est inférieur de 22 % aux besoins des résidents dans les régions étudiées
Études globales			
AppEco (Fahey, 2020) <i>Mandaté par une structure privée conventionnée</i>	Comptes de la santé du MSSS Estimations fiscales sur la taxe foncière et la TPS/TVQ	Prise en compte des spécificités fiscales du public et du privé conventionné	Coût en CHSLD (public ou privé conventionné) en 2020 est de 100 963 \$ par an (278 \$/jour), soit un coût brut d'opération de 92 167 \$ et un avantage fiscal de 8 796 \$
Laliberté-Auger et al. (2015) <i>Rapport de l'institut de recherche CIRANO</i>	Statistique Canada Institut Canadien d'information sur la santé Utilisation de COMPAS, modèle de micro-simulation au Québec	Démarche prospective d'estimation des besoins et des coûts futurs	Coût en CHSLD (privé et public) = 42 787 \$ en 2011 (117 \$/jour) 197 000 personnes en institution d'ici 2050 pour un coût de 8,4 milliards de dollars (augmentation de 163% par rapport à 2011)
Clavet et al., (2021) <i>Cahier de recherche de la chaire de recherche sur les enjeux intergénérationnels</i>	AS471 et AS478 Demandes d'information au MSSS	Démarche prospective d'estimation des besoins et des coûts futurs Compare les RI, les CHSLD Privés conventionnés et le maintien à domicile	Coût moyen de l'hébergement en CHSLD en 2019-2020 = 101 583 \$ (278 \$/jour). Coût moyen de construction d'une place de CHSLD en 2020 = 362 531 \$ Coût moyen annuel de l'hébergement en RI en 2019-2020 = 52 623 \$ (144 \$/jour) Besoins de 40 000 nouvelles places d'ici 2040 Coût des soins à domicile varient selon les profils Iso-SMAF : Profil 1 = 16 151 \$ (44 \$/jour) Profil 11 et + = 114 848 \$ (315 \$/jour)
Pierre Fortin (2021) <i>Rapport pour Medifice</i>	Annonces du SQL sur les coûts de constructions des CHSLD publics Données internes de Medifice	Démarche comparative et prospective Compare les coûts de construction d'un modèle traditionnel de CHSLD et un modèle locatif de CHSLD	Coûts de construction des CHSLD publics : 362 500 \$ Coûts de construction selon le modèle locatif : 210 000 \$ Coûts de construction des maisons des aînés : - 500 000 en mode traditionnel - 300 000 en mode locatif

Autres études

Au-delà des études mentionnées ci-dessus, différentes sources proposent des évaluations des coûts des hébergements pour personnes âgées, sans qu'il soit possible de vérifier leurs calculs.

Ainsi, l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux, aujourd'hui disparue, a évalué les coûts d'hébergement des CHSLD publics à 93 256 \$ par an en 2012 (AQESSS, 2013), ce qui représente environ 255 \$ par jours. Pour la même période, l'association des établissements privés conventionnés (AEPC) évaluait ces coûts à 207 \$ (Simonetta & Roy, 2016).

En 2012, le vérificateur général du Québec a publié un rapport sur la vérification de l'optimisation des ressources concernant l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (Vérificateur général du Québec, 2012). Dans ce rapport, il présente le coût annuel d'une place dans les ressources d'hébergement par type de clientèle d'après des

informations obtenues auprès de 4 centres de santé et de services sociaux (CSSS, ancêtres des CI(U)SSS). Il en conclut qu'il y a une grande diversité de coûts entre les différents types d'hébergement et au sein même d'une catégorie. Ainsi, dans l'échantillon étudié, le coût total, incluant la contribution de l'utilisateur, d'une clientèle lourde en CHSLD varie entre 61 551 \$ et 90 820 \$ en CHSLD public, et entre 76 468 \$ et 90 684 \$, en CHSLD privé conventionné. Tandis que le coût des places achetées pour ces clientèles varie entre 33 787 \$ et 70 270 \$. Concernant la clientèle présente dans les ressources intermédiaires, les divergences sont aussi très grandes puisque les coûts peuvent passer de 27 945 \$ à 42 600 \$. Le coût des places achetées pour cette clientèle varie entre 28 085 \$ et 48 585 \$. Il est important de noter qu'encore une fois, les charges liées aux immobilisations n'ont pas été incluses dans le calcul pour les CHSLD publics et privés conventionnés.

De son côté, le Ministère ne publie pas de données exhaustives sur ce sujet. À une demande d'accès concernant le nombre de personnes et le coût total de la prise en charge des individus vivant en CHSLD privé conventionné, en CHSLD privé et en ressources intermédiaires, le Ministère répond qu'il n'a « aucun document » répondant à la demande (MSSS, 2020b). De la même manière, le Ministère affirme qu'il ne peut fournir le coût moyen de construction d'un CHSLD (MSSS, 2019b).

On trouve cependant une estimation pour 2015-2016. Pour cette période, le coût annuel en CHSLD était estimé à 82 448 \$. Sur ces 82 448\$, 64 817 \$ sont financés par le gouvernement, le reste est financé par les usagers. Ceci inclut les coûts d'hébergement (54 746 \$) et des coûts de soutien indirects (27 712 \$), mais pas les coûts liés aux immobilisations. Les soins infirmiers et d'assistance sont estimés à 86,8% des dépenses (MSSS, 2017a).

On trouve aussi des éléments dans les réponses du gouvernement à des questions parlementaires posées durant l'examen des budgets. Ainsi, pour 2018-2019, le coût d'une journée dans les différentes structures d'hébergement est estimé ainsi (MSSS, 2019c, pp. 281-282) :

- 250 \$ en CHSLD (pas de précision concernant le type de CHSLD concernés par ce calcul)
- 117 \$ en RI

Il est précisé que ces coûts incluent les dépenses reliées aux activités opérationnelles, l'amortissement du mobilier, de l'équipement et des bâtisses et qu'ils sont ajustés afin de tenir compte des cotisations aux régimes de retraite des employés. Le coût d'une journée est obtenu en divisant les coûts admissibles par le nombre de jours-présence.

En 2017, en réponse à une demande sur le coût moyen de construction d'une chambre de CHSLD, le Ministère donne le chiffre de 325 000 \$ (65 000 \$ concernant spécifiquement la chambre, le reste concerne l'ensemble des installations) (MSSS, 2017b).

Finalement, les études existantes suggèrent ainsi un coût des CHSLD entre 250 et 300 \$, sans prendre en compte les coûts de construction et un coût pour les ressources intermédiaires entre 100 \$ et 150 \$. Du fait de la difficulté à collecter les données, il n'existe aujourd'hui pas de comparatif entre les différentes solutions d'hébergement, se basant sur des données réelles.

Méthode

Démarche générale

Les études existantes sur les coûts d'hébergement des aînés au Québec sont diverses : il n'y a consensus ni sur la méthode (de type micro-costing ou global), ni sur les sources de données, ni sur les résultats. Le calcul des coûts est en effet difficile, car il n'existe pas de base de données globale rassemblant de manière uniformisée les données des différents types d'hébergement. Pour produire une comparaison des coûts des différents types d'hébergements, un travail conséquent de collecte et de traitement des données doit donc être réalisé. Il est aussi nécessaire d'expliquer et de contextualiser les calculs menés, afin de comprendre les différences de coût mises en évidence entre les types d'hébergement.

Une étude de type micro-costing ascendante donnerait les résultats les plus précis et les plus fiables. Une telle méthode impliquerait d'observer le processus de soins des résidents pour une période donnée, de dénombrer les différents actes réalisés et de valoriser les ressources effectivement consommées par ces résidents. Toutefois, du fait des contraintes de temps, d'accès à l'information et de mise en place d'un dispositif éthique, particulièrement en temps de pandémie, il n'était pas possible d'adopter cette démarche. Les études existantes sur le sujet nous ont toutefois été utiles pour bien comprendre les activités nécessaires à l'hébergement des personnes âgées (notamment, Hébert et al., (2001)).

La démarche employée dans ce rapport peut être qualifiée de méthode globale ascendante. Nous avons collecté des données sur les coûts (les salaires, les fournitures médicales, les denrées alimentaires, le loyer, etc.) auprès de 13 structures d'hébergement, sans les agréger, afin d'identifier leurs coûts. Puis, nous avons calculé des coûts annuels par lit et des coûts journaliers par résident (jours-présence). Pour approfondir l'analyse, nous avons décomposé les coûts obtenus en plusieurs catégories : soins et services rendus (incluant les soins d'assistance), alimentation, hébergement, animation et loisirs, administration, impôts et taxes et frais financiers.

Le calcul des coûts s'est ainsi déroulé en cinq étapes :

1. Identification du périmètre de coûts et des catégories pertinentes
2. Collecte des données sur les coûts
3. Répartition des coûts entre les différentes catégories
4. Dénombrement du niveau d'activité (nombre de jours-présence des personnes hébergées)
5. Calcul du coût journalier par résident (en divisant les coûts obtenus à l'étape 3 par le nombre de jours-présence obtenu à l'étape 4)

Afin de comprendre la réalité du terrain, qui est complexe et hétérogène lorsqu'il s'agit de services comme peuvent l'être l'hébergement des aînés, nous avons souhaité analyser et comparer les coûts en profondeur.

Nous avons ensuite cherché à comprendre et interpréter les données chiffrées produites (origine des différences de coûts, identification des causes de coûts). Pour agir sur un coût, il faut en comprendre les causes. Mieux comprendre comment agir sur les coûts peut passer par l'analyse statistique d'un très grand nombre de données (dont on a pu s'assurer de la fiabilité) ou par la compréhension fine des enjeux rencontrés par les acteurs sur le terrain. Nous avons opté pour cette seconde option et avons réalisé des entrevues avec les personnes les plus à même de nous aider à comprendre les données comptables et opérationnelles dans chaque structure d'hébergement. Dans la même optique, nous avons réalisé des entrevues avec des acteurs clés et des experts du secteur. Ils nous ont permis de comprendre les principaux enjeux de l'hébergement des personnes âgées au Québec.

Les sections suivantes détaillent les principaux choix méthodologiques de ce rapport.

Entrevues avec des acteurs clés et experts du secteur

Afin de comprendre le contexte de l'hébergement des personnes âgées, nous avons rencontré des acteurs clés et experts du secteur. Parmi ces acteurs, on retrouve des responsables de fédérations des différents types de structures, des experts (universitaires et consultants) et des responsables au MSSS familiers avec les enjeux du secteur ainsi que le calcul des coûts dans ce domaine (voir Tableau 5, page suivante)

Au total, 16 entretiens ont été réalisés avec 17 personnes.

Tableau 5: Entrevues avec les acteurs clés et experts du secteur

	Nombre de personnes rencontrées	Nombre d'entretiens	Durée totale des entretiens (minutes)
Ministère(s) et agence(s) du gouvernement	5	5	222
Responsables de fédérations	8	6	471
Experts universitaires et consultants	4	5	376
Total	17	16	1069

Certains entretiens ont été réalisés avec plusieurs personnes, et certaines personnes ont été rencontrées plusieurs fois. Les entrevues ont duré entre 38 et 120 minutes, avec une moyenne de 66,8 minutes. La durée totale des entrevues réalisées est de 1 069 minutes, soit 17,8 heures.

Ces rencontres nous ont éclairés de multiples façons. D'abord, elles nous ont guidés dans la collecte des données, aidés à faire le choix des structures à inclure dans notre échantillon et fourni certains contacts. Ensuite, elles ont contribué à notre compréhension des enjeux entourant les coûts d'hébergement des personnes âgées et à interpréter les données collectées. Enfin, le panorama juridique et la structure de financement des différents types de structures d'hébergement, tels que nous les avons exposés au début de ce rapport, ont été grandement enrichis par ces entrevues. Nous avons d'ailleurs fait valider les schémas de financement présentés plus tôt dans ce rapport par certains des professionnels rencontrés au début de la recherche.

Choix de l'échantillon

Différents types de structures accueillent les personnes âgées au Québec. Au sein même de ces types de structures, les personnes rencontrées s'accordent à dire que ces structures ont des spécificités qui rendent difficile la comparaison. Établir un coût moyen par type de structure donne donc une image réductrice d'une réalité hétérogène. Une analyse en profondeur, pour chaque type de structure, d'un nombre restreint de structures en essayant de couvrir au mieux cette hétérogénéité est plus riche pour comprendre la disparité des coûts et leurs causes.

Quatre types de structures sont étudiées dans cette recherche (CHSLD public, CHSLD privés conventionnés, CHSLD privés non conventionnés et ressources intermédiaires). Il avait initialement été envisagé de calculer les coûts des places achetées en résidence pour aînées (RPA). En effet, dans certaines situations, les CI(U)SSS achètent des places de type « ressource intermédiaire » ou « CHSLD » à des RPA. Cependant, il a été difficile de nouer des contacts pour avoir des informations sur ce type de structure. Même lorsque nous avons reçu des informations comptables, il était très difficile d'isoler le coût des résidents de type « ressource intermédiaire » ou « CHSLD » parmi l'ensemble des coûts de la RPA. De plus, d'après nos informations, le recours à ces places achetées est bien moins important depuis le début de la pandémie. Enfin, si l'on souhaite uniquement obtenir le coût pour le gouvernement de ce type d'hébergement, il suffit de compiler le coût de l'achat des places par les différents CI(U)SSS. Nous convenons toutefois que l'exercice puisse être compliqué par la diversité des situations et des types de contrats qui existent dans ce domaine (de la même manière que pour les CHSLD privés conventionnés).

Pour construire notre échantillon (voir Tableau 6, page suivante), nous avons isolé les caractères distinctifs les plus importants, tels qu'ils sont suggérés dans la littérature scientifique ou mis en évidence dans nos entretiens préalables. Plusieurs caractères distinctifs ont ainsi été retenus.

D'abord, afin d'être en mesure d'étudier les particularités régionales (Hébert, et al., 2001), trois sous-groupes ont été constitués : zone urbaine, zone périurbaine et région. En effet, les enjeux relatifs à la main-d'œuvre ou à l'immobilier sont différents selon les zones géographiques. Dans la mesure du possible, nous avons essayé d'obtenir des structures qui sont affiliées au même CI(U)SSS dans chacune de nos zones pour avoir une plus grande proximité dans les enjeux rencontrés par les différents types de structures.

Ensuite, nous avons intégré des structures d'hébergement aux formes juridiques et aux organisations corporatives différentes : sociétés autonomes, sociétés appartenant à un groupe, OBNL. Les logiques organisationnelles de ces structures et leurs enjeux diffèrent, puisque les principales parties prenantes sont différentes. Les attentes des actionnaires peuvent par exemple avoir une influence importante sur les décisions de gestion de certaines structures d'hébergement privées (Boivin & Plourde, 2020).

Enfin, nous avons inclus dans notre échantillon des structures d'hébergement de tailles différentes. En effet, la taille d'une structure devrait avoir un impact important sur sa structure de coût. Cela s'explique par le fait qu'une partie significative des coûts peut être considérée comme fixe. Les coûts dits fixes sont des coûts qui demeurent constants, quel que soit le niveau d'activité. Les coûts fixes s'opposent aux coûts variables, qui eux, évoluent en fonction du

niveau d'activité. Dans le cas des structures d'hébergement des personnes âgées, le niveau d'activité dépend du nombre de personnes hébergées. Les coûts d'alimentation sont ainsi considérés comme des coûts variables (car dépendants du nombre de résidents). Les coûts fixes incluent le loyer, le salaire de la direction et divers frais de structure dont le montant total reste identique, quel que soit le nombre de résidents hébergés. Par exemple, le salaire d'un directeur de structure est considéré comme fixe, car il reste identique que la structure soit à 60% ou à 100% de taux d'occupation²⁸.

Notre recherche porte sur 13 structures d'hébergement. Les coûts ont été calculés et analysés pour ces 13 structures. Elles seront identifiées comme indiqué dans le Tableau 6, ci-dessous.

Tableau 6: Les différentes structures d'hébergement qui composent l'échantillon

Types de structure	CHSLD privés conventionnés	CHSLD privés non conventionnés	CHSLD publics	Ressources intermédiaires
Région	PC.1	PNC.1	P.1 et P.2	RI.1
Zone périphérique	PC.2	PNC.2		RI.2
Zone urbaine	PC.3	PNC.3 et PNC.4	P.3	RI.3

L'échantillon retenu offre une certaine représentativité de l'hétérogénéité au sein des structures d'hébergement. Il doit permettre de mettre en évidence des variations de coûts, mais aussi d'en comprendre les origines. Pour y parvenir, nous avons collecté à la fois des données quantitatives et qualitatives.

Collecte de données qualitatives

Des entrevues ont été réalisées avec plusieurs membres des structures d'hébergement de l'échantillon. Ces entrevues ont pour objectif de comprendre les causes des coûts et de leur variabilité, ainsi que les enjeux associés. Afin d'avoir une vision globale des enjeux des structures, nous avons rencontré les directeurs d'établissements (ou équivalent). Nous avons également rencontré les chefs des finances (ou équivalent), afin d'obtenir des informations sur le financement et la répartition des coûts. Ces personnes étaient parfois responsables de plusieurs structures, par exemple dans le cas d'un CI(U)SSS ou d'un groupe. Pour mieux cerner les réalités opérationnelles, des responsables d'équipes de soins ont aussi été rencontrés. Dans les CI(U)SSS, nous avons rencontré des responsables de directions SAPA, ainsi que des responsables administratifs et cliniques des programmes SAPA. Ils nous ont fourni une vue d'ensemble des structures sur leur territoire et des enjeux territoriaux, ainsi que des informations plus précises sur les structures qui composent notre échantillon.

Au total, 40 entretiens ont été réalisés avec 33 personnes (voir Tableau 7).

Tableau 7: Nombre de personnes rencontrées, nombre et durée des entrevues par type d'hébergement

	Urbain	Périurbain	Région
CHSLD publics (incluant des entretiens au sein du CI(U)SSS dont ils font partie)	6 personnes 5 entretiens 247 minutes		8 personnes 11 entretiens 592 minutes
CHSLD privés conventionnés	4 personnes 3 entretiens 263 minutes	1 personne 1 entretien 86 minutes	2 personnes 2 entretiens 95 minutes
CHSLD privés non conventionnés	3 personnes 6 entretiens 426 minutes	2 personnes 1 entretien 55 minutes	1 personne 1 entretien 83 minutes
Ressources intermédiaires	4 personnes 4 entretiens 315 minutes	2 personnes 4 entretiens 144 minutes	1 personne 2 entretiens 106 minutes

Certains entretiens ont été réalisés avec plusieurs personnes, et certaines personnes ont été rencontrées plusieurs fois. Les entrevues ont duré entre 15 et 180 minutes, avec une moyenne de 62 minutes. La durée totale des entrevues réalisées est de 38,2 heures.

²⁸ On notera toutefois qu'un coût dit fixe peut varier dans le temps. Le salaire d'un dirigeant et le montant d'un loyer peuvent bien entendu augmenter ou diminuer, mais la variation ne sera pas proportionnelle au nombre de résidents dans la structure, c'est en cela qu'il sera qualifié de fixe. De plus, une charge fixe va varier par palier (et non par résident). Par exemple, lorsque l'établissement fonctionne à pleine capacité, pour accueillir plus de résidents, il faut construire une nouvelle aile, ce qui va venir augmenter la charge annuelle d'amortissement du bâtiment, quel que soit le taux d'occupation effectif de cette aile les années suivantes.

Collecte de données quantitatives

Nos calculs de coûts reposent sur des données issues de documents publics et de documents internes. Ces documents comprennent à la fois des données comptables et des données opérationnelles pour pouvoir analyser les coûts calculés. Ces sources de données, ainsi que leurs contenus, sont hétérogènes et varient selon les établissements.

CHSLD privés conventionnés

Pour les CHSLD privés conventionnés, nous avons essentiellement utilisé des données publiques, les AS471 (pour les données financières) et les AS478 (pour les données opérationnelles), tel qu'ils sont demandés par le gouvernement. L'information est donc disponible publiquement, ce qui explique leur utilisation privilégiée dans les études de coûts antérieures (Clavet, Décarie, Hébert, Michaud, & Navaux, 2021).

En effet, selon la LSSSS (LSSSS, articles 295 et 395), les établissements de santé et de services sociaux, incluant les établissements privés conventionnés, doivent transmettre au MSSS leur rapport financier annuel pour l'exercice financier qui se termine le 31 mars de chaque année dans un document au format AS471. Cependant, l'utilisation des données dans une optique comparative n'est pas aisée. En effet, comme l'exige le MSSS du Québec, les états financiers n'incluent pas l'information financière relative aux immobilisations, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cela conduit certains auditeurs à émettre une opinion avec réserve concernant les états financiers, puisque les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers ne peuvent être déterminées. Inversement, certaines dépenses non récurrentes pour des projets particuliers (qui s'apparentent à des immobilisations) sont inscrites à la fois comme charges et comme produits dans l'AS471.

En complément, nous avons aussi eu accès pour certaines structures aux rapports annuels et aux états financiers tels qu'ils sont remis au conseil d'administration ainsi qu'à des données opérationnelles différentes de celles fournies dans l'AS478.

CHSLD publics

Les CHSLD publics ne produisent plus leurs propres AS471 et AS478 depuis la création des CI(U)SSS. Les données de ces CHSLD sont aujourd'hui incluses dans les données des CI(U)SSS auxquels ils appartiennent et il n'y a aucune possibilité de les identifier spécifiquement à partir de ces documents. On peut d'ailleurs s'interroger sur la pertinence du choix comptable qui a été fait lors de la fusion de 2015. Cela rend en effet difficile pour le MSSS, et plus largement pour le gouvernement et l'Assemblée nationale, de comprendre l'utilisation des fonds publics dans les CHSLD publics. De plus, les AS471 des établissements publics ont les mêmes limites comptables que celles soulignées pour les CHSLD privés conventionnés.

Nous avons donc dû demander directement aux CI(U)SSS de nous fournir les éléments de coûts pertinents. Pour les CI(U)SSS, identifier les coûts relatifs à une structure d'hébergement n'est pas simple. En effet, cela implique d'abord d'identifier les coûts directs de chaque structure selon le secteur ou le programme service. Ces coûts directs correspondent à des coûts qui ont pu être tracés jusqu'aux structures dans le système d'information. Par exemple, les heures travaillées par un PAB salarié et rattachées exclusivement à un CHSLD constituent un coût direct pour cette structure.

De plus, pour être parfaitement comparables avec ceux d'un CHSLD privé (conventionné ou non), les coûts calculés pour un CHSLD public devraient notamment inclure les coûts d'administration du CHSLD, au-delà des coûts directs de soins et d'hébergement. Or, une partie de ces coûts d'administration sont disséminés dans les directions SAPA et les autres directions (finance, ressources humaines, etc.) des CI(U)SSS. Ils peuvent être sous ou surestimés lors de leur imputation. Il en est de même pour les coûts hors direction SAPA, qui sont pris en charge par d'autres missions et installations que les CHSLD, à savoir les directions des services multidisciplinaires, les directions des services professionnels, les directions des soins infirmiers ou les directions des programmes de santé mentale.

Cela implique aussi d'identifier d'autres coûts indirects qui sont imputables à la structure d'hébergement étudiée. Depuis la fusion de 2015, un grand nombre d'activités/services ont été mutualisés et/ou ne sont plus « traçables » dans le système d'information. Par exemple, lorsque la buanderie ou le service de restauration sont partagés entre plusieurs structures, il faut trouver un moyen d'identifier une part représentative de la consommation effectuée ou approximée de chacune des structures. Les responsables budgétaires allouent des proportions de ces coûts communs à toutes les structures du CI(U)SSS en utilisant ce que l'on nomme des bases d'imputation ou des clés de répartition. Afin de répartir de façon cohérente les coûts indirects de chacun de ces programmes-services (alimentation, administration,

etc.), une fiche méthodologique produite et communiquée par le Ministère propose des clefs de répartition souhaitables et disponibles²⁹. En fonction du degré de mise en place du CPSS (évoqué précédemment dans la section : Les différentes méthodes de calcul des coûts en santé, p.31) dans les différents CI(U)SSS, les clefs de répartition utilisées sont différentes. En effet, les CI(U)SSS ne disposent pas tous des ressources humaines nécessaires pour réaliser ce très lourd travail de mise en œuvre et d'exploitation. À cette difficulté s'ajoute celle de la fiabilité des données saisies dans les systèmes.

Les informations sur les coûts des CHSLD publics inclus dans notre échantillon nous ont donc été fournies directement par les directions financières des CI(U)SSS, en fonction des calculs qu'ils avaient eux-mêmes effectués (et dont nous avons présenté les modalités ci-dessus). Certaines de ces informations proviennent du système CPSS. Pour un des trois CHSLD de l'échantillon, nouvellement ouvert, notre calcul de coûts repose sur des données budgétées.

Cela signifie que pour les CHSLD publics, nos analyses de coût ne reposent pas sur des données auditées. En revanche, nous avons été très soucieux d'établir une bonne communication avec les CI(U)SSS afin de nous assurer qu'ils nous fournissent des données les plus fiables possibles et surtout qu'ils nous en expliquent les limites.

Les données opérationnelles nécessaires aux calculs nous ont été fournies directement à partir des systèmes d'information existants. En ce qui concerne spécifiquement le calcul du nombre de jours-présence, les données fournies nous semblent très fiables, puisqu'il est communément admis par les personnes interviewées que le taux d'occupation des CHSLD publics est supérieur à 99%, ce qui correspond aux données qui nous ont été transmises.

Ressources intermédiaires et CHSLD privés non conventionnés

Les ressources intermédiaires et les CHSLD privés non conventionnés nous ont fourni les états financiers ainsi que des chiffrés avec des données financières plus détaillées pour nous permettre d'obtenir le niveau de détail souhaité pour les calculs des coûts. Nous avons pu poser de nombreuses questions aux responsables et/ou aux chefs des finances afin de nous assurer que nous comprenions bien leurs données.

Globalement, nos calculs reposent sur des données financières auditées et validées. Les détails des calculs de coût, en revanche, reposent sur des données parfois estimées, qui nous ont été fournies par les structures. De plus, il ne faut pas négliger que même si les comptes sont audités, dans le cas où la structure appartient à un groupe, il est très difficile de savoir si les échanges internes ont été correctement valorisés dans le cadre de ce que l'on appelle les prix de transfert ou prix de cession internes. Cela peut, par exemple, être le cas pour les salaires de gestionnaires qui travaillent pour plusieurs structures (à la fois pour la structure examinée, mais aussi pour la structure de gestion, pour la structure immobilière ou pour une entreprise dont l'objet n'a rien à voir, mais qui appartient au même groupe ou à la même personne). Cela peut aussi concerner les loyers payés à une structure immobilière. Ces transactions internes peuvent être valorisées à un prix différent du prix du marché, ce qui peut avoir un impact dans les deux sens : augmenter le bénéfice de la structure considérée (si les services utilisés par la ressource ont été sous-valorisés) ou le diminuer (si les services utilisés par la ressource ont été surévalués).

Les structures nous ont transmis les données opérationnelles et la plupart nous ont également transmis leurs ententes de service et les relevés de paiement du CI(U)SSS. Il a parfois été difficile, notamment dans les petites structures, d'obtenir les données opérationnelles nécessaires aux calculs. Nous avons, parfois après une certaine insistance, réussi à obtenir les éléments nous permettant de reconstituer ces données, mais le niveau de fiabilité, notamment du nombre de jours-présence, est moins grand que pour les CHSLD publics ou privés conventionnés.

Démarche de calcul des coûts

Années de référence

Afin d'avoir une compréhension des coûts des différentes structures d'hébergement dans une situation « normale », c'est-à-dire hors pandémie, notre étude s'est concentrée sur l'année 2019 (exercice financier terminé entre le 31 mars

²⁹ À titre d'exemple, les coûts d'un bureau des directeurs des services de soins infirmiers (coûts d'administration partagés par plusieurs structures du CI(U)SSS) peuvent être « imputés » aux structures suivant deux clefs de répartition dans la fiche. Celle à privilégier est le nombre d'heures travaillées par le personnel de soins infirmiers au sein de la structure. Dans le cas où cette information n'est pas disponible ou trop peu fiable, il est suggéré de répartir les charges indirectes du bureau en fonction du montant des coûts directs associés à la structure (par exemple, les salaires).

