



# Examen du Programme de soins de longue durée des Territoires du Nord-Ouest

## Sommaire

Préparé par

Planification des soins continus et des services de santé  
Services de santé territoriaux  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Décembre 2015





## SOMMAIRE

### **Examen du Programme de soins de longue durée des TNO**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est donné une orientation stratégique pour les soins continus aux Territoires du Nord-Ouest avec la publication du document *Les aînés, piliers de nos collectivités* (2014), un cadre stratégique présentant sept grandes priorités pour les aînés et les personnes âgées. Par la suite, la mise en application des normes de soins continus des TNO (2015) a permis d'enrichir et d'améliorer la prestation du Programme de soins de longue durée (SLD).

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (GTNO) fait face à des défis budgétaires de plus en plus considérables, ce qui se traduit par des contraintes à la planification des soins et des immobilisations. Ces contraintes ont nécessité une évaluation approfondie de l'offre et de la demande en SLD dans une optique de répartition optimale des ressources fondée sur des données probantes.

L'*Examen du Programme de soins de longue durée* (ci-après « l'examen ») avait pour objectif de présenter au MSSS les options qui s'offraient à lui dans la prise de meilleures décisions pour la répartition des ressources de SLD et les futurs investissements dans les régions des TNO. L'examen prévoyait l'analyse des éléments suivants : le cadre d'exploitation actuel et émergent; l'analyse des facteurs influençant la demande, y compris l'élaboration de projections approfondies sur l'évolution de la population et de la demande de lits; l'évaluation des facteurs influençant l'offre, y compris l'analyse des données d'un grand nombre de programmes et d'établissements; une revue des pratiques des autres provinces et territoires; enfin, la présentation d'options préliminaires pour la prestation du programme et son financement. Les principales conclusions du rapport sont résumées ci-dessous.

### **Facteurs influant sur l'offre et la demande**

Une série de facteurs complexes et interreliés touchent l'offre ainsi que la demande de services et d'établissements de SLD. Ceux qui influencent la demande se divisent en deux catégories : les facteurs démographiques et non démographiques. Bien que plusieurs facteurs démographiques contribuent à la demande de SLD, les deux principaux sont l'âge et l'espérance de vie. Quant aux facteurs autres, ils sont encore une fois nombreux, mais le principal est l'état de santé.

Les composantes de l'offre sont plus complexes et dynamiques que celles de la demande, car elles exigent de trouver un équilibre entre les objectifs des politiques, le cadre législatif et réglementaire et les attentes du public, en tenant compte des ressources disponibles. Le principal facteur jouant sur l'offre est le nombre de lits disponibles aux TNO. Par ailleurs, l'étude des politiques de SLD est une opération d'autant plus délicate qu'elle touche différents aspects des politiques publiques, leur interaction potentielle et leurs effets imprévus. Le Trésor public de la Nouvelle-Zélande a su parfaitement résumer ce défi dans son rapport de 2012 intitulé *Long-Term Care and Fiscal Sustainability: Draft Paper for the Long-Term Fiscal External Panel* : « Bien que les soins de longue durée soient généralement perçus et organisés dans la perspective du système de santé, ils touchent également des aspects des politiques sociales, comme celle sur l'aide sociale. De plus, ils ont des caractéristiques en commun avec les politiques de revenus de retraite et peuvent faire fluctuer les transferts intergénérationnels » (traduction).

La dynamique entre l'offre et la demande reflète la loi de la demande de Roemer, selon laquelle une augmentation du nombre de lits d'hôpitaux par personne augmente le taux d'utilisation des hôpitaux, étant donné que l'offre de lits peut créer sa propre demande lorsqu'une tierce partie garantit pratiquement le remboursement de leur utilisation.

### **Tendances relatives aux soins de longue durée**

Les changements dans l'offre, la demande, l'organisation et le financement des SLD au Canada et dans les autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) s'inscrivent dans d'importantes tendances longitudinales, que voici :

- De 5 % à 7 % de la population âgée de 65 ans et plus vit en institution.
- On note un mouvement vers la création d'un système de SLD « plus équilibré » qui réduit l'utilisation des services institutionnels et favorise les soins à domicile.
- On note une tendance à retirer les SLD des hôpitaux en raison du coût supérieur et de l'existence d'autres options, comme les centres d'hébergement et les options d'aide à la vie autonome qui offrent du soutien à domicile aux personnes qui ont des besoins moins complexes.
- Les déterminants financiers de la demande de SLD sont le prix, le prix relatif des solutions de rechange les plus proches, ainsi que les revenus et les avoirs de la personne.
- Les SLD sont devenus un secteur majeur de l'économie de la santé. Leur importance tient non seulement à leur part du produit national brut, mais aussi et surtout à leur effet sur les décisions économiques des personnes au cours de leur vie et entre les générations (p. ex. les personnes possédant une richesse immobilière supérieure, des revenus de retraite et des revenus de location ont moins tendance à entrer en établissement).
- Il existe fondamentalement trois options stratégiques pour contrôler le coût ou la demande. Ainsi, les programmes de soins publics peuvent soit i) restreindre l'admissibilité, soit ii) réduire le niveau de « subvention » en haussant les montants exigibles au titre de la quote-part, soit iii) restreindre l'offre de lits.
- La disponibilité d'établissements de SLD robustes financés et gérés par le gouvernement peut diminuer ou déformer la demande en fournisseurs de services et d'assurance privés.

