

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés - COVID-19

Portrait des ressources financières du système de santé et de services sociaux québécois pour les aînés

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés - COVID-19

Portrait des ressources financières du système de santé et de services sociaux québécois pour les aînés

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Édition**Commissaire à la santé et au bien-être**

880, Chemin Ste-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN: 978-2-550-89958-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Commissaire**Joanne Castonguay**

Commissaire à la santé et au bien-être

Recherche et rédaction**Équipe d'évaluation de la performance****Révision linguistique****Anglocom****Édition****Direction des communications****Graphisme****Pro-Actif**

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	6
Liste des sigles et des acronymes	8
1. Faits saillants	9
2. Introduction	11
3. Sources de données du volet financier et choix méthodologiques	12
3.1 ICIS	12
3.2 OCDE.....	13
3.3 MSSS.....	14
4. Résultats du volet des ressources financières du système de santé québécois	16
4.1 Comparaisons provinciales et internationales des ressources financières investies en santé	16
4.1.1 Dépenses totales de santé	16
4.1.2 Dépenses gouvernementales de santé	21
4.1.3 Répartition des dépenses gouvernementales de santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus par allocation de fonds.....	24
4.1.4 Dépenses gouvernementales hospitalières.....	25
4.1.5 Dépenses gouvernementales consacrées aux autres établissements.....	27
4.1.6 Dépenses gouvernementales consacrées aux médecins.....	29
4.1.7 Dépenses gouvernementales en médicaments	31
4.2 Coûts associés au programme SAPA.....	33
4.2.1 Programme SAPA	33
4.2.2 Soutien à domicile du programme SAPA.....	37
4.2.3 Volet hébergement autre qu'en CHSLD (RI ou RTF, résidences d'accueil et autres ressources).....	39
4.2.4 Volet hébergement en CHSLD	41
5. Conclusion	47
6. Références	48
7. Annexe	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Répartition des dépenses totales de santé du Québec selon le type de payeur pour 2010 et 2019 (en \$ courants)	16
Figure 2 – Dépenses de santé totales du Québec par personne de 2010 à 2019 comparativement aux autres provinces (\$ constants de 2010)	17
Figure 3 – Dépenses de santé totales par personne en 2010 et en 2017 pour le Canada et les pays de l'OCDE (\$ US, PPA)	18
Figure 4 – Proportion des dépenses totales de santé par rapport au PIB pour le Québec et d'autres provinces canadiennes de 2010 à 2019	19
Figure 5 – Proportion des dépenses totales de santé par rapport au PIB de 2010 et de 2017 pour le Canada et les pays de l'OCDE	20
Figure 6 – Part des dépenses de santé du gouvernement du Québec par groupe d'âge en 2010 et en 2018	21
Figure 7 – Dépenses de santé du gouvernement du Québec par personne (\$ constants de 2010) selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010	22
Figure 8 – Dépenses gouvernementales provinciales de santé par personne pour la population de 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010), de 2010 à 2018	23
Figure 9 – Répartition des dépenses de santé du gouvernement du Québec pour les personnes âgées de 65 ans et plus par allocation de fonds de 2010 à 2018	24
Figure 10 – Dépenses hospitalières du gouvernement du Québec et d'autres provinces par personne (\$ constants de 2010) selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010	25
Figure 11 – Dépenses hospitalières gouvernementales par personne pour les 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018	26
Figure 12 – Dépenses du gouvernement du Québec et d'autres provinces par personne (\$ constants de 2010) consacrées aux autres établissements selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010	27
Figure 13 – Dépenses gouvernementales par personne consacrées aux autres établissements pour la population de 65 ans et plus du Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018	28
Figure 14 – Dépenses gouvernementales par personne (\$ constants de 2010) consacrées aux médecins du Québec et d'autres provinces selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010	29
Figure 15 – Dépenses gouvernementales par personne consacrées aux médecins pour la population de 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018	30
Figure 16 – Dépenses du gouvernement du Québec et d'autres provinces par personne (\$ constants de 2010) consacrées aux médicaments selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010	31

Figure 17 – Dépenses gouvernementales par personne consacrées aux médicaments pour la population de 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018.....	32
Figure 18 – Coûts directs bruts pour le programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)	33
Figure 19 – Coûts directs bruts pour le programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)	34
Figure 20 – Évolution de l'indice de base 100 des coûts par habitant pour les programmes de santé mentale et de santé physique et des coûts par personne âgée de 75 ans et plus pour le programme SAPA (\$ constants de 2015).....	35
Figure 21 – Répartition des dépenses du programme SAPA de 2015-2016 à 2019-2020 selon les trois volets d'activités.....	36
Figure 22 – Coûts directs bruts du volet soutien à domicile du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)	37
Figure 23 – Coûts directs bruts du volet soutien à domicile du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants).....	38
Figure 24 – Coûts directs bruts du volet hébergement autre qu'en CHSLD du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)	39
Figure 25 – Coûts directs bruts du volet hébergement autre que les CHSLD du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)	40
Figure 26 – Coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec, de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)	41
Figure 27 – Coûts directs bruts pour le volet hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants).....	42
Figure 28 – Répartition des coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés du programme SAPA par allocation de fonds pour le Québec pour 2015-2016 et 2019-2020.....	43
Figure 29 – Coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé selon le type de CHSLD pour le Québec, de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)	44
Figure 30 – Coûts directs bruts de la portion publique du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants).....	45
Figure 31 – Coûts directs bruts de la portion privée conventionnée du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants).....	46

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
FINESSS	Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LMRSSS	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PIB	Produit intérieur brut
PPA	Parité des pouvoirs d'achat
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

1. FAITS SAILLANTS

Dépenses totales de santé

- En 2019, les dépenses totales de santé du Québec étaient de 58,6 milliards de dollars courants;
- La proportion des dépenses de santé du gouvernement du Québec sur les dépenses totales de santé (incluant les portions publiques et privées) est de 66 % et est demeurée stable de 2010 à 2019;
- Sur la période de 2010 à 2019, les dépenses totales de santé par personne du Québec sont plus faibles que celles des autres provinces, mais elles ont rattrapé celles de la Colombie-Britannique en 2018;
- La proportion des dépenses totales de santé sur le produit intérieur brut (PIB) pour le Québec est plus élevée que celle des autres provinces de 2010 à 2019;
- En 2017, les dépenses totales de santé par personne du Canada sont légèrement plus faibles que la moyenne de ces dépenses pour d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques; il en est de même pour les dépenses totales de santé sur le PIB.

Dépenses gouvernementales de santé

- Les dépenses de santé du gouvernement du Québec par personne pour les personnes âgées de 65 ans et plus, en dollars constants de 2010, ont diminué de 2010 à 2018, alors qu'elles ont augmenté pour la population de moins de 65 ans. Cette diminution pour ce premier groupe d'âge s'explique essentiellement par le fait que la croissance de leurs dépenses en santé a été moins rapide que la croissance de la taille de leur population;
- Ces mêmes dépenses spécifiquement consacrées aux hôpitaux, aux autres établissements et en médicaments ont diminué, alors que celles octroyées aux médecins ont augmenté pendant la période à l'étude. Il demeure que ce sont encore les dépenses d'hospitalisation qui accaparent la plus grande part des fonds consacrés aux personnes appartenant à ce groupe d'âge;
- Les dépenses de santé gouvernementales par personne âgée de 65 ans et plus ont diminué dans toutes les provinces canadiennes. Notons qu'en 2018 ces dépenses pour le Québec étaient comparables à celles de l'Ontario. Celles consacrées aux médecins ont été moindres qu'ailleurs au Canada au début de la période à l'étude, mais l'écart s'est amenuisé en 2016.

Coûts associés au programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

- Les ressources financières par personne qui sont consacrées au programme SAPA ont augmenté par personne de 75 ans et plus pour les exercices financiers 2015-2016 à 2019 – 2020. Notons que ces dépenses ont augmenté moins que celles du programme de santé physique;
- Une diminution de la part des dépenses d'hébergement au profit de celle des dépenses pour le soutien à domicile sur l'ensemble des dépenses du programme SAPA est observée pendant la même période à l'étude. Toutefois, les dépenses liées à l'hébergement des personnes âgées en CHSLD demeurent encore les plus importantes, représentant près des deux tiers de l'enveloppe budgétaire allouée à ce programme;
- Notons que les coûts directs bruts pour le volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé ont augmenté de façon similaire pour les CHSLD publics et ceux privés conventionnés. Il demeure que les coûts de ce volet par lit dressé sont plus élevés pour la portion publique que pour la portion privée conventionnée.

2. INTRODUCTION

Lors de la première vague de COVID-19 de mars à juin 2020, le système de santé et de services sociaux du Québec a été mis à l'épreuve. Cet événement a révélé ses vulnérabilités, dont la prestation de soins et de services dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, plusieurs résidents sont décédés de la COVID-19 ou ont été laissés à eux-mêmes, en raison notamment du manque de personnel, d'équipement de protection et de l'absence des proches aidants qui ne pouvaient pas aller prêter main-forte dans ce contexte de pandémie.

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a reçu le mandat « d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux [...], dont plus spécifiquement quant à la dispensation des soins ainsi que des services d'hébergement aux aînés par les établissements de santé et de services sociaux publics et privés, incluant à ceux qui sont hébergés dans une installation maintenue par un établissement privé conventionné ou non conventionné, à ceux qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire ou par une ressource de type familial ou à ceux qui résident dans une résidence privée pour aînés » (Décret 861-2020).

Le présent document brosse le portrait des ressources financières du système de santé et de services sociaux du Québec pour les personnes âgées dans la période qui précède la pandémie de COVID-19. À l'instar des documents portant sur les ressources humaines et matérielles, il constitue un document de référence produit par le CSBE pour alimenter son rapport définitif, en lien avec le mandat précédemment mentionné. La première partie de ce document présente les ressources financières investies pour ce groupe particulier pour l'ensemble du Québec ainsi que pour d'autres provinces.

La seconde section fait des constats sur les ressources consacrées au programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) pour l'ensemble du Québec et par le réseau territorial de services (RTS). Ce programme, qui est coordonné par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres universitaires intégrés de santé et de services sociaux (CIUSSS), propose des interventions qui permettent de répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie et qui touchent les éléments suivants du continuum de soins : prévention, soins aigus, réadaptation, soutien à domicile, soins de longue durée et soins de fin de vie.

3. SOURCES DE DONNÉES DU VOLET FINANCIER ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Le volet financier des ressources du système de santé consacrées aux personnes aînées repose sur les sources de données produites par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Les principales bases de données utilisées sont décrites et les choix méthodologiques associés sont présentés.

3.1 ICIS

Dans un premier temps, les dépenses totales de santé du Québec sont présentées selon la source de financement afin de quantifier notamment la part des dépenses du gouvernement du Québec. Notons que seules ces dernières dépenses peuvent être ventilées par groupe d'âge. L'évolution des dépenses totales de santé par personne en dollars constants¹ de 2010 est également étudiée pour le Québec et d'autres provinces canadiennes de 2010 à 2019. Les dépenses par personne en dollars constants de 2010 sont présentées, puisque l'année 2010 est la première année de l'analyse, que des populations de taille différente sont comparées et qu'une exclusion de l'effet de l'inflation et de la croissance de la population sur les dépenses dans le temps est souhaitée. Les données de la série B des *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019*, sont employées pour ces analyses.

Pour effectuer des comparaisons interprovinciales des dépenses de santé consacrées aux aînés (65 ans et plus) et des comparaisons de l'évolution de ces dépenses pour le Québec entre les aînés (65 ans à 74 ans, 75 ans et plus), l'ensemble de la population et les personnes de 0 à 64 ans, les données de l'ICIS sur les *Tendances des dépenses nationales de santé, 2020*, mises à jour le 28 janvier 2021, sont employées. Les séries E1 à E6 sont utilisées et permettent de ventiler les dépenses selon les groupes d'âge. Ces dépenses comprennent celles liées aux fonds publics provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux relatifs au financement de la santé pour les provinces et territoires ainsi que les transferts des gouvernements provinciaux et territoriaux aux gouvernements municipaux. Il est important de mentionner que les dépenses en services sociaux sont exclues, contrairement à ce qui est fait dans le découpage des dépenses de programmes au Québec, et donc dans les statistiques du MSSS. La période de 2010 à 2018 a été retenue aux fins de l'analyse.

Les données de l'ICIS stratifient les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon différentes catégories, dont les hôpitaux, les autres établissements², les médecins et les médicaments³. Ainsi, en plus d'avoir une comparaison interprovinciale s'intéressant aux dépenses totales de santé des gouvernements provinciaux pour les services de santé consacrés aux personnes de 65 ans et plus, une comparaison pour chacune des allocations de fonds est présentée.

1 Le dollar constant permet de comparer dans le temps des montants qui reflètent le même pouvoir d'achat, c'est-à-dire que toute variation associée à l'inflation ou à la déflation est éliminée.

2 Établissements de soins en hébergement approuvés, financés ou agréés par les ministères de la santé et des services sociaux provinciaux. Ils incluent les foyers pour personnes âgées, les établissements pour les personnes ayant des déficiences physiques, des retards de développement, des déficiences psychiatriques, des problèmes liés à l'alcool et aux drogues ainsi que les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Ceux offrant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants ou pour délinquants sont exclus.

3 Médicaments prescrits et produits vendus sans ordonnance dans des commerces au détail. Les estimations représentent les coûts finaux pour les consommateurs et comprennent les honoraires professionnels, les majorations et les impôts appropriés. Les médicaments distribués dans les hôpitaux ou de façon générale dans les autres établissements sont exclus. Ceux-ci sont inclus dans les catégories Hôpitaux et Autres établissements.

Le CSBE compare les données du Québec à celles de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, qui sont les deux autres provinces les plus peuplées. Les autres provinces sont regroupées dans le champ « autres provinces » et la somme de leurs dépenses divisée par la somme de leur population est présentée. Les territoires ont été exclus de l'analyse, car leurs dépenses sont peu comparables à celles des autres provinces, notamment en raison d'une démographie fort différente, des coûts de transport accrus pour accéder aux soins et aux services, de la grande dispersion des populations ainsi que des enjeux d'organisation de soins et de problèmes de santé fort différents.

Pour le Québec, les dépenses totales gouvernementales de santé ou par allocation de fonds pour les personnes de 65 à 74 ans et pour celles de 75 ans et plus sont comparées à celles de l'ensemble de la population et des personnes de 0 à 64 ans afin d'évaluer leur évolution sur la période de 2010 à 2018. Pour ce faire, l'indice de base 100⁴ des dépenses de santé par personne sert de mesure pour dégager les constats. Notons que l'année 2010 constitue l'année de référence.

Selon les notes méthodologiques sur les *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019* (ICIS, 2019a) et les *Tendances des dépenses nationales de santé, 2020* (ICIS, 2021), l'estimation des dépenses de santé du gouvernement du Québec a été revue à la suite de la réforme amenée par l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (ci-après « LMRSSS ») en 2015-2016, laquelle a entraîné la modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Les principales différences entre les deux méthodes sont liées à l'inclusion de dépenses qui étaient auparavant exclues en raison de leur nature « sociale », à la révision de la classification de certains coûts et à l'inclusion des fonds spéciaux du gouvernement en matière de santé, dont les dépenses auraient dû être incluses auparavant. Ces changements majeurs entraînent une rupture dans les séries de données entre 2014-2015 et 2015-2016, particulièrement pour la catégorie Autres établissements. Une hausse est observable et attribuable à l'inclusion des dépenses consacrées aux jeunes en difficulté et aux patients dans les centres de réadaptation. De plus, une hausse considérable dans les dépenses totales financées par le gouvernement provincial est observable et largement attribuable à l'inclusion des dépenses du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINSSSS).

3.2 OCDE

Afin d'effectuer des comparaisons internationales des dépenses totales de santé, les données de l'OCDE sont utilisées (OECD.Stat). Celles portant sur les dépenses totales de santé par personne, en parité des pouvoirs d'achat (PPA) en dollars américains (\$ US), et celles de la proportion des dépenses totales de santé sur le produit intérieur brut (PIB) sont retenues. Les pays de l'OCDE considérés dans les analyses du CSBE sont : les États-Unis, les Pays-Bas, l'Allemagne, le Canada, la France, l'Australie, la Suède, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande. Ce choix repose sur celui de l'ICIS dans son rapport sur les *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2019* (ICIS, 2019b). L'ICIS juge que ce sont des pays comparables au Canada pour les raisons suivantes : ils ont de grandes économies développées, consacrent des ressources comparables à la santé et utilisent des méthodes semblables de collecte de données.

4 Un indice de base 100 est calculé en divisant chacune des observations de la période à l'étude par la valeur de la première année, puis en multipliant par 100.

3.3 MSSS

La base de données AS-471, qui inclut les états financiers annuels des CISSS, des CIUSSS et des établissements privés conventionnés, et le contour financier⁵ sont utilisés pour quantifier l'effort financier du Québec et des RTS en ce qui a trait au programme SAPA. En plus de présenter différents indicateurs globaux de ce programme, d'autres s'intéressant à trois volets particuliers sont montrés: soutien à domicile, hébergement autre qu'en CHSLD (ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF), résidences d'accueil et autres ressources) et hébergement en CHSLD. Une comparaison de l'évolution des dépenses avec celles d'autres programmes comme la santé mentale et la santé physique est effectuée. De plus, la base de données AS-478, qui contient l'information des rapports statistiques annuels des centres hospitaliers (CH), des CHSLD et de certaines activités des centres locaux de services communautaires (CLSC), est utilisée pour mettre en perspective l'effort financier associé au programme SAPA par lit dressé pour les CHSLD publics et privés conventionnés.