2019 et le 31 décembre 2019). Ceci nous permet d'assurer que nos données ne sont pas biaisées par les ajustements spécifiques générés par la situation sanitaire du début 2020.

Lorsque nous disposions également des données de l'année 2019/2020, essentiellement pour les CHSLD privés conventionnés, nous avons réalisé les mêmes calculs que pour l'exercice 2018/2019, afin de voir s'il y avait des variations importantes et si l'année 2018/2019 ne présentait pas certaines situations exceptionnelles. Cela nous a permis de mettre à jour certaines variations importantes et, après discussion avec les structures, d'obtenir de nouveaux éléments pour comprendre les coûts.

Périmètre et classification des coûts

Le périmètre des coûts³⁰ retenu dans l'analyse inclut l'ensemble des charges engagées par une structure pour rendre les services d'hébergement dans les différents milieux de vie. Ainsi, pour les structures privées, le périmètre comprend généralement l'ensemble des charges présentées à l'état des résultats. Pour les CHSLD publics, nous avons pris en compte l'ensemble des charges telles que nous les retrouverions dans un AS471 s'ils en produisaient un propre à leur structure.

Les charges ont été réparties en six catégories : soins et services rendus, alimentation, animation/loisirs, hébergement, administration, impôts et taxes et frais financiers. La première catégorie permet d'isoler les coûts associés aux services de base. Les deux catégories suivantes permettent d'isoler les coûts engagés pour la qualité de vie du résident. La catégorie hébergement reflète l'ensemble des charges générées par l'hébergement de longs séjours. Nous avons ensuite regroupé les charges d'administration. Enfin, nous avons isolé la catégorie "impôts, taxes et frais financiers", car ces coûts sont très contingents à la nature de la structure (structure privée versus structure publique ou OBNL).

Les charges associées aux catégories de coûts sont différentes pour les CHSLD et les ressources intermédiaires (Tableau 8). En effet, les deux structures d'hébergement n'offrent pas les mêmes types de services.

Tableau 8 - Catégories de coûts et charges associées pour les CHSLD et les ressources intermédiaires

Catégories	CHSLD	Ressources intermédiaires
Soins et services rendus	Charges salariales de PAB, infirmier.ère.s, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, fournitures, besoins spéciaux (ex : lunettes), médicaments, déplacements des usagers, soins médicaux.	Charges salariales de PAB et infirmier.ère.s, fournitures, déplacements des usagers.
Animation/ loisirs	Charges salariales et fournitures associées aux soins spirituels, charges salariales et fournitures associées et l'animation.	Charges salariales et fournitures associées à l'animation.
Alimentation	Charges salariales, nourriture et fournitures.	Charges salariales, nourriture et fournitures.
Hébergement	Charges de buanderie (charges salariales et fournitures), entretien ménager (charges salariales et fournitures), entretien de l'immeuble (charges salariales, fournitures et services divers), charges salariales du personnel de sécurité, énergie, télécommunications, amortissements et location du mobilier, amortissements et loyer du bâtiment.	Charges de buanderie (charges salariales et fournitures), entretien ménager (charges salariales et fournitures), entretien de l'immeuble (charges salariales, fournitures et services divers), énergie, télécommunications, amortissements et location du mobilier, amortissements et loyer du bâtiment
Administration de l'établissement	Charges salariales du personnel administratif, de la direction et de l'encadrement clinique, fournitures diverses, frais de déplacements, honoraires, assurances, charges de formation, créances douteuses, frais de communication.	Charges salariales du personnel administratif et de la direction, fournitures diverses, frais de déplacements, honoraires, assurances, charges de formation, créances douteuses, frais de communication
Impôts, taxes et frais financiers	Taxes et permis, impôts, frais financiers courants et sur la dette à long terme.	Taxes et permis, impôts, frais financiers courants et sur la dette à long terme.

³⁰ Nous utilisons, indistinctement, les termes charges, frais, dépenses et coûts dans l'ensemble du document.

Dans chacune de ces catégories, nous avons distingué les frais de personnel des autres coûts. De nombreuses raisons nous invitaient à les mettre de l'avant. Les coûts de personnel constituent le principal poste de charges (entre 50 et 94 %). Ils sont aussi un levier important de la valeur ajoutée aux soins et services et de nombreux enjeux soulevés durant les entretiens portent sur le personnel. Lorsque l'information était disponible, nous avons également fait ressortir le coût de la main-d'œuvre indépendante puisqu'elle constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour toutes les structures d'hébergement. Pour les structures privées, nous avons également fait apparaître les revenus, ainsi que le profit ou la perte.

Différents retraitements ont été effectués au moment des calculs. Ces ajustements sont expliqués en détail lorsque nous présentons les calculs pour chaque type de structure d'hébergement et sont résumés dans les annexes 1 à 4, en fin de document.

Données opérationnelles et calcul des coûts unitaires

Pour la majorité des structures, nous disposons des données opérationnelles suivantes pour les exercices financiers étudiés : nombre de lits dressés³¹, nombre de lits au permis³² et nombre de jours-présence³³.

Pour certaines structures, nous disposons parfois d'informations additionnelles sur les résidents : taux de rotation, niveaux SMAF et/ou niveau de perte d'autonomie (pour les ressources intermédiaires), provenance des usagers admis (hôpital, autre structure...) et âge moyen. Nous disposons également parfois du taux de rotation des employés et de l'année de construction du bâtiment. En plus de nous aider à faire les calculs, les données opérationnelles nous ont permis d'expliquer l'origine de certains coûts et la variabilité entre les structures.

L'ensemble de ces données nous permet de calculer différents coûts unitaires. Nous avons d'abord calculé un coût total par jour-présence, qui traduit l'ensemble des consommations de ressources pour un résident pour une journée de présence dans une structure d'hébergement. Les charges relatives à l'immobilier et au mobilier, les impôts et les taxes et les frais financiers sont très contingents à la nature de la structure (structure privée versus structure publique ou OBNL). Nous avons donc calculé un coût par jour-présence sur un périmètre restreint qui exclut ces charges. Nous avons également détaillé ce coût en calculant des coûts par jour-présence pour nos 6 catégories de coûts et le coût des charges salariales par jour-présence. Pour les structures privées, nous avons déterminé le profit par jour-présence. Enfin, nous avons calculé un coût par jour-présence pour les finances publiques soit le financement du RSSS par jour-présence. Compte tenu de l'importance de la masse salariale dans le coût total, nous avons également évalué la répartition de la masse salariale entre les différents types d'emploi (PAB, infirmière.s...), lorsque c'était possible.

Analyse des coûts de base, des coûts cachés, des coûts induits et des coûts externalisés

L'analyse des coûts a été menée de manière à avoir une compréhension globale des coûts de l'hébergement des personnes âgées. L'analyse descriptive et comparative des coûts calculés a été enrichie de différentes façons. Nous évoquerons certaines de ces pistes, issues de nos entretiens et de la littérature scientifique, dans la section Analyse des postes de coûts (p.57).

D'abord, notre analyse permet de mettre en lumière les coûts cachés, c'est-à-dire les coûts que l'analyse des postes de charges du compte de résultat ne permet pas de voir, des coûts non visibles et cachés des activités humaines (Cappelletti, Voyant, & Savall, 2018). Par exemple, les charges administratives générées par le recrutement du personnel de remplacement pour combler les absences liées à des accidents de travail et/ou une rotation du personnel importante sont confondues avec le reste des charges administratives. D'autres coûts n'apparaissent pas dans les comptes de résultat, mais correspondent tout de même à des moyens mobilisés dans la réalisation des services liés à l'hébergement. À titre d'exemple, certaines tâches d'assistance peuvent être réalisées par des bénévoles.

Ensuite, comme un coût n'est que le résultat, à un instant t , de chaînes de causalité, une analyse centrée uniquement sur cette représentation éphémère serait incomplète. En analysant séparément -ou en « silo » - les différentes catégories de coûts, comme ils sont représentés dans nos calculs, nous omettons les transferts possibles de charges d'une catégorie à une autre. Afin de comprendre pleinement le coût d'un objet ou d'un service et de saisir son évolution,

³¹ Les lits dressés financés désignent les lits qui peuvent accueillir des bénéficiaires et pour lesquels on dispose du personnel nécessaire pour fournir le niveau et le type de soins nécessaires.

³² Le nombre de lits au permis correspond au nombre de lits alloués par le réseau de la Santé et des Services sociaux. C'est une capacité théorique qui est financée seulement en partie. Les lits théoriques sont au permis et n'évoluent pas d'année en année, contrairement aux lits dressés.

³³ Un jour-présence correspond à un lit occupé par un usager durant une journée.

il faut comprendre ce qui « cause » le coût. Une telle analyse implique de comprendre les effets systémiques induits entre catégories de coûts, et pas uniquement à cet instant t. En effet, les coûts jugés élevés dans une catégorie peuvent potentiellement permettre des économies substantielles dans d'autres catégories de coûts. À titre d'exemple, les choix d'aménagement faits lors de la conception d'un bâtiment vont générer des coûts induits pendant plusieurs années, tels que des coûts d'entretien.

Les effets systémiques peuvent même dépasser les frontières de la structure d'hébergement et créer des externalités positives ou négatives. Par exemple, une diminution des coûts de soins et d'assistance dans des CHSLD peut générer une augmentation des séjours d'hospitalisation des résidents et donc créer des externalités négatives.

En résumé, nous avons mené notre analyse au regard du triptyque coûts-qualité-délais. Toute modification au niveau des coûts peut avoir des répercussions à la fois sur la qualité des services rendus et sur les délais d'accès aux services, et inversement.

Analyse critique de la méthode

En dépit de tous les efforts menés pour rendre la collecte des données fiable et produire des données comparables, cette recherche rencontre certaines limites méthodologiques.

Constitution de l'échantillon et représentativité des coûts calculés

Nous avons contacté des structures en fonction des caractéristiques que nous souhaitions mettre de l'avant pour obtenir un échantillon représentatif (cf. section Choix de l'échantillon, p.40). De nombreuses structures ont été contactées, beaucoup ont refusé (souvent au motif d'un manque de temps). Les structures de notre échantillon ont participé sur une base volontaire. Malgré l'accord initial de certaines structures, il a parfois été difficile d'obtenir les données, notamment financières, plus détaillées que celles présentes dans les états financiers. Ces difficultés nous ont conduits à faire certaines hypothèses, voire à retirer des structures de l'échantillon. Les structures faisant partie de notre échantillon final sont donc celles ayant partagé un minimum d'informations détaillées, financières et opérationnelles.

De plus, nous ne pouvons pas prétendre avoir une représentativité exhaustive des structures à partir d'un échantillon de 13 structures. Certaines particularités des structures d'hébergement qui pourraient avoir un impact sur les coûts ne sont donc pas représentées.

Pour minimiser l'impact de cette limite, nous avons multiplié les efforts et les relances lors du recrutement pour obtenir un minimum de représentativité parmi les structures de l'échantillon. Nous nous sommes également entretenus avec des présidents de fédérations de structures qui nous ont fourni une vue d'ensemble des enjeux partagés pour chacun des types de structures.

Qualité et comparabilité des données

Les structures étudiées ont des constitutions juridiques différentes. Les informations obtenues sont donc hétérogènes (niveau de détail et qualité des informations); elles sont parfois publiques, parfois internes, parfois auditées, et parfois non auditées.

Pour les CHSLD publics, la qualité de l'information est particulièrement difficile à valider puisqu'elle provient de données budgétées et de données issues du CPSS qui s'appuie sur de nombreuses clés de répartition que nous n'avons pas pu valider.

En ce qui concerne les CHSLD privés et les ressources intermédiaires, certaines des structures d'hébergement de notre échantillon appartiennent à des groupes, alors que nous analysons uniquement les coûts propres à la structure étudiée. Cette analyse ne permet donc pas de visualiser tous les mécanismes d'actions possibles pour influencer les coûts, dont ne disposent pas des structures autonomes. Elle ne permet pas non plus d'avoir une vue complète du profit, qui peut être réalisé dans d'autres entités du groupe, mais qui provient de l'activité de la structure d'hébergement. Par exemple, il peut exister une structure de gestion (ou une structure immobilière) dans laquelle est localisée une partie des activités nécessaires au fonctionnement de la structure et dans laquelle peut être localisée une partie des profits.

Calcul et analyse des coûts

Calcul et analyse des coûts par type de structure

Cette section présente les coûts obtenus pour chacune des structures d'hébergement de l'échantillon, ainsi qu'une analyse comparative des coûts. Pour chaque type de structure, les retraitements effectués sont détaillés et les principaux résultats sont présentés et analysés.

Les coûts en CHSLD privés conventionnés

Les CHSLD privés conventionnés sont les structures pour lesquelles l'information disponible est la plus complète et, à priori, la plus fiable. Différents retraitements ont été effectués pour isoler les coûts inclus dans notre périmètre et répartir les coûts entre nos différentes catégories (voir annexe 1, p.83). En effet, certains traitements comptables requis par l'AS471, notamment concernant le maintien d'actifs, rendent les coûts difficilement comparables entre les structures. De la même manière, nous avons enlevé de l'analyse les produits relatifs à d'autres activités (par exemple, un centre de jour).

Le Tableau 9 présente les coûts et revenus par jour-présence dans les CHSLD privés conventionnés. Les coûts par jour-présence varient entre 255\$ et 288\$ sur le périmètre total et entre 233\$ et 270\$ sur le périmètre restreint (qui n'inclut pas les charges relatives à l'immobilier et au mobilier, les impôts et les taxes et les frais financiers). On enregistre donc des différences importantes entre les structures d'hébergement. Ces différences ne s'expliquent pas par les taux d'occupation, puisque les trois structures ont un taux d'occupation supérieur à 98,8%. La taille, et les économies d'échelle qu'on pourrait y associer, ne semblent pas non plus être un facteur déterminant puisque PC.3, qui a le plus grand nombre de lits, est aussi la structure au coût par jour-présence le plus élevé.

Pour ce qui est des profits, PC.1 présente un profit par jour-présence beaucoup plus élevé pour les lits financés dans le cadre de l'entente initiale (financement RSSS par jour-présence) comparativement au profit par jour-présence de l'entité. Cette différence s'explique notamment par une différence importante au niveau des revenus pour les places qui ne font pas partie de l'entente initiale. Ces places sont actuellement achetées par le RSSS, dans le cadre de contrats spécifiques, à des tarifs beaucoup plus faibles que celui de l'entente initiale.

Tableau 9: Coûts et revenus par jour-présence dans les CHSLD privés conventionnés

Structures	Nombre de lits	Coût par jour-présence	Coût par jour-présence (périmètre restreint)	Coût par jour-présence (frais de personnel)	Financement RSSS par jour-présence	Financement usagers par jour-présence	Profit par jour-présence sur les lits financés	Profit par jour-présence de l'entité
PC.1	115	255 \$	233 \$	194 \$	238 \$	51 \$	34 \$	6 \$
PC.2	140	265 \$	250 \$	206 \$	222 \$	50 \$	7 \$	12 \$
PC.3	N.D. ³⁴	288 \$	270 \$	237 \$	224 \$	56 \$	- 8 \$	-2 \$

Le Tableau 10 (page suivante) présente les coûts par jour-présence par catégorie de coûts. PC.2 a un coût de mobilier et d'immobilier plus de la moitié moins élevée que PC.1 et PC.3. Ceci s'explique par le fait que chez PC.2, il n'y a ni loyer ni amortissement, car le CHSLD utilise gratuitement des bâtiments publics qui appartiennent au MSSS. Il est intéressant de souligner que l'association (PC.3) considère qu'elle bénéficie d'un tarif réduit pour son loyer.

³⁴ N.D. : Information non diffusée afin de garantir l'anonymat de la structure d'hébergement.

Tableau 10: Coûts par jour-présence par catégorie pour les CHSLD privés conventionnés

Structures	PC.1	PC.2	PC.3
Nombre de lits	115	140	N.D.
Coût des soins et services rendus			
Total	146 \$	165 \$	151 \$
Dont soins infirmiers	58 \$	65 \$	57 \$
Dont soins d'assistance (PAB)	73 \$	82 \$	82 \$
Coût de l'animation	3 \$	2 \$	5 \$
Coût de l'alimentation			
Total	23 \$	23 \$	31 \$
Dont denrées alimentaires	11 \$	9 \$	10 \$
Coût de l'hébergement			
Total	48 \$	30 \$	42 \$
Dont mobilier et immobilier	17 \$	6 \$	14 \$
Coût de l'administration	30 \$	37 \$	54 \$
Coût des impôts, taxes et frais financiers	5 \$	9 \$	4 \$

Les coûts d'administration chez PC.3 sont plus élevés que dans les autres structures. Cette différence s'explique notamment par les charges salariales d'encadrement clinique qui sont plus de cinq fois supérieures à celles des deux autres structures. Selon les répondants de cette structure, l'encadrement clinique est plus important (il y a notamment une cheffe d'activité 24h/24h, 7 jours sur 7) pour favoriser la gestion de proximité, permettre de mieux suivre la qualité des services rendus et prendre le relais sur le plancher quand il manque quelqu'un. Il y a également une partie des coûts d'administration qui pourrait être imputée au centre de jour, cependant cela n'affecterait pas significativement les coûts unitaires. Les coûts pour l'alimentation, aussi bien les frais de personnel que les coûts des denrées alimentaires, ainsi que les coûts de l'animation sont plus élevés que dans les autres CHSLD privés conventionnés de l'échantillon. On peut donc s'attendre à une meilleure qualité de vie pour les résidents. Dans cette structure, il y a également un nombre important de bénévoles qui viennent soutenir le personnel d'assistance et d'animation.

Chez PC.3, la main-d'œuvre indépendante représente également une part importante des coûts de personnel, soit environ 20% du coût total des charges du personnel infirmier.ère.s et 4% des charges pour les PAB. Ces pourcentages sont plus importants qu'ailleurs. La structure explique que le recrutement de main-d'œuvre est un enjeu depuis plusieurs années.

Pour PC.1 et PC.3³⁵, on observe une hausse significative des charges de personnel d'alimentation entre 2018-2019 et 2019-2020. Ces hausses varient entre 70 000 \$ et 170 000 \$ (soit 11 à 14% du coût total des salaires liés à l'alimentation) chez PC.1 et PC.3. Pour PC.3, elle s'accompagne d'une baisse des coûts des denrées alimentaires de l'ordre de 2 à 4%.

Notons que PC.1 et PC.3 enregistrent une augmentation significative (environ 10%) de leurs revenus (toutes sources confondues) entre les deux années de références. Chez PC.1, cette hausse s'explique à 87% par une hausse du financement public (la moitié provenant des subventions et l'autre moitié des places achetées). Notons que sur la même période, le nombre de jours-présence diminue légèrement (- 92) et que le poste « intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette » demeure constant, la hausse de la subvention ne s'explique donc pas par un financement lié à une rénovation exceptionnelle. Chez PC.3, la hausse des revenus s'explique également à 93% par une hausse des subventions. Il apparaît également que, sur la même période, le nombre de jours-présence augmente légèrement (+ 166) et que le poste « intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette » augmente de 700 000\$ ce qui doit s'accompagner d'une hausse équivalente des subventions. Hormis ces éléments, nous n'avons pas d'information quant à l'origine de cette hausse importante des subventions, puisque ces hausses sont largement supérieures aux hausses enregistrées des dépenses salariales pour lesquelles on sait qu'un ajustement de la subvention est effectué en fin d'année (voir la section du rapport sur les modalités de financement de structures d'hébergement, p.20). Notons que le financement du RSSS par jour-présence passe de 238\$ à 250\$ chez PC.1 et de 224\$ à 250\$ chez PC.3. Dans le même temps, si la contribution des usagers reste constante chez PC.3, elle augmente de 2\$ chez PC.1. L'origine

³⁵ Pour PC.2, nous avons réalisé l'analyse sur une année seulement, car les informations contenues dans l'AS471 étaient différentes des informations contenues dans les états financiers fournis par la structure.

de la hausse ne se trouve donc pas non plus dans une baisse des contributions des usagers. L'indexation et d'autres budgets spéciaux doivent expliquer le reste de l'augmentation.

Les coûts en CHSLD privés non conventionnés

Les calculs effectués pour les CHSLD privés non conventionnés ont été réalisés à partir des états financiers. L'information y étant beaucoup plus agrégée que dans les CHSLD privés conventionnés, nous avons donc dû collecter des informations additionnelles et demander des explications complémentaires aux responsables des structures d'hébergement. Il a parfois été difficile pour ces responsables de répartir les coûts en fonction des catégories de coûts que nous avons retenues.

L'analyse a été menée sur une année seulement (2018-2019). Différents retraitements ont été effectués pour isoler les coûts inclus dans notre périmètre d'analyse et répartir les coûts entre nos différentes catégories (voir annexe 2, p.84). Par exemple, certains coûts et revenus concernant des services additionnels offerts aux résidents ont été exclus du calcul de coût. PNC.4, pose des problèmes spécifiques, puisqu'elle comprend un CHSLD et une RPA. Les produits et les charges obtenus sont donc communs à ces deux structures. Pour cette structure, nous avons limité l'analyse aux coûts de soins et services rendus et d'alimentation.

Compte tenu des retraitements et des approximations effectuées dans les 4 structures, nous pouvons considérer que les coûts par jour-présence sont représentatifs, mais que les coûts par catégorie de postes doivent être analysés avec prudence.

Des difficultés se posent aussi en ce qui concerne le calcul du nombre de jours-présence. Dans ce domaine, nous ne disposons pas d'un décompte enregistré dans un document audité, comme pour les CHSLD privés conventionnés. Nous avons donc utilisé les taux d'occupation que nous avons pu obtenir et nous les avons multipliés par le nombre de lits dressés. De plus, nous avons calculé la contribution des usagers (financement usagers par jour-présence) uniquement pour PNC.1 et PNC.3, qui ont tous leurs lits achetés. Nous n'avons pas calculé la contribution des usagers pour PNC.2 et PNC.4, car il n'était pas possible de distinguer la contribution des usagers pour les lits privés de la contribution des usagers pour les lits achetés.

Le Tableau 11 présente les coûts et revenus par jour-présence. Les coûts par jour-présence sont compris entre 176\$ et 246\$. Il y a donc également une grande disparité dans les coûts consacrés à l'hébergement dans les CHSLD privés non conventionnés.

Tableau 11: Coûts et revenus par jour-présence dans les CHSLD privés non conventionnés

Structure	Nb de lits	Coût par jour-présence	Coût par jour-présence (périmètre restreint)	Coût par jour-présence (frais de personnel)	Financement RSSS par jour-présence	Financement usagers par jour-présence	Profit par jour-présence sur les lits financés	Profit par jour-présence de l'entité	Per diem dans l'entente de service initiale*
PNC.1	85	232 \$	209 \$	177 \$	209 \$	53 \$	30 \$	31 \$	244 \$
PNC.2	100	246 \$	191 \$	156 \$	211 \$	N.A	N.A	6 \$	230,5 \$
PNC.3	45	176 \$	160 \$	113 \$	190 \$	0	14 \$	14 \$	176,5 \$
PNC.4	145	N.A	N.A	N.A	198 \$	N.A	N.A	24 \$	176,5 \$

* Notons qu'il s'agit des per diem du contrat initial, depuis, ces montants ont été indexés. De plus, certains établissements ont signé d'autres ententes depuis pour des lits supplémentaires. Pour certaines structures, le financement du RSSS correspond au per diem auquel on retranche la contribution des usagers. Tout ceci explique les écarts entre le financement actuel du RSSS et le per diem dans l'entente de service initial.

Au niveau des coûts par catégorie (Tableau 12, page suivante), les coûts des soins et services rendus représentent autour de 50% des coûts totaux. Même si l'information sur les coûts par catégorie est imparfaite, on peut considérer qu'il existe des variations significatives puisqu'on obtient des coûts par jour-présence pour cette catégorie allant de 80\$ à 118\$. Plusieurs origines sont possibles pour ces variations, comme des nombres d'heures-soins différents et/ou une répartition différente des heures entre les différentes catégories de personnel (infirmier.ère.s chef.fe,s infirmier.ère.s auxiliaires et PAB) et/ou des recours variables à la main-d'œuvre indépendante. Par exemple, chez PNC.2 la main-d'œuvre indépendante représente 21% des charges des infirmier.ère.s et 32% des charges de PAB.

Tableau 12: Coûts par jour-présence par catégorie pour les CHSLD privés non conventionnés

Structures	PNC.1	PNC.2	PNC.3	PNC.4
Nombre de lits	85	100	45	145
Coût des soins et services rendus				
Total	112 \$	118 \$	80 \$	81 \$
Dont soins infirmiers	40 \$	68 \$	19 \$	31 \$
Dont soins d'assistance (PAB)	60 \$	40 \$	53 \$	49 \$
Coût de l'animation	2 \$	1 \$	4 \$	N.A
Coût de l'alimentation				
Total	40 \$	16 \$	15 \$	15 \$
Dont denrées alimentaires	15 \$	7 \$	7 \$	11 \$
Coût de l'hébergement				
Total	40 \$	72 \$	26 \$	N.A
Dont mobilier et immobilier	23 \$	47 \$	4 \$	N.A
Coût de l'administration	38 \$	39 \$	40 \$	N.A
Coût des impôts, taxes et frais financiers	-1 \$	8 \$	12 \$	N.A

Il y a également des différences significatives au niveau des coûts d'hébergement (différence de 46\$ entre le coût le plus élevé et le coût le moins élevé). Cette différence s'explique essentiellement par les charges liées à l'immobilier. Le montant très élevé chez PNC.2 provient d'un loyer payé à une société immobilière appartenant en partie au même groupe que le CHSLD. Chez PNC.3, le bâtiment, principale immobilisation, est amorti sur 40 ans et le mobilier, d'un montant également significatif, est amorti sur 10 ans. Ici encore, on voit la difficulté à comprendre les différences observées en termes d'immobilier compte tenu du mode de financement du bâtiment (location versus acquisition) et des différents types de structures juridiques.

Enfin, au niveau du financement, on remarque que les per diem, comme indiqués dans les contrats initiaux, sont alignés sur les coûts puisqu'ils sont compris entre 176,5\$ et 244\$³⁶. Sachant qu'il s'agit de per diem inscrits dans des contrats signés il y a plusieurs années (entre 2012 et 2017), les subventions couplées à la contribution des usagers permettent aux structures de dégager des profits. Toutes les structures font des profits, entre 6\$ et 31\$ par jour-présence. Notons toutefois que PNC.2, qui semble faire le moins de profit, fait partie d'un groupe. Il est donc possible que certains retraitements comptables mènent à un déplacement du profit de cette structure vers le groupe. Notons également que PNC.1 enregistre le profit le plus important, mais que ce dernier n'éponge pas en totalité une perte provenant des exercices précédents. Nous n'avons pas d'information concernant l'origine de cette perte. Enfin, PNC.3 ne fait pas partie d'un groupe, mais son propriétaire et dirigeant possède d'autres entreprises qui prennent en charge certaines dépenses (par exemple, transport et salaire du dirigeant), afin de faire apparaître un niveau acceptable de profit auprès de la banque, sous peine de perdre le prêt qui a été accordé pour financer les immobilisations. Dans cette structure d'hébergement, le profit est donc certainement surévalué par rapport à la réalité économique.

Notons que l'ensemble de nos interlocuteurs considèrent qu'ils sont sous-financés pour pouvoir rendre un service de qualité et dégager une rentabilité acceptable.

Les coûts en CHSLD publics

Pour les CHSLD publics, peu de retraitements visant à isoler les coûts inclus dans notre périmètre et à répartir les coûts entre nos différentes catégories ont été effectués. En effet, nous avons directement utilisé des données détaillées produites par les établissements. Les réserves quant à la fiabilité, déjà évoquées dans la section Analyse critique de la méthode (p.46), notamment en raison des nombreuses répartitions effectuées par les CI(U)SSS pour fournir ces données, nous invitent à analyser avec prudence les coûts obtenus (voir annexe 3, p.85).

³⁶ Ces montants s'inscrivent à l'intérieur de l'éventail déterminé par l'étude de Pierre-Albert Coubat (MSSS, 2019a). Son étude comparative sur le financement des CHSLD privés non conventionnés rassemble l'ensemble des ententes de services passées entre le MSSS et les CHSLD privés non conventionnés. Elle permet de comparer le financement reçu par les CHSLD privés non conventionnés avec celui des établissements privés conventionnés. Cette étude ne porte pas strictement sur les coûts, mais elle reflète les coûts supportés par le gouvernement pour les différents types de structures.

