

34

Collection  
DONNÉES STATISTIQUES ET INDICATEURS

COMPARAISON DE  
STATISTIQUES ÉVOLUTIVES  
SUR LES SERVICES  
D'HÉBERGEMENT  
ET DE SOINS  
DE LONGUE DURÉE

AU QUÉBEC ET EN ONTARIO  
1993-1994 À 1995-1996

PLANIFICATION-ÉVALUATION SANTÉ SERVICES SOCIAUX

Québec 

**34**

Collection  
**DONNÉES STATISTIQUES ET INDICATEURS**

**COMPARAISON DE  
STATISTIQUES ÉVOLUTIVES  
SUR LES SERVICES  
D'HÉBERGEMENT  
ET DE SOINS  
DE LONGUE DURÉE  
AU QUÉBEC ET EN ONTARIO  
1993-1994 À 1995-1996**

**Caroline Boucher**  
Recherche et rédaction

**Guy-Paul Sanscartier**  
Chef du Service de l'analyse statistique  
Coordination administrative

avril 1998



Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction générale de la planification et de l'évaluation

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document. Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**  
**1-800-707-3380** (sans frais)  
Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 1998  
Bibliothèque nationale du Canada, 1998  
ISBN 2-550-32826-4

Tous droits réservés pour tous pays.  
Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, même partielles, interdites sans l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.  
© Gouvernement du Québec

## REMERCIEMENTS

---

Il importe de souligner la collaboration de plusieurs personnes qui, grâce à leurs commentaires et à leur expertise, ont grandement contribué à la réalisation de cette étude comparative.

### **Au ministère de la Santé et des Services sociaux :**

Monsieur Jean Mercier, directeur, Direction des indicateurs de résultats et information statistique.

Madame Marie Brigitte Bilodeau, Service du développement d'indicateurs, Direction des indicateurs de résultats et information statistique.

Monsieur Alain Saucier, Service du développement d'indicateurs, Direction des indicateurs de résultats et information statistique.

Messieurs Michel Blondeau, Ronald Côté, Marcel Mecteau, Gilles Pelletier et Marc-André St-Pierre, Service de l'analyse statistique, Direction des indicateurs de résultats et information statistique.

Monsieur Daniel Gagnon, Adaptation et intégration sociales, Direction de la planification.

Monsieur Gilles-Yvon Picard, Direction de la recherche et évaluation.

### **Au ministère de la Santé de l'Ontario :**

Monsieur Frank Thiele, Residential Services Branch, Long Term Care Division Area.

Madame Mary Ann Slade, Long Term Care Policy Branch, Long Term Care Division Area.

Madame Alice Shulman, Residential Services Branch, Long Term Care Division Area.

Monsieur Paul Barker, Residential Services Branch, Long Term Care Division Area.

Madame Irene Daku, Hospital Statistics, Institutional Services Branch.

Monsieur Alan Iskiw, Planning and Operations, Institutional Services Branch.



## SOMMAIRE

---

Les données statistiques évolutives de la présente étude s'inscrivent dans le courant des recherches comparatives entre le Québec et l'Ontario visant le secteur de l'hébergement et de soins de longue durée. L'aspect évolutif de l'étude se veut une représentation des réseaux d'hébergement et de soins de longue durée à la suite de la réforme du début des années 1990 au Québec et de la réorganisation des soins de longue durée en Ontario (1993-1994 et 1994-1995), ainsi que de la période du début de transformation du réseau québécois de la santé, soit en 1995-1996 et, dans certains cas, au début de 1997.

*Les statistiques colligées pour cette étude découlent de quelques variables clés analysées à partir d'univers bien précis établis en fonction du degré de comparabilité entre les deux provinces (pour plus de détails à ce sujet, se reporter à la section 2.1 du document). À ce chapitre, voici les principaux résultats obtenus des comparaisons :*

- les deux provinces connaissent un vieillissement croissant de la population depuis 1990, mais une diminution de la proportion des personnes âgées de moins de 64 ans ; au Québec, l'augmentation de la population chez les 85 ans ou plus est plus élevée qu'en Ontario ;
- le total des dépenses publiques d'hébergement et de soins de longue durée per capita sont plus élevées au Québec qu'en Ontario ; en 1995-1996, le Québec assumait un coût par habitant de l'ordre de 196,41 \$, soit près de 9 % de plus qu'en Ontario (178,36 \$) ;
- l'écart entre les deux provinces de ces dépenses per capita diminue progressivement, de 21,64 \$ en 1993-1994 à 18,05 \$ en 1995-1996 ;
- chez les 65 ans ou plus, les dépenses publiques per capita sont aussi plus élevées au Québec (1 651,56 \$) qu'en Ontario (1 472,62 \$) ;

- entre 1993-1994 et 1995-1996, on observe dans les deux provinces une diminution des dépenses per capita chez les 65 ans ou plus ; cette baisse est cependant un peu plus marquée au Québec (-7,9 %) qu'en Ontario (-5,4 %) ;
- la contribution financière des usagers pour des services d'hébergement et de soins de longue durée est moins élevée au Québec qu'en Ontario ; en 1995-1996, le montant maximal payé mensuellement pour une chambre privée au Québec était de 1 148,53 \$, soit près de 34 % de moins qu'en Ontario (1 745,92 \$) ;
- l'inventaire des places d'hébergement et de soins de longue durée montre que, depuis 1995, le Québec a enregistré une légère augmentation (0,6 %) des places au permis ayant la mission CHSLD alors que le nombre total de places diminuait de 5,7 % en Ontario en raison principalement de la baisse importante des lits pour les soins chroniques ;
- au début de l'année 1997, le ratio québécois de 5,5 places pour 100 personnes de 65 ans ou plus s'avérait supérieur à celui de l'Ontario qui est de 4,8 places ; chez les 75 ans ou plus, le ratio québécois se situait aussi à un niveau plus élevé avec 13,7 places pour 100 personnes comparativement à 11,8 places en Ontario ;
- le nombre de places pour 100 personnes de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus diminue dans les deux provinces, mais de façon plus marquée en Ontario (65 ans ou plus = -15,8 % ; 75 ans ou plus = -18,1 %) qu'au Québec (respectivement -6,8 % et -9,9 %) ;
- l'écart entre les deux provinces du ratio places pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus atteint son niveau le plus élevé au début de l'année 1997 ;
- l'Ontario héberge une clientèle plus âgée qu'au Québec ; en 1996, 46,6 % des personnes hébergées en Ontario avaient plus de 85 ans contre à 39,5 % au Québec ; la proportion des personnes hébergées de 75 ans ou plus était toutefois la même dans les deux provinces, soit de 34,6 % ;
- le Québec se distingue par une clientèle dont l'âge est plus diversifiée ; une proportion plus élevée de personnes hébergées avaient moins de 64 ans (11,4 % comparativement à 5,7 % en Ontario) et il ressort une répartition plus partagée des personnes hébergées ayant 75-84 ans (34,6 %) et 85 ans ou plus (39,5 %) ;
- la clientèle âgée de 85 ans ou plus augmente dans les deux provinces, mais de manière plus prononcée en Ontario (3,7 %) qu'au Québec (0,8 %) ;

- entre 1994 et 1996, le taux d'hébergement global diminuait de façon plus marquée au Québec (6,4 %) qu'en Ontario (2 %), pour se positionner en 1996 à 4,7 % dans les deux provinces ;
- entre 1994 et 1996, le taux d'hébergement chez les 65 ans ou plus diminuait davantage au Québec (6,4 %) qu'en Ontario (2,2 %), pour se situer en 1996 à un niveau inférieur (4,1 %) que l'Ontario (4,4 %) ;
- entre 1994 et 1996, les écarts quant aux taux d'hébergement chez les 65 ans ou plus, les 75 ans ou plus et les 85 ans ou plus s'accroissaient entre les deux provinces ;
- le Québec et l'Ontario hébergent une clientèle dont les besoins en services requièrent plus d'heures de soins par jour ; la clientèle dont les besoins en services sont moins “ intenses ” diminue de manière substantielle au Québec (-23,8%) et en Ontario (-17,3 %) tandis que celle qui nécessite des soins plus intenses augmente de plus de 10 % dans les deux provinces. Le Québec et l'Ontario tendent donc à réserver l'hébergement à des personnes en plus grande perte d'autonomie qui exigent l'utilisation de ressources plus lourdes.

Cette étude contribue notamment à positionner le réseau québécois devant le phénomène grandissant du vieillissement de la population et ses conséquences sur les services d'hébergement et de soins de longue durée.

Qui plus est, la délimitation des facteurs de comparabilité et de non-comparabilité entre les deux provinces, l'évolution des deux réseaux depuis 1993-1994 ainsi que la détermination des convergences et des divergences interprovinciales dans un contexte de transformation s'avèrent des renseignements utiles pour les décideurs et les chercheurs engagés dans ce domaine de la santé.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1</b> <b>L'ORGANISATION DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET</b> <b>DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO.</b> .....	5
<b>1.1 Description sommaire des services d'hébergement</b> <b>et de soins de longue durée au Québec</b> .....	5
1.1.1 Un système en transformation.....	5
1.1.2 Le réseau d'hébergement et de soins de longue durée au Québec .....	7
1.1.2.1 La mission et les rôles .....	7
1.1.2.2 Les ressources institutionnelles .....	8
1.1.3 Le profil de la clientèle hébergée.....	9
<b>1.2 Description sommaire des services d'hébergement et de</b> <b>soins de longue durée en Ontario</b> .....	10
1.2.1 Une nouvelle orientation en soins de longue durée .....	10
1.2.1.1 La Loi sur les soins de longue durée (L.R.O, 1994, chapitre 26).....	11
1.2.2 Le réseau d'hébergement et de soins de longue durée en Ontario.....	12

1.2.2.1	Le programme et les rôles.....	12
1.2.2.2	Les ressources institutionnelles .....	13
1.2.3	Le profil de la clientèle hébergée .....	15
<b>1.3</b>	<b>Les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario : quelques constats de comparabilité et de non-comparabilité .....</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE 2</b>		
<b>LA MÉTHODOLOGIE : VARIABLES, INDICATEURS ET SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES POUR L'ÉTUDE COMPARÉE QUÉBEC-ONTARIO .....</b>		
<b>19</b>		
<b>2.1</b>	<b>Les variables à l'étude : définition de l'univers comparatif.....</b>	<b>19</b>
2.1.1	Les caractéristiques démographiques de la population.....	19
2.1.2	Les dépenses publiques .....	20
2.1.3	Les ressources institutionnelles.....	20
2.1.4	Les caractéristiques de la clientèle hébergée .....	21
<b>2.2</b>	<b>Les sources de données disponibles et comparables pour le Québec et l'Ontario .....</b>	<b>22</b>
<b>CHAPITRE 3</b>		
<b>STATISTIQUES ÉVOLUTIVES CONCERNANT LES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO, 1993-1994 À 1995-1996 .....</b>		
<b>25</b>		

<b>3.1</b>	<b>Analyse descriptive des données</b> .....	26
3.1.1	Les caractéristiques démographiques de la population québécoise et ontarienne, 1990 à 1996 .....	26
3.1.2	Les dépenses publiques, 1993-1994 à 1995-1996 .....	28
	3.1.2.1 Les dépenses d'exploitation .....	28
	3.1.2.2 Les dépenses per capita .....	30
	3.1.2.3 La contribution de l'adulte hébergé .....	33
3.1.3	Les ressources institutionnelles, 1993 à 1997 .....	36
	3.1.3.1 L'évolution des places en hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario .....	37
	3.1.3.2 Le nombre de places en hébergement et de soins de longue durée pour 100 personnes au Québec et en Ontario .....	39
3.1.4	Les caractéristiques de la clientèle hébergée (1994 à 1996) .....	41
	3.1.4.1 La clientèle hébergée selon le groupe d'âge .....	41
	3.1.4.2 Le nombre de personnes hébergées pour 1 000 personnes selon le groupe d'âge .....	43
	3.1.4.3 Les taux d'hébergement chez les clientèles âgées de 65, de 75 et de 85 ans ou plus .....	45
	3.1.4.4 Les personnes hébergées selon les heures de soins infirmiers requises .....	47
<b>3.2</b>	<b>La détermination des convergences et des divergences interprovinciales dans le secteur de l'hébergement et de soins de longue durée</b> .....	51
3.2.1	Le contexte démographique .....	51
3.2.2	Les dépenses engagées .....	51

3.2.3	Les ressources utilisées .....	52
3.2.4	La clientèle hébergée .....	52
<b>CHAPITRE 4</b>		
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>55</b>
<b>4.1</b>	<b>Les forces et les limites de l'étude</b> .....	<b>55</b>
<b>4.2</b>	<b>Les faits saillants</b> .....	<b>56</b>
4.2.1	Des tendances similaires dans l'évolution de l'hébergement et et de soins de longue durée .....	56
4.2.2	Les particularités du réseau québécois .....	57
4.2.3	L'évolution des comparaisons .....	58
<b>4.3</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>59</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>61</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....		<b>73</b>

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Variables retenues et sources de données disponibles pour les comparaisons de statistiques évolutives sur les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario .....	24
TABLEAU 2 : Évolution de la population du Québec et de l'Ontario, Situation observée au 1er juillet 1990 et 1996 .....	27
TABLEAU 3 : Dépenses pour les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario, de 1993-1994 à 1995-1996 .....	29
TABLEAU 4 : Dépenses per capita pour l'hébergement et de soins de longue durée chez les 65 ans ou plus et les 75 ans ou plus au Québec et en Ontario, de 1993-1994 à 1995-1996 .....	32
TABLEAU 5 : Contribution de l'adulte hébergé selon le type de chambre en hébergement de soins de longue durée au Québec et en Ontario, de 1994 et 1996 .....	34
TABLEAU 6 : Evolution de la capacité d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario, Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996 et au 20 janvier 1997 .....	38
TABLEAU 7 : Nombre de personnes hébergées en établissements de soins de longue durée au Québec et en Ontario selon le groupe d'âge, de 1994 à 1996 .....	42

TABLEAU 8 : Taux d'hébergement en établissements de soins de longue  
durée au Québec et en Ontario selon le groupe d'âge,  
de 1994 à 1996 .....46

TABLEAU 9 : Répartition de la clientèle hébergée pour des soins  
de longue durée au Québec et en Ontario selon  
les heures soins infirmiers requises,  
de 1994 à 1996 .....50

## LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 :	Evolution des dépenses consacrées aux services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario de 1993-1994 à 1995-1996 .....	31
GRAPHIQUE 2 :	Comparaison des dépenses per capita pour les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario de 1993-1994 à 1995-1996 .....	31
GRAPHIQUE 3 :	Nombre de places en hébergement et de soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus au Québec et en Ontario, Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996 et au 20 janvier 1997 .....	40
GRAPHIQUE 4 :	Proportions relatives des personnes hébergées au Québec et en Ontario selon le groupe d'âge en 1994 .....	44
GRAPHIQUE 5 :	Proportions relatives des personnes hébergées au Québec et en Ontario selon le groupe d'âge en 1996 .....	44



## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Le CHSLD et la prestation de services de soutien au maintien à domicile .....	63
ANNEXE 2	Description de la clientèle au Québec selon les ressources d'hébergement.....	64
ANNEXE 3	Description de la clientèle en Ontario selon les ressources d'hébergement.....	65
ANNEXE 4	Variables et indicateurs de l'étude comparée Québec/Ontario .....	66
ANNEXE 5	Collecte et interprétation des données statistiques pour l'Ontario.....	67
ANNEXE 6	Évolution de la population du Québec et de l'Ontario selon le sexe et l'âge, Situation observée au 1er juillet 1990, 1992, 1994 et 1996 .....	68
ANNEXE 7	Données du Québec. Ressources CHSLD. Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996 et au 20 janvier 1997 .....	69
ANNEXE 8	Données de l'Ontario. Ressources soins de longue et soins chroniques. Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996 et au 20 janvier 1997 .....	70
ANNEXE 9	Nombre de personnes hébergées dans les hôpitaux pour malades chroniques et dans les unités de soins chroniques dans les centres hospitaliers de courte durée de l'Ontario selon l'âge .....	71
ANNEXE 10	Données de l'Ontario. Clientèle et niveaux de soins. Répartition de la clientèle hébergée en longue durée selon les heures de soins infirmiers requises, en septembre et octobre 1993 à 1996. ....	72



## INTRODUCTION

---

Dans tous les pays de l'OCDE, la population vieillit et la place qu'y tiennent les personnes du quatrième âge (80 ans ou plus), principales utilisatrices des services d'hébergement et de soins de longue durée, s'accroît à une cadence rapide. Le vieillissement de la population est donc un fait inéluctable qui demandera de modifier les systèmes de santé et de services sociaux dans bien des pays. Les services d'hébergement et de soins de longue durée offerts en bonne partie aux adultes âgés en perte d'autonomie ainsi qu'à certaines clientèles plus jeunes (problèmes de déficience, traumatismes crâniens, etc.) tiendront une place de plus en plus importante dans les réformes de soins de santé.

Au Canada, les gouvernements aux prises avec cette réalité travaillent à transformer l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée afin de mieux répondre aux besoins d'une population plus grande et en pleine mutation.

Au Québec, l'hébergement accapare toujours une part significative des dépenses consacrées aux personnes en perte d'autonomie. Dans le contexte budgétaire actuel où les capacités financières du gouvernement sont scrutées à la loupe, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit innover en trouvant des moyens moins coûteux et plus efficaces de répondre aux besoins d'une population vieillissante<sup>1</sup>.

Pour ce faire, des comparaisons avec d'autres provinces sont souhaitées, d'autant plus que l'état actuel des connaissances en matière d'hébergement et de soins de longue durée comporte notamment certaines limites. En effet, on note présentement une carence importante d'enquêtes comparatives répertoriant des données évolutives qui porteraient spécifiquement sur différentes composantes de l'hébergement et de soins de longue durée au sein des provinces canadiennes,

---

<sup>1</sup> Au Québec, le nombre de personnes âgées en 1994 s'établissait à 850 100, soit 11% environ de la population totale. En 2001, leur nombre sera de 994 353 représentant près de 13% et en 2016 celle-ci pourrait atteindre 1 480 162, soit près de 17%.

dont l'évolution des ressources matérielles (établissements et places) et humaines, le profil des clientèles et les sommes allouées à ce secteur d'activité.

Un document statistique produit en 1991 par la Direction générale de la planification et de l'évaluation du Ministère faisait la comparaison des centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario pour les années 1985 à 1988. La principale source de données de cette étude comparative provenait de Statistique Canada. Toutefois, cette comparaison n'a pas été mise à jour notamment en raison des nombreux problèmes éprouvés devant la collecte des données, plus particulièrement quant à leur comparabilité entre le Québec et l'Ontario.

Une nouvelle approche s'avère donc nécessaire afin de répondre aux besoins de statistiques évolutives et comparatives dans le secteur de l'hébergement et de soins de longue durée en privilégiant davantage des liens directs avec l'Ontario. Qui plus est, ces données statistiques serviront à concevoir de nouveaux indicateurs en concertation avec le Service du développement d'indicateurs du Ministère afin d'élargir et d'améliorer les indicateurs existants.

Le présent document comporte quatre chapitres : le premier à caractère descriptif fait le point sur l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario, dans le but ultérieur de comparer ces deux systèmes à partir de données statistiques évolutives.

Le deuxième chapitre traite des variables et des indicateurs devant servir à établir des comparaisons. De plus, il comporte une description des sources d'information retenues l'objectif étant avant tout de dresser un inventaire comparatif des ressources en matière d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario afin d'examiner, sur une base évolutive, l'utilisation de ces ressources et des services qui s'y rattachent.