Les éléments méthodologiques clés de l'analyse du CSBE sont les suivants:

- Unités d'observation: Elles correspondent à l'ensemble du Québec et aux RTS. Notons que les établissements non fusionnés, ceux de santé mentale et de réadaptation ont été exclus de cette analyse;
- Exclusion de certains RTS de l'analyse par RTS: Ceux du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont exclus. En effet, plusieurs centres d'activités ont des valeurs nulles ou ont une valeur très élevée, et le CSBE ne dispose pas d'information sur les éléments qui expliquent cette variabilité. Il pourrait s'intéresser à ces différences dans le cadre d'autres travaux. Notons également que leurs dépenses sont peu comparables à celles des autres RTS, notamment en raison des coûts de transport accrus pour accéder aux soins et aux services compte tenu de l'éloignement, des masses critiques faibles et de la dispersion de la population. La proportion de personnes de 65 ans et plus dans ces trois RTS est de 8,4 %, alors qu'elle est de 19,3 % pour l'ensemble du Québec (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2020), ce qui pourrait avoir une incidence à la baisse sur la demande de services associés au programme SAPA. Notons que ces RTS sont inclus dans les analyses dont l'unité géographique est l'ensemble du Québec;
- Période d'observation: Elle correspond aux exercices financiers de 2015-2016 à 2019-2020, soit après la réforme amenée par l'adoption le 1^{er} avril 2015 de la LMRSSS, qui a amené un changement dans l'organisation des bases de données. Lorsque des tendances sont présentées dans le temps, les coûts sont rapportés en dollars constants de 2015;
- Coûts bruts: Les analyses effectuées à l'aide de la base de données AS-471 considèrent les coûts bruts, ce qui exclut les ventes de services, les recouvrements et les transferts de frais généraux. Les analyses effectuées à l'aide du contour financier présentent plutôt les coûts nets, ce qui constitue une petite différence avec l'analyse du CSBE;
- Coût par personne de 75 ans et plus: À l'exception des proportions de coûts, les autres indicateurs ramènent les coûts sur une base par personne à l'aide de données produites par l'ISQ afin de comparer les différents RTS. Selon des calculs effectués à partir de la

⁵ Les contours financiers sont issus d'une méthodologie du MSSS qui vise à regrouper les dépenses des établissements par programme. Pour les secteurs de coûts qui sont mobilisés par plus d'un programme, des hypothèses sont utilisées pour répartir leurs coûts entre les différents programmes. Cette approche est utilisée pour l'allocation des ressources et le suivi de l'évolution et de la répartition des dépenses.

base de données du système I-CLSC, le pourcentage des usagers de 75 ans et plus du programme SAPA qui utilisent les services d'un CLSC associé au programme SAPA est de 80,8 % en 2019-2020 pour l'ensemble des CISSS et des CIUSSS du Québec, alors que celui associé aux personnes de 65 à 74 ans est de 14,6 %. Ainsi, les coûts pour ce programme sont divisés par le nombre de Québécois de 75 ans et plus, qui semblent être ses principaux utilisateurs;

- Proportion des coûts en pourcentage des charges totales des CISSS et des CIUSSS: Certains indicateurs ont pour dénominateur les charges totales réelles des CISSS et des CIUSSS, qui excluent le fonds d'immobilisations. Cela correspond donc aux activités principales du fonds d'exploitation (rapports financiers, p. 200, sous-page 00; ligne 28; colonne 2);
- Centres d'activités du programme SAPA inclus: L'ensemble des centres d'activités incorporés dans l'analyse du CSBE pour les trois volets sont présentés à l'annexe. Notons que le classement des centres d'activités parmi les trois volets considère le milieu de soins où réside l'utilisateur. Des centres d'activités spécifiques et non exclusifs sont inclus. Toutefois, le CSBE a exclu des centres d'activités administratifs de ceux de ce programme, car il souhaite surtout garder les coûts directs. Les services administratifs peuvent couvrir dans certains cas plus d'un programme. Il s'agit de: encadrement des ressources (6430), gestion et soutien des services à domicile (7151), gestion et soutien aux autres programmes (7152) et gestion et soutien aux programmes (hors territoire) (7158), pour le programme SAPA. Ainsi, nous présentons les coûts des services directs aux patients. De plus, la gériatrie active (6058) a été exclue, car elle concerne des personnes âgées souffrant de pluripathologies et nécessitant une hospitalisation. Les centres d'activités de médecine, de chirurgie et d'urgence ne sont pas inclus dans le programme SAPA dans ce portrait financier; ils font plutôt partie du programme de santé physique à l'exception des urgences qui sont aussi associées au programme de santé mentale;
- Programmes santé mentale et physique: Les données originales du contour financier constituent la source de données pour documenter les coûts par habitant associés à ces programmes. Afin de comparer l'évolution des coûts des différents programmes par habitant dans le temps, leur indice de base 100 (100 pour la première année de la série) est présenté pour la période à l'étude;
- Principales sources des indicateurs présentés: Ils ont été recensés dans les sources suivantes: INESSS (2019), CSBE (2015), Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2015), Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2015).

4. RÉSULTATS DU VOLET DES RESSOURCES FINANCIÈRES DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Le volet des ressources financières regroupe deux analyses. L'une présente les ressources financières investies en santé pour l'ensemble de la population et pour les personnes âgées, pour le Québec ainsi que pour d'autres provinces. De plus, une comparaison des dépenses canadiennes en santé avec celles des pays de l'OCDE est effectuée. L'autre porte sur les ressources consacrées au programme SAPA pour l'ensemble du Québec et par RTS.

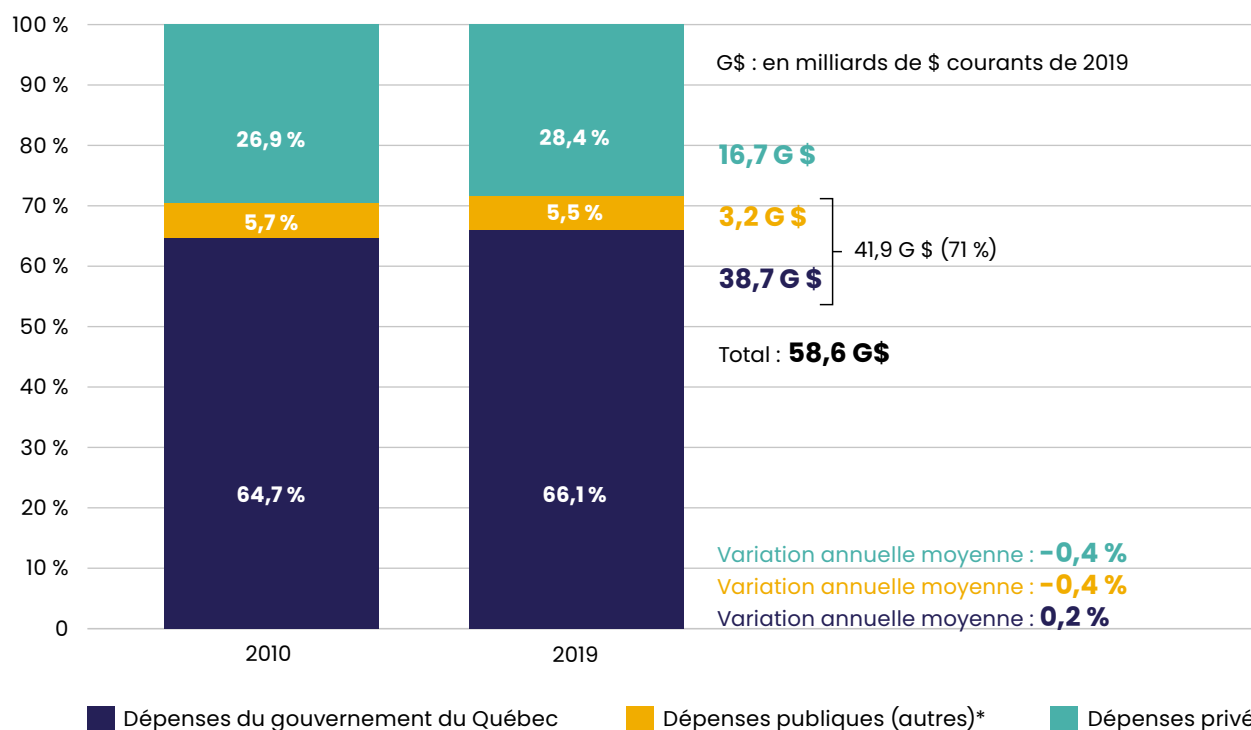
4.1 Comparaisons provinciales et internationales des ressources financières investies en santé

Cette section présente les dépenses totales de santé pour l'ensemble de la population du Québec et ailleurs. De plus, les dépenses gouvernementales provinciales en santé et par allocation de fonds consacrées aux aînés font l'objet d'une discussion.

4.1.1 Dépenses totales de santé

En 2019, les dépenses totales de santé du Québec étaient de 58,6 milliards de dollars courants. En moyenne, elles ont crû annuellement de 4,1% de 2010 à 2019. Les dépenses publiques et privées de santé s'élevaient, respectivement, à 41,9 milliards (71%) et à 16,7 milliards de dollars (28%). Notons que leur part est restée stable de 2010 à 2019. Les dépenses du gouvernement du Québec, y compris les transferts fédéraux en santé, représentaient 38,7 milliards, soit 66% de l'ensemble des dépenses totales de santé. Leur part a augmenté de 0,2% de 2010 à 2019 (Figure 1).

Figure 1 – Répartition des dépenses totales de santé du Québec selon le type de payeur pour 2010 et 2019 (en \$ courants)

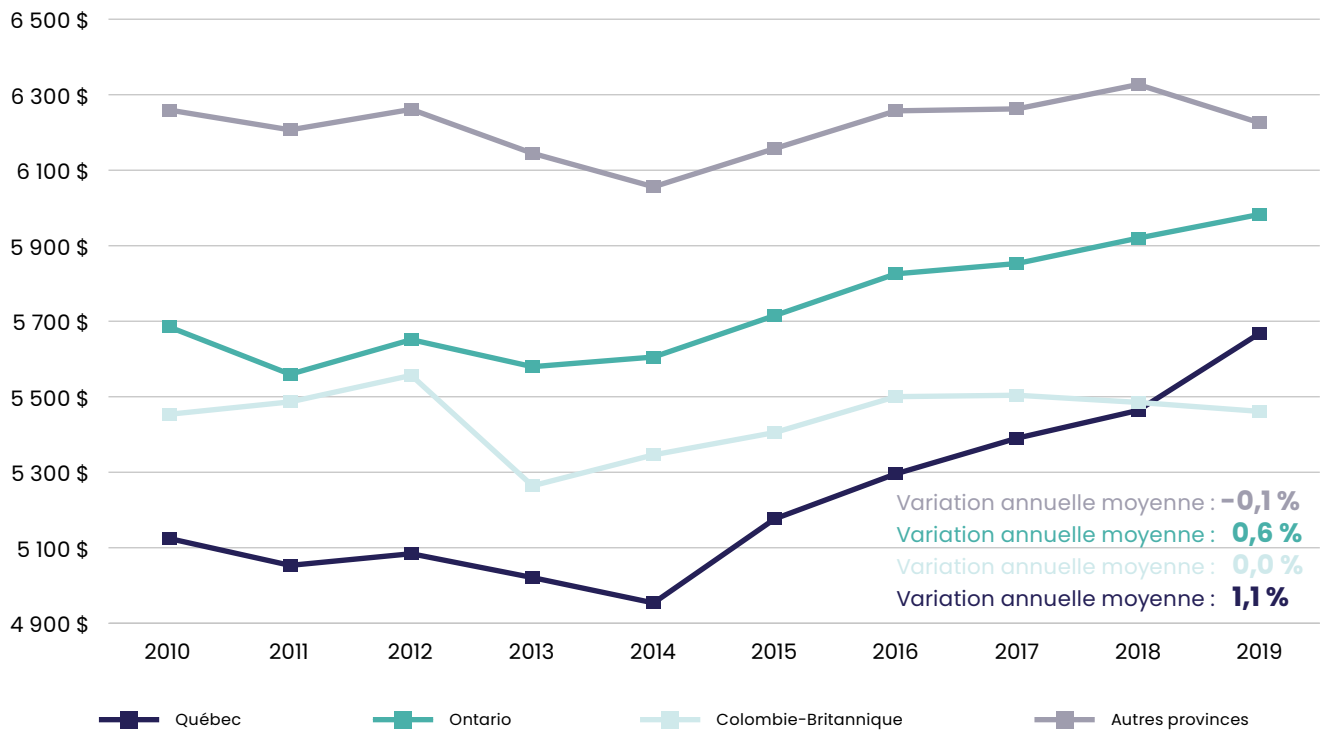


Source: Extraction des données de l'ICIS (2019), Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019: tableaux de données.

* Inclut les dépenses engagées par les municipalités, les caisses de sécurité sociale et le gouvernement fédéral (excluant les transferts aux provinces et aux territoires).

Les dépenses de santé totales et du gouvernement du Québec ont augmenté plus vite que l'inflation et la population. En effet, de 2010 à 2019, la variation annuelle moyenne des dépenses totales par personne en dollars constants de 2010 est de 1,1%. Notons que les dépenses totales de santé par personne en 2019 sont de 6 935\$. Par rapport aux autres provinces canadiennes⁶, c'est au Québec que les dépenses totales de santé par personne ont été les plus faibles jusqu'en 2018. De 2010 à 2014, les dépenses par personne ont diminué au Québec. À partir de 2015, le CSBE constate une augmentation importante et soutenue. C'est seulement en 2019 que le niveau de dépenses du Québec a dépassé, pour la première fois depuis la mise en place de la réforme du système de santé, celui de la Colombie-Britannique. Toutefois, celles de l'Ontario et des autres provinces réunies (excluant le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique) sont beaucoup plus élevées (Figure 2).

Figure 2 – Dépenses de santé totales du Québec par personne de 2010 à 2019 comparativement aux autres provinces (\$ constants de 2010)

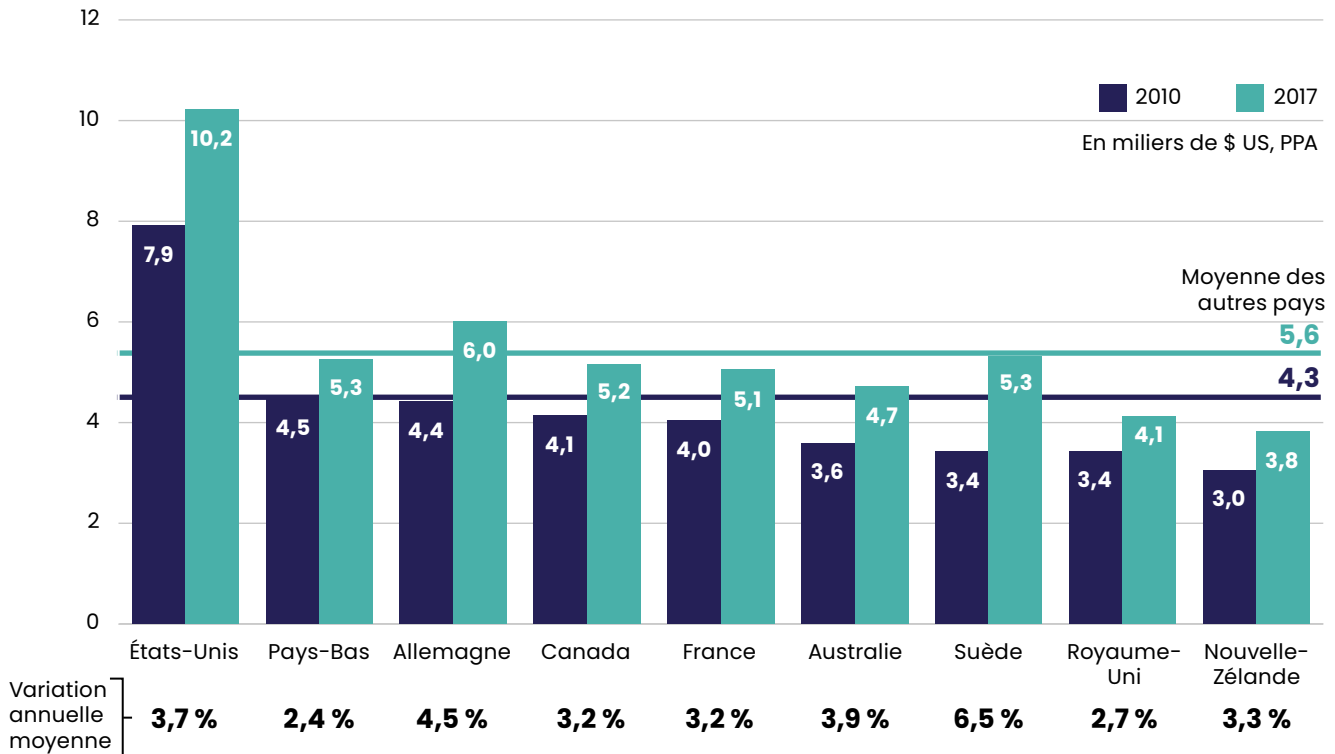


Source: Extraction des données de l'ICIS (2019), Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019: tableaux de données.

6 Les trois territoires ont été exclus, car ils sont moins comparables avec le Québec eu égard à leur population (ex.: densité, niveau d'urbanisation, éloignement des grands centres), aux sources de financement et aux composantes du système de soins.

Lorsque les dépenses par personne, en PPA en \$ US, sont comparées avec d'autres pays de l'OCDE, il en ressort que le Canada et, par extrapolation, le Québec ont des niveaux inférieurs de dépenses à ceux de la moyenne des pays de l'OCDE considérés en 2010 (4 144 \$ US, PPA, comparativement à 4 296 \$ US, PPA) et en 2017 (5 155 \$ US, PPA, comparativement à 5 565 \$ US, PPA) (Figure 3).

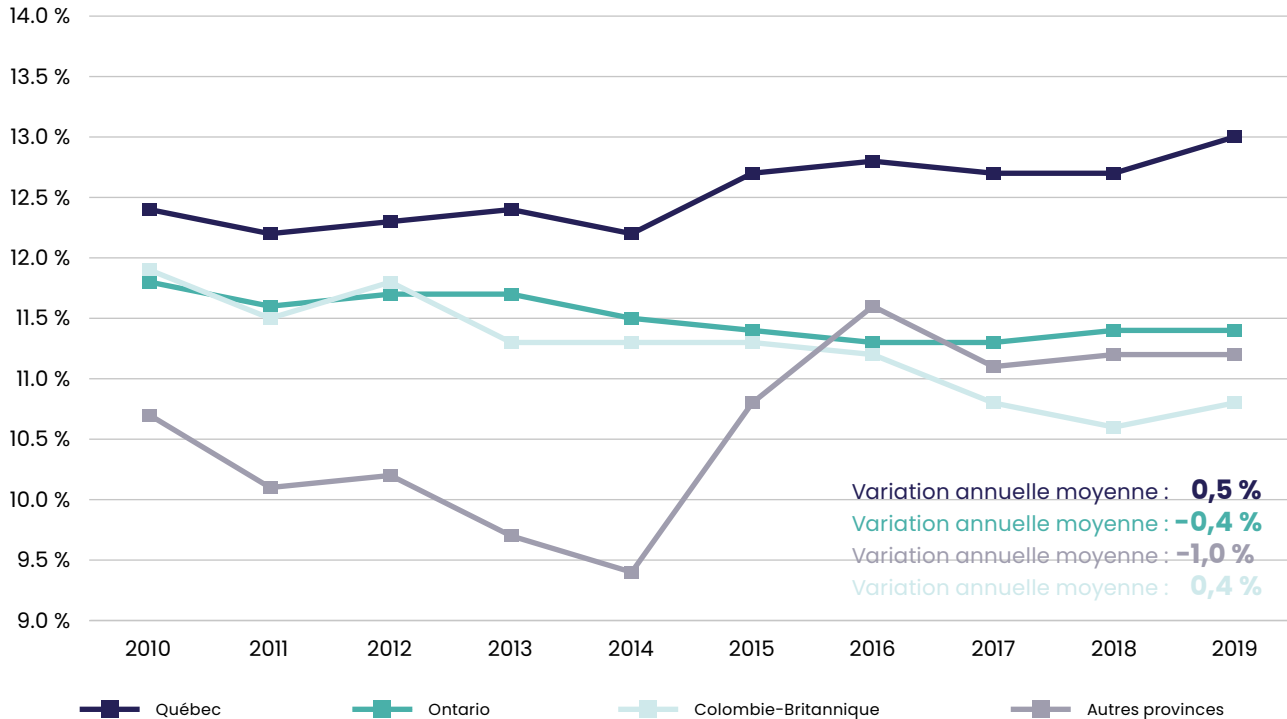
Figure 3 – Dépenses de santé totales par personne en 2010 et en 2017 pour le Canada et les pays de l'OCDE (\$ US, PPA)



Source: Extraction des données de l'OCDE (2020), OECD.Stat.