Pour le calcul des jours-présence, nous ne disposons pas d'un décompte enregistré dans un document audité, comme pour les CHSLD privés conventionnés. Pour les structures P.2 et P.3, nous avons utilisé les taux d'occupation fournis par les structures. Pour la structure P.1, nous avons utilisé le nombre de lits dressés pour déterminer le nombre de jours-présence, en considérant qu'ils étaient tous occupés, en cohérence avec la situation des deux autres CHSLD.

Le Tableau 13 présente les coûts par jour-présence totaux pour les trois CHSLD publics de notre échantillon. Les coûts par jour-présence sont compris entre 260\$ et 357\$, soit une variation de près de 100\$. Toutefois, lorsque l'on regarde les coûts par jour-présence sur le périmètre restreint, ils varient seulement entre 260 et 267\$, puisque cela retire un coût de loyer important à la structure P.2. Les coûts pour l'hébergement des personnes âgées sont donc semblables, une fois retiré ce qui a trait à l'immobilier.

Tableau 13: Coûts par jour-présence dans les CHSLD publics

Structure	Nombre de lits	Coût par jour-présence	Coût par jour-présence (périmètre restreint)	Coût par jour-présence (frais de personnel)
P.1	75	260 \$	260 \$	245 \$
P.2	95	357 \$	266 \$	237 \$
P.3	>300	267 \$	267 \$	206 \$

Ainsi, les variations de coûts par jour-présence pour les différentes catégories de coûts, hors immobilier, sont relativement faibles (Tableau 14), comparativement à ce que l'on peut noter dans les autres types de CHSLD. On peut donc supposer qu'il y ait une certaine régularité dans les soins et services rendus dans les CHSLD publics à travers la province.

Tableau 14: Coûts par jour-présence par catégorie pour les CHSLD publics

Structure	P.1	P.2	P.3	
Nombre de lits	75	95	>300	
Coût des soins et services rendus	Total	163 \$	172 \$	168 \$
	Dont soins infirmiers	73 \$	60 \$	76 \$
	Dont soins d'assistance (PAB)	86 \$	95 \$	67 \$
Coût de l'animation	5 \$	3 \$	1 \$	
Coût de l'alimentation	Total	28 \$	27 \$	27 \$
	Dont denrées alimentaires	N.A	6 \$	10 \$
Coût de l'hébergement	Total	30 \$	129 \$	40 \$
	Dont mobilier et immobilier	N.A	91 \$	N.A
Coût de l'administration	35 \$	26 \$	31 \$	
Coût des impôts, taxes et frais financiers	N.A	N.A	N.A	

La cause majeure de différence au niveau des coûts entre les CHSLD publics est donc la composante immobilière. Cela s'explique par le fait qu'il y ait un coût de location élevé inscrit dans les données de la structure P.2. Pour les structures P.1 et P.3, qui sont hébergées dans des bâtiments publics, les coûts liés aux immobilisations ne sont pas comptabilisés dans le budget de fonctionnement présenté dans les AS471. S'il est impossible de savoir si les coûts de l'immobilier des structures P.1 et P.3 sont plus ou moins importants, on peut noter que le coût par jour-présence de loyer représente le quart du coût par jour-présence dans le CHSLD P.2.

Notons enfin que les coûts obtenus semblent faibles comparativement au coût moyen calculé en 2012 par l'AQESSS, qui était de 255\$/jour. Les importantes coupures effectuées dans le réseau avec la réforme de 2015, tel que mentionné en entrevue par un répondant, pourraient en partie expliquer cette situation. Une autre explication serait que les coûts qui ont été fournis par les CI(U)SSS ne reflètent pas (ou plus, depuis 2015) de manière exhaustive les ressources consommées par les CHSLD étudiés. Autre explication possible, non exclusive des précédentes : les initiatives mises en œuvre pour limiter la non-qualité (prévention des chutes, des infections nosocomiales, erreurs dans la distribution de médicaments), peuvent également avoir permis de contrôler les coûts.

Les coûts en ressources intermédiaires

Tous les calculs de coûts ont été réalisés à partir des états financiers fournis par les structures d'hébergement. L'information y étant beaucoup plus agrégée que dans les CHSLD privés conventionnés, nous avons donc dû collecter des informations additionnelles et demander des explications complémentaires aux responsables des structures d'hébergement. Il a parfois été difficile de collecter ces informations additionnelles. De ce fait, l'analyse a été menée sur une année seulement (2019-2020) et différents retraitements ont été effectués pour isoler les coûts inclus dans notre périmètre et répartir les coûts entre nos différentes catégories (voir annexe 4, p.86). Les principaux ajustements concernent les charges salariales, puisque nous n'avons pas toujours obtenu la répartition précise de ces charges entre les différentes catégories de postes. Nous avons donc effectué des retraitements et regroupé certaines catégories de postes.

Pour le calcul des jours-présence, nous ne disposons pas d'un décompte enregistré dans un document audité, comme dans le cas des CHSLD privés conventionnés. Nous avons établi les taux d'occupation à partir d'un échantillon de factures mensuelles ou de l'ensemble des factures mensuelles pour l'année étudiée.

Le Tableau 15 présente les coûts et revenus par jour-présence totaux pour les trois ressources intermédiaires de notre échantillon et le Tableau 16 présente les coûts par jour-présence par catégorie.

Tableau 15: Coûts et revenus par jour-présence dans les ressources intermédiaires

Structures	Nombre de lits	Coût par jour-présence	Coût par jour-présence (périmètre restreint)	Coût par jour-présence (frais de personnel)	Financement RSSS par jour-présence	Profit par jour-présence
R.1	35	158 \$	128 \$	84 \$	185 \$	27 \$
R.2	65	122 \$	80 \$	62 \$	128 \$	7 \$
R.3	200	103 \$	70 \$	52 \$	122 \$	20 \$

Les coûts par jour-présence varient entre 103\$ et 158\$ et le financement par le RSSS par jour-présence entre 122\$ et 185\$. Cette situation permet donc aux 3 ressources intermédiaires de notre échantillon de faire des profits. Le système de financement, plus complexe pour les ressources intermédiaires, semble aboutir à un bon alignement des revenus sur les coûts.

Tableau 16: Coûts par jour-présence par catégorie pour les ressources intermédiaires

Structure	R.1	R.2	R.3	
Nombre de lits	35	65	200	
Coût des soins et services rendus	Total	55 \$	45 \$	31 \$
	Dont soins infirmiers	21 \$	0 \$	0 \$
	Dont soins d'assistance (PAB)	34 \$	45 \$	31 \$
Coût de l'animation	0 \$	0 \$	1 \$	
Coût de l'alimentation	Total	28 \$	10 \$	12 \$
	Dont denrées alimentaires	16 \$	5 \$	8 \$
Coût de l'hébergement	Total	48 \$	29 \$	35 \$
	Dont mobilier et immobilier	13 \$	18 \$	24 \$
Coût de l'administration	10 \$	12 \$	16 \$	
Coût des impôts, taxes et frais financiers	17 \$	25 \$	9 \$	

Le Tableau 17 présente la répartition des frais de personnel par catégorie d'employé.

Tableau 17: Répartition des frais de personnel entre les catégories d'employés

	R.1	R.2	R.3
Nombre de lits	35	65	200
Préposé.e.s aux bénéficiaires	40,70%	73,00%	60,22%
Infirmier.ère.s	24,73%	0,00%	0,00%
Personnel d'animation	0,00%	0,00%	1,13%
Personnel d'alimentation	14,29%	7,26%	7,47%
Personnel de l'entretien ménager	3,15%	3,89%	8,04%
Personnel de maintenance	14,17%	0,00%	0,00%
Personnel administratif	2,97%	1,37%	9,14%
Personnel de direction	0,00%	14,48%	10,37%
Personnel de réception	0,00%	0,00%	3,64%

On remarque que c'est dans la structure R.3 que l'on retrouve les coûts les moins élevés. C'est également la plus grande des trois structures. Il est donc possible que la taille lui permette de réaliser certaines économies d'échelle. Le fait que la structure fasse partie d'un groupe peut également expliquer ces économies. Les coûts sont les plus élevés dans la structure R.1, soit la plus petite, qui emploie également des infirmier.ère.s, alors que les autres structures n'en ont pas. La proportion des salaires de personnel d'alimentation et de maintenance est également plus importante dans cette structure. Ces salaires constituent en partie une charge fixe, qui se répartit sur un plus petit volume d'activité (seulement 35 lits). Soulignons enfin que R.1 a un taux d'occupation de seulement 96% (contre 99,1% et 99,8% pour les deux autres). Cette structure se trouve en région, où il n'est pas toujours aisé de combler l'ensemble des places disponibles.

Des différences importantes peuvent aussi être observées entre les structures au niveau du poids du personnel de maintenance et du poids du personnel de direction. Ces différences peuvent s'expliquer par des problèmes éventuels de catégorisations par les structures.

Analyse transversale

Les analyses par type de structures mettent en lumière la complexité de l'analyse des coûts dans les structures d'hébergement des personnes âgées.

Le Tableau 18 (page suivante) récapitule les principaux coûts, incluant les coûts totaux et les catégories de coûts, qui seront plus particulièrement analysés dans la section suivante.

Les coûts par jour-présence sur le périmètre restreint sont les plus comparables puisqu'ils excluent les charges relatives à l'immobilier et au mobilier, les impôts et les taxes et les frais financiers qui sont très contingents à la nature de la structure. Nous montrons qu'ils varient entre 160 \$ et 270 \$ pour les CHSLD et entre 70 \$ et 128 \$ pour les ressources intermédiaires.

Il y a donc une grande disparité de coûts pour un même type de structure. Ces différences sont difficiles à expliquer, car les structures sont également très diverses, tant par rapport à leur niveau d'activité (de 35 à plus de 300 résidents), qu'à leur forme juridique (sociétés autonomes, sociétés appartenant à des groupes, OBNL, organisations publiques), ce qui conduit à des réalités opérationnelles et des possibilités d'actions sur les coûts très hétérogènes.

Tableau 18: Récapitulatif des principaux coûts

Structures	Coûts par jour-présence	Coûts par jour-présence (périmètre restreint)	Dont soins d'assistance	Dont soins infirmiers	Dont coûts d'administration	Dont mobilier et immobilier	Coûts partiellement pris en compte
PC.1	255 \$	233	73	58	30 \$	17	Immobilier Transactions internes aux groupes Coûts cachés Externalités négatives
PC.2	265 \$	250	82	65	37 \$	6	
PC.3	288 \$	270	82	57	54 \$	14	
PNC.1	232 \$	209	60	40	38 \$	23	Immobilier Transactions internes aux groupes Coûts cachés Externalités négatives
PNC.2	246 \$	191	40	68	39 \$	47	
PNC.3	176 \$	160	53	19	40 \$	4	
PNC.4	N.A	N.A	49	31	N.A	N.A	
P.1	260 \$	260	86	73	35	N.A	Immobilier Services partagés Coûts cachés Externalités négatives
P.2	357 \$	266	95	60	26	91	
P.3	267 \$	267	67	76	31	N.A	
R.1	158 \$	128	34	21	10	13	Transactions internes aux groupes Coûts cachés Externalités négatives
R.2	122 \$	80	45	0	12	18	
R.3	103 \$	70	31	0	16	24	

Notons également que la dernière colonne du tableau permet de mentionner certains coûts qui ne sont pas inclus dans notre périmètre de charges (ou seulement partiellement). En effet, les choix de gestion peuvent exclure certains coûts, générer des coûts sur le long terme pour la structure et des externalités négatives. Ces derniers sont difficilement quantifiables, mais font l'objet d'une appréciation qualitative dans la partie suivante.

La suite de cette section propose une analyse comparative des coûts d'un type de structure à l'autre. Pour ce faire, nous nous limitons aux données comptables dont nous disposons.

Comparaison des coûts des CHSLD et des Ressources intermédiaires

Les coûts par jour-présence obtenus varient entre 103\$ et 357\$ (entre 103\$ et 158\$ pour les RI et entre 176\$ et 357\$ pour les CHSLD). Nos résultats sont donc alignés sur ceux d'études mentionnées dans la section qui présente les précédentes études sur les calculs de coûts (p.32) qui suggéraient des coûts entre 250 et 300\$ pour les CHSLD et entre 100 et 150\$ pour les RI. Il est reconnu que les coûts dans les ressources intermédiaires sont moins élevés que ceux des CHSLD, puisque les résidents ont des pertes d'autonomies moins élevées, et donc des besoins en services, moins importants. Il existe ainsi des disparités dans la nature et dans l'ampleur des charges supportées par les CHSLD et les ressources intermédiaires (voir Tableau 19, page suivante). De manière générale, il n'y a pas de charges de soins dans les ressources intermédiaires, il y a donc peu de fournitures utilisées et pas besoin de personnel d'encadrement clinique.

Tableau 19 : Catégories de coûts et charges associées pour les CHSLD et les ressources intermédiaires

Catégories	CHSLD		Ressources intermédiaires	
	Charges associées	Coûts	Charges associées	Coûts
Soins et services rendus	Charges salariales de PAB, infirmier.ère.s, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, fournitures, besoins spéciaux (ex : lunettes), médicaments, déplacements des usagers, soins médicaux.	Entre 80 \$ et 172 \$	Charges salariales de PAB et infirmier.ère.s, fournitures, déplacements des usagers.	Entre 31 \$ et 51 \$
Animation/ loisirs	Charges salariales et fournitures associées aux soins spirituels, charges salariales et fournitures associées et l'animation.	Entre 1 \$ et 5 \$	Charges salariales et fournitures associées à l'animation.	Entre 0 et 1 \$
Alimentation	Charges salariales, nourriture et fournitures.	Entre 15 \$ et 40 \$	Charges salariales, nourriture et fournitures.	Entre 10 \$ et 28 \$
Hébergement	Charges de buanderie (charges salariales et fournitures), entretien ménager (charges salariales et fournitures), entretien de l'immeuble (charges salariales, fournitures et services divers), charges salariales du personnel de sécurité, énergie, télécommunications, amortissements et location du mobilier, amortissements et loyer du bâtiment.	Entre 26 \$ et 129 \$	Charges de buanderie (charges salariales et fournitures), entretien ménager (charges salariales et fournitures), entretien de l'immeuble (charges salariales, fournitures et services divers), énergie, télécommunications, amortissements et location du mobilier, amortissements et loyer du bâtiment	Entre 29 \$ et 48 \$
Administration de l'établissement	Charges salariales du personnel administratif, de la direction et de l'encadrement clinique, fournitures diverses, frais de déplacements, honoraires, assurances, charges de formation, créances douteuses, frais de communication.	Entre 26 \$ et 54 \$	Charges salariales du personnel administratif et de la direction, fournitures diverses, frais de déplacements, honoraires, assurances, charges de formation, créances douteuses, frais de communication	Entre 10 \$ et 16 \$
Impôts, taxes et frais financiers	Taxes et permis, impôts, frais financiers courants et sur la dette à long terme.	Entre (-1) \$ et 9 \$	Taxes et permis, impôts, frais financiers courants et sur la dette à long terme.	Entre 9 \$ et 25 \$

Les coûts totaux sont beaucoup moins élevés dans les ressources intermédiaires et la proportion des coûts totaux consacrée aux soins et services est sensiblement moins élevée que dans les CHSLD. Dans les CHSLD, les soins et services rendus représentent entre 45% et 63%, dans les ressources intermédiaires, ils représentent entre 30% et 37%.

Au-delà de ces coûts, les coûts d'administration sont moins élevés dans les ressources intermédiaires. Il faudrait voir si cela provient d'un plus faible besoin d'encadrement clinique (car il y a moins de personnel à encadrer), d'un plus faible besoin pour la gestion des dossiers des résidents ou d'exigences plus limitées en termes de reddition de comptes. Un taux de rotation moins élevé des résidents pourrait également expliquer cette différence.

Comparaison des coûts des différents types de CHSLD

Notre étude montre un coût généralement moins élevé dans les CHSLD privés non conventionnés que dans les CHSLD privés conventionnés. Le manque de fiabilité des données collectées dans les CHSLD privés non conventionnés rend difficile une analyse au niveau des catégories de coûts. La tendance qui ressort de nos résultats va toutefois dans le sens de différences de coûts majoritairement au niveau des coûts des soins et services rendus et de l'alimentation. Ces deux catégories sont toujours plus faibles pour les CHSLD privés non conventionnés. Des interlocuteurs de ces

types de structure soulignent que ces différences risquent de se traduire par une moindre qualité des soins dans les CHSLD privés non conventionnés. Ils déplorent ainsi un manque de financement permettant d'assumer de bons soins aux résidents. La question de l'alimentation a également été soulevée, puisque des budgets spéciaux ont été versés aux CHSLD publics et privés conventionnés ces dernières années pour accroître la qualité de la nourriture.

Entre les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés, les coûts sont relativement proches. Aucune tendance générale ne se dessine vraiment. En revanche, pour comparer de manière stricte les coûts pour le gouvernement, il faudrait prendre en compte des différences fiscales concernant les niveaux de remboursement de la TPS / TVQ, ainsi que les taxes foncières, qui touchent différemment les structures publiques et privées. De plus, pour être exhaustif, il faudrait aussi prendre en compte les cotisations aux régimes de retraite qui ne sont pas intégrées dans les comptes des CHSLD publics, mais qui sont intégrées dans les comptes des structures d'hébergement privées.

Analyse générale

Finalement, nos résultats montrent une grande disparité dans les coûts d'un type de CHSLD à l'autre et d'une ressource intermédiaire à l'autre. À l'exception de l'étude du vérificateur général en 2012, qui montrait la diversité des coûts entre les structures, les études récentes qui proposent des coûts moyens ne permettent pas de mettre au jour cette diversité. Nos calculs montrent également que cette diversité n'est pas spécifique à une catégorie de coûts en particulier : on la retrouve au niveau des coûts des soins et services rendus, des coûts d'hébergement et des coûts d'administration. On la retrouve également, dans une moindre mesure, au niveau des coûts de l'alimentation et des coûts des impôts, taxes et frais financiers.

Une multitude de causes peuvent expliquer cette diversité. Les premières analyses menées ici permettent de dresser un panorama de la situation. La prochaine section éclaire ce qui impacte les différentes catégories de coûts, mais également ce qui génère des coûts induits et des externalités, que le périmètre de charges classique ne permet pas de mettre de l'avant.

Analyse des postes de coûts

La présente section propose de contextualiser et d'expliquer, à l'aide des entretiens, les analyses des coûts de la section précédente. En effet, lorsque nous avons interrogés nos interlocuteurs sur les coûts, ils ont mis en évidence les différents enjeux qui leur étaient associés et la manière dont ils s'y prennent pour gérer ces coûts sous contrainte budgétaire. Soulignons que l'analyse présentée ici porte en bonne partie sur une analyse de la situation hors pandémie.

Comme mentionné précédemment, les frais de personnel (constitués des salaires et des charges sociales) représentent en moyenne 70% des coûts totaux de la structure. Parmi ces frais de personnel, les soins d'assistance et les soins infirmiers occupent naturellement une place prépondérante (autour de 65% des frais de personnel totaux et 90% des coûts des soins et services rendus). Viennent ensuite les frais du personnel d'administration (incluant les services supports, l'encadrement clinique et la direction), qui comptent en moyenne pour 15% des coûts totaux et pour 73% des coûts d'administration. La première partie de cette section met en évidence les grands enjeux associés à ces frais de personnel et montre comment ils sont liés entre eux.

Les frais associés à l'immobilier sont également un poste majeur de coûts. Comme mentionné précédemment, ces coûts sont cependant très difficiles à mettre en évidence avec les informations comptables et financières disponibles. Les entretiens réalisés permettent cependant d'éclairer les principaux enjeux liés aux bâtiments. Nous les présentons dans la deuxième partie de cette section.

Enfin, d'autres types de coûts méritent d'être discutés, incluant le coût des médicaments, mais aussi le coût de certains matériels et de leur entretien. Ils sont abordés dans la troisième partie de cette section.

Les principaux frais de personnel

Frais de personnel des soins infirmiers et des soins d'assistance

Après avoir dressé un panorama des principales causes potentielles de variations de ces coûts d'une structure à l'autre, nous exposons les enjeux spécifiques à certains types de structures, puis les leviers d'actions dont les structures disposent pour les contenir.

À l'origine des variations de coûts

La quantité et la nature (assistance ou infirmier) des soins fournis

Les CHSLD accueillent des résidents dont la perte d'autonomie correspond à des niveaux 10 à 14 sur l'échelle Iso-SMAF, signifiant qu'ils requièrent un minimum de 3 heures de soins par jour. Le MSSS dans son cadre de référence (MSSS, 2018b) exige également une présence infirmière, dont les modalités peuvent prendre différentes formes, soit assurée sur place sur les trois quarts de travail (24/7) dans chaque CHSLD, et ce, dans le but d'assurer une prestation de services sécuritaires et de qualité. Pour les RI, l'entente nationale de l'ARIHQ fait également mention de 3 heures quotidiennes de soins : « 3-6.08 Le montant remboursable à la ressource pour les dépenses visées correspond au nombre d'heures et à la rétribution convenus entre la ressource et l'établissement; cependant, il doit au moins correspondre à 3 heures payables à la ressource au taux du salaire minimum applicable (*Loi sur les normes du travail*; (LNT, chapitre N-1.1) » (CPNSSS-ARIHQ, 2018).

De nombreux interlocuteurs ont aussi mentionné l'échelle Voyer comme élément central dans la gestion, le coût et le suivi de la main-d'œuvre concernant les soins d'assistance et les soins infirmiers. L'échelle Voyer, développée par Philippe Voyer, définit les ratios minimums de personnel de soins infirmiers et de soins d'assistance pour chacun des quarts de travail, dans une structure d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie (Tableau 2, p. 23). Elle ne s'applique toutefois pas de façon systématique dans tous les types de CHSLD. Pour les RI, d'autres ratios d'encadrement s'appliquent.

En analysant les ententes provenant des CHSLD privés conventionnés qui nous ont été soumises, les contraintes relatives à la main-d'œuvre de soins et d'assistance varient, et ce, même si les ententes ont été signées à des dates similaires. Ainsi, dans certaines ententes, seules les heures de soins quotidiens et la répartition entre soins infirmiers et soins d'assistance constituent des engagements légaux :

« Obligation d'offrir quotidiennement à chaque résident en moyenne un minimum de 3,00 heures travaillées en soins infirmiers et en soins d'assistance. La proportion des heures travaillées par jour par le personnel en soins infirmiers (infirmier.ère.s et infirmier.ère.s auxiliaires) doit être d'au moins 30 % par rapport à l'ensemble des heures travaillées en soins infirmiers et en soins d'assistance. » (Extrait d'une entente d'un CHSLD Privé conventionné)

La structure peut donc librement affecter ses heures entre infirmières chef.fes d'équipe et infirmières auxiliaires, à condition de respecter le 30% des heures imposées par l'entente. De plus, il n'existe aucune indication quant à la répartition du personnel sur les différents quarts de travail.

Pour d'autres ententes, il est stipulé que :

« [la structure] doit offrir sans restriction [...] des soins de santé, de surveillance et d'assistance correspondant aux profils Iso-SMAF 10 à 14 en respectant les ratios minimums exigés par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et selon l'échelle Voyer pour les soins infirmiers et d'assistance et 0,20 heures pour les services professionnels ». (Extrait d'une entente d'un autre CHSLD privé conventionné)

Ainsi, afin de réduire au strict minimum leurs coûts, et dans un contexte de pénurie de personnel, les structures peuvent se limiter à maintenir les ratios d'encadrement les plus faibles possibles (1 infirmière pour 32 résidents plutôt que pour 25), tout en respectant le 3 heures soins quotidiens (comme pour la seconde entente présentée). D'autres peuvent s'affranchir d'une partie de ces contraintes, puisqu'ils peuvent librement organiser leurs quarts de travail (entente 1), et gérer la répartition des heures entre infirmières chef.fes et auxiliaires. De surcroît, comme le suivi doit être fourni uniquement annuellement auprès des CI(U)SSS, les structures peuvent éventuellement « ajuster » leur taux d'encadrement en cours d'année, si elles ne sont pas capables de les respecter ponctuellement.

Ainsi, pendant la pandémie, les ratios minimaux ont été difficiles à respecter, car du personnel infecté par la COVID-19 ou en contact avec des cas, a dû se retirer et s'isoler. Les femmes enceintes ont également été mises en retrait préventif (SCFP, 2020).

La pénurie de main-d'œuvre et le recours aux agences de placement

La grande majorité de nos interlocuteurs et ce, dans l'ensemble des structures étudiées, qu'elles soient publiques ou privées, nous ont dit faire face à d'importantes pénuries de main-d'œuvre dans le domaine des soins d'assistance et des soins infirmiers. Ces pénuries ont eu des conséquences dramatiques au printemps 2020, mais elles existaient avant la pandémie (MSSS, 2020c).

Plusieurs de nos interlocuteurs ont ainsi mentionné que le secteur privé rencontrait des difficultés, car, jusqu'à une période récente, le modèle d'affaires reposait sur du « *cheap labour* ». Selon leurs explications, plusieurs PAB étaient alors des femmes retournant sur le marché du travail après avoir élevé leurs enfants. Peu ou pas qualifiées, elles se contentent parfois de salaires plus faibles, considérant leur revenu comme un complément au revenu familial. Les caractéristiques des PAB changent progressivement. Parfois à la tête de familles monoparentales, elles (puisque ce sont en grande majorité des femmes), ont besoin de salaires et de conditions de travail décentes. Pendant plusieurs années, le RSSS lui-même a ignoré une partie du problème en faisant appel aux structures privées et les laissant en charge de trouver de la main-d'œuvre bon marché. Les enjeux de rétention dans la profession sont majeurs, et la pandémie a révélé que ce modèle d'affaires, partagé dans l'ensemble du réseau, mettait en danger les personnes âgées. Le soutien du gouvernement dans la revalorisation des salaires des PAB en contexte de pandémie a d'ailleurs été accueilli avec enthousiasme par l'ensemble de nos interlocuteurs.

La pénurie de main-d'œuvre se traduit par des risques de sous-effectifs et, dans certaines structures, des taux de rotation élevés des employés. Elles obligent aussi la plupart des structures d'hébergement à recourir à de la main-d'œuvre indépendante.

Le recours à la main-d'œuvre indépendante via des agences de placement est décrit par l'ensemble de nos interlocuteurs comme un pis-aller que toutes les structures cherchent à éviter. En effet, la main-d'œuvre indépendante est problématique à plusieurs titres :

- elle est coûteuse, car les agences prennent des commissions;
- elle demande un effort d'intégration et de formation de la part des équipes permanentes, ce qui augmente indirectement la pression sur ces équipes permanentes déjà sur-sollicitées et peut, *in fine*, aggraver le problème de pénurie de main-d'œuvre;
- elle peut complexifier la planification de la main-d'œuvre et créer de la précarité, car le personnel d'agence peut décider, du jour au lendemain, sans avertir, de ne pas revenir;
- elle est moins attachée à la structure, elle n'a pas le même sentiment d'appartenance et, par conséquent, s'engage moins dans l'amélioration continue des services rendus dans le centre;
- elle comporte des effets pervers, en créant une hémorragie des ressources du secteur public vers les agences.

Compte tenu de la proportion importante de la clientèle souffrant de démence, il semble également que la rotation des employés -et donc le recours à de la main-d'œuvre indépendante non familière avec les habitudes des patients- a un impact négatif sur le bien-être des résidents et par là même, sur le fonctionnement de l'organisation. En effet, un résident désorienté ou perturbé nécessite plus de soins et d'assistance, ce qui augmente les coûts de main-d'œuvre.