Le troisième chapitre présente des données statistiques qui couvrent la période 1993-1994 à 1995-1996 et qui concernent les dépenses publiques injectées dans ce secteur, la répartition et l'évolution des ressources institutionnelles (places au permis) dans le réseau de l'hébergement et de soins de longue

durée, ainsi que certaines caractéristiques des clientèles hébergées dans les deux provinces. La présentation des données est appuyée par une analyse comparative à caractère descriptif dont les résultats permettent finalement, dans le dernier chapitre, d'approfondir certains éléments.

L'aspect administratif de ce projet fut coordonné par monsieur Guy-Paul Sanscartier, chef du Service de l'analyse statistique. La conception de la recherche et la rédaction du rapport ont été confiées à madame Caroline Boucher, engagée à titre de ressource externe pour réaliser le projet. Par ailleurs, monsieur Marcel Mecteau, professionnel rattaché au Service de l'analyse statistique, a agi à titre de collaborateur lors des différentes étapes de ce dossier. La gestion des fonds de recherche a été assumée par le Centre de santé publique de Québec, sous la supervision de monsieur Pierre Bergeron, coordonnateur de l'organisation des services et évaluation au moment de l'étude.



## CHAPITRE 1

# L'ORGANISATION DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO

## 1.1 DESCRIPTION SOMMAIRE DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC

### 1.1.1 Un système en transformation

Depuis le milieu des années 1980, le Québec a entrepris une révision de son réseau de services en matière de santé et de services sociaux. Au cours des dernières années, le rapport de la commission Rochon (1988), la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991) et la politique de la santé et du bien-être (1992) ont jeté les bases d'une réforme majeure du système de santé québécois.

Les orientations de cette réforme visent, entre autres, à replacer le citoyen au centre du système : “ les rôles et fonctions de tous les partenaires sont redéfinis en fonction de l'utilisateur et de l'utilisatrice, i.e. de la personne à soigner, à soutenir, à aider ” (*Santé et bien-être. La perspective québécoise*, MSSS, 1993). On remarque aussi que cette réforme trouve ses assises dans la régionalisation du système sociosanitaire, notamment par la transformation des anciens conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS) en nouvelles entités administratives que représentent les régies régionales de la santé et des services sociaux dans une redéfinition des missions des établissements et des structures administratives du système de santé (intégration ou fusion des établissements sous le même CA), des responsabilités des différents acteurs, ainsi qu'à l'intérieur d'une approche par programme et par résultat.

Parallèlement à ces changements, le système doit également améliorer sa performance d'un point de vue financier. Cela constitue un enjeu majeur qui conduira à une vaste opération d'assainissement des finances publiques et à des compressions budgétaires au cours des années subséquentes.

Dans le même ordre d'idée, en 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux accélère un plan d'action pour que les soins et services soient donnés de plus en plus sur une base ambulatoire, en privilégiant des pratiques qui favorisent les soins prodigués à une clientèle qui n'est plus hospitalisée ou qui l'est le moins longtemps possible. On cherche dès lors à faire en sorte qu'un même lit d'hôpital serve à un plus grand nombre de personnes, à fermer des lits de soins généraux et spécialisés et à réorienter des clientèles en longue durée vivant à l'hôpital vers les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Un des objectifs importants de la transformation du réseau consiste justement à corriger les iniquités interrégionales quant à la disponibilité des ressources en fonction du vieillissement de la population. La réduction de lits de soins généraux et spécialisés en surplus et la transformation de plusieurs de ces lits en places de soins de longue durée illustrent cet effort de rattrapage qui vise à accorder de nouvelles ressources d'hébergement notamment aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Conséquemment à l'effort de transformation consenti dans le milieu hospitalier au profit de l'hébergement de longue durée, le gouvernement entend, malgré les contraintes budgétaires actuelles, accroître les ressources consacrées aux services à domicile. Le maintien en milieu naturel de la personne apparaît aujourd'hui comme le lieu d'intervention à privilégier pour répondre à de nombreux besoins. L'hébergement sur une base permanente demeure néanmoins accessible à la personne qui ne peut plus vivre à domicile malgré son réseau d'aide et le soutien de son entourage.

## 1.1.2 Le réseau d'hébergement et de soins de longue durée au Québec

### 1.1.2.1 *La mission et les rôles*

Au Québec, l'environnement structuro-administratif créé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q, chapitre S-4.2) s'appuie sur la mise en place d'un réseau d'établissements qui ont des missions bien particulières. Il s'agit de la structure “ M.C.T ”, soit une catégorisation par mission, classe et type. On y trouve cinq missions principales, dont celle dévolue aux services d'hébergement et de soins de longue durée. Cette structure regroupe les anciens centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les anciens centres hospitaliers de soins de longue durée pour dorénavant former la nouvelle mission de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

En vertu de l'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est la suivante :

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

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

*La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.*

Cette définition légale attribuée à la mission CHSLD a une double vocation :

- les CHSLD sont avant tout des milieux de vie substituts qui offrent un hébergement permanent :

*Le centre d'hébergement et de soins de longue durée est l'établissement qui reçoit les personnes en perte d'autonomie dont le soutien en milieu naturel est insuffisant et pour*

*lesquelles aucune autre ressource du réseau de la santé et des services sociaux ne peut plus venir en aide adéquatement. (Fédération québécoise des CHSLD, 1996, p. 17) ;*

- les CHSLD contribuent aussi aux services de soutien pour le maintien à domicile et offrent un hébergement temporaire et des services externes (voir annexe 1).

### **1.1.2.2 Les ressources institutionnelles**

Les établissements et autres ressources offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée

Il y a au Québec trois types de milieux d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie qui nécessitent des soins et des services professionnels. Ces ressources sont :

- **les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;**
- **les ressources intermédiaires<sup>2</sup> :** les pavillons d'hébergement ;
- **les ressources de type familial :** les résidences d'accueil<sup>3</sup> ;

*La présente étude s'intéresse exclusivement aux ressources CHSLD.*

---

<sup>2</sup> Un établissement public peut recourir aux services d'une ressource intermédiaire aux fins de réaliser la mission d'un centre qu'il exploite (L.R.Q, c. S-4.2, art. 301).

Est considéré une ressource intermédiaire " toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager à la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins " (art. 302).

<sup>3</sup> " Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel (L.R.Q., c. S-4.2, art. 312).

Le centre d'hébergement et de soins de longue durée revêt soit un caractère public<sup>4</sup>, privé (conventionné ou non-conventionné)<sup>5</sup> ou à taux forfaitaire. Le gouvernement contribue largement au financement des CHSLD publics, privés conventionnés et à taux forfaitaire à partir d'un budget consenti en fonction de la taille de l'établissement. Cette source de financement publique est aussi conjuguée à une contribution financière de l'adulte hébergé selon certaines dispositions.

### Les places en centres d'hébergement et de soins de longue durée

Les ressources institutionnelles se caractérisent également par le nombre de places disponibles dans le réseau de l'hébergement et de soins de longue durée. Les places sont considérées et comptabilisées sous deux angles : 1) les places au permis qui représentent le nombre de places inscrites aux permis des établissements par le Ministère à titre de CHSLD et 2) les places dressées qui constituent le nombre de places dotées en personnel et prêtes à recevoir un usager. Ces deux aspects forment des univers distincts : les places au permis ne sont pas nécessairement toutes opérationnelles au moment de l'inventaire tandis que les places dressées, malgré leur caractère plus concret, fluctuent continuellement selon la disponibilité du personnel (vacances annuelles, rénovations, etc.) ou la situation budgétaire.

#### **1.1.3 Le profil de la clientèle hébergée**

La clientèle type requérant des services d'hébergement et de soins de longue durée est composée majoritairement d'une clientèle âgée, voire même très âgée, affligée de maladies chroniques et dégénératives et qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle. Parmi cette clientèle âgée, plusieurs des usagers des CHSLD, malgré leur grand âge, ne souffrent toutefois que d'une légère perte d'autonomie nécessitant davantage des soins d'assistance et d'accompagnement. Ainsi, la prédominance

---

<sup>4</sup> Constitué en corporation sans but lucratif (L.R.Q, c. S-4.2, art. 98).

<sup>5</sup> Constitué en corporation sans but lucratif ou constitué en corporation à but lucratif (L.R.Q. c. S-4.2, art. 99).

d'une clientèle hébergée plus âgée, la clientèle des CHSLD n'est pas homogène. On y trouve notamment des personnes âgées qui, en plus de la perte d'autonomie due au vieillissement, offrent d'autres caractéristiques qui peuvent ou non accentuer la perte d'autonomie et/ou le besoin de soins et de services.

En guise d'information supplémentaire, l'annexe 2 fait état des types de clientèles hébergées dans les établissements et autres ressources d'hébergement institutionnel au Québec.

## **1.2. DESCRIPTION SOMMAIRE DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE EN ONTARIO**

### **1.2.1 Une nouvelle orientation en soins de longue durée**

En avril 1993, après une tournée de consultation régionale, le gouvernement ontarien a dévoilé un projet visant l'institution d'un nouveau système de soins de longue durée. De fait, cette nouvelle orientation cherchait avant tout à instaurer un système de services qui soit cohérent et intégré sur la base des services existants afin de mieux répondre aux besoins grandissants des personnes souffrant d'une perte d'autonomie liée à un handicap physique ou au vieillissement. De plus, elle représentait un engagement important sur le plan des ressources financières.

De manière plus concrète, ce nouveau système a pour objectifs :

- de mettre en place un nouveau mode de financement des établissements de soins de longue durée en fonction du niveau de soins fournis ;
- d'accroître l'importance accordée aux services à domicile ainsi que l'aide financière qui leur sera accordée ;
- d'assurer dorénavant un seul point d'entrée, par la création d'organismes d'accès aux services communautaires pour les personnes nécessitant des services de longue durée, que ce soit dans la collectivité ou dans des établissements de soins de longue durée (décrété le 1<sup>er</sup> juillet, 1994) ;

- de fusionner les services de soins de longue durée des ministères de la Santé et des Services sociaux (Ministry of Health et Ministry of Community and Social Services) afin de créer une seule et unique entité.

Malgré le fait que les établissements de soins de longue durée constitue un élément important du système de services, le gouvernement ontarien a opté, par la réforme, pour l'augmentation des services dans la collectivité et un gel de la croissance des ressources d'hébergement. Le ministère de la Santé a reconnu toutefois qu'il y avait des iniquités inter et intrarégionales quant à la distribution des places pour l'hébergement de longue durée étant donné que cette distribution découlait plus souvent qu'autrement d'une planification à la pièce.

Selon les orientations du Ministère, les places en établissements doivent être utilisées d'une façon plus efficace d'autant plus que la demande risque de croître rapidement compte tenu du vieillissement de la population. En fournissant des services de rechange dans la collectivité, seules les personnes qui ont vraiment besoin d'être en établissement, i.e. à l'hôpital, dans une maison de soins infirmiers ou dans un foyer pour personnes âgées, y auront accès. Plutôt que de construire des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée, les efforts se tournent plutôt vers des services communautaires novateurs et de plus en plus diversifiés.

### **1.2.1.1 La Loi sur les soins de longue durée (L.R.O. 1994, chapitre 26)**

En décembre 1994, l'arrivée d'un nouveau cadre législatif touchant les soins de longue durée en Ontario venait définir les orientations ministérielles en cette matière. Cette loi propose notamment l'emplacement d'organismes de services polyvalents (*Multi-service agencies*<sup>6</sup>) qui veilleront à la gestion et à la coordination des cas ainsi qu'à la prestation des services. Avec ces organismes, les services de soins de longue durée seront moins fragmentés et plus accessibles, car il n'y aura dorénavant qu'un seul point d'entrée pour les personnes nécessitant de tels services, que ce soit dans la collectivité ou à l'intérieur des établissements.

---

<sup>6</sup> En 1996-1997, à la lumière des stratégies préconisées par le ministère de la Santé pour créer un mécanisme de coordination des soins de longue durée et de services de soutien, les organismes de services polyvalents ont été désignés pour devenir les Organismes d'accès aux services communautaires.

Les fondements de la Loi sur les soins de longue durée concernent avant tout les services communautaires et plus particulièrement l'arrimage de ce secteur avec celui de la santé et les établissements de soins. L'importance de ces transformations ressort des objets suivants de cette loi (art. 1) :

- veiller à ce qu'un large éventail de services communautaires soit offert aux gens dans leur propre foyer et dans d'autres cadres communautaires de sorte que d'autres choix soient possibles parallèlement aux soins en établissements ;
- améliorer la qualité des services communautaires et promouvoir la santé et le bien-être des personnes nécessitant ce service ;
- intégrer les services communautaires qui sont des services de santé et ceux qui sont des services sociaux afin de faciliter la fourniture de toute une gamme de soins et un soutien constant ;
- simplifier et faciliter l'accès à toute une gamme de services communautaires ;
- assurer la coordination des services communautaires avec ceux qu'offrent les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les services de santé mentale, les professionnels de la santé et les organismes de services sociaux.

## 1.2.2 Le réseau d'hébergement et de soins de longue durée en Ontario

### 1.2.2.1 *Le programme et les rôles*

Il y a maintenant au ministère de la Santé un programme de soins de longue durée destiné

*à offrir de façon efficace des services aux personnes âgées, aux adultes ayant un handicap physique et aux personnes qui ont besoin de services à domicile ou à l'école. On offre, entre autres, des services de soutien en établissement et dans la communauté. (Comptes publics de l'Ontario, ministère de la Santé, 1993-1994)*

Cette définition attribue au Programme de soins de longue durée deux rôles précis, soit la livraison (1) des services en établissement (*Residential Services*)<sup>7</sup> et celle (2) des services communautaires

---

<sup>7</sup> S'entend de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux pensionnaires ou " résidents " d'établissements de soins de longue durée (*Loi concernant les soins de longue durée, article 59, alinéa 1*).

(Community based services)<sup>8</sup>.

*La présente étude s'intéresse exclusivement aux services en établissements.*

### **1.2.2.2 Les ressources institutionnelles**

#### Les établissements et autres ressources offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée

L'Ontario possède un vaste réseau d'établissements de soins de longue durée (*Long Term Care Facilities*) offrant à la population des services d'hébergement permanent ou temporaire.

Selon la Loi concernant les soins de longue durée (L.R.O. 1994, chapitre 26) les établissements de soins de longue durée s'entend :

*d'une maison de soins infirmiers au sens de la Loi sur les maisons de soins infirmiers, d'un foyer de bienfaisance pour personnes âgées agréé au sens de la Loi sur les établissements de bienfaisance, ou d'un foyer au sens de la Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos (art. 59, alinéa 1).*

Ces établissements servent à “ satisfaire les besoins physiques, émotifs, sociaux, spirituels et personnels des personnes dont les capacités fonctionnelles sont diminuées de façon chronique ou risquent de l'être et qui, à cause de l'âge ou de l'incapacité, ne peuvent plus recevoir de soins par des services communautaires ” (*Nouvelle orientation en matière de soins de longue durée et de services de soutien en Ontario*, p. 75).

Les établissements qui offrent des services d'hébergement et de soins de longue durée sont donc :

- **les maisons de soins infirmiers**  
(*Nursing Homes for profit and not for profit*) ;

---

<sup>8</sup> Les services communautaires constituent les services de soutien communautaire (programmes de repas, l'entretien ménager, les visites amicales, le transport et les programmes de jour pour adultes) et les services à domicile (services d'aide familial et infirmier permettant de fournir des soins au domicile de la personne).

➤ **les foyers pour personnes âgées, soit les**

- foyers de bienfaisance  
(*Charitable Homes for the aged*)
- foyers municipaux  
(*Municipal Homes for the aged*).

La gestion d'un établissement de soins de longue durée s'établit principalement par les modalités de financement. L'Ontario possède des établissements à but lucratif et sans but lucratif. Les établissements à but lucratif sont exploités sur une base commerciale - c'est le cas de la majorité des maisons de soins infirmiers - tandis que les établissements sans but lucratif sont représentés par les foyers municipaux et les foyers de bienfaisance.

Depuis l'implantation de la réforme des soins de longue durée, l'ensemble des établissements responsables de tels soins sont financés par la province. Ces montants englobent les frais de soins infirmiers et personnels, de prestation des programmes et de séjour dans l'établissement. Les établissements ont droit au remboursement des frais engagés jusqu'à concurrence du plafond établi pour les frais des soins infirmiers et personnels et de prestation des programmes. Ils peuvent aussi conserver l'excédent d'exploitation dégagé par le poste du budget relatif aux frais de contribution de l'adulte hébergé.

Le nouveau modèle de financement n'exclut pas les contributions financières des municipalités et des organismes de bienfaisance aux foyers municipaux et de bienfaisance pour personnes âgées. Toutefois, la politique de financement sert à fixer, sur de nouvelles bases, le financement provinciale des établissements de soins de longue durée et assure des normes de services et de soins compatibles avec les ressources disponibles.

Les hôpitaux et les unités de soins chroniques (*Chronic care hospitals and units*)

Il est important de souligner l'existence, en Ontario, d'établissements publics et privés pour malades chroniques ainsi que d'unités de soins chroniques situées dans les centres hospitaliers de courte durée. Bon nombre de personnes vivant dans ces établissements ou ces unités ont besoin de soins médicaux

réguliers et de soins de réadaptation. Nous retrouvons parmi cette clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie qui requièrent des besoins dont l'intensité de services est très élevée.

À la lumière des changements dans le nouveau système de soins de longue durée, le gouvernement ontarien devra déterminer éventuellement le rôle futur des établissements de soins pour malades chroniques. **Cependant, à l'heure actuelle, les ressources pour les soins chroniques ne font pas partie intégrante du Programme de soins de longue durée et elles sont financées par le biais de l'enveloppe budgétaire octroyée aux hôpitaux publics. Le ministère comptabilise toutefois, de manière séparée, le nombre de lits chroniques parmi l'ensemble des ressources d'hébergement de longue durée.**

#### Les places en établissements de soins de longue durée

Les places réservées aux soins de longue durée se regroupent selon deux catégories : 1) les places décernées (*awarded beds*), soit les places non-opérationnelles au moment de l'inventaire mais désignées pour une utilisation éventuelle et 2) les places approuvées et les places avec licence (*approved/licensed long term care beds*) qui, elles, sont opérationnelles au moment de l'inventaire.

### **1.2.3 Le profil de la clientèle hébergée**

Les personnes qui utilisent les services d'hébergement et de soins de longue durée en Ontario sont généralement âgées et souffrent d'une maladie chronique.

Selon une étude évaluative menée en 1988 par la firme d'experts-conseils Price Waterhouse/Medicus sur les soins infirmiers directs et les soins personnels des pensionnaires offerts en Ontario par des maisons de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées, plus de la moitié des pensionnaires étaient alors âgés de 85 ans ou plus. Les données indiquaient également que la majorité de la clientèle hébergée, soit 55 %, nécessitait approximativement moins de 90 minutes de soins par jour et que 28 % en exigeait entre 90 minutes et 3 heures.

L'annexe 3 du présent rapport fait état des types de clientèles hébergées selon les différentes ressources disponibles.

### **1.3 LES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC ET EN ONTARIO : QUELQUES CONSTATS DE COMPARABILITÉ ET DE NON-COMPARABILITÉ**

À partir des informations sur l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée colligées au Québec et en Ontario, il est possible d'extraire des constats de comparabilité autorisant des choix méthodologiques et des comparaisons qui tracent le plus fidèlement possible le portrait des deux réseaux.