Par rapport à la richesse collective mesurée par le PIB, de 2010 à 2019, les dépenses totales de santé du Québec (en 2019: 13%) sont supérieures à celles des autres provinces (en 2019: 11,2%), de l'Ontario (en 2019: 11,4%) et de la Colombie-Britannique (en 2019: 10,8%). Pour ces deux dernières provinces, cette proportion a chuté à partir de 2013, alors que pour les autres provinces réunies, une hausse est observée de 2014 à 2016 en raison de la diminution marquée du PIB de l'Alberta (Figure 4).

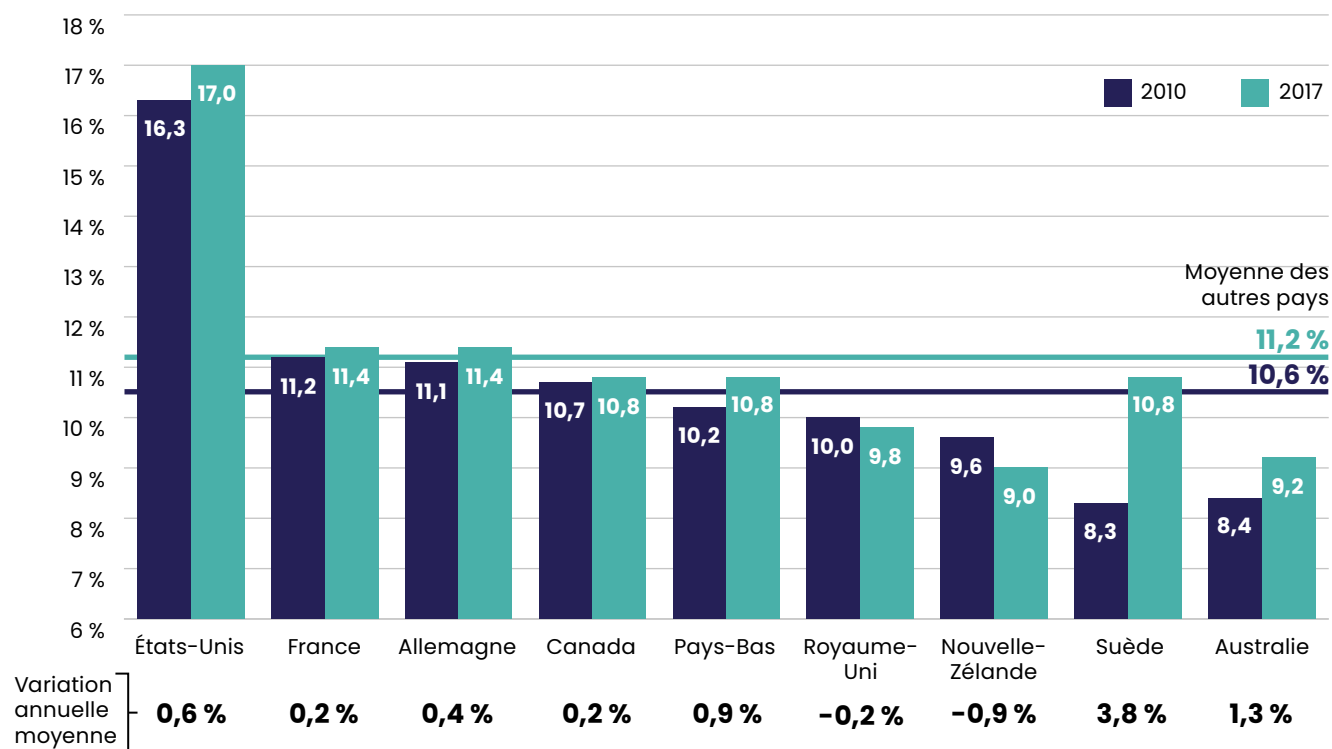
Figure 4 – Proportion des dépenses totales de santé par rapport au PIB pour le Québec et d'autres provinces canadiennes de 2010 à 2019



Source: Extrait des données de l'ICIS (2019), Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019: tableaux de données.

Lorsqu'une comparaison de cet indicateur est effectuée avec les pays de l'OCDE, basée sur les données de cette organisation, le Canada se retrouve soit dans la moyenne en 2010 (10,7% pour le Canada comparativement à 10,6%), soit un peu en bas en 2017 (10,8% pour le Canada comparativement à 11,2%). Le CSBE a estimé la valeur pour le Québec à l'aide des données de l'ICIS et de celles de l'OCDE et arrive au constat que cette proportion pour le Québec en 2017 est au-dessus de la moyenne observée pour les autres pays de l'OCDE considérés (11,9% comparativement à 11,2%) (Figure 5).

Figure 5 – Proportion des dépenses totales de santé par rapport au PIB de 2010 et de 2017 pour le Canada et les pays de l'OCDE



Source: Extraction des données de l'OCDE (2020), OECD.Stat.

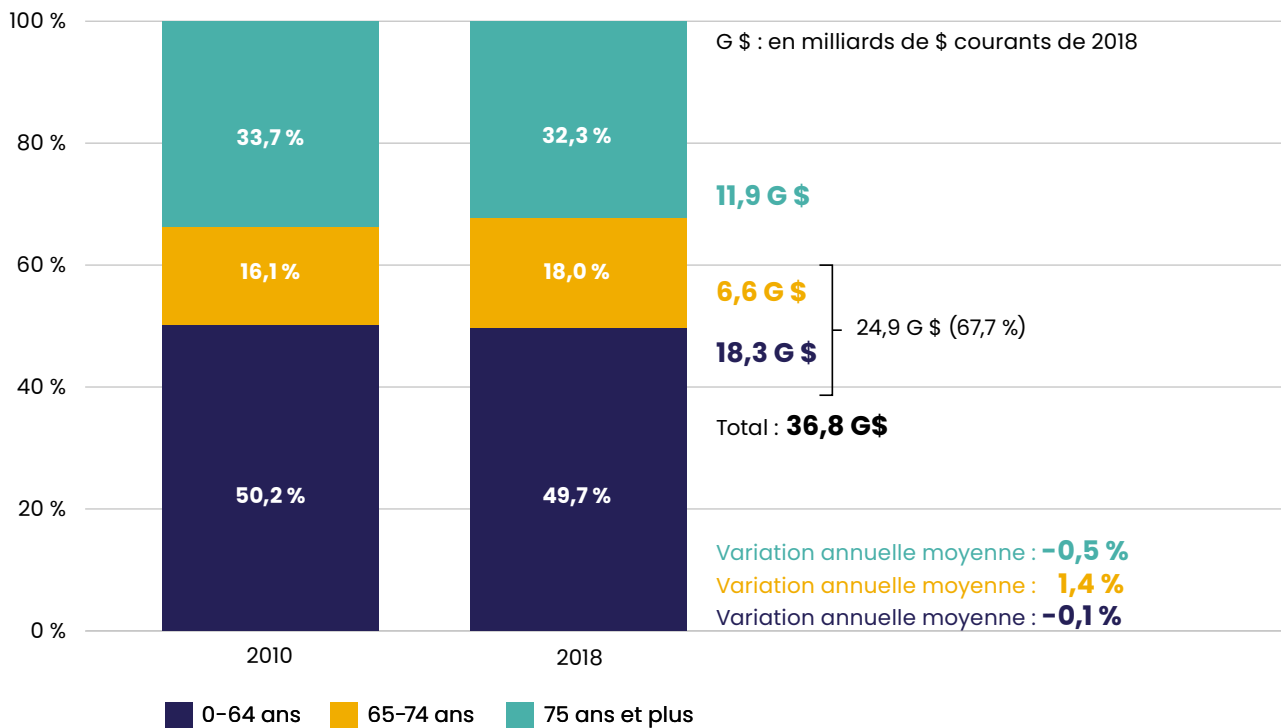
En définitive, la proportion des dépenses de santé du gouvernement du Québec sur les dépenses totales de santé est de 66% et est demeurée stable de 2010 à 2019. Les dépenses totales de santé par personne du Québec sont plus faibles que celles des autres provinces, mais elles ont rattrapé celles de la Colombie-Britannique en 2018. Les dépenses totales de santé par rapport au PIB du Québec sont plus élevées que celles des autres provinces. Par ailleurs, les dépenses totales de santé par personne du Canada sont légèrement plus faibles que la moyenne de ces dépenses pour des pays de l'OCDE jugés comparables; il en est de même pour les dépenses totales de santé par rapport au PIB en 2017.

4.1.2 Dépenses gouvernementales de santé

Selon les données de l'ICIS, les dépenses de santé du gouvernement du Québec en 2018 pour les personnes de 0 à 64 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus étaient respectivement de 18,3, de 6,6 et de 11,9 milliards de dollars. De 2010 à 2018, les dépenses de santé du gouvernement du Québec sont passées de 26,3 à 30,3 milliards de dollars constants de 2010. Cela représente une augmentation annuelle moyenne de 1,8 % (variation totale de 15 %).

Les parts des dépenses gouvernementales de santé pour les 0 à 64 ans, les 65 à 74 ans et les 75 ans et plus sont respectivement de 50 %, de 18 % et de 32 % pour l'année 2018 (Figure 6). Par rapport à l'année 2010, cela correspond à une augmentation annuelle moyenne de 1,4 % pour les 65 à 74 ans et à une diminution annuelle moyenne de 0,5 % pour les 75 ans et plus. La part des dépenses associées aux personnes de 0 à 64 ans est similaire pour 2010 et 2017.

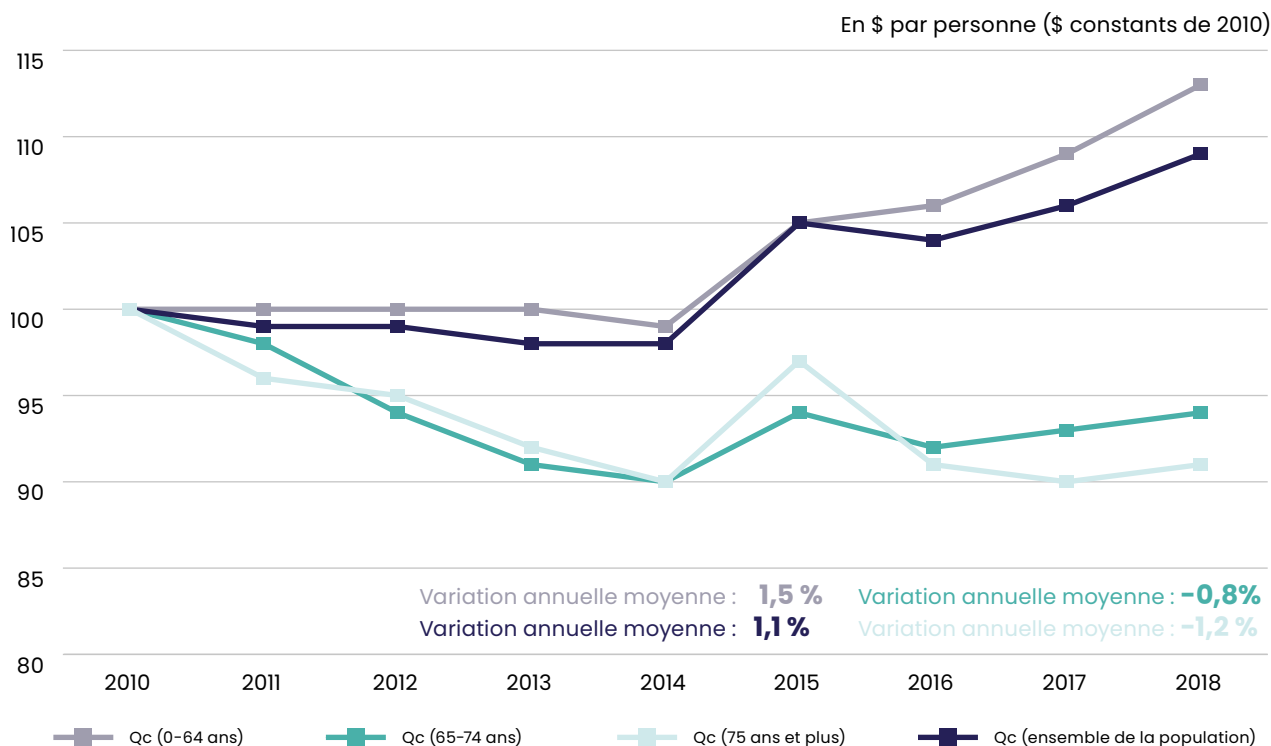
Figure 6 – Part des dépenses de santé du gouvernement du Québec par groupe d'âge en 2010 et en 2018



Source: Extrait des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020 : tableaux de données.

En 2018, les dépenses de santé du gouvernement du Québec par habitant étaient de 2 690 \$, de 7 275 \$ et de 17 792 \$ pour les personnes âgées de moins de 64 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus, respectivement. L'évolution de l'indice de base 100 de ces dépenses au Québec de 2010 à 2018 montre qu'elles ont augmenté pour les 0 à 64 ans et pour l'ensemble de la population, alors qu'elles ont diminué chez les aînés. En effet, les variations annuelles moyennes de 2010 à 2018 sont de 1,5 % (0 à 64 ans), de 1,1 % (ensemble de la population), de -0,8 % (65 à 74 ans) et de -1,2 % (75 ans et plus) (Figure 7). Pour les personnes de 65 ans et plus, bien que leur nombre ait augmenté (de 1,2 million en 2010 à 1,6 million en 2018, variation annuelle moyenne de 3,4 %), leurs dépenses gouvernementales de santé ont crû plus faiblement (de 13 à 15,2 milliards en dollars constants de 2010, de 2010 à 2018, variation annuelle moyenne de 1,9 %) que la taille de leur population, ce qui explique cette décroissance par personne. En d'autres termes, les dépenses de santé pour les aînés n'ont pas suivi leur croissance démographique.

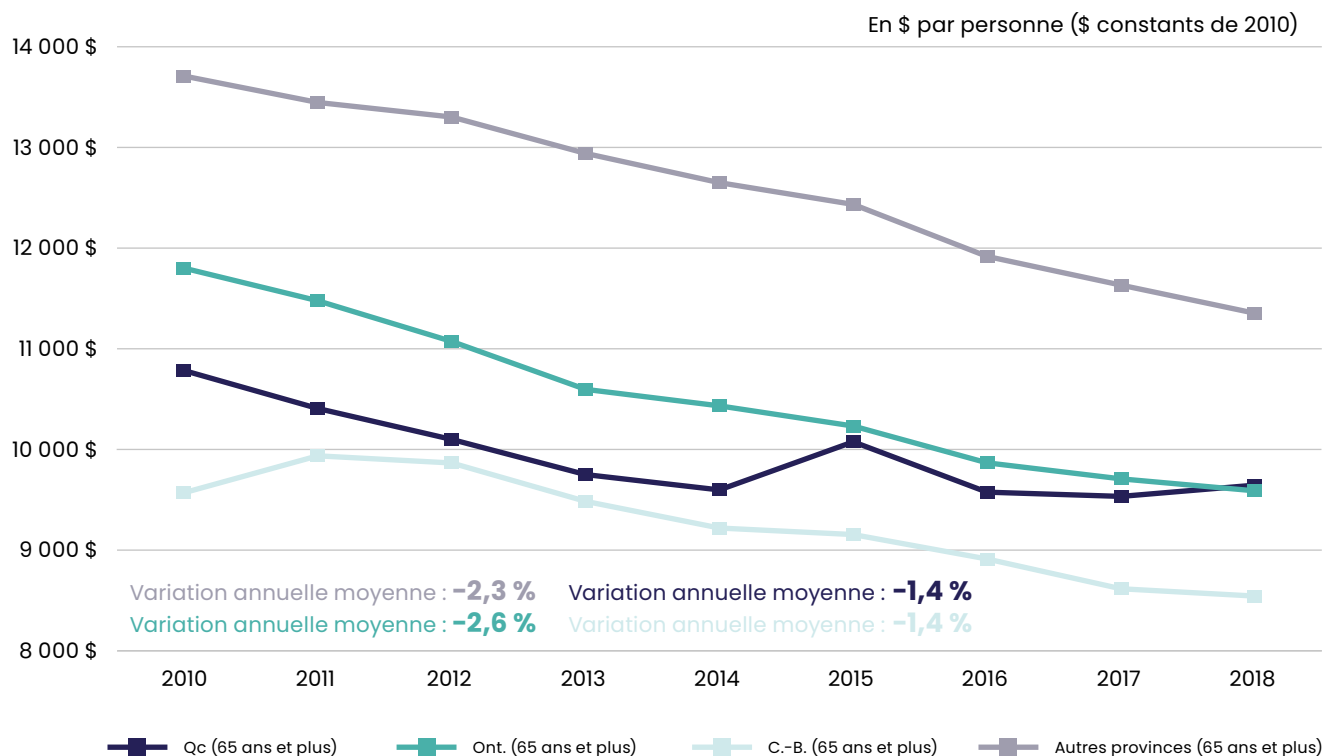
Figure 7 – Dépenses de santé du gouvernement du Québec par personne (\$ constants de 2010) selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010



Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020 : tableaux de données.

Les dépenses annuelles de santé gouvernementales par personne âgée de 65 ans et plus ont diminué dans toutes les provinces canadiennes. Au Québec, en 2018, elles étaient de 9 645 \$, ce qui est comparable à celles de l'Ontario (9 559 \$), supérieur à celles de la Colombie-Britannique (8 543 \$), mais inférieur à celles des autres provinces réunies (11 353 \$) (Figure 8).

