

HORIZON 2040 : PROJECTION DES IMPACTS DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE AU QUÉBEC

Rapport méthodologique

Novembre 2023

Équipe

Nicholas-James Clavet, HEC Montréal

Réjean Hébert, École de santé publique de l'Université de Montréal et CIRANO

Julien Navaux, HEC Montréal

Michel Raïche, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS-Estrie CHUS

Sous la direction de

Pierre-Carl Michaud, HEC Montréal et CIRANO

Ce rapport a été préparé par une équipe menée par la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir la démarche du CSBE dans la réalisation de son mandat spécial sur les soins à domicile. 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.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes.....	4
Liste des figures.....	5
Liste des tableaux.....	6
1. Présentation générale du modèle.....	7
1.1 Structure du modèle.....	7
1.2 Un modèle régional.....	10
1.3 Bases de données.....	11
2 Population.....	12
3 Besoins des personnes présentant des incapacités.....	13
3.1 Présentation des Profils Iso-SMAF.....	13
3.2 Modélisation.....	16
3.2.1 Utilisation des soins de santé.....	16
3.2.2 Évaluation des besoins.....	20
3.2.3 Utilisation des Profils Iso-SMAF.....	22
3.2.4 Projection des besoins.....	26
3.2.5 Personnes non évaluées ayant des besoins.....	26
4 Les milieux de vie.....	27
5 Les services fournis.....	29
5.1 Le secteur public (Le MSSS et le réseau de santé et services sociaux).....	29
5.1.1 Les CHSLD.....	29
5.1.2 Les RI-RTF (AVQ et AVD).....	30
5.1.3 Les CLSC.....	31
5.2 Le secteur privé à but non lucratif (Les EÉSAD).....	33
5.3 Le secteur privé à but lucratif.....	34
5.4 Ajustement de l'offre de service.....	35
6 Les Coûts et les sources de Financement.....	36
6.1 En CHSLD.....	36
6.1.1 Coûts.....	36
6.1.2 Sources de financement.....	38
6.2 À domicile et en RPA.....	38
6.2.1 Coûts.....	38
6.2.2 Sources de financement.....	39
6.3 En RI-RTF.....	40
6.3.1 Coûts.....	40
6.3.2 Sources de financements.....	41
6.4 Dans le secteur privé à but non lucratif (Les EÉSAD).....	41
6.4.1 Coûts.....	41

6.4.2	Sources de financement	42
6.5	Dans le secteur privé à but lucratif (Le CES).....	42
6.5.1	Coûts	42
6.5.2	Sources de financement	43
6.6	Le crédit pour maintien à domicile des aînés	43
6.7	Les niveaux de soins alternatif (NSA)	43
7	Préférences des usagers	44
7.1	L'enquête.....	44
7.1.1	Les questions d'information générale.....	45
7.1.2	L'expérience	50
7.2	Intégrer les préférences des usagers au modèle de simulation.....	53
7.3	Utiliser les estimations pour évaluer le bien-être	54
8	Références.....	56
9	Annexe : Questionnaire de l'enquête sur les préférences pour la prise en charge de la perte d'autonomie.....	57
9.1	Texte introductif.....	57
9.2	Questionnaire.....	58
9.3	Annexes du questionnaire.....	76

LISTE DES ACRONYMES

- ARIHQ : Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
- AVD : Activités de la vie domestique (également appelées tâches domestiques)
- AVQ : Activités de la vie quotidienne
- CAH : Contribution des adultes hébergés
- CES : Chèque emploi-service
- CH : Centre hospitalier
- CHSLD : Centre d'hébergement 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
- CMD : Crédit pour maintien à domicile (des aînés)
- DI-TSA : Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme
- DM : Déficience mentale
- DP : Déficience physique
- EÉSSAD : Entreprises d'économie sociale en aide à domicile
- ETC : Équivalent temps complet
- GPS : Groupes de profils de santé
- ISQ : Institut de la statistique du Québec
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- NSA : Niveau de soins alternatif
- PEFSAD : Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
- RI-RTF : Ressources intermédiaires et de type familial
- RPA : Résidence privée pour aînés
- RSS : Région sociosanitaire
- SAD : Soins à domicile
- SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées
- SLD : Soins de longue durée
- SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Structure du modèle.	7
Figure 2. Description des Profils Iso-SMAF	15
Figure 3. Proportions observées et prédites pour les GPS 1 à 3 en 2016 dans la RSS de Laval (1 : état palliatif; 2 : Affection majeure aiguë; 3 : Affection majeure chronique).....	18
Figure 4. Proportions observées et prédites pour les GPS 5 à 8 en 2016 dans la RSS de Laval (5 : Trouble de santé mentale majeur; 6 : Cancer majeur; 7 : Affection modérée aiguë; 8 : Affection modérée chronique).....	18
Figure 5. Proportions observées et prédites pour les GPS 9 à 12 en 2016 dans la RSS de Laval (9 : Autre cancer; 10 : Autre trouble de santé mentale; 11 : Obstétrique; 12 : Affection mineure aiguë).....	19
Figure 6. Proportions observées et prédites pour les GPS 13, 15 et 16 en 2016 dans la RSS de Laval (13 : Affection mineure chronique; 15 : Utilisateur sans affection; 16 : Non-utilisateur).....	19
Figure 7. Projection de la population de 65 ans et plus selon la classification des catégories de GPS	20
Figure 8. Proportions observées et prédites de personnes évaluées de 20 à 64 ans selon trois RSS (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Laval)	21
Figure 9. Proportions observées et prédites de personnes évaluées de 65 ans et plus selon trois RSS (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Laval)	22
Figure 10. Nombre d'observations avant et après imputations pour l'année 2016-2017 et croissance du nombre d'observations à la suite des imputations par Profil Iso-SMAF.....	24
Figure 11. Proportion d'observations par Profil Iso-SMAF avant et après imputations pour l'année 2016-2017.	24
Figure 12. Proportions observées et prédites de catégorie de Profil Iso-SMAF par âge.....	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Milieux de vie, fournisseurs, financement et types de soins.	9
Tableau 2. Liste des bases de données administratives.	11
Tableau 3. Description des groupes de profils de santé (GPS).....	16
Tableau 4. Sources de calculs du coût moyen de construction d'une place en CHSLD (antérieur aux Maisons des aînés).....	37
Tableau 5. Régions sociosanitaires de résidence des répondants.	45
Tableau 6. Niveau de scolarité le plus élevé du répondant (valeurs pondérées)	46
Tableau 7. Nombre d'enfants qui sont des filles (valeurs pondérées)	47
Tableau 8. Distance à laquelle habite l'enfant demeurant le plus proche du domicile du répondant (valeurs pondérées).....	47
Tableau 9. Statistiques descriptives des variables d'âge et de genre et variables économiques (valeurs pondérées).....	48
Tableau 10. Statistiques descriptives des variables d'anticipation (valeurs pondérées).....	49
Tableau 11. Ce que représenteront les dépenses de loyer ou d'hypothèque, de chauffage, d'électricité et d'épicerie à 75, 80 ou 85 ans par rapport à aujourd'hui (valeurs pondérées).....	49
Tableau 12. Probabilité de devoir vivre dans le futur plus d'une année avec des limitations dans au moins deux AVQ et probabilité de pouvoir compter sur une aide substantielle d'un ou plusieurs proche(s) au moins 4 heures par jour si le répondant avait au moins deux limitations dans ses AVQ (valeurs pondérées)	49

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU MODÈLE

Dans cette partie, nous présentons tout d'abord la structure générale du modèle de simulation des soins de longue durée du Québec. Ensuite, nous expliquons comment il a été possible de construire un modèle au niveau des 18 régions sociosanitaires (RSS) du Québec. Enfin, nous présentons les bases de données qui sont utilisées pour le modèle, qu'elles soient administratives ou issues d'enquêtes réalisées spécifiquement pour ce projet. Pour finir, il convient de préciser que les projections débutent en 2020 étant donné les sources de données utilisées, mais que la première année rapportée dans les résultats est 2023.

1.1 Structure du modèle

Le modèle de simulation des soins de longue durée du Québec comporte six modules qui sont présentés schématiquement dans la Figure 1. Chacun des modules fait l'objet d'une partie qui lui est dédiée dans ce document.

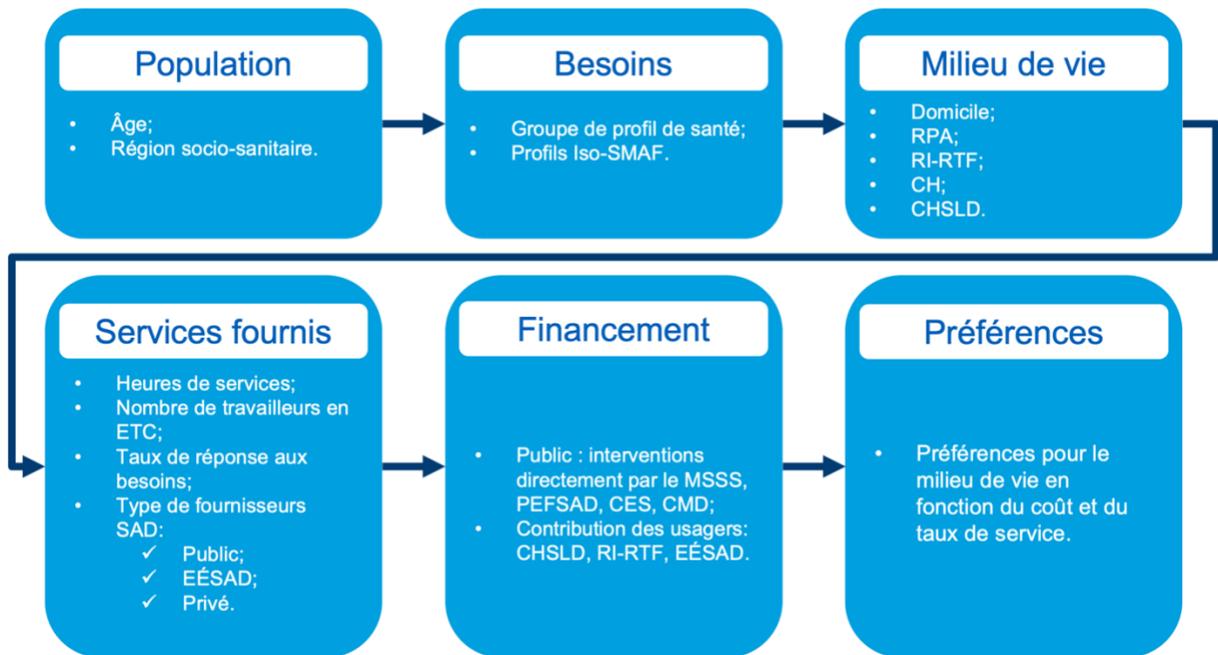


Figure 1. Structure du modèle.

Le premier module correspond à la population par âge et par RSS de l'ISQ qui est utilisée pour l'année de départ du modèle, mais également pour projeter l'impact du vieillissement de la population par RSS jusqu'en 2040.

Le deuxième module a pour objectif de calculer la proportion de la population par âge et par RSS qui a des besoins de soutien à l'autonomie, et leur niveau de besoins. Ceux-ci sont mesurés par le Profil Iso-SMAF et en fonction du groupe de profil de santé (GPS) des individus.

Le troisième module permet d'attribuer les individus selon leurs milieux de vie, qu'ils soient institutionnalisés, en RPA ou à domicile. Les milieux de vie institutionnalisés incluent les centres

d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les centres hospitaliers (CH) pour les individus qui sont en attente d'une place dans un autre milieu de vie et qui font donc partie de la catégorie niveau de soins alternatif (NSA).

La modélisation des services fournis est réalisée dans le quatrième module qui prend en compte les interventions du secteur public, du secteur privé à but non lucratif et du secteur privé à but lucratif au niveau des soins infirmiers, des soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités de la vie domestique (AVD). Les autres coûts liés à l'hébergement, les repas et la gestion sont également pris en compte dans un coût fixe en CHSLD et en RI-RTF. Dans ces établissements, mais aussi à domicile, les autres catégories de services dispensés par le réseau public tels que les services en ergothérapie, physiothérapie, nutrition, inhalothérapie et les services psychosociaux sont également intégrés dans des coûts fixes.

Il est également à noter que dans le cadre de cette étude, les interventions du secteur privé à but lucratif qui ne sont pas reliées à du financement public ou qui ne sont pas réalisées conjointement à des interventions publiques ne sont pas incluses. Par exemple, les interventions pour les personnes qui recourent directement à des intervenants privés afin de faire le ménage à leur domicile, sans recevoir aucun soutien public, ne sont pas incluses. Le rôle du secteur assurantiel est également absent de cette étude, ce secteur occupant un rôle très limité au Canada avec la présence d'un seul assureur¹ et un taux de souscription inférieur à 2 % (Boyer et al. 2020). De plus, malgré son rôle important, l'aide informelle n'est pas incluse dans cette étude. Il faut noter qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de données sur l'aide informelle qui soit exploitable avec un niveau de granularité suffisant, qui croise notamment les niveaux de besoins, le milieu de vie et la région de résidence. Pour finir, les soins de santé ne sont pas inclus dans le cadre de ce modèle.

Le cinquième module porte sur le financement des soins de longue durée, qu'il repose sur un financement du secteur public ou sur la contribution des usagers. Le financement du secteur public correspond soit à des interventions directes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) via les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) ou les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou à des financements versés aux usagers. Ces financements incluent le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), les chèques emploi-service (CES) et le crédit pour maintien à domicile (CMD) des aînés. Les coûts publics incluent également les coûts des personnes qui sont en centres hospitaliers (CH) et qui sont en attente d'une place (catégorie NSA). Les contributions des usagers correspondent à la contribution des adultes hébergés (CAH) en CHSLD ou en RI-RTF et au reste à charge après déduction du PEFSAD pour les interventions des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD).

Le sixième module, qui repose sur une nouvelle enquête sur les préférences pour la prise en charge de la perte d'autonomie, réalisée spécifiquement pour ce projet, a pour objectif d'intégrer les préférences des usagers quant à différents scénarios de prise en charge de la perte d'autonomie. Il est basé sur une méthode de préférences déclarées à partir de différents scénarios de prise en charge présentés au répondant (qui font varier le milieu de vie, le type de fournisseur, le niveau de service offert par rapport aux besoins, le temps d'attente, le prix net payé par l'utilisateur).

¹ <https://portail-assurance.ca/article/plus-quun-seul-joueur-en-assurance-de-soins-de-longue-duree/>

Tableau 1. Milieux de vie, fournisseurs, financement et types de soins.

Milieu de vie → Fournisseur ↓	Domicile	RPA	CHSLD	RI-RTF	CH (en attente de place)
Public CISSS / CIUSSS / CLSC	Financement public : MSSS → soins infirmiers, AVQ, AVD	Financement public : MSSS → soins infirmiers, AVQ, AVD	- Financement public : MSSS - Financement privé : CAH → soins infirmiers, AVQ, AVD	- Financement public : MSSS - Financement privé : CAH → soins infirmiers	- Financement public : MSSS - Financement privé : CAH → soins infirmiers, AVQ, AVD
EÉESAD	- Financement public : PEFSAD (y compris aide compensatoire) - Financement privé : reste à charge de l'utilisateur → AVD	- Financement public : PEFSAD (y compris aide compensatoire) - Financement privé : reste à charge de l'utilisateur → AVD			
Privé	Financement public : CES → AVQ, AVD Financement public : CMD (Iso-SMAF 1 à 4)	Financement public : CES → AVQ, AVD Financement public : CMD	- Financement public : MSSS - Financement privé : CAH (conventionné et non conventionné). → soins infirmiers, AVQ, AVD	- Financement public : MSSS - Financement privé : CAH → AVQ, AVD	

Le Tableau 1 donne une vision précise des types de soins et des types de financement qui sont modélisés en fonction du milieu de vie et de la catégorie de fournisseur.

Le modèle intègre les interventions de soins infirmiers, les soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD). Les AVQ intègrent les activités suivantes : se nourrir, se laver, entretenir sa personne (se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.), s'habiller, contrôler ses intestins et sa vessie (continence). Les AVD, parfois nommées tâches domestiques, intègrent les activités suivantes : préparer les repas, effectuer les travaux ménagers et la lessive, faire l'épicerie, faire des appels téléphoniques, gérer son budget, prendre ses médicaments, utiliser les transports. Outre ces trois catégories d'activités, le modèle intègre également d'autres coûts de la prise en charge de la perte d'autonomie, par exemple le coût de l'hébergement et des repas en CHSLD et en RI-RTF et d'autres catégories de soins en CLSC qui comprennent les soins d'ergothérapie, de physiothérapie, de nutrition, d'inhalothérapie et les services psychosociaux.

Les CLSC effectuent des interventions de soins infirmiers et des interventions de soins d'assistance liées aux AVQ et aux AVD à domicile et en RPA, mais ils effectuent également des interventions de soins infirmiers en RI-RTF. Les travailleurs dans les CHSLD publics et les CH, qui sont rattachés à un CISSS ou un CIUSSS, effectuent également des interventions de soins infirmiers et de soins d'assistance d'AVQ et d'AVD. Alors qu'une CAH peut être attendue de l'utilisateur en CHSLD et en RI-RTF, aucune CAH n'est requise à domicile ou en RPA pour recevoir les soins et services du CLSC. Précisons que les loyers et les dépenses de nourriture que les usagers payent à domicile ou dans les RPA ne sont pas inclus dans le contour de l'analyse, de même que certains services qui sont propres aux RPA.

Les milieux d'intervention des EÉSAD sont les domiciles et les RPA où ils dispensent des soins d'assistance d'AVQ et d'AVD, qui sont financées en partie par le gouvernement, via le PEFSAD, qui contient une aide fixe de 4\$ par heure d'intervention et une aide variable qui dépend de l'âge, du revenu et de la situation familiale. L'aide compensatoire du gouvernement qui est directement versée aux EÉSAD est également prise en compte dans le calcul des financements publics. La contribution versée par l'utilisateur correspond à la différence entre le coût horaire de l'intervention facturée par l'EÉSAD et le montant de PEFSAD perçu.

Les interventions du secteur privé correspondent à la dernière ligne du Tableau 1. Les interventions de soins d'assistance aux AVQ et aux AVD qui sont financées par le chèque emploi-service sont intégrées dans le modèle. Le modèle intègre également le Crédit pour maintien à domicile (CMD) des aînés qui peut être reçu à domicile (profils Iso-SMAF 1 à 4) ou en RPA. Le CMD a pour objectif de soutenir les aînés qui demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. L'utilisation du CMD est plus large que le recours à des soins de longue durée, car son versement ne leur est pas conditionnel. Précisons aussi que le CMD est géré par le ministère des Finances et que nous n'avons pas eu accès à cette banque de données. Il convient donc d'être précautionneux lorsque l'on interprète les résultats du modèle en comparant les CMD aux autres dispositifs qui sont dédiés aux soins de longue durée.

Il faut également noter que les CHSLD privés, qu'ils soient conventionnés ou non, sont pris en compte dans le modèle. Les places en CHSLD privés non-conventionnés qui sont achetées par le MSSS sont incluses dans le nombre total de places disponibles. Les CHSLD privés conventionnés sont assimilés à des CHSLD publics. Les types de soins qui sont inclus en CHSLD privés sont équivalents à ceux modélisés en CHSLD publics : soins infirmiers, AVQ et AVD. La CAH est également calculée pour les CHSLD privés.

1.2 Un modèle régional

Dans le cadre de la modélisation, le niveau de granularité des projections est important. L'idée générale est de sélectionner le niveau de granularité le plus fin possible en fonction de la disponibilité des variables dans les diverses bases de données. Cet objectif doit être concilié avec d'autres objectifs, à savoir la fiabilité et la représentativité des bases de données.

Le premier réflexe serait de considérer une approche consistant à modéliser les ménages, avec leurs attributs, tels que la structure familiale, le revenu, etc. Bien qu'intéressante, cette approche nécessite des données qui sont indisponibles à une échelle représentative du Québec. En revanche, le Commissaire à la santé et au bien-être a mis à disposition de l'équipe de recherche un large ensemble de données administratives qui sont d'une grande richesse, et qui n'ont jusqu'à lors jamais été mises en commun afin d'obtenir un tel diagnostic global des besoins, de l'offre et du financement des services de soutien à l'autonomie au Québec.

La grande majorité de ces fichiers de données administratives contient peu d'information sur les caractéristiques démographiques des personnes, mais la plupart contient deux caractéristiques essentielles, à savoir l'âge et la région. L'avantage de ce niveau de granularité est également que des projections de la population québécoise sont produites par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) en fonction de ces caractéristiques. Le niveau géographique qui a été retenu dans le cadre de cette étude est la région sociosanitaire (RSS), qui a l'avantage de capturer un découpage territorial pertinent pour la gestion des services de santé et services sociaux au Québec.

1.3 Bases de données

Le modèle de simulation des soins de longue durée du Québec mobilise un ensemble unique de bases de données. Elle se base sur une mise en commun d'une douzaine de bases de données administratives, parmi lesquelles certaines sont dotées d'un identifiant individuel unique anonyme qui permet de les lier par individu et pour une période donnée. Par exemple, l'identifiant unique anonyme a permis de fusionner la base *Grouper POP* et la base *RSIPA*. Cela a notamment permis de calculer la proportion de la population en fonction de la RSS, de l'âge et du GPS qui avait des besoins évalués de soutien à l'autonomie, mesurés par le profil Iso-SMAF (une personne a un besoin évalué dès lors que le profil Iso-SMAF est supérieur ou égal à 1).

Les bases de données administratives ont été complétées avec les données de deux enquêtes. Une enquête sur les préférences pour la prise en charge de la perte d'autonomie a été menée par l'équipe de recherche auprès de 3002 répondants âgés de 55 à 69 ans du 14 décembre 2022 au 5 janvier 2023. L'utilisation de cette enquête fait l'objet de la partie 7 « Préférences des usagers ».

La seconde enquête sur la main-d'œuvre et les usagers des ressources intermédiaires a été menée en avril 2023 par l'équipe de recherche et avec le concours de l'ARIHQ, qui a diffusé le questionnaire auprès de ses membres. 279 gestionnaires issus d'autant d'établissements ont répondu au questionnaire, sur un total d'environ 1 105 RI qui sont membres de l'ARIHQ (rapport annuel de l'ARIHQ 2022-2023). Cette enquête a permis de mesurer le nombre d'équivalents temps complets (ETC) des travailleurs qui sont mobilisés par usager (voir partie 5 intitulée « Les services fournis »).

Tableau 2. Liste des bases de données administratives.

Source	Période	Description sommaire
Grouper POP	2015-2016 à 2019-2020 ²	Population par GPS, RSS, âge
RSIPA	2015-2016 à 2019-2020 ²	Profil Iso-SMAF
I-CLSC	2015-2016 à 2019-2020 ²	Heures d'intervention, milieu de vie
PEFSAD	2015-2016 à 2019-2020 ²	Nombre d'usagers et heures d'intervention
CAH-CHSLD	2015-2016 à 2019-2020 ²	Milieu de vie, usagers, période
CAH-RI	2015-2016 à 2019-2020 ²	Milieu de vie, usagers, période
SIRTF	2019-2020 ²	Coût des places en RI
Desjardins-CES	2015-2016 à 2019-2020 ²	Heures d'intervention et montants payés
CIUSSS-CES	2022, 2023	Profils Iso-SMAF des usagers du CES
CMD-Revenu Québec	2015 à 2021	Nombre d'usagers et montants par RSS
R25	2019-2020 ²	Travailleurs (nombre et heures) et salaires
AS-471	2016-2017 à 2019-2020 ²	Coûts en CHSLD, RI-RTF et SAD
AS-478	2016-2017 à 2019-2020 ²	Nombre de lits en CHSLD

² D'avril à mars.

2 POPULATION

Puisque les incapacités sont intimement liées à l'âge, le vieillissement démographique et les projections de population sont d'une grande importance pour les projections des besoins de soutien à l'autonomie. Dans le cadre de la modélisation, nous utilisons les projections de la population québécoise par âge et par région sociosanitaire qui sont produites par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) de 2020 à 2040.³ Il est à noter que l'ISQ produit des projections nationales jusqu'en 2066, mais ses projections par région sociosanitaire (RSS) se terminent en 2041.

Enfin, l'ISQ produit plusieurs scénarios de projections. Nous utilisons le scénario de référence, qui suppose un taux de fécondité cible qui se maintient à 1,6 enfant par femme, et des gains d'espérance de vie de 5,7 ans. En termes de migration interne, l'ISQ suppose une poursuite des tendances de 2017-2020 jusqu'en 2022 et le maintien des tendances de 2015-2020 par la suite.

³ Ces projections ont été mises à jour en 2021 pour tenir compte de la pandémie. Les détails pertinents de cette mise à jour pour notre analyse peuvent être consultés à <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mise-a-jour-2021-perspectives-demographiques-quebec-regions-2020-2066.pdf>.

3 BESOINS DES PERSONNES PRÉSENTANT DES INCAPACITÉS

Les personnes présentant des incapacités ont plusieurs types de besoins. D'abord, elles ont besoin de soins infirmiers. Elles ont également besoin de soins d'assistance pour pallier leurs difficultés avec les activités de la vie quotidienne (AVQ), comme se nourrir, s'habiller et se laver. Elles ont aussi des besoins de soutien pour les activités de la vie domestique (AVD), comme effectuer les travaux ménagers, la lessive, ou faire l'épicerie.

Afin de caractériser ces besoins, nous avons recours aux Profils Iso-SMAF, qui sont utilisés par le réseau de la santé et des services sociaux pour gérer les services de soutien à l'autonomie. Cet outil permet de classer chacune des personnes selon 14 profils. L'un des avantages majeurs de cet outil est que chacun des profils correspond à des standards de temps requis pour chacun des types de soins mentionnés précédemment (soins infirmiers, soins d'assistance et aide pour les tâches domestiques). Grâce à cet outil, il nous est possible de déterminer le taux de réponse aux besoins selon le nombre d'heures de services fournis et de calculer avec précision des coûts par individus. Cet outil est ainsi au cœur de la modélisation des besoins des personnes présentant des incapacités.

Dans notre modélisation des Profils Iso-SMAF les deux variables centrales sont l'âge et la RSS. Néanmoins, comme le Profil Iso-SMAF est évalué chez un groupe circonscrit de personnes, il est utile d'inclure dans notre modélisation une variable d'utilisation générale des soins de santé, le groupe de profil de santé (GPS). Cette variable a l'avantage d'être mesurée auprès d'une part importante de la population et d'être liée, dans une certaine mesure, aux Profils Iso-SMAF. Cette variable nous aide donc à estimer avec plus de précision l'évolution des Profils Iso-SMAF parmi les personnes évaluées.

Par la suite, après avoir présenté les Profils Iso-SMAF, nous présentons la modélisation des besoins de soins de longue durée. Pour finir, une dernière partie traite des individus qui ont des besoins de soutien à l'autonomie, mais qui n'ont pas été évalués avec les Profils Iso-SMAF. Cette partie explique pourquoi ces personnes n'ont pas pu être intégrées au modèle. À chacune des étapes, nous discutons des choix de modélisation, ainsi que des hypothèses effectuées.

