



ESTIMATION DES COÛTS DÉCOULANT DE LA MOTION 77 : AMÉLIORATIONS CONCERNANT LES SOINS DE LONGUE DURÉE



Le directeur parlementaire du budget (DPB) appuie le Parlement en fournissant des analyses économiques et financières dans le but d'améliorer la qualité des débats parlementaires et de promouvoir davantage de transparence et une plus grande responsabilité en matière budgétaire.

Le présent rapport fournit une estimation des coûts de mise en œuvre de la motion 77 de la Chambre des communes, qui propose plusieurs changements importants d'un point de vue financier aux soins de longue durée pour les personnes âgées. Ce rapport a été préparé à la demande de Paul Manly, député de Nanaimo — Ladysmith.

Certaines parties de ce document reposent sur des données et de l'information fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et divers organismes administratifs provinciaux. Toutefois, les analyses, conclusions, opinions et affirmations contenues dans le présent document sont celles de l'auteur et pas nécessairement celles de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Statistique Canada ou de ces organismes administratifs provinciaux, et n'engagent donc que lui.

Analyste principal :
Ben Segel-Brown, analyste

Ce rapport a été préparé sous la supervision de :
Yves Giroux, directeur parlementaire du budget

Nancy Beauchamp, Carol Faucher et Rémy Vanherweghem ont contribué à la préparation du rapport pour publication.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez nous écrire à l'adresse suivante : dpb-pbo@parl.gc.ca.

Yves Giroux
Directeur parlementaire du budget

Table des matières

Résumé	1
Estimation des coûts selon une approche progressive	2
1.1. Répondre à la demande actuelle	2
1.2. Bonifier les salaires et les avantages sociaux	3
1.3. Offrir quatre heures de soins	3
1.4. Augmenter les dépenses pour les soins à domicile	4
1.5. Répondre à la demande future	5
1.6. Partage des coûts	5
1.7. Modifications de comportement	6
1.8. Résumé	8
Notes	9

Résumé

La motion 77 de la Chambre des communes propose plusieurs changements importants d'un point de vue financier aux soins de longue durée pour les personnes âgées, dont les principaux sont les suivants :

- offrir des soins de longue durée à toutes les personnes qui en ont besoin;
- bonifier le salaire moyen et les avantages sociaux des employés de tous les fournisseurs de soins de longue durée non publics pour les faire correspondre à ceux des fournisseurs de soins de longue durée du secteur public;
- consacrer en moyenne quatre heures de soins par jour à chaque résident;
- augmenter les dépenses pour les soins à domicile afin qu'elles représentent 35 % des dépenses publiques dans les soins de longue durée.

Pour mettre en œuvre ces changements, il faudrait augmenter les dépenses publiques de 13,7 milliards de dollars par année comme suit : 8,5 milliards de dollars par année (une augmentation de 63 %) pour les soins aux personnes âgées donnés en établissement et 5,2 milliards de dollars par année (une augmentation de 52 %) pour les soins à domicile. Ces dépenses devraient croître de 4,1 % par année en raison de l'augmentation de la demande et des coûts.

Ces changements auraient les effets suivants :

- augmenter de 52 000 (26 %) le nombre de lits dans les établissements de soins de longue durée pour les personnes âgées, au coût de 3,1 milliards de dollars par année;
- augmenter de 3,24 \$ l'heure (15 %), pour atteindre 25 \$ l'heure, le salaire moyen et les avantages sociaux des prestataires de soins de longue durée dans les secteurs privé et sans but lucratif, au coût de 1,1 milliard de dollars par année;
- augmenter de 0,95 heure par résident et par jour (31 %) le nombre d'heures de soins fournis aux résidents dans les établissements de soins de longue durée chaque année, au coût de 4,3 milliards de dollars par année;
- augmenter de 82 millions d'heures (52 %), le nombre d'heures de soins à domicile financés par l'État au Canada, au coût de 5,2 milliards de dollars par année.