Figure 8 – Dépenses gouvernementales provinciales de santé par personne pour la population de 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010), de 2010 à 2018

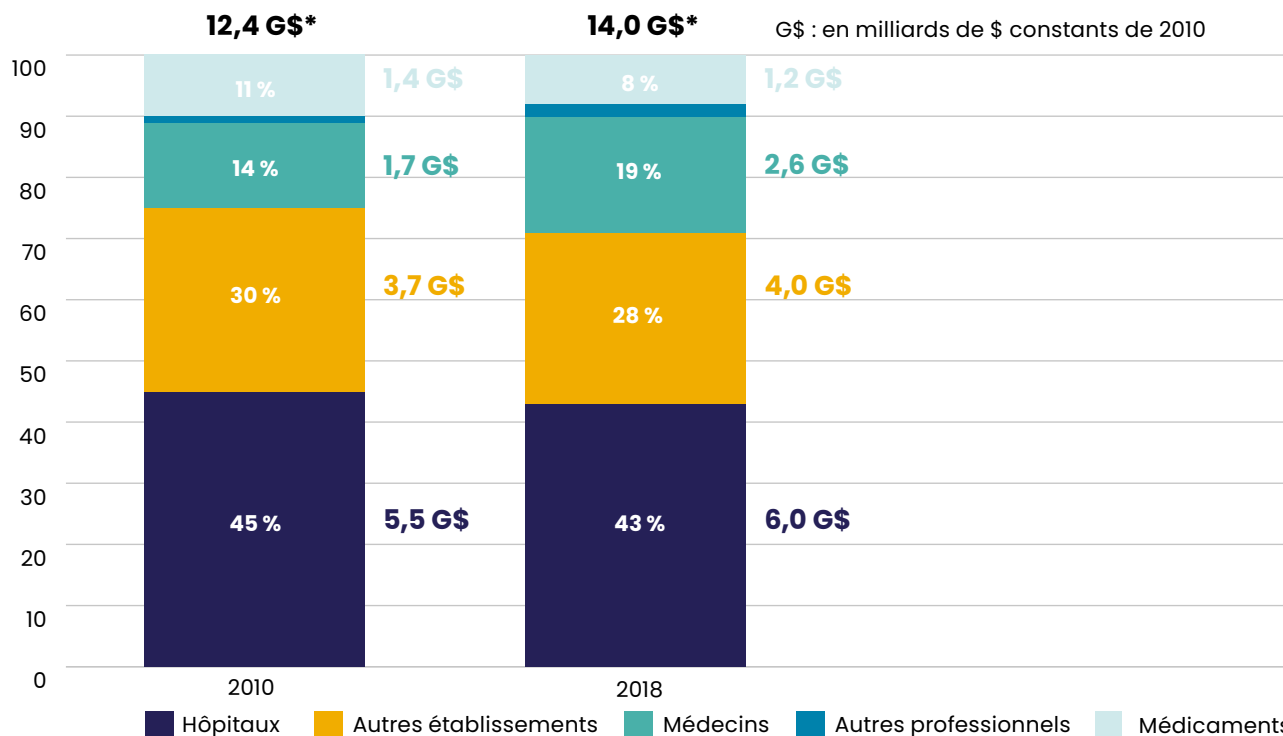


Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

4.1.3 Répartition des dépenses gouvernementales de santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus par allocation de fonds

De 2010 à 2018, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, la proportion des dépenses hospitalières par rapport aux dépenses gouvernementales provinciales de santé a diminué de 45 % à 43 %. Cette proportion pour les dépenses en médicaments est passée de 11 % à 8 %. Quant à la proportion des dépenses consacrées aux autres établissements, elle est passée de 30 % à 28 %, alors que celle liée aux dépenses pour les médecins a crû de 14 % à 19 % (Figure 9). Ainsi, de 2010 à 2018, l'augmentation des dépenses de santé du gouvernement du Québec destinées aux personnes de 65 ans et plus a surtout été attribuable à celles consacrées à la rémunération des médecins.

Figure 9 – Répartition des dépenses de santé du gouvernement du Québec pour les personnes âgées de 65 ans et plus par allocation de fonds de 2010 à 2018



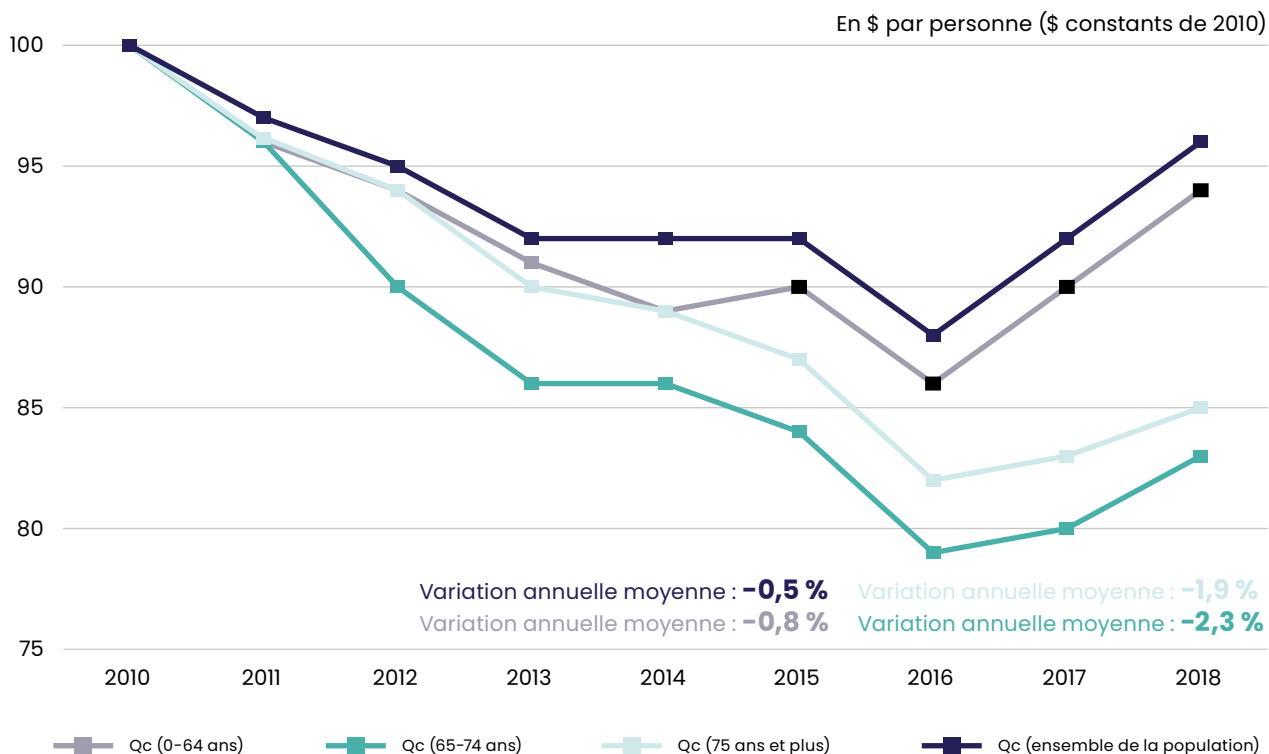
Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

* La somme des montants de chacune des catégories de dépenses n'égale pas les dépenses totales en raison des arrondissements effectués et du fait que les dépenses des autres professionnels ne sont pas indiquées afin d'alléger la présentation.

4.1.4 Dépenses gouvernementales hospitalières

En 2018, les dépenses du gouvernement du Québec pour les hôpitaux étaient de 13,1 milliards de dollars. La part de ces dépenses pour les personnes de moins de 64 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus était respectivement de 44,6% (5,9 milliards), de 20,9% (2,7 milliards) et de 34,5% (4,5 milliards). Pour cette même année, les dépenses gouvernementales hospitalières par personne au Québec étaient de 859\$ pour les personnes de moins de 64 ans, de 3 019\$ pour les 65 à 74 ans et de 6 765\$ pour les 75 ans et plus. L'évolution de l'indice de base 100 de ces dépenses au Québec de 2010 à 2018 montre qu'elles diminuent plus pour les aînés que pour les personnes de 0 à 64 ans et que pour l'ensemble de la population. En effet, les variations annuelles moyennes de 2010 à 2018 sont de -0,5% (ensemble de la population), de -0,8% (0 à 64 ans), de -1,9% (75 ans et plus) et de -2,3% (65 à 74 ans) (Figure 10).

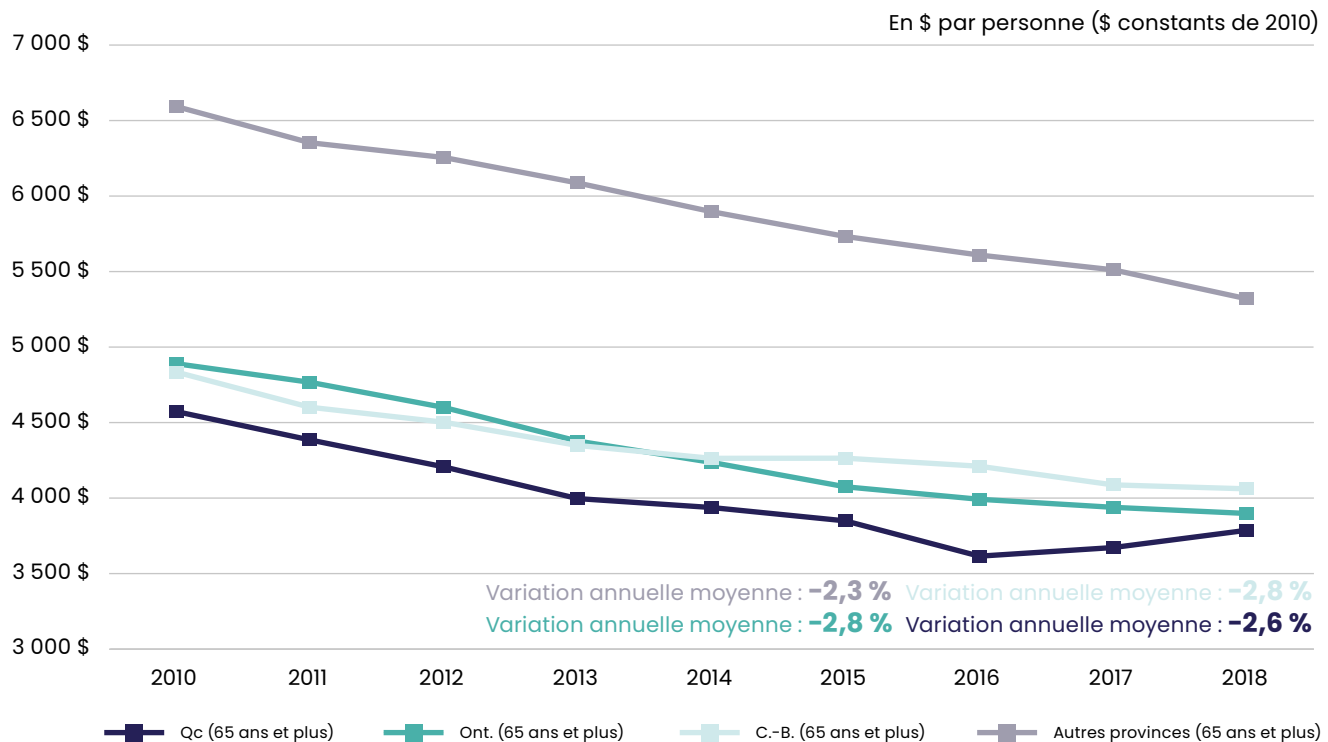
Figure 10 – Dépenses hospitalières du gouvernement du Québec et d'autres provinces par personne (\$ constants de 2010) selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010



Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

Les dépenses gouvernementales hospitalières par personne pour les personnes de 65 ans et plus du Québec sont légèrement inférieures (malgré l'inclusion du FINESSS) à celles de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Toutefois, elles sont de loin inférieures à celles des autres provinces. L'explication est en partie liée aux salaires moindres au Québec. La décroissance annuelle de ces dépenses pour le Québec (-2,3%) est en moyenne un peu plus faible que celle de l'Ontario (-2,8%), de la Colombie-Britannique (-2,8%) et des autres provinces (-2,6%) (Figure 11).

Figure 11 – Dépenses hospitalières gouvernementales par personne pour les 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018

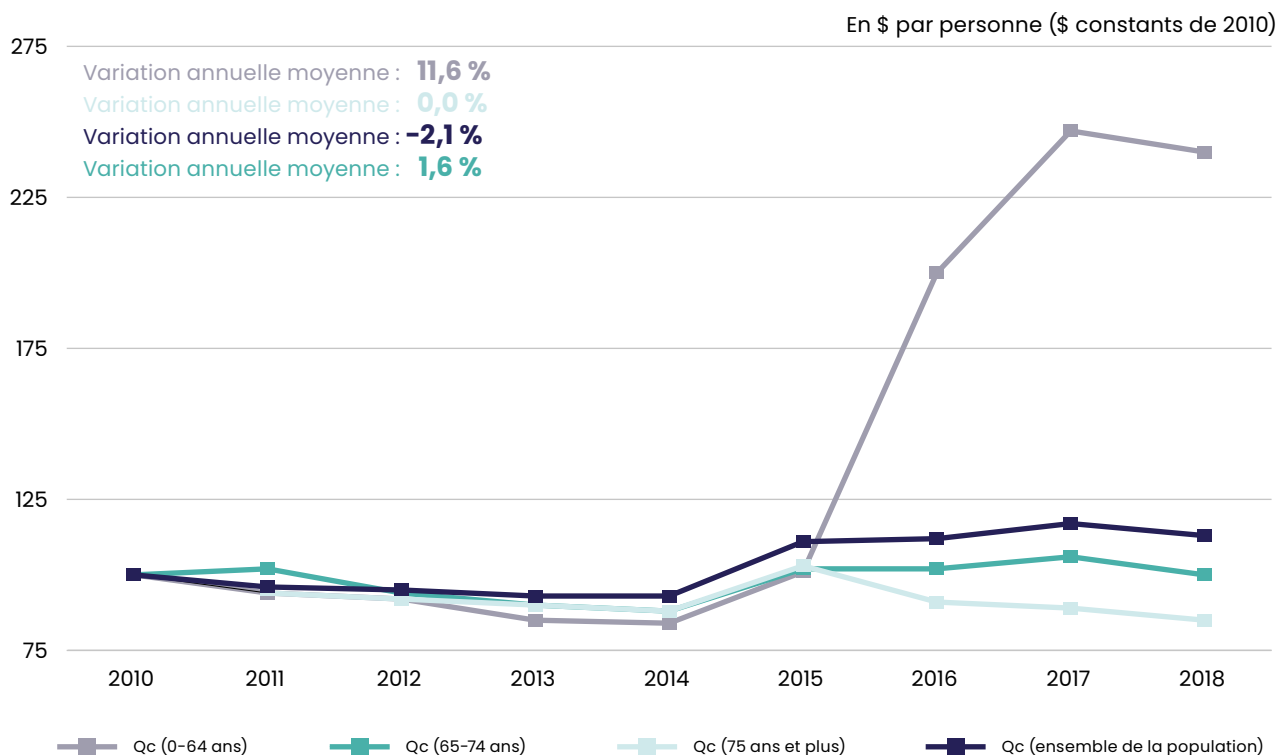


Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

4.1.5 Dépenses gouvernementales consacrées aux autres établissements

En 2018, les dépenses du gouvernement du Québec pour les autres établissements étaient de 5,9 milliards de dollars. La part de ces dépenses pour les personnes de moins de 64 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus était respectivement de 19 % (1,1 milliard), de 11,8 % (0,7 milliard) et de 69,2 % (4,1 milliards). Pour cette même année, les dépenses gouvernementales consacrées aux autres établissements par personne au Québec étaient de 104 \$ pour les personnes de moins de 64 ans, de 771 \$ pour les 65 à 74 ans et de 6 141 \$ pour les 75 ans et plus. Ces dépenses ont augmenté de façon importante pour les 0 à 64 ans (11,6 %) en raison de l'inclusion des dépenses consacrées aux jeunes en difficulté et aux patients dans les centres de réadaptation à la suite de la réforme de 2015-2016. Elles ont aussi augmenté pour l'ensemble de la population (1,6 %), sont demeurées stables pour les 65 à 74 ans (0 %), alors qu'elles ont diminué pour les personnes âgées de 75 ans et plus (-2,1 %) (Figure 12).

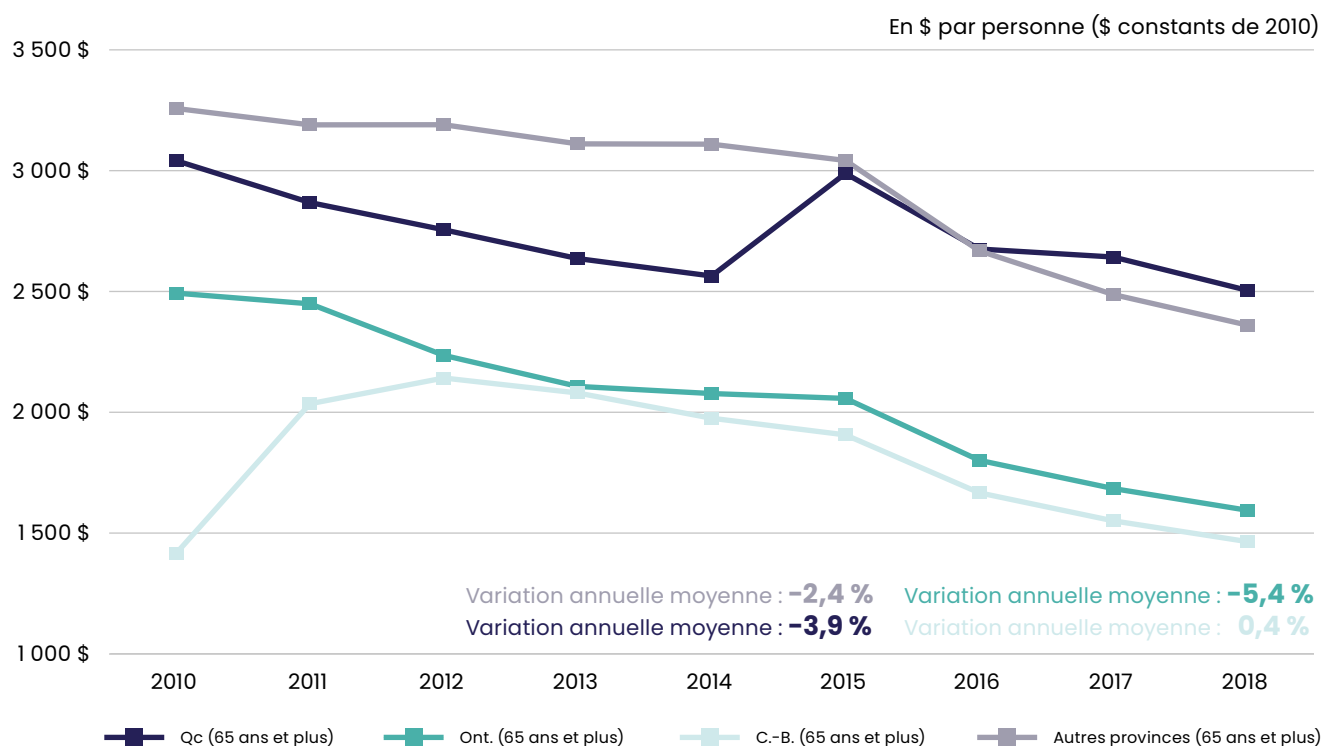
Figure 12 – Dépenses du gouvernement du Québec et d'autres provinces par personne (\$ constants de 2010) consacrées aux autres établissements selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010



Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

Les dépenses du gouvernement du Québec par personne consacrées aux autres établissements pour les personnes âgées de 65 ans et plus sont supérieures à celles de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Elles sont inférieures à celles des autres provinces de 2010 à 2014, mais il y a un rattrapage par la suite. La décroissance annuelle moyenne pour le Québec est plus faible (-2,4%) que celle des autres provinces (-3,9%) et de l'Ontario (-5,4%). Notons que les dépenses de la Colombie-Britannique ont légèrement augmenté pendant la période à l'étude (0,4%); cela peut notamment s'expliquer par la méthode d'estimation des dépenses de santé du gouvernement de la Colombie-Britannique, qui a été revue et qui entraîne une rupture à la hausse dans les séries de données de 2011-2012 pour les autres établissements de santé (Figure 13).