Si le recrutement de la main-d'œuvre indépendante est un enjeu pour toutes les structures, elle l'est encore plus en région, pour différentes raisons :

- comme elle vient souvent de loin, cette main-d'œuvre n'accepte pas un contrat pour un faible nombre d'heures. Il faut alors négocier avec les équipes de la structure d'hébergement pour s'assurer qu'elles ne veulent pas d'heures supplémentaires avant de pouvoir proposer des contrats attractifs à la main-d'œuvre indépendante. Les gestionnaires passent alors beaucoup de leur temps à gérer ces enjeux de main-d'œuvre;
- lorsqu'elle accepte de se déplacer, la main-d'œuvre indépendante le fait parfois selon des conditions strictes. Par exemple, elle peut refuser de travailler le week-end ou le soir. Le gestionnaire doit alors modifier les horaires de ses équipes pour laisser libres les créneaux acceptés par le personnel d'agence. Ceci peut créer des tensions entre les différentes catégories de personnel;
- le coût est plus élevé, car plusieurs avantages doivent être accordés pour que la main-d'œuvre indépendante accepte de se déplacer : des taux horaires plus élevés et le paiement de frais de déplacement et d'hébergement.

Notons que les mesures prises par le gouvernement récemment pour limiter les coûts et les dysfonctionnements générés par le recours aux agences, particulièrement en contexte de Covid, sont accueillies favorablement par les structures. L'arrêté ministériel stipule qu'

« afin d'éviter les déplacements entre les établissements et pour limiter les risques de propagation de la COVID-19, les prestataires de services provenant des agences doivent avoir des affectations d'une durée minimale de 14 jours. De plus, ils ne peuvent cumuler des affectations à temps partiel dans différents secteurs ou différents établissements » (MSSS, 2021b).

Toutefois, restreindre l'accès aux agences pose des problèmes spécifiques pour les CHSLD, en particulier en région. Nos interlocuteurs ont en effet expliqué que les restrictions sur les embauches de la main-d'œuvre indépendante étaient difficilement gérables, compte tenu des contraintes mentionnées plus haut -en particulier l'éloignement. En parallèle, avec les nouvelles mesures, les CHSLD en région disposent de moins de marge de manœuvre au niveau pécunier pour attirer des employés (avec des taux supplémentaires ou par le remboursement des frais d'hébergement).

Des coûts cachés

Une main-d'œuvre fragilisée : l'absentéisme

L'absentéisme est une tendance marquée parmi le personnel de soins et d'assistance (MSSS, 2020c) et un enjeu important soulevé par différents types de structures. Pour montrer l'ampleur du phénomène, un de nos interlocuteurs dans un CHSLD public a mentionné que 30% de ses PAB en poste permanent avaient actuellement recours à l'assurance-salaire et à des indemnités du CSST. Ce chiffre monte à 34% pour l'ensemble des PAB. Deux principales causes sont évoquées : les accidents du travail et l'épuisement professionnel. Et, dans le contexte de pandémie, la détresse psychologique a augmenté et de nombreux arrêts de travail et retraits préventifs se sont ajoutés.

Les accidents de travail concernent principalement les PAB³⁷, puisque le travail au quotidien, comme le déplacement des résidents, est physiquement éprouvant (Laurence-Ruel, 2019). À cet égard, certaines personnes rencontrées mentionnent que les PAB formé.e.s dans le cadre du programme accéléré en 2020 sont plus sujets à des accidents de travail, ce qui pourrait en partie s'expliquer par le fait que leur formation a été écourtée. En outre, le manque d'expérience de certain.e.s PAB ne leur permet pas de tenir le rythme imposé de prise en charge des résidents, ce qui vient alourdir la charge de travail des PAB plus expérimenté.e.s qui doivent compenser.

Les raisons de l'épuisement professionnel des PAB et des infirmier.ère.s ont déjà été largement documentées dans la littérature et incluent les heures supplémentaires imposées, la surcharges de travail, l'absence de reconnaissance de la hiérarchie et la non-intégration dans les équipes pluridisciplinaires (Bourbonnais, Comeau, Dion, & Vézina, 1997; Cyr, Genin, Rossignol, & Vallée, 2019; Aubry F., 2016). Cet épuisement professionnel peut conduire à un présentisme

³⁷ En termes de lésions professionnelles, les préposés aux bénéficiaires subissent un fort taux d'incidence (46,4%, alors que le taux est de 5,9% pour le Québec) et un fort taux de prévalence (61,8%, alors que le taux est de 9% pour le Québec). La plupart des problématiques subies par les préposés concernent les accidents du travail (98,5%, contre 1,5% pour les maladies professionnelles). Par ailleurs, ces centres d'hébergement font partie des contextes de travail les plus à risque pour ces acteurs (Legault & Dionne-Proulx, 2003).

du personnel (Johns, 2010). Le présentéisme est défini comme le fait d'être présent au travail, mais de ne pas être pleinement performant ou engagé, ce qui peut se produire en raison de nombreux facteurs (par exemple, une maladie chronique³⁸, le stress au travail et un déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée) (Rainbow, Gilbreath, & Steege, 2019). Le présentéisme est associé de manière significative à un nombre plus élevé de chutes chez les patients, à un nombre plus élevé d'erreurs de médication et à des scores plus faibles en matière de qualité des soins. Les estimations de coûts indiquent que l'augmentation du nombre de chutes et d'erreurs de médication causées par le présentéisme devrait s'élever au minimum à 1 346 \$ par infirmière diplômée de Caroline du Nord et un peu moins de 2 milliards de dollars par an pour les États-Unis (Letvak, Ruhm, & Gupta, 2012).

Des milieux de vie et des milieux de fin de vie

Dans les structures que nous avons pu étudier, la durée moyenne de séjour varie entre 18 mois et 4 ans environ. Peu de résidents, en particulier les personnes âgées en perte d'autonomie, quittent leur CHSLD pour retrouver leur domicile. Leur départ est donc associé à leur décès, soit au sein de la structure, soit en centre hospitalier.

Par exemple, un responsable de structure a ainsi évoqué, au cours de nos entretiens, les liens qu'elle a établis avec un médecin afin de lui apporter du support sur la formation à l'administration des soins palliatifs. Il lui semble non pertinent, y compris d'un point de vue médical, d'envoyer les résidents à l'hôpital, même si d'autres structures préfèrent faire ce choix. Mais elle est confrontée à la réticence des médecins qui fréquentent habituellement son CHSLD à mettre en place des dispositifs de l'aide médicale à mourir à même ce milieu de vie. Notons par ailleurs que développer ces pratiques au sein de sa structure, identifier les ressources pertinentes pour les mettre en œuvre, trouver et accompagner les équipes qui vont organiser les choses, est coûteux en termes de temps.

En effet, au-delà des soins palliatifs et de l'aide médicale à mourir, l'accompagnement en fin de vie et le soutien des familles dans le deuil créent également des coûts. Être un lieu de fin de vie, où l'on accompagne donc des mourants et leurs proches, suppose des pratiques appropriées (solicitation, mise en œuvre de soins palliatifs, temps d'échange avec la famille), mais également des aménagements des temps et des lieux (autoriser des visites, proposer des espaces qui assurent une intimité lorsque les chambres ne sont pas individuelles) qui sont au cœur d'une dimension humaine et du respect de la dignité des résidents (Le Theule, Lambert, & Morales, 2020) mais qui se traduisent, en temps et parfois en aménagements, avec des espaces dédiés, et donc en coûts.

Cela suppose également de former les équipes de soins et d'assistance dans ce sens. Lessard et Leclerc (2017) ont mené une enquête auprès de personnel de soins et d'assistance, ainsi que différents professionnels de soins intervenant en CHSLD en 2015. Leurs résultats montrent que, conscient de ces enjeux, le personnel exprime clairement des besoins de formation dans des domaines tels que la prise en compte des différences culturelles, les différentes approches palliatives, les éléments de la loi concernant les soins de fin de vie, la manière d'interagir avec les familles des personnes mourantes, la gestion des médicaments prescrits en fin de vie et la reconnaissance des signes de douleur. Certains ont suggéré que l'étude de ces besoins devrait faire partie de la formation de base de tous les professionnels de la santé. D'autres ont mentionné l'importance d'étudier les différentes compréhensions et significations de l'expression "mourir dans la dignité", ainsi que les perceptions concernant les médicaments prescrits en fin de vie, perceptions qui peuvent entraver le soulagement de la douleur.

CHSLD publics : La mobilité intra-CI(U)SSS

Plusieurs interlocuteurs ont mentionné les possibilités de mobilité offertes au sein même des CI(U)SSS comme un enjeu en termes de rétention du personnel. Le personnel peut en effet comparer facilement les conditions de travail et la situation géographique de chacun des CHSLD d'un même CI(U)SSS. De plus, les soins aux personnes âgées ne sont pas toujours considérés comme un secteur d'activité attractif pour les infirmier.ère.s et le personnel de soins. Pour toutes ces raisons, et compte tenu de la pénurie importante de main-d'œuvre dans l'ensemble des secteurs, le préposé.e.s aux bénéficiaires et les infirmier.ère.s peuvent donc facilement changer de structure au sein d'un même CI(U)SSS.

Les gestionnaires des CHSLD publics, confrontés à cette compétition, doivent alors mettre en avant leurs atouts. Ces atouts peuvent être la localisation, si la répartition territoriale des structures s'y prête. La solidarité et la bonne entente au sein des équipes sur le plancher peuvent également constituer des arguments décisifs, de même que la possibilité d'offrir des horaires correspondant aux attentes des employés, notamment des temps pleins.

³⁸ Les douleurs musculo-squelettiques et les problèmes de santé mentale, notamment la dépression, sont deux causes majeures du présentéisme des travailleurs de la santé (réduction de la productivité au travail en raison de problèmes de santé) chez les infirmières diplômées (Letvak, Ruhm, & Gupta, 2012)

CHSLD privés non conventionnés et ressources intermédiaires : la concurrence des autres types de structures

Pour le secteur privé et les ressources intermédiaires, nos interlocuteurs nous ont dit qu'il leur est difficile de compétitionner avec les salaires offerts dans les CHSLD publics et privés conventionnés, même si les revalorisations des salaires des PAB en contexte de pandémie (MSSS, 2020d) permettent de combler en partie l'écart.

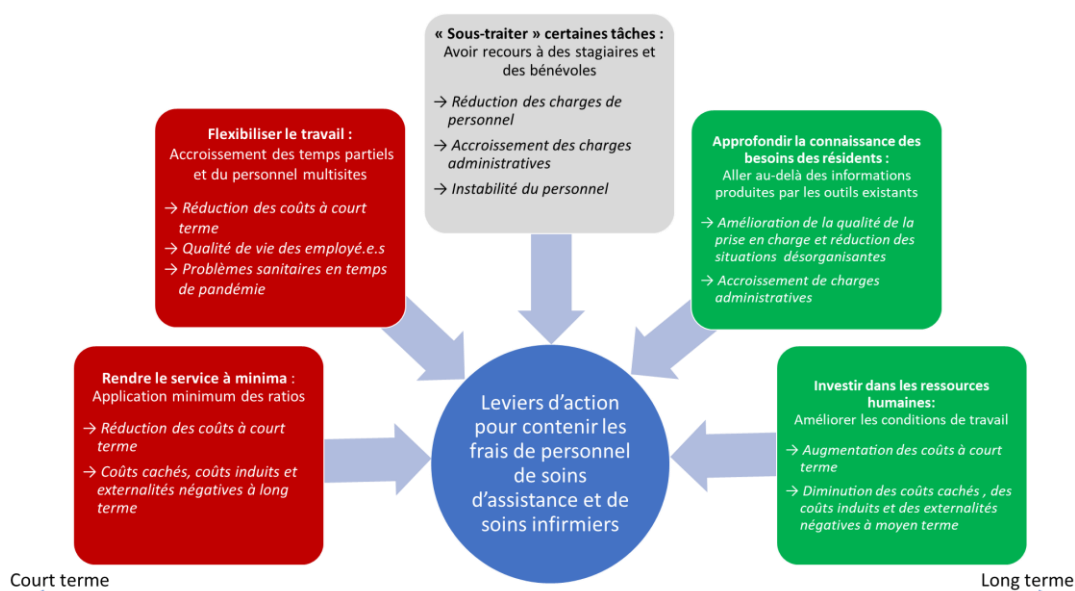
Certains éléments sont alors mis de l'avant par les gestionnaires de ces structures d'hébergement pour attirer et retenir les employés. D'abord, ils garantissent aux PAB de ne pas leur imposer ou de limiter les heures supplémentaires obligatoires contractuellement. Des engagements verbaux sont pris sur un nombre maximal d'heures supplémentaires éventuelles. Ensuite, les structures avancent certains arguments comme l'absence de cotisation syndicale et l'absence de cotisations associées à des assurances collectives, qui permettent, dans un calcul à court terme pour l'employé, de se voir offrir un salaire compétitif par rapport à celui du secteur public.

Les leviers d'actions pour contenir les frais de personnel de soins d'assistance et de soins infirmiers

Nous présentons ici les solutions développées par les gestionnaires afin de limiter les frais de personnel. Ils disposent de plusieurs leviers d'action, plus ou moins court-termistes, pour limiter l'accroissement de ces frais.

Le Schéma 7 présente ces différents leviers d'action, expliqués dans cette section. En rouge se trouvent les leviers apportant des solutions à court terme (flexibiliser le travail et rendre le service à minima) et en vert les leviers apportant des solutions à long terme (approfondir la connaissance des besoins des résidents et investir dans les ressources humaines). Sous-traiter certaines tâches (en gris) peut être envisagé sur le long terme, mais ne peut pas être considéré comme une solution à un problème structurel.

Schéma 7: Leviers d'actions pour contenir les frais de personnel de soins d'assistance et de soins infirmiers



Rendre le service à minima

Le poids important des charges de personnel de soins infirmiers et d'assistance dans la structure des coûts combiné à la pénurie de main-d'œuvre disponible conduisent les gestionnaires et leurs mandataires (publics comme privés), à chercher à optimiser leurs structures et leurs effectifs en appliquant uniquement les ratios Voyer lorsque cela est obligatoire, de manière à limiter l'encadrement des résidents aux stricts minimums recommandés. Concernant les structures d'hébergement pour lesquels des ratios Voyer n'ont pas besoin d'être appliqués ou pour lesquels leur respect est moins strictement surveillé (CHSLD privés et ressources intermédiaires), la tentation peut même être grande de réduire encore plus le taux d'encadrement des résidents en termes de soins d'assistance (chaque PAB s'occupant d'un plus grand nombre de résidents que les ratios suggérés).

Pourtant, une telle utilisation de l'échelle Voyer constitue un dévoiement de l'outil, car elle ne prend pas en compte l'évolution des tâches des infirmier.ère.s et des PAB. L'utilisation de ratios "figés" sans prendre en compte l'évolution des tâches demandées aux soignants pose problème. L'évolution des clientèles, ou même la transformation des

demandes (augmentation des responsabilités administratives par exemple), pourraient être intégrées dans le modèle, et les ratios de clients/PAB ou infirmier.e.s recalculés en conséquence (Voyer, et al., 2016)

En procédant à une analyse détaillée des tâches assumées par les infirmier.ère.s en CHSLD, Voyer et al. (2016)³⁹ montrent en effet que le nombre d'heures au cours desquelles les infirmier.ère.s donnent effectivement des soins infirmiers ne représente que 54 % de leur temps. Dans un contexte de pression croissante relative à la reddition de comptes, les infirmier.ère.s-chef.fe.s en particulier dédient désormais une part très importante de leur temps à des activités administratives, ce qui laisse moins de 54% de leur temps dédié aux soins.

La même situation est observable au niveau des PAB. L'application stricte des ratios Voyer (au minimum suggéré) ne permet pas toujours au personnel d'assumer une multitude de tâches connexes qui sont parfois au cœur du sens du travail, faute de temps. Par exemple, lors de nos entretiens, il nous a été mentionné que certain.e.s PAB devaient débarrasser les cabarets des résidents pour leur confort ou pour faciliter la poursuite de la prise en charge sans perdre de temps. On nous a également mentionné d'autres activités qui peuvent paraître sans valeur ajoutée, mais qui restent nécessaires pour faire gagner du temps et de l'efficacité à l'ensemble de l'organisation (par exemple, la distribution de fournitures telles que les couches d'incontinence entre les étages). On nous a aussi expliqué que le rôle des PAB avait beaucoup évolué depuis le calcul des minutages par l'équipe Voyer et la publication des ratios, en 2003. Les problèmes de santé mentale des résidents s'étant alourdis, l'établissement de relations de confiance et d'échange entre PAB et résidents est aussi plus chronophage. Enfin, il semble que les temps de pause n'aient pas été pris en compte dans les ratios et viennent imputer le temps de travail effectif (« *sur un quart de travail, 1h15 est perdue en pause* »). Tous ces temps viennent diminuer le temps comptabilisé selon l'échelle Voyer. Les temps prescrits semblent de moins en moins correspondre à la réalité de la pratique des soins infirmiers et des soins d'assistance dans une unité d'hébergement (Laurence-Ruel, 2019).

Aussi, si ces applications strictes de l'échelle Voyer peuvent permettre des économies de coûts à court terme pour les structures, elles contraignent les employés à s'affranchir d'une forme de bienveillance, à réduire les services rendus et générer un sentiment d'intensification du travail. Ces situations peuvent entraîner de nombreux coûts cachés (par exemple, la gestion de l'absentéisme) et même des externalités (en particulier au niveau du système de santé).

Flexibiliser le travail

Les postes de travail du personnel de soins et d'assistance sont très souvent « flexibilisés » et répartis sur plusieurs structures (plusieurs CHSLD, ou des CH et des CHSLD) ou organisés en équipes volantes (l'équipe volante permet de combler des besoins temporaires dans différentes structures), de façon à répondre strictement aux minima des ratios d'encadrement, tout en assurant, par cumul, un certain nombre de temps pleins aux employés. Dès lors, dès qu'un salarié d'une équipe volante ou multisite se retrouve absent, plusieurs structures de soins sont impactées.

Comme en témoignent une PAB (Aubry, Couturier, & Lemay, 2020), mais également les offres d'emplois postés sur les sites de nombreux CI(U)SSS, la tendance est à une flexibilisation et à une modularité intensive du travail des préposé.e.s, qui ne répond pas aux besoins de ces derniers, mais plutôt à des difficultés de recrutement. Ils citent une PAB qui explique comment les postes se transforment pour répondre à ces enjeux :

« les postes à temps complet sont fréquemment découpés en deux " 7/quinzaine " (deux postes de sept jours de travail sur 14 jours ou 15 jours) lors du départ à la retraite d'un préposé ou d'une infirmière auxiliaire. [...] Comme la relève n'est pas tellement au rendez-vous, pour pallier le manque de préposé.e.s aux bénéficiaires, ils ont eu l'idée de créer des " 7/quinzaine équipes volantes⁴⁰ »». (Aubry, Couturier, & Lemay, 2020, p. 185)

Dans le cadre de la Covid-19, certaines de ces pratiques -rotations entre les structures- ont été stoppées ou limitées, créant des pénuries de main-d'œuvre dans les structures d'hébergement. La pénurie est telle que ces pratiques risquent de réapparaître aussitôt les interdictions suspendues.

« Sous-traiter » certaines tâches

Pour augmenter les services rendus sans accroître les charges de personnel, les structures peuvent alors avoir recours à de la main-d'œuvre à faible coût (par exemple, des stagiaires), ou même gratuite (par exemple, des bénévoles).

³⁹ Voyer et al. montrent en effet qu'« [à] elles seules, les tâches administratives représentent la plus forte proportion de temps infirmier (18 %) consacré à des activités qui pourraient être exercées par une personne ayant un autre type de formation. [...] il faudrait donc deux infirmières pour produire 100 % de soins infirmiers » (2016, p. 48 et 50).

⁴⁰ Selon la Convention collective no. 282 entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, Le Sous-comité patronal de négociation des CHSLD et L'Union québécoise des infirmier.ères auxiliaires : « L'équipe volante a pour but de remplacer les postes temporairement dépourvus de leur titulaire, [...], de satisfaire aux besoins découlant d'un fardeau temporaire de tâches dans un centre d'activités, d'exécuter des travaux à durée limitée ou pour toute autre raison convenue localement entre les parties. » (CPNSSS-UQIIA, 2000 -2003).

Certains CHSLD, notamment en région, ont développé un partenariat avec les instituts de formation dispensant le diplôme d'études professionnelles pour les PAB. Les PAB en formation peuvent ainsi effectuer leur stage au sein de la ressource et découvrir ce qui pourrait, à terme, devenir leur futur lieu de travail. Bien souvent, les stages sont proposés pendant la saison estivale, à une période où les salariés réguliers prennent leurs congés.

Des CHSLD privés non conventionnés - OSBL ou non - s'appuient sur un nombre parfois important de bénévoles - en plus des proches aidants - pour les soutenir dans leurs activités. Pour certaines structures, ce ratio pouvait atteindre 1 :1 (un bénévole pour 1 résident). Aucune information (nombre d'heures de travail, type de tâches) n'est disponible concernant ces services rendus. En dépit de son importance, le travail des bénévoles est invisible dans les comptes. Dans certaines structures, les bénévoles jouent ainsi un rôle important en termes de quantité et de qualité des soins rendus.

Si le recours aux bénévoles et aux stagiaires permet de réduire les charges de personnel, leur recrutement et l'organisation de leur participation peut générer des coûts administratifs. Dans le cadre de la prévention des infections, cette présence additionnelle doit être gérée et potentiellement équipée (équipements de protection individuels, notamment). En outre, la sécurité et la qualité peuvent être compromises si la formation et l'entraînement des bénévoles sont inadéquats.

Mieux comprendre et quantifier les besoins de soins et d'assistance des résidents

Pour contenir les coûts de main-d'œuvre tout en améliorant les services rendus, certaines structures cherchent à mieux comprendre les besoins des usagers pour repenser l'organisation du travail.

Plusieurs structures mentionnent les limites des évaluations des besoins en fonction de l'outil Iso-SMAF (ou de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC)). Par exemple, l'outil n'inclut pas les besoins de résidents avec des problèmes de santé mentale. De plus, l'environnement dans lequel s'effectue l'évaluation peut largement influencer son résultat. D'un côté, l'état de santé des gens se dégrade rapidement et une évaluation faite il y a quelques mois peut être complètement dépassée au moment où le résident arrive dans la structure. De l'autre côté, les résidents qui sont évalués immédiatement à leur arrivée dans une nouvelle ressource peuvent être surévalués dans leur niveau de perte d'autonomie, car ils sont désorientés par ce bouleversement. De plus, certains interlocuteurs mentionnent des évaluations très variables en fonction du travailleur social qui la réalise (voir aussi (Salles, 2016) à ce sujet), et regrettent un manque d'écoute du personnel qui vit au quotidien avec le résident.

Certains établissements, y compris des CHSLD publics, ont alors pris l'initiative de créer leurs propres outils d'évaluation des patients dans une perspective de planification du travail, car, selon eux, les profils Iso-SMAF ne leur permettaient pas de quantifier adéquatement l'allocation de ressources humaines de façon efficace. En d'autres termes, deux patients cotés 13 sur l'échelle Iso-SMAF peuvent nécessiter une prise en charge et des heures PAB très variables. Cette initiative se traduit par une augmentation des coûts administratifs, puisque cela implique d'établir une nouvelle grille, de la fiabiliser, et de l'administrer.

D'autres gestionnaires cherchent à augmenter la connaissance des besoins de certains de leurs résidents. Ils vont par exemple remplir des grilles de comportement pour trouver des moyens d'éviter des situations de crise :

« On va chercher à comprendre la cause des crises, ce qui va conduire par exemple à faire un horaire mictionnel ou à s'assurer que la collation est donnée à la bonne heure. On va également essayer de respecter les heures de levées souhaitées par les résidents et les heures auxquelles ils aimeraient prendre leurs repas. Cela nécessite un encadrement des PAB, pour qu'ils soient moins concentrés sur le respect des temps et acceptent ces adaptations ».

Le principe est alors de s'adapter aux besoins des résidents pour accroître leur mieux-être, condition sine qua none pour éviter des crises qui sont chronophages.

Cette meilleure connaissance des besoins des usagers peut amener à mieux aligner les horaires de travail des PAB sur les besoins des résidents. Avec un système d'essais-erreurs, une des gestionnaires rencontrées a essayé de modifier les horaires de travail des employés dans cette optique. Elle mentionne que si les modifications des horaires sont une contrainte supplémentaire pour les employés, ils voient toutefois les bénéfices que cela peut avoir pour les résidents et, par ricochet, sur leur sentiment de bien faire leur travail.

Investir dans les ressources humaines

Certaines structures font le pari de miser sur les retombées à long terme d'un investissement dans la main-d'œuvre et d'un enracinement local pour contenir les coûts de main-d'œuvre tout en améliorant la qualité des services et le bien-être des employés.

Par exemple, certains de nos interlocuteurs, y compris en RI, nous ont confié qu'ils n'hésitaient pas à faire des arbitrages, réalisant ainsi des compensations internes (ex : 1 infirmière et 6 PAB -plutôt que 5- pour 32 résidents),

car ils considèrent cet « investissement » gagnant en termes de performance organisationnelle (organisation des soins optimisée et amélioration de la rétention du personnel, entre autres).

Par ailleurs, des responsables de structures ont évoqué une stratégie visant à offrir des conditions de travail attractives afin de construire une réputation d'employeur de référence – le cas a notamment été rencontré dans plusieurs ressources en région - et bénéficier ainsi de recrutements familiaux ou relationnels. La solidarité entre les différents intervenants est alors soulignée. La relation avec les résidents – eux-mêmes parfois également membres des familles des employés- s'en trouve facilitée. Ainsi, pour les structures fortement intégrées dans le tissu local, les gestionnaires dévouent un temps réduit aux tâches de recrutement, d'intégration et de rétention du personnel. La main-d'œuvre se fréquentant éventuellement en dehors du milieu de travail, les liens de solidarité et de partage d'information sont également facilités. L'environnement – en particulier la situation géographique et l'insertion de la ressource dans la communauté locale - joue ainsi un rôle essentiel dans la capacité de recrutement et la stabilité du personnel.

Ainsi, pour faire fonctionner les structures sous contraintes budgétaires, associées à des difficultés de recrutement et de fidélisation de la main-d'œuvre dans le domaine des soins, les gestionnaires doivent trouver des solutions créatives. Certaines, utile à court terme, peuvent être contre-productive sur le long terme et venir accroître les coûts pour la structure et/ou d'autres parties prenantes, comme le RSSS. D'autres, plus pérennes sur le long terme, nécessitent d'accepter un investissement initial qui s'accompagne souvent de coûts administratifs.

Frais de personnel administratif et de direction

Au-delà des coûts visibles et directs de la main-d'œuvre liée aux soins d'assistance et aux soins infirmiers, les personnes interrogées ont également mis en évidence l'importance des coûts administratifs de gestion des structures d'hébergement, dont certains pourraient être optimisés. 73 % de ces coûts d'administration et de direction sont des charges de personnel.

Après avoir dressé un panorama des principales causes potentielles de variations de ces coûts d'une structure à l'autre, nous montrerons les enjeux des différents types de structure liés à la gestion de leur relation avec le RSSS.

À l'origine des variations de coûts

La taille : une variable critique, mais ambivalente

Dans des structures de taille importante, le temps associé au recrutement et à la gestion de la main-d'œuvre (suivi des temps, des absences, gestion des programmes de travail) peut occuper une personne dédiée. Les structures plus petites, ou ne faisant pas partie d'un groupe, n'ont pas les moyens de dédier des ressources à ces tâches, et peuvent être ainsi pénalisées. Dans le cas des RI et des CHSLD privés non conventionnés, plus le nombre de lits inclus dans l'entente est élevé, moins les coûts fixes de gestion par résident incluant les coûts de la relation avec le CI(U)SSS apparaissent élevés. On passe en effet sensiblement le même temps pour la finalisation d'une entente et son renouvellement que celle-ci soit pour 20 places ou pour 100 places.

Certains gestionnaires de CHSLD trouvent cependant qu'une taille optimale d'un point de vue administratif, et plus globalement financier – pour accroître la rentabilité – n'est pas la taille optimale d'un point de vue qualité pour les résidents. Un établissement à taille humaine présente un intérêt pour assurer de bons soins aux résidents. De plus, en région, se limiter à avoir de grandes structures impliquerait de sortir les résidents de leur milieu de vie habituel et de les déplacer relativement loin de leur famille. Il est important de garder les résidents dans leur milieu de vie initial afin de leur permettre de garder un lien avec la communauté. Ceci peut permettre en outre de bénéficier potentiellement du soutien bénévole de certains proches aidants, et donc d'économiser en coûts de personnel.

