AVISEO

AVIS ÉCONOMIQUE

Avis économique sur les options de financement pour instaurer un Régime national d'allocation à l'autonomie au Québec

Mars 2026

Sommaire

Cet avis économique a pour objectif de réexaminer la pertinence et les moyens de mettre en œuvre un Régime national d'allocation à l'autonomie (RNAA) au Québec. Lorsqu'il a été élaboré en 2013, ce projet offrait à l'État une occasion de mieux contrôler l'augmentation des coûts liés au vieillissement de la population. Étant donné les changements et défis démographiques, économiques et budgétaires rencontrés depuis la publication du Livre blanc sur le sujet, intitulé *L'autonomie pour tous*, il apparaît aujourd'hui pertinent de mettre à jour ce projet.

Les principaux constats du présent avis économique sont les suivants :

- **Un vieillissement accéléré de la population québécoise.** La proportion des personnes âgées de 75 ans et plus augmente significativement, passant de 7,2 % en 2013 à 9,7 % en 2025, pour atteindre une projection de 13,6 % en 2035, avec une croissance continue prévue jusqu'en 2050.
- **Une croissance des besoins en soutien à l'autonomie.** En 2025, plus de 288 000 personnes âgées avaient un besoin de soutien à l'autonomie, soit 3,2 % de la population. Cette proportion grimpera à 5,4 % de la population en 2050, soit environ 500 000 personnes.
- **Une pression sur les finances publiques.** Le déficit budgétaire du Québec devrait atteindre 12,4 milliards de dollars en 2025-2026, limitant la capacité d'accroître les dépenses publiques, alors que la charge fiscale y est supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE et figure parmi les plus élevées en Amérique du Nord.
- **Une transformation du système de santé.** Le RNAA constitue une réforme structurante visant à réorganiser les soins et services liés à la perte d'autonomie et à renforcer le pouvoir de choix des personnes. Bien qu'il entraîne des coûts additionnels de mise en œuvre, le modèle devrait, à terme, générer des économies par rapport au statu quo.
- **Des gains financiers importants.** Selon des études réalisées en 2021, l'instauration d'un soutien à l'autonomie et un virage vers le soutien à domicile auraient permis de réduire la croissance des dépenses publiques liées à la perte d'autonomie. À la lumière des données de 2025, les économies de coûts liées à l'instauration d'un tel régime pourraient s'avérer encore plus importantes.
- **Un financement en capitalisation peu probable.** Le Québec semble contraint à un modèle de financement en répartition, lequel devrait mener à une augmentation de la charge fiscale sur les générations futures.
- **Un financement en répartition à privilégier.** Ce financement peut prendre deux formes : le financement fiscal universel via le budget de l'État (courant dans plusieurs pays de l'OCDE) ainsi que le financement via des instruments financiers distincts. Ceux-ci offrent plus de transparence, mais peuvent affecter l'acceptabilité sociale.
- **Des paramètres doivent être précisés.** Plusieurs modalités doivent être clarifiées pour la mise en œuvre d'un RNAA, notamment la part assumée par l'État, la forme des versements, l'éventail des services couverts et les prestataires admissibles, en tenant compte des principes d'équité horizontale et verticale.

Nous recommandons la rédaction d'un nouveau livre blanc dans un style moderne plutôt qu'une simple mise à jour des données existantes. Il s'agit de revoir de manière structurante le cadre financier, l'organisation et la gouvernance du projet à la lumière du contexte socioéconomique actuel. Cette approche permettrait d'actualiser les fondements du modèle et d'en renforcer la cohérence, la clarté et l'acceptabilité sociale.

Table des matières

Mise en contexte....4
Coûts d'une Politique nationale de soutien à l'autonomie....9
Certaines modalités de la Politique nationale de soutien à l'autonomie doivent être précisées....11
Modèles de financement possible pour le Québec....12
Discussion et recommandations....15
Conclusion....17

Mise en contexte

Les enjeux associés au vieillissement démographique et à la croissance des besoins en soins de longue durée constituent une préoccupation constante pour l'État québécois. En 2013, le gouvernement dirigé par Pauline Marois a présenté un projet de loi fondé sur le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, document qui précisait les principes du programme envisagé ainsi que ses modalités de financement.

Description du programme

L'assurance autonomie visait à restructurer et garantir le financement des soins et services de longue durée destinés aux personnes en perte d'autonomie. Celle-ci incluait les personnes âgées et les adultes vivant avec une incapacité fonctionnelle permanente. Bien que le projet couvrait l'ensemble des adultes présentant une incapacité fonctionnelle permanente, il accordait une attention particulière aux personnes âgées, qui concentrent la majorité des besoins en soutien et en services.