Estimation des coûts des modifications

La motion 77 de la Chambre des communes prévoit plusieurs changements importants d'un point de vue financier aux soins de longue durée pour les personnes âgées¹. Afin d'illustrer l'importance financière des modifications proposées, nous présentons dans cette section les coûts afférents sous la forme d'une série de changements par rapport aux coûts du système actuel de soins de longue durée au Canada.

1. Répondre à la demande actuelle

Soins donnés en établissement

Étape A1 :

Répondre à la demande actuelle

Coût public de base : 13,6 milliards de dollars
par année
Coût public supplémentaire : 3,1 milliards
de dollars par année
Coût public total courant : 16,7 milliards
de dollars par année

Au Canada, en 2019-2020, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont dépensé 13,6 milliards de dollars pour offrir des soins dans des établissements de soins de longue durée à environ 205 000 personnes âgées².

La motion 77 vise à augmenter le nombre de lits de soins de longue durée afin de fournir de tels soins à tous ceux qui en ont besoin. Certaines provinces, comme l'Ontario, ont une longue liste d'attente de personnes âgées admissibles aux soins de longue durée, mais pour lesquelles aucun lit acceptable de soins de longue durée n'est encore disponible.

Le DPB estime à environ 52 000 le nombre de personnes en attente de soins de longue durée; cela inclut les personnes en attente dans un hôpital³. Si l'on se base sur les dépenses nettes moyennes par résident dans les provinces où une capacité supplémentaire serait nécessaire, le coût de fonctionnement net public pour 52 000 lits de plus serait de 3,1 milliards de dollars⁴. Cela représente une augmentation de 26 % du nombre de lits de soins de longue durée au Canada⁵. Ce coût s'ajouterait aux niveaux de dépenses de 2019-2020 plutôt qu'aux plans de dépenses actuels; certaines provinces ont déjà annoncé des plans pour augmenter leur nombre de lits de soins de longue durée.

2. Bonifier les salaires et les avantages sociaux

Étape A2 : Augmentation des salaires

Coût public supplémentaire : 1,1 milliard de dollars par année
Coût public total courant : 17,9 milliards de dollars par année

La motion 77 demande que tous les prestataires de soins de longue durée obtiennent une rémunération et des avantages sociaux adéquats. Selon notre interprétation de l'intention de la motion, cela signifie que tous les travailleurs doivent recevoir le même salaire et les mêmes avantages sociaux, en moyenne, que les travailleurs des établissements publics de soins de longue durée.

Ce changement entraînerait une augmentation de 15 % du salaire horaire moyen dans le secteur privé, qui passerait de 21,78 \$ l'heure à 25,02 \$ l'heure. Après comptabilisation de la part des heures travaillées par les employés du secteur privé, cela devrait faire monter de 10 % les frais de personnel, ce qui représente une hausse de 1,1 milliard de dollars (6,7 %) des coûts globaux du système de soins de longue durée⁶.

3. Offrir quatre heures de soins

Étape A3 : Augmentation des soins directs

Coût public supplémentaire : 4,3 milliards de dollars par année
Coût public total courant : 22,1 milliards de dollars par année

La motion 77 prévoit que les personnes âgées résidant dans des établissements de soins de longue durée devront recevoir en moyenne au moins quatre heures de soins directs réglementés chaque jour. Nous présumons que cette moyenne sera atteinte grâce à l'imposition d'exigences minimales dans les établissements pendant une certaine période, ajustées en fonction de la clientèle⁷.

Chaque heure de soins directs nécessite du temps supplémentaire qui doit aussi être rémunéré. On estime que le nombre total d'heures rémunérées pour fournir une heure supplémentaire de soins dépasse d'environ 23 % le temps consacré directement à la fourniture de soins. Les employeurs doivent assumer le coût des pauses et du déjeuner, des vacances, des congés de maladie et des avantages sociaux du personnel ainsi que leur part des cotisations au Régime de pensions du Canada et à l'Assurance-emploi⁸.