#### *1er constat :*

Les deux provinces transforment actuellement leurs réseaux de soins de longue durée en préconisant un meilleur contrôle des ressources d'hébergement et de soins de longue durée, une répartition plus équitable de ces ressources parmi les régions et l'accroissement des services de maintien (soins et aide) à domicile.

#### *2ième constat:*

Que ce soit pour offrir un milieu de vie substitut au Québec ou des services en établissements en Ontario, les soins de longue durée visent à livrer des services aux personnes âgées en perte d'autonomie qui, en règle générale, ne peuvent plus recevoir de soins par le biais des services communautaires ou à domicile.

#### *3ième constat :*

Les deux provinces définissent l'établissement de soins de longue durée comme une entité légale et administrative. Cependant, le concept d'établissement n'est pas équivalent d'une province à l'autre : en Ontario, un établissement de soins de longue durée offre exclusivement des services d'hébergement et de soins de longue durée ; au Québec, un établissement peut exploiter plusieurs missions, dont la mission CHSLD, et gérer plusieurs installations. La transformation du réseau fait en sorte qu'il y a actuellement au Québec de moins en moins d'établissements ayant une vocation unique. Sur le plan comparatif, le dénombrement d'établissements offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario n'est pas représentatif du même univers.

*4ième constat :*

Le caractère des établissements de soins de longue durée et leurs modalités de gestion diffèrent d'une province à l'autre. Au Québec, les établissements se distinguent selon les deux secteurs public et privé. Les établissements privés se différencient également par la présence ou l'absence de convention de financement (privé conventionné ou privé non-conventionné) avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'Ontario regroupe ses établissements de soins de longue durée selon qu'ils sont à but lucratif ou sans but lucratif. Cependant, ils sont régis par les mêmes mesures ministérielles et financières. Seuls les hôpitaux généraux, chroniques, psychiatriques, et de réadaptation générale ou spécifique sont qualifiés d'établissements publics. Les univers étant différents d'une province à l'autre, il s'avère donc difficile d'établir des comparaisons concernant l'apport des secteurs public et privé dans l'hébergement et de soins de longue durée.

*5ième constat :*

Le financement pour les services d'hébergement et de soins de longue durée provient en bonne partie de fonds publics, que ce soit à l'échelle provinciale (Québec et Ontario) ou municipale (Ontario). Les deux provinces exigent aussi une contribution de l'adulte hébergé, pour des services en chambres ordinaires<sup>9</sup>, semi-privées ou privées.

*6ième constat :*

Les deux provinces ont des places dans le réseau de la santé pour les usagers requérant des services d'hébergement en soins de longue durée, mais le traitement des places diffère quelque peu. Le Québec traite de places “ au permis ” et regroupe sous cette catégorie toutes les places ayant un permis du Ministère, qu'elles soient opérationnelles ou non. L'Ontario traite séparément les places “ opérationnelles ” (*approved and licensed beds*) et celles qui ne le sont pas (*awarded beds*). Le regroupement des deux catégories de places équivaut cependant à la même réalité que celle des places au permis dans le réseau québécois ce qui permet d'établir des comparaisons interprovinciales.

*7ième constat :*

Des équivalences en matière de clientèles hébergées et de services offerts sont identifiables en ce qui concerne les types d'établissements et autres ressources d'hébergement dans chacune des provinces. De plus, il apparaît que les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques dans les CH de courte durée de l'Ontario offrent des soins à une clientèle possédant des caractéristiques similaires à celle de la longue durée hébergée au Québec, plus particulièrement dans les anciens CHSLD et USLD des CH. Il est donc nécessaire de considérer les places pour soins chroniques dans le traitement de l'inventaire des places disponibles pour les services d'hébergement et de soins de longue durée en Ontario.

---

<sup>9</sup> C'est-à-dire en salles pour le Québec et en “ *basic accommodation* ” pour l'Ontario.

*8ième constat :*

La clientèle hébergée au Québec et en Ontario a majoritairement 65 ans ou plus, voire même 75 ans ou plus. Toutefois, ceci n'exclut pas les personnes de moins de 65 ans qui nécessitent des services d'hébergement et de soins de longue durée et qui sont admissibles dans les CHSLD du Québec ou les établissements de soins de longue durée correspondants en Ontario.

*9ième constat :*

Malgré que les établissements de soins de longue durée au Québec et en Ontario servent à une clientèle qui n'est pas nécessairement homogène, il appert de plus en plus qu'il s'agit d'une clientèle ayant des difficultés fonctionnelles qui exigent des soins d'assistance et des soins infirmiers plus fréquents.

---

Mener à terme une étude qui prenne en considération l'ensemble des composantes d'un réseau de services comme celui de l'hébergement et de soins de longue durée dans deux provinces n'est pas chose aisée. Les exigences sont nombreuses et couvrent tout autant les populations visées et les services offerts que les ressources matérielles et humaines concernées, les agents payeurs (publics et privés), etc.

Les échéanciers limités n'ont permis plutôt qu'une description sommaire des services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario, constituant la toile de fond d'une démarche statistique subséquente. Ce travail rejoint néanmoins l'un des objectifs visés par le protocole de recherche, soit de décrire l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario et de repérer les points de comparabilité.

Les constats de comparabilité et de non-comparabilité que nous venons de présenter permettent cependant de mieux regrouper l'information touchant les principales composantes du réseau d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario.

## CHAPITRE 2

### LA MÉTHODOLOGIE : VARIABLES, INDICATEURS ET SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES POUR L'ÉTUDE COMPARÉE QUÉBEC-ONTARIO

La présente étude privilégie une méthodologie axée principalement sur l'étroite collaboration des représentants de la Division des soins de longue durée au ministère de la Santé de l'Ontario, pour s'assurer de la comparabilité des milieux en retenant, par choix raisonné, des variables et des indicateurs qui définissent le plus possible le même univers. Ce chapitre présente les variables devant servir d'éléments à produire sur une base évolutive, les indicateurs qui s'y rattachent ainsi que les sources de données disponibles.

#### 2.1. LES VARIABLES À L'ÉTUDE : DÉFINITION DE L'UNIVERS COMPARATIF

Les variables retenues sont les suivantes (voir aussi annexe 4) :

- les caractéristiques démographiques de la population
- les dépenses publiques
- les ressources institutionnelles
- les caractéristiques de la clientèle hébergée

*Pour chacune des variables analysées, à l'exception des données démographiques, un univers a été établi en fonction du degré de comparabilité entre les deux provinces.*

##### 2.1.1 Les caractéristiques démographiques de la population

La variable ayant trait aux caractéristiques de la population constitue le dénominateur commun à partir duquel des résultats seront établis pour certains indicateurs visant les dépenses publiques et les ressources institutionnelles. Les indicateurs de population utilisés portent sur la répartition selon le groupe d'âge et sur les taux de variation entre 1990 - 1996.

### 2.1.2 Les dépenses publiques

L'augmentation importante du nombre de personnes âgées et le vieillissement de la population font craindre une augmentation rapide de la demande d'hébergement et de soins de longue durée. Ceci dit, l'évolution des dépenses sera d'abord examinée sous l'angle des dépenses publiques provinciales (et municipales dans le cas de l'Ontario) consacrées à l'exploitation des services d'hébergement et de soins de longue durée, puis sous l'angle des dépenses per capita. D'autres revenus complémentaires, provenant particulièrement de la contribution des adultes hébergés, seront également examinés.

L'univers défini pour cette variable est le suivant :

- pour le Québec, les dépenses nettes de fonctionnement pour les services des CHSLD publics et privés conventionnés et à taux forfaitaire, ainsi que pour les services de soins de longue durée (soins infirmiers et soins de santé) dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS) ;
- pour l'Ontario, les dépenses nettes de fonctionnement aux paliers provincial et municipal octroyées aux services en établissements de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers, foyers municipaux et foyers de bienfaisance) et aux services d'hébergement et de soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée.

### 2.1.3 Les ressources institutionnelles

Pour la variable concernant les ressources institutionnelles, nous avons retenu le nombre de places au permis comme descripteur de l'évolution des ressources et de la capacité d'hébergement à l'intérieur de chacune des provinces.

L'inventaire des places au Québec et en Ontario est comparable selon l'univers suivant :

- au Québec, dans la recherche qui nous concerne, un établissement (ou corporation) peut avoir comme mission principale celle de CHSLD ou il peut exploiter des places ayant la mission CHSLD. Un établissement peut donc être à la fois CH et CHSLD ou CLSC et CHSLD. Notre objet statistique vise l'ensemble des places au permis au Québec à titre de Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans les établissements publics, privés conventionnés et à taux forfaitaire ;
- en Ontario sont visées toutes les places au permis (*approved/licensed beds, awarded beds*) dans les maisons de soins infirmiers, les foyers municipaux et les foyers de bienfaisance ainsi que les places au permis offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée.

Les indicateurs retenus pour cette variable sont le nombre de places en hébergement et de soins de longue durée pour 100 personnes et pour 100 personnes de 65 et de 75 ans ou plus.

#### **2.1.4. Les caractéristiques de la clientèle hébergée**

Le portrait comparatif quant aux caractéristiques de la clientèle hébergée en soins de longue durée au Québec et en Ontario porte sur l'univers suivant :

➤ au Québec, les personnes hébergées dans les CHSLD publics, privés conventionnés et à taux forfaitaire ainsi que dans les unités de soins de longue durée à l'intérieur des centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS) ;

➤ en Ontario, les personnes hébergées dans les maisons de soins infirmiers, les foyers municipaux et les foyers de bienfaisance pour personnes âgées ainsi que celles hébergées pour des soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques relevant des centres hospitaliers de courte durée.

Les indicateurs retenus pour cette variable sont le nombre de personnes hébergées selon le groupe d'âge, le nombre de personnes hébergées pour 1 000 personnes selon le groupe d'âge, le taux d'hébergement global, le taux d'hébergement parmi les 65 ans ou plus, les 75 ans ou plus et les 85 ans ou plus de même que la répartition des personnes hébergées selon l'intensité des services exigés (temps de soins infirmiers requis).

**Note :** Les univers définis pour chacune des variables doivent être considérés dans le contexte de la présente comparaison Québec-Ontario. Toutefois, dans les comparaisons futures, il sera important de tenir compte de la situation ontarienne telle qu'elle est présentée à l'annexe 5.

## **2.2 LES SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES ET COMPARABLES POUR LE QUÉBEC ET L'ONTARIO**

Les données contenues dans le présent rapport proviennent de différents systèmes d'information accessibles dans chacun des ministères de la Santé (voir tableau 1). L'opération concernant la disponibilité et la comparabilité de l'information s'est déroulée grâce à l'étroite collaboration, au Québec, des professionnels rattachés à la Direction des indicateurs de résultats et information statistique, plus particulièrement au Service de l'analyse statistique du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que ce ceux, en Ontario, du *Residential Services Branch* de la Division des soins de longue durée au ministère de la Santé.

L'aspect évolutif de l'étude couvre la période qui a suivi la réforme du réseau de la santé et des services sociaux au Québec et la réorganisation des services de soins de longue durée en Ontario, soit de 1993-1994 à 1994-1995, ainsi que le début de la transformation du réseau québécois de la santé en 1995-1996.

L'aspect démographique repose sur des données qui émanent de la Division de la démographie, section des estimations démographiques, de Statistique Canada. Il s'agit d'estimations intercensitaires révisées (1990 et 1991), d'estimations postcensitaires définitives (1992), d'estimations postcensitaires mises à jour (1993 à 1995) et d'estimations postcensitaires provisoires (1996).

Les données touchant les dépenses publiques consacrées aux services d'hébergement et de soins de longue durée proviennent de diverses sources d'information. Pour le Québec, les sources suivantes ont été consultées : (1) les comptes et crédits publics pour l'obtention des frais d'exploitation des services en CHSLD et la banque de données SIFO pour les montants affectés aux activités de soins de longue durée dans les CHSGS (classe 21, centres d'activités 6150, 6040 et 6060).

Pour ce qui est des données sur les dépenses en Ontario, elles ont été extraites des sources suivantes : les comptes publics de l'Ontario pour l'obtention des frais d'exploitation liés aux services en établissements de soins de longue durée (Programme de soins de longue durée), les rapports annuels sur les revenus et les dépenses des établissements de soins de longue durée pour l'apport financier des municipalités aux établissements de soins de longue durée et, finalement, le Département des services en institutions du ministère de la Santé pour les dépenses nettes de fonctionnement des services d'hébergement et de soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée. Toutefois, pour cette dernière source, il s'agit uniquement d'estimations produites par le ministère ontarien.

En ce qui a trait aux données rattachées aux ressources institutionnelles ainsi qu'aux clientèles hébergées, elles sont extraites de fichiers et de rapports statistiques annuels et mensuels des deux ministères québécois et ontarien (voir tableau 1).

Tableau 1

**Variables retenues et sources de données disponibles pour les comparaisons de statistiques évolutives  
Sur les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario.**

Variables	Source de données		Années visées
<i>Sigles : MSSS (ministère de la Santé et des Services Sociaux) - MOH (Ministry of Health)</i>	<b>Québec</b>	<b>Ontario</b>	
<b>1. Caractéristiques de la population</b>	Division de la démographie, section des estimations démographiques, Statistique Canada.	Division de la démographie, section des estimations démographiques, Statistique Canada.	1 <sup>er</sup> juillet 1990 à 1996
<b>2. Dépenses publiques</b>  <b>➤ dépenses d'exploitation</b>          <b>➤ contribution de l'adulte hébergé</b>	Ministère des Finances. Comptes publics du Québec, vol. 2, Détail des revenus, crédits et dépenses du gouvernement, Programme des services en CHSLD et Banque de données SIFO, classe 21, centre d'activités 6040 et 6060.          Direction de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux.	Ministère des Finances. Comptes publics de l'Ontario, États financiers des ministères, ministère de la Santé, Programme de soins de longue durée et Rapports annuels sur les revenus et les dépenses des établissements de soins de longue durée (contribution municipale) et Planning and Operation, Institutional Services Branch (hôpitaux et unités de soins chroniques), MOH.          Long Term Care Facility Resident Information on Costs and Services, Residential Services Branch, MOH.	Années financières: 1993-1994 à 1995-1996          <u>Ontario</u> 1 <sup>er</sup> juillet 1993 à 1997          <u>Québec</u> 1 <sup>er</sup> janvier 1994 à 1996
<b>3. Ressources institutionnelles</b>  <b>➤ places au permis</b>	Fichier des établissements de santé et de services sociaux (M02), MSSS, Québec.	Ontario long term care bed inventory and ratio report, Residential Services Branch, MOH. <b>Pour les lits de soins chroniques :</b> Daily Census Report, Institutional Services Branch, MOH.	30 sept. 1993 à 1996 et 20 janv. 1997
<b>4. Clientèle hébergée</b>          <b>➤ nombre selon le groupe et le taux d'hébergement</b>          <b>➤ heures de soins requises</b>	Fichier de contribution des usagers hébergés du Québec, données obtenues à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, Québec.          Rapport statistique annuel des CH et CHSLD, MSSS, Québec.	Provincial Summary Data Report, Long Term Care Division Area, MOH et Planning and Operations, Institutional Services Branch, MOH.          Provincial Summary Data Report, Long Term Care Division Area, MOH, Ontario.	<u>Québec</u> 1993-94 à 1995-96 <u>Ontario</u> sept./oct.1994 à 1997.          <u>Québec</u> 1993-94 à 1995-96 <u>Ontario</u> sept./oct. 1994 à 1997

**CHAPITRE 3****STATISTIQUES ÉVOLUTIVES CONCERNANT LES SERVICES  
D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU  
QUÉBEC ET EN ONTARIO, 1993-1994 À 1995-1996**

Peu d'études ont comparé le secteur de l'hébergement et de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario. Le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait en novembre 1991 (Caron, L.) un document de statistiques évolutives pour les années 1985-1986 et 1987-1988 visant les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) au Québec ainsi que leurs équivalents en Ontario, soit les maisons de soins infirmiers et les foyers de bienfaisance et foyers municipaux pour personnes âgées, et les centres hospitaliers de soins de longue durée (*Chronic Care Hospitals*). Les autres ressources d'hébergement comme les unités de soins de longue durée (ou les unités de soins chroniques) dans les centres hospitaliers de courte durée ainsi que les ressources intermédiaires (résidences d'accueil et pavillons d'hébergement) n'avaient pas été retenues dans les comparaisons.

Les résultats de cette étude démontrent qu'en 1987-1988, une proportion similaire d'établissements au Québec et en Ontario recevaient du financement public, mais les sources s'avéraient plus diversifiées dans la province voisine ; que 52 717 personnes étaient en institution d'hébergement et de soins de longue durée au Québec (CAH et CHSLD) contre 54 679 en Ontario ; que le Québec offrait moins de places dans les CHSLD comparativement à l'Ontario (53 487 contre 71 158) ; que les personnes de 65 ans ou plus accaparaient en Ontario un plus faible pourcentage des places disponibles (71,4 %) qu'au Québec (76,2 %), que l'Ontario hébergeait des personnes plus âgées (85 ans ou plus) que le Québec (75-84 ans) et, finalement, que le nombre de lits par 1 000 personnes de 65 ans ou plus était plus élevé au Québec (78,9) qu'en Ontario (68,5).

L'étude précède cependant l'avènement de la réforme et du virage ambulatoire au Québec ainsi que la réforme des soins de longue durée en Ontario. Dix ans plus tard, il s'est avéré impératif d'actualiser ces données à partir de variables qui permettent d'analyser les résultats dans un contexte différent. Pour cette actualisation des données, nous avons retenu l'univers de l'étude de 1991 en y ajoutant les unités de soins de longue durée dans les CHSGS et leurs équivalents en Ontario, soit les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée et, en y excluant de l'échantillon les établissements privés non-conventionnés.

L'inventaire suivant s'appuie sur une analyse comparative à caractère descriptif qui permettra, plus loin, de mettre en lumière des divergences et des convergences interprovinciales et d'illustrer les particularités du système québécois.

### **3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNÉES**

#### **3.1.1 Les caractéristiques démographiques de la population québécoise et ontarienne, 1990 à 1996 (tableau 2)**

La population totale du Québec a crû de 5,2 % entre 1990 et 1996, soit de 7 020 700 à 7 389 100 habitants. L'Ontario, pour sa part, a connu une augmentation de 8,8 % au cours de la même période, sa population passant de 10 341 400 à 11 252 400 (voir aussi l'annexe 6).

De 1990 à 1996, la population âgée de moins de 64 ans augmentait dans les deux provinces, mais de façon plus importante en Ontario (7,6 %) qu'au Québec (3,6 %). Toutefois, au cours de la période, la proportion des gens âgés de moins de 64 ans diminuait dans les deux provinces alors que celle des gens plus âgés augmentait. C'est parmi la tranche des 75 ans ou plus et des 85 ans ou plus que la hausse s'avérait la plus forte. Au Québec, cette hausse était plus marquée chez les 85 ans ou plus (40,7 %) qu'en Ontario (26 %).