Un périmètre variable des tâches administratives à assumer

Les coûts administratifs peuvent être parfois assumés par les directions SAPA des CI(U)SSS pour les structures. Par exemple, le CI(U)SSS peut -dépendamment des caractéristiques des ententes- envoyer les personnels de services professionnels (ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes) dans les CHSLD privés non conventionnés. C'est alors le CI(U)SSS qui assume la responsabilité et les coûts administratifs de recrutement, de rétention et de gestion de cette main-d'œuvre.

D'autres tâches, souvent assumés par les CI(U)SSS sont parfois assumées par des structures. Ainsi, les CHSLD privés non conventionnés -dépendamment des caractéristiques des ententes- peuvent avoir à assumer la gestion de la facturation et du recouvrement de la contribution de l'usager. Outre les coûts administratifs d'émission de factures, et de suivi d'encaissement, les cas de mauvaises créances – lorsque le résident ou sa famille n'est pas en mesure de régler ses factures - sont fréquents.

L'augmentation de la rotation des résidents

Les taux de rotation des résidents augmentent, ou paraissent augmenter⁴¹, tendanciellement ces dernières années. Selon les témoignages recueillis dans notre échantillon, la durée moyenne de séjour s'étend de 6 mois à trois ans, avec une très grande disparité. En effet, certains résidents sont jeunes et atteints de pathologies dégénératives à long terme, comme les scléroses en plaque. Mais la plupart des résidents arrivent après une longue attente sur les listes successives de ressources intermédiaires et de CHSLD, en ayant été maintenus le plus longtemps possible à domicile ou en résidence pour aînés.

De nombreux interlocuteurs ont évoqué des situations où ils procédaient à l'admission d'un résident qui décédait dans les 24h ou parfois quelques jours après son arrivée. Plusieurs explications ont été soulevées. Certains résidents, qui étaient en bonne santé, vont développer des pathologies lors de l'admission, et leur état de santé va décliner rapidement. Le changement de milieu de vie peut être un choc (peine, sentiment d'isolement, surtout avec la pandémie) pour certains résidents, qui n'ont d'ailleurs pas toujours choisi ce changement. Les coûts associés à cette rotation importante des résidents sont multiples : coûts administratifs du traitement des dossiers de patients à l'admission et l'accueil de la famille, coûts de main-d'œuvre de soins et d'assistance, car le décès d'un patient requiert également du temps et de l'attention, et peut désorganiser le service.

Des coûts cachés liés aux relations avec les CI(U)SSS

Des responsables se plaignent de difficultés de communication avec les CI(U)SSS et du temps que les CI(U)SSS mettent à répondre à leurs questions. Ces derniers n'ont d'ailleurs pas toujours de réponse à apporter et doivent s'adresser au ministère qui prend également du temps à répondre. Cette situation a été particulièrement problématique pendant la pandémie. Les ressources intermédiaires et les CHSLD privés non conventionnés ont également mentionné un temps non négligeable dévolu aux négociations avec les CI(U)SSS pour l'obtention des heures d'infirmière.s telles que prévues dans l'entente (contrat), pour pouvoir admettre un nouveau résident lorsqu'une chambre est vacante ou encore pour l'évaluation du niveau de dépendance des résidents. Si l'intensité de ces difficultés de communication semble varier selon les régions, la gestion de cette relation et les relances multiples que doivent réaliser les gestionnaires occasionnent une part non négligeable de coûts administratifs.

Un intervenant de RI souligne également qu'il est souvent difficile de faire venir un travailleur social du CI(U)SSS pour faire une réévaluation lorsque la santé d'un résident se détériore et qu'on identifie qu'il a besoin de plus de soins. Il souligne qu'il se retrouve alors à ne pas être rémunéré pour les services supplémentaires qu'il donne à ces résidents. Les délais de réponses de la part des CI(U)SSS engendrent des prises de décision qu'il est ensuite nécessaire de faire financer. Ce sont alors des négociations qui s'engagent et qui se traduisent en travail/coûts administratifs pour ces ressources.

Externalités négatives liées aux frais de personnel

Plusieurs intervenants ont évoqué les vases communicants entre les sphères du « clinique » et du « médical » et les sphères de « soin et de l'assistance ». D'apparentes économies pour les structures peuvent se répercuter en coûts élevés pour l'ensemble du réseau.

Ainsi, nos interlocuteurs mentionnent que si les résidents reçoivent moins de soins d'assistance que nécessaire, leur situation physique peut se dégrader rapidement. Par exemple, pour respecter les rythmes imposés par l'organisation des quarts du matin, un.e PAB va laisser un résident dans son lit plutôt que de solliciter son ou sa collègue afin de manipuler le lève-personne et l'installer dans un fauteuil. Lorsque cette situation se répète plusieurs jours, les risques de plaies ou d'escarres se multiplient, pouvant nécessiter des soins hospitaliers et causer une certaine perte d'autonomie liée à cette hospitalisation. Une telle situation va créer des externalités plus élevées que ce que coûterait une prise en charge adéquate dans les CHSLD. Au-delà des conséquences sur le bien-être du résident (douleur, séjour à l'hôpital), cela pèsera sur les finances publiques.

De nombreux interlocuteurs ont évoqué la variété des besoins des résidents en termes alimentaires. Au-delà des enjeux purement physiologiques, par exemple l'adaptation des repas en cas de risques de dysphagie, certaines ressources mettent en place des ajustements afin d'adapter certains repas au goût personnel des résidents. Cela représente un coût (en termes d'organisation, de préparation, de distribution alimentaire), mais cela peut également

⁴¹ Les points de vue divergent sur cet aspect. Plusieurs des répondants rencontrés notent que les résidents rejoignent les structures avec des pertes d'autonomie plus importantes que par le passé. Ceci s'explique, en partie, selon eux, par l'obtention d'un certain nombre de services à domicile permettant de prolonger le séjour à domicile ou dans des résidences pour aînés. Les ressources intermédiaires se voient également invitées à garder les résidents plus longtemps avant leur transfert vers un CHSLD. D'autres interlocuteurs, inversement, estiment que les résidents des CHSLD ont un profil globalement identique depuis une vingtaine d'années, souffrant de pertes d'autonomie importante, y compris en termes cognitifs, pour la majeure partie d'entre eux.

permettre d'apaiser d'autres tensions pour le résident et sa famille – tensions qui peuvent déclencher des coûts (temps supplémentaire d'administration d'un repas, désintérêt pour la nourriture, risque de dénutrition à surveiller qui crée des tensions pour les PAB, etc.) qui ne sont pas visibles dans les comptes, car ce sont des coûts évités. Un autre aspect essentiel dans l'alimentation des patients dépendants est bien entendu le temps accordé à l'administration des repas et à l'hydratation.

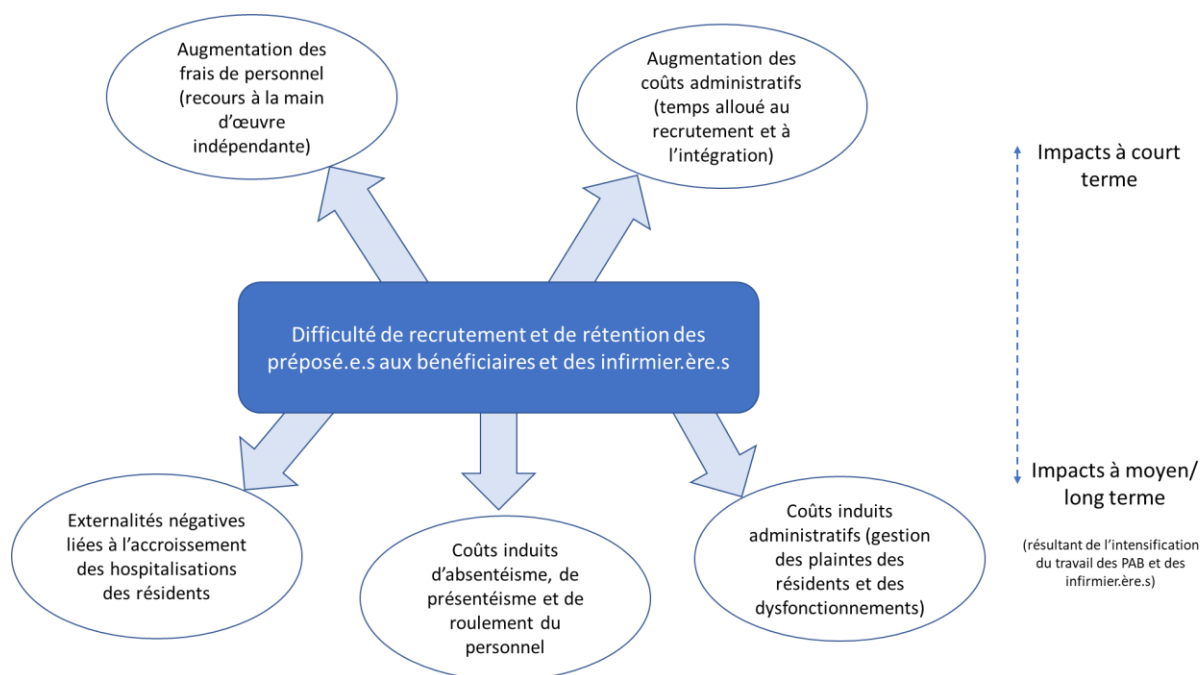
Dans un autre ordre d'idée, certains de nos interlocuteurs mentionnent qu'une partie des transferts vers les centres hospitaliers pour des épisodes de soins ou des consultations pourraient être évités. Ils considèrent que les résidents sont envoyés trop souvent et rapidement à l'hôpital et qu'il serait peut-être préférable de privilégier des soins dans leur milieu de vie. Non seulement cela correspondrait davantage au souhait des résidents la plupart du temps, mais cela constituerait également une diminution des risques collatéraux associés à l'hospitalisation (risques d'infection, perte d'autonomie, désorganisation, etc.). Sur une note plus globale, les interlocuteurs soulignent aussi le défi de concilier la volonté des résidents et celle de leur famille ou de leur conjoint encore à domicile. La recherche d'entente et de consensus nécessite beaucoup de communication et prend du temps. Une meilleure écoute des besoins des résidents, lorsqu'ils sont aptes à les exprimer, pourrait être à l'origine d'une diminution de coûts à l'interne, mais aussi ailleurs dans le RSSS.

Coûts induits par la difficulté de recrutement et de rétention du personnel

La difficulté à recruter et à retenir le personnel de soins d'assistance et de soins infirmiers est un enjeu central partagé par l'ensemble de nos ressources. Cette situation est à l'origine de nombreux coûts tels qu'évoqué dans les parties précédentes.

Le Schéma 8 synthétise les différents coûts induits mis en évidence dans les sections précédentes. Les difficultés de recrutement et de rétention des préposé.e.s aux bénéficiaires et des infirmier.ère.s ont des impacts à court terme sur les coûts, du fait du recours nécessaire à la main-d'œuvre indépendante et du temps nécessaire au recrutement et à l'intégration de cette main-d'œuvre. Elles ont aussi des impacts à moyen et long terme plus difficilement mesurables : absentéisme, gestion des plaintes, et moindre qualité de prise en charge des résidents.

Schéma 8: Coûts induits par la difficulté de recrutement et de rétention du personnel



Coûts liés à l'immobilier

Les coûts de construction de nouvelles places de CHSLD font l'objet d'une grande attention, notamment dans le cadre des projets de construction des « maisons des aînés ». La question des coûts de construction des structures d'hébergement est cependant particulièrement difficile à explorer. En effet, les données comptables et financières disponibles ne font pas toujours apparaître de manière fiable les coûts des immobilisations et les montants

d'amortissements qui leur sont associés. De plus, les choix en termes de conception et de construction ont des impacts sur les coûts générés pendant la phase d'exploitation qui doivent être pris en compte.

Après avoir présenté les spécificités des projets de construction de CHSLD, nous abordons les coûts associés aux options possibles pour accroître le nombre de lits, puis à certaines caractéristiques de constructions récentes au Québec. Nous terminons cette section avec les coûts induits sur le long terme par les choix initiaux en termes de construction.

Construction d'une structure pour personnes âgées

Les personnes interviewées ont souligné que la construction d'un CHSLD ou même d'une maison des aînés constitue un projet architectural relativement simple, tant au niveau technique qu'au niveau politique.

Au plan technique, les spécificités d'aménagement des espaces (en comparant par exemple avec un hôpital) sont relativement standard, dans le respect des normes du Code du Bâtiment du Québec, en particulier celles relatives à la sécurité, la santé, l'accessibilité et la protection du bâtiment contre l'incendie et les dommages structuraux, ainsi que des exigences en termes de consommation énergétiques.

Les experts ont également mentionné que si l'on compare la construction d'une structure d'hébergement avec d'autres projets de construction du RSSS ou d'autres projets réalisés pour le secteur public, celle-ci s'avère relativement simple à faire accepter par les parties prenantes. À titre de comparaison, construire un tribunal ou un hôpital nécessite de prendre en compte dans de nombreuses décisions des avis de groupes professionnels, tels que des médecins ou des juges, qui ont les moyens de se faire entendre et de faire part de leurs demandes spécifiques. Les parties prenantes impliquées dans la construction d'un CHSLD ont souvent moins les moyens de se faire entendre, expliquent les experts.

Les projets immobiliers de construction ou d'agrandissement sont par ailleurs généralement soutenus par les élus locaux et régionaux, qui y voient une marque tangible de leur passage au pouvoir et une réalisation à mettre de l'avant. En l'occurrence, la dimension locale de l'apport de services, ainsi que de développement de postes locaux, et donc de dynamisme économique, sont des arguments mis de l'avant. La pandémie ajoute à ces arguments, légitimant une prise en charge active de la part de l'État des personnes âgées. La pression converge donc vers la construction et l'amélioration des structures d'hébergement.

Accroître le nombre de lits : les options possibles

Plusieurs possibilités s'offrent au RSSS afin de combler les besoins grandissants d'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie. Il peut négocier de nouvelles ententes pour l'achat de places supplémentaires dans des CHSLD privés non conventionnés ou RPA qui détiennent déjà des ententes, ou encore opter pour un appel d'offres pour l'achat de places de type CHSLD ou de RI⁴², auquel peuvent répondre des CHSLD (pour les places de CHSLD) et des RPA (pour les places de CHSLD ou RI). Les appels d'offres pour l'achat de places de CHSLD peuvent être un incitatif à la construction de nouveaux CHSLD privés non conventionnés. Les différentes options possibles ont des conséquences sur les coûts supportés par différentes entités : l'état, le RSSS et les structures privées.

Augmenter le nombre de places dans des structures existantes

Des interlocuteurs ont mentionné que certaines constructions étaient par la suite modifiées. Alors que des projets prévoient de grandes aires communes, dans une perspective d'offrir aux résidents un environnement en accord avec l'approche préconisée par le MSSS, celles-ci sont parfois transformées pour ajouter des chambres. De façon similaire, certaines chambres doubles dans les structures d'hébergement plus anciennes sont transformées en chambres simples. Pour les CHSLD privés, cela occasionne la renégociation de nouvelles ententes avec les CI(U)SSS.

Dans certains CHSLD privés, ces transformations auraient lieu sous la pression du RSSS, qui doit diminuer les listes d'attente d'accès à un hébergement. Dès lors, les conditions de négociation des contrats de ces places supplémentaires, qui se font parfois de gré à gré, sont plutôt en faveur des structures d'hébergement privées, qui peuvent négocier des *per diem* pour la prise en charge de ces transformations que d'autres structures ne se sont pas vu offrir. Cette situation peut créer des disparités de traitement et un sentiment d'iniquité entre les structures.

⁴² Rappelons que des ententes gré à gré peuvent également être signées dans certaines conditions (voir la section sur les contrats de gré à gré, p.28) Les contrats gré à gré : ententes de service pour l'achat de services d'hébergement et services professionnels

Par ailleurs, pour des petites structures indépendantes comme certaines ressources intermédiaires ou CHSLD privés, les évolutions du code du bâtiment peuvent être coûteuses et complexes à mettre en œuvre. Incapables d'aller chercher les subventions adéquates auprès du Ministère, certaines structures ont préféré fermer.

Construire de nouvelles structures d'hébergement

Si le RSSS opte pour la construction de CHSLD publics, plusieurs options s'offrent à lui. D'abord, le RSSS peut faire appel à la Société Québécoise des Infrastructures pour soutenir le projet de construction⁴³. Ensuite, le RSSS peut faire appel au secteur privé pour réaliser la construction du CHSLD public et ensuite louer le bâtiment. C'est par exemple ce qui s'est passé à Blainville ou Saint Adèle. C'est aussi ce que propose Medifice dans le rapport de Pierre Fortin (2021) dont nous avons discuté précédemment.

Compte tenu de la difficulté à collecter des données fiables sur le sujet, il est ardu de se faire une idée précise. Cependant, au regard des données que nous avons collectées et des informations que nous avons pu obtenir lors d'entretiens, il semble que les coûts de construction soient plus élevés lorsque la construction est réalisée par le secteur public. En effet, une construction dans le secteur public fait face à des normes administratives plus nombreuses qui rendent le processus de construction plus coûteux. De plus, lorsque la construction est faite par le Ministère, avec l'aide de la SQI, il y a une préférence pour la faire sur un terrain cédé, par exemple par une municipalité. Or, le terrain cédé n'est pas toujours le plus adapté (en pente ou sans route pour y accéder, par exemple), ce qui peut augmenter les coûts de construction.

Toutefois, nos interlocuteurs ont souligné que considérer uniquement le devis de construction est réducteur. Si le secteur privé présente des coûts de construction moins élevés, ce n'est pas nécessairement plus économique pour les finances publiques. En effet, il faut prendre en compte le profit normal de l'opérateur qui se charge de la construction et de la location, ainsi que les conditions contractuelles relatives à l'entretien, et à la propriété du bâtiment. En outre, le secteur privé supporte des coûts de financement plus élevés que ceux de l'État québécois. Notons également que la construction d'un bâtiment permet d'acquérir un capital et d'exploiter le bâtiment sur une durée plus longue que celle des contrats avec le RSSS (généralement autour de 20 ans).

Quant à l'option du partenariat public-privé (PPP), les expériences menées durant les deux dernières décennies appellent à la prudence. De manière générale, ces partenariats dans le secteur de la santé connaissent des succès variables (Jobin & Fortin, 2016), sans démontrer de réelles économies (Vérificateur Général du Québec, 2010). Dans le cas particulier des CHSLD, les projets en PPP ont parfois connu des retards (Tremblay, 2008) et les promesses d'économies n'ont pas toujours été au rendez-vous (MCE Conseils, 2011). Des problèmes de qualité ont aussi été mis en évidence (Gravel, A. (Journaliste), 2011). En 2014, le vérificateur général s'est d'ailleurs interrogé sur le traitement comptable des opérations dans ce domaine, qui conduit à sous-évaluer le coût des immobilisations et de la dette associée à ces projets (Vérificateur Général du Québec, 2014).

Enfin, la dernière alternative est de compter sur l'ouverture de CHSLD privés non conventionnés. Ainsi, un appel d'offres peut être lancé par le CI(U)SSS avec les caractéristiques attendues en termes de service d'hébergement pour les places à acheter. Le contrat est alloué au plus bas soumissionnaire et nécessitera la construction de nouvelles structures. Des interlocuteurs nous ont mentionné que pour certains appels d'offres, il n'y a aucune soumission, du fait de conditions considérées comme trop exigeantes ou de tarifs considérés comme trop bas.

Les caractéristiques des constructions récentes

Plusieurs CHSLD de différentes natures ont été construits ces dernières années (CHSLD publics -avec construction ou location du bâtiment- et CHSLD privés non conventionnés). Nos entretiens nous ont permis de faire ressortir certaines caractéristiques de ces bâtiments et leurs impacts sur les coûts.

Une structure permettant de respecter les ratios Voyer

L'architecture des bâtiments doit être conçue de manière à permettre une optimisation de l'organisation du travail. Cette organisation du travail du personnel de soins et d'assistance cherche à minimiser les pertes de temps dans les déplacements afin de consacrer davantage de temps auprès des résidents. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre il est avantageux de s'assurer que les structures d'hébergement réunissent les meilleures conditions afin de respecter les ratios Voyer d'encadrement pour chaque étage, chaque aile et au niveau global. L'optimisation du travail

⁴³ Contrairement aux tribunaux ou à d'autres bâtiments publics, la SQI n'est propriétaire que d'un très petit nombre de CHSLD.

de soins et d'assistance sur chacun des étages ou des ailes est donc pensée à partir du respect strict des ratios Voyer actuellement en vigueur. Par exemple, en planifiant la répartition physique des chambres afin d'optimiser les déplacements des PAB. De nombreuses structures sont ainsi organisées en ailes ou étages de 12 à 14 patients autour d'un poste de travail accueillant, selon les ratios, 2 PAB pour le quart de jour, et 1 PAB pour le quart de soir par étage. Le ratio constitue donc un élément central de calcul d'optimisation de la taille de structure d'hébergement dans son ensemble, notamment dans le cadre des constructions récentes.

Des chambres individuelles

Parmi les facteurs déclenchant des coûts, certains de nos interlocuteurs ont mentionné un coût plus élevé de construction, mais surtout un coût accru d'entretien pour les chambres individuelles dotées de salle de bains privatives. Les coûts d'entretien ménager sont ainsi plus importants dans les constructions optant pour de telles dispositions. La plupart de nos intervenants s'accordent sur le fait que des chambres individuelles dotées de toilettes séparées pouvaient constituer un avantage important, notamment en termes de prévention des infections. En revanche, beaucoup considèrent qu'une salle de bain complète individuelle n'a pas d'intérêt pour de nombreux résidents, en particulier lorsqu'ils ont des pertes cognitives ou de la démence. Pour certains résidents, en effet, le bain peut être une activité éprouvante et désorientante (par exemple, il n'est pas rare que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer aient peur de l'eau et appréhendent le bain (Société Alzheimer du Canada, s.d.) et les PAB prennent beaucoup de temps à les accompagner et les rassurer.

De même, dans le cas de certaines formes de démence, le fait d'être en chambre double peut être rassurant; bien que cela constitue un enjeu dans la propagation des infections.

Une taille permettant de maximiser la rentabilité

Une structure de 128 résidents nous a souvent d'ailleurs été présentée comme la taille optimale des constructions, notamment par les responsables de structures appartenant à des groupes. En effet, cette dimension permet, de jour, de proposer des postes à temps pleins aux infirmier.ère.s-chefs et infirmier.ère.s auxiliaires. De plus, le nombre de professionnels permet potentiellement de ne pas se trouver en rupture de service en cas de congé/retrait de l'un ou l'autre des professionnels⁴⁴.

Une structure d'une centaine de résidents -souvent entre 100 et 150- semble également être une taille suffisante pour partager les coûts fixes (notamment d'administration) importants associés à l'exploitation d'une ressource pour personnes âgées en perte d'autonomie. La multiplication des exigences de qualité, les coûts administratifs, notamment associés à la reddition de comptes en matière de qualité et de gestion des ressources humaines, sont plus facilement « absorbables » par une structure de taille plus importante assurant un chiffre d'affaires plus élevé et/ou par une structure appartenant à un groupe. Cette vision optimisatrice doit toutefois être nuancée. Selon certains de nos interlocuteurs, des structures de taille trop importante semblent ainsi moins à même de permettre un lien solide entre les résidents, les familles, la direction et le personnel, ce qui peut avoir un impact sur la qualité des services rendus et la rétention de la main-d'œuvre.

Coûts induits par les choix de conception et de construction du bâtiment

La qualité de la conception et de la construction influence de nombreux types de coûts. Les normes à respecter, les aménagements (notamment taille des chambres) et les matériaux choisis ou imposés influencent les coûts de construction, de maintenance et d'entretien ménager. De façon similaire, une organisation avec des espaces adaptés en termes d'ergonomie et facilitant les flux et les activités peut permettre une plus grande satisfaction au travail et un plus grand taux de rétention du personnel. Sur ce sujet, nous avons pu observer des résultats contre-intuitifs sur des constructions récentes. Par exemple, les espaces de vie spacieux dans un CHSLD sont généralement synonymes de qualité de vie pour le résident. Cependant, cela implique plus de distance à parcourir autant pour les résidents (dont la mobilité est souvent réduite) que pour les équipes de soins. Convenir de l'optimisation de l'espace entre les contraintes des résidents, des soignants, mais aussi des familles qui partagent leurs attentes, n'est pas toujours évidente.

⁴⁴ Une structure de 128 résidents, dans une application minimale des ratios Voyer requiert 4 infirmières chef-d'équipe, 4 infirmières auxiliaires, et 18,3 PAB (le tiers de temps plein pouvant être réparti sur les préposé.e.s en temps supplémentaire). Pour le soir, ce sont 2 infirmières-chefs à temps plein, 4 infirmières auxiliaires, et 8,5 préposé.e.s. Pour la nuit, ce seront 1 infirmière-chefs à temps plein, 3,2 infirmières auxiliaires, et 2,56 préposé.e.s.

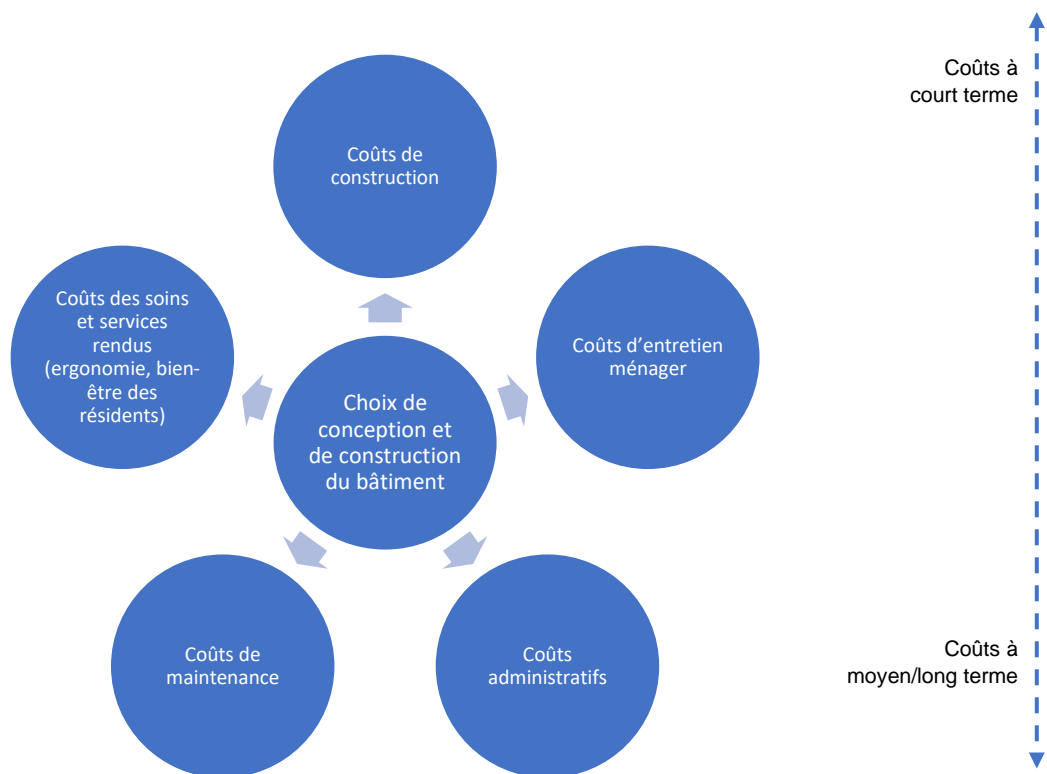
Le coût de construction en tant que tel ne représente qu'une petite partie de ce que coûte le bâtiment. Pour faire un comparatif éclairé, il faut prendre en compte les coûts d'entretien des bâtiments (maintenance et entretien ménager) que certains aménagements peuvent créer.

La qualité des matériaux choisis aussi peut faire une différence sur les coûts générés à long terme. À titre d'exemple, les constructions du SQI répondent aux normes des bâtiments publics et sont prévues pour durer 50 ans.

Ainsi, la qualité de la conception et de la construction du bâtiment n'aura pas seulement un impact sur le coût de construction, mais également sur l'ensemble des coûts d'exploitation des années subséquentes et sur le bien-être des résidents.

Le schéma suivant rassemble les coûts liés à l'immobilier, en mettant en évidence l'impact des choix immobiliers sur les coûts à court terme (coûts des soins et services rendus et coûts d'entretien ménager) et à moyen et long terme (coûts administratifs et coûts de maintenance).