Figure 13 – Dépenses gouvernementales par personne consacrées aux autres établissements pour la population de 65 ans et plus du Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018

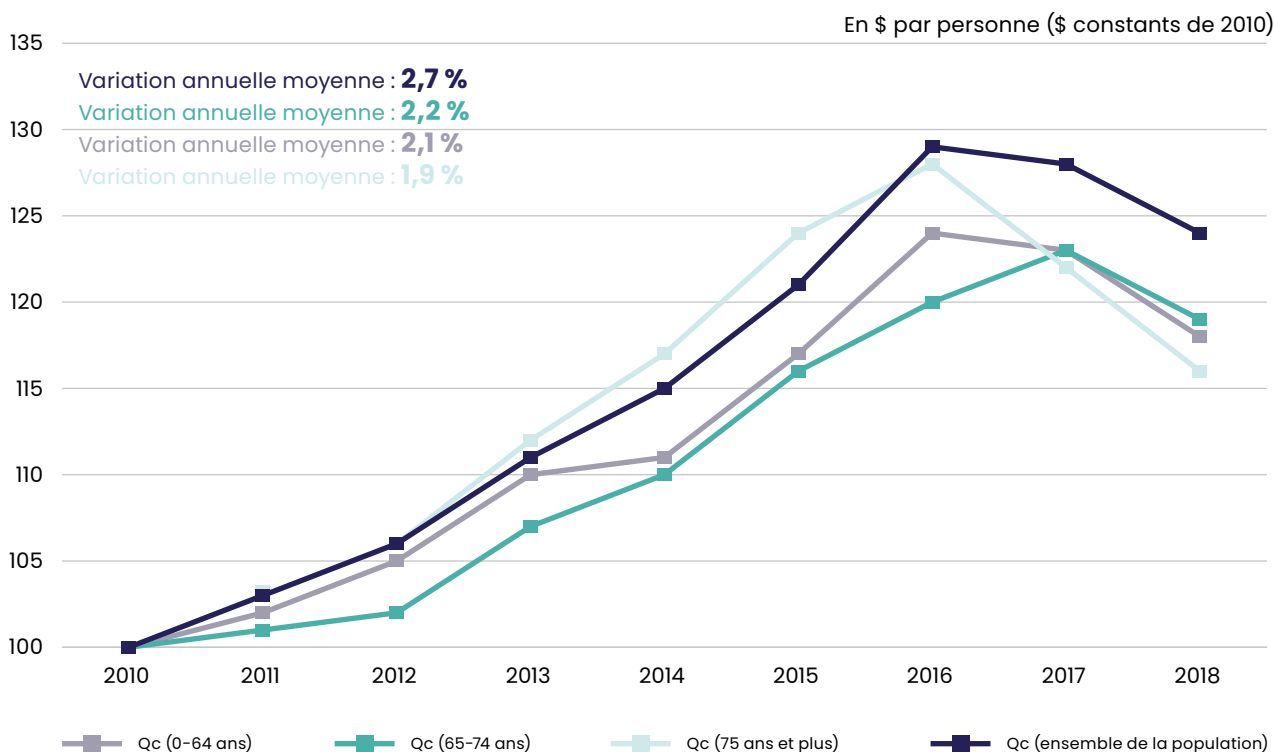


Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

4.1.6 Dépenses gouvernementales consacrées aux médecins

En 2018, les dépenses du gouvernement du Québec pour les médecins étaient de 7,9 milliards de dollars. La part de ces dépenses pour les personnes de moins de 64 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus était respectivement de 59,5% (4,7 milliards), de 20,4% (1,6 milliard) et de 20,1% (1,6 milliard). Pour cette même année, les dépenses gouvernementales consacrées aux médecins par personne au Québec étaient de 687\$ pour les personnes de moins de 64 ans, de 1 762\$ pour les 65 à 74 ans et de 2 368\$ pour les 75 ans et plus. Les dépenses par personne consacrées aux médecins ont augmenté pour tous les groupes d'âge, mais de façon moindre pour le groupe des personnes âgées de 75 ans et plus. Pour ce dernier groupe, la variation annuelle moyenne est de 1,9%, comparativement à des valeurs de 2,1% à 2,7% pour les autres groupes (Figure 14).

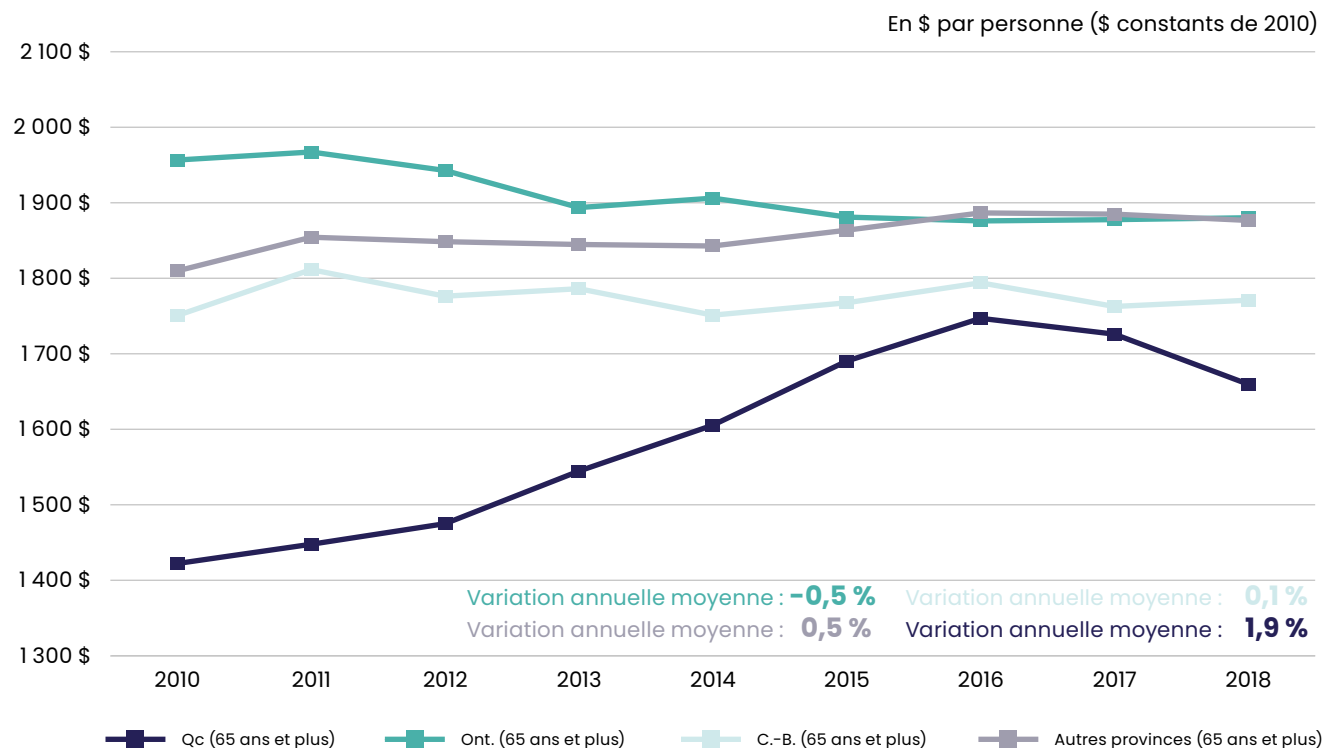
Figure 14 – Dépenses gouvernementales par personne (\$ constants de 2010) consacrées aux médecins du Québec et d'autres provinces selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010



Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

Les dépenses gouvernementales consacrées aux médecins du Québec par personne pour les personnes âgées de 65 ans et plus sont inférieures à celles de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et des autres provinces. La croissance de ces dépenses est plus importante pour le Québec (1,9%) qu'ailleurs au Canada, où elle varie de -0,5% à 0,5% (Figure 15). Ainsi, l'écart s'est amenuisé par rapport à ce qui est observé ailleurs au Canada.

Figure 15 – Dépenses gouvernementales par personne consacrées aux médecins pour la population de 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018

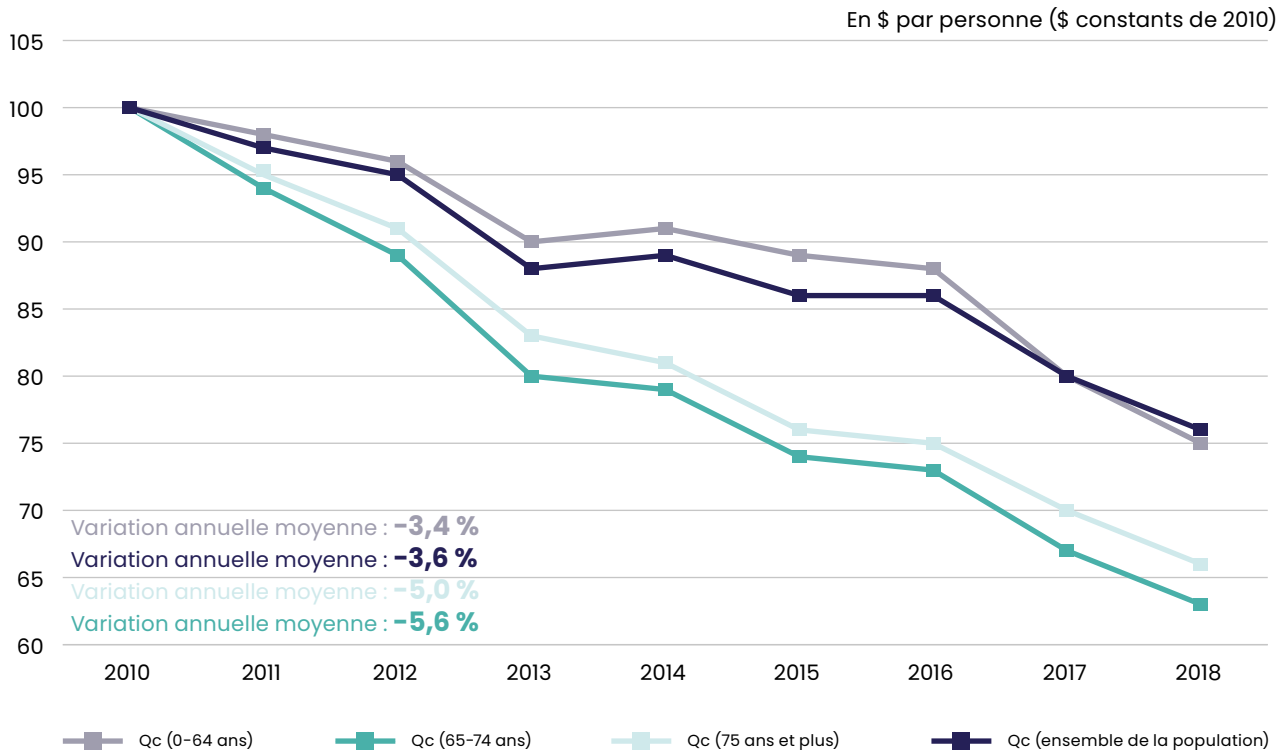


Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

4.1.7 Dépenses gouvernementales en médicaments

En 2018, les dépenses du gouvernement du Québec en médicaments prescrits offerts en dehors des établissements étaient de 2,3 milliards de dollars. La part de ces dépenses pour les personnes de moins de 64 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus était respectivement de 39,1% (0,91 milliard), de 29,1% (0,68 milliard) et de 31,8% (0,74 milliard). Pour cette même année, les dépenses gouvernementales du Québec par personne consacrées aux médicaments offerts en dehors des établissements étaient de 134\$ pour les personnes de 64 ans et moins, de 749\$ pour les 65 à 74 ans et de 1 112\$ pour les 75 ans et plus. De 2010 à 2018, les dépenses par personne en médicaments en dollars constants de 2010 ont diminué chez tous les groupes d'âge, mais de façon plus prononcée chez les aînés. En effet, la variation annuelle moyenne est autour de -3,4% pour l'ensemble de la population et de -3,6% pour les personnes de 0 à 64 ans, alors qu'elle est de -5% pour les 75 ans et plus et de -5,6% pour les 65 à 74 ans (Figure 16).

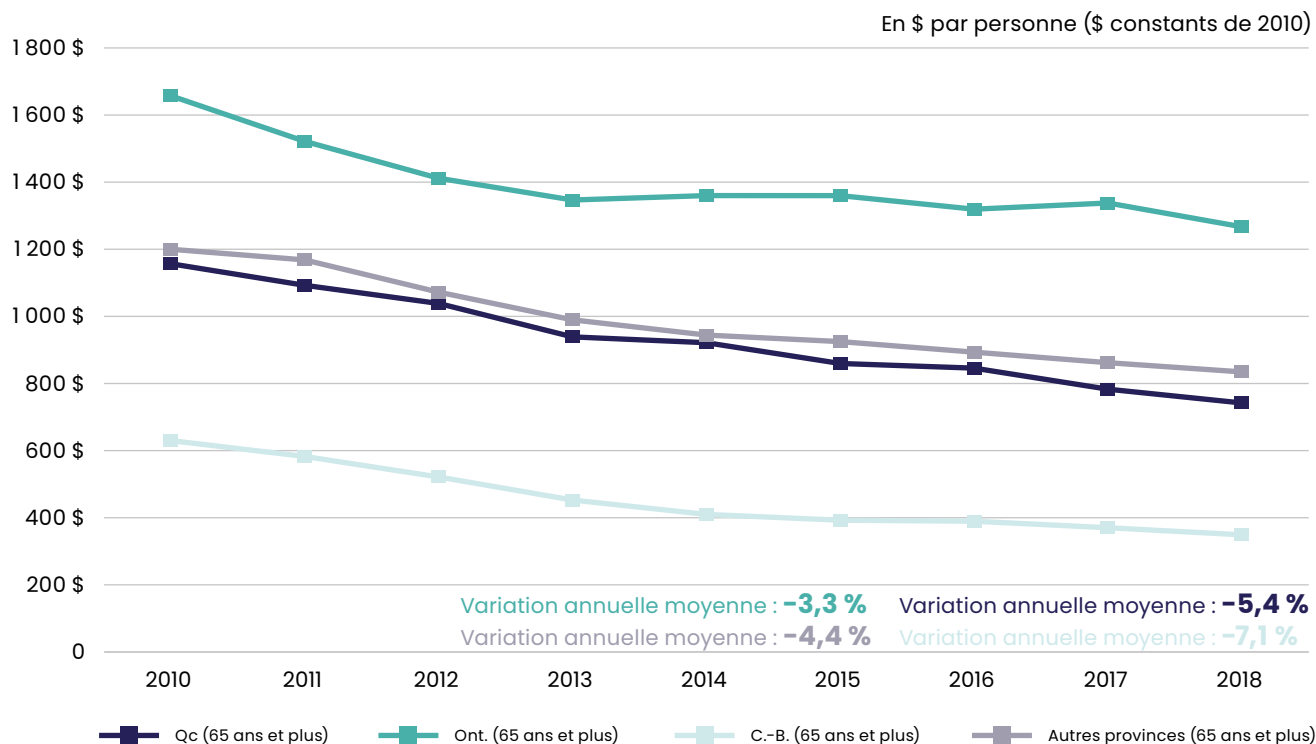
Figure 16 – Dépenses du gouvernement du Québec et d'autres provinces par personne (\$ constants de 2010) consacrées aux médicaments selon le groupe d'âge, de 2010 à 2018, exprimées en indice de base 100 de 2010



Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

Les dépenses du gouvernement du Québec par personne en médicaments sont supérieures à celles de la Colombie-Britannique et comparables à celles des autres provinces. Toutefois, elles sont inférieures à celles de l'Ontario. La décroissance annuelle moyenne de ces dépenses au Québec (-5,4%) est plus faible que celle de la Colombie-Britannique (-7,1%), mais elle est plus élevée que celle de l'Ontario (-3,3%) et des autres provinces (-4,4%) (Figure 17).

Figure 17 – Dépenses gouvernementales par personne consacrées aux médicaments pour la population de 65 ans et plus pour le Québec et d'autres provinces (\$ constants de 2010) de 2010 à 2018



Source: Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020: tableaux de données.

En conclusion, les dépenses totales de santé du gouvernement du Québec par personne pour les personnes âgées de 65 ans et plus, en dollars constants de 2010, ont diminué de 2010 à 2018 sur la base des données de l'ICIS. Celles spécifiquement consacrées aux hôpitaux, aux autres établissements et aux médicaments ont diminué, alors que celles liées aux médecins ont augmenté pendant la période à l'étude. De 2010 à 2018, les dépenses de santé gouvernementales par personne âgée de 65 ans et plus ont diminué dans toutes les provinces canadiennes. Notons qu'en 2018 ces dépenses pour le Québec étaient comparables à celles de l'Ontario. Celles consacrées aux médecins ont été moindres qu'ailleurs au Canada pendant la période à l'étude, mais l'écart s'est amenuisé en 2016.

4.2 Coûts associés au programme SAPA

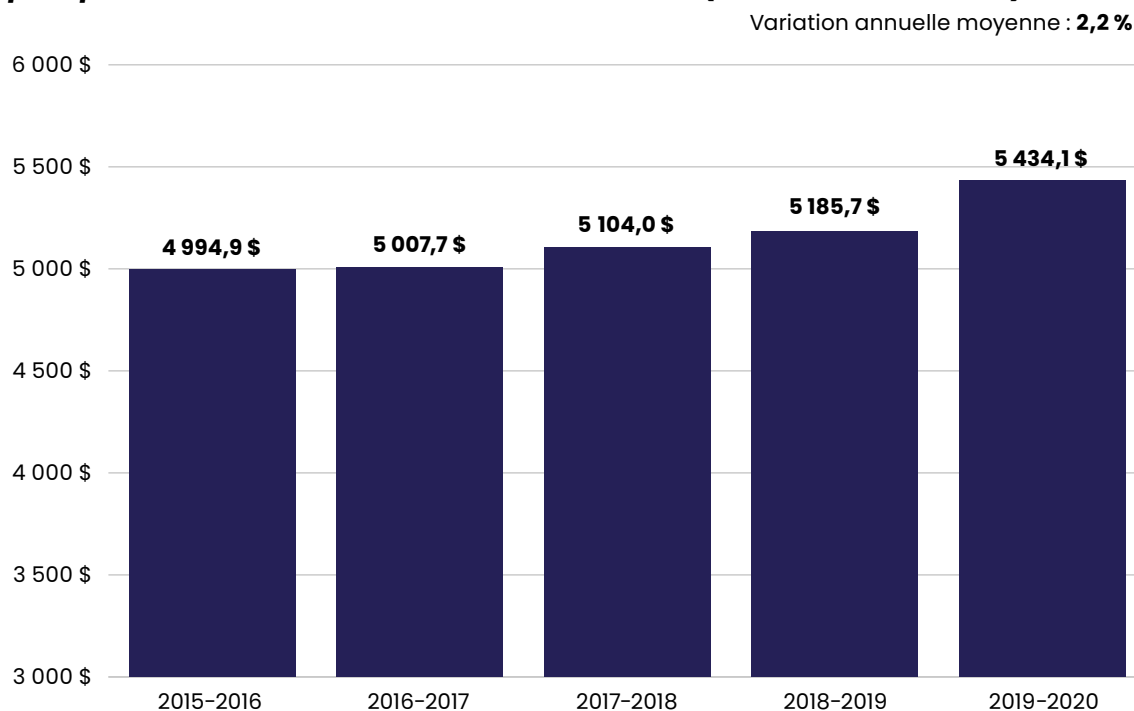
Cette section présente les coûts associés au programme SAPA⁷ ainsi que ceux associés aux trois volets suivants : soins à domicile, hébergement autre qu'en CHSLD (RI ou RTF, résidences d'accueil et autres ressources) et hébergement en CHSLD. Précisons ici que les coûts des CHSLD privés sont exclus ainsi que les coûts d'hébergement dans les résidences pour personnes âgées, faute d'informations disponibles.