L'objectif central était un changement de paradigme. Il s'agissait de déplacer le cœur des services de longue durée des milieux institutionnels vers le domicile et les milieux de vie, en offrant aux personnes une plus grande capacité de choix quant au lieu de vie, au type de services reçus et au prestataire de services. L'assurance autonomie devait ainsi entraîner un virage vers les soins et services à domicile, jugés moins coûteux que l'hébergement en ressources institutionnelles.

L'assurance autonomie était basée sur six principes : l'universalité ; la solidarité dans le financement ; l'accessibilité aux soins et aux services ; l'individualisation en fonction des caractéristiques de la personne et de son environnement ; l'équité dans la répartition des ressources ; ainsi que la gestion publique du système de santé et des services sociaux. Ce cadre de principes visait également à favoriser une allocation plus efficiente des ressources publiques et à assurer la soutenabilité du système à long terme.

Fonctionnement

Le projet d'assurance autonomie, telle qu'élaborée en 2013, prévoyait l'instauration d'une **allocation de soutien à l'autonomie** (ASA), utilisable dans divers environnements de vie, pour plusieurs catégories de services et auprès de multiples prestataires.

L'architecture du système s'appuyait sur des outils déjà intégrés au sein du réseau public, tels que le *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF) et les profils Iso-SMAF, permettant une évaluation standardisée du degré de perte d'autonomie et l'association à un niveau de services requis. L'ASA représentait la part prise en charge, ou la contribution, de l'assurance autonomie pour les services nécessaires au patient. Cette allocation pouvait être octroyée sous forme d'heures de services ou comme prestation financière, en fonction de l'évaluation des besoins. Elle pouvait d'autant plus être modulée selon les ressources financières des bénéficiaires.

Les principes fondateurs de l'ASA reposaient sur l'équité, la préservation du libre choix des personnes en perte d'autonomie et la neutralité de l'État quant au mode de prise en charge. L'équité visée était à la fois horizontale (l'aide de l'État dépend de l'intensité des besoins) et verticale (l'aide de l'État est adaptée aux ressources financières des récipiendaires).

En somme, l'assurance autonomie était un outil de gouvernance et de priorisation budgétaire plutôt qu'une assurance classique fondée sur la cotisation ou la capitalisation. Il s'agissait d'une réforme visant à organiser les soins et l'accompagnement après la perte d'autonomie, selon les besoins constatés, sans transfert explicite du risque individuel. Son financement pouvait provenir de différentes sources, sans changer ses principes

d'universalité et de solidarité. Comme l'assurance maladie, elle garantissait l'accès aux services selon les besoins, avec un rôle central de l'État dans leur organisation, régulation et financement.

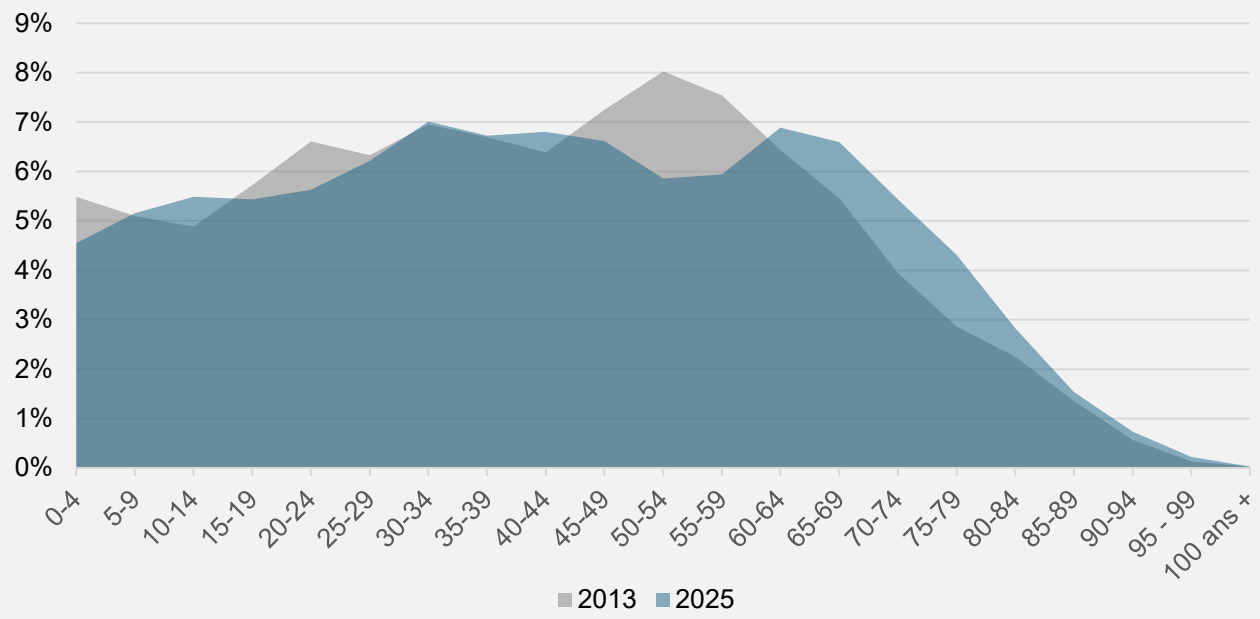
Dix ans plus tard : qu'est-ce qui a changé ?