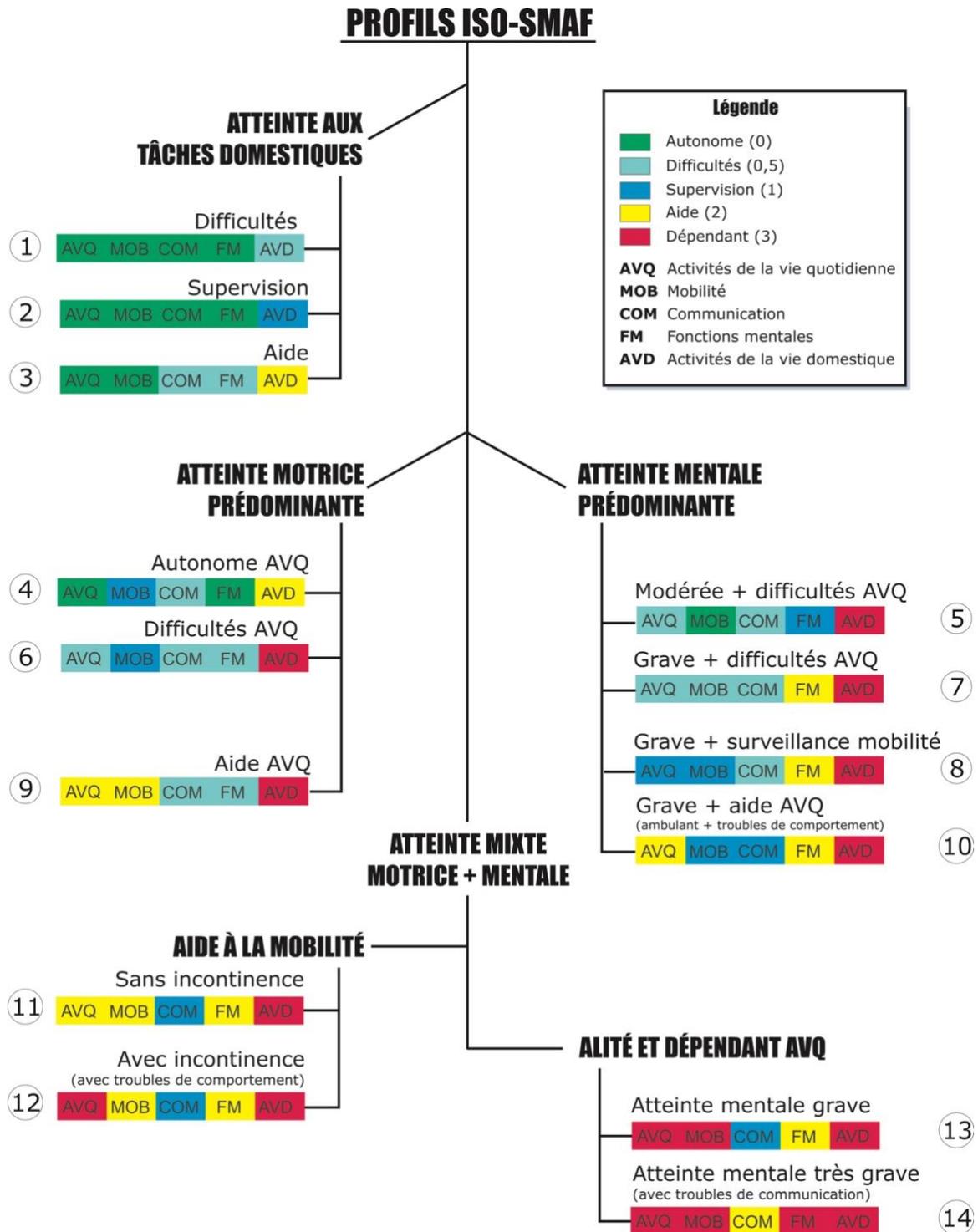
3.1 Présentation des Profils Iso-SMAF

Dubuc et al. (2006) ont proposé une classification des besoins qui dépend des incapacités physiques et mentales des individus. Les profils sont générés par l'évaluation clinique des incapacités au moyen du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) comportant 29 items. Le SMAF est intégré à l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) utilisé pour l'évaluation des besoins des personnes dans les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de déficience physique (DP) et de déficience intellectuelle et de troubles du spectre de l'autisme (DI-TSA). La classification des Profils Iso-SMAF ordonne les besoins de manière croissante selon 14 profils. Ces profils sont utilisés dans le réseau par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ils font aussi partie de la formule de financement pour certains types de soins. Ainsi, il a été jugé adéquat et incontournable d'utiliser cette classification pour projeter l'intensité des besoins.

La Figure 2 présente certaines caractéristiques de ces profils. Chacun des profils comporte 5 grandes dimensions, soit les activités de la vie domestique (AVD), les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, la communication et les fonctions mentales. Pour chacune des dimensions, l'individu se voit

attribuer un des 5 niveaux de besoin suivants : aucun (autonome), difficultés, besoin de supervision, besoin d'aide et dépendant. Les profils 1 à 3 sont des profils avec des atteintes principales aux activités de la vie domestique allant en grandissant. Les profils 4, 6 et 9 sont des profils avec une atteinte surtout motrice, donc physique. Les profils 5, 7, 8 et 10 ont une atteinte principalement au niveau des fonctions mentales avec des besoins toujours allant en grandissant. Par exemple, ce groupe de profils capte les personnes souffrant de troubles neurocognitifs à différents stades. Finalement, les profils 11 et plus regroupent des personnes ayant des atteintes mixtes importantes nécessitant de l'aide dans pratiquement toutes les dimensions et étant dépendant dans plusieurs d'entre elles.

Figure 2. Description des Profils Iso-SMAF



3.2 Modélisation

3.2.1 Utilisation des soins de santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)⁴ a mis au point une méthodologie permettant de regrouper les individus selon leurs profils cliniques et démographiques. Chaque individu de la population fait partie d'un groupe de profil de santé (GPS), qui correspond à l'affection la plus complexe et la plus pertinente identifiée sur le plan clinique, selon les services utilisés.

Afin de déterminer le GPS, plusieurs informations sont nécessaires, notamment un registre sur la facturation des médecins pour chaque patient, ainsi qu'un registre des hospitalisations, des hospitalisations en santé mentale, des chirurgies d'un jour, des visites à une clinique en milieu hospitalier, et des visites au service d'urgence. De plus, la méthodologie de l'ICIS prévoit l'utilisation d'un registre sur les établissements de soins de longue durée et de services à domicile. Précisons que, malgré cela, le fait d'être en CHSLD n'est pas pris en considération dans la classification. La classification possède 239 GPS regroupés eux-mêmes en 16 catégories de GPS. Ce sont ces catégories que nous utiliserons pour notre analyse. Les 16 catégories sont présentées dans le Tableau 3.

Tableau 3. Description des groupes de profils de santé (GPS).

Catégorie de GPS	Description
1	État palliatif
2	Affection majeure aiguë
3	Affection majeure chronique
4	Affection majeure d'un nouveau-né
5	Trouble de santé mentale majeur
6	Cancer majeur
7	Affection modérée aiguë
8	Affection modérée chronique
9	Autre cancer
10	Autre trouble de santé mentale
11	Obstétrique
12	Affection mineure aiguë
13	Affection mineure chronique
14	Nouveau-né en santé
15	Utilisateur sans affection
16	Non-utilisateur

⁴ Les informations techniques sur la méthodologie se trouve dans une publication de l'Institut Canadien de la Santé publiée en 2021 (voir références).

L'ICIS met à la disposition des analystes un logiciel permettant d'établir une catégorie de GPS pour chacun des membres d'une population visée. Ce logiciel a été utilisé afin d'évaluer la catégorie de GPS de chacun des résidents du Québec. Ces calculs ont été réalisés par l'Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS). Dans le reste du Canada, la classification RAI-MDS et RAI-HC est utilisée dans le calcul des catégories de GPS. Cette classification permet d'évaluer les niveaux d'utilisation de services de longue durée dans le reste du Canada. Ce n'est pas le cas au Québec, car la classification RAI-MDS et RAI-HC n'y est pas utilisée. Il n'a donc pas été possible de faire le lien entre les catégories de GPS et les soins de longue durée à partir des calculs de l'INESSS.

Nous avons eu accès au fichier contenant les catégories de GPS de tous les résidents du Québec de 2010 à 2020. Notre objectif est d'obtenir une distribution par région et par âge des catégories de GPS. Afin d'atteindre cet objectif, nous calculons la proportion de personnes pour chacune des catégories de GPS (de 1 à 16). Les projections des catégories de GPS reposent sur des estimations par régressions polynomiales locales⁵ pour chaque RSS et chaque année disponible dans les données (2010 à 2020). Ce lissage permet d'éviter des fluctuations trop importantes par âge selon les catégories de GPS. Ces régressions permettent d'estimer, de manière très flexible, la proportion de personnes dans une catégorie de GPS donnée selon l'âge (18 à 90 ans et plus). Au total, 224 modèles sont estimés pour chaque année de données, puisque nous avons 14 catégories de GPS (en excluant les catégories d'affection majeure d'un nouveau-né (4) et de nouveau-né en santé (14)) et 16 RSS (lorsque le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James sont regroupés). De manière générale les modèles répliquent fidèlement les proportions observées avec les données brutes. Par exemple, les figures suivantes présentent les proportions observées et prédites pour Laval. Cette RSS a été retenue, car elle représente un RSS médian en termes de nombre d'observations.

⁵ Un polynôme de degré 1 et un kernel gaussien avec une fenêtre de 3 sont utilisés.

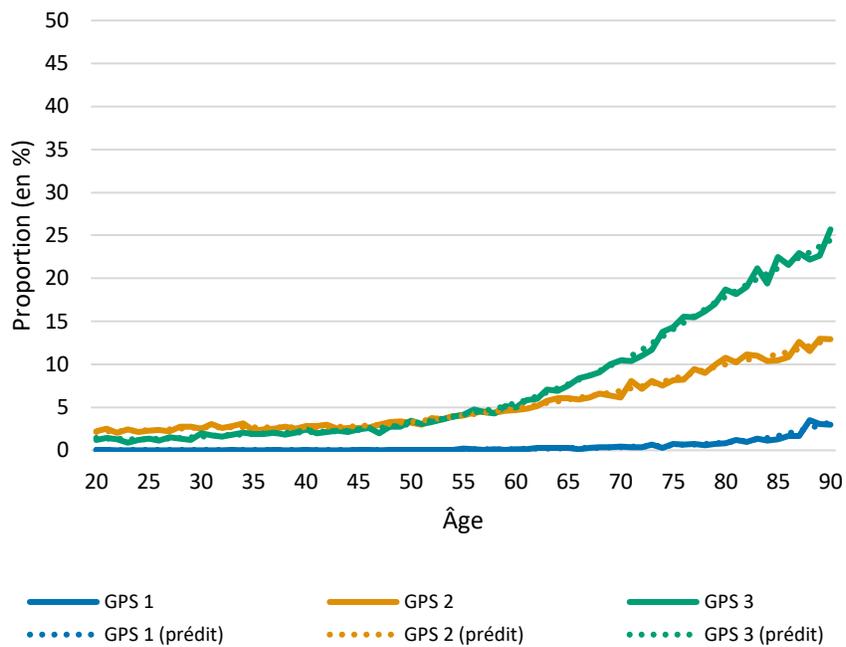


Figure 3. Proportions observées et prédites pour les GPS 1 à 3 en 2016 dans la RSS de Laval (1 : état palliatif; 2 : Affection majeure aiguë; 3 : Affection majeure chronique)

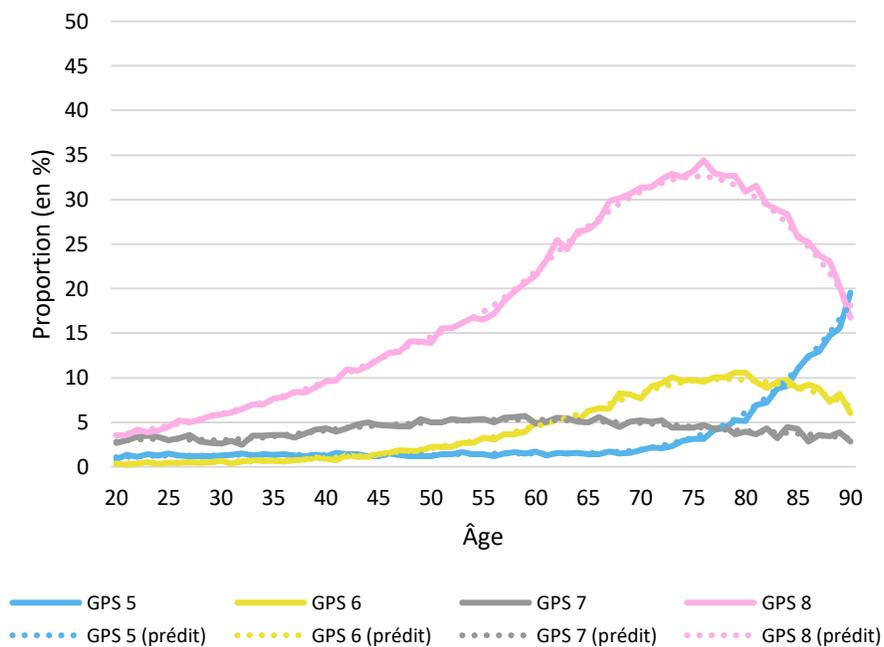


Figure 4. Proportions observées et prédites pour les GPS 5 à 8 en 2016 dans la RSS de Laval (5 : Trouble de santé mentale majeur; 6 : Cancer majeur; 7 : Affection modérée aiguë; 8 : Affection modérée chronique)

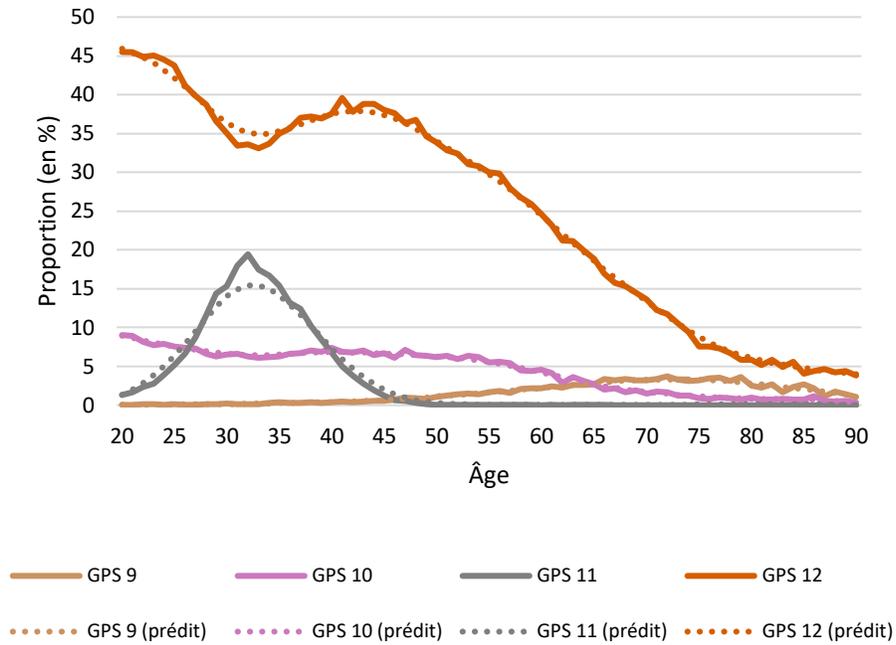


Figure 5. Proportions observées et prédites pour les GPS 9 à 12 en 2016 dans la RSS de Laval (9 : Autre cancer; 10 : Autre trouble de santé mentale; 11 : Obstétrique; 12 : Affection mineure aiguë)

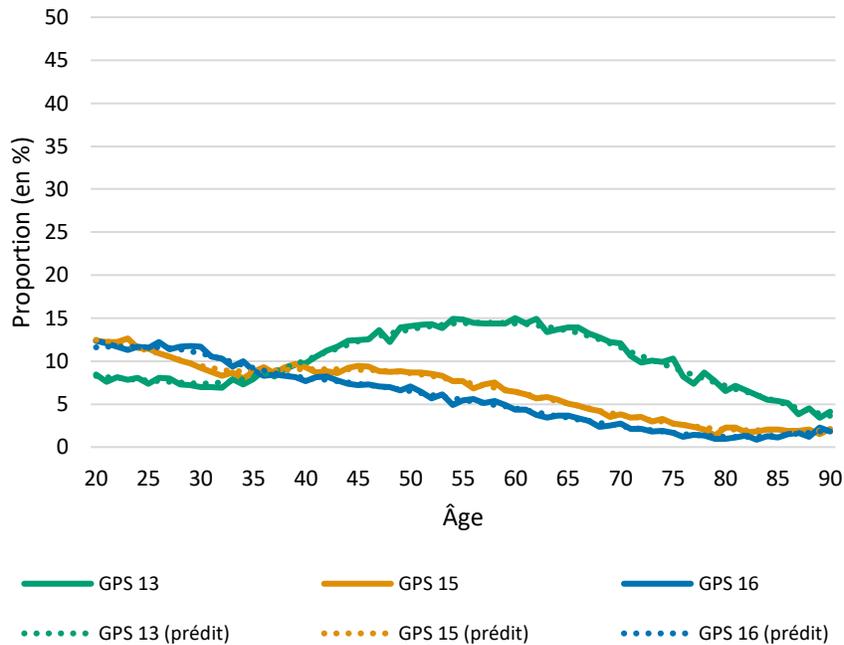


Figure 6. Proportions observées et prédites pour les GPS 13, 15 et 16 en 2016 dans la RSS de Laval (13 : Affection mineure chronique; 15 : Utilisateur sans affection; 16 : Non-utilisateur)

Pour les fins de la modélisation, nous allons supposer que cette répartition (en %) entre catégories de GPS par RSS et par âge demeure constante et qu'elle correspond à celle de 2016. Nous avons tenté de déceler des tendances dans la répartition des catégories de GPS par âge dans les données. Cependant, nous nous sommes butés à des changements dans la saisie des données utilisées comme intrant dans le calcul des catégories de GPS. Ces changements ont mené à des variations dans le temps de la répartition des catégories de GPS, qui ne sont tout simplement pas plausibles. Ainsi, nous avons préféré ne pas inclure ces tendances dans la modélisation et utiliser les données sur les catégories de GPS avant les changements dans la saisie des données, c'est-à-dire pour l'année 2016. Il est à noter que même si nous supposons que cette distribution reste constante par âge et par RSS, nos projections ont tout de même un impact sur la proportion de chaque catégorie de GPS dans la population totale, étant donné le vieillissement de la population et les variations de population par RSS. La Figure 7 présente la projection du nombre de personnes par catégorie de GPS de 2023 à 2040 pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette catégorie d'âge a été retenue, car elle permet de se concentrer sur les catégories de GPS susceptibles de présenter une incapacité.⁶ La population ayant des catégories supérieures à 12 est assez constante pour la période analysée. Sous l'influence du vieillissement démographique, ce sont les catégories de GPS de 1 à 8 qui augmentent considérablement. On voit notamment que les catégories de GPS 3 (affection majeure chronique) et 5 (trouble de santé mentale majeur) sont en forte augmentation sur la période.

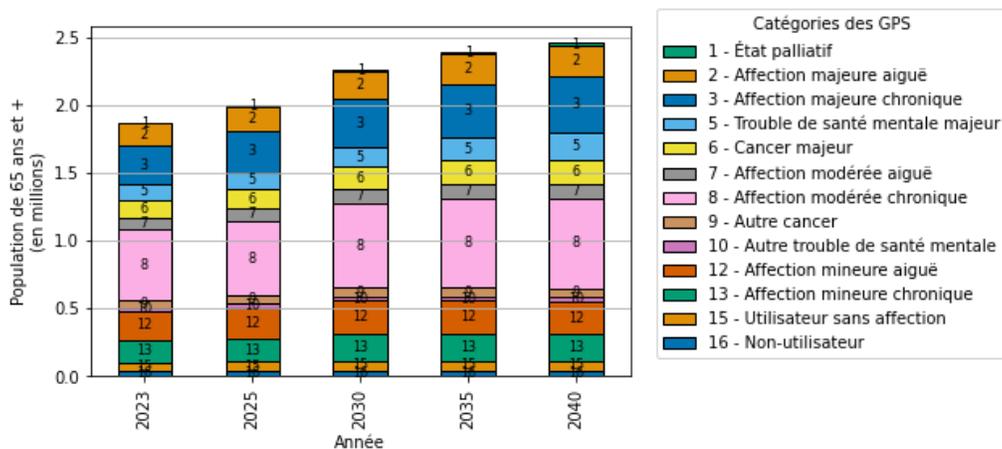


Figure 7. Projection de la population de 65 ans et plus selon la classification des catégories de GPS

Sources : projections démographiques de l'ISQ et information sur les GPS de l'ICIS

3.2.2 Évaluation des besoins

Au Québec, la porte d'entrée du système vers les services de soutien à l'autonomie est l'évaluation des besoins par un intervenant. Une évaluation est généralement effectuée lors de l'émergence des incapacités ou à partir d'un événement déclencheur comme une hospitalisation. Il faut également préciser que certaines personnes ayant des besoins de soutien à l'autonomie ne sont pas évaluées, notamment par manque de ressources ou à cause de listes d'attente. Elles n'ont pas pu être intégrées dans le modèle.

⁶ Il est à noter que les profils 4, 11 et 14 ne sont pas présents dans la population de 65 ans et plus, car ils concernent des problèmes de santé à la naissance et l'obstétrique.

Afin d'identifier les personnes ayant des besoins, le fichier des catégories de GPS a été croisé avec celui du Réseau de services intégrés pour les personnes adultes (RSIPA), qui contient les informations sur les évaluations des besoins des personnes avec des incapacités. Grâce à cette identification des personnes évaluées, il est possible de calculer la fraction de celles-ci dans la population par âge, catégorie de GPS et RSS. Pour obtenir cette répartition, nous avons estimé un modèle de régression logistique par groupe d'âge (moins de 60 ans et 60 ans et plus) et par RSS⁷ avec comme variables explicatives un polynôme d'ordre quatre de l'âge et des variables dichotomiques pour chaque catégorie de GPS. Au total, nous avons donc estimé 32 modèles logistiques en utilisant les données de 2014-2015 à 2016-2017. Les données suivant 2016-2017 n'ont pas été utilisées étant donné les problèmes déjà évoqués dans la partie précédente à propos des catégories de GPS. Les deux figures suivantes présentent les proportions observées et prédites de personnes évaluées selon deux groupes d'âge (moins de 65 ans et 65 et plus) et selon trois RSS, qui ont été sélectionnées car elles présentent trois situations différentes au Québec (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Laval). La Figure 8 montre que les modèles répliquent assez fidèlement les proportions observées pour les trois RSS illustrées. Cette figure indique également que les proportions de personnes évaluées restent relativement stables (0,5 % à 1,5 %) avant 45 ans, pour ensuite débiter une remontée aux âges supérieurs. L'ampleur de cette remontée varie légèrement selon les RSS. À 64 ans, la proportion des personnes évaluées est de 3,9 % en Abitibi-Témiscamingue, alors qu'elle est de 1,6 % à Laval. Le Saguenay - Lac-Saint-Jean se situe entre les deux avec une valeur de 2,5 %. Précisons qu'il était attendu que la proportion de personnes évaluées soit basse, la portion de la population ayant des besoins de soutien à domicile étant faible chez les 20-64 ans.

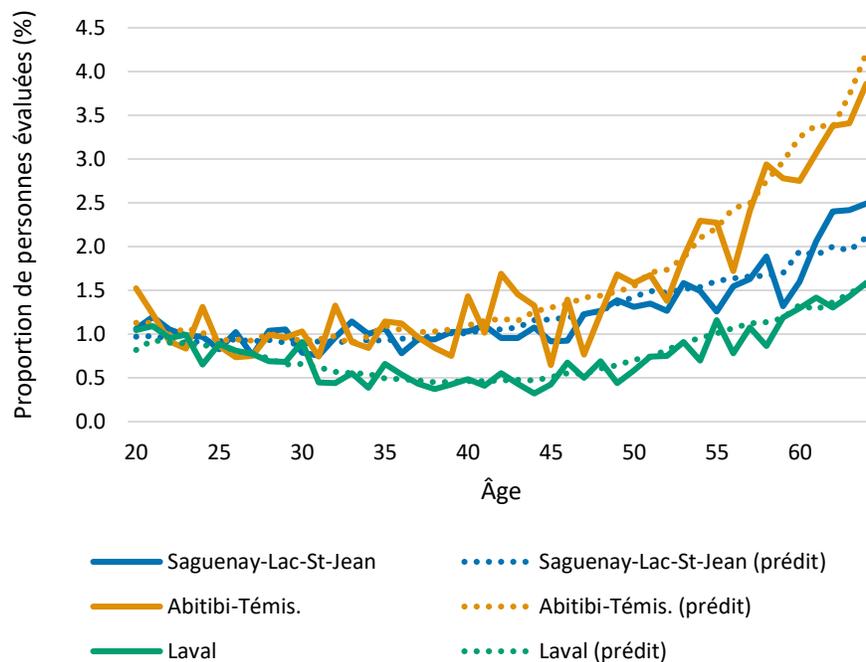


Figure 8. Proportions observées et prédites de personnes évaluées de 20 à 64 ans selon trois RSS (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Laval)

⁷ Nous avons regroupé les RSS du Nord-du-Québec, du Nunavik, et les Terres-Cries-de-la-Baie-James pour obtenir un nombre suffisant d'observations pour effectuer la régression logistique.

La Figure 9 montre que les modèles permettent de répliquer assez fidèlement les proportions de personnes évaluées chez les 65 ans et plus, malgré une tendance légère à la surestimation au-delà de 80 ans. Cette figure illustre une forte progression de la proportion de personnes évaluées avec l'âge qui passe de moins de 5 % à 65 ans, à plus de 60 % à 90 ans.

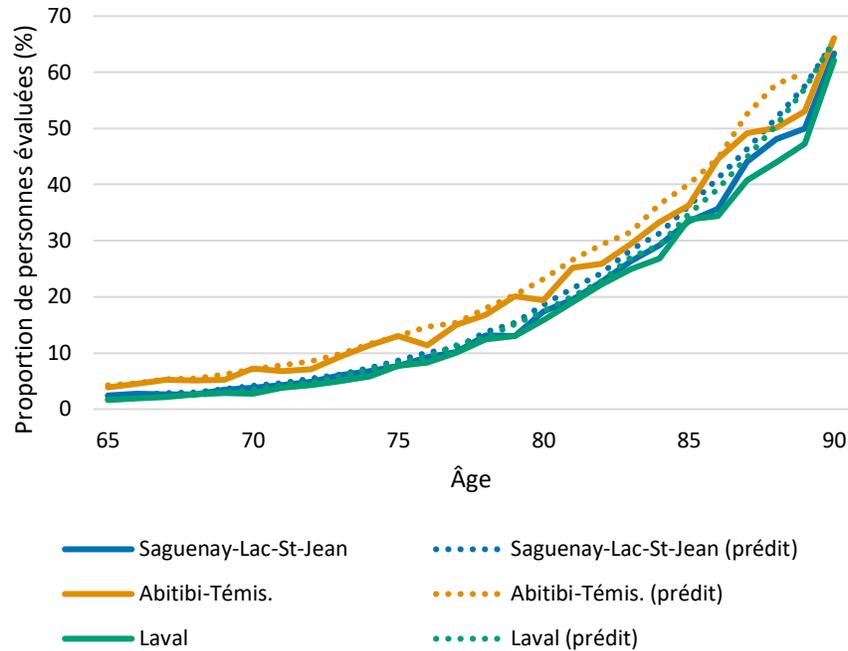


Figure 9. Proportions observées et prédites de personnes évaluées de 65 ans et plus selon trois RSS (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Laval)

3.2.3 Utilisation des Profils Iso-SMAF

La base de données RSIPA inclut un individu dès lors qu'il a été évalué au moins une fois entre 2010-2011 et 2021-2022. Il est possible qu'un individu soit évalué plusieurs fois au cours d'une année financière (d'avril à mars). Or, nous avons retenu un seul Profil Iso-SMAF par individu et par année. À cette fin, le Profil Iso-SMAF retenu pour l'année correspond à la dernière évaluation effectuée avant le 1^{er} avril de l'année financière en cours. Certains individus ne sont pas évalués chaque année. La conséquence pour ces individus est que leur Profil Iso-SMAF n'est pas disponible dans la base de données RSIPA pour une à quelques années. Pour les besoins de la simulation, il n'est pas possible d'avoir des données manquantes dans le modèle. Conséquemment, des imputations ont été effectuées afin de combler les observations manquantes durant les années sans évaluation et d'obtenir un Profil Iso-SMAF pour chacun des individus durant les années visées (2014-2015 à 2016-2017). La méthodologie suivante a été utilisée pour effectuer ces imputations :

1. Lorsque le Profil Iso-SMAF reste identique entre deux évaluations et que celles-ci sont entrecoupées par une ou plusieurs années sans évaluations, la valeur du Profil Iso-SMAF de ces évaluations est utilisée pour combler les valeurs manquantes des années intermédiaires sans évaluation

2. Lorsque la valeur du Profil Iso-SMAF d'une personne a changé entre deux évaluations, nous avons estimé un modèle de régression logistique multinomial chez les personnes pour lesquelles nous observons des évaluations durant deux années consécutives et nous imputons à partir de ce modèle une valeur de Profil Iso-SMAF pour les années sans évaluation⁸;
3. Lors de la dernière évaluation observée chez une personne, nous maintenons la valeur du dernier Profil Iso-SMAF identifié⁹;
4. Lorsqu'une personne est un usager des services de soutien à l'autonomie du MSSS, mais qu'aucune évaluation n'est disponible, nous avons estimé un modèle de régression logistique multinomial par milieu de vie (à domicile, en RPA, en RI et en CHSLD), pour deux groupes d'âge distincts (moins de 60 et 60 ans et plus). Les données utilisées pour l'estimation regroupent les données du *Groupes POP* et de *RSIPA* de 2015-2016 à 2019-2020. Les variables explicatives incluent un polynôme d'ordre quatre de l'âge et des variables dichotomiques pour chaque catégorie de GPS et chaque RSS. Ces régressions sont effectuées séparément pour chaque milieu de vie parmi les personnes ayant un Profil Iso-SMAF. Nous imputons ensuite une valeur de Profil Iso-SMAF à partir de ces modèles.