### **Aperçu financier du Programme de soins de longue durée des TNO**

L'analyse des données financières du programme de l'exercice 2010-2011 à l'exercice 2014-2015 a permis de mettre en contexte le coût d'exploitation (non pas le coût total) et les revenus. Voici les principales conclusions de cette analyse :

*Budget total* : Le budget du Programme de SLD pour l'exercice 2014-2015 était de 22,2 millions de dollars. Les dépenses réelles se sont chiffrées à 23,6 millions de dollars pour des revenus d'un million de dollars, ce qui représente des dépenses nettes de 22,6 millions de dollars.

*Revenus et dépenses du programme* : En pourcentage des dépenses, le revenu généré fluctuait de 4,2 % (2014-2015) à 6,3 % (2010-2011). La moyenne pour la période s'élevait à 4,9 %, ce qui représente une subvention de 95 %.

*Coût par lit dans l'ensemble du système* : Le coût par lit n'est pas représentatif du coût total, car certaines dépenses indirectes ou centralisées ont été omises. Les dépenses réelles pour l'exercice 2014-2015 se chiffraient à 23,6 millions de dollars pour un total de 174 lits, ce qui équivaut à un coût d'exploitation annuel de 136 000 \$ par lit, soit 11 300 \$ par mois et 370 \$ par jour.

*Dépenses en immobilisations* : En comptant toutes les dépenses, le coût approximatif par lit (exercice 2014-2015) se situait dans une fourchette de 800 000 \$ à 1 200 000 \$. Ces coûts excluent l'inflation de même que le temps et le coût du personnel technique et des programmes du GTNO. La norme de conception du MSSS pour les établissements de SLD est le modèle en grappes de 9 ou 18 lits. La petite taille des établissements se traduit par un coût par lit beaucoup plus élevé que celui des grands

établissements des autres provinces et territoires, dont la taille permet des économies d'échelle sur les plans de la construction et des coûts d'exploitation.

### **Situation démographique des TNO en 2014**

**Population totale :** En 2014, la population totale des TNO était de 43 623 résidents. On comptait 22 425 Autochtones (51,4 % de la population du territoire) et 21 198 non-Autochtones (48,6 % de la population). La population comprenait 22 208 hommes (50,9 %) et 21 415 femmes (49,1 %). Le rapport des sexes dans la population totale se chiffrait à 103,7 (c'est-à-dire qu'il y avait 103,7 hommes pour chaque tranche de 100 femmes).

**Cohorte des 70 ans et plus :** On comptait un total de 1 687 personnes âgées de 70 ans et plus (3,9 % de la population), dont 1 009 Autochtones (59,8 %) et 678 non-Autochtones (40,2 %). Cette cohorte était en outre composée de 781 hommes (46,3 %) et de 906 femmes (53,7 %). Le rapport des sexes pour cette cohorte d'âge était de 86,2, ce qui reflète l'espérance de vie supérieure des femmes et un taux de mortalité supérieur chez les hommes.

### **Projections démographiques pour les TNO : de 2014 à 2034**

Bien qu'on ne prévoie qu'une faible croissance de la population totale pour cette période, la structure démographique continue à « vieillir », ce qui entraîne une série de conséquences sur les politiques économiques et sociales. Cette tendance générale est très apparente en région. D'ailleurs, trois régions (Beaufort-Delta, Dehcho et Slave Sud) connaîtront un faible déclin de population pendant la période en question.

**Population totale :** En 2034, la population totale du territoire devrait atteindre 45 012 habitants, soit une augmentation de 1 389 personnes, ou 3,2 %, par rapport à 2014. Statistiquement, ce changement dans la population totale est négligeable sur la période de 20 ans et s'inscrit dans le prolongement des tendances démographiques des deux décennies précédentes pendant lesquelles il n'y a eu pour ainsi dire aucune croissance de la population en raison de l'émigration nette et du déclin du taux de fertilité. Le point saillant au regard du Programme de SLD est que la structure par âge de la population continuera à « vieillir ».

La population comptera 22 877 Autochtones (50,8 % de la population des TNO) et 22 135 non-Autochtones (49,2 % de la population). Ainsi, la population autochtone sera encore légèrement majoritaire en 2034, mais son pourcentage de la population passera de 51,9 % à 50,8 %. Le territoire comptera 22 424 hommes (49,8 %) et 22 588 femmes (50,2 %). Le rapport des sexes dans la population totale se chiffrera à 99,3.

**Cohorte des 70 ans et plus :** Il y aura 5 207 personnes âgées de 70 ans et plus (11,6 % de la population totale), soit une augmentation de 3 520 personnes (209 % d'augmentation). De 3,9 % qu'elle était en 2014, la cohorte passera désormais à 11,6 % de la population totale. Elle comptera 2 456 Autochtones (47,2 %) et 2 751 non-Autochtones (52,8 %), dont 2 400 hommes (46,1 %) et 2 807 femmes (53,9 %). Le rapport des sexes dans cette cohorte d'âge se chiffrera à 85,5.

**Pic de la population de la cohorte des personnes âgées :** La cohorte des 70 ans et plus continuera à augmenter en nombres absolus entre 2014 et 2034. Cependant, la cohorte atteindra son pic après 2020 et entamera un lent déclin relatif jusqu'en 2026, qui se poursuivra jusqu'en 2032, où il s'accroîtra jusqu'en 2034. De cette cohorte, on peut dire qu'elle « augmente à un rythme décroissant ».