Le projet se voulait, à l'époque, une solution transformatrice visant à permettre aux personnes en perte d'autonomie d'exercer un choix par rapport à leur santé, tout en minimisant les pressions exercées par le vieillissement sur les finances de l'État. Plus d'une décennie plus tard, les tendances démographiques anticipées se sont confirmées. En revanche, le contexte macroéconomique et budgétaire s'est resserré.

Le « mur » démographique se rapproche

Depuis la parution du Livre blanc en 2013, le poids des personnes aînées a augmenté[1]. En 2025, les personnes âgées de 75 à 84 ans représentent 7,1 % de la population, et celles de 85 ans et plus, 2,5 %. En 2013, ces proportions étaient respectivement de 5,1 % et 2,1 % (Graphique 1).

Graphique 1. Évolution de la structure démographique du Québec
Québec, 2013 et 2025, selon le groupe d'âge, en % de la population totale

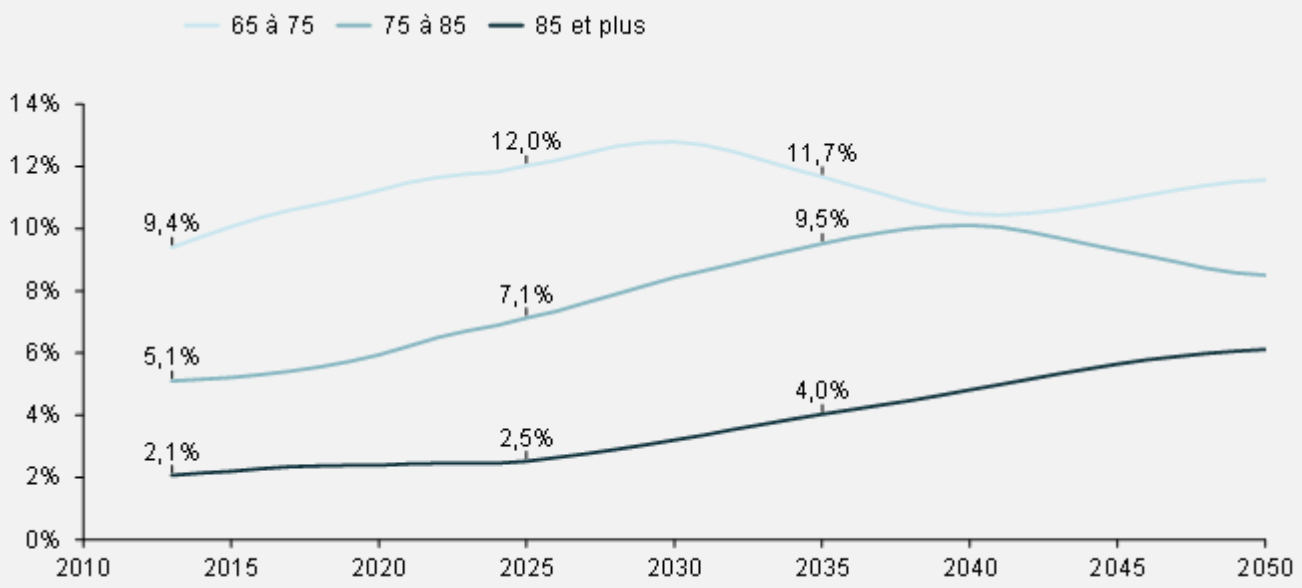


Source : Institut de la statistique du Québec - Perspectives démographiques, 2025.