La Figure 10 présente le nombre d'observations par Profil Iso-SMAF avant et après imputations pour l'année 2016-2017, ainsi que la croissance de ce dernier pour chaque Profil Iso-SMAF à la suite des imputations. Elle montre que pour les profils 4 à 14, les imputations présentées ci-haut augmentent le nombre d'observations d'environ 40 %. Ces imputations augmentent plus particulièrement le nombre d'observations pour les profils 1 et 2, qui est presque doublé. Ces résultats ne sont pas surprenants, car les directives d'évaluation recommandent aux intervenants d'évaluer les personnes avec un profil 1 ou 2 tous les deux ans, plutôt qu'à chaque année pour les autres profils. Cela explique les plus nombreuses imputations à effectuer parmi les personnes ayant le profil 1 ou 2. La Figure 11 montre que les imputations effectuées modifient seulement à la marge la proportion respective de chaque Profil Iso-SMAF. La proportion de profils 1 et 2 augmente légèrement après les imputations et celle de tous les autres profils diminue marginalement. Ce résultat était également attendu, davantage de profils 1 ou 2 ayant été imputés.

⁸ 14 régressions logistiques multinomiales (une par Profil Iso-SMAF) sont effectuées avec la base de données RSIPA pour les années allant de 2010 à 2020. La variable dépendante correspond au profil Iso-SMAF observé l'année précédente conditionnellement à observer un Profil Iso-SMAF donné (1 à 14) durant l'année de référence. Les variables explicatives sont l'âge et le sexe. L'idée est d'imputer les profils par induction à rebours.

⁹ Dans ce cas, le nombre de personnes pour lesquels le profil est prolongé de plus de deux ans depuis la dernière évaluation ne représente que 3,75% des personnes en 2016.

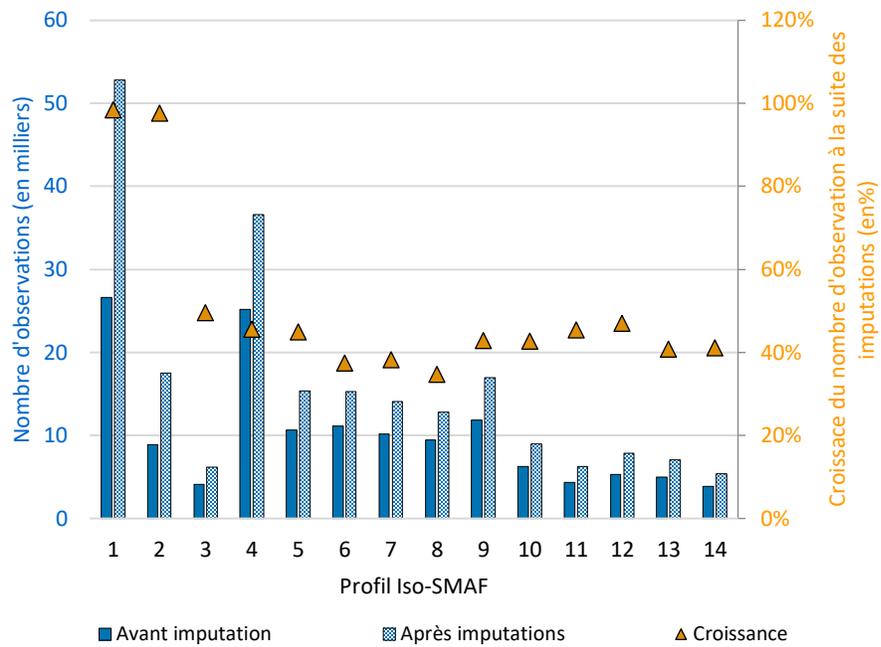


Figure 10. Nombre d'observations avant et après imputations pour l'année 2016-2017 et croissance du nombre d'observations à la suite des imputations par Profil Iso-SMAF

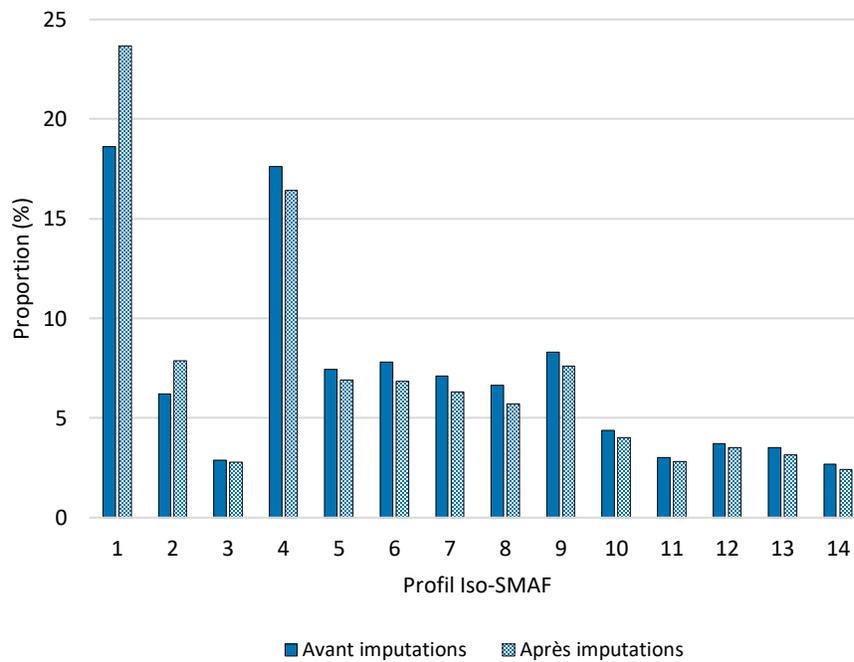


Figure 11. Proportion d'observations par Profil Iso-SMAF avant et après imputations pour l'année 2016-2017.

Après avoir imputé les années manquantes dans la base de données RSIPA, les données obtenues peuvent être mises en commun avec la population par âge, par RSS et par catégorie de GPS. À cette fin, des modèles de régressions logistiques multinomiales ont été estimés par groupe d'âge (moins de 60 ans, et 60 ans et plus) et par RSS¹⁰. Pour chacun de ces groupes, le modèle de régression intègre comme variables explicatives un polynôme d'ordre quatre de l'âge et des variables dichotomiques pour chaque catégorie de GPS. Au total, 32 modèles logistiques sont estimés en utilisant les données de 2014-2015 à 2016-2017. La Figure 12 compare les proportions observées et prédites de catégories de Profils Iso-SMAF par âge. La catégorie atteinte aux AVD correspond aux profils 1 à 3, celle avec atteinte motrice correspond aux profils 4, 6 et 9, celle avec atteinte mentale aux profils 5, 7, 8, 10, et celle avec incapacité lourde correspond aux profils 11 à 14. Cette figure montre que les modèles répliquent fidèlement les proportions observées pour les quatre catégories de Profil Iso-SMAF. On remarque que les atteintes aux AVD représentent plus de 40 % pour la majorité des âges, mais diminuent abruptement à partir de 80 ans. Pour leur part, les atteintes mentales sont assez présentes aux bas âges, mais celles-ci diminuent de manière drastique de 20 à 50 ans (42,7 % à 17,6 %), pour recommencer à augmenter à partir de 65 ans. De leur côté, les atteintes motrices augmentent de manière soutenue de 20 à 64 ans, passant de 6,1 % à 35,4 %. Cette catégorie de Profil Iso-SMAF connaît également une forte hausse chez les personnes de 85 ans et plus. Enfin, les incapacités lourdes commencent une lente montée à partir de 55 ans, qui s'accélère avec l'âge, et qui atteint un sommet de 20,5 % à 90 ans.

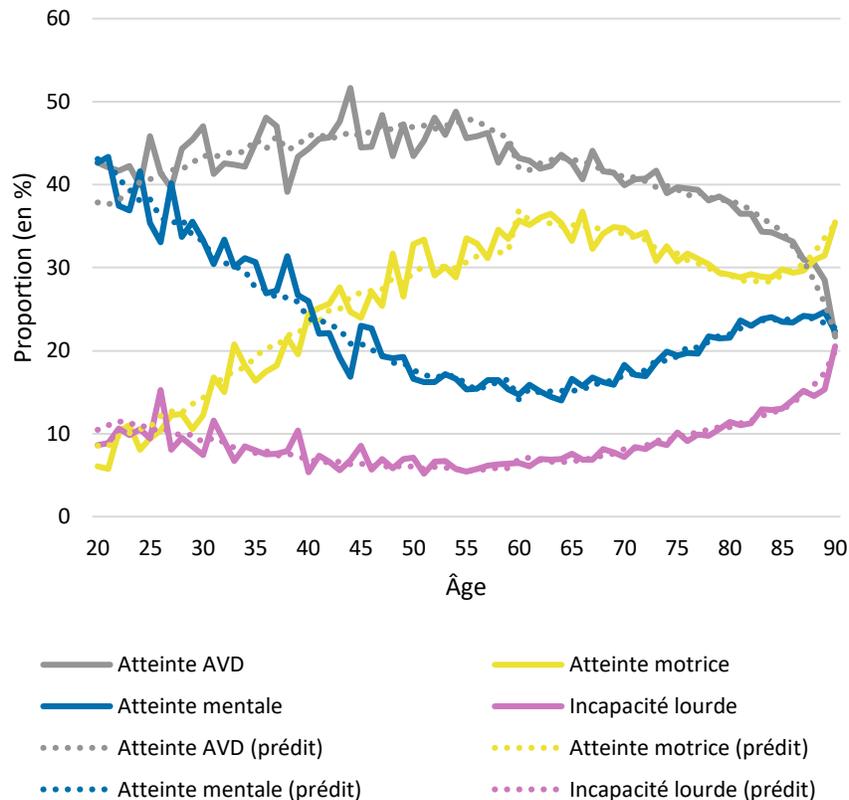


Figure 12. Proportions observées et prédites de catégorie de Profil Iso-SMAF par âge

¹⁰ Nous avons regroupé les RSS du Nord-du-Québec, du Nunavik, et les Terres-Cries-de-la-Baie-James pour obtenir un nombre suffisant d'observations pour effectuer la régression logistique.

3.2.4 Projection des besoins

En résumé, voici les étapes de modélisation utilisées pour quantifier les besoins via le nombre de personnes par profil Iso-SMAF :

- Dans une 1^{re} étape, le nombre de personnes par âge et par catégorie de GPS est calculé pour chaque RSS. Pour ce faire, le nombre de personnes par âge (à partir de 18 ans, puis 19, pour finir par 89 ans et 90 ans et plus) est multiplié par la proportion de chaque catégorie de GPS au même âge;
- Dans une 2^e étape, le nombre de personnes avec une évaluation de Profil Iso-SMAF est calculé. Pour chaque RSS, le nombre de personnes par âge et catégorie de GPS est multiplié par la proportion estimée de personnes évaluées pour ces groupes;
- Dans une 3^e étape, chaque individu avec une évaluation de Profil Iso-SMAF se voit assigner un profil. Pour ce faire, on multiplie le nombre de personnes avec un profil Iso-SMAF par âge et catégorie de GPS, par la proportion estimée de personnes avec un profil Iso-SMAF donné pour l'ensemble de groupes d'âge et de catégories de GPS.

3.2.5 Personnes non évaluées ayant des besoins

Les personnes avec des besoins, mais non évaluées, n'ont pas pu être intégrées dans le modèle. En effet, ce sont des personnes très difficiles à caractériser. En principe, les enquêtes populationnelles s'intéressant aux incapacités des personnes, comme l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), et l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), représentent les sources d'information les plus pertinentes. Dans ces enquêtes, il existe plusieurs questions liées aux AVQ. Néanmoins, la correspondance entre ces questions et les 29 items SMAF permettant d'établir un Profil Iso-SMAF est faible à modérée. Hébert, Raïche et Gueye (2012) ont montré que les enquêtes populationnelles ont tendance à sous-estimer les incapacités par rapport à une évaluation clinique au moyen du SMAF.

Nous avons tenté d'utiliser l'ECLV, qui explore les incapacités de façon assez précise, afin d'identifier le profil Iso-SMAF des répondants. Nous avons pour cet exercice obtenu la collaboration très active des chercheurs de l'ELCV. Dans un premier temps, nous avons tenté de dériver un score SMAF pour chacun des items à partir des réponses aux questions de l'ELCV. Ce fut possible pour la majorité des items sauf pour les fonctions mentales où seule la mémoire est explorée. Malgré tout, lorsque nous avons analysé les données des premières vagues de l'ELCV, nous nous sommes rendu compte que très peu de répondants présentaient des incapacités suffisantes pour présenter des profils Iso-SMAF 1 et 2. La stratégie de recrutement de cette étude vise en effet à enrôler des répondants avec peu d'incapacités au départ pour les suivre et documenter la perte éventuelle d'autonomie. Il est donc encore trop tôt pour pouvoir utiliser les données de l'ELCV afin de documenter la distribution des profils dans la population et surtout identifier les répondants qui ne sont pas connus ou évalués par le système public de soins.

En somme, les enquêtes populationnelles sont susceptibles d'identifier les personnes non évaluées avec des besoins qui sont faibles. La meilleure manière de valider cette affirmation serait d'apparier les données RSIPA avec des données d'enquêtes populationnelles pour mesurer la corrélation entre les questions liées aux AVQ dans les enquêtes et les Profils Iso-SMAF.

4 LES MILIEUX DE VIE

Le modèle comporte 6 milieux de vie :

1. à domicile ou en RPA sans SAD financé par le public;
2. à domicile avec SAD financé par le public;
3. en RPA avec SAD financé par le public;
4. en RI-RTF;
5. en CHSLD;
6. en centre hospitalier (CH)¹¹.

La proportion de personnes par milieu de vie a été évaluée au début de l'année financière 2019-2020 selon le profil Iso-SMAF, le groupe d'âge (moins de 65 ans, 65-69 ans et 70 ans et plus) et la RSS, à partir d'une base de données consolidée qui regroupe les données de RSIPA, I-CLSC, CAH-CHSLD et CAH-RI. Cette répartition est ensuite appliquée aux personnes avec un profil Iso-SMAF au début de chaque année de projection.

Néanmoins, il est nécessaire de modéliser des transitions de milieu de vie à l'intérieur d'une année, puisqu'une proportion substantielle de personnes change de milieu de vie en cours d'année. La durée de temps qu'une personne passe dans un milieu de vie est importante, car elle affecte la quantité de services nécessaires et les coûts de prise en charge de cette personne. Cette approche nous permet ainsi de calculer un nombre de personnes en équivalent temps plein par milieu de vie durant une année. Elle permet également de tenir compte du fait que le nombre de personnes ayant été en CHSLD à un moment ou l'autre durant l'année est supérieur au nombre total de places disponibles, mais que la capacité en termes d'équivalent temps plein est respectée.

Des probabilités de transitions mensuelles de milieu de vie sont ainsi estimées à partir de la même base de données en incluant les périodes de 2015-2016 à 2019-2020. Ces probabilités varient selon le profil Iso-SMAF, le groupe d'âge et la RSS. En plus des probabilités de transition d'un milieu de vie à un autre, une probabilité de décès est estimée par profil Iso-SMAF, groupe d'âge et RSS, car il arrive également que les personnes décèdent en cours d'année et qu'elles n'occupent pas une place dans un milieu d'hébergement durant une année entière.

Ainsi les probabilités de transition de milieu de vie et de décès sont appliquées à 12 répétitions au bassin de personnes présentes dans un milieu de vie en début d'année de projection, afin de faire évoluer mensuellement le nombre de personnes par milieu de vie au cours de l'année.

À la fin de l'année de projection, on effectue la somme des personnes dans un milieu de vie pour tous les mois et on divise ensuite ce chiffre par 12 pour obtenir le nombre de personnes en équivalent temps complet durant l'année.

Malgré cette méthode, il se peut que le nombre de personnes attribuées à un milieu de vie selon ces probabilités dépasse la capacité d'hébergement de ce dernier dans les projections. Dans ce cas, les personnes excédentaires restent dans leur milieu de vie d'origine et elles sont ajoutées au nombre de personnes en attente d'une place dans le milieu de vie de destination. Lorsque des places se libèrent ou que des places sont ajoutées, les personnes en attente sont transférées dans leur nouveau milieu de vie. Si trop de personnes sont en attente dans un milieu de vie par rapport à la capacité de ce dernier, celles-ci sont transférées dans

¹¹ Pour les individus qui ont un niveau de soins alternatif (NSA), c'est-à-dire qui attendent une place dans un autre milieu de vie mais qui occupent un lit en centre hospitalier en attendant qu'une place soit disponible. Ce n'est pas en soi un milieu de vie, mais le traitement des NSA dans le modèle est équivalent à ceux des milieux de vie à proprement parler. Nous avons donc choisi d'assimiler les NSA à un milieu de vie pour refléter le fonctionnement du modèle.

un autre milieu de vie dans l'ordre de suivant : CHSLD, CH (NSA), RI-RTF, RPA avec SAD financé par le public et à domicile avec SAD financé par le public.

Pour l'admission en CHSLD et en RI-RTF, les personnes admises sont priorisées selon leur profil Iso-SMAF, leur âge et leur milieu de vie de provenance.

Quatre milieux de vie sur six ont des contraintes de capacités : RPA avec SAD financé par le public, RI-RTF, CHSLD, CH (NSA).

1. La capacité en NSA correspond à une proportion fixe du nombre de lits d'hôpitaux par RSS qui exclut les unités de soins intensifs, les unités de soins aux enfants et les unités de soins aux grands brûlés. Ce dernier nombre reste fixe tout au long de la projection.
2. Le nombre de places en RPA avec SAD financé par le public correspond à une proportion du nombre total de places en RPA comptabilisées au registre des RPA par RSS en 2019-2020. Ce dernier nombre reste fixe tout au long de la projection.
3. Le nombre de places en RI-RTF correspond au nombre de places comptabilisé par RSS pour les soins de longue durée en 2019-2020 (excluant les jeunes en difficulté). De nouvelles places peuvent être développées chaque année de projection pour réduire le nombre de personnes en attente d'une place selon un ajustement progressif (voir 5.4 Ajustement de l'offre de service).
4. Le nombre de places en CHSLD correspond au nombre de places comptabilisé par RSS en 2019-2020. De nouvelles places de CHSLD publics peuvent être construites chaque année de projection pour réduire le nombre de personnes en attente d'une place selon un ajustement progressif (voir 5.4 Ajustement de l'offre de service). Trois catégories de CHSLD accueillent des usagers : les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés et les CHSLD privés non-conventionnés. Dans le modèle, les places en CHSLD privés conventionnés sont assimilées à des places en CHSLD publics. Ensuite, les places de CHSLD privés non-conventionnées qui sont incluses au modèle correspondent aux places qui sont achetées par le gouvernement du Québec. Le nombre maximal de places qui peuvent être achetées par le gouvernement dans des CHSLD privé non-conventionnés correspond au nombre total de places disponibles en 2019-2020 dans ces établissements, soit 3 981 places.

5 LES SERVICES FOURNIS

L'offre de services de soins de longue durée est modélisée en fonction du fournisseur de services et du milieu de vie. Dans cette partie, nous présentons dans un premier temps les fournisseurs du secteur public, tels que les CHSLD, les RI-RTF, les CLSC. Dans un deuxième temps nous présentons les fournisseurs du secteur privé non lucratif (EÉSAD) et les fournisseurs du secteur privé lucratif, qui dans le modèle correspondent aux interventions financées par le chèque emploi-service (CES)¹². Les catégories de soins modélisées intègrent les soins infirmiers, les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et l'aide à la vie domestique (AVD).

5.1 Le secteur public (Le MSSS et le réseau de santé et services sociaux)

5.1.1 Les CHSLD

La modélisation des services fournis en CHSLD s'effectue en quatre étapes :

1. Le nombre d'heures de services fournies est tout d'abord calculé pour les soins infirmiers et les soins d'assistance aux AVQ à partir des fichiers de rémunération R25. Ce nombre correspond au nombre annuel moyen d'heures **travaillées**, auquel on soustrait la durée des pauses de travail (30 minutes par jour régulier de travail). Pour les soins infirmiers, nous soustrayons également le temps de travail des tâches non cliniques (20 % des heures travaillées) évalué par Dubois et al. (2022).
2. Le nombre total d'heures de services **fournis** en CHSLD durant une année est calculé en multipliant le nombre d'ETC disponibles issu des fichiers R25 par le nombre d'heures de services par ETC, pour chacun des types de soins.
3. Le nombre d'heures de services **requis** par type de soins est calculé en multipliant le nombre d'utilisateurs en CHSLD pour un profil Iso-SMAF donné par le nombre d'heures de services requis pour ce profil (Dubuc et al. 2006; Hébert et al. 1997). Cette opération est effectuée pour chaque profil Iso-SMAF et la somme des heures est ensuite calculée pour tous des profils.
4. Le **taux de réponse aux besoins** est calculé en divisant le nombre d'heures de services fournis par le nombre d'heures de services requis pour les deux types de soins. Nous considérons que les besoins en AVD sont comblés à 100 % en CHSLD.

Il est à noter que nous considérons trois groupes de travailleurs pour les soins infirmiers, soit les infirmières auxiliaires, les infirmières et les infirmières cliniciennes praticiennes. Pour les soins d'assistance aux AVQ, nous considérons les préposés aux bénéficiaires (PAB), les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) et les infirmières auxiliaires. Nous supposons que 30 % du temps de ce dernier groupe de travailleurs est alloué aux soins d'assistance aux AVQ et que 70 % du temps est alloué aux soins infirmiers.

¹² À noter que le crédit pour maintien à domicile des aînés (CMD) est également inclus dans le modèle, mais son utilisation par les usagers n'est pas nécessairement dirigée vers l'utilisation de services de soins de longue durée. Il n'est donc pas inclus dans la partie qui porte sur les services fournis. En revanche, la modélisation du CMD est présentée dans la partie suivante qui porte sur les coûts : 6.6 Le crédit pour maintien à domicile des aînés.

Lorsqu'une nouvelle place en CHSLD est construite, le nombre d'ETC pour les soins infirmiers et les soins d'assistance aux AVQ est modifié selon un taux d'ajustement de l'offre de main-d'œuvre par année. Si ce taux est de 100 %, comme c'est le cas dans les résultats présentés dans le rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être, le nombre d'ETC ajoutés correspond au nombre moyen d'ETC par places multiplié par le nombre de places construites durant l'année. Si ce taux est, par exemple, de 50 %, le nombre d'ETC ajoutés durant la première année correspond à 50 % du besoin supplémentaire en main-d'œuvre et le 50 % restant est ajouté aux ETC durant l'année suivante. De manière plus générale, le temps nécessaire pour combler un besoin supplémentaire en main-d'œuvre correspond à 1 divisé par le taux d'ajustement. Un besoin est comblé en 2 ans avec un taux d'ajustement de 50 %, alors qu'il l'est en 4 ans avec un taux de 25 %.

5.1.2 Les RI-RTF (AVQ et AVD)

En préambule il convient de souligner que les soins d'assistance (AVQ et AVD) qui sont dispensés par les travailleurs au sein des RI-RTF sont effectués pour le compte du MSSS. C'est pour cette raison qu'ils sont intégrés au secteur public dans le modèle, et ce même si les travailleurs des RI-RTF ne sont pas des employés du MSSS ni des CISSS et CIUSSS à proprement parler.

La modélisation des services fournis en RI-RTF s'effectue en quatre étapes :

1. Tout d'abord, le nombre d'heures de services par ETC est calculé pour les soins d'assistance aux AVQ et aux AVD à partir des données de l'Enquête sur la main-d'œuvre et les usagers des ressources intermédiaires. Ce chiffre correspond au nombre annuel moyen d'heures **travaillées** par ETC, auquel on soustrait la durée des pauses de travail (30 minutes par jour régulier de travail).
2. Le nombre total d'heures de services **fournis** en RI-RTF durant une année est calculé en multipliant le nombre d'ETC disponibles, calculé à partir de l'enquête sur la main-d'œuvre et les usagers des ressources intermédiaires menée auprès des membres de l'ARIHQ, par le nombre d'heures de services par ETC pour les deux types de soins.
3. Le nombre d'heures de services **requis** par type de soins est calculé en multipliant le nombre d'usagers en RI-RTF pour un profil Iso-SMAF donné par le nombre d'heures de services requis pour ce profil (Hébert et al. 1997). Cette opération est effectuée pour chaque profil Iso-SMAF et la somme des heures est ensuite calculée pour tous des profils.
4. Le **taux de réponse aux besoins** est calculé en divisant le nombre d'heures de services fournis par le nombre d'heures de services requis pour chaque type de soins.

Il est à noter que des soins infirmiers sont également fournis auprès des usagers des RI-RTF, mais ils ne sont pas décrits dans cette section, car ils sont fournis par les CLSC.

Lorsqu'une nouvelle place en RI-RTF est développée, le nombre d'ETC pour les soins d'assistance aux AVQ et aux AVD est modifié selon un taux d'ajustement de l'offre de main-d'œuvre. Si ce taux est de 100 %, comme c'est le cas dans les résultats présentés dans le rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être, le nombre d'ETC ajoutés correspond au nombre moyen d'ETC par places multiplié par le nombre de places développées durant l'année. De manière analogue aux CHSLD, le temps nécessaire pour combler un besoin supplémentaire en main-d'œuvre correspond à 1 divisé par le taux d'ajustement. Un besoin est comblé en 2 ans avec un taux d'ajustement de 50 %, alors qu'il l'est en 4 ans avec un taux de 25 %.

5.1.3 Les CLSC

5.1.3.1 Domicile et RPA

Probabilité de recevoir des soins et services du CLSC

La probabilité de recevoir des soins infirmiers ou des soins d'assistance aux AVQ au cours d'une année par un CLSC est modélisée conjointement à domicile et en RPA. Un modèle de régression logistique multinomiale mesure la probabilité de recevoir 1) seulement des soins infirmiers; 2) seulement des services pour AVQ; 3) des soins infirmiers et des soins d'assistance reliée aux AVQ; 4) aucun des deux. La régression est notamment réalisée à partir des données de la base I-CLSC, qui est fusionnée avec la base données RSIPA afin de connaître le profil Iso-SMAF. Les variables indépendantes incluent le groupe d'âge (18-64; 65-69; 70 et plus), le profil Iso-SMAF, le milieu de vie (RPA et domicile) et l'année (2015-2016 à 2019-2020). Un modèle est calculé pour chaque région sociosanitaire à l'exception des régions de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec qui sont calculées conjointement à cause des limites liées aux nombres d'observations. À noter également qu'en l'absence de données exploitables au Nunavik et aux Terres-Cries-de-la-Baie-James, les paramètres pour ces deux RSS correspondent à ceux de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec.