**Tableau 2**  
**Évolution de la population du Québec et de l'Ontario**  
**Situation observée au 1er juillet 1990 et 1996**

	Québec		Variation 1996/1990 (%)	Ontario		Variation 1996/1990 (%)
	1990	1996		1990	1996	
<b>Population totale</b>	7 020 700	7 389 100	<b>5,2</b>	10 341 400	11 252 400	<b>8,8</b>
<b>moins de 64 ans</b>	6 264 700	6 492 500	<b>3,6</b>	9 177 700	9 875 300	<b>7,6</b>
<i>% sur total de la population</i>	<b>89,2</b>	<b>87,9</b>		<b>88,7</b>	<b>87,8</b>	
<b>65 ans ou plus</b>	755 900	896 700	<b>18,6</b>	1 164 000	1 377 200	<b>18,3</b>
<i>% sur total de la population</i>	<b>10,8</b>	<b>12,1</b>		<b>11,3</b>	<b>12,2</b>	
<b>75 ans ou plus</b>	291 200	362 300	<b>24,4</b>	463 100	565 000	<b>22,0</b>
<i>% sur total de la population</i>	<b>4,1</b>	<b>5,0</b>		<b>4,5</b>	<b>5,0</b>	
<b>85 ans ou plus</b>	60 000	84 400	<b>40,7</b>	105 200	132 500	<b>26,0</b>
<i>% sur total de la population</i>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>		<b>1,0</b>	<b>1,2</b>	

**Source :**

Division de la démographie, section des estimations démographiques, Statistique Canada.

Selon le groupe d'âge, on observe une croissance un peu plus accélérée au Québec parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus (12,7 %), 75 ans ou plus (20,5 %) et 85 ans ou plus (33,7 %), par rapport à l'ensemble.

Finalement, en 1996, la répartition de la population selon le groupe d'âge est presque semblable d'une province à l'autre.

### **3.1.2 Les dépenses publiques, 1993-1994 à 1995-1996**

Le vieillissement de la population du Québec et de l'Ontario constitue un phénomène qui a et qui aura dans les années à venir des répercussions sur la demande des services d'hébergement et de soins de longue durée d'autant plus que la courbe démographique tend vers un accroissement plus marqué des tranches de populations âgées ayant 75 ans ou plus et 85 ans ou plus qui présentent plus grand risque de perte d'autonomie.

Les établissements de soins de longue durée forment un élément important des systèmes de services de santé et de services sociaux québécois et ontarien, sans pour autant être en pleine croissance. Le Québec et l'Ontario privilégient de plus en plus des services dans la collectivité et leur gouvernement respectif se questionne sur les façons de diminuer les dépenses par les publiques tout en assurer la qualité des services offerts à la population en perte d'autonomie. Ainsi, la comparaison des fonds publics investis dans les services d'hébergement et de soins de longue durée demeure un élément important à considérer dans ce type d'étude.

#### **3.1.2.1 *Les dépenses d'exploitation* (tableau 3 et graphique 1)**

Le tableau 3 indique qu'entre 1993-1994 et 1995-1996, l'apport des montants consacrés aux services d'hébergement et de soins de longue durée était plus élevé en Ontario qu'au Québec.

Tableau 3

**Dépenses pour les services d'hébergement et de soins de  
longue durée au Québec et en Ontario, de 1993-1994 à 1995-1996**

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	Variation 1993-1994 à 1995-1996
<b>Québec</b>				
Dépenses (en M \$)	<b>1 483,9</b>	<b>1 481,5</b>	<b>1 442,3</b>	
Indice évolutif	100,0	99,8	97,4	97,4
Variation annuelle (%)		- 0,2	- 2,5	-2,7
<b>Ontario</b>				
Dépenses (en M \$)	<b>1 983,0</b>	<b>1 988,3</b>	<b>1 979,3</b>	
Indice évolutif	100,0	100,3	99,5	99,5
Variation annuelle (%)		0,3	- 0,7	-0,5

**Notes méthodologiques :**

Il s'agit pour les deux provinces des dépenses nettes de fonctionnement.

**Québec** - Les montants comprennent les frais d'exploitation des services des CHSLD tels qu'ils apparaissent dans les Comptes publics du Québec ainsi que les coûts nets pour les soins de longue durée aux personnes en perte d'autonomie dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques.

**Ontario** - Les montants comprennent les frais d'exploitation des services en établissements de soins de longue durée inscrits dans les Comptes publics de l'Ontario, la contribution municipale au financement des établissements de soins de longue durée ainsi que des estimations des dépenses nettes des services de soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée.

Les dépenses excluent les coûts pour le service de la dette, les loyers, l'allocation de retraite des employés du gouvernement, les dépenses fédérales ainsi que certaines dépenses privées.

**Sources :**

**Québec** - ministère des Finances. Comptes publics du Québec, vol. 2, Détail des revenus, crédits et dépenses du gouvernement du Québec, santé et services sociaux, services des CHSLD (exercices financiers, 1993-1994 à 1995-1996, et ministère de la Santé et des Services sociaux (banque de données SIFO, classe 21, centres d'activités 6150, 6040 et 6060).

**Ontario** - ministère des Finances. Comptes publics de l'Ontario, États financiers des ministères, Programme de soins de longue durée, services en établissements (exercices financiers 1993-1994 à 1995-1996), Rapports annuels sur les revenus et les dépenses des établissements de soins de longue durée et Département des services en institutions, ministère de la Santé de l'Ontario.

La courbe évolutive du graphique 1 montre une diminution des dépenses gouvernementales dans les deux provinces. Ce taux de croissance négatif est toutefois plus significatif au Québec (-2,7 %) que du côté ontarien (-0,5 %).

### **3.1.2.2 Les dépenses per capita (tableau 4 et graphique 2)**

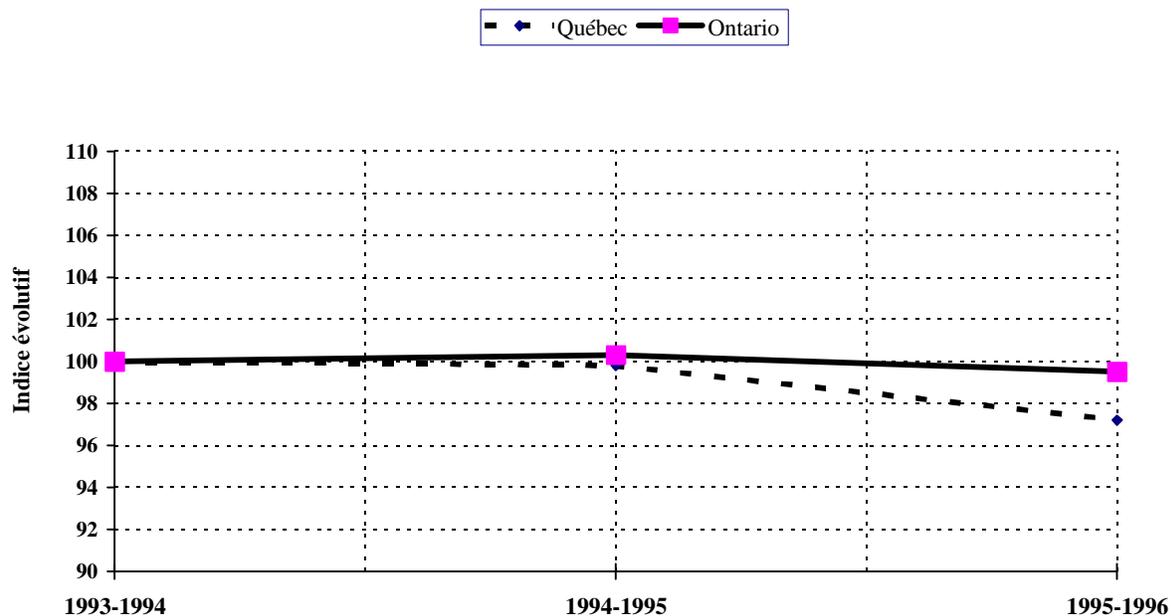
En 1995-1996, les dépenses per capita consacrées aux services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec se situaient à 196,41 \$, soit une baisse de 4,2 % depuis 1993-1994. Au cours de la même période, l'Ontario enregistrait une baisse de 2,8 % pour se positionner en 1995-1996 à 178,36 \$ par habitant. De plus, on observe une diminution de l'écart des dépenses totales per capita entre les deux provinces qui est passé de 21,64 \$ en 1993-1994 à 18,05 \$ en 1995-1996, pour une baisse globale de 16,6 %.

Entre 1993-1994 et 1995-1996, les dépenses per capita octroyées aux 65 ans ou plus, qui représentent la clientèle cible en hébergement et de soins de longue durée, ont passablement diminué dans les deux provinces. Selon les données figurant au tableau 4, cette baisse s'est toutefois avérée plus importante au Québec (-7,9 %) qu'en Ontario (-5,4 %). Le même phénomène s'observe chez les 75 ans ou plus où le Québec a vu ses dépenses per capita diminuer globalement de 9,5 % contre 7,1 % en Ontario.

Les écarts entre les montants per capita engagés au Québec et en Ontario, plus particulièrement chez les 65 ans ou plus et les 75 ans ou plus, tendent à pousser à la hausse la contribution financière du gouvernement québécois dans ce secteur d'activité. Toutefois, au Québec, la contribution se limite au palier provincial, ce qui n'est pas le cas en Ontario. La contribution financière des municipalités et des organismes de bienfaisance aux établissements de soins de longue durée en Ontario paraît quand même importante (elle se situe entre 95 à 110 millions annuellement) et le gouvernement ontarien compte encourager la participation continue de ces instances comme fournisseurs de fonds, malgré que les politiques de financement tendent de plus en plus vers l'affectation unique de fonds provinciaux. Ceci explique donc, en partie, les coûts

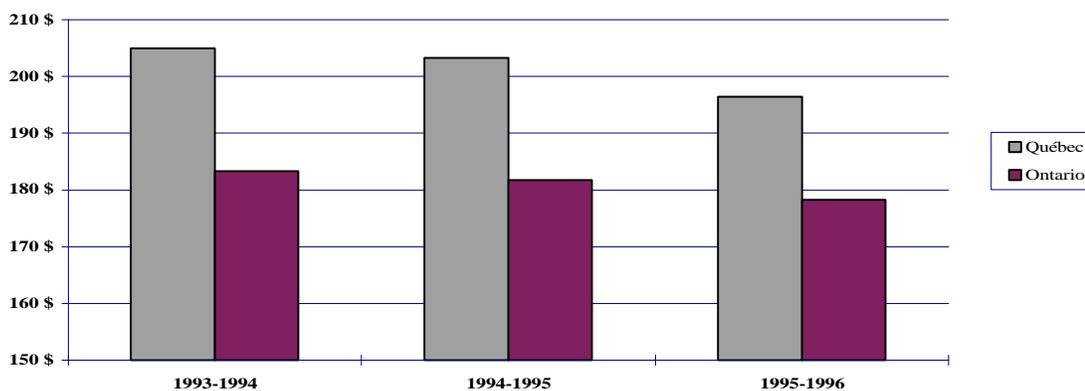
# Graphique 1

### Évolution des dépenses consacrées aux services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario, de 1993-1994 à 1995-1996



# Graphique 2

### Comparaison des dépenses per capita pour les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario, de 1993-1994 à 1995-1996



**Sources :**

**Québec** - ministère des Finances. Comptes publics du Québec, vol. 2, Détail des revenus, crédits et dépenses du gouvernement du Québec, santé et services sociaux, services en CHSLD (exercices financiers, 1993-1994 à 1995-1996 et ministère de la Santé et des Services sociaux (banque de données SIFO).

**Ontario** - ministère des Finances. Comptes publics de l'Ontario, États financiers des Ministères, ministère de la Santé, Programme de soins de longue durée (exercices financiers, 1993-1994 à 1995-1996), Rapports annuels sur les revenus et les dépenses des établissements de soins de longue durée et Département des services en institutions, ministère de la Santé de l'Ontario.

Tableau 4

**Dépenses per capita pour l'hébergement et de soins de longue durée  
chez les 65 ans ou plus et les 75 ans ou plus au Québec et en Ontario, de 1993-1994 à 1995-1996**

	1993-1994	1994-1995	1995-1996
<b>Dépenses (en M \$)</b>			
<b>Québec</b>	1 483,9	1 481,5	1 442,3
<b>Ontario</b>	1 983,0	1 988,3	1 979,3
<b>Population (milliers)</b>			
<b>Québec</b>			
<i>Total</i>	7 238,6	7 288,8	7 343,2
<i>65 ans ou plus</i>	828,3	850,1	873,3
<i>75 ans ou plus</i>	323,5	333,8	346,9
<b>Ontario</b>			
<i>Total</i>	10 815,4	10 937,1	11 097,4
<i>65 ans ou plus</i>	1 275,4	1 308,8	1 344,1
<i>75 ans ou plus</i>	503,5	517,7	540,3
<b>Dépenses (\$) per capita</b>			
<b>Québec</b>	205,00	203,26	196,41
<b>Ontario</b>	183,36	181,80	178,36
<b>Variation annuelle (%)</b>			
<b>Québec</b>		- 0,8	- 3,4
<b>Ontario</b>		- 0,9	- 1,9
<b>Dépenses (\$) per capita chez les 65 ans ou plus</b>			
<b>Québec</b>	1 791,51	1 742,76	1 651,56
<b>Ontario</b>	1 554,86	1 519,21	1 472,62
<b>Variation annuelle (%)</b>			
<b>Québec</b>		- 2,7	- 5,2
<b>Ontario</b>		- 2,3	- 3,1
<b>Dépenses (\$) per capita chez les 75 ans ou plus</b>			
<b>Québec</b>	4 587,03	4 438,35	4 157,69
<b>Ontario</b>	3 938,57	3 840,71	3 663,42
<b>Variation annuelle (%)</b>			
<b>Québec</b>		- 3,2	- 6,3
<b>Ontario</b>		- 2,5	- 4,6

**Sources :**

**Québec :** (*Dépenses*) ministère des Finances. Comptes publics du Québec, Détail des revenus, crédits et dépenses du gouvernement du Québec, santé et services sociaux, services en CHSLD (exercices financiers, 1993-1994 à 1995-1996), ministère de la Santé et des Services sociaux (banque de données SIFO). (*Population*) Division de la démographie, section des estimations démographiques, Statistique Canada.

**Ontario :** (*Dépenses*) ministère des Finances. Comptes publics de l'Ontario, États financiers des ministères, ministère de la Santé, Programme de soins de longue durée, services en établissements (exercices financiers, 1993-1994 à 1995-1996), et Rapports annuels sur les revenus et les dépenses des établissements de soins de longue durée et Département des services en institutions, ministère de la Santé de l'Ontario. (*Population*) Division de la démographie, section des estimations démographiques, Statistique Canada.

moins élevés per capita. Un autre facteur explicatif de cet écart interprovincial concerne la part plus élevée en Ontario de la contribution de l'adulte aux frais d'hébergement, en tant que financement complémentaire aux établissements de soins de longue durée (voir la section suivante). Ces revenus gouvernementaux servent à améliorer les services dans les foyers pour personnes âgées et dans les maisons de soins infirmiers. Tout excédent budgétaire relatif à la contribution de l'usager hébergé peut être conservé par l'établissement.

### **3.1.2.3 La contribution de l'adulte hébergé (tableau V)**

Le Québec et l'Ontario exigent des personnes vivant dans les établissements de soins de longue durée qu'elles assument une partie des coûts d'hébergement liés à l'alimentation y compris la préparation des repas, à la buanderie, à l'entretien ménager, au fonctionnement et à l'entretien des installations, à la sécurité et à leur administration. Pour ces établissements, il s'agit d'un revenu supplémentaire provenant des usagers qui occupent une chambre à un lit (*privée/private accommodation*), à deux lits (*semi-privée/semi-private accommodation*) ou à deux lits et plus (*en salle/basic accommodation*). La mesure relative à la tarification proprement dite des chambres se calcule différemment d'une province à l'autre<sup>10</sup>. Cependant, les deux provinces soustraient des revenus une allocation de dépenses personnelles pour l'adulte hébergé, qui est plus généreuse au Québec (143 \$ en 1996) qu'en Ontario (112 \$). La capacité de payer de l'utilisateur demeure une consigne respectée par les politiques de frais des deux provinces et, si nécessaire, des exemptions sont considérées. Le tableau 5 indique les montants maximaux exigés par l'État comme contribution aux frais d'hébergement pour des soins de longue durée.

---

<sup>10</sup> Depuis l'avènement de la réforme des soins de longue durée en 1993, l'Ontario ne tient plus compte des biens et des avoirs liquides. Le calcul de la contribution s'effectue sur la base du revenu individuel. Au Québec, le calcul se fait sur la base du revenu familial de l'adulte hébergé, de la somme de toute indemnité, pension, allocation ou vente non imposable, et d'un pourcentage de la valeur des biens.

**Tableau 5**

**Contribution de l'adulte hébergé selon le type de chambre en hébergement de soins de longue durée au Québec et en Ontario, de 1994 à 1996**

		Type de chambre					
		En salle (2 lits et plus)		Semi-privée (2 lits)		Privée (1 lit)	
		<i>par jour</i>	<i>par mois</i>	<i>par jour</i>	<i>par mois</i>	<i>par jour</i>	<i>par mois</i>
<b>1994</b>	Québec	23,46 \$	713,58 \$	31,57 \$	960,26 \$	37,76 \$	1 148,53 \$
	Ontario	39,40 \$	1 198,42 \$	47,40 \$	1 441,75 \$	57,40 \$	1 745,92 \$
	<i>écart Québec/Ontario</i>	<b>- 15,94 \$</b>	<b>- 484,84 \$</b>	<b>- 15,83 \$</b>	<b>- 481,50 \$</b>	<b>- 19,64 \$</b>	<b>- 597,38 \$</b>
<b>1996</b>	Québec	24,00 \$	730,00 \$	32,30 \$	982,46 \$	38,63 \$	1 175,00 \$
	Ontario	40,29 \$	1 225,49 \$	48,29 \$	1 468,82 \$	58,29 \$	1 772,99 \$
	<i>écart Québec/Ontario</i>	<b>- 16,29 \$</b>	<b>- 495,49 \$</b>	<b>- 15,99 \$</b>	<b>- 486,36 \$</b>	<b>- 19,66 \$</b>	<b>- 597,99 \$</b>
<b>Variation 1996/1994 (%)</b>	<i>écart Québec/Ontario</i>	2,2		1,0		0,1	
<b>Variation 1996/1994 (%)</b>	Québec	2,3		2,3		2,3	
	Ontario	2,3		1,9		1,6	

**Note méthodologique :**

**Québec** – Il s'agit du maximum payé par la personne hébergée en CHSLD publics et privés conventionnés ainsi que dans les ressources intermédiaires au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année de référence au tableau.

**Ontario** – Il s'agit du maximum payé par la personne hébergée en maisons de soins infirmiers, en foyers de bienfaisance et foyers municipaux pour personnes âgées au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année de référence au tableau.

Les montants par mois sont obtenus en multipliant le montant journalier par 30,416 (365 jours divisés par 12 mois)

**Sources :**

**Québec** : Direction de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

**Ontario** : Long Term Care Facility Resident Information on Costs and Services, Residential Services Branch, Long Term Care Division Area, Ministry of Health, Ontario.

Entre 1994 et 1996, les tarifs maximaux pour une chambre ordinaire augmentaient de 2,3 % dans les deux provinces. L'évolution des tarifs pour une chambre semi-privée et une chambre privée indique toutefois une augmentation un peu plus élevée au Québec (respectivement 2,3 %) qu'en Ontario (1,9 % et 1,6 %). On peut aussi constater des écarts de tarifs entre les deux provinces dans l'ensemble des types d'hébergement, plus particulièrement pour une chambre privée. Entre 1994 et 1996, ces écarts se sont élargis quelque peu pour une chambre en salle et une chambre semi-privée, alors qu'ils demeuraient relativement stables pour une chambre privée.