[1] *Institut de la statistique du Québec - Perspectives démographiques, 2025 ; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

La proportion des personnes âgées continuera d'augmenter au cours des 15 prochaines années. Selon les plus récentes prévisions démographiques de l'Institut de la statistique du Québec[2], la part des 65 à 74 ans devrait plafonner vers 2030 (Graphique 2). En revanche, celle des 75 à 84 ans poursuivra sa croissance jusqu'en 2040, tandis que celle des 85 ans et plus augmentera de façon soutenue jusqu'en 2050. D'ici 2035, la part des 75 à 84 ans représentera 10 % de la population et les 85 ans et plus, près de 4 %, soit plus du double des proportions observées en 2013 pour chacun de ces groupes.

Graphique 2. Évolution du poids démographique des aînées
Québec, 2013 à 2050p, selon le groupe d'âge, en % de la population totale



Source : Institut de la statistique du Québec - Perspectives démographiques, 2025.

Les besoins en soutien à l'autonomie grandissent

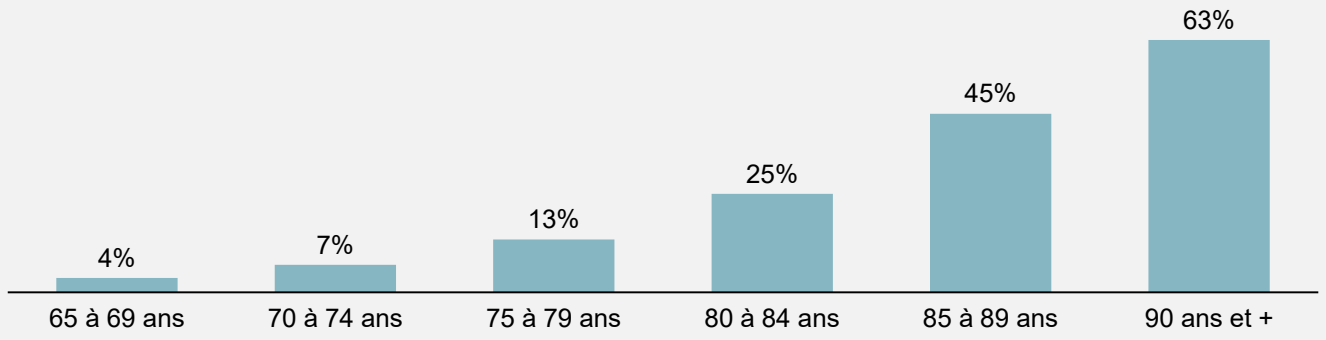
Les besoins en soutien à l'autonomie augmentent fortement avec l'âge. Il est estimé qu'environ 25 % des personnes de 80 à 84 ans nécessitent un soutien, proportion qui atteint près de 45 % chez les 85 à 89 ans et environ 63 % chez les 90 ans et plus (Graphique 3). On estime qu'en 2025, plus de 288 000 personnes âgées nécessitaient un soutien à l'autonomie au Québec, soit environ 3,2 % de la population. Cette proportion est en hausse par rapport à 2013, alors que le nombre de personnes concernées se situait sous le seuil des 200 000.

Cette pression devrait s'accentuer au cours des prochaines décennies. Le nombre de personnes âgées requérant un soutien à l'autonomie dépasserait ainsi 400 000 d'ici 2035 pour atteindre près de 500 000 à l'horizon 2050. En conséquence, leur poids démographique passera de 3,2 % à 4,4 % en 2035 et 5,4 % en 2050 (Graphique 4)[3].