**Émigration nette des personnes âgées :** L'émigration nette des personnes âgées (dont 80 % de non-Autochtones) au cours de 23 des 25 dernières années a résulté en une situation d'« exportation » nette

des 60 ans et plus. Voici les mouvements migratoires observés pour la période 2001-2011 : le total d'émigrants se chiffrait à 13 880, dont 1 175 (8,5 %) étaient âgés de 60 ans et plus, alors que le total d'immigrants se chiffrait à 11 560, dont 375 (3,2 %) étaient âgés de 60 ans et plus, ce qui correspond à une émigration nette de 800 personnes âgées de 60 et plus.

La principale répercussion de cette migration est que les personnes âgées restantes (Autochtones et non-Autochtones) représentent une cohorte qui pourrait continuer à créer une demande de SLD relativement supérieure à ce qu'on pourrait attendre d'une structure de population plus standard (comme celle d'autres régions au pays). Les projections démographiques du Bureau de la statistique des TNO ont comptabilisé les mouvements migratoires pour toutes les cohortes d'âge.

### **État de santé aux TNO : les conséquences sur la demande**

Il existe toute une gamme de données confirmant la réalité des disparités dans l'état de santé des populations autochtones et non autochtones, y compris chez les aînés. Les données indiquent aussi que les 40 à 59 ans (Autochtones et non-Autochtones) ont tendance à avoir un moins bon état de santé, ce qui pourrait causer une augmentation de la demande de SLD et d'autres types de soins continus lorsqu'ils passeront dans la cohorte des aînés.

Les mesures les plus pertinentes pour illustrer la disparité dans l'état de santé des Autochtones sont le taux d'hospitalisation et d'utilisation (admission, traitement et congé de l'établissement). Le *Rapport sur les hospitalisations* (2013) recense les motifs d'hospitalisation des résidents des TNO de l'exercice 2008-2009 à l'exercice 2010-2011. Voici ses conclusions principales sur l'utilisation (moyenne annuelle) :

**Utilisation par origine ethnique :** Les Autochtones affichaient un ratio d'utilisation de 91 par 1 000, comparativement à 61 par 1 000 pour les non-Autochtones.

**Utilisation par type de collectivité :** Les résidents des centres régionaux (Fort Smith, Hay River et Inuvik) étaient les plus susceptibles d'être hospitalisés, suivis par ceux des petites collectivités, puis ceux de Yellowknife. Le ratio d'utilisation par tranche de 1 000 résidents était de 98 dans les centres régionaux, de 81 dans les petites collectivités et de 73 à Yellowknife.

### **Données administratives des établissements de soins de longue durée des TNO**

Les données administratives du Programme de SLD (exercices 2010-2011 à 2014-2015) provenant des établissements comprennent de l'information essentielle sur le profil des résidents et les taux de mortalité. Voici les principales observations découlant de leur analyse :

#### **Profil des résidents**

- On recense un total de 934 résidents, ce qui représente une moyenne de 187 résidents qui fréquentent les établissements chaque année.
- On recense un total de 582 résidents autochtones (62 %) et de 352 résidents non-Autochtones (38 %).
- Des 461 résidents de sexe masculin (49 %), 270 (59 %) étaient Autochtones et 191 (41 %) non-Autochtones.
- Des 473 résidentes, 312 (66 %) étaient Autochtones et 161 (34 %) non-Autochtones.

#### **Résidents décédés et taux bruts de mortalité**

- On recense 197 décès de résidents en établissement pour la période de cinq ans, ce qui représente un taux brut de mortalité de 21 par 100 résidents (ou 210 par 1 000).

- On recense 128 décès de résidents autochtones en établissement (65 % du total des décès en établissement), ce qui représente un taux brut de mortalité de 22 par 100 résidents autochtones (220 par 1 000). Les décès de résidents non autochtones se chiffrent à 69 (35 %), ce qui représente un taux brut de mortalité de 19,6 par 100 résidents non autochtones (196 par 1 000).

### **Scénarios de demande de SLD aux TNO et projections**

Les auteurs du rapport sur le modèle de prestation de services intégrés (2005) expliquaient clairement pourquoi le ratio de lits de SLD était supérieur aux TNO en se basant sur les données cliniques, les données administratives du programme et les statistiques démographiques disponibles à l'époque, c'est-à-dire : i) l'âge moyen des résidents occupant des lits de SLD aux TNO était de 74 ans. Cependant, en raison du manque d'options de logement avec assistance et de la faible disponibilité de services d'aide à domicile dans certaines collectivités, les TNO continueront sans doute à accueillir les aînés dans les établissements de SLD à un plus jeune âge que dans les provinces. Voilà pourquoi on considère que le choix de cohorte le plus approprié et raisonnable à des fins de planification est celle des 70 ans et plus. ii) Étant donné la situation particulière des TNO, on considère que la norme de référence de 110 lits par 1 000 résidents est trop faible. L'expérience de santé de la population des TNO témoigne d'une incidence supérieure de maladies chroniques. De plus, les problèmes liés au manque de logements appropriés, de logements en général et d'infrastructures de soutien en nombre suffisant dans la collectivité expliquent le taux d'institutionnalisation supérieur et le besoin de lits supplémentaires aux TNO par rapport au reste du Canada.