Les différences interprovinciales en matière de contribution à l'hébergement s'expliquent en partie par le fait qu'en Ontario, les frais pour les soins de longue durée sont axés principalement sur le montant minimal du revenu du particulier, revenus récurrents qui sert à 100 % au paiement de la contribution contrairement aux avoirs liquides des usagers qui, lorsque épuisés, influencent à la baisse le montant de leur contribution.

En outre, la législation ontarienne prévoit qu'un établissement de soins de longue durée peut avoir jusqu'à 60 % de places disponibles dans des chambres semi-privées et privées et au moins 40 % dans des chambres en salle. Par conséquent, le revenu généré par la contribution des usagers s'accroît plus rapidement étant donné le coût plus élevé des chambres semi-privées et privées. Il faut noter également qu'au Québec, et depuis déjà quelques années, les plans de transformation du réseau privilégient aussi un hébergement à occupation privée.

### 3.1.3 Les ressources institutionnelles, 1993 à 1997

À des fins de comparaison, l'inventaire des ressources du réseau de l'hébergement et de soins de longue durée<sup>11</sup> se limite au nombre de places au permis. Faut-il le rappeler ici, le dénombrement d'établissements offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario n'est pas retenu comme indicateur de la variable sur les ressources étant donné qu'il n'est pas représentatif de la même réalité. Le nombre total provincial des établissements en date du présent inventaire est toutefois donnée aux annexes 7 et 8.

L'inventaire dressé au tableau 6 trace le portrait des deux réseaux en fonction des données disponibles et obtenues en date du 30 septembre 1993, 1994, 1995 et 1996 ainsi qu'au 20 janvier 1997. L'évolution 1993-1997 se veut une représentation des réseaux d'hébergement et de soins de longue durée à deux moments, soit avant la transformation du réseau québécois de la santé (1993 à 1995) et du réseau de la longue durée en Ontario (1993-1994), et au cours de la transformation (1995, 1996 et début 1997). **Il ne s'agit donc pas d'un bilan sur la transformation des deux réseaux.** Le choix des dates (30 septembre et 20 janvier) repose essentiellement sur la disponibilité, au moment de l'enquête, des données du fichier concernant les établissements et les places en hébergement et de soins de longue durée au ministère de la Santé de l'Ontario. La comparaison des places au Québec a été rendue possible par la saisie des informations statistiques, selon les mêmes dates, contenues au fichier des établissements de santé et de services sociaux (M02).

---

<sup>11</sup> Il s'agit du réseau regroupant des CHSLD publics, privés conventionnés et à taux forfaitaire ainsi que les unités de soins de longue durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques au Québec et leurs équivalents en Ontario, soit les maisons de soins infirmiers, les foyers municipaux et les foyers de bienfaisance pour personnes âgées, les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée.

### 3.1.3.1 L'évolution des places en hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario (tableau 6)

Au Québec, dans les CHSLD publics et privés conventionnés (incluant ceux à taux forfaitaire), le nombre de places inscrites au permis est passé de 49 336 au 30 septembre 1993 à 49 637 au 20 janvier 1997, pour une augmentation de 0,6 %. La baisse la plus forte à survenir dans cet inventaire remonte au 30 septembre 1995 (49 125 places), avec une diminution de 0,4 % comparativement au 30 septembre 1993, et la plus forte a été notée le 20 janvier 1997 avec 49 637 places.

Dans l'ensemble des établissements de soins de longue durée en Ontario, **incluant les données sur les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques dans des CH de courte durée**, le nombre de places au permis a diminué de 5,7 %, soit de 70 931 au 30 septembre 1993 à 66 914 au 20 janvier 1997. La baisse la plus forte est enregistrée au 20 janvier 1997 (66 914), soit une diminution de 5,7 % par rapport au 30 septembre 1993. Cette baisse est attribuable en grande partie à la réduction importante du nombre de lits en soins chroniques (-20,6 %) au cours de la même période. Finalement, la hausse la plus forte remonte au 30 septembre 1993 avec 70 931 places.

Province	Inventaire	Baisse la plus forte observée	Hausse la plus forte observée
Québec		(49 125 places) le 30 septembre <b>1995</b>	(49 637 places) le 20 janvier <b>1997</b>
Ontario		(66 914 places) le 20 janvier <b>1997</b>	(70 931 places) le 30 septembre <b>1993</b>

La légère augmentation des places observée au Québec s'inscrit en quelque sorte dans les orientations préconisées par le Ministère à l'effet de rendre accessibles de nouvelles place dans le réseau. L'Ontario s'éloigne quelque peu des objectifs fixés par sa réforme des soins de longue durée par une diminution du nombre de places expliquée notamment par la baisse importante des lits en soins chroniques.

Tableau 6

**Évolution de la capacité d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario  
Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996, au 20 janvier 1997 et au 2 juillet 1998**

	30 septembre				20 janvier	02-juil
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Québec</b>						
<b># de places ayant la mission CHSLD</b>	<b>49 336</b>	<b>49 479</b>	<b>49 125</b>	<b>49 580</b>	<b>49 637</b>	<b>49 967</b>
Indice évolutif	-	100,3	99,6	100,5	100,6	101,3
Variation annuelle (%)	-	0,3	- 0,7	0,9	0,1	0,7
<b>Places pour 1000 personnes</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>
<b>1000 personnes 65 ans ou plus</b>	<b>59,6</b>	<b>58,2</b>	<b>56,3</b>	<b>55,3</b>	<b>55,4</b>	<b>54,3</b>
<b>1000 personnes 75ans ou plus</b>	<b>152,5</b>	<b>148,2</b>	<b>141,6</b>	<b>136,8</b>	<b>137,0</b>	<b>133,0</b>
<b>Ontario</b>						
<b># de places en soins de longue durée (SLD)</b>	<b>59 996</b>	<b>56 841</b>	<b>58 127</b>	<b>58 188</b>	<b>58 235</b>	<b>58 303</b>
<i># de places en soins chroniques (SC)</i>	<i>10 935</i>	<i>10 392</i>	<i>10 325</i>	<i>9 639</i>	<i>8 679</i>	<i>8 154</i>
<b># total des places en hébergement et de soins de longue durée</b>	<b>70 931</b>	<b>67 233</b>	<b>68 452</b>	<b>67 827</b>	<b>66 914</b>	<b>66 457</b>
Indice évolutif	-	94,8	96,5	95,6	94,3	93,7
Variation annuelle (%)	-	- 5,2	1,8	- 0,9	- 1,3	- 0,7
<b>Places pour 1000 personnes</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>6,2</b>	<b>6,0</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>
<b>1000 personnes 65 ans ou plus</b>	<b>55,6</b>	<b>51,4</b>	<b>50,9</b>	<b>49,2</b>	<b>48,6</b>	<b>45,9</b>
<b>1000 personnes 75 ans ou plus</b>	<b>140,9</b>	<b>129,9</b>	<b>126,7</b>	<b>120,0</b>	<b>118,4</b>	<b>107,3</b>

**Notes méthodologiques :**

**Québec** - Il s'agit des places inscrites au permis à titre de la mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée dans les établissements publics et privés conventionnés (incluant ceux à taux forfaitaire et conventionnés à 80 %).

**Ontario** - Il s'agit des places opérationnelles (approved and licensed) et non-opérationnelles (awarded) pour les soins de longue durée dans les maisons de soins infirmiers, les foyers de bienfaisance et les foyers municipaux pour personnes âgées et des places au permis pour des services d'hébergement et de soins de longue durée dans les hôpitaux publics pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée.

**Sources :**

Québec - Fichier des établissements de santé et de services sociaux (M02), Service de l'analyse statistique, MSSS, Québec.

Ontario - (*Place de longue durée*) Ontario Long Term Care Bed Inventory and Ratio Report, Long Term Care Division Area, Ministry of Health, Ontario. (*Places en soins chroniques*) Daily Census Summary, Institutional Services Branch, Ministry of Health, Ontario.

### **3.1.3.2 *Le nombre de places en hébergement et de soins de longue durée pour 100 personnes au Québec et en Ontario (tableau 6 et graphique 3)***

#### **Ensemble de la province :**

Le tableau 6 indique qu'en janvier 1997, le ratio ontarien de 6 places pour 100 personnes était inférieur à celui du Québec (6,7). Entre le 30 septembre 1993 et le 20 janvier 1997, le ratio a connu une légère baisse au Québec (-1,5 %) et une baisse beaucoup plus importante (-7,7 %) en Ontario.

#### **65 ans ou plus :**

Le graphique 3 illustre qu'entre le 30 septembre 1993 et le 20 janvier 1997, l'écart s'est accentué entre les deux provinces quant au nombre de places pour 100 personnes de 65 ans ou plus. Au 30 septembre 1993, le ratio se situait à 5,9 places au Québec et à 5,7 en Ontario et, au 20 janvier 1997, ce ratio au Québec n'était plus que de 5,5 pour une baisse de 6,8 %, alors qu'il diminuait en Ontario à un rythme plus rapide (-15,8 %) pour se fixer à 4,8.

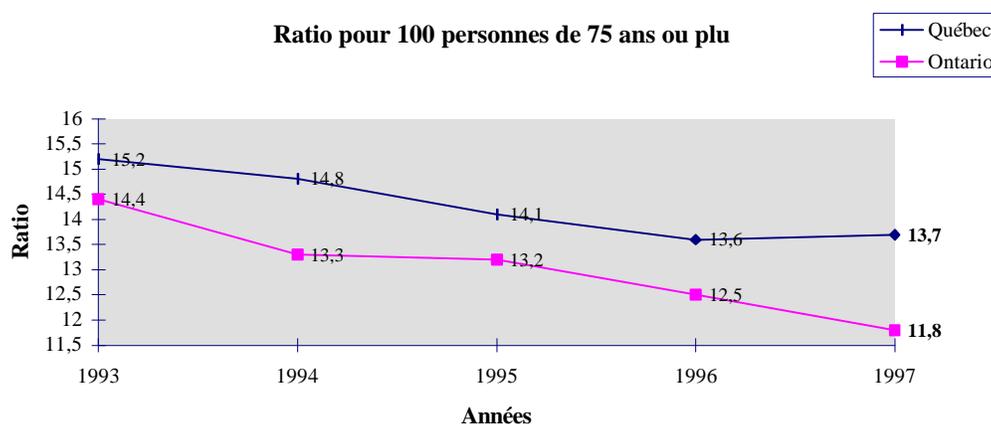
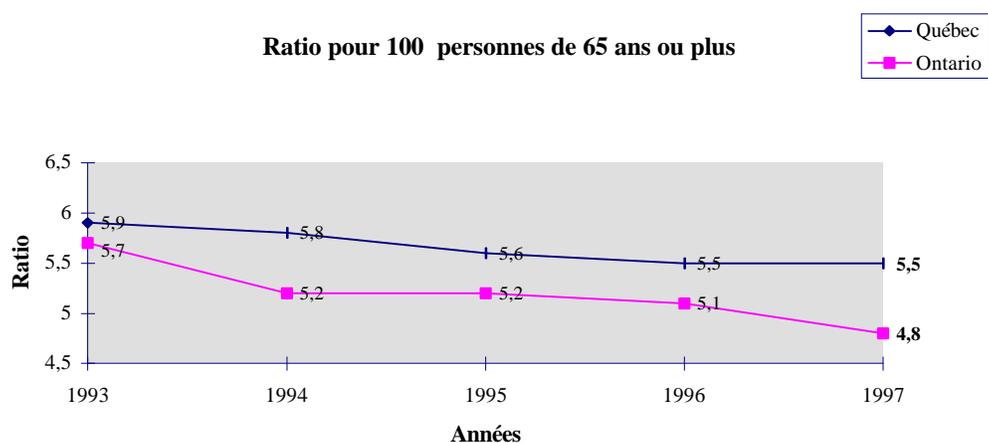
#### **75 ans ou plus :**

Le même phénomène s'est produit pour la tranche des 75 ans ou plus où l'écart entre les deux provinces du ratio pour 100 personnes s'est élargi avec les années pour se situer, en date du 20 janvier 1997, à 13,7 au Québec et à 11,8 en Ontario (graphique 3). Le ratio pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus a diminué dans les deux provinces, mais cette baisse demeurait plus importante en Ontario (-18,1 %) qu'au Québec (-9,9 %).

Dans l'ensemble, les résultats relatifs au nombre de places pour 100 personnes de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus révèlent une diminution progressive tant au Québec qu'en Ontario. Malgré ce fait, la décroissance demeure plus importante en Ontario étant donné que les ressources d'hébergement et de soins de longue durée furent réduites entre 1993 et 1997, contrairement au Québec où elles ont augmenté quelque peu (voir tableau 5), et que l'augmentation de la population âgée de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus est demeurée moins élevée qu'au Québec (voir tableau 2).

### GRAPHIQUE 3

**Nombre de places en hébergement et de soins de longue durée pour 100 personnes de 65 ans ou plus et de 75 ans ou plus au Québec et en Ontario**  
**Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996 et au 20 janvier 1997**



**Sources :**

**Québec** - fichier des établissements de santé et de services sociaux (M02), Service de l'analyse statistique MSSS, Québec.

**Ontario** - (*Places de longue durée*) - Ontario Long Term Care Bed Inventory and Ratio Report Long Term Care Division Area, Ministry of Health, Ontario. (*Places en soins chroniques*) Daily Census Summary, Institutional Services Branch, Ministry of Health, Ontario.

### **3.1.4 Les caractéristiques de la clientèle hébergée, 1994 à 1996**

La clientèle type hébergée pour des soins de longue durée au Québec et en Ontario est composée majoritairement de personnes âgées en perte d'autonomie qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel. Une proportion de plus en plus importante de personnes admises dans les milieux d'hébergement présentent généralement plus d'un diagnostic médical nécessitant non seulement des soins d'assistance et d'accompagnement dans diverses activités quotidiennes, mais aussi davantage de soins infirmiers. Le portrait comparatif présenté ci-dessous fait état de quelques indicateurs liés à l'analyse des clientèles en hébergement et de soins de longue durée, soit le groupe d'âge et les taux d'hébergement qui s'y rattachent ainsi que les heures de soins infirmiers qu'elles requièrent.

#### **3.1.4.1 La clientèle hébergée selon le groupe d'âge (tableau 7 et graphiques 4 et 5)**

En 1996, les établissements offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée comptaient plus de personnes hébergées en Ontario qu'au Québec (64 871 contre 41 908). De 1994 à 1996, l'Ontario a vu sa clientèle augmenter de 3,1 % pendant que le Québec enregistrait plutôt une diminution de l'ordre de 1,3 %.

On constate aussi que le nombre de personnes hébergées selon le groupe d'âge répertorié a diminué progressivement au Québec à l'exception de celles âgées de 85 ans ou plus dont l'augmentation atteint 0,8 %. En Ontario, le nombre de personnes hébergées a progressé parmi l'ensemble des groupes d'âge, et de manière plus marquée chez celles qui ont moins de 64 ans (4,9 %) et celles qui ont 85 ans ou plus (3,7 %), en raison principalement de l'augmentation de la clientèle dans les hôpitaux et les unités de soins chroniques (voir l'annexe 9).

**Tableau 7**  
**Nombre de personnes hébergées en établissements de soins de longue durée**  
**au Québec et en Ontario selon le groupe d'âge, de 1994 à 1996**

Nombre total de personnes hébergées		1994		1995		1996		Variation 1996/1994	
		Québec	Ontario	Québec	Ontario	Québec	Ontario	Québec	Ontario
Groupe d'âge		31 mars	sept./oct.	31 mars	sept./oct.	31 mars	sept./oct.	%	%
<b>Moins de 64 ans</b>	N	4 842	3 496	4 895	3 615	4 759	3 669	-1,7	4,9
	%	11,4	5,6	11,6	5,7	11,4	5,7	-	-
<b>65 à 74 ans</b>	N	6 262	8 461	6 253	8 482	6 120	8 555	-2,3	1,1
	%	14,7	13,4	14,8	13,3	14,6	13,2	-	-
<b>75 à 84 ans</b>	N	14 956	21 833	14 643	22 040	14 496	22 421	-3,1	2,7
	%	35,2	34,7	34,6	34,5	34,6	34,6	-	-
<b>85 ans ou plus</b>	N	16 402	29 141	16 549	29 811	16 533	30 226	0,8	3,7
	%	38,6	46,3	39,1	46,6	39,5	46,6	-	-
<b>Total</b>	N	42 462	62 931	42 340	63 948	41 908	64 871	<b>-1,3</b>	<b>3,1</b>
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
<b>Nombre de personnes hébergées pour 1 000 personnes selon le groupe d'âge</b>									
<b>Moins de 64 ans</b>	N	0,8	0,4	0,8	0,4	0,7	0,4	-2,5	-1,5
<b>65 à 74 ans</b>	N	12,1	10,7	10,7	10,6	11,5	10,5	-5,6	-1,5
<b>75 à 84 ans</b>	N	57,7	55,2	54,7	53,3	52,2	51,9	-9,6	-6,0
<b>85 ans ou plus</b>	N	220,2	238,9	209,7	234,7	195,9	228,1	-11,0	-4,5

**Notes méthodologiques :**

**Québec** - Il s'agit de la clientèle hébergée en CHSLD publics et privés conventionnés ainsi que de celle dans les unités de soins de longue durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

**Ontario** - Il s'agit de la clientèle hébergée en maisons de soins infirmiers, en foyers de bienfaisance, en foyers municipaux pour personnes âgées ainsi que de celle recevant des soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée.

**Sources :**

**Québec** - fichier de contribution des usagers hébergés du Québec. Données obtenues à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.

**Ontario** - Provincial Summary Data Report, Long Term Care Division Area et Institutional Services Branch, Ministry of Health, Ontario.

Si l'on considère l'âge comme indicateur d'un alourdissement de la clientèle, on constate que l'Ontario tend à héberger une clientèle plus “ lourde ” que celle du Québec. Le graphique 4 indique que, pour l'année 1994, presque la moitié de la clientèle hébergée en Ontario avait 85 ans ou plus (46,3 %). Au Québec, les clientèles étaient davantage partagées, plus particulièrement entre les 75 à 84 ans (35,2 %) et les 85 ans ou plus (38,6 %). De plus, le Québec hébergeait proportionnellement presque deux fois plus de personnes de moins de 64 ans (11,4 %) qu'en Ontario (5,6 %).

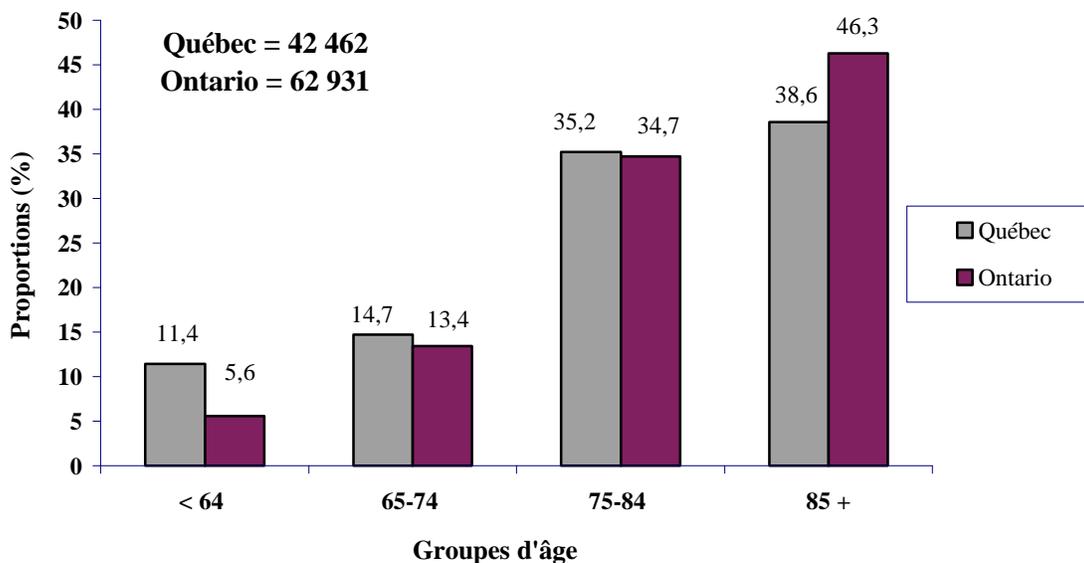
Le graphique 5 illustre, pour l'année 1996, la même importance relative pour l'ensemble des groupes d'âge : en Ontario, les 85 ans ou plus constituaient le groupe le plus nombreux des personnes hébergées (46,6 %) tandis qu'au Québec, la répartition demeurait partagée entre les 75-84 ans (34,6 %) et les 85 ans ou plus (39,5%). Cependant, chez les 75-84 ans, la proportion relative des personnes hébergées est identique entre les deux provinces (34,6 %).