La probabilité de recevoir des services pour les AVD au cours d'une année est estimée à l'aide d'une régression logistique séparée, car la réception de services pour les AVD de la part d'un CLSC est beaucoup plus rare que la probabilité de recevoir des soins infirmiers ou des soins d'assistance pour les AVQ d'un CLSC. Par conséquent, une régression logistique multinomiale intégrant à la fois les soins infirmiers, les services d'assistance pour les AVQ et les services de soutien pour les AVD aurait nécessité d'utiliser une variable dépendante dont certaines occurrences auraient été particulièrement rares¹³. Les variables indépendantes incluses dans la régression sont le groupe d'âge (18-64; 65-69; 70 et plus), le profil Iso-SMAF, le milieu de vie (RPA et domicile), l'année (de 2015-2016 à 2019-2020), une variable indicatrice de recevoir des soins infirmiers et une variable indicatrice de recevoir des services pour les AVQ. La probabilité de recevoir des services pour les AVD d'un CLSC est moins élevée que la probabilité de recevoir des soins infirmiers ou des services pour les AVQ (parmi l'échantillon des bénéficiaires de soins et services de CLSC, 5,75 % des individus reçoivent des services pour AVD en 2019-2020, contre 88,5 % pour les soins infirmiers et 41,0 % pour les AVQ la même année). Conséquemment, nous avons dû regrouper les RSS en six grandes régions pour ce calcul de la probabilité de recevoir des services pour les AVD d'un CLSC CLSC: 1) L'est¹⁴; 2) Le nord¹⁵; 3) La Capitale-Nationale; 4) Les villes intermédiaires¹⁶; 5) Montréal; 6) La périphérie de Montréal¹⁷.

Heures moyennes des soins

Le calcul des heures correspond à une moyenne du nombre d'heures d'interventions par année¹⁸ pour des montants d'heures supérieures à 0 (les valeurs nulles sont exclues du calcul de la moyenne), calculée à

¹³ Par exemple, parmi les individus qui ont reçu des soins d'un CLSC en 2019-2020, seulement 0,9% des individus ont reçu à la fois des AVD et des AVQ mais n'ont pas reçu de soins infirmiers.

¹⁴ Regroupant les RSS du Bas-Saint-Laurent; de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches.

¹⁵ Regroupant les RSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

¹⁶ Regroupant les RSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, de l'Estrie et de l'Outaouais.

¹⁷ Regroupant les RSS de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie.

¹⁸ Étant donné que les individus ne résident pas nécessairement toute l'année dans le même milieu de vie, les valeurs sont normalisées sur la durée de vie (comptée en mois) dans chaque milieu de vie.

partir de l'année 2019-2020 (d'avril à mars) de la base de données I-CLSC¹⁹. La moyenne du nombre d'heures pour les soins infirmiers et les services pour les AVQ est calculée selon le groupe d'âge (18-64; 65-69; 70 et plus), le profil Iso-SMAF, le milieu de vie (domicile et RPA) et six grandes régions, qui regroupent les RSS selon la même définition que celle utilisée pour le calcul des probabilités des services pour les AVD : Est; Nord; Capitale-Nationale; Villes intermédiaires; Montréal; Périphérie de Montréal. Le calcul des heures moyennes de services pour les AVD est similaire au calcul des heures moyennes de soins infirmiers et de services pour les AVQ, à l'exception des profils Iso-SMAF qui ont dû être regroupés en 4 catégories²⁰ étant donné le nombre d'observations pour les AVQ qui est plus faible que celui des soins infirmiers et des services pour les AVD. Ces 4 catégories sont présentées dans la Figure 2 : atteinte aux tâches domestiques, atteinte motrice prédominante, atteinte mentale prédominante, atteinte mixte motrice et mentale.

5.1.3.2 RI-RTF (soins infirmiers)

Les soins modélisés dans les RI-RTF qui sont dispensés par les CLSC correspondent aux soins infirmiers. Des services de soutien et d'assistance pour AVQ et AVD peuvent être dispensés par les travailleurs des CLSC en RI-RTF, mais ils sont très peu fréquents. Pour l'année 2019-2020 (d'avril à mars), parmi l'échantillon des individus en RI-RTF, 0,5 % reçoivent des services pour AVD fournis par les CLSC, 2,4 % des individus reçoivent des services pour AVQ, contre 81,8 % pour les soins infirmiers.

Probabilité de recevoir des soins infirmiers

La probabilité de recevoir des soins infirmiers au cours d'une année est calculée à l'aide d'une régression logistique qui mesure la probabilité de recevoir des soins infirmiers au cours d'une année selon le groupe d'âge (18-64; 65-69; 70 et plus), le profil Iso-SMAF, et l'année (de 2015-2016 à 2019-2020). Une régression est effectuée pour chacune des six grandes régions de l'est¹⁴, du nord¹⁵, de la Capitale-Nationale, des villes intermédiaires¹⁶; de Montréal, et de la périphérie de Montréal¹⁷.

Les régressions sont notamment réalisées à partir des données de la base I-CLSC, qui est fusionnée avec la base données RSIPA afin de connaître le profil Iso-SMAF. Pour une année donnée, on restreint l'analyse aux individus avec un profil Iso-SMAF dans le but de cibler l'analyse sur les individus qui présentent des besoins de soutien à l'autonomie en RI-RTF.

Heures moyennes des soins infirmiers

Le calcul des heures correspond à une moyenne du nombre d'heures d'interventions par an²¹, pour des montants d'heures supérieures à 0 (les valeurs nulles sont exclues du calcul de la moyenne), calculée à partir de l'année 2019-2020 (d'avril à mars).

La moyenne du nombre d'heures pour les soins infirmiers est calculée selon le groupe d'âge (18-64; 65-69; 70 et plus), le profil Iso-SMAF et six grandes régions : est¹⁴, nord¹⁵, Capitale-Nationale, villes intermédiaires¹⁶, Montréal, périphérie de Montréal¹⁷.

¹⁹ À noter qu'un maximum a été fixé pour les montants extrêmes. Il est égal à 346,75 heures annuelles pour les soins infirmiers et 1124,2 heures annuelles pour les AVQ et les AVD. Cela correspond aux niveaux de besoins journaliers pour le profil Iso-SMAF 14 issus de Tousignant et al. (2007) qui ont été ensuite annualisés.

²⁰ Issus de la base données RSIPA.

²¹ Étant donné que les individus ne résident pas nécessairement toute l'année dans le même milieu de vie, les valeurs sont normalisées sur la durée de vie (comptée en mois) dans chaque milieu de vie.

5.2 Le secteur privé à but non lucratif (Les EÉSAD)

Les services fournis par les EÉSAD qui sont pris en compte dans la modélisation correspondent aux interventions financées par le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), c'est-à-dire les interventions de services de soutien pour les AVD. Seuls les services fournis aux personnes avec un profil Iso-SMAF sont considérés, bien que le PEFSAD s'adresse à une clientèle plus vaste. À noter que les EÉSAD effectuent des interventions de soins d'assistance pour le compte des CLSC, qui leur achètent ces services. Dans le modèle, ces services achetés sont intégrés aux services dispensés par les CLSC.

La base de données administrative du PEFSAD répertorie le nombre total d'heures et le montant de PEFSAD (part fixe et part variable) par année de 2015-2016 à 2019-2020 (d'avril à mars). Le PEFSAD peut être reçu à domicile ou en RPA. Or, lorsqu'un individu a vécu dans plusieurs milieux de vie au cours d'une année (en général domicile puis RPA), la base de données administrative du PEFSAD n'identifie pas le lieu où a été reçu le PEFSAD. Dans ce cas, on alloue le nombre d'heures et les montants au prorata du nombre de mois vécus dans chaque milieu de vie.

À noter que les personnes qui n'ont pas de profil Iso-SMAF ne sont pas incluses dans l'analyse étant donné qu'elles ne font pas partie de la population ayant des besoins de soins de longue durée évalués, même si elles reçoivent un montant de PEFSAD.

Probabilité de recevoir du PEFSAD

Les bases de données exploitées afin de calculer la probabilité de recevoir le PEFSAD durant une année donnée incluent la base PEFSAD, qui est fusionnée avec la base de données RSIPA pour connaître le profil Iso-SMAF et avec la base I-CLSC pour connaître les types de soins publics (soins infirmiers et AVQ, AVD) qui sont reçus du CLSC.

La probabilité est calculée à l'aide de modèles de régression logistiques qui mesurent la probabilité de recevoir du PEFSAD durant une année donnée (d'avril à mars).

Dans un premier groupe de régressions, on restreint l'analyse aux individus qui ont reçu des soins de la part d'un CLSC (soins infirmiers, AVQ ou AVD) à domicile ou en RPA. On mesure alors la probabilité de recevoir du PEFSAD selon la catégorie d'âge (18-69; 70 et plus), le profil Iso-SMAF, le milieu de vie (RPA avec soins et domicile avec soins), l'année (de 2015-2016 à 2019-2020), et deux variables qui mesurent le fait de recevoir ou non des soins publics du CLSC durant la même année (une variable pour les soins infirmiers et les services pour AVQ et une variable pour les services pour AVD).

Dans un second groupe de régressions, on restreint l'analyse aux individus qui vivent à domicile, qui ont des besoins de services (mesuré avec un profil Iso-SMAF supérieur ou égal à 1), mais qui ne reçoivent aucun service de soins infirmiers, d'AVQ ou d'AVD de la part d'un CLSC durant l'année. On mesure alors la probabilité de recevoir du PEFSAD selon la catégorie d'âge (18-69; 70 et plus), le profil Iso-SMAF et l'année (de 2015-2016 à 2019-2020).

Pour chaque groupe de régressions, nous calculons un modèle pour chaque région sociosanitaire, à l'exception des régions Côte-Nord et Nord-du-Québec, dont les régressions sont calculées conjointement à cause des limites liées aux nombres d'observations. À noter également qu'en l'absence de données exploitables au Nunavik et aux Terres-Cries-de-la-Baie-James, les paramètres pour ces deux RSS correspondent à ceux de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec.

Heures moyennes reçues au titre du PEFSAD

Le calcul des heures correspond au nombre moyen d'heures d'interventions par année²² au titre du PEFSAD, pour des montants d'heures supérieures à 0 (les valeurs nulles sont exclues du calcul de la moyenne), réalisé à partir de l'année 2019-2020 (d'avril à mars). Ce nombre d'heures moyen varie selon la classe d'âge (18-69; 70 et plus), la catégorie de profils Iso-SMAF²³ et six grandes régions²⁴. Ces calculs sont effectués pour trois sous-groupes : 1) personnes qui vivent à domicile et qui n'ont pas reçu de service d'un CLSC; 2) personnes qui vivent à domicile et qui ont reçu des services d'un CLSC; 3) personnes qui vivent en RPA et qui ont reçu des services d'un CLSC. À noter qu'un nombre d'heures annuelles maximum a été fixé à 1 124 heures, ce qui correspond au niveau de besoins du profil Iso-SMAF 14 pour les AVQ, issu de Tousignant et al. (2007)²⁵.

5.3 Le secteur privé à but lucratif

Les services fournis par le secteur privé correspondent aux activités de soins d'assistance aux AVQ et aux AVD qui sont financées par le chèque emploi-service (CES). À noter que le secteur privé effectue des interventions de soins d'assistance pour le compte des CLSC, qui leur achètent ces services. Dans le modèle, ces services achetés sont intégrés aux services dispensés par les CLSC. On considère que seules les personnes à domicile (avec ou sans services d'un CLSC) reçoivent du CES.

Probabilité de recevoir du CES

Les bases de données exploitées afin de calculer la probabilité de recevoir du CES et le nombre d'heures de soins d'assistance aux AVQ et aux AVD reçues correspondent à la base de données du CES gérée par Desjardins de 2021-2022 qui inclut les nombres agrégés d'heures d'intervention et de montants facturés par RSS et année, ainsi que la base CIUSSS-CES qui permet de connaître les profils Iso-SMAF des usagers du CES²⁶ de 2022-2023.

Tout d'abord, le nombre de personnes par profil Iso-SMAF et RSS est estimé en multipliant la proportion de personnes par Iso-SMAF dans la base CIUSSS-CES, par le nombre de personnes recevant du CES dans chaque RSS. Cette opération est effectuée, puisque la base de données du CES gérée par Desjardins ne contient pas d'information sur les profils Iso-SMAF. Par la suite, la probabilité de recevoir du CES par profil Iso-SMAF et RSS est obtenue en divisant le nombre estimé de personnes recevant du CES par le nombre de personnes avec un profil Iso-SMAF vivant à domicile (avec ou sans services d'un CLSC) pour chaque profil Iso-SMAF et RSS. Ce dernier nombre est obtenu à partir des données de RSIPA fusionnées avec les données de I-CLSC, de CAH-CHSLD et de CAH-RI.

²² Étant donné que les individus ne résident pas nécessairement toute l'année dans le même milieu de vie, les valeurs sont normalisées sur la durée de vie (comptée en mois) dans chaque milieu de vie.

²³ Tels que présentés dans la Figure 6 : atteinte aux tâches domestiques, atteinte motrice prédominante, atteinte mentale prédominante, atteinte mixte motrice et mentale.

²⁴ Est ; Nord ; Capitale-Nationale; Villes intermédiaires ; Montréal ; Périphérie de Montréal. Voir la fin de la partie sur le calcul des probabilités pour les AVD dispensés en CLSC afin d'avoir plus de détails sur les RSS qui composent chacune des six régions.

²⁵ 3,08 heures par jour, soit 1 124,2 heures sur 365 jours.

²⁶ La CIUSSS-CES a été constituée par l'équipe de recherche à partir des données fournies par trois CIUSSS issus de 3 RSS : Capitale-Nationale, Mauricie-et-Centre-du-Québec et Montréal (seulement les CLSC de La Salle et de Dorval-Lachine).

Heures moyennes reçues au titre du CES

Le nombre d'heures de soins d'assistance aux AVQ et le nombre d'heures de soins d'assistance aux AVD reçues est, pour sa part, calculé à partir de la base de données du CES gérée par Desjardins de 2021-2022 et des données du CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec et du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour 2022 et 2023. Dans un premier temps, le nombre d'heures moyen de CES par profil Iso-SMAF est estimé par régression polynomiale locale²⁷ à partir des données du CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec et du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une première estimation du nombre total d'heures CES par RSS est ensuite effectuée en multipliant le nombre estimé d'heures moyennes de CES par le nombre de personnes recevant du CES dans les données du CES gérée par Desjardins de 2021-2022. Un facteur d'ajustement aux heures par profil Iso-SMAF et RSS est par la suite calculé pour que le nombre estimé d'heures de CES réplique le nombre observé d'heures CES par RSS dans les données du CES gérée par Desjardins de 2021-2022.

5.4 Ajustement de l'offre de service

Lorsqu'au sein d'une région donnée la demande vient à dépasser l'offre disponible, l'offre de services s'ajuste progressivement aux nouveaux besoins pour l'hébergement en CHSLD et RI-RTF. Cela signifie qu'il y a une période durant laquelle les nouveaux besoins de main-d'œuvre ou de places ne sont pas entièrement comblés. Néanmoins, tous les nouveaux besoins sont comblés à long terme. Le paramètre de vitesse d'ajustement de l'offre à la nouvelle demande est ajustable : l'ajustement peut être immédiat ou bien se répartir sur un nombre d'années déterminé. Dans le scénario de statu quo du rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être, l'hypothèse adoptée est qu'il faut compter 5 années pour combler l'intégralité des nouveaux besoins de places en RI-RTF ou CHSLD d'une année donnée. Par exemple, si le besoin en nouvelles places de CHSLD est de 2 500 places en 2023, 500 nouvelles places seront construites par année de 2024 à 2028 (20 % du besoin par année) en lien avec le besoin de 2023. Néanmoins, si un besoin supplémentaire de 2 500 places émerge en 2024, 500 places supplémentaires seront construites de 2025 à 2029, et un total de 1 000 nouvelles places seront construites en 2025. Ainsi, la construction de nouvelles places peut s'ajouter au cours des années, bien qu'après 5 ans l'ensemble des nouvelles places prévues en 2023 auront été construites. Le mécanisme est équivalent pour le nombre de travailleurs en SAD, avec la particularité que le faible taux de réponse aux besoins reste inchangé dans le scénario de statu quo du rapport principal. Les nouveaux besoins dus aux changements démographiques peuvent être comblés immédiatement ou bien selon un nombre d'années déterminées. Dans le rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être, les nouveaux besoins en SAD sont comblés après 4 ans. Le taux de réponse aux besoins au SAD peut aussi être modulé.

²⁷ Un polynôme de degré 1 et un kernel gaussien avec une fenêtre de 3 sont utilisés.

6 LES COÛTS ET LES SOURCES DE FINANCEMENT

6.1 En CHSLD

6.1.1 Coûts

Deux types de coûts sont modélisés pour les CHSLD : un coût de fonctionnement et un coût de construction.

Coût de fonctionnement

Le coût de fonctionnement en CHSLD englobe l'ensemble des charges comptabilisées par place dans les AS-471. Il inclut deux composantes : un coût variable et un coût fixe. Le coût variable dépend du profil Iso-SMAF des usagers et le coût fixe est identique pour l'ensemble des Profils Iso-SMAF.

Le calcul du coût variable correspond au coût horaire d'une heure de service multiplié par le nombre d'heures travaillées. Il est issu de deux sources de données différentes selon que la main-d'œuvre soit salariée des CISSS et des CIUSSS ou considérée comme indépendante. Pour les salariés, le nombre d'heures et les salaires horaires par heure de travail pour les soins infirmiers, les soins d'assistance pour AVQ et les services pour AVD sont calculés à partir des fichiers de rémunération R25. Pour les travailleurs indépendants, les calculs sont effectués à partir des fichiers d'AS-471 (Rapports financiers annuels des établissements). En définitive, ces informations sont combinées pour donner un coût horaire moyen qui englobe ces deux groupes d'employés.

Le coût fixe est calculé à partir des fichiers AS-471 (Rapports financiers annuels des établissements) pour les montants en dollars et des fichiers AS-478 (Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC) pour le nombre de lits en CHSLD (nombre de lits autorisés au permis) pour les années allant de 2016-2017 à 2019-2020. Les montants en dollars en sont actualisés avec l'indice des prix à la consommation (IPC)²⁸.

Suivant la méthode retenue dans Clavet et al. (2021a, 2021b, 2022), les CHSLD retenus pour le calcul du coût fixe sont ceux qui sont privés et conventionnés. Les CHSLD publics sont exclus du calcul, car les charges totales des CISSS et des CIUSSS qui accueillent les CHSLD publics intègrent des coûts liés aux CH et CLSC en plus des coûts de CHSLD. Cette situation biaise l'évaluation du coût d'une place en CHSLD. Bien que le coût d'une place en CHSLD privé conventionné puisse diverger d'une place en CHSLD public, le biais potentiel de cette approche semble plus faible que l'utilisation d'un coût provenant d'un CISSS ou CIUSS regroupant des CHSLD avec des CH et des CLSC.

Le coût fixe correspond à la différence entre le total des charges²⁹ et une partie des coûts du travail, tel qu'ils sont pris en compte dans le calcul des coûts variables décrits ci-dessus. Ces coûts variables intègrent les salaires du personnel (temps régulier et temps supplémentaire³⁰), les salaires de la main-d'œuvre

²⁸ Institut de la Statistique du Québec, Indice des prix à la consommation (IPC), indice d'ensemble, Canada, Québec, RMR de Montréal et RMR de Québec, données mensuelles non désaisonnalisées (2002=100) : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/indice-prix-consommation-ipc/tableau/indice-des-prix-a-la-consommation-ipc-indice-ensemble-canada-quebec-rmr-montreal-quebec-donnees-mensuelles-non-desaisonnalisees>

²⁹ AS-471, page 200, ligne 28, colonne 4.

³⁰ AS-471, page 650, lignes 2 et 3, colonne 4.

indépendante³¹ et les avantages sociaux³². Après avoir soustrait le coût variable d'un montant 43 300 au coût total égal à 96 800\$, on obtient un coût fixe annuel moyen égal à 53 500\$ par lit.

Coût de construction

Une place doit être construite en CHSLD lorsque le nombre d'usagers par RSS dépasse le nombre de lits disponibles. Pour l'année de départ du modèle, le nombre de lits disponibles en CHSLD public et en CHSLD privé conventionné est calculé à partir de la base de données *AS-478 Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC*. Le nombre de lits disponibles en CHSLD privé non conventionné (places achetées par le MSSS) est calculé à partir de données administratives du MSSS.

Par défaut, dans le modèle, le coût de construction d'une nouvelle place correspond à celui des Maisons des aînés, suivant les objectifs établis par le gouvernement. Ce coût est égal à 795 000\$. Il correspond au rapport entre le budget total de construction des Maisons des aînés, tel que reporté dans une demande d'accès à l'information à la Société québécoise des infrastructures qui date du 13 avril 2023, et le nombre de places correspondantes³³.

Une commande du modèle permet également de modifier cette hypothèse et de prendre en compte les coûts de construction passés en CHSLD. Ce coût est égal à 460 000\$. Il est issu d'un ensemble de diverses sources de données, correspondant à la construction de 9 CHSLD répartis sur le territoire (voir Tableau 4). Le calcul correspond à une valeur moyenne pondérée en fonction du nombre de places. Le montant des CHSLD, qui ont été construits à différentes dates, a été actualisé avec l'indice des prix de la construction de bâtiments institutionnels de Montréal³⁴.

Tableau 4. Sources de calculs du coût moyen de construction d'une place en CHSLD (antérieur aux Maisons des aînés)

Établissement	RSS	Source
Lachute	Laurentides	Communiqué MSSS du 13 avril 2018
Pont-Rouge	Capitale-Nationale	Le Soleil du 5 juin 2009
St-Jérôme	Laurentides	Communiqué MSSS du 25 août 2015
East Angus	Estrie	Portail Constructo, 29 août 2017
Buckingham	Outaouais	Info 007 de mai 2018
Rivière-du-Loup	Bas-Saint-Laurent	Communiqué MSSS du 1 ^{er} juin 2018
Chibougamau	Nord-du-Québec	Communiqué MSSS du 26 juin 2018
Granit (Lac-Mégantic)	Estrie	Communiqué MSSS du 19 juillet 2021 et La Tribune du 9 novembre 2020
Maniwaki	Outaouais	Communiqué MSSS du 1 ^{er} septembre 2017

³¹ AS-471, page 650, ligne 5, colonne 4.

³² AS-471, page 650, ligne 10, colonne 4.

³³ https://www.sqi.gouv.qc.ca/acces-info/Documents/acces-info-reponses/2023/2023-04-13_Reponse_acces_information_SG-2023-321.pdf

³⁴ Statistique Canada. Tableau 18-10-0135-01 Indices des prix de la construction de bâtiments, selon le type d'immeuble.

6.1.2 Sources de financement

Usagers

La part du financement qui est à la charge des usagers correspond à la contribution des adultes hébergés (CAH), qui constitue une partie du coût de fonctionnement en CHSLD. La contribution des usagers est la moyenne des contributions des usagers en CHSLD privés conventionnés (issue des AS-471³⁵) par lit en CHSLD privé conventionné (issu des AS-478) pour les années allant de 2016-2017 à 2019-2020. Les montants en dollars en sont actualisés avec l'indice des prix à la consommation (IPC)³⁶. Les CHSLD publics n'ont pas pu être intégrés dans le calcul pour la même raison qu'évoquée dans la partie précédente qui porte sur le calcul du coût fixe de fonctionnement, c'est-à-dire, dans le cas de la CAH, que les contributions dans les établissements publics ne se limitent pas à celles effectuées en CHSLD. La CAH moyenne est égale à 18 600\$, ce qui représente 19,2% du coût moyen de fonctionnement calculé à partir des rapports AS-471 et AS-478 (96 800\$).

MSSS

La part du coût de fonctionnement qui est à la charge du secteur public correspond à la différence entre le coût de fonctionnement et la CAH. Les coûts de constructions sont intégralement à la charge du secteur public.

6.2 À domicile et en RPA

6.2.1 Coûts

Le coût pour les personnes recevant des services à domicile ou en RPA correspond à un coût de fonctionnement qui se subdivise en deux composantes : une composante fixe par usager et une composante variable qui dépend des heures de services reçus.

Coût variable

La part variable du coût de fonctionnement inclut les coûts de soins infirmiers, de soins d'assistance d'AVQ et de soins d'assistance d'AVD qui dépendent du salaire horaire et du temps de travail. Ce dernier est composé de temps de services, de temps de transport et de temps administratif.

Tout d'abord, le temps de travail provient des données R25. Le temps de transport et le temps administratif, qui sont ajoutés au temps de services (voir les calculs des temps de services dans la partie 5.1.3.1 Domicile et RPA), sont calculés à partir des fichiers I-CLSC, R25 et des estimations de temps de transport du MSSS. En moyenne, au Québec, le temps de travail lié au transport et à l'administration représente 69,3 % du temps de travail total pour les soins infirmiers, dont 7,2 % de temps de déplacement. Le temps de travail lié au transport et à l'administration représente 29,9% pour les soins d'assistance d'AVQ et d'AVD, dont 9,5 % de temps de déplacement.

³⁵ Page 200, ligne 3, colonne 4.

³⁶ Institut de la Statistique du Québec, Indice des prix à la consommation (IPC), indice d'ensemble, Canada, Québec, RMR de Montréal et RMR de Québec, données mensuelles non désaisonnalisées (2002=100) : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/indice-prix-consommation-ipc/tableau/indice-des-prix-a-la-consommation-ipc-indice-ensemble-canada-quebec-rmr-montreal-quebec-donnees-mensuelles-non-desaisonnalisees>

Les salaires horaires par heure travaillée sont des moyennes calculées par RSS³⁷ à partir des fichiers R25 et AS-471. Ils sont calculés indépendamment pour les soins infirmiers et pour les soins d'assistance, ce qui signifie que le salaire horaire des soins d'assistance d'AVQ et des soins de soutien pour AVD sont identiques. Les salaires horaires pour les soins infirmiers varient de 50 \$ à 80 \$ selon la RSS, mais la grande majorité se situe entre 60,5 \$ et 80 \$³⁸. Les salaires horaires les plus élevés se situent dans les RSS les plus au nord du Québec (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James). Les salaires horaires pour les soins d'assistance varient de 18 \$ à 55 \$ selon la RSS.

Coût fixe

Des coûts autres que les soins infirmiers, d'AVQ et d'AVD sont pris en compte dans le modèle. Ces coûts fixes annuels incluent les coûts d'inhalothérapie à domicile, des services psychosociaux à domicile, de nutrition (en CLSC), de gestion et soutien des services à domicile, d'ergothérapie à domicile, de physiothérapie à domicile, de prêt d'équipement aux usagers des services à domicile, et des activités de soutien. Ils sont calculés par RSS à partir des fichiers AS-471 (Rapports financiers annuels des établissements de l'année 2019-2020)³⁹ et du fichier de contour financier 2019-2020. Ils varient de 4 800\$ à 8 600\$ par usager et par année selon la région. Le coût fixe agrégé revient donc à multiplier le nombre d'usagers de soins de longue durée des CLSC en équivalent temps complet par ce montant moyen. Les projections de ce coût résiduel dépendent donc directement du nombre d'usagers des soins de longue durée par RSS à domicile et en RPA qui sont projetés dans le modèle.

Les profils Iso-SMAF permettent de calculer le besoin et donc le coût des services en fonction de différents taux de réponses aux besoins pour les soins infirmiers, d'assistance et de soutien. Précisons qu'il n'existe à notre connaissance aucun instrument ou classification qui permette de déterminer le besoin de services en ergothérapie, physiothérapie, nutrition, inhalothérapie et services psychosociaux. La classification RAI-MDS et RAI-HC ne permet pas non plus de déterminer ces besoins, ailleurs au Canada. Si un tel instrument existait, nous l'aurions utilisé. Rappelons qu'en dehors des services listés plus haut, les soins médicaux sont exclus des calculs, pour les besoins comme pour les coûts.

6.2.2 Sources de financement

Les coûts de soins infirmiers, de soins d'assistance d'AVQ et de soutien pour les AVD sont intégralement pris en charge par le réseau public. Dans les cas des personnes âgées résidant en RPA, elles peuvent se payer de tels soins et services directement, de source privée; la présente simulation ne tient compte que des services défrayés par le réseau public, qu'ils soient dispensés à domicile ou en RPA.

³⁷ Notons que les calculs pour les RSS du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont été effectués conjointement.