[2] *Selon le scénario de référence A2025.*

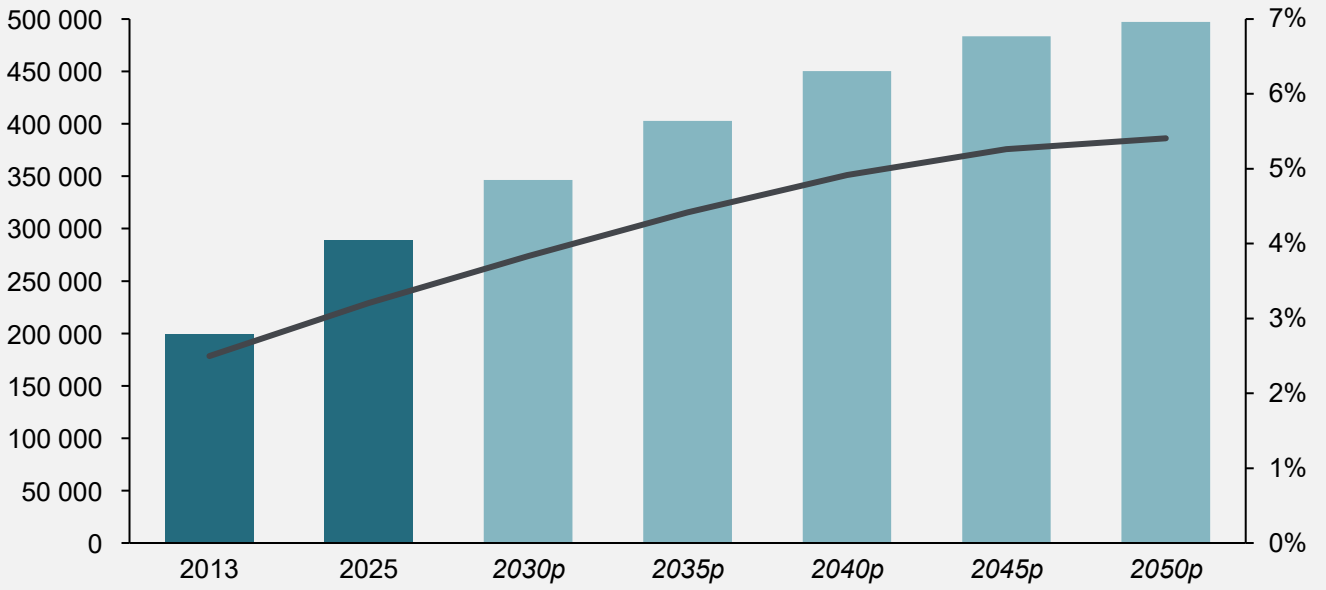
[3] *Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal, Institut de la statistique du Québec - Perspectives démographiques, 2025 ; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

Graphique 3. Pourcentage d'individus ayant des besoins en soutien à l'autonomie selon le groupe d'âge
Québec, 2023, en pourcentage



Source : Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal, 2023.

Graphique 4. Croissance projetée des personnes âgées ayant des besoins en soutien à l'autonomie
Québec, 2013 à 2050 p, en nombre et en pourcentage de la population



Source : Institut de la statistique du Québec - Perspectives démographiques, 2025.

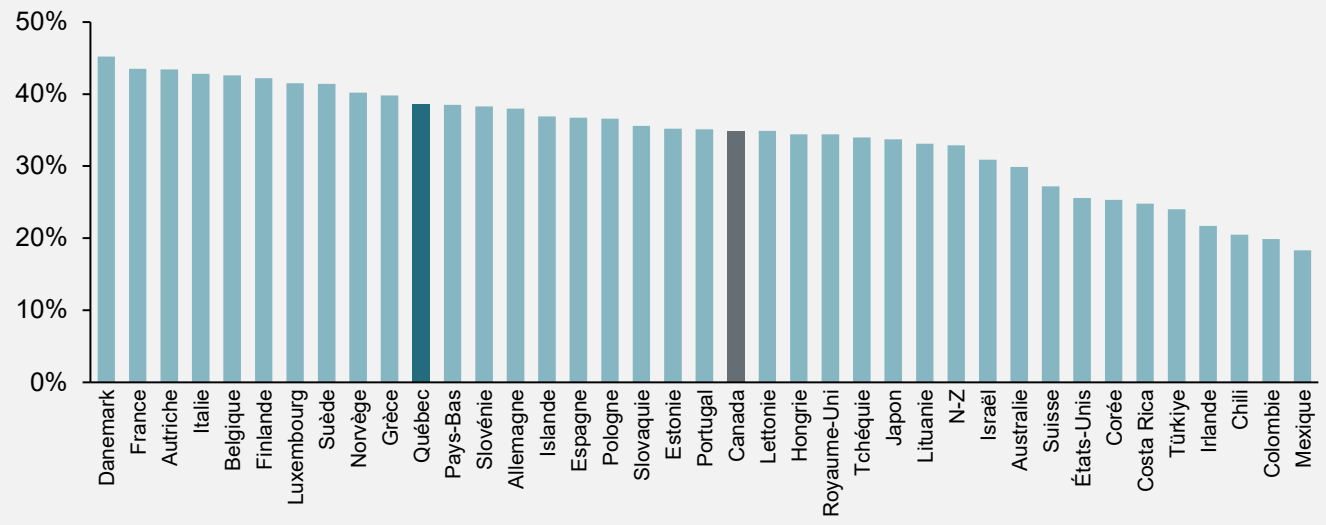
Les finances publiques sont en mauvais état