Actuellement, les résidents d'établissements de soins de longue durée reçoivent chacun, en moyenne, trois heures de soins directs par jour⁹; pour qu'ils en reçoivent quatre, il faudrait augmenter de 31 % les heures travaillées et payées. Cela représente environ 96 millions d'heures supplémentaires de soins directs par année. Pour que les fournisseurs de soins de longue durée soient disposés à assurer ces heures supplémentaires et soient en mesure de le faire, il faudrait leur accorder un financement additionnel¹⁰.

La norme proposée fait référence aux soins directs « réglementés ». Cependant, les préposés aux services de soutien à la personne fournissent la plupart des soins dans des établissements de soins de longue durée et, dans la grande majorité des provinces, ils ne sont assujettis à aucune réglementation¹¹. Nous supposons que les provinces préféreraient régir les préposés aux services de soutien à la personne plutôt que de les remplacer par des soignants soumis à une réglementation, comme les infirmières et infirmiers.

En supposant une répartition type entre les catégories de fournisseurs de soins directs et un coût type par heure travaillée de soins directs, faire passer à quatre, en moyenne, le nombre d'heures de soins directs par résident et par jour coûterait 4,3 milliards de dollars annuellement. Encore une fois, ce coût n'est que partiellement différentiel, car certaines provinces ont déjà annoncé leur intention d'augmenter le nombre d'heures de soins par jour¹².

4. Augmenter les dépenses pour les soins à domicile

Soins à domicile

Étape B :

Augmenter les dépenses pour les soins à domicile

Coût public de base : 10,1 milliards de dollars
par année pour les soins à domicile
Coût public supplémentaire : 5,2 milliards de dollars
par année
Dépenses totales en soins à domicile :
15,4 milliards de dollars par année

La motion 77 permettrait d'augmenter les dépenses pour les soins à domicile jusqu'à ce qu'elles atteignent 35 % des dépenses publiques pour les soins de longue durée¹³. Les soins en établissement et les soins à domicile sont donnés aussi à des personnes autres que des aînés, comme des personnes handicapées, et nous supposons que le financement destiné à ces autres bénéficiaires est inclus dans cet objectif. En 2019-2020, les provinces et les territoires ont consacré environ 10,1 milliards de dollars aux soins de longue durée à domicile et 20,0 milliards de dollars aux soins de longue durée en établissement (y compris pour des personnes autres que des aînés)¹⁴. Avec l'augmentation de 8,5 milliards de dollars mentionnée ci-dessus pour les soins en établissement, les dépenses totales dans les soins de longue durée en établissement se chiffrent à 28,5 milliards de dollars.

Pour atteindre l'objectif de la motion, à savoir que les dépenses en soins à domicile représentent 35 % des dépenses publiques en soins de longue durée, il faudrait consacrer 5,2 milliards de dollars supplémentaires aux soins à domicile chaque année. Cela représente une augmentation de 52 % des dépenses pour les soins à domicile et environ 82 millions d'heures supplémentaires de soins à domicile.

5. Répondre à la demande future

Soins à domicile et donnés en établissement
Étape C :
Répondre à la demande future

Coût public supplémentaire : + 4,1 % par année

La motion 77 a pour objectif de faire augmenter le nombre de lits de soins de longue durée afin de répondre à la demande future.

Le nombre de résidents dans les centres de soins de longue durée devrait augmenter en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population et de l'évolution de la situation socioéconomique des personnes âgées. Nous estimons qu'il y avait environ 205 000 résidents dans les établissements de soins de longue durée en 2019-2020, et 52 000 personnes inscrites sur les listes d'attente. Nous prévoyons que le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée augmentera d'environ 1,6 % par année, pour atteindre 260 000 personnes en 2020-2021 et 277 000 personnes en 2025-2026¹⁵.

De plus, depuis 20 ans, les salaires horaires moyens dans le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale ont augmenté d'environ 2,5 % par année¹⁶.