³⁸ La RSS du Bas-Saint-Laurent représente le salaire horaire moyen le plus faible avec 50\$, mais le deuxième salaire moyen le plus faible est la Capitale-Nationale avec 60,5\$.

³⁹ Page 701-02, ligne 9,14,28,30,34,35,36.

6.3 En RI-RTF

6.3.1 Coûts

Le coût de fonctionnement en RI-RTF inclut deux composantes : un coût variable et un coût fixe. Le coût variable dépend du Profil Iso-SMAF et de la RSS, tandis que le coût fixe est identique pour tous les usagers.

Coût de fonctionnement variable

Le calcul du coût variable est effectué à partir de la base de données SIRTf pour l'année 2019-2020. Un ensemble de coûts⁴⁰ est disponible en fonction des niveaux de services, qui constituent une classification propre aux RI-RTF ordonnée en six niveaux⁴¹. Jusqu'alors, il n'existait pas de correspondance entre ces niveaux de services et la classification des 14 profils Iso-SMAF. Il a par conséquent été nécessaire d'établir une grille de correspondance entre les deux classifications afin de pouvoir intégrer le gradient des coûts par niveaux de besoins dans le modèle. Après avoir essayé plusieurs méthodes de correspondances, nous avons décidé d'établir une correspondance entre les deux classifications, telle que la proportion des niveaux de services dans la base SIRTf est égale à la proportion des niveaux de services dérivés dans la base de données RSIPA (qui fournit les profils Iso-SMAF), lorsque fusionnée avec la base I-CLSC (pour connaître le milieu de vie). Finalement, nous obtenons que le niveau de service 1 en RI-RTF correspond aux profils Iso-SMAF 1 à 6; le niveau de service 2 correspond aux profils Iso-SMAF 7 et 8; le niveau de service 3 correspond aux profils Iso-SMAF 9 et 10; le niveau de service 4 correspond aux profils Iso-SMAF 11 à 13; le niveau de service 5 correspond aux profils Iso-SMAF 14. À noter que le niveau de services 6 ne correspond à aucun profil Iso-SMAF, ce qui est en accord avec les recommandations d'experts sur le sujet, mais également avec le nombre d'observations de personnes ayant un niveau de services 6 en RI-RTF dans la base SIRTf qui est négligeable. Les résultats montrent que le coût variable du 1^{er} niveau de service (profils Iso-SMAF 1 à 6) varie de 14 100\$ à 14 800\$ en fonction de la RSS et que le coût variable du 5^e niveau de service (profil Iso-SMAF 14) varie de 24 400\$ à 28 600\$ en fonction de la RSS. En moyenne, tous niveaux de services et RSS confondus, le coût variable est égal à 18 400\$.

Coût de fonctionnement fixe

Le coût fixe est la différence entre le coût de fonctionnement et le coût variable. Le coût de fonctionnement est calculé à l'aide des fichiers AS-471 (Rapports financiers annuels des établissements) de l'année 2019-2020 (avril à mars) pour les montants en dollars et à l'aide du nombre de places en RI qui est issu de l'étude des crédits 2021-2022 du MSSS et le nombre de places en RTF, qui est lui issu des données administratives du MSSS.

Le calcul des coûts de fonctionnement nécessite 3 étapes de calculs successives :

1. La première étape consiste à calculer la somme des coûts directs nets ajustés des centres d'activités des RI-RTF (Ressources intermédiaires; Familles d'accueil; Résidences d'accueil)⁴², en incluant les

⁴⁰ Les coûts inclus aux calculs intègrent les rétributions reliées au soutien ou à l'assistance, la rétribution quotidienne supplémentaire (RQS) et le taux quotidien pour les 60 premiers jours.

⁴¹ Voir la présentation des niveaux et leur méthode de calcul à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-4.2.%20r.%203.1%20/>

⁴² AS-471, Page 650, ligne 24, colonne 4.

programmes de santé et déficience physique, de santé et déficience mentale, de SAPA, de DI-TSA⁴³, mais en excluant les programmes des jeunes en difficulté et de dépendances⁴⁴;

2. La deuxième étape consiste à ajouter le coût de l'encadrement des ressources⁴⁵ et les contributions des usagers⁴⁶, ces derniers n'étant inclus ni dans les coûts directs nets ajustés ni dans les frais d'administration. Le coût de l'encadrement des ressources est calculé au prorata des coûts directs nets ajustés des programmes qui sont inclus dans notre définition⁴³ dans l'ensemble des coûts directs nets ajustés des RI-RTF.
3. La troisième étape consiste à ajouter les frais d'administration, qui correspondent à des coûts pour les établissements dans leur ensemble (au niveau des CISSS ou des CIUSSS par exemple) au prorata des coûts directs nets ajustés des programmes de RI-RTF qui sont inclus dans notre définition⁴³ dans l'ensemble des coûts directs nets ajustés des établissements.

Après avoir effectué ces trois étapes de calcul, on obtient le coût de fonctionnement moyen annuel pour l'ensemble du Québec, qui est égal à 67 400\$ par place. En faisant la différence entre le coût variable moyen pour l'ensemble du Québec, on obtient un coût fixe d'un montant de 49 000\$, qui est la valeur retenue comme paramètre du modèle.

6.3.2 Sources de financements

La part du financement qui est à la charge des usagers correspond à la contribution des adultes hébergés (CAH). Elle correspond à la moyenne des contributions des usagers pour les adultes en ressources intermédiaires et pour les adultes en RTF (issue des AS-471 pour l'année 2019-2020⁴⁷) par place en RI et en RTF. Elle représente un montant de 11 800\$, ce qui représente un taux de contribution de 17,5% lorsque l'on fait le ratio entre cette contribution moyenne et le coût de fonctionnement moyen au Québec.

6.4 Dans le secteur privé à but non lucratif (Les EÉSAD)

6.4.1 Coûts

Les coûts totaux correspondent aux tarifs horaires facturés aux usagers par les EÉSAD multipliés par le nombre d'heures de travail. Le temps de travail est composé de temps d'intervention (service à domicile) et également de temps de transport et de temps administratif.

Les salaires horaires sont calculés à partir d'une base de données des tarifs du PEFSAD pour chaque RSS en 2019. Ils varient de 19,5 \$ à 24,5 \$ selon la RSS. Le temps de déplacement et le temps de travail

⁴³ 5512 : RI-Santé physique; 5513 : RI-Santé mentale; 5514 : RI-Soutien à l'autonomie des PA; 5516 : RI-Déficience intellectuelle et TSA; 5517 : RI-Déficience physique; 5523 : RTF-F.d'accueil- Santé mentale; 5526 : RTF-F.d'accueil- DI et TSA; 5527 : RTF-F.d'accueil-Déf.physique; RTF-F.d'accueil-Déf.physique.

⁴⁴ 5511 : RI-Jeunes en difficulté; 5515 : RI-Dépendances; 5521 : RTF-F.d'accueil-Jeunes en difficul.; 5535 : RTF-Dépendances.

⁴⁵ AS-471, Page 650, ligne 24, colonne 4, CASousCA n°6430.

⁴⁶ AS-471, Page 301, ligne 25 et 26, colonne 4.

⁴⁷ Page 301, ligne 25 et 26, colonne 5.

administratif en EÉSAD sont calculés en divisant les montants d'aides compensatoires dédiés à ces fins par le salaire horaire moyen des EÉSAD au Québec. Par la suite, ces quantités d'heures sont converties en taux de temps de déplacement (tx_{td}) et de temps administratif (tx_{ta}) par rapport à l'ensemble des heures de travail en EÉSAD.

Dans les projections, le nombre d'heures de travail en EÉSAD est obtenu en divisant le nombre d'heures d'interventions, dont les calculs sont présentés dans la partie 5.2 Le secteur privé à but non lucratif (Les EÉSAD), par 1 moins le taux de temps de déplacement, moins le taux de temps administratif ($1-tx_{td} - tx_{ta}$).

6.4.2 Sources de financement

La part qui est supportée par le secteur public correspond aux dépenses du PEFSAD et à l'aide compensatoire. Le PEFSAD inclut une aide fixe qui est égale pour tous les individus (4\$ de l'heure de service) et une aide variable qui dépend notamment du revenu et de la situation familiale.

La part qui est supportée par les usagers correspond à la différence entre le coût total et le financement du secteur public.

6.5 Dans le secteur privé à but lucratif (Le CES)

6.5.1 Coûts

Les salaires de soins d'assistance aux AVQ et les salaires de soins d'assistance aux AVD sont équivalents pour les interventions du secteur privé au titre du chèque emploi-service (CES). Les calculs de ces salaires ont été effectués séparément pour chaque RSS à partir de l'année 2021.

La base de données du CES gérée par Desjardins nous permet de connaître le coût total des services dispensés au titre du CES par RSS, ainsi que le nombre d'heures travaillées pour les soins d'assistance aux AVQ et les soins d'assistance aux AVD. En divisant le coût total par le nombre d'heures travaillées, on obtient le salaire horaire par RSS, qui varie de 15,5 \$ à de 21,5 \$.

Le temps de déplacement pour le CES est supposé égal au temps de déplacement du personnel des CLSC. Tout d'abord, le nombre d'interventions est obtenu en divisant le nombre d'heures de services par la durée des interventions du personnel des CLSC. Puis le nombre d'interventions est multiplié par le temps de déplacement par intervention du personnel des CLSC. Enfin, cette quantité d'heures est convertie en taux de temps de déplacement (tx_{td}) par rapport à l'ensemble des heures de travail en CES. Pour le secteur privé à but lucratif, on suppose qu'il n'y a pas de temps administratif.

Dans les projections, le nombre d'heures de travail en CES est obtenu en divisant le nombre d'heures d'interventions, dont les calculs sont présentés dans la partie 5.3, par 1 moins le taux de temps de déplacement ($1-tx_{td}$).

6.5.2 Sources de financement

Les coûts de soins d'assistance d'AVQ et de services pour AVD qui sont financés par le chèque emploi-service (CES) sont intégralement pris en charge par le secteur public.

6.6 Le crédit pour maintien à domicile des aînés

Les montants des dépenses du crédit pour maintien à domicile (CMD) des aînés sont disponibles en fonction de la RSS, pour les personnes autonomes et pour les personnes non autonomes. Pour chaque sous-groupe, le CMD est réparti entre les profils Iso-SMAF au prorata du poids des individus dans chaque profil Iso-SMAF et selon trois milieux de vie : 1) à domicile ou en RPA sans SAD financé par le public; 2) à domicile avec SAD financé par le public; 3) en RPA avec SAD financé par le public. À noter qu'il est considéré que le CMD reçu par les personnes non autonomes (profils Iso-SMAF 5 et plus) est uniquement versé aux résidents des RPA, tandis que le CMD reçu par les personnes autonomes (profils Iso-SMAF 1 à 4) est réparti entre les trois milieux de vie en fonction de leur poids relatif par milieu de vie et par profil Iso-SMAF. De plus, la clef de répartition du CMD au sein de la population québécoise est effectuée à partir des données de l'année 2019-2020.

En outre, le gouvernement du Québec a prévu une bonification du CMD au cours des prochaines années. Afin de prendre en compte cette bonification à venir, les montants du CMD pour les années allant jusqu'à 2026 ont été calibrés pour correspondre aux montants reportés dans l'édition de 2022 des dépenses fiscales du ministère des Finances du Québec (publiée en 2023)⁴⁸.

6.7 Les niveaux de soins alternatif (NSA)

Les personnes qui résident en centre hospitalier (CH) au titre des niveaux de soins alternatif (NSA) représentent un coût total annuel de 465 700 \$ par année, qui est intégralement pris en charge par les CISSS et les CIUSSS. Ce coût est équivalent pour toutes les RSS. Il est calculé à partir de l'étude des crédits 2021-2022 du MSSS.

⁴⁸ Le document fournit les montants jusque 2023. Les montants pour 2024, 2025 et 2026 ont été projetés par les auteurs en considérant la croissance du nombre d'usagers allait suivre celle des personnes âgées de 70 ans et plus et en considérant que le montant moyen du CMD allait croître en fonction des nouveaux taux du crédit d'impôt.

7 PRÉFÉRENCES DES USAGERS

Afin d'estimer les préférences des individus concernant les soins et services qu'ils aimeraient recevoir, nous devons d'abord convenir que leur utilisation actuelle reflète davantage l'offre de services que les préférences des usagers. En effet, l'offre de soins et de services pour les personnes en perte d'autonomie est contrainte, ce qui signifie qu'elle est bien inférieure à la demande des usagers. Ainsi, il n'est pas possible d'utiliser les données d'utilisation effective afin d'estimer la demande et donc les préférences des Québécoises et des Québécois. Dès lors, nous avons recours à une approche bien connue dans le domaine de l'estimation des préférences, soit la méthode des préférences déclarées (*stated-preference methods*).

7.1 L'enquête

Une enquête sur les préférences des Québécois pour la prise en charge de la perte d'autonomie a été conduite avec la firme Sago, auprès du panel « Qu'en pensez-vous? » (Connu sous le nom *Asking Canadians*). Nous avons procédé à l'échantillonnage de 3002 répondants âgé de 55 à 69 ans au Québec. La période de collecte de donnée s'est étendue du 16 décembre au 28 décembre 2022.

Le questionnaire a été conçu par l'équipe de recherche. Il est composé de 4 sections distinctes. La première section inclut des questions sur les informations sociodémographiques et économiques. La deuxième section porte sur le niveau de compréhension des répondants en ce qui le concerne le système québécois de prise en charge de la perte d'autonomie. Dans la troisième section, une expérience est menée à l'aide de 4 mises en situation successives. Après avoir présenté au répondant son état de santé hypothétique ainsi que ses besoins en termes de soins infirmiers, en aide pour les AVQ et en AVD, exprimés en heures par semaine, il est demandé au répondant de choisir parmi trois options de prise en charge. Chaque option contient plusieurs paramètres, incluant le milieu de vie, le type de fournisseur de soins, le nombre d'heures offert pour chaque catégorie de service, le temps d'attente pour recevoir les services et le prix net à payer. L'objectif de cette expérience est de révéler les préférences des répondants quant aux services qu'ils aimeraient recevoir en fonction de leur situation personnelle. La quatrième et dernière section inclut des questions directes aux répondants sur leurs préférences par rapport aux changements potentiels qui pourraient être apportés au système de prise en charge de la perte d'autonomie au Québec. Le questionnaire est disponible en version française en annexe de ce rapport. Une version anglaise était également disponible pour les répondants souhaitant répondre dans cette langue.

Les analyses effectuées dans la suite de cette partie sont effectuées à l'aide d'une variable de pondération statistique qui a été créée par l'équipe de chercheurs. Cette variable a pour objectif de s'assurer de la représentativité de l'échantillon sur la base de caractéristiques de l'âge, du sexe, ainsi qu'un regroupement des régions sociosanitaires (en 6 catégories⁴⁹).

⁴⁹ Les six groupes correspondent au niveau géographique : 1°) au sud-est du Québec (RSS 1, 11 et 12); 2°) au nord du Québec (RSS 2, 8, 9, 10, 17, 18); 3°) à la Capitale-Nationale et Mauricie et Centre-du-Québec (RSS 3 et 4); 4°) au sud du Québec (RSS 5 et 16); 5°) à Montréal et Laval (RSS 6 et 13); 6°) au sud-ouest du Québec (RSS 7, 14 et 15).

7.1.1 Les questions d'information générale

7.1.1.1 Le profil socio-économique et démographique

La pondération a été faite pour l'âge, le genre et la région. Avant pondération, 55.9% des répondants de l'échantillon de l'enquête déclarent être un homme. Le Tableau 9 montre que, une fois pondérée, cette fraction est de 49.5%. L'âge moyen est de 63.1 ans sans pondération et de 61.8 ans une fois pondéré. En ce qui concerne la représentation régionale, le Tableau 5 montre une légère surreprésentation des régions urbaines dans l'échantillon, en particulier des villes de Montréal et de Laval. Leur proportion respective est de 24,3% et de 5,1% avant repondération. La prise en compte de la pondération montre que ces proportions sont égales à 19,8% et 4,3%, ce qui indique une surreprésentation autour de 20% pour les deux villes dans l'échantillon de l'enquête. La comparaison des résultats non pondérés et pondérés pour l'âge, le genre et la région indiquent dans l'ensemble que les effets de la pondération demeurent mineurs et que la couverture de la population visée par l'échantillon est satisfaisante. Dans la suite de cette partie, les résultats présentés intégreront la variable de pondération.

Tableau 5. Régions sociosanitaires de résidence des répondants.

Région sociosanitaire	Valeurs non pondérées		Valeurs pondérées
	N	%	%
1 - Bas-St-Laurent	78	2,6	3,0
2 - Saguenay-Lac-St-Jean	77	2,6	3,6
3 - Capitale Nationale	334	11,1	10,7
4 - Mauricie-Centre	170	5,7	5,4
5 - Estrie	162	5,4	5,4
6 - Montréal	728	24,3	19,8
7 - Outaouais	153	5,1	5,8
8 - Abitibi-Témiscamingue	37	1,2	2,0
9 - Côte-Nord	27	0,9	1,5
10 - Nord-du-Québec	1	0,0	0,1
11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	25	0,8	1,0
12 - Chaudière-Appalaches	156	5,2	6,0
13 - Laval	152	5,1	4,3
14 - Lanaudière	179	6,0	6,2
15 - Laurentides	195	6,5	7,3
16 - Montérégie	526	17,5	17,7
17 - Nunavik	2	0,1	0,1
Total	3002	100	100

Le Tableau 6 présente la répartition de la population de l'enquête en fonction du niveau de scolarité, exprimé par le diplôme le plus élevé obtenu par le répondant. La population ayant obtenu un diplôme universitaire égal ou supérieur au baccalauréat représente 31,6% de l'échantillon. En outre, 28,0% des répondants ont un diplôme d'études collégiales, 20,1% ont un diplôme d'étude secondaire, 17,1% ont un autre diplôme (certificats ou autre type de diplôme) et 3,2% n'ont pas de diplôme. Comme cela est souvent le cas pour les échantillons d'enquêtes réalisés auprès d'un panel, le niveau d'éducation des répondants de l'enquête est plus élevé que la population générale. Par exemple, selon le recensement de la population réalisé en 2016⁵⁰, 17,0 % de la population québécoise âgée de 55 à 64 ans a un diplôme universitaire égal ou supérieur au baccalauréat, ce qui est 14,6 points de pourcentage inférieur aux données de l'enquête.

Tableau 6. Niveau de scolarité le plus élevé du répondant (valeurs pondérées)

Diplôme le plus élevé	N	%
1 - Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires ou à son équivalent	96	3,2
2 - Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence d'études secondaires	604	20,1
3 - Certificat ou diplôme d'une école de métiers	268	8,9
4 - Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire (autre que les certificats ou diplômes d'une école de métiers)	841	28,0
5 - Certificat ou diplôme universitaire de niveau inférieur au baccalauréat	246	8,2
6 - Diplôme universitaire de niveau baccalauréat (p. ex. B.A., B.Sc., LL.B.)	609	20,3
7 - Certificat, diplôme ou grade universitaire de niveau supérieur au baccalauréat	338	11,3
Total	3002	100

Plusieurs variables de l'enquête s'intéressaient aux enfants du répondant. Le Tableau 7 montre que 68% des répondants ont au moins un enfant. Puisqu'il a été montré que l'aide aux parents en perte d'autonomie repose avant tout sur les filles (voir par exemple le Conseil du statut de la femme, 2018), nous avons demandé le nombre de filles pour chaque répondant ayant au moins un enfant. Parmi ceux-ci, le Tableau 7 montre qu'environ 27% n'ont aucune fille, 49% ont une fille et environ 24% ont plus d'une fille. Afin de mesurer l'aide potentielle que chaque répondant pourrait recevoir, nous avons demandé à quelle distance demeurait l'enfant le plus proche. Le Tableau 8 montre qu'il demeure à moins de 5 kilomètres du domicile pour 38% des répondants, entre 5 et 25 kilomètres pour 31% des répondants et il demeure à plus de 25 kilomètres dans environ 31% des cas, dont 17% des répondants pour lesquels il réside à plus de 100 kilomètres.

⁵⁰ Calculs réalisés à partir du fichier des particuliers issu des Fichiers de microdonnées à grande diffusion (FMGD) de Statistique Canada.

Tableau 7. Nombre d'enfants qui sont des filles (valeurs pondérées)

Nombre d'enfants qui sont des filles	Nombre d'observations	Part en %
0	560	27,4
1	994	48,6
2	413	20,2
3	70	3,5
4	8	0,4
Total	2045	100

Tableau 8. Distance à laquelle habite l'enfant demeurant le plus proche du domicile du répondant (valeurs pondérées)

Distance	Nombre d'observations	Part en %
1 - Moins de 5 km	780	38,1
2 - 5 à 25 km	636	31,1
3 - 26 à 99 km	289	14,1
4 - 100 km ou plus	340	16,7
Total	2045	100

Plusieurs questions portent sur le revenu et le patrimoine des répondants. Parmi les 3 002 répondants, 2414 ont accepté de rapporter le montant du revenu familial, ce qui représente un taux de réponse de 80,4%. Le revenu familial moyen des individus qui ont accepté de déclarer leur revenu est égal à 87 476\$ avant impôts et déductions⁵¹, tandis que le revenu médian est égal à 70 000\$. Près du quart des répondants ont un revenu familial inférieur à 45 000\$ alors que 10% de l'échantillon ont un revenu familial de 160 000\$ ou plus. Deux questions donnent un aperçu du patrimoine des répondants. La première porte sur la propriété immobilière. Trois quarts des répondants sont propriétaires de leur résidence principale. La seconde porte sur l'épargne. Le répondant moyen détient 265 390\$ d'épargne accumulée. Notons que ce montant important est affecté par quelques répondants ayant une épargne considérable. L'épargne médiane étant de 140 000\$, près du quart des répondants ont moins de 30 000\$ en épargne alors de 5% ont plus de 1 000 000\$. Notons que 1 928 répondants ont bien voulu rapporter l'épargne qu'ils avaient accumulée et que cette information est par conséquent manquante pour près du tiers de l'échantillon.

En ajout des variables de revenu et d'épargne, il a également été demandé aux répondants de reporter les dépenses courantes de leur ménage au cours d'un mois habituel pour le loyer ou les paiements d'hypothèque, le chauffage, l'électricité et l'épicerie. Une grande majorité des répondants a accepté de répondre à cette question, soit 2 519 répondants sur un total de 3 002, ce qui représente 84% de l'échantillon. Parmi les 2 519 répondants, les dépenses mensuelles du ménage sont en moyenne de 6 389\$. Ce montant élevé est

⁵¹ Il était également précisé au répondant qu'il devait prendre en compte les revenus de toutes sources, c'est-à-dire les salaires, pourboires, honoraires et revenus de travail autonome (nets des dépenses liées), les revenus perçus d'une petite entreprise à propriétaire unique, les pensions, les revenus de placements, les indemnités pour accident du travail, les prestations sociales et les revenus de location.

notamment le produit de moins de 10% des observations rapportant des dépenses mensuelles de plus de 20 000\$. Le ménage médian dépense plutôt 2 000\$ par mois et plus du quart des ménages dépense moins de 1 100\$ par mois.

Tableau 9. Statistiques descriptives des variables d'âge et de genre et variables économiques (valeurs pondérées)

Variable	Nombre d'observations	Moyenne	Centiles				
			25	50	75	90	99
âge	3002	61,7765	58	62	65	68	69
répondant est un homme	2998	0,49538	0	0	1	1	1
propriétaire de la résidence principale	3002	0,75207	1	1	1	1	1
revenu	2414	87476,4	45 000	70000	110 000	160 000	350 000
épargne	1928	265390	30 000	140 000	400 000	850 000	1 000 000
dépenses	2519	6389,04	1 100	2 000	7 000	20 000	50 000

7.1.1.2 Les anticipations

Plusieurs questions de l'enquête avaient pour objectif de se projeter vers l'avenir et de demander aux répondants d'anticiper leur revenu familial, leurs dépenses, leurs besoins d'aide et l'aide qu'ils pourraient recevoir de leurs proches à 75, 80 ou 85 ans. À noter que cet âge d'ancrage était tiré aléatoirement pour les besoins des questions d'anticipations, mais également pour les besoins de l'expérience présentés en partie 7.1.2. L'âge d'ancrage était tiré une fois pour toutes au début du processus d'enquête et restait donc identique tout au long de l'enquête pour un répondant donné.

En ce qui concerne le revenu familial futur, le Tableau 10 montre que 1 888 des 3 002 répondants ont accepté de répondre à cette question, ce qui représente un taux de réponse de 62,9%. Le revenu moyen anticipé pour ces individus était de 67 664\$, alors que le revenu moyen mesuré à la date de l'enquête était de 87 476\$, ce qui représente une baisse du revenu familial de 22,6%. Précisons que, avant de répondre à cette question, le répondant était invité à imaginer que l'augmentation des prix sera négligeable, que le répondant résidera toujours dans sa résidence actuelle et que son état matrimonial ne changera pas. Ces précisions étaient également formulées avant la question qui porte sur les dépenses futures. Le Tableau 11 montre que 45,6% des répondants anticipent que leurs dépenses devraient croître dans le futur, tandis que 24,7% pensent qu'elles devraient diminuer, 22,4% qu'elles seront égales à celles d'aujourd'hui et 7,25 des répondants ne savent pas ou ne souhaitent pas répondre.

Au sujet des besoins d'aide et de l'aide potentielle reçue des proches, le Tableau 10 présente deux questions d'intérêt. Nous avons demandé aux répondants quelle était la probabilité qu'ils aient au moins deux limitations dans les AVQ. 28,5% des répondants croient que cette probabilité est de zéro. Le répondant médian croit plutôt que la probabilité est de 20%. Finalement, près de 9% des répondants croient que c'est une certitude. La probabilité moyenne dans l'échantillon est de 34%. Nous avons aussi demandé quelle était la probabilité qu'ils reçoivent une aide conséquente (4 heures par semaine) si jamais ils se retrouvaient dans cette situation. La probabilité moyenne est de 28,2% alors que le répondant médian croit que cette probabilité est de 10%. On peut en conclure que les répondants anticipent une faible probabilité qu'ils reçoivent de l'aide d'un proche ou de la famille si une telle perte d'autonomie devait subvenir.

Tableau 10. Statistiques descriptives des variables d'anticipation (valeurs pondérées)

Variable	Nombre d'observations	Moyenne	Centiles				
			25	50	75	90	99
revenu familial futur	1888	67664	32000	50000	80000	120000	500000
limitations futures dans au moins 2 AVQ	2329	34.06552	0	20	50	90	100
aide substantielle des proches dans le futur	2476	28.25561	0	10	50	90	100

Tableau 11. Ce que représenteront les dépenses de loyer ou d'hypothèque, de chauffage, d'électricité et d'épicerie à 75, 80 ou 85 ans par rapport à aujourd'hui (valeurs pondérées)

Variable	Nombre d'observations	Part en %
Inférieure à celle d'aujourd'hui	743	24,7
Égale à celle d'aujourd'hui	672	22,4
Supérieure à celle d'aujourd'hui	1370	45,6
Ne sait pas ou préfère ne pas répondre	217	7,2
Total	3002	100

Tableau 12. Probabilité de devoir vivre dans le futur plus d'une année avec des limitations dans au moins deux AVQ et probabilité de pouvoir compter sur une aide substantielle d'un ou plusieurs proche(s) au moins 4 heures par jour si le répondant avait au moins deux limitations dans ses AVQ (valeurs pondérées)

Probabilité en %	Au moins deux limitations dans les AVQ	Aide substantielle d'un proche aidant
	Part en %	Part en %
0%	28,6	36,8
1-9%	5,5	5,6
10-19%	11,1	10,5
20-29%	9,1	10,3
30-39%	3,4	2,9
40-49%	3,0	1,7
50-59%	14,5	13,1
60-69%	3,4	2,2
70-79%	5,0	2,6
80-89%	4,3	4,1
90-99%	3,2	2,5
100%	9,0	7,7
Total	100	100

7.1.1.3 La compréhension du régime de prise en charge de la perte d'autonomie

Nous avons posé quatre questions sur la compréhension qu'ont les répondants du régime de prise en charge de la perte d'autonomie au Québec. D'abord, nous avons demandé s'il était vrai ou faux qu'il n'y avait pas de contribution de l'utilisateur pour les services à domiciles publics. 38% des répondants ont répondu correctement qu'il n'y avait pas de contribution⁵². 80% des répondants ont répondu correctement qu'il y avait une contribution pour l'hébergement en CHSLD. Plus de 90% ont répondu correctement qu'on pouvait attendre plus de 30 jours pour une place en CHSLD. Finalement près de 85% des répondants ont été capable de faire la distinction entre les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie quotidienne (AVQ). Donc, parmi les dimensions testées, seule la question de la contribution demandée pour les services à domiciles a été moins bien réussie.