La croissance du fardeau fiscal engendré par le soutien à l'autonomie s'insère dans un contexte de pression accru sur les finances publiques. Le déficit budgétaire du Québec devrait atteindre un record à 12,4 G$ en 2025-2026, après les versements au Fonds des générations. Le gouvernement du Québec prévoit un retour à l'équilibre budgétaire d'ici 2029-2030. Toutefois, ce plan repose sur une réduction du déficit de 6,0 G$, qui dépend de mesures encore indéterminées. Cela laisse planer une incertitude quant à la manière dont le gouvernement parviendra à équilibrer son budget dans les délais annoncés, d'où la pertinence de réfléchir à des mesures plus efficaces et efficientes pour livrer des services de santé, notamment en matière de soutien à l'autonomie.

La détérioration de la situation budgétaire du Québec limitera la capacité du gouvernement de financer ses programmes. Pour les cinq prochains exercices financiers (2026 à 2030), la hausse des dépenses de portefeuille ne sera que de 1,9 % en moyenne, soit un taux inférieur à l'inflation prévue (2,0 %) et à la croissance moyenne historique chiffrée à 3,8 % entre 2014 et 2025[4,5].

La capacité du Québec d'augmenter ses recettes fiscales apparaît limitée. Le Québec est, en pourcentage de son PIB, l'un des états les plus imposés parmi ceux de l'OCDE (Graphique 5)[6].

Graphique 5. Comparaison de la charge fiscale du Québec, du Canada et des pays de l'OCDE
Québec et OCDE, 2024, recettes fiscales totales en pourcentage du PIB



Source : OCDE - Statistiques des recettes publiques, 2025.

[4] *Cette croissance exclut les années de pandémie (2019-2020 à 2022-2023).*

[5] *Ministère des Finances du Québec, 2025 ; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

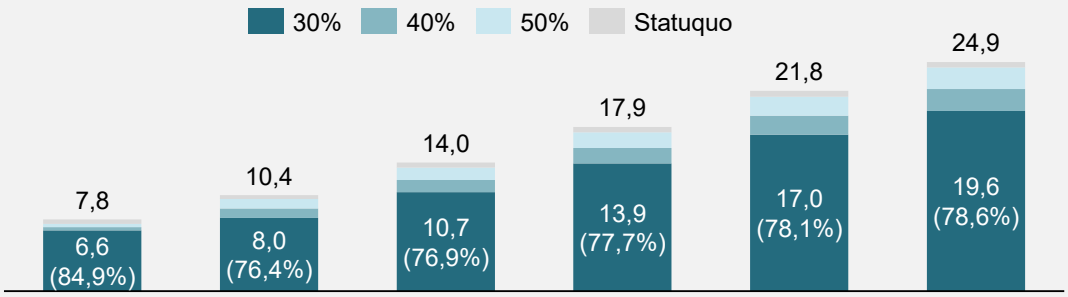
[6] *OCDE - Statistiques des recettes publiques, 2025 ; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

Coûts d'un Régime national d'allocation à l'autonomie

L'avantage du RNAA est qu'il engendre une refonte du modèle québécois de la prise en charge à domicile. À terme, ceci permettrait d'économiser sur les coûts directs d'hébergement en ressources institutionnelles[7].

En 2021, les impacts financiers du soutien à l'autonomie avaient fait l'objet d'une étude d'envergure (*Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec*). À l'époque le virage vers les soins à domicile permettait de limiter la croissance des dépenses liées au soutien à l'autonomie[8], et ce, peu importe le taux de prise en charge par l'État[9]. Ainsi, un financement à hauteur de 30 % du soutien à domicile aurait permis, dès 2030, une économie de coûts annuels d'environ 24 %, soit près de 2,5 milliards de dollars pour l'année concernée. Un financement à hauteur de 50 % aurait quant à lui entraîné des économies de seulement 400 millions de dollars (Graphique 6). À l'horizon 2050, les économies totales projetées varieraient entre 570 millions et 5,33 milliards de dollars, selon les différents scénarios analysés.

Graphique 6. Coût de la prise en charge de la perte d'autonomie pour le gouvernement du Québec
Québec, selon le scénario (Statu quo et taux de financement de 30 %, 40 % et 50 % du soutien à domicile), en milliards et en % des coûts selon le statu quo



	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Statu quo	7,78	10,43	13,98	17,85	21,77	24,91
Financement 50 %	7,32	10,01	13,43	17,26	21,15	24,34
Financement 40 %	6,96	8,99	12,09	15,57	19,08	21,96
Financement 30 %	6,61	7,97	10,75	13,87	17,01	19,58

Source : Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, 2021.