**Prévalence et incidence de la démence :** Un des problèmes relevés dans le cadre de cet examen était la difficulté de prévoir la demande de lits pour gérer raisonnablement la croissance de l'incidence de la démence, qui toucherait environ 1 Canadien sur 11 (9 %) chez les 65 ans et plus. L'examen de la situation dans les autres provinces a permis de constater le grand défi que représente cette augmentation pour les gestionnaires de programmes.

### **Modèles de projection de la demande et limites**

Il existe de nombreuses études sur les modèles de projection des SLD et leur utilité relative. Les trois approches fondamentales sont : *l'approche à ratio fixe*, *l'approche axée sur la demande* et *l'approche axée sur les besoins*.

**Approche à ratio fixe :** Il existe deux variantes de cette approche. La première est *l'approche de l'assise financière*, qui consiste à répartir les ressources en augmentant le budget mur à mur. La seconde est *l'approche du ratio de ressources arbitraire*, qui assigne une ressource fixe à un ratio de population (p. ex. 70 lits par tranche de 1 000 personnes de 65 ans et plus). Ce système repose sur la validité (et la justification) du ratio original.

**Approche axée sur la demande :** Il existe trois variantes de cette approche : *l'approche du ratio d'utilisation fondamental*, *l'approche de l'utilisation par la population* et *la méthode du flux de ressources*.

i) *Approche du ratio d'utilisation fondamental :* Cette approche se subdivise en deux sous-approches. La première est *l'approche d'utilisation par point de référence*, qui prévoit les besoins en fonction du ratio de ressources utilisées par le passé par 1 000 personnes de 65 ans et plus. Une variante de cette approche est *l'approche par données des listes d'attente et statistiques d'utilisation*, qui consiste à fonder des projections sur l'utilisation réelle. Cependant, elle incorpore également une mesure de la « demande non comblée » en incluant en partie ou en totalité les personnes sur les listes d'attente des

établissements.

*ii) Approche de l'utilisation par la population* : Cette approche comprend *la méthode par cohorte d'âge*, qui laisse de côté des ratios de lits arbitraires pour fixer des cibles par cohortes de cinq ou dix ans chez les 65 ans et plus. Pour sa part, *l'approche de l'utilisation sociodémographique* a recours à un certain nombre de variables sociodémographiques (p. ex. population, âge, sexe, état civil) pour prévoir la demande.

*iii) Méthode du flux de ressources* : Cette méthode combine les statistiques d'utilisation avec d'autres données comme les statistiques d'admission, la durée du séjour pour les différents niveaux de soins, les statistiques de listes d'attente, les taux de mortalité et les données sur les congés accordés.

**Approche axée sur les besoins** : Cette approche compte deux variantes : *l'approche par recensement des lits* et *l'approche par recensement général*. Ces deux approches visent à déterminer les besoins dans la population et consistent à calculer la demande future en procédant à une estimation des besoins. *L'approche par recensement des lits* suppose d'évaluer les résidents des établissements de SLD afin de déterminer, sur une base individuelle, à quel point l'utilisation des lits est justifiée cliniquement.

*L'approche par recensement général* comporte deux variantes : i) *l'approche par recensement de l'opinion des experts* consiste à sonder les experts sur le besoin de services de soins continus; ii) *l'approche par sondage de la population* consiste à sonder un échantillon de la population pour déterminer ses besoins en soins. Ces sondages peuvent avoir recours à des entrevues menées auprès du personnel soignant et peuvent comprendre des examens de l'état de santé fonctionnel.

**Limites des modèles de projection à ratio fixe** : En ce qui concerne les limites des modèles de demande à ratio fixe, on peut résumer l'expérience des provinces et territoires en disant que, de manière générale, ces modèles résultent soit en une capacité excédentaire, soit en de longs délais d'admission dans les établissements. Les limites recensées dans deux études de cas menées en Colombie-Britannique sont liées aux facteurs omis : la dynamique interannuelle du système; les différences régionales dans les taux d'arrivée et la durée du séjour; le nombre de résidents soignés et de résidents sur la liste d'attente au début de chaque année; la population de moins de 75 ans, qui représentait 20 % de la clientèle, ainsi que les différences dans les taux d'arrivée et la durée du séjour entre les deux groupes d'âge principaux (les 75 à 85 ans et les 85 ans et plus) de même qu'entre les deux sexes.

**Modèle de flux moyen** : Étant donné les limites des approches par ratio fixe, une méthode à la fois fiable et plus simple s'impose. Zhang et ses collègues (2012) ont élaboré le modèle de flux moyen (MFM), qui remédie à certaines des principales failles des modèles à ratio fixe. L'avantage du MFM par rapport aux autres approches tient à sa transparence, à sa facilité d'insertion dans un tableur, au fait que les seules données exigées sont la demande annuelle et les prévisions de durée du séjour, ainsi qu'à sa capacité d'évaluer la mesure dans laquelle les plans des services pourront s'adapter à des changements de variables. Le MFM est fondé sur deux séries de données clients dans un établissement, soit i) *le nombre de lits nécessaires l'année suivante = le nombre de lits nécessaires cette année – les départs de clients en cours d'année + les arrivées de clients en cours d'année*, et ii) *les départs de clients cette année = le nombre de lits cette année/la durée moyenne du séjour*.