#### ***3.1.4.2 Le nombre de personnes hébergées pour 1 000 personnes selon le groupe d'âge (tableau 7)***

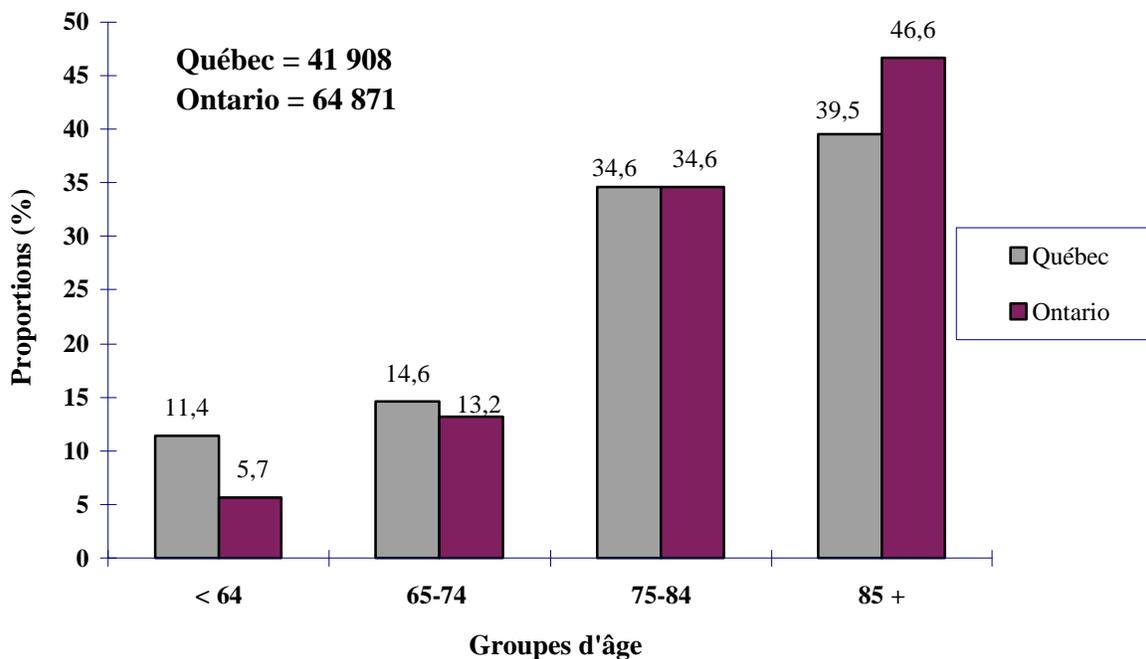
Bien qu'au Québec et en Ontario le nombre de personnes hébergées par 1 000 habitants diminue progressivement pour l'ensemble des groupes d'âge recensés, on constate que cette baisse est plus marquée chez les 75-84 ans et les 85 ans ou plus.

De 1994 à 1996, le nombre de personnes hébergées par 1 000 habitants de moins de 64 ans demeurait très bas, ce qui signifie que les deux provinces hébergaient une faible proportion de personnes de ce groupe d'âge. Comme le montre le tableau 7 de toute évidence, plus on avance en âge, plus il y a croissance du ratio de personnes hébergées par 1 000 habitants. On observe aussi qu'entre les deux provinces, l'écart entre les nombres est peu marqué parmi l'ensemble des groupes d'âge, à l'exception des 85 ans ou plus où il s'accroît avec les années compte tenu que le nombre de personnes hébergées par 1 000 habitants était plus élevé (228,1) en Ontario en 1996 qu'au Québec (195,9).

**Graphique 4**  
**Proportions relatives des personnes hébergées au Québec et**  
**en Ontario selon le groupe d'âge en 1994**



**Graphique 5**  
**Proportions relatives des personnes hébergées au Québec**  
**et en Ontario selon le groupe d'âge en 1996**



**Sources :**

**Québec** - fichier de contribution des usagers hébergés du Québec. Données obtenues à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

**Ontario** : Provincial Summary Data Report, Long Term Care Division Area, et Institutional Services Branch, Ministry of Health, Ontario.

### **3.1.4.3 Les taux d'hébergement chez les clientèles âgées de 65, de 75 et de 85 ans ou plus (tableau 8)**

Le tableau 8 présente notamment les taux d'hébergement selon les trois groupes d'âge retenus. Il s'agit de la proportion de personnes hébergées (en personne/année) pour l'année précisée en regard du nombre de personnes âgées de 65, de 75 et de 85 ans ou plus.

Si l'on rapporte le nombre de personnes hébergées en fonction de la population totale du Québec et de l'Ontario, on obtient, pour l'année 1996, un indicateur du taux d'hébergement global<sup>12</sup> qui est identique (4,7 %) entre les deux provinces, pour une diminution depuis 1994 de 6,4 % au Québec et de 2 % en Ontario. La proportion des personnes hébergées de 65 ans ou plus demeure plus élevée en Ontario (94,3 %) qu'au Québec (88,6 %). Cependant, l'indice du taux d'hébergement par rapport à la population totale chez ce groupe d'âge était supérieur (4,4 %) à celui du Québec (4,1 %).

Malgré le fait que, sur le plan démographique, les populations âgées de 65, de 75 et de 85 ans ou plus augmentaient entre 1994 et 1996, le nombre de personnes hébergées au Québec diminuait, sauf chez les 85 ans ou plus où l'on notait une légère augmentation de la clientèle (0,8 %). Inversement, le tableau 8 montra aussi une augmentation du nombre de personnes hébergées en Ontario parmi l'ensemble des groupes d'âge, la plus forte hausse étant observable également chez les 85 ans ou plus (3,7 %).

En 1996, la proportion relative des personnes hébergées ayant 75 ans ou plus s'avérait plus élevée en Ontario (81,2 %) qu'au Québec (74 %) mais les taux d'hébergement demeuraient plus bas au Québec (8,6 %) que dans la province voisine (9,3 %). Le même phénomène visait les 85 ans ou plus où la proportion relative des personnes hébergées était plus élevée en Ontario (46,6 %) qu'au Québec (39,5 %), mais le taux d'hébergement se situait en deçà de l'Ontario à 19,6 %.

---

<sup>12</sup> Le taux d'hébergement global se calcule à partir de la population de référence en soins de longue durée qui est de 65 ans ou plus.

**Tableau 8**  
**Taux d'hébergement en établissements de soins de longue durée au Québec et en Ontario**  
**selon le groupe d'âge, de 1994 à 1996**

	1994		1995		1996		variation 1996/1994	
	Québec	Ontario	Québec	Ontario	Québec	Ontario	Québec	Ontario
<b>Total personnes hébergées</b>	<b>42 462</b>	<b>62 931</b>	<b>42 340</b>	<b>63 948</b>	<b>41 908</b>	<b>64 871</b>	<b>-1,3</b>	<b>3,1</b>
<b>Taux d'hébergement global</b>	<b>5,0</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>-6,4</b>	<b>-2,0</b>
<b>Population de 65 ans ou plus (000)</b>	850,1	1 308,8	873,3	1 344,1	896,7	1 377,2	<b>5,5</b>	<b>5,2</b>
Personnes hébergées	37 620	59 485	37 445	60 333	37 149	61 202	<b>-1,3</b>	<b>2,9</b>
% sur total des personnes hébergées	88,6	94,5	88,4	94,3	88,6	94,3	<b>0,1</b>	<b>-0,2</b>
<b>Taux d'hébergement (%)</b>	<b>4,4</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>4,5</b>	<b>4,1</b>	<b>4,4</b>	<b>-6,4</b>	<b>-2,2</b>
<b>Population de 75 ans ou plus (000)</b>	333,8	517,7	346,9	540,3	362,3	565,0	<b>8,5</b>	<b>9,1</b>
Personnes hébergées	31 358	51 024	31 192	51 851	31 029	52 647	<b>-1,0</b>	<b>3,2</b>
% sur total des personnes hébergées	73,8	81,1	73,7	81,1	74,0	81,2	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>
<b>Taux d'hébergement (%)</b>	<b>9,4</b>	<b>9,9</b>	<b>9,0</b>	<b>9,6</b>	<b>8,6</b>	<b>9,3</b>	<b>-8,8</b>	<b>-5,5</b>
<b>Population de 85 ans ou plus (000)</b>	74,5	122,0	78,9	127,0	84,4	132,5	<b>13,3</b>	<b>8,6</b>
Personnes hébergées	16 402	29 141	16 549	29 811	16 533	30 226	<b>0,8</b>	<b>3,7</b>
% sur total des personnes hébergées	38,6	46,3	39,1	46,6	39,5	46,6	<b>2,1</b>	<b>0,6</b>
<b>Taux d'hébergement (%)</b>	<b>22,0</b>	<b>23,9</b>	<b>21,0</b>	<b>23,5</b>	<b>19,6</b>	<b>22,8</b>	<b>-11,0</b>	<b>-4,5</b>

**Notes méthodologiques :**

**Québec** - Il s'agit de la clientèle hébergée en CHSLD publics et privés conventionnés ainsi que de celle dans les unités de soins de longue durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Il s'agit de données observées au 31 mars de chaque année de référence au tableau.

**Ontario** - Il s'agit de la clientèle hébergée en maisons de soins infirmiers, en foyers de bienfaisance et en foyers municipaux pour personnes âgées ainsi que de celle recevant des soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée. Il s'agit de données observées en sept/oct. de chaque année de référence au tableau.

Le taux d'hébergement global se calcule à partir de la population de référence en soins de longue durée qui est de 65 ans et plus.

**Sources :**

Hébergement

**Québec** : fichier de contribution des usagers hébergés du Québec. Données obtenues à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

**Ontario** : Provincial Summary Data Report, Long Term Care Division Area, et Planning and Operations, Institutional Services Branch, Ministry of Health.

*Population Québec et Ontario*

*Division de la démographie section des estimations démographiques, Statistique Canada.*

Le tableau 8 indique aussi des écarts qui s'accroissent entre les deux provinces quant aux taux d'hébergement chez les 65, les 75 ans et les 85 ans ou plus.

Finalement, l'indice du taux d'hébergement pour chacun des groupes d'âge diminue progressivement au Québec, la baisse la plus forte étant chez les 85 ans ou plus où l'indice passe de 22 % en 1994 à 19,6 % en 1996, pour une diminution globale de 11 %. Les taux d'hébergement sont aussi à la baisse en Ontario auprès de l'ensemble des groupes d'âge ; la diminution la plus forte est remarquée chez les 75 ans ou qui passent de 9,9 % à 9,3 %, reflétant une baisse de l'ordre de 5,5 %.

#### **3.1.4.4 Les personnes hébergées selon les heures de soins infirmiers requises (tableau 9)**

Un autre indicateur permettant de définir les clientèles est le nombre d'heures de soins infirmiers requises par la personne hébergée. Ce nombre d'heures détermine “ *l'intensité* ” des interventions de soins et d'assistance requises par l'utilisateur au cours d'une période de 24 heures. Ces soins peuvent être fournis soit par une ressource professionnelle (personnel infirmier ou infirmier auxiliaire), soit par une ressource para-professionnelle (préposée ou préposé).

*Dans le traitement de cet indicateur, il a été impossible de considérer les usagers hébergés à l'intérieur des hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques en Ontario, le fichier sur la classification des clientèles ne permettant pas d'obtenir les données propres à ces clientèles. Afin d'assurer le plus possible une comparabilité des univers, les personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée au sein des CHSGS du Québec ont été exclues de l'inventaire. Il s'agit donc pour cet indicateur des personnes hébergées dans les CHSLD publics et privés conventionnés du Québec et de celles hébergées dans les maisons de soins infirmiers, les foyers de bienfaisance et les foyers municipaux de l'Ontario.*

Dans sa réforme des soins de longue durée (1993), l'Ontario a revu les modalités de financement des établissements qui prodiguaient de tels soins. L'une des composantes budgétaires importantes dans le renouvellement de sa politique de financement vise le coût des soins infirmiers et personnels. Le

financement de ces soins repose sur un système de classification des bénéficiaires institué en 1992<sup>13</sup> et qui permet de mesurer, de façon fiable, les clientèles dont les besoins sont similaires et d'allouer aux établissements le budget nécessaire en fonction des soins requis, c'est-à-dire du temps effectivement consacré à soigner l'utilisateur.

La classification des bénéficiaires s'établit selon sept niveaux de soins regroupés de la manière suivante : (voir l'annexe 10) :

- A et B = soins légers (< 1,235 heure soins infirmiers) ;
- C et D = soins moyens (> 1,236 heure à < 2,26 heures) ;
- E, F G = soins lourds (> 2,27 heures).

Au Québec, la détermination des soins et services requis en centre d'hébergement et de soins de longue durée est une composante du rapport statistique annuel des CH et CHSLD. La répartition des heures de soins infirmiers requises par période de 24 heures est la suivante :

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| ➤ moins de 0,626 heure        | ➤ 2,876 heures à 3,625 heures |
| ➤ 0,626 heure à 1,375 heure   | ➤ 3,626 heures à 4,375 heures |
| ➤ 1,376 heure à 2,125 heures  | ➤ 4,376 heures et plus        |
| ➤ 2,126 heures à 2,875 heures |                               |

Pour les besoins de la présente étude, nous avons tenté de reconstituer les niveaux ontariens d'interventions à partir des heures de soins infirmiers utilisées au Québec. Elles présentent ainsi trois niveaux :

- |                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Niveau 1 : soins de faible intensité | 0 à 1,375 heure                |
| Niveau 2 : soins d'intensité moyenne | > 1,376 heure à < 2,875 heures |
| Niveau 3 : soins d'intensité élevée  | > 2,876 heures                 |

Sur la base des heures de soins infirmiers requises, cette reclassification à trois niveaux se rapproche donc de celle de l'Ontario.

---

<sup>13</sup> Il s'agit d'un outil d'évaluation des personnes hébergées emprunté de l'Alberta (Alberta Long Term Care

Le tableau 9 fait la répartition de la clientèle hébergée au Québec et en Ontario selon cette nomenclature. En 1996, à partir des sources de données, la majorité des personnes hébergées au Québec (54 %) requiéraient plus de 2,876 heures de soins infirmiers par jour. C'était aussi le cas en Ontario où 57,3 % des bénéficiaires en exigeaient plus de 2,27 heures.

Entre 1994 et 1996, on observe dans les deux provinces une diminution importante des clientèles nécessitant des soins plus légers. Cette baisse était toutefois plus marquée au Québec (-23,8 %) qu'en Ontario (-17,3 %). Inversement, on constate que le besoin des soins plus lourds (niveau 3) augmentait autant d'une province à l'autre au cours de la même période.

La clientèle nécessitant des soins de niveau moyen (niveau 2) diminue toutefois quelque peu en Ontario alors qu'elle demeure stable au Québec.

**Tableau 9**  
**Répartition de la clientèle hébergée pour des soins de longue durée au Québec et en Ontario**  
**selon les heures de soins infirmiers requises, de 1994 à 1996**

		1994	1995	1996	Variation 1996/1994
<i>Heures de soins requises</i>		<i>Clientèle</i>			
		%	%	%	%
<b>Niveau 1 : soins de faible intensité</b>					
< 1,375 heures	Québec (au 31 mars)	21,0	18,0	16,0	-23,8
< 1,235 hres	Ontario (en sept./oct.)	28,3	23,0	23,4	-17,3
<b>Niveau 2 : soins d'intensité moyenne</b>					
> 1,376 à < 2,875 heures	Québec (au 31 mars)	30,0	30,0	30,0	0,0
> 1,236 à < 2,26 heures	Ontario (en sept./oct.)	20,2	22,2	19,3	-4,5
<b>Niveau 3 : soins d'intensité élevée</b>					
> 2,876 heures	Québec (au 31 mars)	49,0	52,0	54,0	10,2
> 2,27 heures	Ontario (en sept./oct.)	51,8	54,8	57,3	10,6
<b>Total</b>					
	Québec	100	100	100	
	Ontario	100	100	100	

**Notes méthodologiques :**

**Québec** - Il s'agit des usagers hébergés en CHSLD publics et privés conventionnés (incluant ceux à taux forfaitaire). Sont exclus les usagers dans les unités de soins de longue durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécifiques (CHSGS), mais inclus les usagers qui reçoivent des soins infirmiers généraux et spécifiques. Il s'agit des données observées au 31 mars de chaque année de référence au tableau.

**Ontario** - Il s'agit des usagers hébergés dans les maisons de soins infirmiers, les foyers de bienfaisance et les foyers municipaux pour personnes âgées. Sont exclus les usagers dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée, mais sont inclus les usagers qui reçoivent des soins infirmiers généraux et spécifiques. Il s'agit des données observées en sept/oct. de chaque année de référence au tableau.

**Sources :**

**Québec** : rapport statistique annuel des CH et CHSLD, Service du développement des indicateurs, MSSS, Québec.

**Ontario** : Provincial Summary Data Report, Long Term Care Division Area, Ministry of Health, Ontario.

### **3.2 LA DÉTERMINATION DES CONVERGENCES ET DES DIVERGENCES INTER-PROVINCIALES DANS LE SECTEUR DE L'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

L'analyse descriptive des données statistiques a cherché à présenter une vision évolutive, pour la période s'étendant de 1993-1994 à 1995-1996, des services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario. Cet exercice statistique conduit notamment à déterminer les convergences et les divergences interprovinciales afin d'agir sur l'évolution des deux réseaux dans un contexte de réorganisation et de transformation. Les évolutions qu'ont connues le Québec et l'Ontario tendent-elles vers le même horizon ? Quelles sont les particularités de la situation québécoise en cette matière ?

#### **3.2.1 Le contexte démographique**

Sur le plan démographique, l'évolution du Québec et de l'Ontario converge. Ainsi :

- on note une augmentation de la population parmi l'ensemble des groupes d'âge en même temps qu'une diminution de la proportion des moins de 64 ans ;
- on note également pour 1996 une répartition semblable de la population selon le groupe d'âge.

*Le Québec se distingue toutefois par une augmentation plus marquée de la population âgée de 85 ans ou plus.*

#### **3.2.2 Les dépenses engagées**

Les deux provinces ont connu une évolution similaire dans l'utilisation des ressources financières concernant les points suivants :

- une diminution progressive des dépenses consacrées à l'hébergement et de soins de longue durée ;

- une diminution des dépenses per capita chez les 65 et les 75 ans ou plus ;
- une augmentation de la contribution des usagers aux coûts de l'hébergement et de soins de longue durée.