Le potentiel d'économies associé à un virage vers le soutien à domicile s'est accru au cours des dernières années, en raison d'une augmentation plus rapide des coûts liés à la composante immobilière que de ceux associés à la prestation de services. À titre indicatif, le coût de construction par lit en CHSLD, estimé à environ 362 500 $ en 2021, atteint aujourd'hui près de 1 032 300 $ (Maisons des aînés en cours de réalisation[10]). À cette

[7] *En plus des économies de coûts directes attendues, un modèle d'allocation contribuerait à améliorer la maîtrise de la trajectoire des dépenses et à réduire l'incertitude budgétaire associée au soutien à l'autonomie.*

[8] *Selon les hypothèses retenues et les modalités proposées de l'assurance autonomie.*

[9] *Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, 2021 ; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

[10] *Société québécoise des infrastructures, 2025 ; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

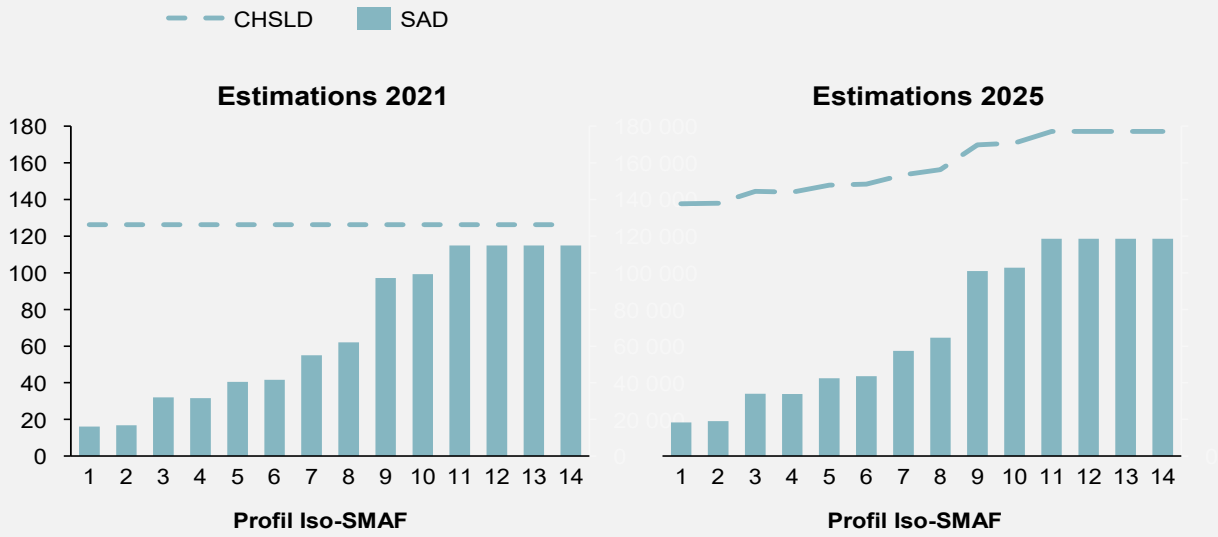
hausse du coût de construction s'ajoute la remontée des taux d'intérêt depuis 2021, laquelle augmente le coût du financement.

En établissement, les coûts liés à la composante immobilière s'ajoutent à ceux de la prestation de services tandis qu'à domicile, la prestation de services constitue l'essentiel des coûts, la composante immobilière étant inexistante. La hausse asymétrique des coûts accentue ainsi l'écart entre les deux modèles, même à intensité de soins comparable.

Les estimations réalisées en 2025 par Aviseo permettent de ventiler le coût d'un lit en CHSLD selon les profils Iso-SMAF. Elles indiquent un écart plus marqué entre le coût des services à domicile et celui des services en CHSLD que celui qui avait été précédemment modélisé en 2021, et ce, pour tous les profils Iso-SMAF (Graphique 7)[11].

Graphique 7. Comparaison du coût annuel par personne selon la méthode de prise en charge des besoins en autonomie[12] [13] et l'année d'estimation

Québec, 2021 et 2025, en milliers de dollars par personne, selon le profil Iso-SMAF



Source : Analyse Aviseo Conseil, 2026.