4.2.1 Programme SAPA

Les coûts directs bruts du programme SAPA pour l'exercice financier 2019-2020 étaient de 4 milliards de dollars en prenant en considération les centres d'activités présentés à l'annexe. La proportion des coûts de ce programme sur le total des charges réelles sans immobilisation des CISSS et des CIUSSS⁸ représentait 15,4%. Notons qu'elle était de 14,7% pour l'exercice financier 2015-2016 et que cette proportion a augmenté en moyenne de 1,2% annuellement pendant la période à l'étude.

Pour l'ensemble du Québec, les coûts directs bruts du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont de 5 744\$ en dollars courants pour l'exercice financier 2019-2020. Lorsque ces coûts pour les différents exercices financiers sont ramenés en dollars constants de 2015, une augmentation annuelle moyenne de 2,2% est observée de 2015-2016 à 2019-2020 (Figure 18).

Figure 18 – Coûts directs bruts pour le programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)



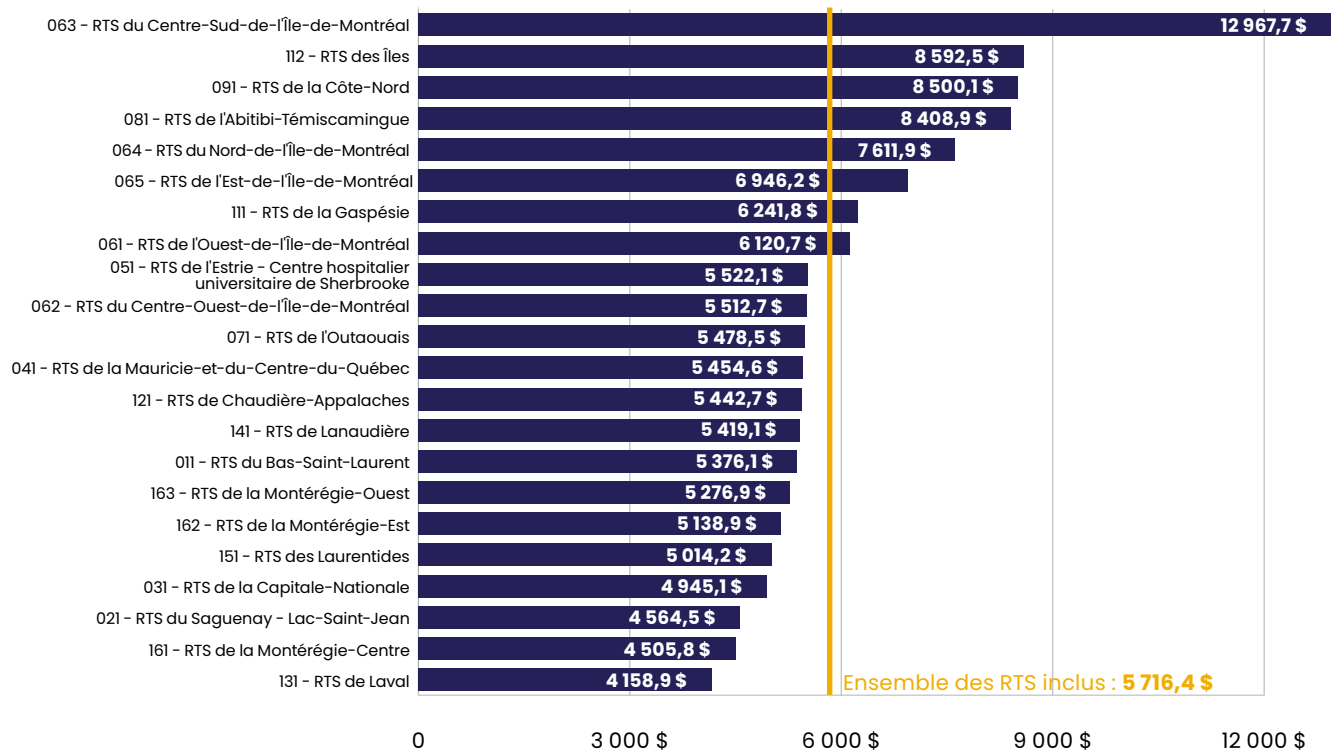
Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

7 Pour le programme SAPA, le CSBE considère les coûts des services directs aux patients en ce qui a trait au soutien à domicile et à l'hébergement. Les centres d'activités de médecine, de chirurgie et d'urgence ne sont pas inclus dans ses analyses; ils font plutôt partie du programme de santé physique, à l'exception des urgences qui sont aussi associées au programme de santé mentale. Les services médicaux sont exclus.

8 Le calcul des dépenses liées au programme SAPA ne tient pas compte des dépenses des installations non fusionnées. Il importe aussi de préciser que les personnes âgées ne consomment pas uniquement les services du programme SAPA et peuvent aussi bénéficier des programmes de santé physique et de santé mentale. La dépense ainsi générée n'est pas comptabilisée dans les dépenses associées au programme SAPA.

Lorsque les coûts directs bruts du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont ventilés par RTS, nous observons des écarts très significatifs. Le secteur du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal dépense beaucoup plus que les autres RTS. Ceux des Îles, de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue sont les trois autres RTS qui dépensent le plus. En revanche, les trois RTS qui dépensent le moins pour le programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont les suivants: Laval, Montérégie-Centre et Saguenay-Lac-Saint-Jean (Figure 19). Ces variations devront être étudiées dans des analyses ultérieures.

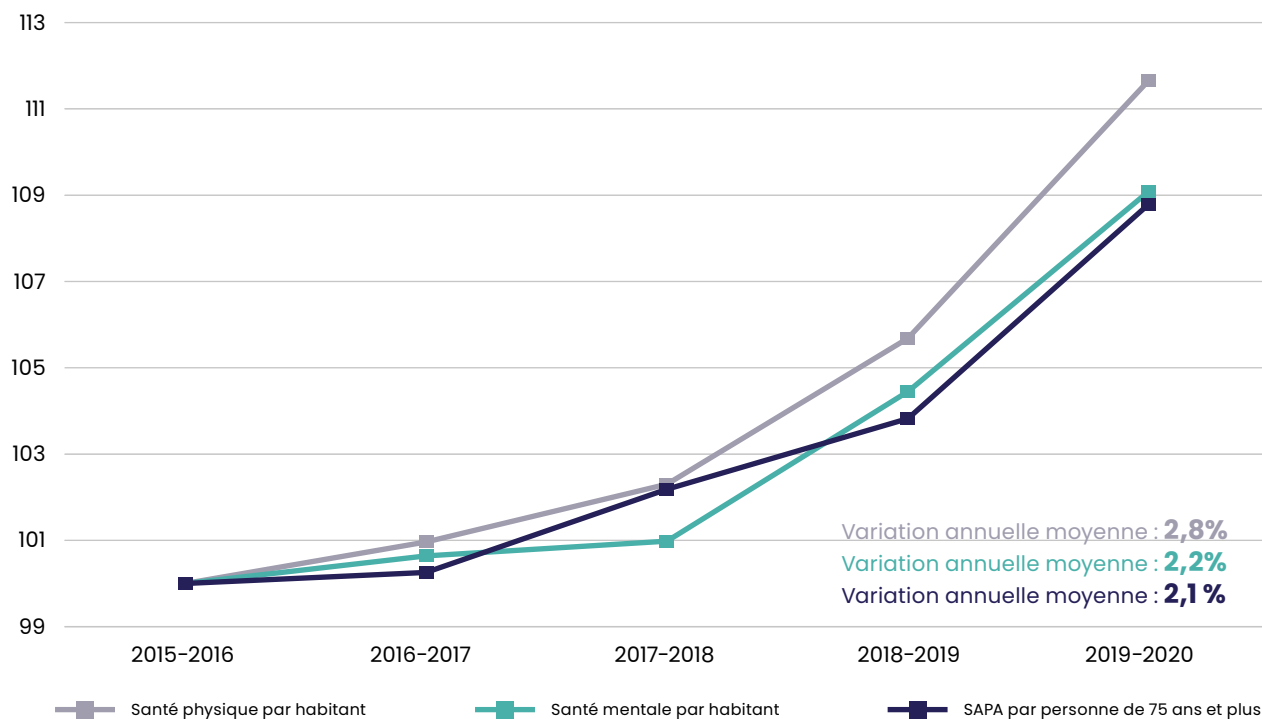
Figure 19 – Coûts directs bruts pour le programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapport 2019-2020) et Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

À partir des données de la base AS-471 pour le programme SAPA⁹ et sur celles du contour financier pour les programmes de santé physique¹⁰ et mentale¹¹, l'indice de base 100 des coûts par habitant pour le programme de santé physique augmente légèrement plus que celui des coûts du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour les exercices financiers 2015-2016 à 2019-2020 (variation annuelle moyenne de 2,8% comparativement à 2,1%; variation totale de 11,7% comparativement à 8,9%). Toutefois, la croissance des coûts de ce dernier programme est comparable à celle du programme de santé mentale (variation annuelle moyenne de 2,1% comparativement à 2,2%; variation totale de 8,9% comparativement à 9,1%) (Figure 20). Notons que des dénominateurs différents ont été employés dans le calcul des coûts par personne en raison du fait que les programmes de santé physique et mentale s'adressent à des usagers de tout âge, alors que le programme SAPA vise principalement des personnes de 75 ans et plus, selon des calculs effectués à partir de données du système I-CLSC.

Figure 20 – Évolution de l'indice de base 100 des coûts par habitant pour les programmes de santé mentale et de santé physique et des coûts par personne âgée de 75 ans et plus pour le programme SAPA (\$ constants de 2015)



Source: Extraction des données du MSSS, Contour financier de 2015-2016 à 2019-2020 et Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

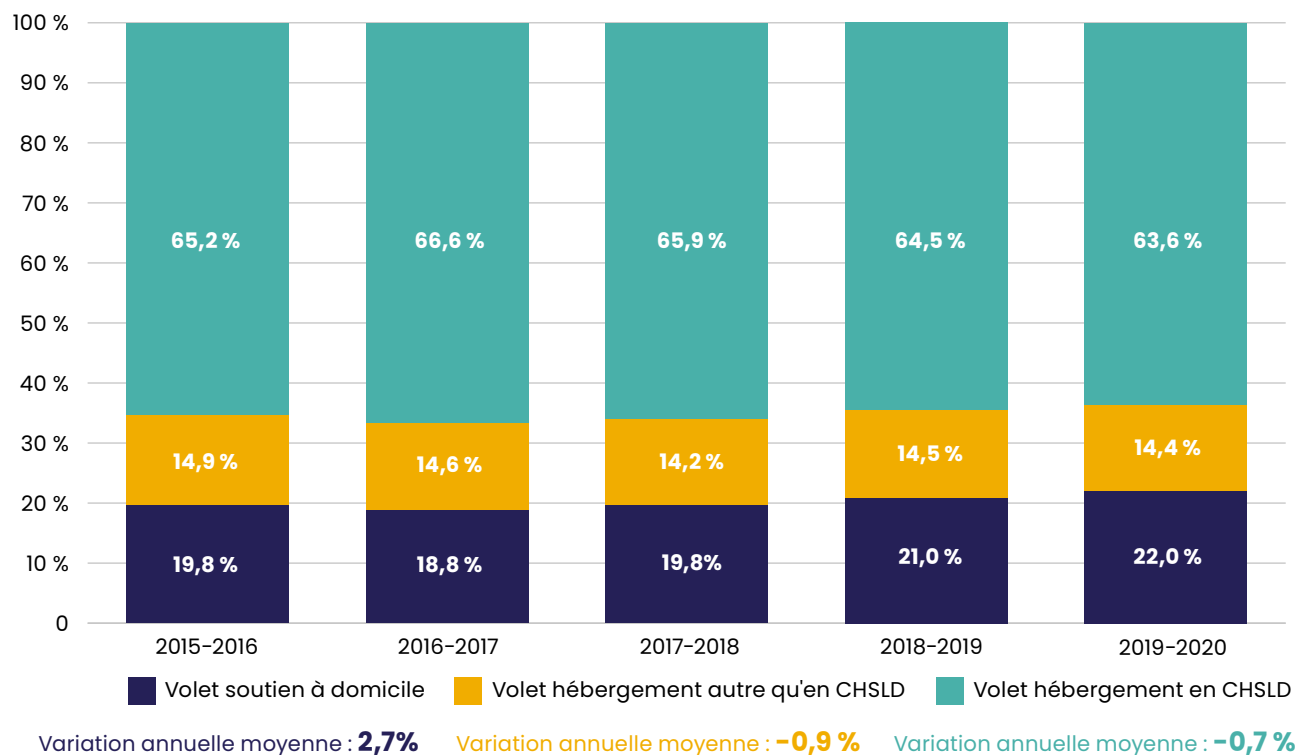
9 Pour le programme SAPA, le CSBE considère les coûts des services directs aux patients en ce qui a trait aux soins à domicile et à l'hébergement. Les centres d'activités de médecine, de chirurgie et d'urgence ne sont pas inclus dans ses analyses; ils font plutôt partie du programme de santé physique, à l'exception des urgences qui sont aussi associées au programme de santé mentale. Les services médicaux sont exclus.

10 Le programme de santé physique comprend les urgences, les épisodes de soins aigus, les visites ambulatoires, les soins palliatifs et les services de santé physique destinés aux malades qui ont besoin d'un suivi systématique et qui doivent recevoir des services en continu. Les services médicaux sont exclus.

11 Le programme de santé mentale comprend notamment les services psychosociaux, les services sociaux, les hospitalisations, les urgences et des ressources non institutionnelles. Les services médicaux sont exclus.

La répartition des dépenses du programme SAPA selon les volets soutien à domicile, hébergement autre qu'en CHSLD et hébergement en CHSLD est présentée à la figure 21. Pour l'exercice financier 2019-2020, la proportion des dépenses consacrées au volet soutien à domicile est de 22%, alors qu'elle est de 14,4% et de 63,6% pour les volets hébergement autre qu'en CHSLD et hébergement en CHSLD, respectivement. Pour les exercices financiers de 2015-2016 à 2019-2020, la proportion des dépenses du programme SAPA consacrées aux deux volets hébergement (CHSLD et autres types d'installations) a diminué légèrement au profit du volet soutien à domicile. Les variations annuelles moyennes sont de -0,9% (variation totale de -3,6%) pour le volet hébergement autre qu'en CHSLD, de -0,7% (variation totale de -2,6%) pour le volet CHSLD et de 2,7% (variation totale de 11,2%) pour le soutien à domicile. En fait, la croissance des coûts des deux volets hébergement du programme SAPA est moindre que celle des coûts du volet soutien à domicile de 2015-2016 à 2019-2020.

Figure 21 – Répartition des dépenses du programme SAPA de 2015-2016 à 2019-2020 selon les trois volets d'activités



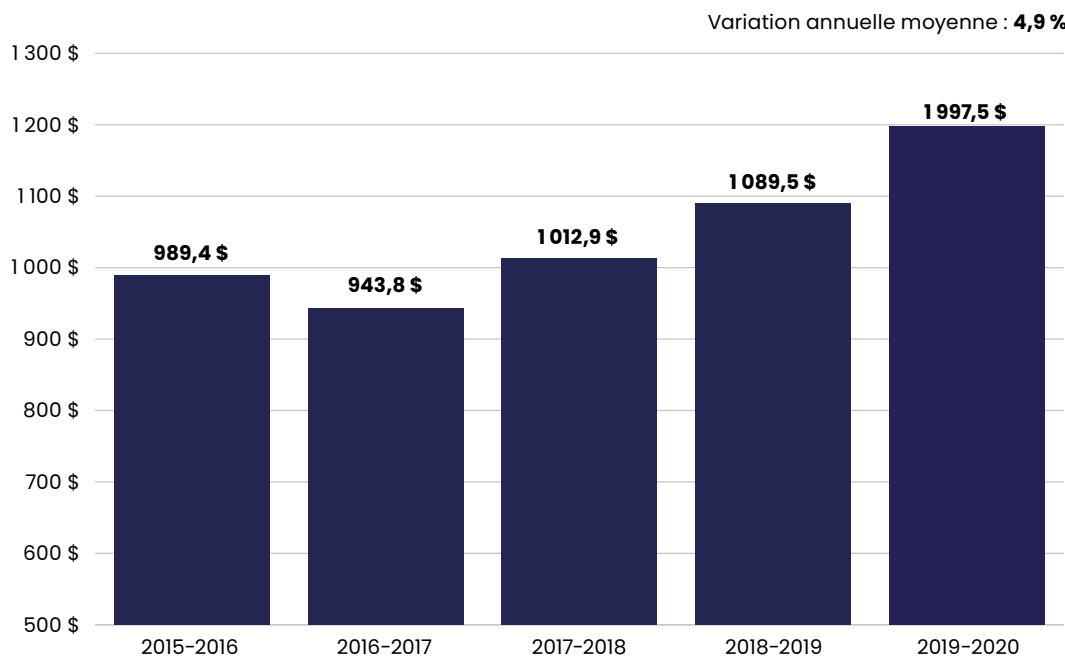
Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

4.2.2 Soutien à domicile du programme SAPA

Les coûts directs bruts du volet soutien à domicile du programme SAPA pour l'exercice financier 2019-2020 étaient de 879,4 millions de dollars en considérant les centres d'activités présentés à l'annexe. La proportion des coûts de ce volet du programme SAPA sur le total des charges réelles sans immobilisation des CISSS et des CIUSSS représentait 3,7%. De l'exercice financier 2015-2016 à celui de 2019-2020, cette proportion a augmenté en moyenne de 3,7% annuellement.

Pour l'ensemble du Québec, les coûts directs bruts du volet soutien à domicile du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont de 1 266 \$ en dollars courants pour l'exercice financier 2019-2020. Lorsque ces coûts pour les différents exercices financiers sont ramenés en dollars constants de 2015, une augmentation annuelle moyenne de 4,9% (variation totale de 21%) est observée de 2015-2016 à 2019-2020 (Figure 22).