*Le Québec se distingue toutefois par :*

- une diminution plus marquée des dépenses consacrées à l'hébergement et de soins de longue durée ;
- des dépenses per capita plus élevées ;
- une contribution plus faible aux frais d'hébergement.

### **3.2.3 Les ressources utilisées**

En matière de ressources institutionnelles, le Québec et l'Ontario suivent des tendances similaires, particulièrement quant à la baisse du nombre de places pour 100 personnes de population en général et pour 100 personnes âgées de 65 et de 75 ans ou plus.

*L'évolution de la situation québécoise se distingue cependant par :*

- un nombre moins élevé de places au permis ;
- une légère hausse du nombre de places au permis ;
- des ratios places/100 personnes plus élevés pour l'ensemble de la population et pour les 65 et les 75 ans ou plus.

### **3.2.4 La clientèle hébergée**

Lorsqu'on observe l'évolution de la clientèle hébergée dans les établissements de soins de longue durée tant québécois qu'ontariens, certaines tendances ressortent dont :

- une augmentation du nombre de personnes hébergées de 85 ans ou plus ;

- une diminution progressive du nombre de personnes hébergées par 1 000 habitants pour l'ensemble des groupes d'âge ;
- un taux d'hébergement global identique dans les deux provinces (4,7 %) pour l'année 1996 ;
- une diminution des taux d'hébergement chez les 65, les 75 et les 85 ans ou plus ;
- une clientèle en plus grande perte d'autonomie qui requiert une intensité de soins plus lourde.

*Toutefois, certains éléments distinguent davantage le profil québécois, soit :*

- une diminution des clientèles hébergées chez les moins de 64 ans, les 65-74 ans et les 75-84 ans ;
- des taux d'hébergement inférieurs à ceux de l'Ontario parmi les clientèles âgées de 65, de 75 et de 85 ans ou plus ;
- une clientèle plus diversifiée selon l'âge :
  - une proportion plus élevée de personnes hébergées chez les moins de 64 ans ;
  - une répartition plus partagée des personnes hébergées entre 75-84 ans et 85 ans ou plus.



## **CHAPITRE 4**

### **DISCUSSION**

#### **4.1 LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE**

L'une des forces de cette étude réside dans son approche de privilégier des liens plus directs avec la province devant servir de point de comparaison. Ce type de démarche, à caractère quasi exploratoire, occasionne toutefois des délais, parfois incontournables, dans l'avancement des travaux de recherche. Cependant, il présente l'avantage de susciter des rencontres et des échanges avec des experts qui conduisent à une meilleure compréhension des réalités de l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée. Cette approche facilite grandement l'identification des éléments de comparaisons interprovinciales en faisant ressortir les particularités des systèmes.

Par ailleurs, il faut souligner la complexité des systèmes évalués, l'ampleur de la situation étudiée et la variété des composantes qui obligent à s'astreindre à quelques variables clés. Nous croyons néanmoins que l'étude offre une vision plus large du réseau d'hébergement et de soins de longue durée en positionnant davantage le Québec par l'entremise de convergences ou de divergences interprovinciales. Ceci permet également de mettre en lumière l'évolution d'une autre province telle que l'Ontario, d'examiner ses situations et d'établir des perspectives parfois enrichissantes.

Sur le plan méthodologique, ce type d'étude à l'avantage de faire le point sur la disponibilité et la comparabilité des sources d'information statistiques sur un sujet donné. Toutefois, en ce qui concerne le secteur de l'hébergement et de soins de longue durée, il est apparu difficile, sur le plan comparatif, d'assurer l'uniformisation des données statistiques étant donné l'aspect dynamique du réseau qui est actuellement en pleine mutation au Québec comme en Ontario.

Le chercheur et le lecteur doivent donc faire preuve de prudence dans l'analyse comparative de l'information statistique et se limiter le plus possible aux univers définis pour chacune des variables.

## **4.2 LES FAITS SAILLANTS**

La comparaison des quelques variables et indicateurs retenus a fait ressortir des convergences et des divergences qui permettent de mieux cerner **l'évolution du système québécois entre 1993-1994 et 1995-1996**. Malgré quelques tendances similaires, il appert que la situation du Québec se démarque, plus particulièrement au chapitre de certains indicateurs relatifs aux dépenses publiques et aux clientèles hébergées.

### **4.2.1 Des tendances similaires dans l'évolution de l'hébergement et de soins de longue durée**

#### ***Une baisse des ratios places pour 100 personnes :***

On remarque tant au Québec qu'en Ontario une diminution graduelle du ratio places pour 100 personnes âgées de 65 et de 75 ans ou plus. Cependant, les ratios ont baissé plus rapidement en Ontario, faisant en sorte d'accroître l'écart entre les deux provinces au cours de la période.

#### ***Une baisse du taux d'hébergement global :***

Le taux d'hébergement global est à la baisse dans les deux provinces. On constate aussi une diminution importante des taux d'hébergement parmi les 75 et les 85 ans ou plus, la baisse la plus forte étant chez les 85 ans ou plus au Québec et chez les 75 ans ou plus en Ontario.

#### ***Une clientèle en plus grande perte d'autonomie :***

Les résultats issus des variations observées depuis 1993-1994 démontrent, d'une part, que la clientèle est de plus en plus âgée et, d'autre part, qu'elle requiert plus d'heures de soins par jour. Parallèlement,

on enregistre une diminution graduelle de la clientèle qui nécessite des soins moins lourds. Le Québec et l'Ontario tendent donc à héberger une clientèle ayant des besoins en services de plus en plus complexes. Ce fait s'inscrit dans les orientations préconisées par les deux gouvernements qui cherchent dorénavant à réserver l'hébergement aux personnes en plus grande perte d'autonomie qui ne peuvent plus demeurer à domicile malgré le soutien de leur entourage.

#### **4.2.2 Les particularités du réseau québécois**

##### *Des dépenses per capita plus élevées*

Malgré le fait que les écarts entre les deux provinces s'amenuisent, le Québec continue toujours d'assumer des dépenses per capita plus élevées entre 1993-1994 et 1995-1996. Les données révèlent toutefois l'effort qu'il fournit pour limiter l'augmentation des dépenses publiques consacrées aux services des centres d'hébergement et de soins de longue durée et pour réduire les dépenses per capita pour l'ensemble des groupes d'âge.

##### *Une clientèle dont l'âge est plus diversifiée*

Le Québec se distingue aussi par l'hébergement d'une clientèle dont l'âge apparaît plus diversifié qu'en Ontario. Une proportion plus importante de personnes hébergées y avaient moins de 64 ans et la répartition de la clientèle selon l'âge est plus partagée parmi les autres groupes.

##### *Des taux d'hébergement inférieurs à ceux de l'Ontario*

Les résultats concernant les taux d'hébergement chez les 65, les 75 et les 85 ans ou plus nous indiquent que le Québec tend à moins institutionnaliser ses personnes âgées en perte d'autonomie que l'Ontario.

### 4.2.3 L'évolution des comparaisons

Depuis la présentation des données comparatives de 1987-1988 sur les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario (Caron, 1991), le portrait s'est quelque peu modifié.

Malgré certains changements apportés aux univers comparés par la présente étude et lorsqu'on analyse les grandes tendances évolutives des données statistiques quant à la situation québécoise au regard de celle de l'Ontario, on constate que le Québec a, en nombres absolus, moins de places en CHSLD (49 637) que l'Ontario (66 914) ; que le ratio ressources disponibles par 100 personnes âgées de 65 ans ou plus demeure cependant plus élevé au Québec (5,5) qu'en Ontario (4,8) même si l'écart s'est rétréci entre les deux provinces ; que le Québec comptait alors 41 908 personnes en centres d'hébergement et de soins de longue durée (incluant les unités de soins de longue durée dans les CHSGS) contre 64 871 personnes en Ontario ; que la proportion des personnes hébergées de 65 ans ou plus par rapport à la population totale de ce groupe d'âge s'avère plus bas au Québec (4,1 %) qu'en Ontario (4,4 %) ; que l'Ontario continue d'héberger une clientèle plus âgée qu'au Québec (46,6 % de la clientèle hébergée en Ontario a 85 ans ou plus contre 39,5 % au Québec) et que le groupe le plus nombreux de personnes hébergées au Québec vise maintenant les 85 ans ou plus, leur proportion relative étant plus élevée que chez les 75-84 ans.

### 4.3 CONCLUSION

À partir de données évolutives récentes sur certains éléments de comparabilité entre le Québec et l'Ontario en matière d'hébergement et de soins de longue durée, cette étude contribue à :

- dégager des constats de comparabilité et de non-comparabilité entre le Québec et l'Ontario ainsi qu'à définir des variables, indicateurs et sources de données disponibles ;
- tracer un portrait évolutif (1993-1994 à 1995-1996) de l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée, des dépenses consenties, des ressources institutionnelles disponibles et des clientèles hébergées tant au Québec qu'en Ontario ;
- déterminer des convergences et des divergences interprovinciales issues de la comparaison des statistiques entre le Québec et l'Ontario, qui font ressortir des éléments dans un contexte de transformation majeure.

En réalisant cette étude, de nombreux contacts se sont consolidés avec des intervenants de la Division des soins de longue durée au ministère de la Santé de l'Ontario et d'autres se sont développés par le biais de requêtes provenant notamment de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Nombreux échanges d'informations et de données statistiques ont confirmé l'importance accordée actuellement aux comparaisons inter-provinciales ainsi que la nécessité d'établir des mécanismes fiables pour obtenir l'information sur une base récurrente.

On peut ainsi maintenant établir des comparaisons plus fidèles à la réalité sur la base d'indicateurs liés notamment aux dépenses, aux ressources (places) et aux clientèles hébergées.

D'autres indicateurs comparatifs pourront éventuellement s'ajouter, entres autres ceux concernant les admissions en établissements de soins de longue durée (taux annuel d'admission, âge moyen des personnes admises, etc.), les listes d'attente pour une admission (nombre de personnes sur les listes d'attente, délai moyen d'attente, délai d'attente selon la provenance de l'individu, personnes en attente

par 1 000 personnes âgées), ainsi que les journées d'hospitalisation, en centres hospitaliers de courte durée, d'usagers en attente d'hébergement et de soins de longue durée.

Enfin, devant l'ampleur du vieillissement de la population ici comme ailleurs, cette étude s'avère utile pour positionner le réseau québécois qui, à l'instar de nombreux autres, connaît une réorganisation majeure pour répondre aux exigences actuelles.

# ANNEXES



## ANNEXE 1

### **Le CHSLD et la prestation de services de soutien au maintien à domicile**

Le CHSLD a comme rôle de recréer un milieu de vie substitut, sur une base temporaire ou permanente, adapté le plus possible aux besoins de la personne en perte d'autonomie. Les services sont donc les suivants :

#### **l'hébergement temporaire**

offre des services d'hébergement, dans certaines circonstances, aux personnes âgées vivant à domicile, dépendantes d'un tiers pour répondre à leurs besoins essentiels. L'hébergement est qualifié de temporaire parce que la durée de séjour et le retour à domicile sont fixés et conditionnels à l'admission. Le séjour maximum est fixé à 30 jours (exemples de services : le répit-dépannage, protection sociale, convalescence) ;

#### **le centre de jour**

offre à une clientèle inscrite qui présente une perte d'autonomie pouvant entraver son maintien à domicile, des programmes et activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation ;

#### **hôpital de jour**

donne accès à un service externe gériatrique spécialisé, de deuxième instance, qui reçoit principalement des personnes âgées de 65 ans ou plus nécessitant des interventions concertées pouvant comprendre l'évaluation-diagnostic, le traitement (incluant la réadaptation), le congé, l'orientation, la formation et le soutien. L'hôpital de jour fait partie intégrante du réseau de soins et de services pour le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel, dans des conditions adéquates.



## ANNEXE 3

## Description de la clientèle en Ontario selon les ressources d'hébergement

Ressources d'hébergement	Clientèle visée
<b>Maisons de soins infirmiers</b>	Personnes atteintes de maladie chronique ou incapacité fonctionnelle ; potentiel de réadaptation faible ou nul et besoins limités de services diagnostiques ou thérapeutiques ; longue période de soins prévue principalement des personnes âgées.
<b>Foyers pour personnes âgées (administrés par les municipalités et les oeuvres de bienfaisance)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foyers municipaux</li> <li>• Foyers de bienfaisance</li> </ul>	Restaurer et maintenir l'état de santé et les capacités fonctionnelles des personnes et satisfaire leur besoins psychosociaux et d'activités journalières ; s'adresse surtout aux personnes âgées qui ne peuvent plus vivre dans leur domicile même avec les services d'aide communautaire ;  <i>-foyers municipaux</i> exigence : personne de plus de 60 ans, sinon approbation spéciale requise par le ministère  <i>-foyers de bienfaisance</i> majoritairement des personnes de plus de 65 ans.
<b>Hôpitaux pour malades chroniques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hôpitaux publics</li> <li>- hôpitaux privés à but lucratif</li> </ul> +  <b>unités de soins chroniques (centres hospitaliers de courte durée)</b>	Patient qui a une maladie chronique ou une incapacité fonctionnelle nécessitant une réadaptation ou d'autres services thérapeutiques professionnels.

**ANNEXE 4**  
**Variables et indicateurs de l'étude comparée Québec-Ontario**

Variables	Indicateurs
<b>Caractéristiques de la population</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ population totale (sexe et groupe d'âge)</li> <li>➤ taux d'accroissement annuel</li> </ul>
<b>Dépenses publiques provinciale</b>	<p><i>a) Dépenses d'exploitation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dépenses d'exploitation (services d'hébergement et de soins de longue durée)</li> <li>➤ indice évolutif et taux de variation annuelle</li> <li>➤ dépenses per capita (totale de la population + groupes d'âge spécifiques, i.e. 65 ans et 75 ans et plus)</li> <li>➤ taux de variation annuelle</li> </ul>
<b>Autres revenus</b>	<p><i>b) Contribution de l'adulte hébergé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ coût selon le type d'hébergement (en salle, semi-privé, privé)</li> <li>➤ taux de variation</li> </ul>
<b>Ressources institutionnelles</b>	<p><i>Places au permis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ nombre de places au permis</li> <li>➤ indice évolutif et taux de variation</li> <li>➤ ratios - nombre de places pour 100 personnes + pour 100 personnes de 65, de 75, et de 85 ans ou plus</li> </ul>
<b>Caractéristiques de la clientèle hébergée</b>	<p><i>a) Taux d'hébergement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ total des personnes hébergées selon le groupe d'âge</li> <li>➤ personnes hébergées par 1 000 habitants du même groupe d'âge</li> <li>➤ taux d'hébergement global</li> <li>➤ taux d'hébergement parmi la population âgée de 65, de 75 et de 85 ans ou plus</li> <li>➤ taux de variation pour l'ensemble des indicateurs ci-dessus</li> </ul> <p><i>b) Heures de soins infirmiers requises</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ répartition de la clientèle selon les heures de soins infirmiers requises</li> <li>➤ taux de variation</li> </ul>

## ANNEXE 5

### Collecte et interprétation des données statistiques pour l'Ontario

Les données statistiques utilisées dans la présente étude ont été colligées à partir de la “*vitrine du Québec*”. La situation en Ontario a donc été observée à partir des équivalences au Québec.

Ceci dit, sur le plan strict de la situation ontarienne, il est important de tenir compte des consignes suivantes dans la collecte et l'interprétation futures des données statistiques pour cette province :

- a) Le **Programme de soins de longue durée en Ontario** comprend *uniquement* les lits et les clientèles hébergées dans les établissements suivants :
  - les maisons de soins infirmiers ;
  - les foyers de bienfaisance pour personnes âgées ;
  - les foyers municipaux pour personnes âgées.
- b) Les lits et les clientèles hébergées dans les hôpitaux pour malades chroniques ainsi que dans les unités pour malades chroniques (à l'intérieur des centres hospitaliers de courte durée), *ne font pas partie des ressources d'hébergement et de soins de longue durée dans le Programme de soins de longue durée*. Ils sont comptabilisés séparément par le Ministère.
- c) À l'intérieur de la présente étude, les lits et les clientèles dans les hôpitaux pour malades chroniques et dans les unités de soins chroniques ont été conservés étant donné que les services offerts par ces ressources sont *équivalentes* à celles du Québec dans les CHSLD (anciens CHSLD et USLD).

**ANNEXE 6**  
**Évolution de la population du Québec et de l'Ontario selon le sexe et l'âge**  
**Situation observée au 1er juillet 1990, 1992, 1994 et 1996**

	1990				1992			
	Québec		Ontario		Québec		Ontario	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Population totale (000)</b>	<b>7 020,7</b>	<b>100</b>	<b>10 341,4</b>	<b>100</b>	<b>7 154,8</b>	<b>100</b>	<b>10 645,8</b>	<b>100</b>
H	3 461,1	49,3	5 111,3	49,4	3 526,9	49,3	5 262,6	49,4
F	3 559,5	50,7	5 230,1	50,6	3 627,9	50,7	5 383,2	50,6
<b>65 ans ou plus</b>								
H	305,3	4,3	483,7	4,7	325,4	4,5	518,0	4,9
F	450,4	6,4	680,5	6,6	479,0	6,7	720,7	6,8
<b>Total</b>	<b>755,9</b>	<b>10,8</b>	<b>1 164,0</b>	<b>11,3</b>	<b>804,4</b>	<b>11,2</b>	<b>1 238,8</b>	<b>11,6</b>
<b>75 ans ou plus</b>								
H	103,0	1,5	170,3	1,6	109,9	1,5	181,2	1,7
F	188,1	2,7	292,9	2,8	202,8	2,8	309,7	2,9
<b>Total</b>	<b>291,2</b>	<b>4,1</b>	<b>463,1</b>	<b>4,5</b>	<b>312,8</b>	<b>4,4</b>	<b>491,0</b>	<b>4,6</b>
<b>85 ans ou plus</b>								
H	17,1	0,2	30,2	0,3	18,9	0,3	32,2	0,3
F	42,8	0,6	75,1	0,7	48,3	0,7	80,5	0,8
<b>Total</b>	<b>60,0</b>	<b>0,9</b>	<b>105,2</b>	<b>1,0</b>	<b>67,2</b>	<b>1,0</b>	<b>112,8</b>	<b>1,1</b>

	1994				1996			
	Québec		Ontario		Québec		Ontario	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Population totale (000)</b>	<b>7 288,8</b>	<b>100</b>	<b>10 937,1</b>	<b>100</b>	<b>7 389,1</b>	<b>100</b>	<b>11 252,4</b>	<b>100</b>
H	3 592,6	49,3	5 404,7	49,4	3 642,6	49,3	5 560,5	49,4
F	3 696,2	50,7	5 532,4	50,6	3 746,6	50,7	5 691,9	50,6
<b>65 ans ou plus</b>								
H	345,1	4,7	551,2	5,0	365,4	4,9	585,0	5,2
F	505,1	6,9	757,6	6,9	531,3	7,2	792,2	7,0
<b>Total</b>	<b>850,1</b>	<b>11,7</b>	<b>1 308,8</b>	<b>12,0</b>	<b>896,7</b>	<b>12,1</b>	<b>1 377,2</b>	<b>12,2</b>
<b>75 ans ou plus</b>								
H	117,2	1,6	191,8	1,8	127,5	1,7	211,7	1,9
F	216,7	3,0	325,9	3,0	234,9	3,2	353,3	3,1
<b>Total</b>	<b>333,8</b>	<b>4,6</b>	<b>517,7</b>	<b>4,7</b>	<b>362,3</b>	<b>4,9</b>	<b>565,0</b>	<b>5,0</b>
<b>85 ans ou plus</b>								
H	20,9	0,3	35,5	0,3	23,8	0,3	39,6	0,4
F	53,6	0,7	86,5	0,8	60,6	0,8	92,9	0,8
<b>Total</b>	<b>74,5</b>	<b>1,0</b>	<b>122,0</b>	<b>1,1</b>	<b>84,4</b>	<b>1,1</b>	<b>132,5</b>	<b>1,2</b>

**Source :**

Il s'agit des estimations au 1er juillet de 1990 à 1996 (1990- estimations intercensitaires révisées ; 1992- estimations postcensitaires définitives ; 1994-estimations postcensitaires mises à jour et 1996-estimations provisoires ). Division de la démographie, section des estimations démographiques, Statistique Canada.