Schéma 9: Coûts liés à l'immobilier



Autres coûts

Outre des frais de personnel et des coûts liés à l'immobilier qui sont prépondérants dans les structures et qui méritent une attention particulière, nous avons identifié quelques catégories de coûts qui méritent d'être discutées.

Coûts des médicaments

Les règles de prise en charge de la médication varient d'un type de structure à l'autre, mais également parfois entre deux structures de même type en regard de leurs ententes différentes. Les structures ont donc un coût plus ou moins élevé de médication à leur charge après financement, en fonction de leur type et des ententes qu'elles sont parvenues à négocier.

Dans les RI et les RPA, les médicaments sont pris en charge par la RAMQ. Pour les CHSLD publics, les médicaments sont fournis à la structure via la pharmacie du CI(U)SSS. On notera qu'en CHSLD privés, il est fréquent que les

pharmacies communautaires offrent les services pharmaceutiques et la distribution des médicaments. Dans ce cas, les coûts n'apparaissent pas en coûts de personnel mais en MOI (main d'œuvre indépendante).

Dans les CHSLD privés conventionnés, les situations sont variables quant aux modalités de prise en charge par les CI(U)SSS. Certains interlocuteurs nous ont dit qu'ils étaient en déficit important sur ce poste puisque le montant de la prise en charge standard est de 5,71 \$ par résident par jour. D'autres ressources ont confirmé qu'elles pouvaient bénéficier d'un ajustement en fin de période auprès du CI(U)SSS. Toutefois, cet ajustement doit être motivé et suivi, ce qui occasionne des coûts administratifs qui peuvent être un fardeau (d'autant plus important que la ressource est de petite taille).

Les CHSLD privés non conventionnés reçoivent une enveloppe d'un montant variable d'une entente à l'autre (entre 5\$ et 9\$). Ils gèrent eux-mêmes leur approvisionnement en médicaments auprès de grossistes pharmaceutiques, et ne bénéficient pas de tarifs aussi avantageux que le RSSS. Les coûts des traitements augmentent d'année en année. Le travail du pharmacien est alors de faire un tri dans la médication lorsque le résident intègre une structure. Durant nos entretiens, nos interlocuteurs nous ont confirmé que les CHSLD privés non conventionnés pouvaient faire une demande de subvention rétroactive auprès du CI(U)SSS, en cas de dépassement des enveloppes accordées de façon forfaitaire. Dans ce cas, les premiers 25% du dépassement restent à la charge du CHSLD, mais le CI(U)SSS prend en charge 75% du dépassement. Pour certains CHSLD privés non conventionnés, les montants récupérés représentent plusieurs dizaines de milliers de dollars.

Coûts de recrutement de résidents

Les CHSLD privés non conventionnés peuvent avoir des coûts supplémentaires liés au recrutement de résident. Pour les places offertes sur le marché (ne faisant pas l'objet d'une entente pour achat de places), les CHSLD privés non conventionnés doivent en effet trouver des clients en menant des campagnes de marketing (comme les pratiquent les RPA) ou recourir à des agences spécialisées qui les mettent en contact avec des clients. Ces agences prennent des commissions importantes. Il faut ensuite convaincre les familles et s'assurer de la capacité financière de celle-ci. De plus, compte tenu des tarifs élevés pour ce type de places, les résidents n'y restent parfois que le temps d'obtenir une place subventionnée, ce qui augmente la rotation et entraîne des frais pour les structures.

À l'inverse, concernant les places achetées par le RSSS, les CHSLD privés non conventionnés évitent l'ensemble des frais mentionnés, puisque les clients sont référés (avec plus ou moins d'autres options intéressantes et avec la conséquence d'être replacé au bas de la liste en cas de refus) et y restent en général, jusqu'à leur décès.

Quelques surprises

De façon plus anecdotique, nous avons également noté que pour certains équipements, des financements spécifiques étaient octroyés par le réseau, notamment dans les CHSLD privés conventionnés. Lorsqu'un financement pour l'achat d'équipement est assuré, les structures d'hébergements doivent trouver le financement pour en assurer la maintenance. C'est par exemple le cas des pèse-personnes, pour lesquels les CHSLD privés conventionnés ont reçu du financement, mais dont la maintenance peut coûter plusieurs milliers de dollars, sans être financées en conséquence.

De la même manière, nous avons vu dans plusieurs structures d'hébergement, pour des montants certes faibles (environ 2000\$ / mois), des frais de médecin. Bien que la rémunération des médecins soit assurée par la RAMQ, il arrive que des médecins soient payés en supplément par des CHSLD privés pour s'y déplacer.

Analyse des revenus et des profits

Un volume et un prix prévisibles permettent de garantir le chiffre d'affaires et de réduire le risque d'affaires. Le statut des structures d'hébergement fait varier le niveau de prévisibilité de leurs revenus. La plupart des structures privées mettent en place des stratégies pour limiter les risques liés à ces variations de volume et de prix.

Un chiffre d'affaires assuré et stable pour les CHSLD privés conventionnés

En termes d'assurance quant au taux d'occupation, les CHSLD publics sont les structures qui sont les plus certaines d'être utilisées à leur pleine capacité. Les CHSLD publics assument les dépenses à même les enveloppes budgétaires du CI(U)SSS, principalement celle du programme SAPA. Le CI(U)SSS a une certaine marge de manœuvre pour allouer ses budgets aux différentes activités qu'il coordonne.

Les CHSLD privés conventionnés connaissent à l'avance le per diem dont ils bénéficieront par résident, avec des taux d'occupation qui, compte tenu des listes d'attente, sont pratiquement assurés. Ils doivent s'assurer d'un taux d'occupation de 99%, sous peine de devoir s'acquitter d'un remboursement partiel de leur subventionnement (puisque leur subvention correspond à un taux d'occupation de 100%). Les résidents inscrits au guichet d'accès qui se voient offrir une place en CHSLD privés conventionnés ont en général 24h pour accepter cette place et y aménager. C'est cette contrainte qui permet de respecter les cibles de 99% de taux d'occupation dans les CHSLD publics et privés conventionnés. Toutefois, cette précipitation rend parfois difficile les transitions matérielles et psychologiques pour les personnes âgées et leurs familles qui doivent organiser le déménagement et l'emménagement d'un résident fragile en 24h ou moins, sous peine de perdre leur place.

Les CHSLD privés non conventionnés bénéficiant d'ententes (achats de lits) ont un chiffre d'affaires garanti et connu. En effet, ces achats de lits sont associés à un revenu fixe, quel que soit le nombre de lits occupés. C'est uniquement l'échéance de l'entente (1 an, 2 ans, voire 20 ans) qui peut instaurer une forme d'incertitude quant à la stabilité des revenus. Pour les places qui ne sont pas incluses dans ces ententes, il n'y a aucune certitude. Cela dépend de la demande, qui est elle-même très dépendante du niveau d'occupation des structures d'hébergement publiques et privées conventionnées, vers lesquelles vont en général se tourner d'abord les personnes âgées, notamment du fait de leur coût moindre.

La subvention (clinique et de fonctionnement) qui finance les ressources intermédiaires dépend de deux variables : l'évaluation de la valeur de l'immeuble et le niveau de classification de chaque résident hébergé. Or, elles ne sont pas en mesure de connaître ces informations déterminantes avant le début de leur exploitation. Rappelons que le niveau de classification des résidents hébergés est établi par une évaluation du résident (classification de 1 à 6) réalisée par le CI(U)SSS dans le premier mois suivant son admission. En revanche, seule cette évaluation est prise en compte dans la détermination du financement obtenu par résident, indépendamment du plan d'intervention individuel qui peut inclure des services de soutien et d'assistance spécifiques pour le résident (par exemple, l'accompagnement pluriquotidien d'un résident fumeur vers l'espace dédié).

Un financement perçu comme non équitable

Le mode de financement des CHSLD fait l'objet de certaines interrogations. En effet, selon les structures, le mode de financement se traduit par un tarif identique pour des résidents aux profils différents et par des tarifs différents pour des résidents aux profils semblables.

Le financement perçu par un CHSLD est identique, quel que soit l'Iso-SMAF du patient (de 10 à 14). On pourrait pourtant s'attendre à ce que des résidents en plus grande perte d'autonomie, donc requérant davantage d'assistance, soient associés à une prise en charge plus élevée⁴⁵. Le risque d'ignorer cette dimension est de faire peu à peu face à une répartition des résidents non équitable entre les structures; toutes les structures d'hébergement cherchant à privilégier les cas les moins lourds. Cela pourrait se matérialiser par des négociations entre le CI(U)SSS et la structure lors de l'admission pour éviter d'admettre des patients trop lourds sous prétexte de ne pas être en mesure de les accueillir et de les prendre en charge adéquatement.

Le montant du financement des CHSLD privés non conventionnés n'est pas standard d'un CI(U)SSS à l'autre, ni même d'un CHSLD à l'autre au sein d'un même CI(U)SSS pour un résident ayant le même niveau de dépendance. En effet,

⁴⁵ On notera cependant que cette mesure, pourtant validée et fiable d'un point de vue statistique (Hébert, et al., 2001), n'est pas toujours jugée utile par les personnes rencontrées pour évaluer le degré d'autonomie des résidents.

les ententes, parfois négociées de gré à gré, sont toutes uniques et différentes et génèrent une grande disparité dans le montant du subventionnement obtenu de la part du réseau de la santé et des services sociaux.

Tel que mentionné précédemment, les appels d'offres concernant les achats de places pour les CHSLD privés non conventionnés et les RI sont remportés par les plus bas soumissionnaires. Ces conditions incitent les CHSLD privés non conventionnés à faire des soumissions qui rencontrent les exigences minimales de l'échelle Voyer – ou ne les respectent pas. Le taux d'encadrement est donc plus faible dans ces établissements, qui reconnaissent que cela a un impact sur le service rendu aux résidents. Cette situation préoccupe les CHSLD privés non conventionnés, qui se plaignent de leur sous-financement, comparativement à celui des CHSLD privés conventionnés. Par exemple, le directeur financier d'un groupe mentionne qu'il obtient 30\$ de per diem de plus par résident pour son CHSLD privé conventionné, comparativement à son CHSLD privé non conventionné, alors que les deux desservent pourtant des clientèles aux profils semblables.

Comme nous l'avons déjà souligné dans le paragraphe dévolu aux coûts administratifs, un risque supplémentaire lié au risque de défaut de paiement et aux créances douteuses peut peser sur les CHSLD privés. En effet, les CHSLD privés non conventionnés - dépendamment des caractéristiques de leurs ententes - peuvent avoir à assumer la gestion de la facturation et du recouvrement de la contribution de l'utilisateur. Outre les coûts administratifs d'émission de factures, et de suivi d'encaissement, les cas de mauvaises créances sont fréquents. Le CI(U)SSS qui délègue cette responsabilité administrative peut compenser les CHSLD privés non conventionnés par une clause spéciale dans l'entente qui vient s'ajouter au per diem de base. En revanche, les ressources intermédiaires ne supportent aucun risque lié à la facturation ni aux créances douteuses, car c'est le CI(U)SSS qui collecte le loyer du résident.

Pour faire face à ce financement, qui semble parfois inéquitable, les responsables de structure d'hébergement mettent en place des stratégies qui visent à limiter les pertes potentielles, présentées ci-dessous.

Des stratégies pour limiter les coûts induits par les résidents et en négocier le financement

Les structures d'hébergement ont des marges de manœuvre différentes pour limiter les coûts induits par certains types de résidents.

Les entretiens réalisés montrent qu'avant l'admission, les structures d'hébergement portent une grande attention au fait d'obtenir un financement qu'elles considèrent comme juste pour les résidents qui sont admis. En effet, certains résidents sont jugés « complexes » ou « désorganisant », car ils rencontrent des problèmes de violence ou d'agressivité – y compris sexuelle – vis-à-vis des autres résidents ou des employés. Puisqu'ils nécessitent un encadrement et un suivi spécifique coûteux en temps et en énergie à mettre en place, leur admission dans un contexte de pénurie de ressources peut déstructurer le service, en générant des plaintes des employés, des patients ou des familles. Ces résidents déclenchent donc beaucoup de coûts, mais la complexité de leur cas n'est pas bien prise en compte dans l'Iso-SMAF, ni compensée dans les modalités de financement une fois le patient admis.

Les CHSLD privés ont une mince marge de manœuvre pour négocier ou refuser un résident qui leur est référé par le CI(U)SSS dans le cadre du mécanisme d'accès à l'hébergement (pour l'ensemble des lits en privé conventionné ou pour les lits achetés en privé non conventionné). En effet, bien que techniquement les structures devraient accepter les patients qui leur sont référés sans droit de veto, ils peuvent parvenir à éviter une admission en démontrant, par exemple, qu'ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour une prise en charge adéquate du patient ou encore négocier des budgets spéciaux auprès du MSSS pour des besoins particuliers. Notons que l'urgence pour les CI(U)SSS de trouver des places d'hébergement pour faire admettre les patients hospitalisés, entre autres choses, peut jouer en faveur des structures, qui sont en position de force pour négocier. Cependant, la position de la structure doit être solidement documentée pour être entendue. Ainsi, il arrive que les structures d'hébergement envoient un intervenant au chevet du patient hospitalisé, à domicile ou en RI en attente d'admission, pour faire leur propre évaluation des besoins. Cela leur permet de valider leur capacité (ou non) à le prendre en charge au sein de leur CHSLD et à bâtir un argumentaire, le cas échéant. Des interlocuteurs ont par ailleurs mentionné que les dossiers d'admission, depuis l'abolition des Agences de la santé et des services sociaux, sont moins bien montés et moins fiables. Ils auraient plus souvent des doutes sur l'évaluation des résidents, ce qui les pousserait à contrevérifier par leurs propres intervenants.

Certains interlocuteurs des CHSLD privés conventionnés ont aussi mentionné qu'il était important de vérifier la médication des usagers référés, de façon à renégocier la prise en charge avant l'admission, via des budgets spéciaux, si nécessaire (notamment pour les résidents bénéficiant de protocoles de soins innovants aux coûts très élevés). S'ils

ne le faisaient pas, ils risqueraient de se retrouver « mal pris », voire en déficit sur ce poste, puisque le montant de la prise en charge standard est de 5,71 \$ par résident par jour, insuffisant pour des situations qui dérogent de la moyenne.

Enfin, les RI relèvent, comme les CHSLD privés conventionnés, du mécanisme d'accès à l'hébergement. Dans ces structures, le niveau de soins requis pour un résident a une incidence sur le financement obtenu par la structure d'hébergement. De ce fait, les évaluations et les réévaluations sont parfois sujettes à discussion. Il faut « monter un dossier solide » et « trouver les bons termes », car les responsables du côté du CI(U)SSS n'ont pas intérêt à accepter des augmentations de niveau de sévérité qui viennent, in fine, grever leur budget, nous explique-t-on. À ce titre, des interlocuteurs nous ont mentionné qu'il existerait des incitatifs invitant les directeurs SAPA à ne pas dépasser leurs enveloppes budgétaires.

Finalement, même si les marges de négociation sont limitées, les revenus et les coûts qui leur sont associés dépendent en partie d'une négociation avec les CI(U)SSS. Ceci passe par une forme de sélection des patients à l'entrée des CHSLD privés conventionnés ou non conventionnés et par une négociation du financement, lorsque possible, dans les CHSLD privés non conventionnés et les ressources intermédiaires, pour tout ce qui requiert de la négociation avec le CI(U)SSS, les structures d'hébergement de taille plus importante ou faisant partie d'un groupe semblent les mieux armées. Elles peuvent en effet se permettre d'avoir du personnel dédié qui se consacre à ces tâches.

Enjeux et recommandations

Les structures d'hébergement : construire des milieux de vie et développer des milieux de travail

Les deux grandes catégories de coûts supportés par les structures d'hébergement sont les coûts d'immobilier et les frais de personnel. Plusieurs enjeux sont ressortis de nos analyses relativement à ces deux principales catégories dans une perspective de maîtrise de ces coûts, à long terme, pour le RSSS.

Construire – une solution, un complément ou un simple prérequis

Comme nous l'avons rappelé dans la première partie de ce rapport, les ressources intermédiaires et les CHSLD accueillent respectivement moins de 1% et de 3% des personnes âgées de 65 ans et plus -alors que 86% vivent à domicile et 11% dans des RPA avec ou sans soins (Mousseau, 2021). Les CHSLD et les ressources intermédiaires sont toutefois absolument nécessaires, dans le sens où aucune autre forme de soins ne peut répondre adéquatement aux besoins de la population hébergée dans ces structures (Aubry, Couturier, & Lemay, 2020).

Un premier enjeu porte sur les arbitrages à effectuer entre la qualité et la quantité de places à développer à budget constant. Par exemple, nos interlocuteurs s'accordent à dire que les Maisons des aînés⁴⁶ sont des projets intéressants, avec une certaine ambition architecturale (utilisation du bois et de l'aluminium, considérés comme des matériaux nobles). De plus, le projet de Maisons des aînés est en cohérence avec le cadre et les normes promues par le MSSS relatives à l'offre de service permettant un milieu de vie de qualité (David, 2018). Toutefois, de nombreux responsables de structure d'hébergement et experts émettent des réserves, notamment en ce qui a trait aux coûts de construction. Selon les informations publiques disponibles et les données collectées dans cette démarche, les contraintes spécifiques des Maisons des aînés font que leur coût de construction représente entre 1,5 et 2 fois les coûts de construction des CHSLD traditionnels. Le coût très élevé des Maisons des aînés semble en faire un modèle difficilement soutenable, considérant le nombre important de places à construire dans les prochaines années afin de faire face à l'évolution démographique (Statistique Canada, 2019)⁴⁷.

Un deuxième enjeu porte sur un autre type de choix budgétaire : doit-on institutionnaliser ou maintenir à domicile les personnes âgées? Bien que la plupart des experts et intervenants reconnaissent que le besoin en hébergement pour des personnes ayant des besoins d'assistance importants soit bel et bien présent et en croissance avec le vieillissement de la population, certains se sont inquiétés que le Québec ait choisi de réaliser peu d'investissements dans le développement de l'organisation des soins à domicile en comparaison des autres provinces canadiennes et d'autres pays développés (Lafortune, Béland, & Bergman, 2008; Choinière, 2010). Comme le précisent Lafortune et al. (2008, p. 369), il ne suffit pas d'ajouter des services à domicile à un réseau de services fragmentés. Les gains d'efficacité, de qualité et d'équité viennent de la mise en place de pratiques organisationnelle, financière et clinique qui favorisent une réponse coordonnée aux besoins des personnes âgées les plus fragiles. L'exemple du Danemark (Stuart & Weinrich, 2001) montre que ces investissements ont permis de réduire la part du PIB attribuable aux dépenses publiques pour les soins de longue durée. Les efforts de mise en œuvre de l'intégration des services aux personnes âgées doivent se poursuivre afin de répondre de façon plus pertinente en termes d'adéquation de besoins et de soins tout au long du parcours de vie (Poirier, Descôteaux, & Lévesque, 2014; Couturier & Aubry, 2014).

Un troisième enjeu concerne le fait de privilégier les projets de construction sur l'amélioration des opérations courantes. Le goulot d'étranglement du RSSS ne repose pas tant sur un manque d'espace qu'un manque de main-d'œuvre. En drainant des fonds publics importants, les projets de construction tels que les Maisons des Aînés privent l'État de possibilités d'investissements dans des plans de recrutement, de réformes de fonctionnement permettant une amélioration de la rétention de la main-d'œuvre. D'autant plus que ces Maisons des Aînés connaîtront les mêmes défis que les structures existantes en matière de recrutement de personnel et que l'attraction qu'ils créeront pourrait même aggraver la pénurie de main-d'œuvre actuelle dans les CHSLD et les RI.

⁴⁶ Pour plus d'information, voir MSSS (2020) *Maisons des aînés et alternatives*. Document d'orientation. 22p. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-863-03W.pdf>

⁴⁷ L'évolution démographique anticipée fourni par Statistique Canada évoque, selon les hypothèses retenues, une multiplication par 3 du nombre de Canadien.ne.s âgés de plus de 90 ans entre 2021 et 2068. Selon toutes les hypothèses, retenues, cette population atteindrait un plafond en 2055 puis décroîtrait jusqu'en 2064 pour reprendre sa croissance et retrouver très rapidement son niveau de 2055.

Prendre soin des travailleurs de la santé pour prendre soin des aînés

Les coûts de main-d'œuvre représentent la majeure partie des coûts des hébergements pour aînés, et ce, quel que soit le type de structure considérée. La pénurie de main-d'œuvre et la faible rétention des préposé.e.s aux bénéficiaires et des infirmier.ère.s constitue un défi majeur dans le domaine de l'hébergement (Voyer, Savoie, & Lafrenière, 2020).

Les préposé.e.s aux bénéficiaires contribuent à la qualité de l'expérience des résidents de tous les types d'organisations au sein desquelles ils travaillent, mais leur rôle prend une tout autre ampleur lorsqu'il s'agit des hébergements pour personnes âgées dépendantes. Leur faible taux de rétention entraînant une forte rotation des intervenants et des équipes instables en CHSLD est un obstacle majeur dans le développement de l'approche « milieu de vie » (MSSS, 2003)⁴⁸. C'est pourquoi s'interroger sur les conditions de rétention de ce personnel entre en adéquation avec le souci de maintenir un milieu de vie satisfaisant pour les résidents et leur famille en CHSLD.

Les tâches des PAB se sont complexifiées à la fois avec l'alourdissement de la clientèle et la multiplication des normes de qualité, rendant difficile l'exercice de leur travail dans le respect des attentes (Aubry F. , 2020). En effet, cet auteur explique au terme de deux études auprès de PAB que la majorité des préposé.e.s ne se sentent pas en mesure de répondre adéquatement aux prescriptions des démarches de qualité et aux exigences ministérielles et ressentent un sentiment de culpabilité (Aubry F. , 2020, p. 13). La raison principale de cette difficulté tiendrait au rythme de travail trop rapide et morcelé et imposé par le respect des ratios qui ne permet plus de dégager suffisamment de temps pour offrir des soins et services d'assistance à la hauteur des meilleures pratiques (MSSS, 2014c). L'auteur explique que les PAB développent des tactiques afin de gagner du temps (par exemple, des toilettes réduites, une accumulation de fournitures dans les chambres pour sauver des déplacements aux zones d'approvisionnement, le déplacement d'un résident par un.e seul.e préposé.e alors que deux sont nécessaires), tout en dissimulant ces façons de faire. Il s'agit là de stratégies clandestines qui se traduisent par des accidents du travail et des soins escamotés qui peuvent conduire à terme à des hospitalisations, une somme de coûts induits et d'externalités négatives non clairement visibles pour les structures d'hébergement et qui se répercutent sur le RSSS.

In fine, qu'il s'agisse des préposé.e.s ou des infirmier.ère.s, il apparaît que l'intensification du travail combinée aux techniques de flexibilisation de la main-d'œuvre s'avère ainsi au cœur même de la dynamique de création de la pénurie (Boivin, 2012; Rossignol, 2017), et rendent difficile la prise en charge adéquate des résidents dans une perspective de milieu de vie et d'approche relationnelle du soin (ARS). Bien que soutenues largement par les PAB, la mise en œuvre d'une perspective milieu de vie et d'une approche relationnelle du soin crée d'autres défis. Elles supposent une réorganisation du travail, incluant un réaménagement de l'espace, et un collectif de travail repensé (Feillou, et al., 2014).

Dans une perspective de rétention accrue, plusieurs pistes sont envisageables pour revaloriser le métier, et par là même, mieux maîtriser des coûts de main-d'œuvre. Le Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposé.e.s aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux (MSSS, 2020c) est en parfaite cohérence avec ce constat. Les mesures proposées visent la stabilisation des équipes, la révision des dispositions afin de permettre des aménagements du temps de travail souples et adaptés à la réalité des personnes salariées et la réduction des heures supplémentaires. Ces mesures représentent des investissements financiers dont le retour se quantifie en termes d'attraction et de rétention accrue des PAB et de bien-être des résidents et de leurs familles, donc de nombreux coûts induits et des externalités négatives pourraient ainsi être évités si ces actions permettent d'atteindre les objectifs.

Outre les défis vécus par les équipes de soins, les gestionnaires ne semblent pas en reste. Plusieurs interlocuteurs gestionnaires rencontrés dans cette étude ont évoqué les difficultés dans leur travail quotidien : le poids des normes multiples qui leur étaient imposées, les exigences contractuelles croissantes et, pour les plus petites structures, l'iniquité des traitements face à des organisations plus importantes –notamment dans leurs relations avec les CI(U)SSS et le Ministère.

Dans le cadre spécifique des CHSLD publics, les gestionnaires ont également souligné des enjeux spécifiques de rétention du personnel associé aux opportunités de mobilité intra-CI(U)SSS. A titre d'exemple, les projets innovants développés au sein des CI(U)SSS -tels que de nouvelles unités hospitalières ou de maisons alternatives pour jeunes adultes- sont souvent très attractifs. L'objectif est bien entendu de créer de nouvelles vocations, mais les employés actuels des CI(U)SSS y voient également une occasion de développement professionnel, et/ou l'occasion de travailler

⁴⁸ « C'est lorsqu'elle ne peut plus vivre dans son milieu naturel que la personne adulte en perte d'autonomie a recours à un centre d'hébergement qui devient son nouveau domicile et, généralement, son dernier chez-soi. Elle doit donc y trouver un milieu de vie stable et familial, significatif et aidant, où il fait bon vivre. »

avec de nouvelles équipes ou dans des environnements plus modernes que ceux dans lesquels ils opèrent. Certains de nos interlocuteurs nous ont ainsi mentionné que ces projets créaient un appel d'air parmi les effectifs existants, et venaient désorganiser des équipes difficiles à stabiliser.

Les gestionnaires se retrouvent souvent dans des situations difficiles, soumis à des pressions multiples de la part des résidents et de leurs familles, des médias et des instances politiques et réglementaires (Etheridge, 2020) et gérant au quotidien une pénurie structurelle de main d'œuvre.

Des milieux de vie et des milieux de fin de vie

Comme le rappelle l'INSPQ dans un rapport sur les soins palliatifs de fin de vie, compte tenu du vieillissement de la population, les structures d'hébergement qui dispensent des soins de longue durée sont appelées à jouer un rôle grandissant en soins palliatifs (Bédard, Major, Ladouceur-Kègle, Guertin, & Brisson, 2006). En 2006, près de 20 % des décès susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie survenaient dans les établissements de soins de longue durée (centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et résidences privées conventionnées pour personnes âgées). De ce fait, les CHSLD, mais parfois également les ressources intermédiaires, sont donc non seulement des milieux de vie, mais également des « milieux de fin de vie ». La peur de la mort est toutefois un trait commun de nos sociétés occidentales, qui l'éluent ou en font un tabou.

D'un point de vue purement comptable, les aménagements et les exceptions - de l'identification de la souffrance, au travail de deuil, jusqu'à la gestion des corps et des biens des défunts – requis par la prise en charge de la fin de vie dans les structures d'hébergement représentent autant de « perturbations » qui déclenchent des coûts (Le Theule, Lambert, & Morales, 2020). Ces coûts restent cachés et invisibles dans l'ensemble des tâches de tout un chacun. Afin d'assurer une prise en charge respectant la dignité des résidents, le travail de soin et d'assistance autour de la fin de vie nécessiterait d'être pleinement reconnu et nommé. Cela suppose un investissement en termes de formation des équipes (Lessard & Leclerc, 2017).

Trois pistes de réflexion découlent de notre analyse des coûts des structures d'hébergement comme milieux de vie et milieux de travail :

- Compte tenu du vieillissement de la population québécoise dans les années à venir, il faut s'interroger sur la soutenabilité des choix budgétaires actuels -tels que la construction des Maisons des aînés- si l'on veut garantir au plus grand nombre un accès équitable au soutien à l'autonomie.
- La multiplication des projets dans les CI(U)SSS pèse sur les gestionnaires et sur les équipes de soins et peut désorganiser des structures déjà sous tension.
- La pénurie de main-d'œuvre représente un défi majeur commun à l'ensemble des structures d'hébergement. Pour maîtriser les coûts de personnel à long terme, il semble nécessaire d'améliorer les conditions d'exercice et de repenser l'organisation du travail du personnel de soins.