La combinaison de l'augmentation du nombre de résidents et de la hausse des salaires devrait faire monter le coût des soins de longue durée de l'ordre de 4,1 % par année au cours des cinq prochaines années.

Le coût différentiel de 13,7 milliards de dollars mentionné ci-dessus a été calculé pour les populations et les dépenses de 2019-2020. Le coût différentiel découlant de la motion devrait être de 14,9 milliards de dollars en 2021-2022 et atteindre 17,5 milliards de dollars en 2025-2026.

L'évolution de la tendance des coûts pourrait être sensible à certains des changements proposés dans la motion 77. La promotion de la réglementation et la promotion de la syndicalisation des préposés aux services de soutien à la personne, par exemple, pourraient donner lieu à de nouvelles augmentations salariales¹⁷.

6. Partage des coûts

Au Canada, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent les coûts du système de soins de longue durée pour les personnes âgées, mais ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui en assument la plus grande partie. Le gouvernement fédéral finance les soins de longue durée principalement de façon indirecte, au moyen du Transfert canadien en matière de santé, qui permet de soutenir la capacité des provinces à offrir des services de soins de santé, y compris des soins de longue durée. Or, aucun montant précis n'est prévu pour les soins de longue durée dans le Transfert canadien en matière de santé.

Tableau 1 Dépenses actuelles dans les soins de longue durée pour les personnes âgées

	Dépenses (milliards de \$)
Dépenses publiques totales	13,6
Dépenses directes des provinces	13,2
Dépenses directes du fédéral	0,4
Transferts fédéraux	43 pour l'ensemble des soins de santé

Source : DPB

Note : Données tirées de la Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé; InfoBase du GC; Finances Canada, [Principaux transferts fédéraux](#).

La part que le gouvernement fédéral devra assumer dans les coûts directs des changements proposés dans la motion devra être déterminée dans la cadre de négociations.

7. Modifications de comportement

Nous présumons que la motion 77 n'aura aucune incidence sur le nombre de personnes âgées cherchant à obtenir des soins de longue durée en établissement, car l'admissibilité dépend généralement de l'évaluation des besoins par les médecins.

Les personnes ont toutefois la possibilité de choisir entre les soins à domicile, les soins de santé communautaire ou les soins dans des centres de soins infirmiers. Environ 11 % des personnes admises dans de tels centres ont des problèmes de santé et des limitations physiques allant de légers à modérés, de sorte qu'elles auraient pu rester chez elles avec un soutien adéquat¹⁸.

Cependant, la motion 77 rend les soins à domicile autant que les soins en centres de soins infirmiers plus attrayants. Augmenter les dépenses pour les soins de longue durée à domicile peut permettre à certaines personnes de choisir de rester chez elles ou dans le milieu communautaire plutôt que d'aller dans un centre de soins infirmiers. Toutefois, avec l'augmentation du nombre d'heures de soins directs par jour et par résident, ainsi que la bonification des salaires pour attirer et retenir du personnel plus qualifié, certaines personnes qui auraient autrement opté pour des soins à domicile ou en milieu communautaire pourraient décider d'aller dans des établissements de soins infirmiers¹⁹.

Quoi qu'il en soit, pareil choix n'entraînerait probablement pas d'économies importantes; les données empiriques laissent entendre que pour les

personnes qui auraient presque besoin d'entrer dans un centre de soins, le coût net des soins à domicile est similaire à celui des soins en établissement, même si le coût moyen des soins à domicile est moindre²⁰. De plus, les services de soins à domicile profitent à une population bien plus large que le sous-groupe des personnes vivant dans des centres de soins infirmiers qui pourraient et préféreraient rester à domicile. Les soins à domicile sont déjà disponibles et souvent soumis à une limite reflétant le seuil au-delà duquel il devient plus économique de recevoir des soins en établissement en raison des besoins importants²¹.