7.1.2 L'expérience

L'objectif de l'expérience est de révéler les préférences des répondants quant aux soins et services dont ils pourraient avoir besoin dans le futur. Avant de présenter une série de quatre situations hypothétiques pour lesquelles les individus doivent à chaque fois choisir leur option favorite parmi 3 options de prise en charge, la partie du questionnaire portant sur l'expérience débute par un exemple. Dans celui-ci, il n'est pas demandé au répondant de choisir une option, mais l'objectif est d'aider le répondant à comprendre à quoi correspond une situation hypothétique et quels sont les choix de soins et de services qui seront proposés ensuite dans les 4 situations hypothétiques.

À la suite de cet exemple, 3 questions de compréhension sont posées au répondant afin de mesurer son degré de compréhension et également afin de l'aider à mieux comprendre l'expérience s'il n'a pas répondu correctement à la question compréhension. Pour finir, 4 situations hypothétiques sont présentées au répondant successivement par ordre croissant de perte d'autonomie. Le 1^{er} scénario intègre les profils Iso-SMAF correspondant aux atteintes AVD (1 à 3), le 2^e scénario correspond aux profils d'atteinte motrice (4, 6, 9), le 3^e scénario inclut les profils d'atteinte mentale (5, 7, 8, 10) et le 4^e scénario correspond aux incapacités lourdes (11 et plus).

⁵² Précisions qu'après avoir donné sa réponse, le répondant se voyait tout de même signaler que la prise en charge par le soutien à domicile du réseau public ne permettait pas, bien souvent, de combler l'intégralité de ses besoins : « À domicile, le coût des interventions des professionnels du réseau public est intégralement pris en charge par le gouvernement du Québec. En revanche, les services du réseau public ne sont généralement pas suffisants pour combler la totalité des besoins des usagers. Il est fréquent que les proches deviennent aidants afin de combler en partie ou en totalité les besoins non couverts. Il est également possible d'acheter des services auprès d'une entreprise privée ou d'un organisme à but non lucratif. Dans ce cas, il existe différentes mesures de soutien du gouvernement pour aider à réduire le coût net des services achetés (crédit d'impôt, chèque emploi service et PEFSAD- programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique-). »

7.1.2.1 Présentation d'un exemple aux répondants

L'exemple est le même pour tous les répondants, il correspond à un profil Iso-SMAF 6, qui est un des 3 profils du groupe d'atteinte motrice. Les 3 options présentées au répondant sont également identiques.

Dans une 1^{re} page, il est donné un ensemble de précisions au répondant :

*Pour chaque situation, considérez que **votre état matrimonial ne changera pas jusqu'à l'âge de [Âge pigé aléatoirement entre 75, 80 et 85 ans⁵³]** ans et que l'état de santé de votre conjoint.e restera similaire à celui d'aujourd'hui.*

Considérez également que vous aurez suffisamment de moyens financiers pour payer le prix net de n'importe quelle option.

Ne prenez pas en compte l'effet de l'inflation dans vos réponses, imaginez que l'augmentation des prix sera négligeable.

Veillez fournir votre préférence dans chaque situation sur la base des informations fournies. Malgré tout, prenez également en compte la possibilité que vos proches puissent prendre soin de vous si les options présentées ne couvrent pas l'intégralité de vos besoins.

À la page suivante, le répondant se voit présenter la situation hypothétique dans laquelle il se trouve, ainsi que le nombre d'heures de soins infirmiers, d'aide pour les activités de la vie quotidienne et d'aide pour les tâches domestiques dont il a besoin :

Vous avez régulièrement besoin d'aide dans les tâches domestiques et vous avez besoin de surveillance lorsque vous vous déplacez. Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation.

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports)	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne ⁵⁴ , s'habiller, continence ⁵⁵)
<ul style="list-style-type: none"> Besoin d'aide pour toutes les tâches domestiques; Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports; 	<ul style="list-style-type: none"> Troubles légers des fonctions mentales qui nécessitent parfois des conseils ou un encadrement; Difficultés à voir et entendre. 	<ul style="list-style-type: none"> Vous ne montez plus les escaliers; Besoin de supervision pour marcher à l'extérieur; 	<ul style="list-style-type: none"> Besoin de surveillance pour vous laver et pour l'entretien personnel; Difficultés pour manger et vous habiller.

⁵³ Cet âge de référence est pigé une fois pour toutes au début du questionnaire.

⁵⁴ Une fenêtre secondaire (dite *pop-up* en anglais) s'ouvre quand le répondant passe sa souris au-dessus d'« entretenir sa personne » et le texte suivant apparaît : « Se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc. »

• Besoin de supervision pour utiliser le téléphone.		• Difficultés pour marcher à l'intérieur.	
---	--	---	--

Chaque semaine, vous avez besoin de **2 h 15 min de soins infirmiers⁵⁵** de **6 h 30 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne⁵⁵** et de **14 h 15 min d'aide pour les tâches domestiques⁵⁵**.

Toujours sur la même page, les 3 options sont ensuite présentées sous forme de tableau :

Dans une telle situation, on vous propose les options d'offre de soins suivantes.

	Option 1	Option 2	Option 3
Milieu de vie ⁵⁵	Domicile	Résidence pour aînés (RPA) ⁵⁵	CHSLD ⁵⁵
Fournisseur ⁵⁵	Organisme à but non lucratif (OBNL) ⁵⁵	Entreprise privée à but lucratif	Réseau public ⁵⁵
Soins infirmiers ⁵⁵ , par semaine	2 h 15	1 h 15	2 h 15
Aide pour les activités de la vie quotidienne ⁵⁵ , par semaine	1 h 45	3 h 15	6 h 30
Aide pour les tâches domestiques ⁵⁵ , par semaine	7 h 00	3 h 30	14 h 15
Temps d'attente, en mois	1	1	4
Prix net que vous payez, par mois	2 500\$	1 900\$	2 500\$

Après avoir pris connaissance de vos besoins en termes de soins et de services et des 3 options qui vous sont offertes, il vous sera ensuite demandé de choisir une des trois options.

7.1.2.2 Vérification de la compréhension

Dans une nouvelle page, à la suite de l'exemple, 3 questions de compréhension sont posées au répondant. Après avoir signifié au répondant s'il a répondu correctement ou non, un court texte explicatif est fourni au répondant (voir les textes dans l'annexe dédiée au questionnaire de l'enquête). Les 3 questions étaient les suivantes :

1. Dans la situation présentée, êtes-vous capable de préparer votre dîner sans aucune aide?
2. L'option 3 comble-t-elle tous vos besoins en soins infirmiers dans la situation décrite?

⁵⁵ Une fenêtre secondaire (dite *pop-up* en anglais) s'ouvre quand le répondant passe sa souris au-dessus du texte (voir le texte descriptif en annexe).

3. Couvrez-vous l'intégralité de vos besoins de soins et de services en Résidence pour aînés (RPA) en payant les 1 900 \$ nets indiqués?

L'analyse des réponses montre qu'alors que seulement 37.4% des répondants ont répondu correctement à la 1^{re} question, 72,1% d'entre eux ont répondu correctement à la 2^e question et 63,4% ont répondu correctement à la 3^e question.

7.1.2.3 Expérience avec 4 situations hypothétiques

L'exemple de la partie 0 permet de visualiser le déroulement de chacune des 4 situations hypothétiques, à l'exception de la réponse du répondant, qui doit désormais choisir entre l'option 1, 2 ou 3. En outre, la valeur du profil Iso-SMAF et les attributs des 3 options sont tirés de manière aléatoire. Cela garantit qu'ils sont complètement indépendants des préférences des répondants.

1. En premier lieu, pour chaque groupe de profil, le profil Iso-SMAF est tiré aléatoirement parmi les profils du groupe. Par exemple, le premier scénario est tiré parmi les profils $s = 1,2,3$;
2. Ensuite, les attributs sont tirés de manière aléatoire, suivant l'annexe portant sur le questionnaire;
3. Pour finir, l'ordre d'apparition des options 1, 2 et 3 dans les colonnes est tiré de manière aléatoire.

7.2 Intégrer les préférences des usagers au modèle de simulation

Cette sous-partie présente les étapes de modélisations et d'estimations qui permettent d'intégrer les préférences des usagers dans le modèle de simulation des soins de longue durée (SLD). Cela permet notamment d'évaluer les effets d'une modification de la prise en charge de la perte d'autonomie au Québec sur les arbitrages effectués par les usagers.

Prenons le profil Iso-SMAF de la vignette s . Un individu qui a un tel profil a des préférences concernant les services qu'il voudrait recevoir. Une option d'offre de soins a plusieurs attributs. D'abord, il a un milieu de vie m parmi M choix possibles, soit en domicile privé, en RPA, en RI ou en CHSLD. On peut définir la variable dichotomique $d_m = 1$ si le milieu de vie m fait partie d'une option de service et zéro sinon. Nous avons aussi un fournisseur de service, f , soit un OBNL, une entreprise privée à but lucratif ou le réseau public. Il y a F choix possibles. Dénotons $d_f = 1$ si ce fournisseur f est celui qui donne le service et zéro sinon.

Les types de soins sont multiples, $o = 1, \dots, O$. Nous considérons les soins infirmiers, les AVQ et les AVD. Le nombre d'heures fournies, en pourcentage du nombre d'heures de besoins, est donné par un taux de réponse aux besoins, t_o (de 1 à 100).

Le nombre d'heures d est donné pour chaque profil.

Chaque option a deux autres attributs importants, soit le temps d'attente a (en mois) pour que les services débutent et le coût net par mois, c (en dollars).

L'utilité d'une option k présentée à un usager avec un profil s est supposée donnée par :

$$V_{s,k} = \sum \gamma_{m,s} d_{m,k} + \sum \gamma_{f,s} d_{f,k} + \sum \alpha_{o,s} t_{o,k} + \beta_s a_k + \eta_s c_k$$

où \sum dénote une somme. Ainsi, nous avons des effets reliés au fournisseur, au milieu de vie, au taux de réponse aux besoins pour différents types de services, pour le coût net et le temps d'attente.

On peut rajouter à ces utilités un terme d'erreur ϵ qui capture les préférences inobservables pour ces options. Ces termes sont idiosyncratiques avec moyenne zéro. Si plusieurs options font partie de l'ensemble de choix et en supposant que ces termes d'erreurs sont indépendants et sont distribués selon la loi de Gumbel⁵⁶, on obtient que la probabilité de choisir l'option k parmi un ensemble de choix $k = 1, \dots, K$ est donné par :

$$P_{k,s} = \frac{e^{V_{s,k}}}{\sum e^{V_{s,k'}}$$

Ces probabilités peuvent être utilisées afin de répartir les clientèles entre les différentes options qui s'offrent à elles pour un profil donné dans la simulation. Ces probabilités dépendent, entre autres, des taux de réponse aux besoins offerts, de l'attente, ainsi que du coût.

Il y a N répondants qui font un choix pour $J = 4$ scénarios. Chaque scénario a trois options $k = 1, 2, 3$.

Dénotons le choix fait par le répondant i dans le scénario j par $d_{ij} = k$. Si le vecteur de tous les paramètres à estimer est donné par θ , et que tous les attributs des options sont donnés par Z_{ij} on peut écrire la probabilité du choix fait comme étant donné par :

$$P_{ij}(\theta) = P(d_{ij} = k | Z_{ik}, \theta) = \frac{e^{V_{ik(j)}(\theta)}}{\sum e^{V_{ik'(j)}(\theta)}}$$

L'estimateur par maximum de vraisemblance de ces paramètres est donné par :

$$\theta_{ML} = \operatorname{argmax}_{\theta} \sum_i \sum_j \log P_{ij}(\theta)$$

Nous estimons les paramètres de ces modèles par groupe de Profil Iso-SMAF et par région (groupe).

7.3 Utiliser les estimations pour évaluer le bien-être

D'un modèle économique de la sorte, il est possible d'établir la valeur monétaire que place un patient sur chacun des attributs. Il suffit de diviser les coefficients par la valeur de $-\eta_s$. Ceci donne le montant en dollar par mois afin d'augmenter d'une unité chacun des attributs.

On peut voir ceci en prenant la différentielle totale de l'utilité :

$$dV_{s,j} = \sum \gamma_{m,s} d_{m,j} + \sum \gamma_{f,s} d_{f,j} + \sum \alpha_{o,s} dt_{o,j} + \beta_s da_j + \eta_s dc_j$$

Si on pose $dV = 0$, on peut résoudre par exemple pour :

$$\left. \frac{dc}{dt_{inf}} \right|_{dV=0} = -\frac{\alpha_{inf,s}}{\eta_s}$$

Par exemple, si $\eta_s = -0.02$ et que $\alpha_{inf,s} = 1.0$, alors le patient est prêt à payer 50 dollars par mois pour une augmentation d'un point de pourcentage du taux de réponse aux besoins en soins

⁵⁶ Également appelée *Extreme value type I distribution* en anglais.

infirmiers. On peut aussi exprimer d'autres quantités sous des formes utiles. Supposons que $\gamma_{CHSLD,s} = 5$ alors que le même paramètre pour une résidence privée est de 20. Si $\alpha_{inf,s} = 1$, alors le patient serait indifférent entre être en CHSLD avec un plein taux de réponse aux besoins et être à la maison avec un taux de réponse aux besoins de 15 % inférieur. Tous ces arbitrages peuvent être estimés à partir des paramètres.

Dans le modèle de projection, l'utilité des individus de tous les milieux de vie est calculée en valeur brute et en valeur monétaire une fois que les services fournis ont été modélisés. Il est, ainsi, possible de mesurer les variations d'utilité (en valeur brute ou monétaire) entre deux scénarios. De plus, les probabilités de transition mensuelles entre les milieux de vie s'ajustent pour tenir compte des préférences des individus à la suite d'une modification du taux de réponse aux besoins ou du coût mensuel dans un milieu de vie selon l'équation suivante :

$$\frac{\partial p_{ij}}{\partial x_{ik}} = -p_{ij}^2 \beta$$

si $j = k$ ou

$$\frac{\partial p_{ij}}{\partial x_{ik}} = p_{ij}(1 - p_{ik})\beta$$

si $j \neq k$. Dans ces équations i fait référence à l'identifiant de l'individu, j l'identifiant de la probabilité de transition entre deux milieux de vie, k l'identifiant de l'attribut du milieu de vie vers ou l'individu se dirige et β est le paramètre de préférence par rapport à l'attribut x .

8 RÉFÉRENCES

- Boyer, M. M., De Donder P., Fluet C., Leroux M.-L. et P.-C. Michaud (2020). Long-term care insurance: information frictions and selection. *American Economic Journal: Economic Policy*, 12(3):134–169.
- Clavet, N.-J., Décarie Y., Hébert R., Michaud P.-C. et J. Navaux (2021a). Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins, Cahier de recherche CREEi n°21-1.
- Clavet, N.-J., Hébert R., Michaud P.-C. et J. Navaux (2021b). Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec, Cahier de recherche CREEi n°21-4.
- Clavet, N.-J., Hébert R., Michaud P.-C. et J. Navaux (2022). The Future of Long-Term Care in Quebec: What Are the Cost Savings from a Realistic Shift toward More Home Care? *Canadian Public Policy*, 48:S2, pp. 38-50.
- Conseil du statut de la femme (2018). Portrait : Les proches aidantes et les proches aidants au Québec. Analyse différenciée selon les sexes. Mars 2018.
- Dubois, C.-A., Borgès Da Silva R. et A. Prud'homme (2022). Expérience au travail du personnel des établissements de soins de longue durée lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec, Rapport d'experts produit pour le compte du CSBE par le CIRANO.
- Dubuc N., Hébert R., Desrosiers J., Buteau M. et L. Trottier (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso- SMAF profiles. *Archives of gerontology and geriatrics*, 42(2):191-206.
- Hébert R., Dubuc N., Buteau M., Roy C., Desrosiers J., Bravo G., Trottier L. et C. St-Hilaire (1997). Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie. Collection Études et analyses, volume 33. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation
- Hébert R., Raïche M. et N.R. Gueye (2012). Survey Disability Questionnaire does not Generate Valid Accurate Data Compared to Clinical Assessment on an Older Population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2):57-62.
- Institut Canadien de la Santé (2021). Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3 : Aperçu et extraits 2021, Ottawa, ON.
- Tousignant, M., Dubuc N., Hébert R., et C. Coulombe (2007). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health & Social Care in the Community*, 15(1):1-7.

9 ANNEXE :

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SUR LES PRÉFÉRENCES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Chaque répondant pouvait choisir librement de répondre au questionnaire en français ou en anglais. Nous ne présenterons ici que la version française du questionnaire, qui a été choisie par 81,0% des répondants (2 430 répondants sur un total de 3 002 répondants).

9.1 Texte introductif

DIRECTIVES ACCOMPAGNANT UN QUESTIONNAIRE ANONYME

LES PRÉFÉRENCES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Vous trouverez ci-après un questionnaire anonyme auquel nous vous invitons à répondre. Ce questionnaire a été développé dans le cadre d'un projet de recherche à HEC Montréal.

Répondez sans hésitation aux questions incluses dans ce questionnaire, car ce sont vos premières impressions qui reflètent généralement le mieux votre pensée. Vous êtes toutefois invité(e) à prendre le temps nécessaire pour réfléchir à certaines questions qui pourraient faire appel à des concepts qui vous sont moins familiers, ou qui nécessitent des informations plus spécifiques sur votre situation. Veuillez noter que vous ne pourrez pas revenir en arrière et modifier vos réponses une fois que vous aurez changé d'écran. Il n'y a pas de limite de temps pour répondre au questionnaire, bien que nous ayons estimé que cela devrait vous prendre environ 20 minutes.

Les renseignements recueillis sont anonymes et resteront strictement confidentiels; ils ne seront utilisés que pour l'avancement des connaissances et la diffusion des résultats globaux dans des forums savants ou professionnels. Il se peut que les données—entièrement anonymisées—soient partagées avec d'autres chercheurs, uniquement à des fins de recherche non-commerciale, dans le cadre de projets autres que celui pour lesquelles elles ont été recueillies à l'origine. L'emploi exclusif occasionnel du masculin, notamment dans les titres professionnels, vise uniquement à alléger la lecture du texte.

Le fournisseur de collecte de données en ligne s'engage à ne révéler aucune information personnelle (ou toute autre information relative aux participants de cette étude) à d'autres utilisateurs ou à tout autre tiers, à moins que le répondant ne consente expressément à une telle divulgation ou que celle-ci soit exigée par la loi.

Vous êtes libre de refuser de participer à ce projet et vous pouvez décider en tout temps d'arrêter de répondre aux questions. Le fait de remplir ce questionnaire sera considéré comme votre consentement à participer à notre recherche et à l'utilisation des données recueillies dans ce questionnaire pour d'éventuelles recherches futures. Puisque le questionnaire est anonyme, une fois votre participation complétée, il vous sera impossible de vous retirer du projet de recherche, car il sera impossible de déterminer quelles réponses sont les vôtres.

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter le chercheur principal, Pierre-Carl Michaud, au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel indiqués ci-dessous.

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal a statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains. Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de ce comité au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca.

Merci de votre précieuse collaboration!

Pierre-Carl Michaud
Professeur titulaire
Département d'économie appliquée
HEC Montréal
514-340-6466
pierre-carl.michaud@hec.ca

9.2 Questionnaire

[SECTION 1. SHOW THE FOLLOWING TITLE TO RESPONDENTS:]

Information générale

Q0_a Quel est votre genre?

- 1 Homme
- 2 Femme
- 3 Je préfère m'auto-décrire
- 8888888 Je préfère ne pas répondre

Q0_b Quel âge avez-vous? Veuillez l'inscrire en chiffres.

Numeric

[IF OUTSIDE RANGE 55-69 (INCLUSIVELY), TERMINATE]

Q0_c Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? Veuillez les inscrire.

[MUST ENTER THE 3 CHARACTERS]

Alpha numeric

8888888 Je préfère ne pas répondre

[IF DOES NOT BEGIN WITH "G", "H", "J", "g", "h", "j" OR IF 8888888 IS SELECTED, TERMINATE]

Q1. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez atteint?

- 1 Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires ou à son équivalent
- 2 Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence d'études secondaires
- 3 Certificat ou diplôme d'une école de métiers
- 4 Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire (autre que les certificats ou diplômes d'une école de métiers)

- 5 Certificat ou diplôme universitaire de niveau inférieur au baccalauréat
- 6 Diplôme universitaire de niveau baccalauréat (p. ex. B.A., B.Sc., LL.B.)
- 7 Certificat, diplôme ou grade universitaire de niveau supérieur au baccalauréat

Q2. Quel est votre état matrimonial?

- 1 Marié.e
- 2 Conjoint.e de fait
- 3 Veuf ou veuve
- 4 Séparé.e
- 5 Divorcé.e
- 6 Célibataire, jamais marié.e

Q3. Avez-vous des enfants?

- 1 Oui
- 2 Non

[ASK IF Q3==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q4. À quelle distance habite votre enfant demeurant le plus près de votre domicile?

- 1 Moins de 5 km
- 2 5 à 25 km
- 3 26 à 99 km
- 4 100 km ou plus

[ASK IF Q3==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q5. Combien de vos enfants sont des filles?

Numeric (0-10)

Q6. Êtes-vous propriétaire de votre résidence principale?

- 1 Oui
- 2 Non

Q7. Selon la meilleure estimation que vous pouvez en faire, quel était votre **revenu familial** en 2021, **de toutes sources**[MOUSE OVER « de toutes sources » : Veuillez inclure toutes les sources de revenu, comme les salaires, pourboires, honoraires et revenus de travail autonome (nets des dépenses liées), les revenus perçus d'une petite entreprise à propriétaire unique, les pensions, les revenus de placements, les indemnités pour accident du travail, les prestations sociales et les revenus de location.], avant impôts et déductions?

Numeric (0-9999998) [ADD A "\$" BEHIND THE INPUT SPACE]

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q7==9999999; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q7a Était-ce plus de 60 000 \$?

- 1 Oui
- 2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q7a==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q7b Était-ce moins de 160 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q7b==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q7c Était-ce plus de 90 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q7a==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q7d Était-ce plus de 30 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

Q8. Selon la meilleure estimation que vous pouvez en faire, quel était le solde combiné de tous vos comptes d'épargne à la fin de 2021 (par exemple REER, CELI, régime de retraite à cotisations déterminées)?

Numeric (0-9999998) [ADD A "\$" BEHIND THE INPUT SPACE]

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q8==9999999; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q8a Était-ce plus de 100 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q8a==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q8b Était-ce moins de 200 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q8a==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q8c Était-ce plus de 50 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q8c==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q8d Était-ce plus de 25 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[DEFINE VARIABLE AGE_SCN, DRAW A VALUE, AND USE THIS SAME VALUE THROUGHOUT FOR A GIVEN RESPONDENT (SEE APPENDIX 1). SAVE THE VALUE AND REPORT IN OUTPUT AS A SEPARATE VARIABLE.]

Q9. Selon la meilleure estimation que vous pouvez en faire, quel sera votre revenu familial à la retraite (vers l'âge de [AGE_SCN] ans), de toutes sources, avant impôts et déductions?
Ne prenez pas en compte l'effet de l'inflation dans votre réponse, imaginez que l'augmentation des prix sera négligeable. Imaginez aussi que votre état matrimonial ne changera pas.

Numeric (0-9999998) [ADD A "\$" BEHIND THE INPUT SPACE]

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q9==9999999; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q9a Sera-t-il supérieur à 60 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q9a==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q9b Sera-t-il inférieur à 160 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q9b==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q9c Sera-t-il supérieur à 90 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q9a==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q9d Sera-t-il supérieur à 30 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

Q10. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous souffriez d'un des problèmes de santé suivants?

Cochez tous ceux qui s'appliquent. **[MULTISELECT, EXCEPT FOR OPTION 8]**

1 Cardiopathie (maladie cardiaque)

2 Accident vasculaire cérébral (AVC)

3 Maladie pulmonaire

4 Diabète

5 Hypertension

6 Dépression ou autres problèmes de santé mentale

7 Cancer

8 Aucune de ces réponses **[SINGLE SELECT]**

Q11. Sur une échelle de 0 à 100, où 0 représente une probabilité nulle et 100 une certitude absolue, quelle est selon vous la probabilité (en %) que vous devriez vivre dans le futur **plus d'une année** avec des limitations dans **au moins deux des activités suivantes?**

1) se nourrir;

2) se laver;

3) s'entretenir (se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.);

4) s'habiller;

5) gérer sa continence (contrôler ses intestins et sa vessie);

6) se déplacer (transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser les escaliers).

Numeric (0-100) **[ADD A “%” BEHIND THE INPUT SPACE]**

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

Q12. Sur une échelle de 0 à 100, où 0 représente une probabilité nulle et 100 une certitude absolue, quelle serait selon vous la probabilité (en %) que vous puissiez compter sur une aide substantielle d'un ou plusieurs proche(s) pour prendre soin de vous au moins 4 heures par jour **si** vous aviez au moins deux limitations dans vos activités de la vie quotidienne **[MOUSE OVER "activités de la vie quotidienne"]?**

Numeric (0-100) **[ADD A “%” BEHIND THE INPUT SPACE]**

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

[NEW SCREEN]

Nous aimerions à présent vous interroger sur les dépenses courantes de votre ménage. Il n'est jamais facile de se rappeler des dépenses effectuées par le passé; nous vous demandons donc de nous donner la meilleure estimation que vous pouvez faire.

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q13. Pensez aux 12 derniers mois. Combien a dépensé votre ménage au cours d'un mois habituel pour l'ensemble des éléments suivants : loyer ou paiement d'hypothèque, chauffage, électricité et épicerie?

Numeric (0-9999998) **[ADD A “\$” BEHIND THE INPUT SPACE]**

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q13==9999999; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q13a Était-ce plus de 1 500 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q13a==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q13b Était-ce moins de 2 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q13a==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q13c Était-ce plus de 1 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q13b==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q13d Était-ce plus de 2 500 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q13d==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q13e Était-ce plus de 3 500 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas

8888888 Je préfère ne pas répondre

[NEW SCREEN]

Nous aimerions à présent vous interroger sur vos **dépenses futures à l'âge de [AGE_SCN] ans. Ne prenez pas en compte l'effet de l'inflation dans vos réponses, imaginez que l'augmentation des prix sera négligeable. Imaginez également que vous résiderez toujours dans votre résidence actuelle et que votre état matrimonial ne changera pas.**

[SAME SCREEN]

Q14. Selon la meilleure estimation que vous pouvez en faire, pensez-vous qu'à [AGE_SCN] ans la somme de vos dépenses de loyer ou d'hypothèque, de chauffage, d'électricité et d'épicerie sera :

1 Égale à celle d'aujourd'hui;

2 Supérieure à celle d'aujourd'hui;

3 Inférieure à celle d'aujourd'hui;
9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q14==3; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q14a À votre avis, au total, que représenteront ces dépenses à [AGE_SCN] ans par rapport à aujourd'hui?