La première équation relève d'une comptabilité élémentaire. On parvient à la seconde en adoptant l'hypothèse suivante : si les résidents demeurent dans le système pendant la durée moyenne du séjour, alors chaque année,  $(1/\text{durée moyenne du séjour})$  résidents quittent le système (ce qui donne le taux de départ). On calcule les arrivées totales en utilisant le taux d'arrivée par personne dans une année multiplié par une prévision de la population. Ainsi, en entrant la durée moyenne du séjour et le nombre

total d'arrivées chaque année dans les deux équations du MFM, on peut déterminer le nombre de lits nécessaires. Cette méthode a inspiré le modèle de SLD des TNO.

### ***Inventaire de l'offre de soins de longue durée aux TNO pour l'exercice 2016-2017***

L'inventaire actuel des lits de SLD donne 174 lits (exercice 2015-2016), dont 161 exclusivement pour les SLD et 13 lits de répit. L'exercice 2016-2017 verra l'ajout de 27 lits, pour un total de 201 lits. Il en résultera une concordance raisonnable entre le pourcentage de lits et la proportion de la cohorte des 70 ans et plus dans les régions. Au cours de l'exercice 2016-2017, dans quatre régions, le nombre de lits de SLD dépassera légèrement la proportion de la cohorte des 70 ans et plus. Voici ces régions, accompagnées de leur pourcentage de variance respectif : Tlicho (+2,7 %), Sahtu (+1,6 %), Fort Smith (+4,6 %) et Yellowknife (+0,9 %). Dans trois régions, le nombre de lits de SLD sera légèrement inférieur à la proportion de la cohorte des 70 ans et plus. Voici ces régions avec leur pourcentage de variance respectif : Beaufort-Delta (-6,1 %), Slave Sud (Hay River) (-2,0 %) et Dehcho (-1,7 %).

### ***Offre et demande de soins de longue durée aux TNO : projections fondées sur la démographie***

La méthodologie du modèle et des projections comprend des hypothèses sur la demande et l'offre. Un certain nombre d'hypothèses concernent aussi bien l'offre que la demande. Si un changement devait être apporté à ces hypothèses, il pourrait entraîner des changements corrélatifs (voire des changements de fond) à l'offre ou à la demande de services et d'établissements de SLD.

***Hypothèses sur la demande*** : Ces hypothèses se subdivisent en deux catégories : les démographiques et les non démographiques. Les hypothèses démographiques englobent les facteurs liés à la population : la population totale des TNO et de la cohorte des 70 ans et plus (en prenant 2014 comme année de référence); les projections pour la période de 2014 à 2034; et le pic de la cohorte des 70 ans et plus. Les hypothèses non démographiques englobent divers facteurs influant sur l'état de santé, les variables du modèle de projection de la population des TNO, ainsi que les normes, les politiques (p. ex. la quote-part des résidents) et les niveaux de service du Programme de SLD.

***Hypothèses sur l'offre*** : Ces hypothèses englobent les inventaires actuels et projetés de lits, les coûts d'immobilisation et d'exploitation par lit, le revenu généré par la quote-part des résidents, la durée du séjour et le taux de mortalité des résidents, les niveaux de service de soins dans la collectivité et à domicile, l'évaluation des revenus ou des moyens et enfin, le rôle des fournisseurs de services privés et à but non lucratif.

### ***Projections initiales de la demande de lits motivée par la démographie***

Les projections « initiales » de la demande de lits sont fondées purement sur les projections démographiques établies par le Bureau de la statistique des TNO pour la période 2014 à 2034. Les résultats des projections fournissent un contexte ainsi qu'une « demande maximale » potentielle. À l'aide du modèle de SLD, on apporte ensuite des « ajustements » aux projections de référence en considérant divers facteurs (p. ex. la durée du séjour et le taux de mortalité) qui entraînent des vacances de lits.

### ***Scénarios de demande de lits : projections pour les TNO***

Quatre scénarios de demande de lits ont été sélectionnés pour les projections initiales de demande de lits motivée par la démographie : le *scénario 1* (115 lits par tranche de 1 000 personnes de 70 ans et plus à un taux d'occupation de 95 %); le *scénario 1A* (115 lits par tranche de 1 000 personnes de 70 ans et plus à un taux d'occupation de 100 %); le *scénario 2* (120 lits par tranche de 1 000 personnes de 70 ans et plus à un taux d'occupation de 95 %) et le *scénario 2A* (120 lits par tranche de 1 000 personnes de 70 ans et plus à un taux d'occupation de 100 %). Les projections de la demande de lits (arrondie) pour la

demande de lits la plus faible (scénario 1A) et la plus forte (scénario 2) sont respectivement de -56 et -77 en 2016; de -119 et -147 en 2020; de -237 et -277 en 2026 et de -436 et -495 en 2034.

D'après la prépondérance de la preuve (les données démographiques, l'état de santé, les tendances et taux d'utilisation, les données administratives sur les établissements de SLD [p. ex. les caractéristiques sociodémographiques et le taux de mortalité des résidents], les pratiques exemplaires d'autres provinces et territoires et le nombre de lits disponibles pour l'exercice 2016-2017), les ratios optimaux de lits suivants sont recommandés en deux phases :

*Phase 1 : ratio de 115 lits par 1 000 habitants de 70 ans ou plus pour les exercices 2016-2017 à 2026-2027*

Le MSSS approuve et met en œuvre un ratio de lits de 115 par 1 000 habitants âgés de 70 ans ou plus, d'après un scénario d'occupation de 95 % des lits pour les exercices 2016-2017 à 2026-2027, afin de respecter ses projections de la demande et d'opérationnaliser le modèle de SLD des TNO.