Nous présumons que cette hausse des dépenses consacrées aux soins de longue durée permettra d'augmenter, dans une certaine mesure, la participation des aidants au marché du travail. Environ 40 000 aidants naturels qui voudraient occuper un emploi rémunéré déclarent que des soins abordables leur permettraient de le faire²². Cependant, la plupart des études révèlent que l'augmentation des soins à domicile financés par l'État ne permet pas de remplacer réellement les soins informels donnés par les membres de la famille²³. Il n'y a donc pas suffisamment de données probantes pour faire une estimation exacte des recouvrements de recettes fiscales résultant d'une plus grande participation des aidants naturels au marché du travail grâce à cette motion.

Selon notre interprétation, la motion permettra aux provinces et aux territoires de continuer à imposer des frais d'hébergement, à condition que les soins de longue durée demeurent abordables pour tous ceux qui en ont besoin²⁴. Si elles sont mises en œuvre, les modifications visant les frais d'hébergement pour les résidents pourraient avoir une incidence sur la demande de soins de longue durée en établissement.

8. Résumé

S'ils avaient été mis en œuvre en 2019-2020, les changements proposés dans la motion 77 auraient entraîné une augmentation de 13,7 milliards de dollars des dépenses publiques en soins de longue durée. Cela inclut une augmentation de 8,5 milliards de dollars (63 %) pour les soins aux personnes âgées offerts dans les établissements et une augmentation de 5,2 milliards de dollars (52 %) pour les soins à domicile. Les coûts continueraient d'augmenter de 4,1 % par année par la suite. Nous supposons que les coûts directs seraient assumés essentiellement par les gouvernements provinciaux et territoriaux, quoique les transferts fédéraux pourraient être bonifiés pour couvrir une partie des coûts supplémentaires. Nous présumons également qu'il ne devrait pas y avoir d'aggravation ou de compensation particulière des coûts due à des modifications de comportement.

Tableau 2 Coûts totaux supplémentaires et courants des changements (millions de \$ par année)

Changement	Coût public supplémentaire	Coût total courant des mesures
Répondre à la demande actuelle	3 122	3 122
Bonifier les salaires et les avantages sociaux pour les amener aux niveaux du secteur public	1 126	4 248
Offrir quatre heures de soins	4 268	8 517
Augmenter les dépenses pour les soins à domicile afin qu'elles représentent 35 % des dépenses publiques pour les soins de longue durée	5 226	13 743
Répondre à la demande future	+ 4,1 % par année	13 743 + 4,1 % par année

Notes

- ¹ Dans le présent rapport, par « soins de longue durée », on entend les soins médicaux et personnels subventionnés par l'État et offerts aux personnes qui en ont besoin pendant une période prolongée. Ces soins peuvent être donnés à domicile ou dans des établissements de soins de longue durée spécialisés.
- ² Les « établissements de soins de longue durée » sont des établissements financés par l'État pour offrir des soins de longue durée à leurs résidents. Ils portent des noms et ont des vocations différentes selon les provinces, et incluent des installations qui ne sont pas à proprement parler des centres de soins de longue durée, comme les logements supervisés désignés en Alberta.