- 1 de 90 % à 99 % des dépenses d'aujourd'hui;
 - 2 de 80 % à 89 % des dépenses d'aujourd'hui;
 - 3 de 70 % à 79 % des dépenses d'aujourd'hui;
 - 4 de 60 % à 69 % des dépenses d'aujourd'hui;
 - 5 de 50 % à 59 % des dépenses d'aujourd'hui;
 - 6 moins de 50 % des dépenses d'aujourd'hui;
- 7777777 Je ne sais pas
8888888 Je préfère ne pas répondre

[SECTION 2. SHOW THE FOLLOWING TITLE TO RESPONDENTS:]

Prise en charge de la perte d'autonomie

Au Québec, la prise en charge de la perte d'autonomie implique un partage des coûts entre le gouvernement et les usagers. Les usagers payent en général une partie du coût et cette contribution peut varier en fonction des capacités financières des usagers. Un système complexe structure la prise en charge de la perte d'autonomie : il existe plusieurs milieux de vie, par exemple le domicile, les Résidences pour aînés (RPA), les Ressources intermédiaires [MOUSE OVER « Ressources intermédiaires »] ou les CHSLD [MOUSE OVER « CHSLD »]. Plusieurs fournisseurs peuvent également dispenser les soins et services : le gouvernement du Québec par le biais du réseau public d'établissements [mouse over « réseau public »], des organismes à but non lucratif (OBNL) [MOUSE OVER « organismes à but non lucratif (OBNL) »] et des entreprises (secteur privé à but lucratif).

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions sur vos connaissances à propos de la prise en charge de la perte d'autonomie au Québec. Veuillez répondre aux questions suivantes du mieux que vous le pouvez.

[NEW SCREEN]

Selon vous, les affirmations suivantes ont-elles vraies ou fausses?

Q15. L'utilisateur n'a aucun frais à payer pour recevoir du soutien à domicile du réseau public [mouse over « réseau public »].

- 1 Vrai
- 2 Faux

[SHOW IF Q15==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Vous avez répondu correctement! À domicile, le coût des interventions des professionnels du réseau public est intégralement pris en charge par le gouvernement du Québec. En revanche, les services du réseau public ne sont généralement pas suffisants pour combler la

totalité des besoins des usagers. Il est fréquent que les proches deviennent aidants afin de combler en partie ou en totalité les besoins non couverts. Il est également possible d'acheter des services auprès d'une entreprise privée ou d'un organisme à but non lucratif [MOUSE OVER « organisme à but non lucratif »]. Dans ce cas, il existe différentes mesures de soutien du gouvernement pour aider à réduire le coût net des services achetés (crédit d'impôt, chèque emploi service et PEFSAD- programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique-).

[SHOW IF Q15==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

La bonne réponse était « Vrai ». **À domicile, le coût des interventions des professionnels du réseau public est intégralement pris en charge par le gouvernement du Québec. En revanche, les services du réseau public ne sont généralement pas suffisants pour combler la totalité des besoins des usagers.** Il est fréquent que les proches deviennent aidants afin de combler en partie ou en totalité les besoins non couverts. Il est également possible d'acheter des services auprès d'une entreprise privée ou d'un organisme à but non lucratif [MOUSE OVER « organisme à but non lucratif »]. Dans ce cas, il existe différentes mesures de soutien du gouvernement pour aider à réduire le coût net des services achetés (crédit d'impôt, chèque emploi service et PEFSAD- programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique-).

Q16. Aucune contribution n'est requise de la part de l'utilisateur pour résider en CHSLD.

- 1 Vrai
- 2 Faux

[SHOW IF Q16==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

La bonne réponse était « Faux ». En CHSLD, une contribution est demandée à l'utilisateur, mais celle-ci peut être réduite voire annulée selon la capacité de payer de l'utilisateur.

[SHOW IF Q16==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Vous avez répondu correctement! En CHSLD, une contribution est demandée à l'utilisateur, mais celle-ci peut être réduite voire annulée selon la capacité de payer de l'utilisateur.

Q17. A partir du moment où un professionnel détermine qu'une personne a besoin d'être hébergée en CHSLD, l'attente pour obtenir une place est toujours inférieure à 30 jours.

- 1 Vrai
- 2 Faux

[SHOW IF Q17==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

La bonne réponse était « Faux ». Le temps d'attente peut varier fortement selon plusieurs facteurs, en particulier la disponibilité de places en CHSLD dans votre région. Présentement le délai d'attente au Québec peut être de plusieurs mois et il peut même parfois dépasser une année.

[SHOW IF Q17==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Vous avez répondu correctement! Le temps d'attente peut varier fortement selon plusieurs facteurs, en particulier la disponibilité de places en CHSLD dans votre région. Présentement le délai d'attente au Québec peut être de plusieurs mois et il peut même parfois dépasser une année.

Q18. Les termes « tâches domestiques » et « activités de la vie quotidienne » ne sont pas des synonymes. Ils correspondent à des activités différentes.

- 1 Vrai
- 2 Faux

[SHOW IF Q18==1; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Vous avez répondu correctement!

Les tâches domestiques incluent les activités suivantes :

- Préparer les repas;
- Effectuer les travaux ménagers et la lessive;
- Faire l'épicerie;
- Faire des appels téléphoniques;
- Gérer son budget;
- Prendre ses médicaments;
- Utiliser les transports.

Les activités de la vie quotidienne incluent les activités suivantes :

- Se nourrir;
- Se laver;
- Entretenir sa personne (se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.);
- S'habiller;
- Contrôler ses intestins et sa vessie (continence).

[SHOW IF Q18==2; DISPLAY ON SAME SCREEN]

La bonne réponse était « Vrai ».

Les tâches domestiques incluent les activités suivantes :

- Préparer les repas;
- Effectuer les travaux ménagers et la lessive;
- Faire l'épicerie;
- Faire des appels téléphoniques;
- Gérer son budget;
- Prendre ses médicaments;
- Utiliser les transports.

Les activités de la vie quotidienne incluent les activités suivantes :

- Se nourrir;
- Se laver;
- Entretenir sa personne (se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.);
- S'habiller;
- Contrôler ses intestins et sa vessie (continence).

[NEW SCREEN]

Nous allons maintenant vous présenter une série de quatre situations hypothétiques dans lesquelles vous pourriez vous trouver quand vous aurez [AGE_SCN] ans. Il n'est jamais très réjouissant de se projeter dans le futur dans des situations où l'on se retrouve avec une perte d'autonomie. Mais nous sommes intéressés par les choix de soins et de services que vous pourriez souhaiter faire dans chaque situation présentée.

Avant de commencer, nous allons vous présenter **un exemple de situation hypothétique**. Dans cet exemple, **il ne vous sera pas demandé de faire de choix**. L'objectif est de **vous aider à comprendre** à quoi correspond une situation hypothétique et quels sont les choix de soins et de services qui vous seront proposés. En revanche, à la suite de cet exemple nous vous poserons quelques **questions de compréhension**, toujours dans le but de vous aider à comprendre ce qui vous sera demandé ensuite.

[RESPONDENT HAS TO CLICK ON A "NEXT" BUTTON BEARING THE TEXT "Commencer l'exemple"; THEN DISPLAY THE FOLLOWING TEXT BOX ON THE SAME SCREEN]

Pour chaque situation, considérez que votre état matrimonial ne changera pas jusqu'à l'âge de [AGE_SCN] ans et que l'état de santé de votre conjoint.e restera similaire à celui d'aujourd'hui.

Considérez également que vous aurez suffisamment de moyens financiers pour payer le prix net de n'importe quelle option.

Ne prenez pas en compte l'effet de l'inflation dans vos réponses, imaginez que l'augmentation des prix sera négligeable.

Veillez fournir votre préférence dans chaque situation sur la base des informations fournies. Malgré tout, prenez également en compte la possibilité que vos proches puissent prendre soin de vous si les options présentées ne couvrent pas l'intégralité de vos besoins.

[NEW SCREEN]

À [AGE_SCN] ans, imaginez que vous vous retrouvez dans la situation suivante :

Vous avez régulièrement besoin d'aide dans les tâches domestiques et vous avez besoin de surveillance lorsque vous vous déplacez. Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation.

<p>Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports)</p>	<p>Communication (Voir, entendre, parler)</p> <p>Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)</p>	<p>Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)</p>	<p>Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])</p>
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour toutes les tâches domestiques; • Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports; • Besoin de supervision pour utiliser le téléphone. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles légers des fonctions mentales qui nécessitent parfois des conseils ou un encadrement; • Difficultés à voir et entendre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous ne montez plus les escaliers; • Besoin de supervision pour marcher à l'extérieur; • Difficultés pour marcher à l'intérieur. 	<p>Besoin de surveillance pour vous laver et pour l'entretien personnel;</p> <p>Difficultés pour manger et vous habiller.</p>
---	---	--	---

Chaque semaine, vous avez besoin de **2 h 15 min de soins infirmiers** [MOUSE OVER "soins infirmiers"], de **6 h 30 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne** [MOUSE OVER "activités de la vie quotidienne"] et de **14 h 15 min d'aide pour les tâches domestiques** [MOUSE OVER "tâches domestiques"].

Dans une telle situation, on vous propose les options d'offre de soins suivantes.

	Option 1	Option 2	Option 3
Milieu de vie [Mouse over]	Domicile	Résidence pour âgés (RPA) [MOUSE OVER «Résidence pour âgés (RPA)»]	CHSLD [MOUSE OVER « CHSLD »]
Fournisseur [Mouse over]	Organisme à but non lucratif (OBNL) [MOUSE OVER «Organisme à but non lucratif (OBNL) »]	Entreprise privée à but lucratif	Réseau public [MOUSE OVER « Réseau public »]
Soins infirmiers [Mouse over], par semaine	2 h 15	1 h 15	2 h 15
Aide pour les activités de la vie quotidienne [Mouse over], par semaine	1 h 45	3 h 15	6 h 30
Aide pour les tâches domestiques [Mouse over], par semaine	7 h 00	3 h 30	14 h 15
Temps d'attente, en mois	1	1	4

Prix net que vous payez, par mois	2 500\$	1 900\$	2 500\$
--	---------	---------	---------

Après avoir pris connaissance de vos besoins en termes de soins et de services et des 3 options qui vous sont offertes, il vous sera ensuite demandé de choisir une des trois options.

[RESPONDENT HAS TO CLICK ON A “NEXT” BUTTON BEARING THE TEXT “Passer maintenant aux questions de compréhension]

[NEW SCREEN WITH THE POSSIBILITY TO COME BACK TO THE PAGE ABOVE WHILE RESPONDING TO Q19-Q20-Q21, WHICH THEMSELVES CAN EACH BE SHOWN ON A NEW PAGE]

Questions de compréhension

Q19. Dans la situation présentée, êtes-vous capable de préparer votre dîner sans aucune aide?

- 1 Oui
- 2 Non

[SHOW IF Q19==1; DISPLAY ON SAME SCREEN OR IN A POP-UP WINDOW OVER THE QUESTION’S TEXT; MAKE THE POP-UP GO AWAY TO MOVE TO THE NEXT QUESTION]

La bonne réponse était « Non ». La situation hypothétique précise que vous avez besoin d’aide dans toutes les tâches domestiques et la préparation des repas en fait partie.

[SHOW IF Q19==2; DISPLAY ON SAME SCREEN OR IN A POP-UP WINDOW OVER THE QUESTION’S TEXT; MAKE THE POP-UP GO AWAY TO MOVE TO THE NEXT QUESTION]

Vous avez répondu correctement! La situation hypothétique précise que vous avez besoin d’aide dans toutes les tâches domestiques et la préparation des repas en fait partie.

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q20. L’option 3 comble-t-elle tous vos besoins en soins infirmiers dans la situation décrite?

- 1 Oui
- 2 Non

[SHOW IF Q20==1; DISPLAY ON SAME SCREEN OR IN A POP-UP WINDOW OVER THE QUESTION’S TEXT; MAKE THE POP-UP GO AWAY TO MOVE TO THE NEXT QUESTION]

Vous avez répondu correctement! L’option 3 inclut 2 h 15 de soins infirmiers et cela correspond exactement à vos besoins en soins infirmiers dans la situation hypothétique.

[SHOW IF Q20==2; DISPLAY ON SAME SCREEN OR IN A POP-UP WINDOW OVER THE QUESTION’S TEXT; MAKE THE POP-UP GO AWAY TO MOVE TO THE NEXT QUESTION]

La bonne réponse était « Oui ». L'option 3 inclut 2 h 15 de soins infirmiers et cela correspond exactement à vos besoins en soins infirmiers dans la situation hypothétique.

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q21. Couvrez-vous l'intégralité de vos besoins de soins et de services en Résidence pour aînés (RPA) en payant les 1 900 \$ nets indiqués?

- 1 Oui
- 2 Non

[SHOW IF Q21==1; DISPLAY ON SAME SCREEN OR IN A POP-UP WINDOW OVER THE QUESTION'S TEXT; MAKE THE POP-UP GO AWAY TO MOVE TO THE NEXT QUESTION]

La bonne réponse était « Non ». Le milieu de vie avec l'option 2 est une résidence pour aînés (RPA). Dans cette option vous payez 1 900 \$ et vous ne recevez qu'une partie de vos besoins en soins infirmiers, en aide pour les activités de la vie quotidienne et en aide pour les tâches domestiques (vous recevez un total de 8h00 de soins et de services par semaine alors que vos besoins représentent 23h00).

[SHOW IF Q21==2; DISPLAY ON SAME SCREEN OR IN A POP-UP WINDOW OVER THE QUESTION'S TEXT; MAKE THE POP-UP GO AWAY TO MOVE TO THE NEXT QUESTION]

Vous avez répondu correctement! Le milieu de vie avec l'option 2 est une résidence pour aînés (RPA). Dans cette option vous payez 1 900 \$ et vous ne recevez qu'une partie de vos besoins en soins infirmiers, en aide pour les activités de la vie quotidienne et en aide pour les tâches domestiques (vous recevez un total de 8h00 de soins et de services par semaine alors que vos besoins représentent 23h00).

[RESPONDENT HAS TO CLICK ON A "NEXT" BUTTON BEARING THE TEXT "L'exemple est désormais terminé : cliquez ici pour commencer avec la 1re situation hypothétique"]

[NEW SCREEN]

*Pour chaque situation, considérez que **votre état matrimonial ne changera pas jusqu'à l'âge de [AGE_SCN] ans et que l'état de santé de votre conjoint.e restera similaire à celui d'aujourd'hui.***

*Considérez également que **vous aurez suffisamment de moyens financiers pour payer le prix net de n'importe quelle option.***

*Ne prenez pas en compte l'effet de l'inflation dans vos réponses, imaginez que **l'augmentation des prix sera négligeable.***

*Veuillez fournir votre préférence dans chacun des scénarios présentés **sur la base des informations fournies.** Malgré tout, prenez également en compte la possibilité que vos proches puissent prendre soin de vous **si les options présentées ne couvrent pas l'intégralité de vos besoins.***

[FOR THE FOLLOWING EXPERIENCE, APPENDIX 1 PROVIDES THE VARIABLE VALUES FOR THE PROGRAMMER.

THIS EXPERIENCE WILL BE REPEATED FOUR TIMES, ONE FOR EACH VALUE OF THE GROUP_ISO VARIABLE:

1. SCENARIO 1: [GROUP_ISO==1], THEN :
2. SCENARIO 2: [GROUP_ISO==2], THEN :
3. SCENARIO 3: [GROUP_ISO==3], THEN :
4. SCENARIO 4: [GROUP_ISO==4]

THE SCENARIOS ARE THEREFORE SEQUENTIAL: FIRST, GROUP_ISO==1; THEN, GROUP_ISO==2; THEN, GROUP_ISO==3; AND FINALLY, GROUP_ISO==4.

MANY VARIABLES ARE RANDOMIZED. FOR EACH SCENARIO (GROUP_ISO), RANDOMIZATION IS SEQUENTIAL:

1. RANDOMIZE THE VARIABLE [ISO] WITHIN EACH [GROUP_ISO], AS DESCRIBED ABOVE AND USING APPENDIX 1, TABLE 1;

THEN FILL TABLE X BELOW AS FOLLOWS: FOR EACH COLUMN...

2. RANDOMIZE THE VARIABLE [PAIR-ARRANGEMENT-SUPPLIER], PER APPENDIX 1, TABLE 1;
3. RANDOMIZE THE VARIABLE [HOURS_MULTIPLIER] **INDEPENDENTLY** FOR EACH VARIABLE [PROF], [PARA], AND [SOUTIEN] THAT VARIES ACCORDING TO:
 - 1) [ISO] (SEE APPENDIX 1, TABLE 1)
 - 2) [ARRANGMENT] (SEE APPENDIX 1, TABLE 1 bis)

PER APPENDIX 1, TABLE 2;

4. INDEPENDENTLY RANDOMIZE [WAITING] PER APPENDIX 1, TABLE 3
5. INDEPENDENTLY RANDOMIZE [COST] PER APPENDIX 1, TABLE 4]

[NEW SCREEN]

À [AGE_SCN] ans, imaginez que vous vous retrouvez dans la situation suivante :

[PRINT “DESCRIPTION ISO”, DRAWN AS DESCRIBED ABOVE: SEE APPENDIX 2]

Dans une telle situation, on vous propose les options de soins suivantes.

[TABLE X]	Option [A]	Option [B]	Option [C]
Milieu de vie [Mouse over]	VALUE OF [ARRANGEMENT] FROM THE DRAWN [PAIR-ARRANGEMENT-]	VALUE OF [ARRANGEMENT] FROM THE DRAWN [PAIR-ARRANGEMENT-]	VALUE OF [ARRANGEMENT] FROM THE DRAWN [PAIR-ARRANGEMENT-]

Fournisseur [Mouse over]	VALUE OF [SUPPLIER] FROM THE DRAWN [PAIR-ARRANGEMENT-SUPPLIER]	VALUE OF [SUPPLIER] FROM THE DRAWN [PAIR-ARRANGEMENT-SUPPLIER]	VALUE OF [SUPPLIER] FROM THE DRAWN [PAIR-ARRANGEMENT-SUPPLIER]
Soins infirmiers [Mouse over], par semaine	VALUE OF [PROF]	VALUE OF [PROF]	VALUE OF [PROF]
Aide pour les activités de la vie quotidienne [Mouse over], par semaine	VALUE OF [PARA]	VALUE OF [PARA]	VALUE OF [PARA]
Aide pour les tâches domestiques [Mouse over], par semaine	VALUE OF [SOUTIEN]	VALUE OF [SOUTIEN]	VALUE OF [SOUTIEN]
Temps d'attente, en mois	VALUE OF [WAITING]	VALUE OF [WAITING]	VALUE OF [WAITING]
Prix net que vous payez, par mois	VALUE OF [COST]	VALUE OF [COST]	VALUE OF [COST]

[RANDOMIZE THE ORDER OF COLUMNS (Option [A], Option [B], and Option [C]), AND ONCE RANDOMIZED, NAME THEM “Option 1, Option 2, and Option 3”]

[SAVE VARIABLE [ISO] AND ALL THE INFORMATION INTRODUCED IN THE TABLE IN 25 SEPARATE VARIABLES (3 COLUMNS * 8 ROWS + THE VALUE OF THE VARIABLE [ISO])
]

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q22. Parmi les trois options ci-dessus, laquelle préférez-vous? [SINGLE SELECT]

- 1 Option 1
- 2 Option 2
- 3 Option 3

[IF GROUP_ISO==1, RESPONDENT MUST CLICK ON BUTTON « Passer à la situation hypothétique suivante (2/4) », AND IS TAKEN TO THE NEXT GROUP_ISO

[REPEAT EXPERIENCE]

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q23. Parmi les trois options ci-dessus, laquelle préférez-vous? [SINGLE SELECT]

- 1 Option 1
- 2 Option 2
- 3 Option 3

IF GROUP_ISO==2, RESPONDENT MUST CLICS ON BUTTON « Passer à la situation hypothétique suivante (3/4) », AND IS TAKEN TO THE NEXT GROUP_ISO

[REPEAT EXPERIENCE]

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q24. Parmi les trois options ci-dessus, laquelle préférez-vous? [SINGLE SELECT]

- 1 Option 1
- 2 Option 2
- 3 Option 3

IF GROUP_ISO==3, RESPONDENT MUST CLICK ON BUTTON « Passer à la situation hypothétique suivante (4/4) », AND IS TAKEN TO THE NEXT GROUP_ISO

[REPEAT EXPERIENCE]

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q25. Parmi les trois options ci-dessus, laquelle préférez-vous? [SINGLE SELECT]

- 1 Option 1
- 2 Option 2
- 3 Option 3

IF GROUP_ISO==4, RESPONDENT MUST CLICK ON BUTTON « Passer à la dernière section de l'enquête », AND IS TAKEN TO THE NEXT SECTION]

[SECTION 3. SHOW THE FOLLOWING TITLE TO RESPONDENTS:]

Préférences et opinions

Au Québec, tandis que les soins de santé offerts par des professionnels à domicile sont couverts par le régime de santé public, la grande majorité des services d'aide à domicile sont offerts par des organisations externes, à but lucratif ou non. Par ailleurs, le gouvernement du Québec ne répond pas à tous les besoins des personnes en perte d'autonomie qui souhaitent demeurer à domicile. Ainsi, une grande partie de ces besoins sont actuellement comblés par les personnes proches aidantes, en général par les conjoint.e.s et par les enfants. Finalement, la rareté de la main-d'œuvre affecte particulièrement la capacité du gouvernement et de ses partenaires externes de fournir des services.

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q26. Dans ce contexte, à quel point êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant : « Il est nécessaire que le gouvernement du Québec entame un virage qui permettra d'accroître significativement l'offre de services de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie qui désirent rester à la maison ». [SINGLE SELECT]

1. Tout à fait en accord
 2. Plutôt en accord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Totalement en désaccord
- 9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

Q27. Supposons que le gouvernement entame un virage visant à accroître l'offre de services de soutien à domicile, comment devrait-il financer cette augmentation?

Veillez indiquer vos choix en ordre de préférence de 1 à 4, 1 étant votre premier choix et 4 votre dernier choix.

[ALLOW TO ORDER FROM 1 TO 4][FORCE AT LEAST 2 RESPONSES (OUT OF 9999999)]

- a. En diminuant d'autres services publics
- b. En augmentant les impôts ou les taxes
- c. En augmentant la part du coût total payée par les usagers des services de soutien à domicile
- d. En instaurant de nouvelles cotisations des employés et des employeurs versées dans un fonds dédié aux personnes en perte d'autonomie

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre [SINGLE SELECT – NO OTHER RESPONSE ALLOWED]

Q28. À quel point êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants : Afin de bonifier l'offre de services de soutien à domicile, le réseau de la santé devrait favoriser le recours à des partenaires externes, plus particulièrement...

...des organismes à but non lucratif. [SINGLE SELECT, DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q28a]

- 1. Tout à fait en accord
- 2. Plutôt en accord
- 3. Plutôt en désaccord
- 4. Totalelement en désaccord

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

Q28b ...des entreprises du secteur privé à but lucratif. [SINGLE SELECT, DISPLAY ON SAME SCREEN]

- 1. Tout à fait en accord
- 2. Plutôt en accord
- 3. Plutôt en désaccord
- 4. Totalelement en désaccord

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

Q29. À votre avis, lequel des éléments suivants devrait être prioritaire pour le gouvernement du Québec? Veuillez indiquer vos choix en ordre de préférence de 1 à 4, 1 étant votre premier choix et 4 votre dernier choix. [ALLOW TO ORDER FROM 1 TO 4] FORCE AT LEAST 2 RESPONSES (OUT OF 9999999)]

- a. Investissements supplémentaires dans l'hébergement de longue durée, comme l'augmentation du financement des CHSLD
- b. Investissements supplémentaires dans les services de soutien à domicile financés directement par l'État
- c. Investissements supplémentaires dans les aides financières aux usagers en soutien à domicile sous forme de crédits d'impôts ou d'allocations directes (ex. chèque emploi service)
- d. Investissements supplémentaires dans les hôpitaux

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre [SINGLE SELECT – NO OTHER RESPONSE ALLOWED]

À l'heure actuelle, les coûts des services non médicaux d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER "tâches domestiques"] et d'aide pour les activités de la vie quotidienne

[MOUSE OVER "activités de la vie quotidienne"] sont assumés en partie par le gouvernement et en partie par les usagers.

[DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q30. Comment devrait être calculée la portion payée par l'utilisateur? [SINGLE SELECT]

1. La portion payée par les usagers devrait être calculée en fonction de la quantité d'aide reçue
 2. La portion payée par les usagers devrait être calculée en fonction de leur capacité de payer
 3. La portion payée par les usagers devrait être calculée à la fois en fonction de la quantité d'aide reçue et de leur capacité de payer
 4. Autre
- 9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

[ASK IF Q30=4; DISPLAY ON SAME SCREEN]

Q30a Veuillez préciser :

[Text]

Q31. À votre avis, selon quel mécanisme le gouvernement devrait-il payer sa part? [SINGLE SELECT]

1. Les usagers devraient payer l'entièreté de leurs services et par la suite, recevoir un remboursement de la part du gouvernement (par exemple, sous forme de crédit d'impôt).
2. Les usagers devraient payer seulement un tarif horaire fixe (par exemple 4\$ de l'heure) et le gouvernement devrait assumer le reste des coûts.
3. Les usagers devraient recevoir de la part du gouvernement une allocation sous la forme d'une banque d'heures de services ou d'un montant qu'ils sont libres d'utiliser à leur guise.
4. Les usagers devraient payer les services jusqu'à un montant maximal annuel au-delà duquel le gouvernement assumerait les coûts.
5. Les usagers devraient être responsables d'épargner pour couvrir le coût de leurs besoins futurs dans un compte d'épargne à l'abri de l'impôt, auquel le gouvernement contribuerait par le biais de subventions (par exemple, comme pour les régimes enregistrés d'épargne-études (REEE)).