*Phase 2 : ratio de 105 lits par 1 000 habitants de 70 ans ou plus pour les exercices 2027-2028 à 2033-2034*

En collaboration avec le Bureau de la statistique des TNO, le MSSS examine et valide les projections démographiques après le recensement de 2026, en supposant : i) que les projections et hypothèses de modélisation actuelles présentées dans cette étude demeurent raisonnablement valides (en particulier, le pic de croissance de la cohorte des 70 ans et plus et les tendances migratoires); ii) qu'en réévaluant l'incidence des facteurs démographiques et autres sur la demande et l'offre afin de valider les tendances projetées le ratio de lits sera ramené à 105 lits par 1 000 habitants de 70 ans ou plus, d'après un scénario d'occupation de 95 % des lits.

***Modèle de soins de longue durée des TNO et méthodologie***

Le modèle de SLD actuellement utilisé aux TNO (ci-après « le modèle ») à des fins d'évaluation de la capacité, de planification et de gestion a été examiné, mis à jour et étudié en profondeur. Le modèle et sa méthodologie s'inspirent de plusieurs modèles antérieurs et des pratiques exemplaires d'autres provinces et territoires. De plus, ils reflètent et intègrent les réalités opérationnelles de l'offre et de la demande aux TNO et les facteurs jouant sur ces dernières.

Le modèle comprend six volets, qui comportent chacun une séquence spécifique et une méthodologie détaillée : 1) la détermination d'un point de référence et l'élaboration de projections démographiques; 2) l'évaluation et la surveillance des ressources, des établissements et de la capacité du système; 3) l'évaluation et la surveillance du cadre d'exploitation; 4) l'analyse de l'offre et de la demande de lits, accompagnée d'études d'impact et de propositions d'options; 5) l'évaluation de la capacité et du plan de gestion; 6) l'application et la surveillance du plan de gestion, suivies de rapports.

***Opérationnalisation du modèle :*** Après l'élaboration des projections démographiques initiales, le modèle sera opérationnalisé en révisant, en modifiant et en validant les projections effectuées grâce au calcul de la fréquentation réelle des établissements à l'échelle territoriale et régionale. Voici en quoi consiste le processus :

- Mettre à jour et consolider les ressources du système liées au Programme de SLD pour les établissements régionaux et les lits existants, y compris les établissements en construction;
- Recueillir et consolider les données administratives sur les variables d'importance : nombre de résidents (par catégorie d'admission, sexe et origine ethnique), nombre de départs, durée du séjour et âge au moment du décès. Ces données sont croisées par sexe et origine ethnique pour

accroître la précision des calculs effectués dans le « flux » après les projections initiales de la demande de lits motivée par la démographie;

- Fixer l'année de référence (l'exercice 2016-2017) afin d'offrir par la suite un portrait plus pragmatique et plus exact de l'offre et de la demande de lits;
- Fixer les scénarios de ratio de lits conformément aux décisions prises par le MSSS sur la politique et le programme (p. ex. 115 lits par tranche de 1 000 personnes de 70 ans et plus à un taux d'occupation de 95 %);
- Modifier les formules des tableurs et des tableaux de résumé en fonction des projections de demande de lits pour les scénarios sélectionnés. La modification devra comprendre les éléments suivants : cohortes de population aux TNO et par région pour les années de référence sélectionnées; demande de lits motivée par la démographie; inventaire des lits existants; listes d'attente du Comité territorial d'admission (aussi à jour que possible, places assignées en fonction de la région du demandeur); étude de la possibilité de rapatrier des personnes résidant hors du territoire; et variance du nombre de lits par rapport à la demande initialement projetée dans les TNO et les régions;
- Exécuter les scénarios choisis pour les années de référence sélectionnées (2016, 2017, 2020, 2023, 2026, 2029, 2032 et 2034). Ces scénarios ne représentent pas la demande de lits « finale », qui est calculée ultérieurement en tenant compte d'autres variables (durée du séjour et taux de mortalité);
- Créer des tableaux consolidés et des figures pour les scénarios sélectionnés à l'échelle des TNO et des régions pour chaque période de référence. Effectuer l'analyse de la variance en fonction du flux opérationnalisé des résidents et des personnes figurant sur la liste d'attente du Comité territorial d'admission.

### ***Modèles de financement dans les autres provinces et territoires***

L'examen des programmes de SLD des autres provinces et territoires du Canada a mis au jour une multitude de modèles de financement des établissements. Voici un aperçu de ces modèles : les établissements publics étaient généralement financés par les processus budgétaires normaux des gouvernements, tandis que les coûts d'exploitation des établissements privés étaient couverts soit par un modèle de négociation, soit par un modèle de formule de financement. Le financement de la construction des établissements variait énormément d'une province à l'autre. Dans le cas des établissements publics, on appliquait le processus normal de planification et d'approbation des immobilisations. Dans le cas des établissements privés, ou bien les provinces incluaient les coûts de construction dans l'enveloppe de fonctionnement fournie en permettant l'inclusion du financement hypothécaire dans un budget d'exploitation négocié, ou bien elles incluaient une indemnité pour les coûts de construction dans la formule de financement. Quant aux propriétaires et exploitants d'établissements privés, on s'attendait à ce qu'ils financent la construction, jusqu'à un certain point par leurs propres moyens, en considérant que ce financement privé serait remboursé à partir des profits ou des économies générés dans le cadre de l'exploitation de l'établissement.