Cette estimation a été faite à partir de données provenant de sources administratives provinciales. Les chiffres sont tirés du budget principal des dépenses pour l'année suivante, des états financiers des régies régionales de la santé et de l'InfoBase du GC. L'estimation est inférieure aux estimations des dépenses en soins de longue durée en établissement faites par l'Institut canadien d'information sur la santé, car elle ne comprend pas les soins de longue durée pour les enfants et les personnes handicapées. Ce chiffre reflète également les dépenses nettes, après comptabilisation des revenus provenant des frais d'hébergement.
- ³ Les listes d'attente n'étaient disponibles que dans les rapports provinciaux de l'Ontario, du Québec, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. On a supposé que les autres provinces avaient le même nombre moyen de personnes (âgées de 80 ans et plus) sur leurs listes d'attente.
- ⁴ Les coûts moyens nets par résident ont été calculés à partir des données administratives provinciales sur les affectations de crédits et les résidents.
- ⁵ Le nombre de résidents recevant des soins de longue durée par province a été compilé à partir des rapports des ministères provinciaux et des régies régionales de la santé.
- ⁶ La différence salariale a été estimée à partir de l'Enquête sur la population active. Les salaires horaires moyens ont été pondérés en fonction du nombre d'heures travaillées par les différents groupes de salariés. On a supposé que la différence concernant les avantages non salariaux était égale à la différence dans les salaires horaires.
- ⁷ Autrement dit, les personnes recevront des soins en fonction de leurs besoins, mais un niveau élevé de soins chez un fournisseur ne compense pas le manque de soins chez un autre. Cependant, comme les besoins des résidents varient d'un fournisseur à l'autre, on suppose que les heures requises par résident et par jour seront ajustées entre les fournisseurs pour atteindre la moyenne globale requise.

- 8 Ce ratio a été calculé à partir d'informations transmises par le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, qui a indiqué que les 3,33 heures rémunérées de soins directs par résident et par jour dont fait état son étude sur la dotation en personnel correspondaient à 2,75 heures travaillées de soins directs par résident et par jour (les deux chiffres excluant les professionnels paramédicaux). Ces informations sont corroborées par l'analyse du B.C. Housing Advocate dont le récent rapport indique que « la marge des heures rémunérées devrait dépasser celle des heures travaillées de l'ordre de 15 à 20 % », Office of the Seniors Advocate, [A BILLION REASONS TO CARE: A Funding Review of Contracted Long-Term Care in B.C. 2020](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; Ontario, [Effectifs des foyers de soins de longue durée](#).
- 9 Les heures de soins par résident et par jour, aussi bien travaillées que rémunérées, ont été compilées à partir de diverses sources de données propres à chaque province et de la correspondance avec les provinces. Ce chiffre est empreint d'une certaine incertitude, car on ne disposait de données récentes fiables que pour l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard.
- 10 En Colombie-Britannique, les fournisseurs privés de soins de longue durée ont offert environ 2 % d'heures de soins de moins que ce qu'ils auraient dû fournir selon le financement reçu. Cela veut dire qu'il y a peu de possibilités que des fournisseurs de soins de longue durée puissent augmenter leur personnel avec le financement dont ils disposent déjà. Office of the Seniors Advocate, [A BILLION REASONS TO CARE: A Funding Review of Contracted Long-Term Care in B.C. 2020](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- 11 Les préposés aux services de soutien à la personne sont aussi appelés, entre autres, préposés aux soins personnels ou aides-soignants. Par exemple, en Colombie-Britannique et en Ontario, les aides-soignants non agréés assurent respectivement 67 % et 59 % des soins directs. Office of the Seniors Advocate, [A BILLION REASONS TO CARE: A Funding Review of Contracted Long-Term Care in B.C. 2020](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; Ontario, [Effectifs des foyers de soins de longue durée](#).
- Au Québec, les « préposés » sont assujettis au [S-4.2, r. 5.01 – Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés](#) de LégisQuébec.
- Des règlements ont été proposés en Ontario et en Colombie-Britannique. Ontario, [Proposition d'un projet de loi pour renforcer la main-d'œuvre du secteur de la santé et des soins de soutien durant et après la COVID-19](#); Colombie-Britannique, [Health Care Assistant Oversight Policy Intentions Paper for Consultation](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- 12 L'Ontario s'est déjà donné comme objectif d'augmenter, d'ici 2024-2025, de 2,75 à quatre heures par jour le nombre moyen d'heures de soins directs donnés aux résidents des établissements de soins de longue durée par les infirmières et infirmiers et les préposés aux services de soutien à la personne; ce qui coûterait 1,5 milliard de dollars. Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, [ministère des Soins de longue durée : Examen du plan de dépenses \(26 mai 2021\)](#).

Étant donné que les provinces ne publient pas de plans de dépenses à long terme, il est impossible d'isoler le coût différentiel.