9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

Q32. Si vous en aviez besoin, seriez-vous prêt.e à payer davantage de votre poche pour recevoir des services de soutien à domicile? [SINGLE SELECT]

1. Oui
2. Non
3. 9999999 Je ne sais pas ou je préfère ne pas répondre

9.3 Annexes du questionnaire

Annexe 1 du questionnaire de l'enquête : DEFINITIONS OF VARIABLES AND RANDOMIZATION PARAMETERS

[TABLES 1, 2, 3, AND 4 ARE INTENDED FOR PROGRAMMERS ONLY AND SHOULD NOT BE SHOWN TO RESPONDENTS]

TABLE 1

VARIABLES	POSSIBLE OUTCOMES	PROBABILITIES OF OUTCOMES	COMPLEMENTARY INFORMATION
NAME			
AGE_SCN	[75, 80, 85]	1/3	Draw one value where indicated in the questionnaire and <u>use this same value throughout the survey</u>

GROUP_ISO	<p>GROUP_ISO = [1,2,3,4]</p> <p>THERE ARE 4 SCENARIOS AND EACH VALUE OF GROUP_ISO CORRESPONDS TO ONE SCENARIO:</p> <p>SCENARIO 1: [GROUP_ISO==1], THEN:</p> <p>SCENARIO 2: [GROUP_ISO==2], THEN:</p> <p>SCENARIO 3: [GROUP_ISO==3], THEN:</p> <p>SCENARIO 4: [GROUP_ISO==4]</p>
ISO	<p>WHEN [GROUP_ISO==1] (FIRST SCENARIO): ISO=[1,2,3] 1/3</p> <p>WHEN [GROUP_ISO==2] (SECOND SCENARIO): ISO=[4,6,9] 1/3</p> <p>WHEN [GROUP_ISO==3] (THIRD SCENARIO): ISO=[5,7,8,10] 1/4</p> <p>WHEN [GROUP_ISO==4] (FOURTH SCENARIO): ISO=[11,12,13,14] 1/4</p>

PAIR- ARRANGEME NT-SUPPLIER	[IF 1<=ISO<=6] : [FOR OPTIONS A, B, AND C] :	1/6 (Draw with replacement between columns of each scenario)	See TABLE 1 bis for the description of each “arrangement-supplier” pair
	-HOME-PUBL -HOME-PRIV -HOME-NPISH -RPA-PUB -RPA-PRIV -RPA-NPISH		
	[IF 7<=ISO<=14, FOR OPTIONS A AND B IN TABLE X]:	1/6 (Draw with replacement between columns of each scenario)	See TABLE 1 bis for the description of each “arrangement-supplier” pair
-HOME-PUBL -HOME-PRIV -HOME-NPISH - RPA-PUB -RPA-PRIV -RPA-NPISH			
[IF 7<=ISO<=14, FOR OPTION C IN TABLE X]:	1/3	See TABLE 1 bis for the description of each “arrangement-supplier” pair	
-IR-PUBL -CHSLD-PUBL -CHSLD-PRIV			

TABLE 1 bis : POSSIBLE OUTCOMES FOR "PAIR-ARRANGEMENT-SUPPLIER"

POSSIBLE OUTCOME	VALUE OF OUTCOME	
	ARRANGEMENT (« Milieu de vie »)	SUPPLIER (« Fournisseur »)
HOME-PUBL	Domicile	Réseau public [mouse over « Réseau public »]
HOME-PRIV	Domicile	Entreprise privée à but lucratif
HOME-NPISH	Domicile	Organisme à but non lucratif (OBNL) [mouse over « Organisme à but non lucratif (OBNL) »]
RPA-PUBL	Résidence pour aînés (RPA) [mouse over: « Résidence pour aînés (RPA) »]	Réseau public [mouse over « Réseau public »]
RPA-PRIV		Entreprise privée à but lucratif
RPA-NPISH		Organisme à but non lucratif (OBNL) [mouse over « Organisme à but non lucratif (OBNL) »]
IR-PUBL	Ressource intermédiaire [mouse over: « Ressource intermédiaire »]	Réseau public [mouse over « Réseau public »]
CHSLD-PUBL	CHSLD [mouse over « CHSLD ».]	Réseau public [mouse over « Réseau public »]
CHSLD-PRIV		Entreprise privée à but lucratif

TABLE 2: VALUES FOR "PROF", "PARA", AND "SOUTIEN"

			... DEPENDING ON [ISO] VALUE DRAWN														
IF [ARANGEMENT]==	AND HOURS_ MULTIPLIER IS (ODD FOR EACH VALUE : 1/5)	THEN THIS VARIABLE WILL TAKE VALUE...	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
HOME-PUBL; HOME-PRIV; HOME-NPISH; RPA- PUBL; RPA-PRIV, RPA-NPISH	0,1	PROF	0 h 00	0 h 00	0 h 15	0 h 30	0 h 30	0 h 30	0 h 45								
	0,1	PARA	0 h 15	0 h 15	0 h 15	0 h 30	0 h 30	0 h 45	0 h 45	01 h 00	01 h 30	01 h 30	01 h 45	01 h 45	02 h 00	02 h 00	
	0,1	SOUTIEN	0 h 30	01 h 00	01 h 15	01 h 15	01 h 30										
	0,25	PROF	0 h 15	0 h 15	0 h 30	0 h 15	0 h 30	0 h 30	0 h 45	0 h 45	01 h 00	01 h 00	01 h 00	01 h 00	01 h 15	02 h 00	
	0,25	PARA	0 h 30	0 h 45	0 h 45	01 h 00	01 h 15	01 h 30	01 h 45	02 h 15	03 h 45	03 h 45	04 h 30	04 h 30	04 h 45	05 h 15	
	0,25	SOUTIEN	01 h 00	02 h 45	03 h 15	03 h 00	03 h 30	03 h 30	03 h 30	03 h 30	03 h 45	03 h 30	03 h 45				
	0,5	PROF	0 h 15	0 h 15	01 h 00	0 h 45	01 h 15	01 h 15	01 h 15	01 h 30	01 h 45	01 h 45	02 h 00	02 h 00	02 h 45	03 h 45	
	0,5	PARA	01 h 00	01 h 15	01 h 45	02 h 00	02 h 30	03 h 15	03 h 45	04 h 30	07 h 30	07 h 15	09 h 00	09 h 00	09 h 45	10 h 30	
	0,5	SOUTIEN	02 h 15	05 h 30	06 h 45	06 h 00	07 h 00	07 h 15	07 h 30	07 h 15							
	0,75	PROF	0 h 30	0 h 30	01 h 30	01 h 00	01 h 45	01 h 45	02 h 00	02 h 15	02 h 45	02 h 45	03 h 00	03 h 00	04 h 00	05 h 45	
	0,75	PARA	01 h 30	02 h 00	02 h 30	03 h 15	03 h 45	04 h 45	05 h 30	07 h 00	11 h 30	11 h 00	13 h 30	13 h 30	14 h 30	15 h 45	
	0,75	SOUTIEN	03 h 15	08 h 15	10 h 00	09 h 00	10 h 30	10 h 45	10 h 45	10 h 45	11 h 00	10 h 45	11 h 00				
	1	PROF	0 h 45	0 h 45	02 h 00	01 h 15	02 h 15	02 h 15	02 h 45	03 h 00	03 h 45	03 h 30	04 h 00	03 h 45	05 h 30	07 h 30	
	1	PARA	02 h 00	02 h 45	03 h 30	04 h 15	05 h 00	06 h 30	07 h 30	09 h 15	15 h 15	14 h 30	18 h 00	17 h 45	19 h 15	21 h 00	
1	SOUTIEN	04 h 15	10 h 45	13 h 15	12 h 15	14 h 00	14 h 15	14 h 15	14 h 30	14 h 30	14 h 30	14 h 45	14 h 30	14 h 45	14 h 30		
IR-PUBL; CHSLD- PUBL; CHSLD-PRIV	0,1	PROF	0 h 45	0 h 45	02 h 00	01 h 15	02 h 15	02 h 15	02 h 45	03 h 00	03 h 45	03 h 30	04 h 00	03 h 45	05 h 30	07 h 30	
	0,1	PARA	02 h 00	02 h 45	03 h 30	04 h 15	05 h 00	06 h 30	07 h 30	09 h 15	15 h 15	14 h 30	18 h 00	17 h 45	19 h 15	21 h 00	
	0,1	SOUTIEN	04 h 15	10 h 45	13 h 15	12 h 15	14 h 00	14 h 15	14 h 15	14 h 30	14 h 30	14 h 30	14 h 45	14 h 30	14 h 45	14 h 30	
	0,25	PROF	0 h 45	0 h 45	02 h 00	01 h 15	02 h 15	02 h 15	02 h 45	03 h 00	03 h 45	03 h 30	04 h 00	03 h 45	05 h 30	07 h 30	
	0,25	PARA	02 h 00	02 h 45	03 h 30	04 h 15	05 h 00	06 h 30	07 h 30	09 h 15	15 h 15	14 h 30	18 h 00	17 h 45	19 h 15	21 h 00	
0,25	SOUTIEN	04 h 15	10 h 45	13 h 15	12 h 15	14 h 00	14 h 15	14 h 15	14 h 30	14 h 30	14 h 30	14 h 45	14 h 30	14 h 45	14 h 30		

	0,5	PROF	0 h 45	0 h 45	02 h 00	01 h 15	02 h 15	02 h 15	02 h 45	03 h 00	03 h 45	03 h 30	04 h 00	03 h 45	05 h 30	07 h 30
	0,5	PARA	02 h 00	02 h 45	03 h 30	04 h 15	05 h 00	06 h 30	07 h 30	09 h 15	15 h 15	14 h 30	18 h 00	17 h 45	19 h 15	21 h 00
	0,5	SOUTIEN	04 h 15	10 h 45	13 h 15	12 h 15	14 h 00	14 h 15	14 h 15	14 h 30	14 h 30	14 h 30	14 h 45	14 h 30	14 h 45	14 h 30
	0,75	PROF	0 h 45	0 h 45	02 h 00	01 h 15	02 h 15	02 h 15	02 h 45	03 h 00	03 h 45	03 h 30	04 h 00	03 h 45	05 h 30	07 h 30
	0,75	PARA	02 h 00	02 h 45	03 h 30	04 h 15	05 h 00	06 h 30	07 h 30	09 h 15	15 h 15	14 h 30	18 h 00	17 h 45	19 h 15	21 h 00
	0,75	SOUTIEN	04 h 15	10 h 45	13 h 15	12 h 15	14 h 00	14 h 15	14 h 15	14 h 30	14 h 30	14 h 30	14 h 45	14 h 30	14 h 45	14 h 30
	1	PROF	0 h 45	0 h 45	02 h 00	01 h 15	02 h 15	02 h 15	02 h 45	03 h 00	03 h 45	03 h 30	04 h 00	03 h 45	05 h 30	07 h 30
	1	PARA	02 h 00	02 h 45	03 h 30	04 h 15	05 h 00	06 h 30	07 h 30	09 h 15	15 h 15	14 h 30	18 h 00	17 h 45	19 h 15	21 h 00
	1	SOUTIEN	04 h 15	10 h 45	13 h 15	12 h 15	14 h 00	14 h 15	14 h 15	14 h 30	14 h 30	14 h 30	14 h 45	14 h 30	14 h 45	14 h 30

TABLE 3: VALUE OF "WAITING"

IF [ARRANGEMENT] VALUE IS...					
Variable	Odds for each possible value	HOME-PUBL; HOME-PRIV; HOME-NPISH;	RPA-PUBL; RPA-PRIV; RPA-NPISH	IR-PUBL	CHSLD-PUBL; CHSLD-PRIV
WAITING	1/5	0	0	0	0
WAITING	1/5	1	1	4	4
WAITING	1/5	2	2	8	8
WAITING	1/5	3	3	12	12
WAITING	1/5	4	4	16	16

TABLE 4

[TAKE ALL POSSIBLE VALUE FROM TABLE 2 AND TRANSFORM IT IN DECIMALS:

- 0 h15 = 0.25;
- 0 h30 = 0.5;
- 0 h45 = 0.75;

FOR INSTANCE 1h45 BECOMES 1.75 AND 0h30 BECOMES 0.5.

]

Variable	Odds for each possible value	IF ARRANGEMENT== HOME-PUBL OR; HOME-PRIV OR; HOME-NPISH OR; RPA-PUBL OR; RPA-NPISH OR; RPA-PRIV	IF ARRANGEMENT== IR-PUBL	IF ARRANGEMENT== CHSLD-PUBL OR; CHSLD-PRIV
COST	1/9	$0.1 * (\text{PROF} * 149.36 + \text{PARA} * 55.56 + \text{SOUTIEN} * 28.24) * 52/12 * 0.5$ [format value in \$] [values rounded to +-100\$]	1 700 \$	2 500 \$
COST	1/9	$0.33 * (\text{PROF} * 149.36 + \text{PARA} * 55.56 + \text{SOUTIEN} * 28.24) * 52/12 * 0.5$ [format value in \$] [values rounded to +-100\$]	1 700 \$	2 500 \$
COST	1/9	$0.55 * (\text{PROF} * 149.36 + \text{PARA} * 55.56 + \text{SOUTIEN} * 28.24) * 52/12 * 0.5$	1 700 \$	2 500 \$

		[format value in \$] [values rounded to +-100\$]		
COST	1/9	0.77*(PROF*149.36 +PARA* 55.56 +SOUTIEN*28.24) *52/12*0.5 [format value in \$] [values rounded to +-100\$]	1 700 \$	2 500 \$
COST	1/9	1*(PROF*149.36 +PARA* 55.56 +SOUTIEN*28.24) *52/12*0.5 [format value in \$] [values rounded to +-100\$]	1 700 \$	2 500 \$
COST	1/9	1.12*(PROF*149.36 +PARA* 55.56 +SOUTIEN*28.24) *52/12*0.5 [format value in \$] [values rounded to +-100\$]	1 700 \$	2 500 \$
COST	1/9	1.25*(PROF*149.36 +PARA* 55.56 +SOUTIEN*28.24) *52/12*0.5 [format value in \$] [values rounded to +-100\$]	1 700 \$	2 500 \$
COST	1/9	1.37*(PROF*149.36 +PARA* 55.56 +SOUTIEN*28.24) *52/12*0.5	1 700 \$	2 500 \$

		[format value in \$] [values rounded to +-100\$]		
COST	1/9	1.5*(PROF*149.36 +PARA* 55.56 +SOUTIEN*28.24) *52/12*0.5 [format value in \$] [values rounded to +-100\$]	1 700 \$	2 500 \$

Annexe 2 du questionnaire de l'enquête : TEXT TO SHOW FOR
“DESCRIPTION ISO” (SECTION 2)

[EACH CHOICE SITUATION FEATURES A PROFILE FROM 1 TO 14 AND ITS DESCRIPTION. THE TEXT FOR THESE DESCRIPTIONS IS REPORTED BELOW.]

[ISO==1]

Vous avez de légères difficultés. Vous avez occasionnellement besoin de surveillance et d'aide pour réaliser certaines tâches domestiques.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de surveillance et d'aide occasionnelle pour l'entretien de la maison, le magasinage et l'épicerie; • Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports; • Difficultés à préparer les repas et à gérer le budget. 	Pas d'atteinte	Difficultés occasionnelles pour marcher à l'extérieur et utiliser les escaliers.	Difficultés pour se couper les ongles d'orteils.

Chaque semaine, vous avez besoin de **0 h 45 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **2 h 00 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **4 h 15 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==2]

Vous avez régulièrement besoin d'aide pour réaliser certaines tâches domestiques.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide pour l'entretien de la maison, la préparation des repas, la lessive, le magasinage et l'épicerie;• Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports;• Difficultés pour certaines transactions financières.	Pas d'atteinte	Autonome	Autonome

Chaque semaine, vous avez besoin de **0 h 45 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **2 h 45 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **10 h 45 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==3]

Vous avez régulièrement besoin d'aide dans plusieurs tâches domestiques et vous présentez des difficultés au niveau de certaines fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide pour l'entretien de la maison, la préparation des repas, la lessive et la prise de médicaments;• Besoin d'aide pour planifier le magasinage et l'épicerie et pour effectuer certaines transactions financières majeures;• Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports;• Besoin de supervision pour composer des numéros de téléphone.	<ul style="list-style-type: none">• Légers problèmes de mémoire des faits récents;• Besoin de conseils pour prendre des décisions.	Autonome	Difficultés pour vous laver et pour l'entretien personnel.

Chaque semaine, vous avez besoin de **2 h 00 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **3 h 30 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **13 h 15 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==4]

Vous avez régulièrement besoin d'aide dans plusieurs tâches domestiques et vous rencontrez des difficultés pour vous déplacer.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour l'entretien de la maison, la préparation des repas, le magasinage et l'épicerie, la lessive et pour effectuer certaines transactions financières majeure; • Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports; • Difficultés à utiliser le téléphone et pour la prise de médicaments. 	Pas d'atteinte	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à marcher à l'intérieur; • Besoin de supervision pour marcher à l'extérieur; • Besoin d'aide pour monter/descendre les escaliers. 	Difficultés pour vous laver et pour l'entretien personnel.

Chaque semaine, vous avez besoin de **1 h 15 min de soins infirmiers** [**MOUSE OVER «soins infirmiers»**], de **4 h 15 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne** [**MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»**] et de **12 h 15 min d'aide pour les tâches domestiques** [**MOUSE OVER «tâches domestiques»**].

[ISO==5]

Vous avez régulièrement besoin d'aide dans la majorité des tâches domestiques, vous avez également besoin de surveillance pour quelques activités de la vie quotidienne et vous présentez de légers problèmes avec plusieurs fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide complète pour la plupart des tâches domestiques;• Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports;• Besoin d'aide pour utiliser le téléphone.	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes de mémoire des faits récents;• Difficultés à retrouver des mots, le nom de lieux ou de personnes ou des choses dans la maison;• Problèmes à s'orienter dans le temps et l'espace;• Lenteur à saisir les explications;• Problèmes à évaluer les situations et prendre les bonnes décisions : besoin d'encadrement dans certaines tâches moins familières.	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés à marcher à l'extérieur.	<ul style="list-style-type: none">• Besoin de surveillance et d'être guidé.e pour vous laver et pour l'entretien personnel;• Difficultés à s'habiller et utiliser les toilettes;• Incontinences occasionnelles.

Chaque semaine, vous avez besoin de **2 h 15 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **5 h 00 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 00 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==6]

Vous avez régulièrement besoin d'aide dans les tâches domestiques et vous avez besoin de surveillance lorsque vous vous déplacez et pour certaines activités de la vie quotidienne.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide pour toutes les tâches domestiques;• Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports;• Besoin de supervision pour utiliser le téléphone.	<ul style="list-style-type: none">• Troubles légers des fonctions mentales qui nécessitent parfois des conseils ou un encadrement;• Difficultés à voir et entendre.	<ul style="list-style-type: none">• Vous ne montez plus les escaliers;• Besoin de supervision pour marcher à l'extérieur;• Difficultés pour marcher à l'intérieur.	<ul style="list-style-type: none">• Besoin de surveillance pour vous laver et pour l'entretien personnel;• Difficultés pour manger et vous habiller.

Chaque semaine, vous avez besoin de **2 h 15 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **6 h 30 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 15 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==7]

Vous avez besoin d'une aide complète dans les tâches domestiques, de surveillance dans les activités de la vie quotidienne et vous avez des problèmes modérés au niveau des fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide complète pour toutes les tâches domestiques;• Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports.	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés à voir, entendre et parler;• Atteintes modérées de toutes les fonctions mentales;• Problèmes légers de comportements (plaintes, sautes d'humeur, entêtement);• Besoin de surveillance continue et d'encadrement.	Difficultés à marcher à l'extérieur et pour monter/descendre les escaliers.	<ul style="list-style-type: none">• Besoin de surveillance et d'être guidé.e pour vous laver et pour l'entretien personnel;• Difficultés pour manger et vous habiller;• Incontinences occasionnelles.

Chaque semaine, vous avez besoin de **2 h 45 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **7 h 30 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 15 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==8]

Vous avez besoin d'une aide complète dans les tâches domestiques et de surveillance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Vous avez des besoins d'aide au niveau de la mobilité et vous présentez des problèmes modérés au niveau des fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide complète pour toutes les tâches domestiques; • Besoin d'accompagnement pour utiliser les transports. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à voir et entendre; • Atteintes modérées de toutes les fonctions mentales; • Problèmes légers de comportements (plaintes, sautes d'humeur, entêtement); • Besoin de surveillance continue et d'encadrement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour marcher à l'extérieur; • Vous n'utilisez plus les escaliers; • Difficultés pour marcher à l'intérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de surveillance et d'être guidé.e pour vous laver et pour l'entretien personnel; • Difficultés pour manger et vous habiller; • Incontinences occasionnelles.

Chaque semaine, vous avez besoin de **3 h 00 min de soins infirmiers** [**MOUSE OVER «soins infirmiers»**], de **9 h 15 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne** [**MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»**] et de **14 h 30 min d'aide pour les tâches domestiques** [**MOUSE OVER «tâches domestiques»**].

[ISO==9]

Vous avez besoin d'une aide complète dans les tâches domestiques, dans les activités de la vie quotidienne et la mobilité et vous présentez de légers problèmes au niveau des fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide dans toutes les tâches domestiques; • Besoin de transport adapté et d'aide pour l'utiliser (par exemple minibus ou taxi adapté). 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à voir, entendre et parler; • Problèmes de mémoire et d'orientation dans l'espace; • Lenteur à saisir des explications; • Problèmes de jugement : difficultés à évaluer des situations et à prendre des décisions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour vous lever et vous coucher; • Vous n'utilisez plus les escaliers et vous ne marchez plus à l'extérieur; • Fauteuil roulant sauf pour de courtes distances (avec aide). 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour vous habiller, vous laver, pour l'entretien personnel et pour utiliser les toilettes; • Besoin de supervision pour vous nourrir et la nourriture doit être préparée (exemple : coupée, hachée); • Incontinence urinaire occasionnelle.

Chaque semaine, vous avez besoin de **3 h 45 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **15 h 15 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 30 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==10]

Vous avez besoin d'une aide complète pour les tâches domestiques, vous avez besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, de surveillance pour la mobilité et vous présentez des problèmes importants au niveau des fonctions mentales et des problèmes de comportement.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide complète pour toutes les tâches domestiques; • Besoin de transport adapté (par exemple minibus ou taxi adapté) et d'accompagnement (besoin d'aide pour monter/descendre du véhicule). 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à voir, entendre et parler; • Problèmes importants de toutes les fonctions mentales; • Troubles de comportements qui nécessitent une surveillance étroite (risque de fugues). 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour marcher à l'extérieur et pour utiliser les escaliers; • Difficultés pour marcher à l'intérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour vous laver, vous habiller et pour l'entretien personnel; • Besoin d'être guidé.e ou de recevoir de l'aide pour vous nourrir; • Incontinences occasionnelles; • Besoin de surveillance pour utiliser les toilettes.

Chaque semaine, vous avez besoin de **3 h 30 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **14 h 30 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 30 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==11]

Vous avez besoin d'une aide complète pour les tâches domestiques et les activités de la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour la mobilité et vous présentez des problèmes importants au niveau des fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide complète pour toutes les tâches domestiques; • Besoin de transport adapté (par exemple minibus ou taxi adapté) et d'accompagnement (besoin d'aide pour monter/descendre du véhicule). 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à voir, entendre et parler mais vous arrivez à communiquer; • Problèmes importants de toutes les fonctions mentales; • Troubles de comportements qui nécessitent une surveillance étroite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide pour vous lever et vous coucher; • Besoin d'aide pour marcher à l'intérieur; • Vous utilisez un fauteuil roulant poussé par une autre personne; • Vous ne marchez plus à l'extérieur et n'utilisez plus les escaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide complète pour vous laver, vous habiller et pour l'entretien personnel; • Besoin d'être guidé.e ou de recevoir de l'aide pour vous nourrir; • Incontinences occasionnelles; • Besoin d'aide pour utiliser les toilettes.

Chaque semaine, vous avez besoin de **4 h 00 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **18 h 00 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 45 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==12]

Vous avez besoin d'une aide complète pour les tâches domestiques, vous avez besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, de surveillance pour la mobilité et vous présentez de l'incontinence et de graves problèmes au niveau des fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide complète pour toutes les tâches domestiques;• Besoin de transport adapté (par exemple minibus ou taxi adapté) et d'accompagnement (besoin d'aide pour monter/descendre du véhicule).	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés à voir, entendre et parler mais vous arrivez à communiquer;• Problèmes importants de toutes les fonctions mentales;• Troubles de comportements qui nécessitent une surveillance étroite.	<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide pour marcher à l'extérieur;• Vous n'utilisez plus les escaliers;• Besoin de surveillance pour marcher à l'intérieur.	<ul style="list-style-type: none">• Besoin de supervision pour vous nourrir;• Besoin d'aide pour vous laver, vous habiller et pour l'entretien personnel;• Incontinence fréquente (besoin de couches).

Chaque semaine, vous avez besoin de **3 h 45 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **17 h 45 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 30 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

[ISO==13]

Vous avez besoin d'une aide complète pour les tâches domestiques et les activités de la vie quotidienne, vous avez besoin d'aide pour la mobilité et vous présentez de graves problèmes au niveau des fonctions mentales.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide complète pour toutes les tâches domestiques;• Besoin d'être transporté.e en civière.	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés à voir, entendre et parler mais vous arrivez à communiquer;• Problèmes importants de toutes les fonctions mentales;• Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance étroite.	<ul style="list-style-type: none">• Vous ne marchez plus;• Vous utilisez un fauteuil roulant poussé par une autre personne;• Vous devez être levé.e et couché.e par un lève-personne ou avec l'aide de deux personnes.	<ul style="list-style-type: none">• Besoin d'aide complète pour manger, pour vous laver, vous habiller et pour l'entretien personnel;• Incontinence totale (besoin de couches);• Vous n'utilisez plus les toilettes.

Chaque semaine, vous avez besoin de **5 h 30 min de soins infirmiers** [MOUSE OVER «soins infirmiers»], de **19 h 15 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne** [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»] et de **14 h 45 min d'aide pour les tâches domestiques** [MOUSE OVER «tâches domestiques»].

[ISO==14]

Vous avez besoin d'une aide complète pour les tâches domestiques, les activités de la vie quotidienne et la mobilité et vous présentez des problèmes très importants au niveau des fonctions mentales, vos capacités de communication sont gravement affectées et vous présentez des problèmes importants de comportement.

Le tableau suivant donne plus de détails sur votre situation :

Tâches domestiques (Préparer repas, travaux ménagers, lessive, épicerie, utiliser téléphone, gestion budget, prise de médicaments, utiliser transports).	Communication (Voir, entendre, parler) Fonctions mentales (Mémoire, orientation, jugement, comportement)	Mobilité (Transfert lit → fauteuil → debout, marcher, utiliser escalier)	Activités de la vie quotidienne (Se nourrir, se laver, entretenir sa personne [MOUSE OVER "entretenir sa personne"], s'habiller, continence [MOUSE OVER "continence"])
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide complète pour toutes les tâches domestiques; • Besoin d'être transporté.e en civière. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous êtes presque aveugle, entendez très difficilement et ne pouvez plus parler; • Problèmes très importants de toutes les fonctions mentales; • Troubles importants de comportement : agressivité, cris, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous ne marchez plus; • Vous êtes confiné.e au lit ou vous devez utiliser un fauteuil de positionnement [MOUSE OVER "fauteuil de positionnement"]; • Vous devez être levé.e et couché.e par un lève-personne ou avec l'aide de deux personnes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'être nourri.e par une autre personne; • Besoin d'aide complète pour vous laver, vous habiller et pour l'entretien personnel; • Incontinence totale (besoin de couches); • Vous n'utilisez plus les toilettes.

Chaque semaine, vous avez besoin de **7 h 30 min de soins infirmiers [MOUSE OVER «soins infirmiers»]**, de **21 h 00 min d'aide pour les activités de la vie quotidienne [MOUSE OVER «activités de la vie quotidienne»]** et de **14 h 30 min d'aide pour les tâches domestiques [MOUSE OVER «tâches domestiques»]**.

Annexe 3 du questionnaire de l'enquête : MOUSE OVER DEFINITION
CONTENTS

PROMPT	TEXT
CHSLD	Un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est un établissement qui offre une réponse adaptée aux besoins individuels en soins de longue durée dans un lieu de vie comptant de 50 à plusieurs centaines de résidants.
Ressources intermédiaires OR Ressource intermédiaire	Comme leur nom l'indique, les ressources intermédiaires sont un lieu de vie intermédiaire entre la résidence privée (domicile, résidence pour aînés) et le CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée). Elles offrent une réponse adaptée aux besoins individuels en soins de longue durée tout en offrant un hébergement dans un lieu à échelle humaine (de 15 à 30 résidants).
Organisme à but non lucratif OR Organisme à but non lucratif (OBNL) OR Organismes à but non lucratif (OBNL)	Tel que les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD).
Résidence pour aînés (RPA)	Une résidence privée pour aînés est un immeuble d'habitation qui propose de la location de chambres ou de logements et qui propose également différents services tels que les repas, les loisirs, de l'aide pour les tâches domestique, de l'aide pour les activités de la vie quotidienne, des soins infirmiers.
Réseau public	Dans le réseau public, les soins et services de soutien à l'autonomie sont dispensés par les employés du ministère de la Santé. Par exemple, ce sont les employés des CLSC qui se chargent des soins et services dispensés par le réseau public à domicile et en résidence pour aînés (RPA).
Milieu de vie	Correspond à l'endroit où vous vivez et où les soins sont dispensés.
Fournisseur	Correspond au type de fournisseur de tous les soins mentionnés dans les situations hypothétiques (soins infirmiers, aide pour les activités de la vie quotidienne, aide pour les tâches domestiques).
Continence	Contrôler ses intestins et sa vessie.
Activités de la vie quotidienne	Se nourrir, se laver, entretenir sa personne (se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.), s'habiller, contrôler ses intestins et sa vessie (continence).
Tâches domestiques	Préparer les repas, effectuer les travaux ménagers et la lessive, faire l'épicerie, faire des appels téléphoniques, gérer son budget, prendre ses médicaments, utiliser les transports.
Fonction mentales	Mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement.

entretien personnel OR vous entretenir OR entretenir sa personne OR s'entretenir	Se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.
Soins infirmiers	Les soins infirmiers incluent notamment la prise de la tension artérielle, les prises de sang, la surveillance de la médication, l'entretien d'une sonde urinaire, le soin d'une plaie, etc.
Aide pour les tâches domestiques	Aide pour : Préparer les repas, effectuer les travaux ménagers et la lessive, faire l'épicerie, faire des appels téléphoniques, gérer son budget, prendre ses médicaments, utiliser les transports.
Aide pour les activités de la vie quotidienne	Aide pour : Se nourrir, se laver, entretenir sa personne (se coiffer, se raser, se maquiller, se couper les ongles, etc.), s'habiller, contrôler ses intestins et sa vessie (continence).
Fauteuil de positionnement	<p>Fauteuils de positionnement</p> 