### ***Recommandations et points de décision***

L'examen a donné lieu à la formulation des recommandations et points de décision suivants à l'intention du MSSS.

#### ***Recommandation 1 : approuver et mettre en œuvre le modèle de soins de longue durée des TNO***

Le MSSS devrait approuver et mettre en œuvre la version modifiée du modèle de SLD des TNO pour l'évaluation de la capacité, la planification et la gestion.

**Recommandation 2 : examiner et valider les hypothèses de modélisation de l'offre et de la demande avant de prendre des décisions d'investissement**

Le MSSS devrait valider les hypothèses de modélisation de l'offre et de la demande contenues dans le modèle de SLD des TNO avant de prendre des décisions d'investissement.

**Recommandation 3 : opérationnaliser le modèle de soins de longue durée des TNO**

Le MSSS devrait opérationnaliser le modèle de SLD des TNO au moyen de la méthodologie établie pour confirmer et valider la demande finale (c'est-à-dire réelle) de lits, sur la base des projections démographiques initiales de la demande et des rajustements subséquents de la demande.

**Recommandation 4 : mettre en œuvre la suite d'instruments standardisés d'évaluation des besoins InterRAI**

Le MSSS devrait remplacer l'actuelle trousse d'évaluation des soins continus par la mise en œuvre du système international d'instruments d'évaluation des besoins à domicile (InterRAI) pour les soins à domicile et les SLD. Au cours de la période de transition, le MSSS devrait continuer le suivi et la collecte des données pour la durée du séjour en fonction des variables clés (nombre total de résidents, niveau de soins, sexe, origine ethnique, catégorie d'admission).

**Recommandation 5 : approuver les ratios optimaux de lits en fonction des projections de la demande pour les exercices 2016-2017 à 2026-2027 et 2027-2028 à 2033-2034**

D'après la prépondérance de la preuve (les données démographiques, l'état de santé, les tendances et taux d'utilisation, les données administratives sur les établissements de SLD [p. ex. les caractéristiques sociodémographiques et le taux de mortalité des résidents], les pratiques exemplaires d'autres provinces et territoires et le nombre de lits disponibles pour l'exercice 2016-2017), les ratios optimaux de lits suivants sont recommandés en deux phases. La première phase couvre les exercices 2016-2017 à 2026-2027 et la seconde, les exercices 2027-2028 à 2033-2034.

*Phase 1 : ratio de 115 lits par 1 000 habitants de 70 ans ou plus pour les exercices 2016-2017 à 2026-2027* – Le MSSS devrait approuver et mettre en œuvre un ratio de lits de 115 par 1 000 habitants âgés de 70 ans ou plus, d'après un scénario d'occupation de 95 % des lits pour les exercices 2016-2017 à 2026-2027, pour finaliser les projections de la demande et opérationnaliser le modèle de SLD des TNO.

*Phase 2 : ratio de 105 lits par 1 000 habitants de 70 ans ou plus pour les exercices 2027-2028 à 2033-2034* – Le MSSS, en collaboration avec le Bureau de la statistique des TNO, devrait examiner et valider les projections démographiques après le recensement de 2026, en supposant : i) que les projections et hypothèses de modélisation actuelles présentées dans cette étude demeurent raisonnablement valides (en particulier, le pic de croissance de la cohorte des 70 ans et plus et les tendances migratoires); ii) qu'en réévaluant l'incidence des facteurs démographiques et autres sur la demande et l'offre afin de valider les tendances projetées le ratio de lits sera ramené conséquemment à 105 lits par 1 000 habitants de 70 ans ou plus, d'après un scénario d'occupation de 95 % des lits.

Dans l'éventualité d'un changement important dans les tendances de la demande et de l'offre (p. ex., si le MSSS investissait des ressources supplémentaires dans d'autres secteurs des Services de soins continus) susceptible de réduire la demande de soins en établissement, le ratio de 105 lits pourrait même être réduit davantage pour refléter et accommoder les nouvelles trajectoires des tendances de l'offre et de la demande. Cette décision devra se prendre à la lumière des données disponibles d'ici à l'exercice 2026-2027 et au-delà.

**Recommandation 6 : financement des opérations du programme à court terme (de 6 à 12 mois)**

À court terme (de 6 à 12 mois), le MSSS devrait adopter l'option de financement 2, soit fournir le financement d'exploitation sous forme d'accords de contribution négociés avec des propriétaires et exploitants du secteur privé selon une approche comptable ligne par ligne.

**Recommandation 7 : financement des opérations du programme à long terme (de 12 à 24 mois)**

À plus long terme (de 12 à 24 mois), le MSSS devrait adopter l'option de financement 3, soit fournir le financement d'exploitation selon une formule de coût publiée (avec certains ajustements en fonction des disparités régionales en matière de coûts). Il pourrait s'agir d'une formule de distribution ou d'une formule fondée sur les besoins. De plus, il y aurait lieu d'envisager pour l'avenir (au-delà de l'horizon de 24 mois) de rendre certains éléments de la formule sensibles à la précision de l'évaluation de la clientèle; il faut reconnaître que cette démarche nécessiterait l'ajout d'un outil d'évaluation tel que l'InterRAI proposé, une capacité clinique conséquente du système de SLD à réaliser des évaluations régulières de la clientèle, de même qu'un système informatique (regroupant les systèmes de technologie et de gestion de l'information) capable de saisir les données d'évaluation, de les traiter et de les intégrer aux décisions sur la gestion du programme.