- 13 Les dépenses privées en soins de longue durée sont exclues, parce qu'il n'existe pas d'estimations crédibles des dépenses privées en soins à domicile. Les dépenses privées pour les soins à domicile ne figurent pas dans la base de données sur les dépenses mondiales de l'OMS/OCDE, et dans cette base de données, les dépenses publiques et privées pour les soins personnels et médicaux en milieu communautaire, comme les résidences pour personnes âgées, sont incluses dans les dépenses pour les soins de longue durée en établissement.
- 14 Ces estimations ont été obtenues à partir de la Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé et validées à l'aide des documents des budgets provinciaux. Les coûts des soins à domicile ont été projetés sur un an suivant une projection linéaire semblable.
- 15 La hausse du nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée a été ajustée en fonction de la mortalité prévue chez les personnes de plus de 65 ans selon le scénario de croissance moyenne de Statistique Canada. Cet ajustement vise à déterminer l'incidence de la croissance démographique et du vieillissement de la population, que compense en partie l'amélioration de la santé des personnes âgées. Pour une projection plus nuancée donnant un résultat similaire à court terme, voir Bonnie-Jeanne MacDonald, Michael Wolfson et John P. Hirdes, [The Future Co\\$t of Long-Term Care in Canada](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- 16 Statistique Canada, tableau 14-10-0063-01, salaires des employés selon l'industrie, données mensuelles non désaisonnalisées.
- 17 La réglementation des professions a tendance à entraîner une augmentation des salaires. Voir Maria Koumenta et Mario Pagliero, [Occupational Regulation in the European Union: Coverage and Wage Effects](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- 18 Institut canadien d'information sur la santé, [Parmi les nouveaux résidents en soins de longue durée, un sur 9 aurait pu recevoir des soins à domicile.](#)
- 19 La demande pour des soins en établissement est sensible à la qualité des soins qui y sont offerts. Voir Peter Alders, Dorly J.H. Deeg et Frederik T. Schut, [Who will become my co-residents? The role of attractiveness of institutional care in the changing demand for long-term care institutions](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

Même si les Canadiens préfèrent généralement les soins à domicile aux soins en établissement, les résidents dont les besoins auraient pu être comblés à domicile sont plus susceptibles de vivre seuls et dans des zones rurales, de sorte qu'ils peuvent avoir des préférences différentes de celles de la population en général. Voir l'Institut canadien d'information sur la santé, [Parmi les nouveaux résidents en soins de longue durée, un sur 9 aurait pu recevoir des soins à domicile.](#)

- 20 Pieter Bakx, Bram Wouterse, Eddy van Doorslaer et Albert Wong, [Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]. Selon le [2002 FINAL REPORT OF THE NATIONAL EVALUATION OF THE COST-EFFECTIVENESS OF HOME CARE](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT], les soins à domicile étaient plus avantageux pour les clients ayant des besoins stables moins importants. Cependant, depuis, les provinces ont étendu les soins à domicile et augmenté les seuils

de besoins pour obtenir des soins dans des centres de soins infirmiers, de sorte que ces centres accueillent des résidents ayant d'importants besoins.

- 21 OCDE, [Can We Get Better Value for Money in Long-term Care?](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
- 22 Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2012 (Cycle 26) sur les soins donnés et reçus, Q INE_Q41_C03.
- 23 Lydia W. Li, [Longitudinal Changes in the Amount of Informal Care Among Publicly Paid Home Care Recipients](#); Margaret J. Penning, [Hydra Revisited: Substituting Formal for Self- and Informal In-Home Care Among Older Adults With Disabilities](#) [DISPONIBLES EN ANGLAIS SEULEMENT].
- 24 Pour un aperçu, voir Sonya Norris, « [Comment les foyers de soins de longue durée sont-ils financés et réglementés au Canada?](#) », *Notes de la Colline*, Bibliothèque du Parlement (22 octobre 2020).