Disponibilité de l'information et reddition de compte

Pour calculer les coûts d'hébergement des personnes âgées, deux types d'informations sont nécessaires : des informations comptables et financières et des informations opérationnelles. Le travail réalisé pour ce rapport, à partir des données disponibles, permet de dresser un certain nombre de constats en ce qui concerne la reddition de compte et la disponibilité des informations comptables et opérationnelles.

Accès et fiabilité de l'information comptable et financière

L'accès à l'information financière n'est pas le même selon les types de structure d'hébergement. En effet, il existe une grande variabilité en ce qui concerne les obligations des structures d'hébergement des personnes âgées en termes de reddition de compte.

Les CHSLD privés conventionnés offrent l'accès à l'information le plus aisé; ils doivent à la fois remplir les AS471 (disponibles sur le site du MSSS) et des états financiers selon les normes comptables canadiennes, qu'ils n'ont pas l'obligation de rendre publics. Ils sont soumis à une double reddition de comptes : publique et privée.

Les CHSLD publics, quant à eux, ont également une obligation de reddition de comptes conséquente. Cependant, les données sont mélangées avec les autres données du CI(U)SSS, empêchant ainsi d'identifier les informations comptables et financières qui concernent un CHSLD public en particulier. Cela pose des problèmes de transparence et rend difficile la compréhension des coûts des CHSLD publics. La mise en place du coût par parcours de soins et

services (CPSS) a pour objectif de résoudre ces problèmes d'identification des coûts. Toutefois, le manque d'homogénéité des données comptables et financières, ainsi que des données opérationnelles, rendent pour le moment difficile le déploiement de l'outil dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées.

Les RI et les CHSLD privés non conventionnés produisent des états financiers annuels, qui peuvent être relativement sommaires, mais n'ont pas toujours l'obligation de rendre publics ces états financiers ou même de les faire parvenir au CI(U)SSS⁴⁹. De plus, dans certains cas, les activités des CHSLD privés non conventionnés ou des RI sont mélangées à d'autres activités (par exemple, une RPA), ce qui rend difficile l'analyse spécifique des coûts du CHSLD ou de la RI.

En résumé, les structures ne répondent pas aux mêmes normes comptables ni aux mêmes obligations de redditions de comptes. Il existe des différences importantes entre les données financières disponibles pour chaque type d'hébergement. Le volet immobilier en est le parfait exemple. En CHSLD public, les gestionnaires des CI(U)SSS n'ont pas toujours de visibilité sur le fonds d'immobilisation, géré au niveau du Ministère, tandis que dans les états financiers de CHSLD privés conventionnés, privés non conventionnés ou des RI, les charges d'immobilisation sont constatées et incluses dans le périmètre de charge de l'entité. Cette diversité dans la reddition des comptes rend difficile le calcul de coûts comparables entre les différentes structures d'hébergements. Elle rend aussi difficile la comparaison des profits pour les différents types de structures privées. Or, si des structures privées à but lucratif existent, leurs propriétaires s'attendent légitimement à faire un profit afin de rentabiliser leurs investissements. Du côté du régulateur, on peut s'attendre à ce que celui-ci souhaite limiter ce profit à un niveau raisonnable, qui tient compte du niveau de risque.

Pourtant, au-delà de la diversité des normes comptables, cette évaluation du profit est compliquée par le fait que certaines structures d'hébergement appartiennent à des groupes⁵⁰. Ces groupes peuvent être dédiés uniquement à l'hébergement pour aînés, combinant un ou plusieurs types de ressources (RI, RPA, CHSLD) dans une logique d'intégration horizontale et visant la diversification de clientèle. D'autres combinent des activités diverses (hébergement pour aînés et une activité totalement différente), dans une logique de diversification des activités. Enfin, un troisième modèle type combine une activité d'hébergement et une activité de construction dans une logique d'intégration verticale.

Les différentes stratégies poursuivies par les groupes, fournissent de multiples leviers pour faire varier les revenus et les coûts. Par exemple, lorsque des ressources sont partagées entre plusieurs entités (une cuisine commune, par exemple), le choix des clés de répartition de ce coût commun (dit indirect dans le vocabulaire comptable) entre différentes installations est à la discrétion du gestionnaire. Les entités peuvent aussi se fournir entre elles des services de différentes natures (par exemple, la location de tout ou partie d'un bâtiment, la restauration, la maintenance ou l'entretien). Ces services font l'objet d'une facturation entre les entités dont le montant a un impact sur les revenus de l'entité fournisseur et sur les coûts de l'entité cliente. Des stratégies de financement, via des avances intergroupes, viennent également impacter les états financiers des structures. De plus, dans le cadre d'intégration dans un groupe, la mutualisation de certains coûts, ainsi que les leviers de financement intergroupes -via des mannes relativement assurées et régulières que ces structures génèrent, constituent des atouts non négligeables. Ces différentes transactions intragroupes rendent difficile l'identification de façon précise et circonscrite de la consommation réelle de ressources de chacune des entités et donc l'évaluation des profits des diverses entités.

Dans son évaluation du niveau de risque, le régulateur doit prendre en compte le niveau de risques auquel font face les exploitants de structure d'hébergement des personnes âgées. Par exemple, en comparant avec d'autres activités d'hébergement à but lucratif, il apparaît que les modalités d'exploitation offertes aux CHSLD privés conventionnés offrent un chiffre d'affaires prévisible et assuré. Les enjeux de gestion portent essentiellement sur les activités hors soins, les seules sur lesquelles les structures peuvent dégager un bénéfice. L'engouement pour le modèle des CHSLD privés conventionnés de la part des CHSLD privés non conventionnés est sans doute révélateur que ce modèle permet

⁴⁹ L'entente entre la structure d'hébergement et le CI(U)SSS peut inclure une obligation dans ce domaine.

⁵⁰ On notera que les structures d'hébergement exploitées de façon exclusive et indépendante tendent à disparaître. Boivin et Plourde (2020) mettent ainsi en évidence une forme d'internationalisation et de croissance de la capitalisation du secteur de l'hébergement pour personnes âgées, dans le monde et au Québec. Selon les données qu'elles ont compilées, sept groupes se partagent la majorité des places de CHSLD privés conventionnés (61%) et la majorité des établissements (58%). Deux groupes dominent largement, soit Groupe Champlain et Vigi Santé. Groupe Champlain est une filiale du Groupe Santé Sedna, dont l'actionnaire majoritaire est la multinationale française DomusVi. Groupe Champlain et Vigi Santé possèdent à eux seuls 46% des places dans les CHSLD privés conventionnés et 47% des établissements. Neuf groupes possèdent la majorité des places des CHSLD privés non conventionnés (52% du total) et 43% des établissements (20 sur 47). Certains groupes ne possèdent qu'un CHSLD non conventionné, mais sont néanmoins identifiés comme des groupes, car ils possèdent d'autres types d'établissements (RPA, RI). Les deux plus grands propriétaires de CHSLD privés non conventionnés (Groupe Santé Arbec et Trois résidences, une passion) possèdent 8 établissements sur les 47 existants (17% du total) et plus du quart des places (26%).

aux structures de gérer plus facilement et de dégager plus aisément des profits. Les fermetures récentes de CHSLD privés non conventionnés doivent également conduire à s'interroger sur le juste niveau de profit nécessaire à ces structures pour assurer leur survie.

Accès et fiabilité de l'information opérationnelle et clinique

Concernant les données opérationnelles, divers types d'informations peuvent être utiles pour calculer et analyser les coûts d'hébergement. Nommons d'abord, les données opérationnelles sur le niveau d'activité du CHSLD ou de la ressource intermédiaire, telles que le nombre de résidents, leur durée de séjour ou encore leur profil Iso-SMAF, ensuite, les données sur les ressources mobilisées (par exemple, la rotation du personnel ou le nombre de mètres carrés dont les résidents bénéficient).

Globalement, l'accès à ces différents types de données est difficile pour l'ensemble des types d'hébergement.

Les CHSLD privés conventionnés sont les établissements pour lesquels le plus grand nombre d'informations est disponible. Ils ont l'obligation de remplir l'AS478 (disponible sur le site du MSSS), un document présentant un résumé de l'information sur les résidents allant du nombre de résidents jusqu'à la provenance de leur arrivée, ainsi que des informations sur le personnel. Ce niveau de détail permet de dresser un portrait relativement précis de la situation opérationnelle d'un CHSLD privé conventionné. On notera cependant que le niveau de dépendance moyen des résidents (Iso-SMAF) n'est pas disponible dans ce document. Les exigences en termes de reddition de compte sont donc élevées pour les CHSLD privés conventionnés. Lors des entretiens, certaines structures ont mentionné que pour remplir adéquatement des AS478 (et des AS471 pour la partie financière), cela prend un temps considérable aux responsables administratifs. De plus, les structures d'hébergement soulignent que des informations figurant dans ces documents (AS 471 et AS 478) leur sont également demandées sous d'autres formats et à d'autres moments. Certaines structures soulignent qu'elles doutent de l'intérêt de certaines informations transmises qui sont chronophages à collecter (par exemple, le nombre de kg de linge souillé).

Les CHSLD publics rencontrent le même problème qu'avec leurs données financières. La plupart des données existent et sont communiquées au CI(U)SSS, mais elles sont ensuite intégrées à celles du CI(U)SSS, empêchant une identification précise.

La disponibilité des données opérationnelles et cliniques pour les CHSLD privés non conventionnés et les RI dépend du type de gestion de ces structures et des demandes des CI(U)SSS. Dans les CHSLD privés non conventionnés, les documents demandés par les CI(U)SSS ne sont standardisés ni en termes de contenu ni en termes de format. Les demandes varient d'un CI(U)SSS à l'autre et même d'une structure d'hébergement à l'autre. Produire ces documents, en fonction des demandes, mais sans format défini, peut occasionner un travail supplémentaire pour les CHSLD privés non conventionnés. Inversement, certains CHSLD privés non conventionnés ont peu d'informations à transmettre. En ce qui concerne les RI, elles sont financées en fonction du niveau de dépendance des résidents, mesuré par l'outil de classification de soutien et d'assistance sur une échelle allant de 1 à 6. Il y a donc, dans ce domaine, un suivi mensuel avec le CI(U)SSS à des fins de tarification. Cependant, il n'y a pas d'obligation de production d'un rapport annuel des données opérationnelles.

Pour toutes les personnes en situation de dépendance, les CI(U)SSS utilisent l'outil d'évaluation multiclientèles (qui inclut l'Iso-SMAF dans ses critères d'évaluation). Cet outil n'est cependant pas partagé avec les structures d'hébergement qui utilisent parfois l'outil Iso-SMAF, parfois l'outil de classification de soutien et d'assistance (dans les ressources intermédiaires) et même parfois un outil interne d'évaluation. La concurrence des outils d'évaluation et le manque de partage d'informations créent une rupture dans le continuum de soins des personnes âgées.

De nombreux enjeux relèvent de la reddition de comptes et de la disponibilité de l'information. Les données sont présentes, mais elles manquent d'homogénéité et ne sont toujours pas exploitées d'une manière optimale.

Trois pistes de réflexion découlent de notre analyse de la reddition de comptes :

- En dépit de la quantité des données opérationnelles collectées dans le RSSS, les gestionnaires ne disposent pas toujours d'information pertinente pour leurs prises de décision. Un travail de rationalisation et de simplification dans ce domaine serait utile et permettrait de limiter les coûts administratifs de collecte et de traitement.
- Le niveau de dépendance des résidents est un indicateur primordial pour la gestion des structures d'hébergement. La diversité des modes d'évaluation utilisés par les structures et le manque de partage

d'information entre le CI(U)SSS et les structures constituent un obstacle à leur gestion et à la maîtrise de leurs coûts.

- Afin d'être en mesure de produire une analyse plus fine des coûts des structures, comme dans le cadre du projet CPSS, il serait utile de systématiser et d'homogénéiser les modalités de reddition de comptes pour les différents types de structures d'hébergement. Cela implique la production d'états financiers pour les CHSLD publics et une demande de reddition de comptes uniforme aux structures d'hébergement privées.

Gouvernance des structures d'hébergement des personnes âgées

Un CHSLD public au cœur d'une mégastructure hospitalo-centré : une contrôlabilité des coûts limitée

Notre analyse nous a permis de faire ressortir les particularités en termes de gouvernance pour les CHSLD publics et la manière dont cela impacte la contrôlabilité des coûts dont disposent ces structures.

En effet, les CHSLD publics sont gérés de manière assez différente des autres structures d'hébergement. À la suite de la réforme de 2015, il n'y avait plus de responsable pour diriger l'ensemble des services apportés aux résidents dans chaque CHSLD. Depuis octobre 2020, afin de pallier ce manque décrié à la suite de la première vague de COVID-19, un gestionnaire responsable dans les CHSLD publics qui gère les aspects cliniques et qui supervise les chefs des services support (alimentation, hygiène et salubrité, etc.) a été nommé. Ce nouveau rôle favorise une meilleure coordination entre les services support et permet d'accélérer la prise de décision.

Toutefois, son pouvoir d'action au niveau financier est limité. Les budgets des services support ne sont pas sous sa responsabilité, ce qui peut se traduire par des arbitrages défavorables aux personnes âgées. Si la centralisation de ces services permet de bénéficier d'économies d'échelle importantes, cela implique que la prise en charge des résidents dépend de nombreux responsables qui desservent de multiples clientèles et qui ne sont donc pas toujours au fait des préoccupations propres aux personnes âgées. Pour le budget clinique, comme le gestionnaire responsable du CHSLD doit s'assurer que les services soient rendus, il a toujours la possibilité d'aller chercher des ressources supplémentaires s'il y a des hausses, par exemple lorsque le recours à la main-d'œuvre indépendante est plus important que prévu. En revanche, il n'a pas la liberté budgétaire pour augmenter les ratios d'encadrement sur une base régulière.

De plus, les montants alloués aux CI(U)SSS par le Ministère le sont par programme-service. L'essentiel des ressources allouées aux structures d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie provient du programme SAPA. Or, ces derniers reçoivent des enveloppes globales pour l'ensemble des CHSLD publics de leur CI(U)SSS. La façon dont les subventions vont être utilisées par l'une ou l'autre des structures n'est pas explicite.

Finalement, il ressort de cela que les CHSLD publics, bien que recevant un financement qui semble couvrir leurs besoins, manquent d'autonomie. Si la création de postes de gestionnaires responsables permet une meilleure réponse aux besoins des résidents, et dans de meilleurs délais, un contrôle total sur les coûts pourrait faciliter la mise en œuvre d'une approche globale dans la prise en charge des résidents.

Une communication structures / CI(U)SSS difficile : à l'origine de coûts additionnels et d'insatisfactions

Notre analyse a mis au jour, pour certaines structures, des temps non négligeables dévolus aux négociations avec les CI(U)SSS. Cela concerne notamment l'évaluation du niveau de dépendance des résidents, mais aussi l'obtention d'heures d'infirmières comme prévu dans l'entente ou le contrat. Ce temps se traduit par une augmentation des frais de personnel administratif pour ces ressources. Elle met également à mal la relation de confiance entre ces deux entités et conduit certains responsables de structures à ressentir un manque de reconnaissance de leur travail par les CI(U)SSS.

Dans ce contexte, le rôle du travailleur social semble déterminant, il agit comme un véritable maillon de la transmission d'informations. En effet, ce dernier est envoyé par le CI(U)SSS pour évaluer la dégradation de santé ou l'aggravation de la perte d'autonomie d'un résident, évaluation importante pour le fonctionnement des structures. Or, il apparaît que le niveau d'implication et la stabilité des travailleurs sociaux puissent être variables et entraîner des communications dégradées. Cela entrave la relation de confiance qui devrait s'établir entre le travailleur social et les structures et brise la chaîne d'informations. Cette situation peut amplifier le sentiment d'isolement ressenti par certaines structures et mettre à mal le partage d'information nécessaire pour assurer une prise en charge adéquate des résidents.

Notre analyse nous a également permis d'identifier qu'il y avait, selon les structures, une grande différence au niveau de la communication avec le RSSS. Nous avons d'un côté des responsables qui représentent des groupes qui ont des

accès aisés et rapides aux CI(U)SSS et au Ministère, et, de l'autre côté, des plus petites structures qui doivent parfois patienter longtemps avant d'obtenir des réponses. Cette réalité crée beaucoup d'insatisfaction chez les responsables de petites structures autonomes qui évoquent l'iniquité de cette situation. Cette dernière peut en effet avoir un impact sur leurs coûts, sur leur trésorerie, mais aussi sur leurs revenus. La communication plus aisée pour les grands groupes leur permet également de rester à l'affût des opportunités de financement supplémentaire, ou d'opportunités de négociation en ce sens.

Il ressort donc que la relation qui va s'établir entre le CI(U)SSS et une structure privée est un élément clé pour créer une cohésion qui semble nécessaire pour garantir une prise en charge efficace des résidents.

Les ententes 108 : cause ou solution des dysfonctionnements actuels ?

Lors de nos recherches, il est rapidement apparu que nous aurions des difficultés à circonscrire l'étendue, le fonctionnement et les modes de contractualisation des « ententes 108 » (voir la section sur les contrats gré à gré, p.28). Nos recherches nous permettent toutefois de montrer des enjeux relatifs aux achats de places dans le cadre « d'ententes 108 » qui procurent une grande liberté d'action aux établissements (CI(U)SSS et structures d'hébergement).

Les ententes et leur contenu apparaissent comme intuitu personae. Elles peuvent être un moyen pour les CI(U)SSS de répondre rapidement à des besoins en termes de places pour accueillir un nombre croissant de personnes en perte d'autonomie. Elles apparaissent comme une solution relativement simple et rapide pour pallier certains dysfonctionnements (lourdeur du processus d'appel d'offres, manque de financement au niveau des CI(U)SSS pour pouvoir fournir un niveau de service adéquat, etc.) ou, à l'inverse, un moyen de rétribuer les structures pour des services passés.

Toutefois, l'opacité qui entoure cette entente invite à se demander si les principes énoncés par l'encadrement des marchés publics (la non-discrimination, la transparence et la réciprocité) sont respectés.

De plus, en permettant de sortir des modalités de financement les plus communes et les plus encadrées, cela pose la question de la viabilité financière et de la qualité des services qu'il est possible de fournir dans le cadre de ces ententes. Par exemple, pour les ressources intermédiaires, pour lesquelles il existe un cadre, ces ententes permettent de s'en affranchir. Certaines places sont ainsi achetées par des « ententes 108 » à des prix inférieurs à l'entente nationale. À ce titre, l'ARIHQ a engagé une action en justice pour défendre des membres de l'association. Le CIUSSS de l'Estrie a également décidé de revoir l'intégralité des « ententes 108 » des RI pour intégrer les places dans les ententes particulières et ainsi rétablir un cadre de gestion (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2021).

Lorsque ces ententes sont signées avec des RPA, notamment pour des lits temporaires, il n'est pas possible de savoir si ce type d'entente couvre des besoins de main-d'œuvre permettant d'offrir un niveau d'heures de soins quotidiens aux résidents conformes à celui qu'un résident obtiendrait dans une structure d'hébergement dédiée aux personnes en perte d'autonomie.

Finalement, l'opacité des « ententes 108 » en fait un outil d'ajustement des revenus (pour les structures) et des coûts (pour le CI(U)SSS) qui échappe à tout contrôle.

Trois pistes de réflexion découlent de notre analyse de la gouvernance du réseau :

- La gouvernance des structures d'hébergement des personnes âgées devrait permettre une réactivité et une imputabilité des structures tout en ne constituant pas un obstacle à la coopération entre les différents acteurs du réseau.
- La gestion de la relation avec les structures privées devrait être clarifiée en prenant en compte les exigences légitimes de rentabilité de ces structures. L'émergence de grands groupes crée des défis spécifiques de gouvernance dans ce domaine.
- Le financement des structures d'hébergement des personnes âgées devrait permettre une prise en charge homogène et équitable des résidents.

Conclusion

La pandémie a exacerbé les difficultés que connaît le réseau de la santé et des services sociaux et plus spécifiquement l'hébergement des aînés. La présente étude s'inscrit dans une démarche plus large de réflexion sur la gouvernance et la gestion du système de santé en contexte de crise, et sur l'hébergement des aînés, pour laquelle est mandaté le CSBE. Ce rapport apporte une pierre à cet édifice.

Notre démarche avait pour objectif de documenter et d'analyser le coût de l'hébergement des personnes âgées au Québec pour différents types de structures (CHSLD publics, CHSLD privés conventionnés, CHSLD privés non conventionnés et ressources intermédiaires). Pour ce faire, l'équipe a rencontré près d'une cinquantaine de personnes (experts, responsables de fédérations, responsables de CI(U)SSS, CHSLD, RI) et étudié des données publiques (rapports, études, demandes d'accès à l'information, données comptables). Elle a analysé un échantillon de 13 structures pour calculer leurs coûts.

L'analyse montre la grande diversité des coûts entre les différents types de structures d'hébergement, mais aussi au sein même de ces types de structures. Deux catégories de coûts sont prépondérantes : les frais de personnel liés aux soins infirmiers et aux soins d'assistance et les charges liées à l'immobilier. Pour ces deux catégories de coûts, les économies à court terme peuvent se traduire à moyen et long terme par des coûts induits pour l'ensemble du réseau.

Au-delà de sa contribution à la compréhension des coûts de l'hébergement des personnes âgées au Québec, ce rapport dresse un panorama de la situation en matière d'enjeux de gestion qui influencent ces coûts. Une partie des enjeux auxquels fait face l'hébergement des personnes âgées au Québec semble résulter d'une juxtaposition de solutions dépareillées mises en place pour pallier des dysfonctionnements structurels.

Les réformes futures devraient permettre d'améliorer la reddition de comptes des structures d'hébergement, de clarifier la relation entre les CI(U)SSS et les structures et de mettre en place un financement transparent et équitable.

Annexe 1 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les CHSLD privés conventionnés

Certains coûts ont été retirés, car ils ne s'inscrivent pas dans notre périmètre. Il s'agit des coûts engagés pour les centres de jour pour les personnes en perte d'autonomie (et leur transport), dont les montants peuvent être importants (entre 600 000 et 800 000\$). Il est à noter qu'il n'a pas été possible d'isoler les revenus associés à ces activités. Pour déterminer le montant des subventions accordées pour l'hébergement de longue durée, nous avons fait l'hypothèse que ces activités étaient financées à hauteur des coûts qu'elles généraient. Nous avons donc retiré des subventions totales un montant équivalent au coût de ces activités. Il s'agit, d'autre part, de services à la carte (par exemple, la coiffure) fournis aux résidents ou de services permettant de dégager des revenus autonomes (par exemple, un service de restauration ouvert au public).

Le principal retraitement se situe au niveau de deux postes de charges : « maintien d'actifs » et « intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette ». On y retrouve des montants significatifs. Après échanges avec les structures et recherche dans le manuel de gestion financière, il apparaît que les dépenses qui s'y retrouvent s'apparentent à des charges liées à l'immobilier. En effet, d'une part, le maintien de l'actif inclut à la fois des dépenses en matériel (par exemple, l'informatique) et des dépenses de rénovation de la bâtisse. Ces montants, qui peuvent dépasser 500 000 \$, sont considérés comme des charges et sont totalement couverts par un budget spécial. Ils apparaissent donc comme des charges de l'exercice alors qu'une partie pourrait probablement être capitalisée. D'autre part, le poste « intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette » comprend à la fois des charges d'intérêts et du capital, ces charges sont également totalement couvertes par un budget spécial (MSSS, 2019d)⁵¹. Il s'agit de rénovations, payées directement par le gouvernement, mais qui doivent apparaître dans les comptes des CHSLD privés conventionnés en produit et en charge.

De plus, par souci de simplification, l'ensemble des ajustements salariaux qui n'étaient pas répartis ont été inscrits avec les charges de personnel des PAB : variation assurance-salaire, ajustement contribution employeur, rétroactivité salariale, contribution employeur au régime d'assurance collective, majorations. Ce choix a une incidence minime puisque les PAB représentent la part la plus importante des charges de personnel (entre 35 et 40%). Et, la proportion de ces montants dans le total demeure très faible (moins de 1,5%). Notons que nous avons également ajouté aux charges salariales de l'administration clinique les charges salariales de l'administration des services professionnels (ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes), le cas échéant.

Pour le calcul du coût de la subvention par jour-présence pour PC.1, comme tous les lits de cette structure ne sont pas sous le régime privé conventionné, nous avons utilisé uniquement les jours-présence pour les lits subventionnés puisqu'on cherchait à calculer les coûts des places privées conventionnées. Notons que dans cette structure, les lits non subventionnés font l'objet d'une entente pour des achats de place, mais que les revenus associés se trouvent dans une catégorie distincte de la catégorie subvention du MSSS. Nous avons calculé la contribution des usagers par jour-présence sur le total des jours-présence en supposant qu'il n'y ait pas de différence dans la contribution des usagers, qu'il s'agisse d'une place achetée ou d'une place conventionnée.

⁵¹ Selon le manuel de gestion financière, les revenus qu'obtiennent les CHSLD privés conventionnés pour couvrir ces charges représentent « les paiements effectués par le MSSS en leur nom pour le remboursement du capital et des intérêts pour des emprunts contractés auprès d'une institution financière pour un projet d'immobilisations ou pour des coûts non capitalisables. »

Annexe 2 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les CHSLD privés non conventionnés

Certains coûts chez PNC.1 et PNC.2 ont été retirés, car ils ne s'inscrivent pas dans notre périmètre. Il s'agit de services fournis aux résidents (par exemple de coiffure) ou de services permettant d'obtenir des revenus autonomes (par exemple, un service de restauration ouvert au public). Pour PNC.3, il n'y a aucun revenu afférent à ces services. On peut en déduire que les services à la carte sont directement payés aux fournisseurs de services par les résidents. Pour PNC.4, nous n'avons pas retiré ces coûts, même s'ils existent. En effet, les coûts associés ne sont pas identifiables avec l'information disponible et les revenus liés à des services à la carte le sont pour un montant faible (environ 0,5%).

Pour PNC.1, un travail de répartition des salaires a dû être effectué. Comme le nombre d'employés pour chacune des catégories de poste était disponible dans le rapport annuel de gestion, nous avons multiplié ce nombre par les salaires moyens pour chacune des catégories disponibles sur le site du Conseil du trésor du gouvernement. La proportion de chacune des catégories de poste ainsi obtenue a été appliquée au montant total des salaires, disponible dans la balance de vérification. Cette répartition présente donc des biais, puisqu'à la fois le nombre utilisé (les ETC auraient été plus précis) et les montants, sont approximatifs. On peut par exemple douter du montant obtenu pour le personnel affecté à l'alimentation, puisqu'on retrouve un coût d'alimentation beaucoup plus élevé que partout ailleurs, où ces coûts sont plutôt similaires.

Pour PNC.3, une proportion approximative de chaque catégorie de poste nous a été donnée par la structure. Nous l'avons appliqué aux charges salariales totales de la structure.

Pour PNC.2, on nous a fourni le détail des salaires par type de poste, aucun retraitement a donc été effectué à ce niveau. Toutefois, dans les états financiers, il y a un montant d'ajustements divers (environ 3% des charges totales) qui vient diminuer le total des charges, qui n'est pas détaillé et donc pour lequel nous ne connaissons pas l'origine.

PNC.4 est une structure qui comprend un CHSLD et une RPA. Les produits et les charges obtenus sont donc communs à ces deux structures. Pour les produits, nous avons obtenu le montant des revenus associés aux places achetées au CI(U)SSS. Pour les charges, nous ne sommes pas en mesure de distinguer la partie qui concerne la RPA. Aussi, nous avons limité l'analyse aux charges de soins et services rendus et de l'alimentation en considérant, à partir de nos entrevues, qu'elles sont quasi exclusivement consommées par les résidents du CHSLD.

Pour le calcul des jours-présence, nous ne disposons pas d'un décompte enregistré dans un document audité, comme c'est le cas pour les CHSLD privés conventionnés. Nous sommes donc partis des taux d'occupation que nous avons appliqué au nombre de lits dressés. Pour PNC.1 et PNC.3, nous avons utilisé les taux d'occupation fournis par ces structures. Pour PNC.2 et PNC.4, nous avons établi les taux d'occupation à partir d'un échantillon de factures mensuelles pour l'année étudiée. Pour PNC.4, la facturation nous a également permis de déterminer le nombre de lits financés par le CI(U)SSS. En effet, il apparaît qu'un nombre important de lits temporaires est également acheté par le CI(U)SSS.