Le MSSS devrait également entreprendre des travaux de recherche et évaluer le potentiel de conversion des établissements de SLD actuels dont le GTNO est le propriétaire exploitant en un modèle d'affaires axé davantage sur le secteur privé, tout en reconnaissant, d'une part, le fait que les initiatives de privatisation (qui peuvent englober un modèle de partenariat de type public-privé) s'accompagnent de défis considérables sur le plan politique et sur celui des relations de travail, et, d'autre part, la nécessité d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des services aux résidents des établissements et aux membres de leur famille.

**Recommandation 8 : financement de la construction d'établissements à court terme (de 3 à 12 mois)**

À très court terme (de 3 à 6 mois), le MSSS devrait entreprendre des travaux de recherche sur les normes de conception des établissements de SLD utilisées en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, et élaborer des normes de conception des établissements de SLD propres au GTNO qui reflètent les pratiques exemplaires de ces provinces. Il devrait éviter d'élaborer de façon autonome des normes de conception des établissements de SLD qui pourraient dépasser les normes de conception en vigueur dans d'autres provinces et territoires (p. ex. éviter la tendance à appliquer la norme la plus stricte, mais assurer la sécurité des résidents et la qualité des services). Enfin, il devrait exiger que tous les propriétaires et exploitants privés d'établissements de SLD respectent les normes de conception des TNO pour toute nouvelle construction.

À court terme (de 6 à 12 mois), le MSSS devrait adopter l'option 2, soit financer la construction de nouvelles places par une allocation pour frais hypothécaires dans l'accord de contribution aux opérations annuel avec les propriétaires et exploitants du secteur privé. Pour les exploitants actuels du secteur privé, cette mesure offre le potentiel de faciliter le début de la construction de nouvelles places dans certains endroits dans un délai plus court que pour un projet normal qui suivrait le processus gouvernemental standard de planification et d'approbation des investissements. Là où il est nécessaire d'attirer de nouveaux exploitants privés, il faudrait adopter un processus de demande de propositions (DP) de type conception-construction-financement-exploitation, combinant des composantes de construction et d'exploitation (comme le fait l'Alberta avec son programme ASLI; des discussions approfondies devraient avoir lieu avec l'Alberta sur la façon dont cette province structure la demande de propositions et les négociations subséquentes). Par ailleurs, le processus de DP mis en place récemment à Terre-Neuve-et-Labrador pour la construction des établissements de SLD est un autre point de référence utile.

**Recommandation 9 : financement de la construction d'établissements à long terme (de 12 à 24 mois)**

À plus long terme (de 12 à 24 mois), le MSSS devrait adopter l'option 4, soit assurer la construction de nouvelles places en incluant un taux quotidien de construction à la formule de coût standard du financement opérationnel (comme en Ontario). Cette stratégie passerait encore par une DP de type conception-construction-financement-exploitation pour les nouvelles places.

**Recommandation 10 : revenus et subventions des établissements de SLD**

À court terme (de 6 à 12 mois), le MSSS devrait réaliser des travaux de recherche et réunir l'information financière provenant de tous les établissements de SLD des TNO sur l'ensemble des éléments standard (pleinement assumés) du coût de l'hébergement pour SLD (p. ex. les frais de fonctionnement et d'entretien des immeubles, les services de conciergerie, de buanderie et de ménage, ainsi que la préparation et le service des repas). Il devrait mettre au point un système permettant d'actualiser constamment ces données sur les coûts. Il devrait calculer, pour l'ensemble des TNO, la moyenne des frais d'hébergement quotidiens nécessaires pour recouvrer pleinement le coût de l'hébergement et des repas. Il devrait évaluer s'il y a lieu de rajuster (à la baisse) ce tarif d'hébergement quotidien pour prendre en compte les déficiences éventuelles du système, les faibles économies d'échelle ou les coûts d'exploitation élevés dans certaines régions. Autrement dit, le tarif d'hébergement devrait être raisonnablement comparable aux tarifs provinciaux d'hébergement les plus élevés (ceux de la Nouvelle-Écosse). Enfin, le MSSS devrait élaborer un plan de mise en œuvre du nouveau tarif d'hébergement.

De concert avec l'application de la recommandation précédente, le MSSS devrait réaliser des travaux de recherche et élaborer un programme de subvention pour frais d'hébergement en fonction du revenu, afin de contrer l'impact du tarif d'hébergement plus élevé sur les résidents à faible revenu des établissements de SLD des TNO. Il devrait effectuer une recherche consistant à évaluer les programmes de subventions mis en œuvre par d'autres autorités compétentes pour réduire le délai de conception du programme de subventions.

**Recommandation 11 : permis, normes et inspections applicables aux établissements de SLD**

À court terme (de 6 à 12 mois), le MSSS devrait réaliser des travaux de recherche et élaborer des options législatives et réglementaires pour l'instauration d'un permis d'établissement de SLD, l'adoption de normes et l'inspection par le MSSS, en vue de déposer les textes législatifs nécessaires d'ici 24 mois. Il devrait effectuer une recherche sur les régimes de lois et règlements des autres provinces et territoires et qu'il adopte (en y apportant les modifications nécessaires) des approches et les dispositions existantes, dans la mesure où il est pratique de le faire, pour réduire le délai de rédaction.