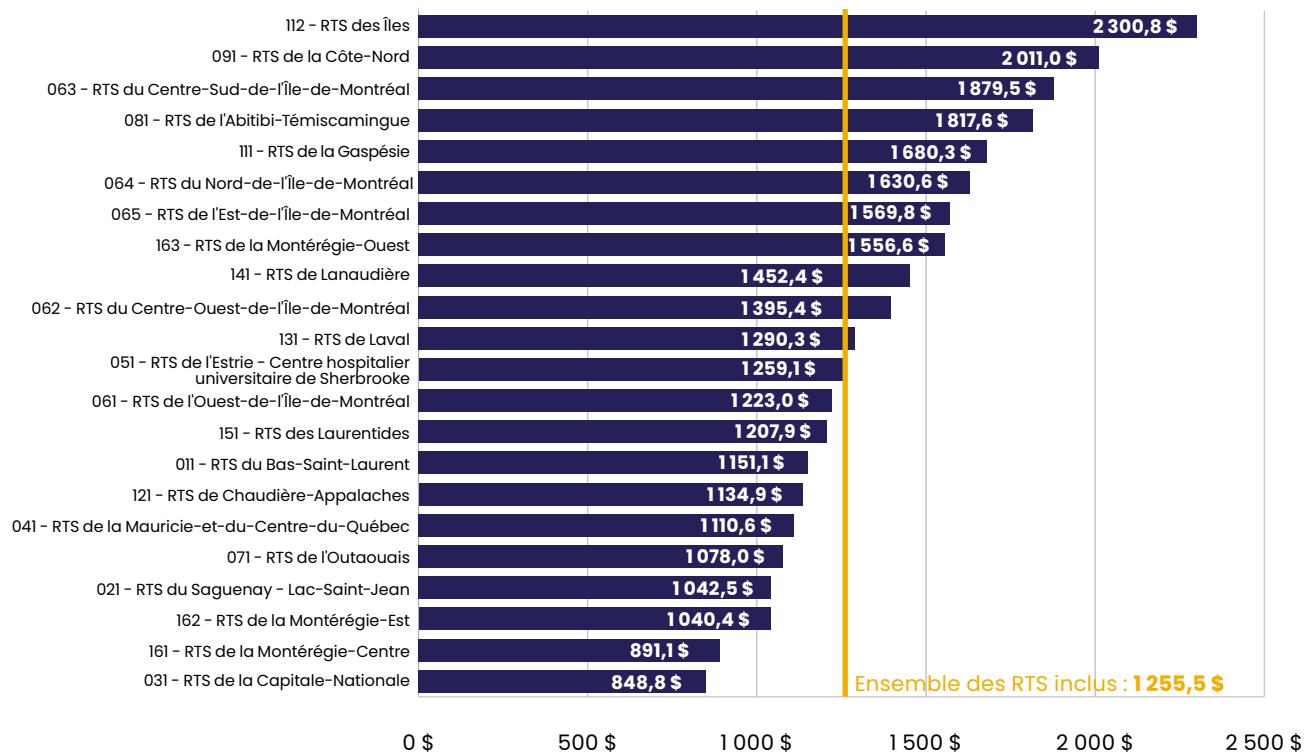
Figure 22 – Coûts directs bruts du volet soutien à domicile du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

Lorsque les coûts directs bruts du volet soutien à domicile du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont ventilés par RTS, il en ressort que les RTS des Îles, de la Côte-Nord et du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal dépensent plus que les autres. Ceux de la Capitale-Nationale et de la Montérégie-Centre dépensent moins de 1 000 \$ par habitant de 75 ans et plus (Figure 23). Ces différences seront étudiées dans des analyses ultérieures.

Figure 23 – Coûts directs bruts du volet soutien à domicile du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)



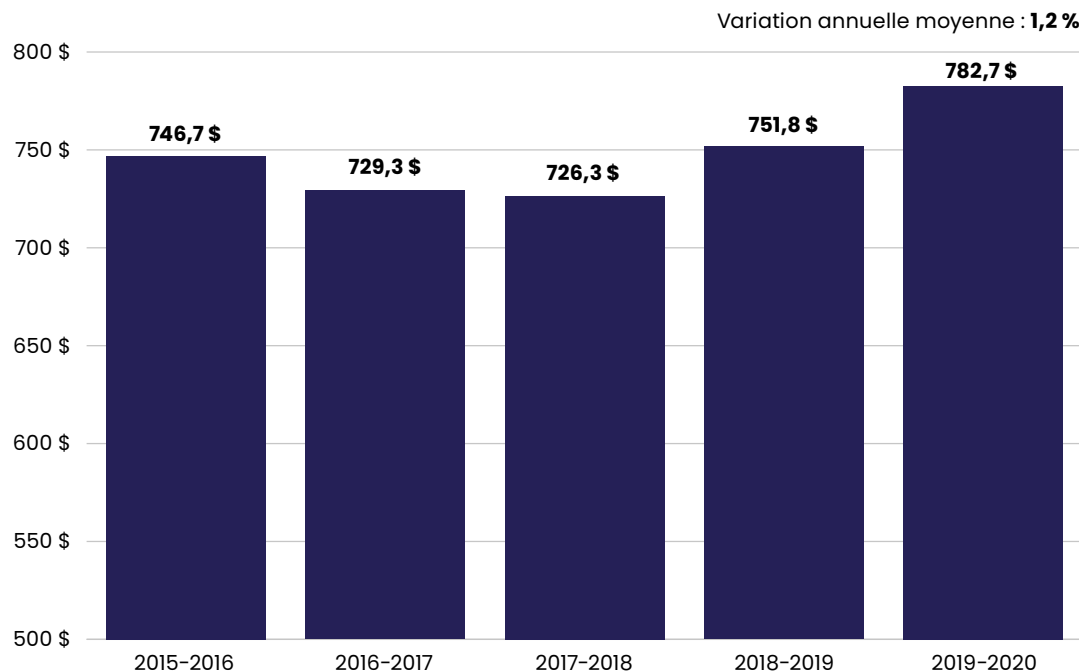
Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapport 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

4.2.3 Volet hébergement autre qu'en CHSLD (RI ou RTF, résidences d'accueil et autres ressources)

Les coûts directs bruts pour le volet hébergement autre qu'en CHSLD du programme SAPA pour l'exercice financier 2019-2020 étaient de 574,8 millions de dollars en considérant les centres d'activités présentés à l'annexe.

Pour l'ensemble du Québec, les coûts directs bruts pour le volet hébergement autre qu'en CHSLD du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont de 827\$ en dollars courants pour l'exercice financier 2019-2020. Lorsque ces coûts pour les différents exercices financiers sont ramenés en dollars constants de 2015, une augmentation annuelle moyenne de 1,2% est observée de 2015-2016 à 2019-2020 (Figure 24).

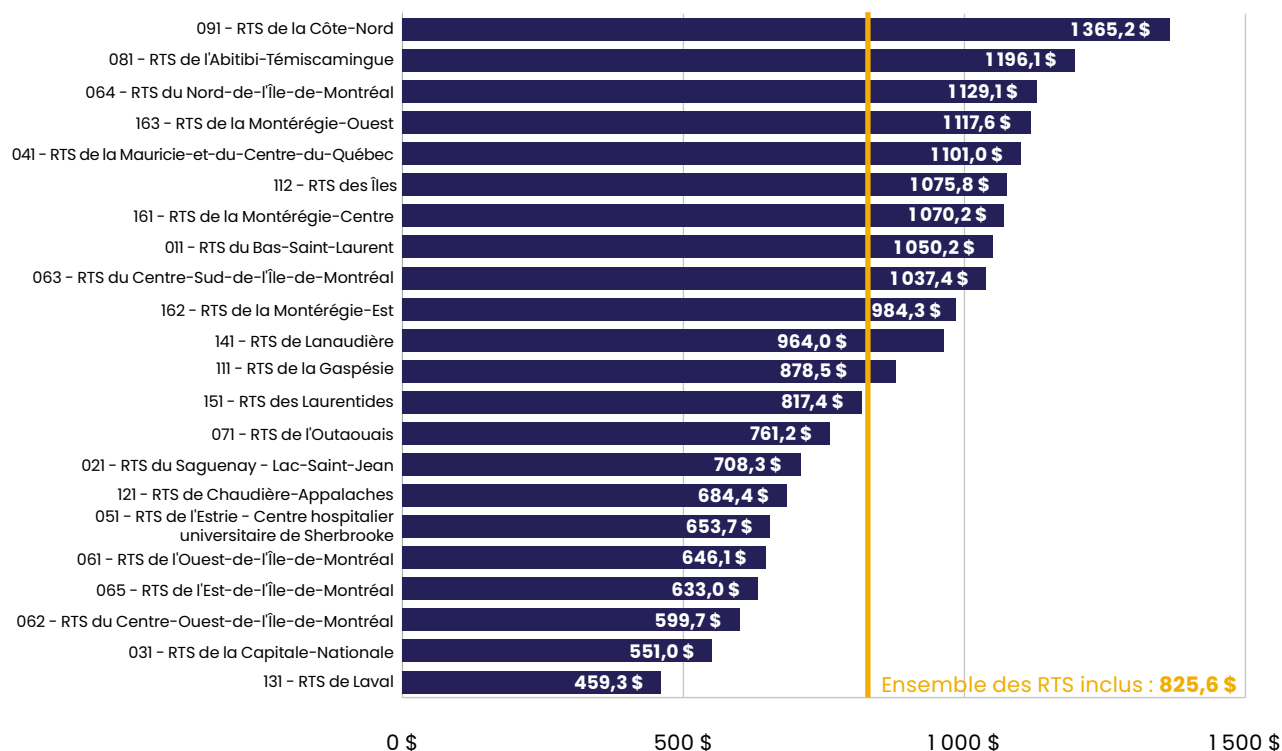
Figure 24 – Coûts directs bruts du volet hébergement autre qu'en CHSLD du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

Lorsque les coûts directs bruts du volet hébergement autre qu'en CHSLD du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont ventilés par RTS, il en ressort que les RTS de la Côte-Nord, de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-de-l'Île-de-Montréal sont les trois qui dépensent le plus. Les RTS de Laval, de la Capitale-Nationale, du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal sont les trois qui dépensent le moins dans ce volet du programme SAPA (Figure 25). Ces différences seront étudiées dans des analyses ultérieures. Par contre, un des facteurs d'explication importants est la configuration différente, d'un RTS à l'autre, de l'éventail des ressources et des établissements que l'on retrouve, tant en type qu'en nombre.

Figure 25 – Coûts directs bruts du volet hébergement autre que les CHSLD du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapport 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

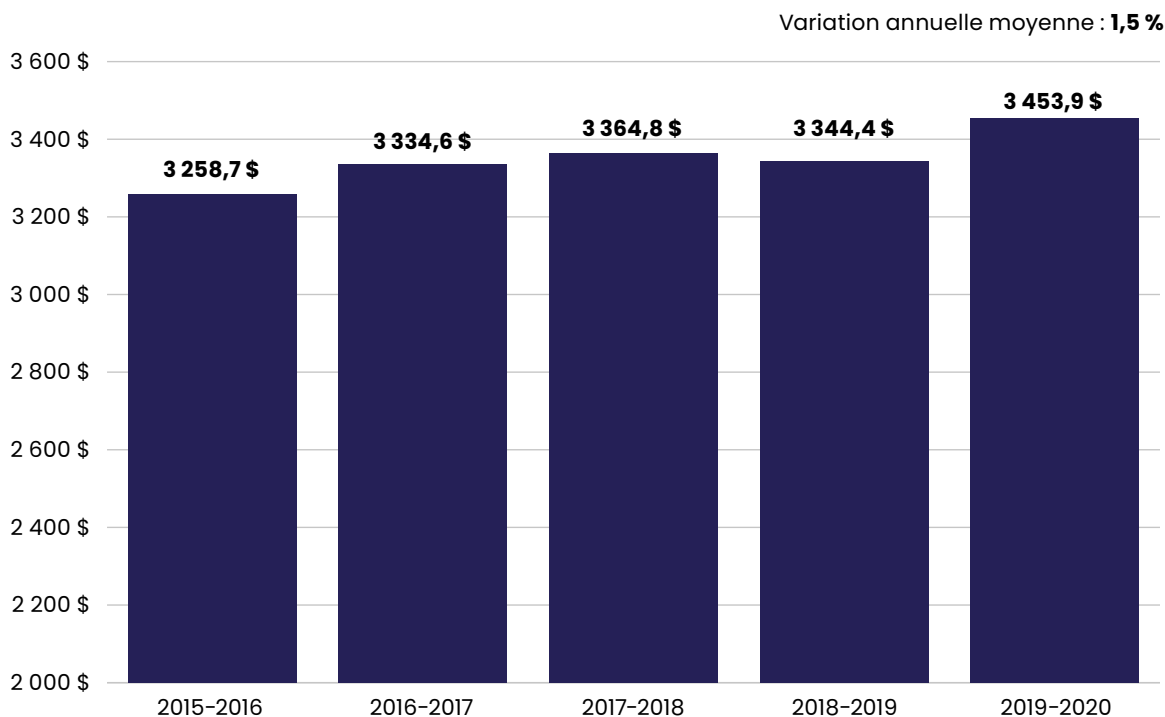
4.2.4 Volet hébergement en CHSLD

Les coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA¹² (CHSLD publics et privés conventionnés) pour l'exercice financier 2019-2020 étaient de 2,5 milliards de dollars en considérant les centres d'activités présentés à l'annexe.

Lorsque ces coûts pour les CHSLD publics sont pris en considération, leur proportion sur le total des charges réelles sans immobilisation des CISSS et des CIUSSS représentait 9,2%. De l'exercice financier 2015-2016 à celui de 2019-2020, cette proportion a augmenté en moyenne de 0,5% annuellement.

Pour l'ensemble du Québec, les coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont de 3 651\$ en dollars courants pour l'exercice financier 2019-2020. Lorsque ces coûts pour les différents exercices financiers sont ramenés en dollars constants de 2015, une augmentation annuelle moyenne de 1,5% (variation totale de 6%) est observée de 2015-2016 à 2019-2020 (Figure 26).

Figure 26 – Coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus pour le Québec, de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)

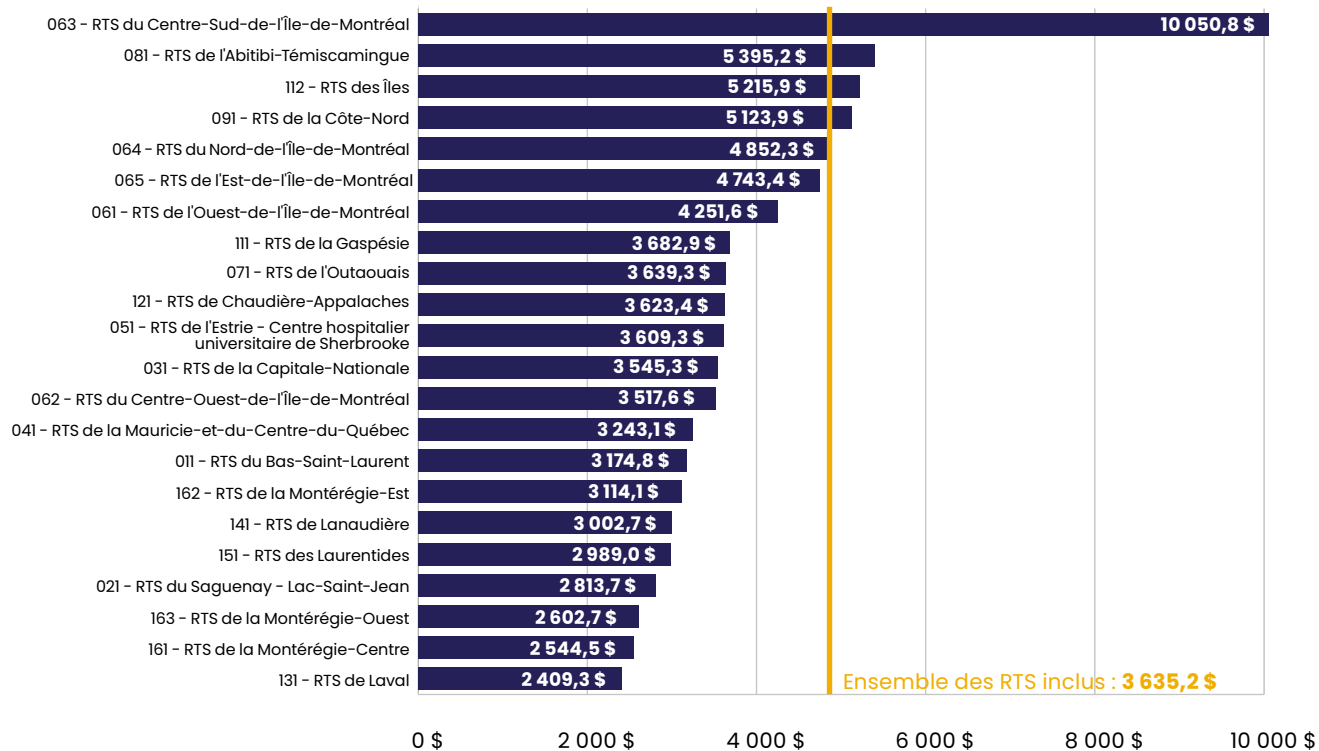


Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

¹² Rappelons que les CHSLD privés non conventionnés et l'hébergement en RPA ne sont pas pris en considération ici faute d'accès à l'information.

Lorsque les coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par habitant de 75 ans et plus sont ventilés par RTS, il en ressort que celui du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal est de loin celui qui dépense le plus. Les RTS de Laval, de la Montérégie-Centre et de la Montérégie-Ouest sont les trois qui dépensent le moins dans ce volet du programme SAPA (Figure 27). Ces différences seront étudiées dans des analyses ultérieures.

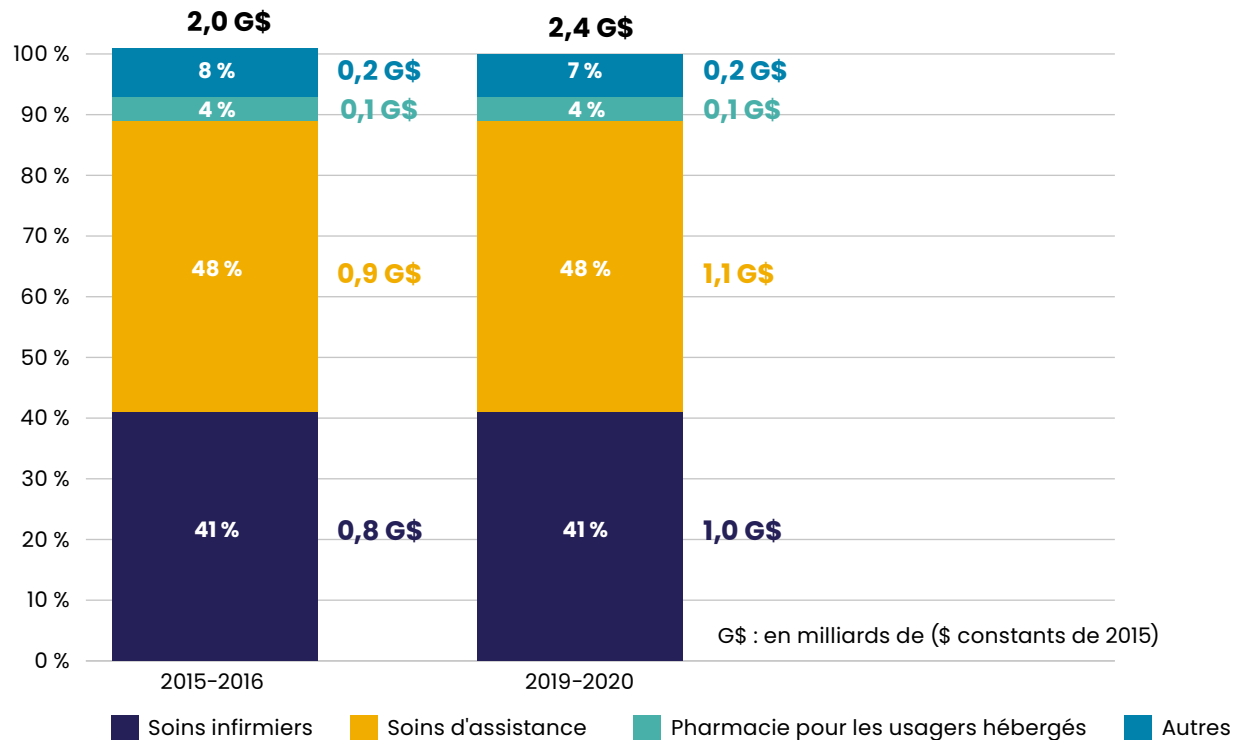
Figure 27 – Coûts directs bruts pour le volet hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés du programme SAPA par personne âgée de 75 ans et plus par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapport 2019-2020). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

Au Québec, pour l'exercice financier 2019-2020, les coûts bruts en soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie du programme SAPA et en soins d'assistance sont respectivement de 1 et de 1,2 milliard de dollars. Leur part sur les coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD est de 41% (soins infirmiers) et de 48% (soins d'assistance). Ces proportions sont demeurées stables pour la période à l'étude (Figure 28).