Annexe 3 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les CHSLD publics

P.1 a commencé à mettre en place le CPSS. Cependant, toutes les données n'ont pas encore été traitées et incorporées. Les coûts de soins d'assistance et de soins infirmiers sont directs. Ils sont facilement identifiables et traçables. Le calcul des charges indirectes (par exemple, les dépenses d'alimentation ou d'entretien partagés avec une structure hospitalière) est cependant plus difficile. Nos interlocuteurs nous ont ainsi signalé une absence de fiabilité des données qui alimentent les systèmes, ainsi que l'utilisation de clés de répartition qui sont parfois discutables. La combinaison de ces deux phénomènes résulte dans une répartition parfois visiblement incorrecte des coûts indirects. Par exemple, les coûts indirects d'alimentation de deux CHSLD accueillant le même nombre de résidents peuvent passer du simple au double. Cela conduit à prendre avec beaucoup de précautions les répartitions des charges indirectes amorcées dans le CPSS. Nous avons donc, avec l'aide des responsables financiers du CI(U)SSS, choisi de prendre en considération le coût unitaire brut du repas (coûts directs bruts d'alimentation / nombre de repas dispensés dans l'ensemble du CI(U)SSS) calculé dans l'AS471 du CI(U)SSS. Puis, nous avons multiplié ce coût unitaire de repas par trois, puis par le total du nombre de jours-présence des résidents de la structure à l'étude. Pour le reste des coûts indirects, nos interlocuteurs nous les ont fournis déjà calculés. Ils nous ont expliqué qu'ils les avaient obtenus en appliquant un prorata en fonction du montant des coûts directs de la structure.

Pour P.2, nous avons utilisé les données très détaillées du budget prévisionnel qui nous a été fourni. On nous a expliqué que les différentes directions de programme ont été contactées pour connaître les coûts estimés associés au CHSLD. Ces coûts ont été comparés avec ceux de sous centres ou ceux d'autres secteurs régionaux à des fins de vérification. Aucun retraitement spécifique n'a été nécessaire.

Pour P.3, les données proviennent du système comptable, autre que le CPSS. Ces données sont toutefois détaillées de manière assez fine. Le CI(U)SSS a donc pu nous fournir directement les données détaillées par catégorie.

Annexe 4 – Retraitements effectués pour le calcul des coûts dans les ressources intermédiaires

Pour les RI, nous avons fait des retraitements principalement pour déterminer les frais de personnel par catégorie.

Pour la RI.1, nous avons utilisé des données fournies dans le registre des salaires mensuels de l'année 2018-2019. Nous avons analysé les relevés mois par mois, afin d'additionner le salaire des employés par catégorie d'emploi et de parvenir à reconstituer un montant de charges salariales annuel.

Pour la RI.2, nous sommes partis de données du budget de caisse qui faisait ressortir les coûts pour les différents types d'emploi. Un montant équivalent à 14% des charges salariales de l'état des résultats n'était toutefois pas alloué à une catégorie de poste. Nous avons réparti ce montant au prorata entre les autres catégories. Notons également que pour cette RI, les salaires d'entretien sont globaux (buanderie, entretien ménager, maintenance) et les salaires de coordination clinique et de DG sont également regroupés.

Pour la RI.3, nous nous sommes appuyés sur des données issues d'un suivi interne des salaires mensuels par catégorie d'employés. Cependant, le montant des charges salariales annuelles calculé dans ce fichier ne correspondait pas à celui présenté dans les états financiers audités. Ainsi, nous avons réparti le montant des états financiers au prorata des montants des salaires par catégorie d'emploi obtenus à partir du suivi interne.

Notons aussi que les ressources intermédiaires ont des revenus qui proviennent de sources autres que le financement du RSSS (par exemple, les frais de télécommunication). Ces revenus représentent entre 0 et 1% des revenus totaux. Nous ne sommes pas en mesure d'isoler les coûts associés, ils sont donc dans notre périmètre de charges, mais on peut s'attendre à ce qu'ils soient très faibles par rapport au total des coûts.

Références

- Accuracy International. (2019). *Projet Mediforce : rapport final*. Montréal: Accuracy International - Non publié.
- AEPC. (s.d.). *À propos : notre historique*. Consulté le 2021, sur Association des établissements privés conventionnés (AEPC): <https://aepc.qc.ca/a-propos/>
- AQESSS. (2013). *Le nouveau visage de l'hébergement au Québec: portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*. Montréal: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Récupéré sur <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/30324.pdf?Archive=105021392320&File=30324%5Fpdf>
- Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec: entre amour du métier et dégoût de la tâche: Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés*, 48(1), pp. 169-189. Récupéré sur <https://www.erudit.org/en/journals/socsoc/2016-v48-n1-socsoc02579/1036888ar/>
- Aubry, F. (2020). L'emprise idéologique en contexte gériatrique au Québec - Accroissement des normes de qualité et culpabilisation des préposés. *Nouvelle revue de psychosociologie*(29), pp. 89-100.
- Aubry, F., Bickerstaff-Charron, J., Charpentier, M., Ducharme, M.-N., Jetté, C., Malavoy, M., & Vaillancourt, Y. (2005). *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie*. Montréal: Université du Québec à Montréal .
- Aubry, F., Couturier, Y., & Lemay, F. (2020). *Les organisations de soins de longue durée : Points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EHPAD*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Aviseo Conseil. (2019). *Étude prospective des besoins et de l'offre en hébergement des soins de longue durée : projection à l'horizon 2020-2030 et présentation d'un modèle d'affaire*. Québec: Aviseo Conseil - Non publié.
- Bédard, C., Major, D., Ladouceur-Kègle, P., Guertin, M.-H., & Brisson, J. (2006). *Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs*. Direction systèmes de soins et services. Québec: Institut national de santé publique du Québec. Récupéré sur <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/472-SoinsPalliatifsQuebec.pdf>
- Béland, F., Contandriopoulos, A.P., Quesnel-Vallée, A., . . . L. (2008). *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Boivin, L. (2012). Entre précarité et flexibilité: réflexion sur la situation des femmes en emploi. 8(1), p. 14. Récupéré sur https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/regards_travail/vol08-01/03_Precarite_flexibilite_-_femmes_en_emploi.pdf
- Boivin, L., & Plourde, A. (2020). *Propriété et profit dans l'hébergement de longue durée au Québec. Portrait préliminaire*. Gatineau: CREATAS. Récupéré sur CREATAS: https://www.creatas-quebec.org/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-Boivin-Plourde2020_FINAL_PDF.pdf
- Boucher, C., & Sanscartier, G.-P. (1998). *Comparaison de statistiques évolutives sur les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario 1993 - 1994 à 1995 - 1996*. Québec: Direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS, Gouvernement du Québec.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., & Vézina, M. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec*. Faculté de médecine et Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail. Ste-Foy: Université Laval. Récupéré sur <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CLSC-CHSLD-Haute-Ville-Des-Rivieres/2980541001.pdf>
- Brissette, L. (1992). Le phénomène de l'hébergement privé pour personnes peut-on éviter ou devrait-on l'aménager? *Service social*, 41(1), 67-83. Récupéré sur <https://doi.org/10.7202/706558ar>
- Cappelletti, L., Voyant, O., & Savall, H. (2018). Quarante ans après son invention : la méthode des coûts cachés. *ACCRA*, 2(2), pp. 71-91.
- Carey, K., Zhao, S., Snoz, L. A., & Hartmann, W. C. (2018). The relationship between nursing home quality and costs: Evidence from the VA. *PLOS One*, 13(9). Récupéré sur <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203764>

- Castonguay, C. (2008). *En avoir pour notre argent, Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, Un financement durable un système productif une responsabilité partagée.*
- Chapman, C., Kern, A., & Laguecir, A. (2014). Costing Practices in Healthcare. Accounting Horizons. *Accounting Horizons*, 28(2), pp. 353–364. Récupéré sur <https://doi.org/10.2308/acch-50713>
- Chkair, S., Bouvet, S., Daurès, J.-P. L., & Castelli, C. (2014). Valorisation d'un parcours de soins : entre difficultés et alternatives., *Journal de gestion et d'economie medicales*, 32, 208-290.
- Choinière, R. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec.* Québec: INSPQ. Récupéré sur https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessePop.pdf
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2021). Séance ordinaire du conseil d'administration. Sherbrooke. Récupéré sur https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/A_propos/Conseil-administration/2021/2021-04-15_Documentation_CA_public.pdf
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. (2021). Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH). Montréal. Consulté le mai 13, 2021, sur CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal: <https://www.ciuSSSnordmtl.ca/zone-des-professionnels/referer-un-usager/guichet-dacces-sapa-sad-hebergement-et-services-ambulatoires/mecanisme-dacces-en-hebergement-mah/>
- Clair, M. (2000). *Rapport de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : les solutions émergentes.* Québec: Gouvernement du Québec. Récupéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>
- Clavet, N.-J., Décarie, Y., Hébert, R., Michaud, P.-K., & Navaux, J. (2021). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins.* Cahier de recherche 21-01, Québec: Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels. Récupéré sur https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier_21_01_financement_soutien_autonomie_personnes_agees_croisee_chemins.pdf
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, R. J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.* Publications du Québec, 221 p.
- Couturier, Y., & Aubry, F. (2014). *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes: entre domination et autonomie.* Québec: Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- CPA. (2014). *Manuel de CPA Canada – Comptabilité. Partie I - Normes IFRS, Partie II – Normes comptables pour les entreprises à capital fermé.* Comptables Professionnels Agréés du Canada. Récupéré sur Comptables Professionnels Agréés du Canada. 2014. Manuel de CPA Canada – Comptabilité. Partie I - Normes IFRS, Partie II – Normes comptables pour les entreprises à capital fermé, Disponible au lien suivant : : www.edu.knotia.ca.
- CPNSSS-ARIQH. (2018). Entente Nationale pour les Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec entre l'ARIQH et le MSSSS. Québec. Récupéré sur Association des Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec: <https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2018/06/Entente-nationale-signee.pdf>
- CPNSSS-UQIIA. (2000 -2003). Convention collective no. 282 - entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, Le Sous-comité patronal de négociation des CHSLD et L'Union québécoise des infirmières auxiliaires. (S01198), p.68.
- CSBE. (2021). *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec.* Québec: Commissaire à la santé et au bien-être. Récupéré sur https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Rapportpr%C3%A9liminaire_Mandat/RapportsAssoci%C3%A9s/CSBE_Portrait-Organisations-Hebergement.pdf
- Cyr, A., Genin, É., Rossignol, C., & Vallée, G. (2019). Les droits de direction et l'obligation de disponibilité des salariés au-delà de leur temps de travail: l'exemple du travail infirmier. *Revue Juridique Thémis*, p. 53.

- Da Silva Etges, A. P., Cruz, L. N., Notti, R. K., Neyeloff, J. L., Schlatter, R. P., Astigarraga, . . . Polanczyk, C. A. (2019). An 8-step framework for implementing time-driven activity-based costing in healthcare studies. *The European Journal of Health Economics*, 20, pp. 1133-1145. Récupéré sur <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01085-8>
- David, I. (2018). État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie. 132. Québec: Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS). Récupéré sur Institut national d'excellence en santé et en services sociaux: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (2016). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(2), pp. 191-206.
- Dulal, R. (2018). Cost efficiency of nursing homes: do five-star quality ratings matter? *Health Care Management Science*, 20(3), pp. 316-325. Récupéré sur <https://doi.org/10.1007/s10729-016-9355-5>
- Etheridge, F. (2020). Pour une meilleure gestion des organisations et une utilisation optimale des ressources actuelles. Dans F. Aubry, Y. Couturier, & F. Lemay, *Les organisations de soins de longue durée: points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EHPAD* (pp. 33-49). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fahey, R. (2020). *Analyse sommaire du coût d'une place en CHSLD public et privé conventionné*. AppeEco Analytics - Non publié.
- Feillou, I., Bellemare, M., Viau-Guay, A., Trudel, L., Desrosiers, J., Robitaille, M.-J., . . . Couturier, Y. (2014). *Le soin relationnel en CHSLD : de la formation à l'approche relationnelle de soins à la réalité du travail des préposés aux bénéficiaires*. Québec: Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Fortin, P. (2021). *Comparaison de la performance financière des modèles traditionnel et locatif de construction, d'opération et de financement des CHSLD et des Maisons des aînés au Québec*. Montréal: Rapport soumis à Mediforce Inc. Récupéré sur <https://consultations.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2021-2022/memoires/Mediforce.pdf>
- Gervais, C., & Roy-Lessard, S. (2020, octobre 8). CPSS : un nouvel outil pour évaluer les coûts réels des soins et des services dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. *Séminaire du Pôle santé HEC Montréal*. Récupéré sur Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=gLwoi7kBIFQ&feature=youtu.be>
- Gravel, A. (Journaliste). (2011, avril 21). Vieillir à rabais [reportage]. *Dans Enquête*. Société Radio-Canada. Récupéré sur <https://curio.ca/fr/video/vieillir-a-rabais-266/>
- Guerre, P., Hayes, N., & Bertaux, A.-C. (2018). Estimation du coût hospitalier : approches par « micro-costing » et « gross-costing ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(2), pp. S65-S72. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.02.001>
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., . . . Roy, C. (2001). Resources and Costs Associated with Disabilities of Elderly People Living at Home and in Institutions*. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 20(1), pp. 1-22. Récupéré sur <https://doi.org/10.1017/S0714980800012113>
- INESSS. (2019). *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : Perspectives pour l'évolution de la mesure*. Québec: Gouvernement du Québec. Récupéré sur https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf
- Jobin, M.-H., & Fortin, A.-H. (2016). *Conditions de succès et obstacles aux collaborations public-privé en santé au Québec*. Montréal: Pôle santé HEC Montréal. Récupéré sur <https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2010/02/Rapport-de-recherche-Conditions-de-succ%C3%A8s-et-obstacles-au-partenariat-public-8-f%C3%A9vrier-2016.pdf>
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of organizational behavior*, 31(4), pp. 519-542.

- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), pp. 46-52.
- Kazemi, A., & Kajonius, P. J. (2016). Cost and Satisfaction Trends in Swedish Elderly Home Care. *Home Health Care Management & Practice*, 28(4), pp. 250-255. Récupéré sur <https://doi.org/10.1177/1084822316646353>
- Kitchene, M., Ng, T., Miller, N., & Harrington, C. (2016). Institutional and Community — Based Long-Term Care. *Journal of Health & Social Policy*, 22, pp. 31-50. Récupéré sur https://doi.org/10.1300/J045v22n02_03
- Lafortune, L., Béland, F., & Bergman, F. (2008). Fragilité, incapacité et dépendance des personnes âgées : comment compléter l'architecture du système de santé? Dans F. Béland, A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel Vallée, & L. Robert, *Le privé dans la santé - Les discours et les faits* (p. 475). Montréal.
- Laliberté-Auger, F., Côté-Sergent, A., Décarie, Y., Duclos, J.-Y., & Michaud, P.-C. (2015). *Utilisation et coût de l'hébergement avec soins de longue durée au Québec, 2010 à 2050*. Montréal: CIRANO.
- Laurence-Ruel, C. (2019). « Ici, on fait tout, on touche à tout » : Le « réel du travail » des préposées aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*(66-67, Hiver-Automne 2019), pp. 255-281. Récupéré sur <https://doi.org/10.7202/1075983ar>
- Lavoie, J.-P., Guberman, N., & Marier, P. (2014). La responsabilité des soins aux aînés au Québec du secteur public au privé. *Étude IRPP*(48), pp. 1-40.
- Le Theule, M., Lambert, C., & Morales, J. (2020). Governing death: Organizing end-of-life situations. *Organization Studies*, 41(4), pp. 523-542.
- Lee, C.-L., Liu, T.-L., Wu, L.-J., Chung, U.-L., & Lee, L.-C. (2002). Cost and Care Quality Between Licensed Nursing Homes Under Different Types of Ownership. *Journal of Nursing Research*, 10, pp. 151-160. Récupéré sur <https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000347594.28520.61>
- Legault, M., & Dionne-Proulx, J. (2003). *Problèmes de sécurité au travail*. Montréal: Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Lemaire, C., Wallet, V. L., Lugiez, C., & Pessaux, P. (2020). Appliquer le TDABC aux parcours de soins, bien plus qu'une promenade de santé. *ACCRA*(8), pp. 37-65.
- Lemay, L. (2016). Le rôle et la place des normes en ressource intermédiaire : Que penser des normes de qualité? *Le Relief*, 2(3), p. 5. Récupéré sur https://arihq.com/wp-content/uploads/2016/09/LERELIEF_volume_sept2016_print_160926.pdf
- Lessard, S., & Leclerc, B.-S. (2017). New Knowledge And Research Needs For End-of-life Care Among Elderly Persons In Long-term Care Settings. *Journal of Ageing Research and Healthcare*, 1(4), pp. 15-26. Récupéré sur <https://doi.org/10.14302/issn.2474-7785.jarh-17-1461>
- Letvak, A. S., Ruhm, J. C., & Gupta, N. S. (2012). Nurses'presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(2), pp. 30-38.
- Madritsch, T., Steixner, D., Ostermann, H., & Staudinger, R. (2008). Operating cost analyses of long-term care facilities. *Journal of Facilities Management*, 6(2), pp. 152-170. Récupéré sur <https://doi.org/10.1108/14725960810872668>
- MCE Conseils. (2011). *CHSLD Saint-Lambert-sur-le-Golf (CHSLD en PPP) – hébergement et soins en CHSLD accordés dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP) avec l'ASSS de la Montérégie – Synthèse de l'analyse avantages-coûts*. Montréal. Récupéré sur <https://www.ledevoir.com/documents/pdf/CHSLDsynthese210411.pdf>
- Mousseau, N. (2021). *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec - Document de référence – version préliminaire (non publié)*. Québec: CSBE.
- MSSS. (2001). *Le système de santé et des services sociaux du Québec, une image chiffrée*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services Sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2001/01-710F.pdf>

- MSSS. (2003). *Un milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services Sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- MSSS. (2005). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Récupéré sur Gouvernement du Québec: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/0>
- MSSS. (2014a). Réforme du réseau de la santé et des services sociaux - Le patient au centre de nos décisions. *Communiqué de Presse - 25 septembre 2014*. Québec. Récupéré sur <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/com>
- MSSS. (2014b). *Pour que l'argent suive le patient - L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*. Québec: Direction de la communication du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur <https://www.groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf>
- MSSS. (2014c). *Évaluation de la formation : Agir auprès de la personne âgée*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services Sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-830-21W.pdf>
- MSSS. (2016a). *Guide d'information - Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-834-02W.pdf>
- MSSS. (2016b). *Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/cadre-de-reference-ri-rtf/>
- MSSS. (2017a). Demande d'accès N/Ref.:1847 00/2016-2017.759, 5 avril. *Décisions et documents transmis dans le cadre d'une demande d'accès*. Récupéré sur https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2016-2017/2016-2017-759-Decision.pdf
- MSSS. (2017b). Demande d'accès N/Ref.:1847 00/2017-2018.105, 23 mai. *Décisions et documents transmis dans le cadre d'une demande d'accès*. Récupéré sur https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2017-2018/2017-2018-105-Decision.pdf
- MSSS. (2018a). Outil d'Évaluation Multi-Clientèle (OÉMC), Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) et Profils ISO-SMAF. p.2. Québec: Gouvernement du Québec. Récupéré sur https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2018-2019/2018-2019-595-Document.pdf
- MSSS. (2018b). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services Sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>
- MSSS. (2019a). *Tableau – Analyse achat de places PNC*. Direction du Financement, allocation des ressources et budget. Québec: Non publié.
- MSSS. (2019b). Demande d'accès N/Ref: 1847 00/2019-2020.078, 7 juin. *Décisions et documents transmis dans le cadre d'une demande d'accès*. Récupéré sur https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2019-2020/2019-2020-078-Decision.pdf
- MSSS. (2019c). *Étude des crédits 2018-2019 - Réponses aux questions particulières de l'opposition officielle - Volume 2 - Question 277*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Récupéré sur

- https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/seance-publique/etude-credits-2018-2019/Reponses-aux-questions-particulieres-Opposition-officielle-Volume-2.pdf
- MSSS. (2019d). *Normes et pratiques de gestion - Tome 1 - Manuel de gestion financière - Section A Données financières*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2020a). Révision de la contribution de l'adulte hébergé. *Communiqué de presse du 29 juillet 2020*. Québec. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services sociaux: <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2237/>
- MSSS. (2020b). Demande d'accès N/Ref. : 1847 00/2020-2021.032, 27 juillet. *Décisions et documents transmis dans le cadre d'une demande d'accès*. Récupéré sur https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2020-2021/2020-2021-032-Decision.pdf
- MSSS. (2020c). *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et services sociaux*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services Sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>
- MSSS. (2020d). Le gouvernement du Québec annonce la reconduction des primes offertes au personnel de la santé concerné jusqu'au 31 mai 2020. *Communiqué de presse du 23 avril 2020*. Québec. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services Sociaux: <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2091/>
- MSSS. (2021a). Annexe 1 à la circulaire 2020-028 (03.01.42.25). *Rétribution des services et rétributions spéciales des ressources intermédiaires et des ressources de type familial en application des ententes collectives et nationales*. Québec. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services Sociaux: [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/0/a53882638fe7d5888525865e0070a510/\\$FILE/2020-028_Annexe%20\(r%C3%A9v%202021-03-20\)_1.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/0/a53882638fe7d5888525865e0070a510/$FILE/2020-028_Annexe%20(r%C3%A9v%202021-03-20)_1.pdf)
- MSSS. (2021b). Arrêté numéro 2021-017 de la ministre de la Santé et des Services sociaux, 26 mars 2021. Récupéré sur Ministère de la Santé et des Services sociaux: <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM-2021-017.pdf?1616780924>
- Poirier, L.-R., Descôteaux, S., & Lévesque, J.-F. (2014). *Synthèse des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées : Synthèse des connaissances*. Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services. Québec: Institut national de santé publique du Québec. Récupéré sur <https://www.deslibris.ca/ID/245094>
- Rainbow, G. J., Gilbreath, B., & Steege, L. (2019). How to Know if You're Really There : An Evaluation of Measures for Presenteeism in Nursing. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61(2), pp. 25-32.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Publications du Québec. Récupéré sur https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=67753
- Ronald, A. L., McGregor, J. M., Harrington, C., Pollock, A., & Lexchin, J. (2016). Observational Evidence of For-Profit Delivery and Inferior Nursing Home Care: When Is There Enough Evidence for Policy Change? *PLOS Medicine*, 13(4).
- Rossignol, C. (2017). Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec : comparaison de deux centres hospitaliers. *[Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]*. Récupéré sur https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19128/Rossignol_Claudia_2017_m%c3%a9moire.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Salles, M. (2016). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées : Contribution de la didactique professionnelle à la formation des travailleuses et travailleurs sociaux au Québec. *[Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]*, 491.

- SCFP. (2020). COVID 19 - Retrait préventif de la femme enceinte - Juridiction provinciale. Québec: Syndicat Canadien de la Fonction Publique. Récupéré sur Service de la santé et de la sécurité du travail SCFP: https://scfp.qc.ca/wp-content/uploads/2020/06/Covid-19_Retrait_pr%C3%A9ventif_femme_enceinte_Juridiction_provinciale.pdf
- Secrétariat du Conseil du trésor. (2009). *Politique de gestion contractuelle concernant le resserrement de certaines mesures dans les processus d'appel d'offres des contrats des organismes publics, Loi sur les contrats des organismes publics (2006, c. 29, a. 26)*. Récupéré sur Secrétariat du Conseil du trésor: https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/cadre_normatif/politique_gest_cont_resserrement.pdf
- Secrétariat du Conseil du trésor. (s.d.). *Modes de sollicitation et seuils de contrats*. Consulté le mai 2021, sur Secrétariat du Conseil du trésor: <https://www.tresor.gouv.qc.ca/faire-affaire-avec-letat/les-contrats-avec-gouvernement/modes-de-sollicitation/>
- Sicotte, C. (1982). *Évaluation des bénéficiaires en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de soins prolongés*. Québec: Ministères des affaires sociales.
- Simonetta, V., & Roy, S. (2016). Les établissements privés conventionnés ou le privé socialement avantageux. *Le Point en santé et services sociaux*, 11(4), pp. 34-36. Récupéré sur <https://aepc.qc.ca/wp-content/uploads/2016/11/magazine-le-point-en-sante-et-services-sociaux.pdf>
- Société Alzheimer du Canada. (s.d.). Je prends soin d'une personne atteinte d'un trouble neurocognitif. Toronto. Consulté le mai 2021, sur <https://alzheimer.ca/fr/les-aides-et-le-soutien/je-prends-soin-dune-personne-atteinte-dun-trouble-neurocognitif/prodiguer-6#:~:text=Il%20n'est%20pas%20rare,la%20personne%20se%20comporte%20ainsi>
- Société d'habitation du Québec. (2017). *L'habitation à cœur depuis 50 Ans - 1967 À 2017*. Québec: Gouvernement du Québec. Consulté le 2021, sur <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3512120>
- Statistique Canada. (2019, septembre 17). *Tableau 17-10-0057-01 Population projetée, selon le scénario de projection, l'âge et le sexe, au 1er juillet (x1000)*. Récupéré sur Statistique Canada: <https://doi.org/10.25318/1710005701-fra>
- Stuart, M., & Weinrich, M. (2001). Home-and community-based long-term care: Lessons from Denmark. *Gerontologist*, 41(4), pp. 474-480.
- Tan, S. S., Rutten, H. F., van Ineveld, M. B., Redekop, K. W., & Hakkaart-van Roijen, L. (2009). Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services. *The European Journal of Health Economics*, 10(1), pp. 39-45. Récupéré sur <https://doi.org/10.1007/s10198>
- Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F., & Dieleman, L. (2003). Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. *Age and Ageing*, 32, pp. 60-66.
- Tremblay, J. (2008, Juillet 18). Les CHSLD en PPP accumulent les retards. *Le Devoir*. Récupéré sur <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/198211/les-chsld-en-ppp-accumulent-les-retards>
- Vérificateur Général du Québec. (2010). *Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Québec: Vérificateur Général du Québec. Récupéré sur https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2010-2011-CHU/fr_Rapport2010-2011-CHU.pdf
- Vérificateur général du Québec. (2012). *Vérification de l'optimisation des ressources - Personnes âgées en perte d'autonomie - Services d'hébergement*. Québec: Vérificateur général du Québec. Récupéré sur Vérificateur général du Québec: https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf
- Vérificateur Général du Québec. (2014). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014. États financiers consolidés du gouvernement et autres éléments d'intérêt*. Québec: Vérificateur Général du Québec. Récupéré sur https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2013-2014-VIF-Hiver/fr_Rapport2013-2014-VIF-FaitsSaillants.pdf

- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., . . . Tremblay, S. (2016). Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières ? *Perspective infirmière, OIIQ*, 13(3), p. 45.
- Voyer, P., Savoie, C., & Lafrenière, F. (2020). *Le rôle de préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec*. Faculté des sciences infirmières. Québec: Université Laval. Récupéré sur <https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2020/10/2020-09-Voyer-et-al-Role-prepose-beneficiaire-SLD-final.pdf>
- Xu, X., Lazar, M. C., & Ruger, J. P. (2021). Micro-costing in health and medicine: a critical appraisal. *Health Economics Review*, 11, p. 1. Récupéré sur <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00298-5>

Références juridiques

- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, chapitre O-7.2.
- Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec - abrogée depuis le 17 mars 2010.*, RLRQ, chapitre A-7.002.
- Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant*, RLRQ, chapitre R-24.0.2.
- Loi sur le bâtiment*, RLRQ, chapitre B-1.1.
- Loi sur les contrats des organismes publics*, RLRQ, chapitre C-65.1.
- Loi sur les normes du travail*, RLRQ, chapitre N-1.1
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, MSSS, 1971: C48-94.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.
- Règlement sur certains contrats de service des organismes publics*, RLRQ, chapitre C-65.1, r. 4.
- Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial*, RLRQ, chapitre S-4.2, r. 3.1
- Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*, RLRQ, chapitre S-4.1, r. 0.01
- Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2, r. 8.
- Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, RLRQ, chapitre S-4.2, r. 5.01