**ANNEXE 7**  
**Données du Québec**  
**Ressources CHSLD**  
**Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996 et au 20 janvier 1997**

	<b>Total établissements (corporations)</b>	<b>Indice évolutif</b>	<b>Variation annuelle (%)</b>	<b>Total places au permis</b>	<b>Indice évolutif</b>	<b>Variation annuelle (%)</b>
<i>sept-93</i>	<b>468</b>	100,0	-	<b>49 336</b>	-	-
<i>sept-94</i>	<b>441</b>	94,2	-5,8	<b>49 479</b>	100,3	0,3
<i>sept-95</i>	<b>408</b>	87,2	-7,5	<b>49 125</b>	99,6	-0,7
<i>sept-96</i>	<b>353</b>	75,4	-13,5	<b>49 580</b>	100,5	0,9
<i>20-janv-97</i>	<b>326</b>	69,7	-7,6	<b>49 637</b>	100,6	0,1

**Note méthodologique :**

Il s'agit de tous les établissements (corporations) publics et privés conventionnés (incluant ceux à taux forfaitaire et conventionné à 80 %) qui exploitent des places ayant la mission CHSLD .

**Source :**

Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec (M02), ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

## ANNEXE 8

Données de l'Ontario

Ressources soins de longue durée et soins chroniques

Situation observée au 30 septembre 1993 à 1996 et au 20 janvier 1997

	Total établissements soins de longue durée	Total hôpitaux de soins chroniques (publics)	Total unités soins chroniques	Total établissements soins de longue durée + hôpitaux chroniques + unités soins chroniques	Places en soins de longue durée	Places en soins chroniques (publics)	Total places soins de longue durée + soins chroniques
<i>1993</i>	<b>507</b>	10	147	<b>664</b>	59 996	10 935	<b>70 931</b>
<i>1994</i>	<b>500</b>	10	144	<b>654</b>	56 841	10 392	<b>67 233</b>
<i>1995</i>	<b>503</b>	10	144	<b>657</b>	58 127	10 325	<b>68 452</b>
<i>1996</i>	<b>503</b>	10	143	<b>656</b>	58 188	9 639	<b>67 827</b>
<i>1997</i>	<b>504</b>	10	143	<b>657</b>	58 235	8 679	<b>66 914</b>

### Notes méthodologiques :

Les données pour les soins de longue durée couvrent l'ensemble des établissements et des places en soins de longue durée, soit les maisons de soins infirmiers, les foyers de bienfaisance pour personnes âgées et les foyers municipaux pour personnes âgées. Ces chiffres datent du 30 septembre 1993 à 1996 et du 20 janvier 1997.

Les données pour les soins chroniques couvrent l'ensemble des hôpitaux publics en soins chroniques et les unités de soins chroniques à l'intérieur des centres hospitaliers. Ces chiffres datent du 31 mars 1993 au 31 mars 1997.

### Sources :

Soins de longue durée : Ontario Long Term Care Bed Inventory and Ratio Report, Long Term Care Division Area, Ministry of Health, Ontario.

Soins chroniques : Daily Census Summary, Institutional Services Branch, Ministry of Health, Ontario.

## ANNEXE 9

### Nombre de personnes hébergées dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins Chroniques des centres hospitaliers de courte durée de l'Ontario selon l'âge

Nombre de personnes hébergées	Situation observée au 31 mars			Variation 1996/1994 (%)
	1994	1995	1996	
<b>moins de 64 ans :</b>				
Unités de soins chroniques	714	889	854	19,6
Hôpitaux de soins chroniques	514	575	569	10,7
<b>Total</b>	<b>1 228</b>	<b>1 464</b>	<b>1 423</b>	<b>15,9</b>
<b>65-74 ans :</b>				
Unités de soins chroniques	1 565	1 698	1 667	6,5
Hôpitaux de soins chroniques	176	164	231	31,3
<b>Total</b>	<b>1 741</b>	<b>1 862</b>	<b>1 898</b>	<b>9,0</b>
<b>75 à 84 ans :</b>				
Unités de soins chroniques	2 719	3 069	3 216	18,3
Hôpitaux de soins chroniques	221	222	272	23,1
<b>Total</b>	<b>2 940</b>	<b>3 291</b>	<b>3 488</b>	<b>18,6</b>
<b>85 ans ou plus :</b>				
Unités de soins chroniques	1 889	2 178	2 150	13,8
Hôpitaux de soins chroniques	116	149	147	26,7
<b>Total</b>	<b>2 005</b>	<b>2 327</b>	<b>2 297</b>	<b>14,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7 914</b>	<b>8 944</b>	<b>9 106</b>	<b>15,1</b>

**Note méthodologique :** Il s'agit de la clientèle hébergée dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des CH de courte durée. La clientèle hébergée en établissements de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers, foyers municipaux pour personnes âgées et foyers de bienfaisance pour personnes âgées) n'est pas incluse dans ces données.

**Source d'information :** Institutional Services Branch, Ministry of Health, Ontario.

**ANNEXE 10**  
**Données de l'Ontario**  
**Clientèle et niveaux de soins**

**Répartition de la clientèle en longue durée selon les heures de soins infirmiers requises, en septembre et octobre 1993 à 1996**

		Totaux provinciaux (septembre - octobre)							
		1993	1994	Taux de variation annuelle	1995	Taux de variation annuelle	1996	Taux de variation annuelle	Variation 1996/1993
heures soins requises	% d'usagers	%	%	%	%	%	%	%	%
(< 1,235 heures)	<b>Niveau 1</b>								
	<b>A</b>	4,0	2,3	-43,3	1,5	-33,0	1,1	-27,0	-72,3
	<b>B</b>	24,1	26,0	7,9	21,5	-17,3	22,3	3,7	-7,6
	<b>Total</b>	<b>28,1</b>	<b>28,3</b>	<b>0,6</b>	<b>23,0</b>	<b>-18,6</b>	<b>23,4</b>	<b>1,7</b>	<b>-16,8</b>
(>1,236 à <2,26 heures)	<b>Niveau 2</b>								
	<b>C</b>	8,8	8,2	-7,2	9,2	12,2	7,4	-19,2	-15,8
	<b>D</b>	12,5	12,1	-3,5	13	7,8	11,9	-8,2	-4,6
	<b>Total</b>	<b>21,3</b>	<b>20,2</b>	<b>-5,0</b>	<b>22,2</b>	<b>9,6</b>	<b>19,3</b>	<b>-12,8</b>	<b>-9,2</b>
(> 2,27 heures)	<b>Niveau 3</b>								
	<b>E</b>	20,7	20,1	-2,9	21,9	9,1	21,9	-0,2	5,7
	<b>F</b>	28,5	31,5	10,5	32,3	2,4	35,2	9,2	23,6
	<b>Total</b>	<b>50,6</b>	<b>51,8</b>	<b>2,3</b>	<b>54,8</b>	<b>5,9</b>	<b>57,3</b>	<b>4,5</b>	<b>13,2</b>

**Note méthodologique :** Le système de classification des bénéficiaires mesure les clientèles dont les besoins sont similaires afin d'attribuer aux établissements de soins de longue durée le financement nécessaire en fonction des niveaux de soins requis par les usagers. La classification des bénéficiaires s'établit selon sept niveaux de soins, soit de A à G. Les usagers sont classifiés à partir de la documentation fournie par les utilisateurs. Selon les informations provenant du ministère de la Santé de l'Ontario, ces catégories peuvent être regroupées de la manière suivante :

A + B = niveau 1 - soins de faible intensité < 1,235 heures / soins infirmiers par jour

C + D = niveau 2 - soins d'intensité moyenne > 1,236 à < 2,26 heures / soins infirmiers par jour

E + F + G = niveau 3 - soins d'intensité élevée > 2,27 heures / soins infirmiers par jour

Cette classification des usagers ne comprend pas les bénéficiaires dans les hôpitaux pour malades chroniques et les unités de soins chroniques des centres hospitaliers de courte durée ce qui explique les faibles pourcentages dans la catégorie G étant donné que ces établissements ne sont pas financés et reconnus dans le Programme de soins de longue durée.

Source : Provincial Summary Data, Long Term Care Division Area, Ministry of Health, Ontario.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- BILODEAU, Marie Brigitte (1996). *Inventaire des places en CHSLD*, document de travail, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, MSSS, 15 p.
- CARON, Lise (1991). *Comparaison des centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario pour les années 1985-1986 et 1987-1988*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, collection Données statistiques et indicateurs, 43 p.
- CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS AND POLICY ANALYSIS (1992). *The organization and financing of public and private sector long term care facilities for the elderly in Canada*, Report on Part I : Survey of the provinces, Hamilton, McMaster University, 52 p.
- CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS AND POLICY ANALYSIS (1992). *The organization and financing of public and private sector long term care facilities for the elderly in Canada*, Chapter 6. Ontario report, Hamilton, McMaster University, 84p.
- CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS AND POLICY ANALYSIS (1992). *The organization and financing of public and private sector long term care facilities for the elderly in Canada*, Chapter 6. Québec report, Hamilton, McMaster University, 84p.
- COLLÈGE CANADIEN DES DIRECTEURS DE SERVICES DE SANTÉ (1995). *Rapport spécial. Analyse de l'environnement externe et mise à jour de la réforme de santé*, Ottawa, Collège canadien des directeurs de services de santé.
- CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉADAPTATION (1996). *Système d'information et d'indicateurs de gestion des CHSLD*, Direction de l'administration et des finances, exercice 1994-1995, volume 1 et volume 2, Montréal, CQCHR, 123 p et 241 p.
- CÔTÉ, Ronald (1994). *Les dépenses de santé au Québec et en Ontario. Les dépenses publiques provinciales : 1987 à 1991. Les dépenses totales : 1987-1991*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, collection Données statistiques et indicateurs, 38 p.

- CÔTÉ, Ronald (1996). *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale, 1986-1987 à 1995-1996*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 80 p.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (1995). *La fusion ou l'intégration d'un CHSLD à un centre hospitalier. Éléments de réflexion*, Montréal, FQCHSLD, 22 p.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (1996). *Impact du virage ambulatoire sur l'organisation des soins et services en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Montréal, FQCHSLD, 42 p.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (1995). *Les CHSLD : une mission, une vision, une passion. Orientations 1995-2000*, Montréal, FQCHSLD, 65 p.
- GOVERNEMENT DE L'ONTARIO (1994). Loi concernant les soins de longue durée, *Lois de l'Ontario*, chapitre 26, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, p. 805-873.
- INSTITUTE FOR CLINICAL EVALUATIVE SCIENCES IN ONTARIO (1995). *Patterns of Health care in Ontario*, The ICES practice atlas, 2<sup>ième</sup> édition, Ottawa, Canadian Medical Association, 354 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO (1994). “ Les priorités ”, *La gestion des ressources pour la santé, 1994-1995*, Toronto, p. 26-28.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1982). *Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés*, 2<sup>ième</sup> version, Québec, MAS, Direction des services hospitaliers, 126 p.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1979). *Les orientations proposées pour le secteur des soins prolongés*, Québec, MAS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *La santé et les services sociaux. Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, Québec, MSSS, 46 p.
- MINISTRY OF FINANCE (1995). *Public accounts of Ontario 1994-1995*, Volume 1, Schedules Ministry Statements, Toronto.
- MINISTÈRE DES FINANCES (1994). *Comptes publics de l'Ontario 1993-1994*, Volume 1, Annexes des états financiers des ministères, Toronto.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *INFO-SAS. Bulletin d'information générale du service de l'analyse statistique*, Québec, MSSS, Direction des indicateurs de résultats et information statistique, 15 p.
- MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES AFFAIRES CIVIQUES (1991). *Nouvelle orientation en matière de soins de longue durée et de services de soutien en Ontario*, document de consultation publique, Toronto, Publications de l'Ontario, 85 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *INFO-SÉRHum. Bulletin d'information concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois*, Québec, MSSS, Direction des indicateurs de résultats et information statistique, 20 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Les services à domicile de première ligne. Cadre de référence*, Québec, MSSS, 21 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour une clientèle adulte ayant une déficience motrice*, Québec, MSSS, Direction de l'intégration sociale, 79 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Les familles et les domiciles d'accueil, une vraie place !*, Québec, MSSS, Direction de l'intégration sociale, 22 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *L'hôpital de jour*, Québec, MSSS, Direction de l'intégration sociale, 51 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Les ressources privées d'hébergement pour personnes âgées*. Inventaire, Groupe de travail ministériel, Québec, MSSS, Direction de l'intégration sociale, 41 p.
- MINISTRY OF HEALTH, MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES, MINISTRY OF CITIZENSHIP (1993). *Partnership in long term care. A new way to plan, manage and deliver services and community support. A policy framework*, Toronto, Queen's Printer for Ontario, 65 p.
- MINISTRY OF HEALTH (1996). *Long Term Care Bed Distribution and Needs Study Information Resources Binder*, Long Term Care Division, Toronto, MOH.

- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (1996). “ La réforme des soins de longue durée : un tour d'horizon international ”, dans *La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement*, Études de politique en santé N<sup>o</sup>. 8, Paris, OCDE p. 75-90.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1994). “ Les soins de longue durée ”, *Rapport annuel 1993-1994*, Toronto, p. 12.
- PRICE WATERHOUSE - MEDICUS (1988). *Direct Nursing Requirements of Extended Care Residents in Homes for the Aged and Nursing Homes in Ontario*, volume 1, Toronto, Medicus Canada, 28 p.
- SANTÉ CANADA (1993). *Description des services de soins prolongés dans les provinces et territoires du Canada*, Rapport du sous-comité fédéral/provincial/territorial des soins continus, Ottawa, Direction générale des programmes et des services de santé, 153 p.
- ST-PIERRE, Marc-André (1994). *SÉRHUM. Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois. Période 1982-1983 à 1992-1993*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 58 p.

# COLLECTION DONNÉES STATISTIQUES ET INDICATEURS

## DERNIERS TITRES PARUS

- (DGPE n° 33) **La pauvreté au Québec – Situation par région sociosanitaire et district de CLSC.**  
(M. FERLAND, M. PAGEAU et R. CHOINIÈRE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- (DGPE n° 32) **La survie reliée au cancer : le Québec comparé.**  
(G. PELLETIER – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, 1996)
- (DGPE n° 31) **Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1986-1987 à 1995-1996.**  
(R. CÔTÉ – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, 1996)
- (DGPE n° 30) **La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, pour la période 1981 à 2016.**  
(G. PELLETIER – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, 1996)
- (DGPE n° 29) **Statistiques MED-ÉCHO 1989-1990 à 1993-1994 : les soins hospitaliers de courte durée au Québec.**  
(M. BEAUPRÉ *et al.* – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique et Direction générale de l'administration et des immobilisations, 1995)
- (DGPE n° 28) **Salles d'urgence – Situation en santé mentale : questionnement et pistes d'action.**  
(M. BRETON *et al.* – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, 1995)
- (DGPE n° 27) **État de situation dans les salles d'urgences 1991-1995.**  
(M. BRETON et F. CAMIRAND – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, 1995)
- (DGPE) **Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec – Année 1992.**  
(M. BEAUPRÉ – Direction des études et indicateurs, 1995)
- (DGPE n° 26) **Les dépenses de santé au Québec, en Ontario et au Canada – Les dépenses publiques provinciales : 1987 à 1992 – Les dépenses totales : 1987 à 1991.**  
(R. CÔTÉ – Direction des études et indicateurs, 1994)
- (DGPE n° 25) **L'adaptation sociale des jeunes : profil de la recherche subventionnée, 1980-1993.**  
(G. FRÉCHET – Direction de la planification, 1994)
- (DGPE n° 24) **Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire Québécois : période 1982-1983 à 1992-1993.**  
(M.-A. ST-PIERRE – Direction des études et indicateurs, 1994)
- (DGPE) **Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec – Année 1991.**  
(M. BEAUPRÉ, Direction des études et indicateurs, 1994)
- (DGPE n° 23) **Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1982-1983 à 1991-1992.**  
(R. CÔTÉ – Direction des études et indicateurs, 1993)
- (DGPE n° 22) **SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Synthèse statistique 1985-1986 à 1991-1992.**  
(M.-A. ST-PIERRE – Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE n° 21) **La survie reliée au cancer – Étude des nouveaux cas déclarés au Québec au cours des années 1984, 1985 et 1986.**  
(G. PELLETIER – Direction des études et indicateurs, 1993)

- (DGPE) **Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec - Année 1989 et année 1990.**  
(M. BEAUPRÉ – Direction des études et indicateurs, 1993)
- (DGPE n° 20) **Salles d'urgence : évolution 1989-1992 et profil des clientèles.**  
(M. BRETON – Direction des études et indicateurs, 1993)
- (DGPE n° 19) **Dynamiques sociales et motivations associées à la consommation d'alcool – Une analyse secondaire de l'enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues.**  
(N. BRIÈRE, A. DEMERS et coll. N. KISHCHUK – Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE n° 18) **Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986.**  
(A. SAUCIER – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 17) **La consommation de soins dans les centres hospitaliers de courte durée par les personnes âgées : Québec 1981-1982 à 1988-1989.**  
(M. LEVASSEUR – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 16) **La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS (version 18 régions) pour la période 1981 à 2006.**  
(S. HAINCE et G. PELLETIER – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 15) **Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1981-1982 à 1990-1991.**  
(R. CÔTÉ – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 14) **Comparaison des centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario pour les années 1985-1986 et 1987-1988.**  
(L. CARON – Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE) **Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec – Année 1988.**  
(M. BEAUPRÉ – Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE n° 13) **Portrait de la consommation d'alcool et de drogues au Québec.**  
(C. MOISAN – Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE n° 12) **Les soins hospitaliers de courte durée au Québec : une analyse comparative.**  
(J. TURGEON – Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE n° 11) **Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986 – Un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité.**  
(A. SAUCIER et P. LAFONTAINE – Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1991)
- (DGPE n° 10) **Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1980-1981 à 1989-1990.**  
(R. CÔTÉ – Direction de l'évaluation, 1990)
- (DGPE n° 8) **Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois SERHUM.**  
(M.-A. ST-PIERRE – Direction de l'évaluation, 1990)
- (DGPE n° 7) **Main d'œuvre en physiothérapie et en technique de réadaptation physique.**  
(G. TROTTIER – Direction de la planification, 1990)

La collection « Données statistiques et Indicateurs », publiée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation, prend la relève de la série « Données statistiques », produite par la Direction de l'évaluation de 1982 à 1988.

La liste complète des documents publiés peut être obtenue à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction de la recherche et de l'évaluation  
1075, chemin Sainte-Foy, 11<sup>ème</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1

Tél. : (418) 646-8890