Figure 28 – Répartition des coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés du programme SAPA par allocation de fonds pour le Québec pour 2015-2016 et 2019-2020

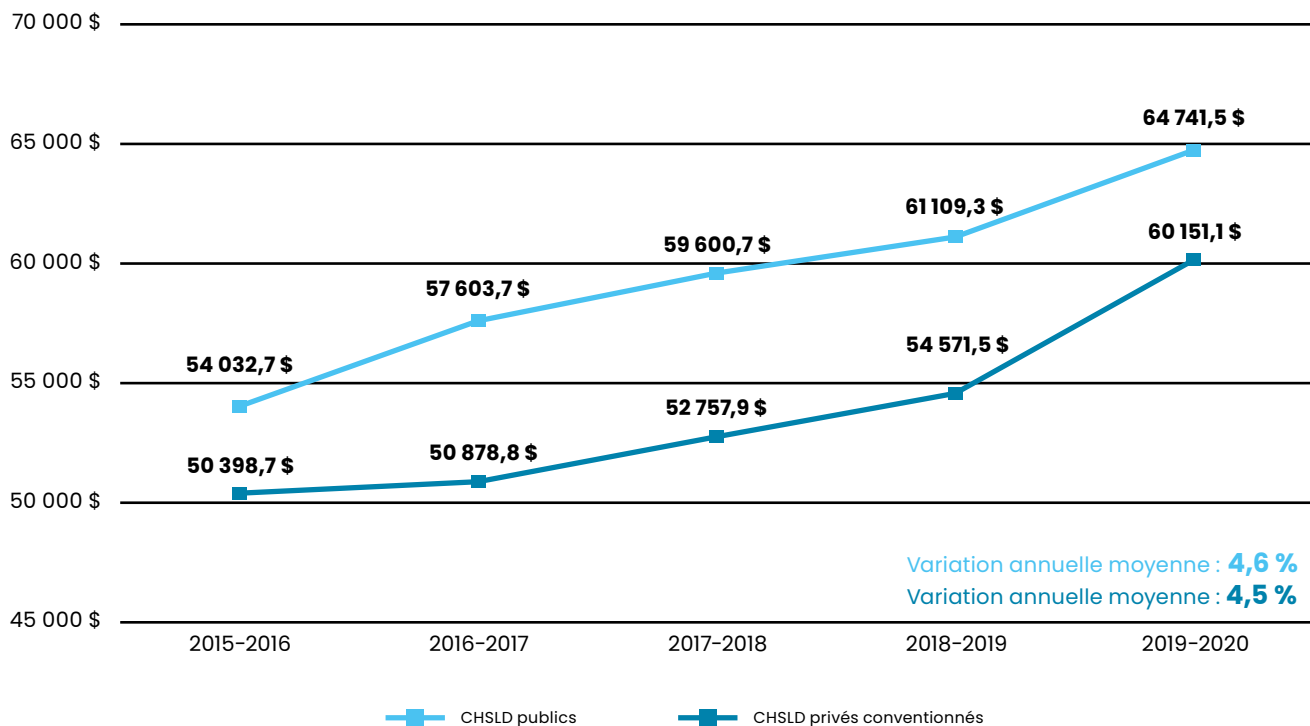


Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 et 2019-2020).

Les coûts directs bruts de la portion publique du volet hébergement en CHSLD par lit dressé pour le Québec sont de 68 435 \$ en dollars courants pour l'exercice financier 2019-2020. Lorsque ces coûts pour les différents exercices financiers sont ramenés en dollars constants de 2015, une augmentation annuelle moyenne de 4,6 % est observée de 2015-2016 à 2019-2020 (Figure 29). Notons que les coûts ont augmenté de 5,2 %, alors que le nombre de lits dressés a crû de 0,5 % pendant la période à l'étude.

Les coûts directs bruts de la portion privée conventionnée du volet hébergement en CHSLD par lit dressé pour le Québec sont de 63 583 \$ en dollars courants pour l'exercice financier 2019-2020, ce qui est inférieur à ceux des CHSLD publics. Lorsque ces coûts pour les différents exercices financiers sont ramenés en dollars constants de 2015, une augmentation annuelle moyenne de 4,5 % est observée de 2015-2016 à 2019-2020 (Figure 29), ce qui est comparable à ce qui est observé pour les CHSLD publics. Notons que les coûts ont augmenté en moyenne de 4 % pendant la période à l'étude, alors que le nombre de lits dressés a diminué de 0,5 %.

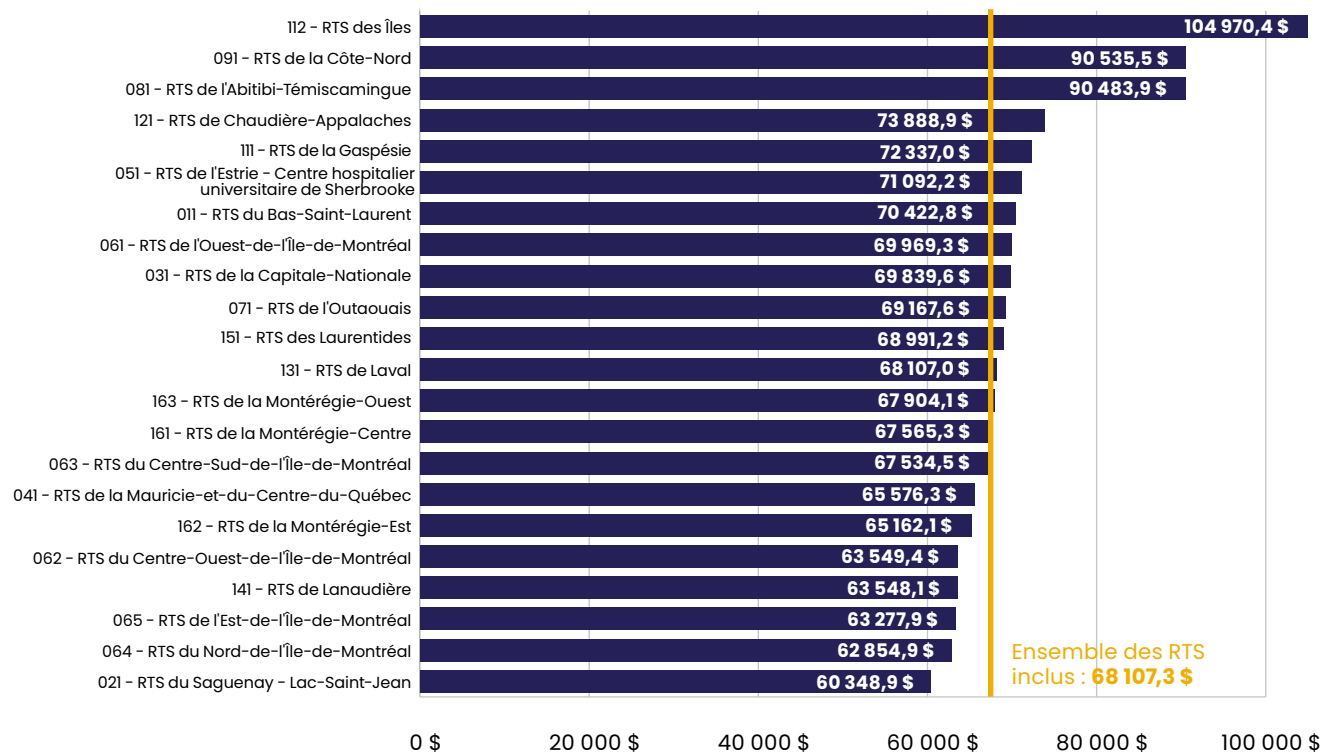
Figure 29 – Coûts directs bruts du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé selon le type de CHSLD pour le Québec, de 2015-2016 à 2019-2020 (\$ constants de 2015)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020) et Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC (AS-478, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

Lorsque les coûts directs bruts de la portion publique du volet hébergement en CHSLD par lit dressé sont ventilés par RTS, il en ressort que celui des Îles est celui qui dépense le plus par lit dressé. Les RTS du Saguenay–Lac–Saint–Jean, du Nord-de-l'Île-de-Montréal et de l'Est-de-l'Île-de-Montréal sont les trois qui dépensent le moins par lit dressé (Figure 30). Ces différences devront être étudiées dans des analyses ultérieures.

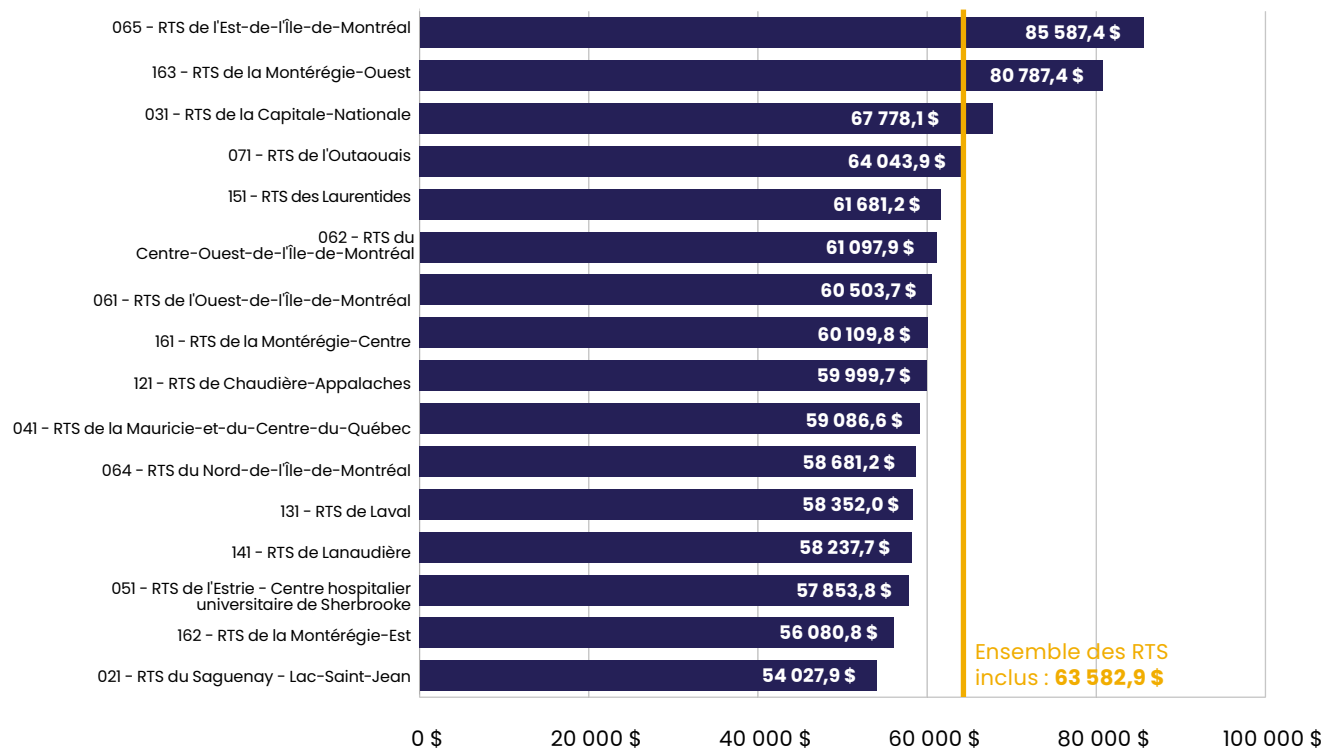
Figure 30 – Coûts directs bruts de la portion publique du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapport 2019-2020) et Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC (AS-478, Rapport 2019-2020).

Lorsque les coûts directs bruts de la portion privée conventionnée du volet hébergement en CHSLD par lit dressé sont ventilés par RTS, il en ressort que les RTS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et de la Montérégie-Ouest sont ceux qui dépensent le plus par lit dressé. Les RTS de Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Montérégie-Est sont les deux qui dépensent le moins par lit dressé (Figure 31). Ces différences devront être étudiées dans des analyses ultérieures.

Figure 31 – Coûts directs bruts de la portion privée conventionnée du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé par RTS pour l'exercice financier 2019-2020 (\$ courants)



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapport 2019-2020) et Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC (AS-478, Rapport 2019-2020).

5. CONCLUSION

Il ressort des analyses du CSBE qu'en 2019 les dépenses totales de santé du Québec étaient de 58,6 milliards de dollars courants. La proportion des dépenses de santé du gouvernement du Québec sur les dépenses totales de santé (incluant les portions publiques et privées) est de 66 % et est demeurée stable de 2010 à 2019. Sur cette même période, les dépenses totales de santé par personne du Québec sont plus faibles que celles des autres provinces, mais elles ont rattrapé celles de la Colombie-Britannique en 2018. La proportion des dépenses totales de santé par rapport au PIB pour le Québec est plus élevée que celle des autres provinces de 2010 à 2019.

Les dépenses de santé du gouvernement du Québec par personne pour les personnes de 65 ans et plus ont diminué de 2010 à 2018, alors qu'elles ont augmenté pour la population de moins de 65 ans. Cette diminution pour ce premier groupe d'âge s'explique essentiellement par le fait que la croissance de leurs dépenses en santé a été moins rapide que la croissance de la taille de leur population. De 2010 à 2018, les dépenses de santé gouvernementales par personne âgée de 65 ans et plus ont diminué dans toutes les provinces canadiennes. Notons qu'en 2018 ces dépenses pour le Québec étaient comparables à celles de l'Ontario. Les dépenses consacrées aux médecins ont été moindres qu'ailleurs au Canada au début de la période à l'étude, mais l'écart s'est amenuisé en 2016.

De 2010 à 2018, l'augmentation des dépenses de santé du gouvernement du Québec destinées aux personnes de 65 ans et plus a surtout été attribuable aux dépenses consacrées à la rémunération des médecins. Il demeure que ce sont encore les dépenses d'hospitalisation qui accaparent la plus grande part des fonds consacrés aux personnes appartenant à ce groupe d'âge.

En ce qui a trait au programme SAPA, les ressources financières par personne qui y sont consacrées ont augmenté pour les personnes de 75 ans et plus au cours des exercices financiers 2015-2016 à 2019-2020. Notons que ces dépenses ont augmenté moins que celles du programme de santé physique. Une diminution de la part des dépenses d'hébergement au profit des dépenses pour le soutien à domicile sur l'ensemble des dépenses du programme SAPA est observée pendant la période à l'étude. Toutefois, les dépenses liées à l'hébergement des personnes âgées en CHSLD demeurent encore les plus importantes, représentant près des deux tiers de l'enveloppe budgétaire allouée à ce programme. Les coûts directs bruts pour le volet hébergement en CHSLD du programme SAPA par lit dressé ont augmenté de façon similaire pour les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés. Il demeure que les coûts par lit dressé de ce volet sont plus élevés pour la portion publique que pour la portion privée conventionnée.

6. RÉFÉRENCES

- Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie (2015). *Le réseau de l'hébergement au sein du continuum de soutien à l'autonomie des personnes âgées: quelques indicateurs descriptifs et de performance*.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2015). *Dictionnaire commun des indicateurs*.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2015). *Document méthodologique de l'analyse globale et intégrée de la performance*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PerformanceGlobale/CSBE_Metho_Analyse_Performance_2015.pdf.
- Décret 861-2020 concernant un mandat confié au Commissaire à la santé et au bien-être par le gouvernement, 19 août 2020, G.O.Q. II, p. 3970-3971.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2019a). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019 – notes méthodologiques*.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019b). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-fr-web.pdf>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2021). *Tendances des dépenses nationales de santé, 2020 – notes méthodologiques*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-2020-meth-notes-fr.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2019). *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés: perspectives pour l'évolution de la mesure*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf.
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2.

7. ANNEXE

Centres d'activités du volet soutien à domicile du programme SAPA

Numéro du centre d'activités	Nom du centre d'activités	SAPA exclusif (missions) ou non
6173	Soins infirmiers à domicile réguliers	non exclusif
6290	Hôpital de jour gériatrique	exclusif (CH ou CHSLD)
6351	Inhalothérapie à domicile	non exclusif
6380	Services ambulatoires de psychogériatrie	exclusif (CLSC, CH ou CHSLD)
6531	Aide à domicile régulière	non exclusif
6561	Services psychosociaux à domicile	non exclusif
6960	Centre de jour pour personne en perte d'autonomie	exclusif (CLSC ou CHSLD)
7111	Nutrition à domicile	non exclusif
7120	Intervention communautaire – Services à domicile	exclusif (CLSC)
7161	Ergothérapie à domicile	non exclusif
7162	Physiothérapie à domicile	non exclusif
7163	Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	non exclusif

Centres d'activités du volet hébergement autres qu'en CHSLD (RI ou RTF, résidences d'accueil et autres ressources) du programme SAPA

Numéro du centre d'activités	Nom du centre d'activités	SAPA exclusif (missions) ou non
5514	Ressources intermédiaires – Soutien à l'autonomie des personnes âgées	exclusif (CLSC, CH ou CHSLD)
5534	Résidences d'accueil – Soutien à l'autonomie des personnes âgées	exclusif (CLSC, CH ou CHSLD)
5544	Autres ressources – Soutien à l'autonomie des personnes âgées	exclusif (CH ou CHSLD)
5554	Suivi professionnel des usagers en RI, RTF ou SAPA	exclusif (CLSC, CH ou CHSLD)
6174	Soins infirmiers à domicile continus	exclusif (CLSC)
6532	Aide à domicile continue	exclusif (CLSC)
6988	Foyers de groupe – Perte d'autonomie liée au vieillissement	exclusif (CHSLD)

Centres d'activités du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA

Numéro du centre d'activités	Nom du centre d'activités	SAPA exclusif (missions) ou non
5950	Formation donnée par le personnel infirmier	non exclusif
6060	Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	exclusif (CHSLD)
6160	Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	exclusif (CHSLD)
6390	Soins spirituels	non exclusif
6564	Psychologie	non exclusif
6565	Services sociaux	non exclusif
6805	Pharmacie – usagers hébergés	non exclusif
6870	Physiothérapie	non exclusif
6880	Ergothérapie	non exclusif
6890	Animation – loisirs	non exclusif
7690	Transport externe usagers	non exclusif
7910	Besoins spéciaux	non exclusif
7985	Activités spéciales – Soutien à l'autonomie des personnes âgées	exclusif (CHSLD)

**Ensemble, identifier,
proposer, débloquer**