[11] *Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

[12] *Soins infirmiers et soins d'assistance seulement*

[13] *Le coût des CHSLD correspond au coût des nouvelles places, ce qui inclut le coût de fonctionnement ainsi que les charges d'intérêts et de dépréciation associées à cette dépense en capital*

Certaines modalités du RNAA doivent être précisées

En 2013, les grandes orientations d'un tel régime avaient été posées, notamment quant aux objectifs poursuivis et aux principes directeurs. Toutefois, plusieurs éléments structurants demeurent à définir afin d'en permettre la mise en œuvre concrète.

La définition de ces paramètres — notamment en matière de financement, de gouvernance, de critères d'admissibilité et de structure — devra tenir compte du contexte macroéconomique dans lequel le projet serait mis en place. Ces précisions sont nécessaires pour assurer une mise en œuvre cohérente, viable et opérationnelle, adaptée aux contraintes budgétaires et aux conditions économiques actuelles.

Ces modalités incluent :

– La part assumée par l'État
– La forme des versements
– L'éventail des services couverts
– Les prestataires de services admissibles

La part assumée par l'État

La part des coûts prise en charge par l'État doit être clarifiée en fonction de ce que la société juge juste et équitable. Cette prise en charge pourrait être fixe, exprimée en pourcentage des services requis, ou varier selon les niveaux de perte d'autonomie. Elle pourrait notamment être nulle pour les niveaux inférieurs nécessitant peu de services.

– À titre d'exemple, l'implication de l'État pourrait être fixée à 60 % des besoins pour tous les niveaux ISO-SMAF, ou encore être établie à 0 % pour les niveaux 1 à 5, à 60 % pour les niveaux 6 à 10 et à 70 % pour les niveaux 11 et plus.

La part de prise en charge pourrait également être modulée afin de tenir compte des ressources financières des individus, selon un principe d'équité verticale.

– Ces ressources peuvent inclure le revenu, le patrimoine ou une combinaison des deux[14]. Le coût de la vie pourrait également être pris en considération, puisqu'il varie selon la région de résidence.
– La contribution publique pourrait ainsi être bonifiée pour les personnes disposant de moins de ressources ou, à l'inverse, ajustée à la baisse pour celles ayant une plus grande capacité contributive.

Ces modalités détermineront la part globale des coûts du soutien à l'autonomie assumée par l'État, laquelle devra être conforme aux principes d'équité générationnelle et compatible avec la capacité fiscale du gouvernement.

[14] À travers le monde, plusieurs mécanismes rétroactifs apparentés, mais différents, sont employés afin d'éviter que les personnes âgées, et leur entourage, réduisent artificiellement leur patrimoine afin d'accroître l'aide reçue.

La forme des versements

La forme des versements de l'ASA doit être précisée puisque celle-ci aura des impacts au niveau administratif ainsi que sur l'utilisation des soins et des services. L'ASA pourrait être versée sous forme d'allocations forfaitaires en espèces ou encore, sous forme d'un remboursement des soins et services, selon divers mécanismes envisageables, tels que :

– Un remboursement intégral des dépenses admissibles jusqu'à concurrence d'un plafond déterminé par les besoins et les capacités financières de l'individu. (Ex : Besoin évalué à 50 000 $. Remboursement des dépenses jusqu'à 25 000 $, de manière à couvrir 50 % du besoin).
– Un remboursement partiel, correspondant à un taux de couverture prédéfini, également assujetti à un montant maximal autorisé. (Ex : Besoin évalué à 50 000 $. Remboursement de 50 % des dépenses jusqu'à ce que le montant remboursé atteigne 25 000 $).

L'éventail des services couverts

L'éventail des services couverts par l'ASA doit être défini, puisqu'il déterminera les dépenses admissibles et le montant de l'allocation. Ce montant, fondé sur l'estimation des besoins, influencera l'engagement financier global du gouvernement.

– Au Japon, par exemple, les services visant à retarder la perte d'autonomie sont généralement couverts, tandis qu'en Allemagne et en Corée du Sud, la couverture ne débute qu'à un stade plus avancé de dépendance.

Les prestataires admissibles

L'étendue des prestataires de services admissibles, advenant une allocation administrée sous forme de remboursement des dépenses, devra être définie.

– À travers le monde, l'admissibilité des proches aidants et des prestataires privés varie. Dans le cadre du projet de soutien à l'autonomie, proposé en 2013, les prestataires de services devaient faire l'objet d'une reconnaissance explicite encadrée à l'intérieur d'un processus formel, ce qui excluait les proches aidants et permettrait de professionnaliser les services.
– En Allemagne, aux Pays-Bas et en France (sauf conjoint), l'allocation peut généralement couvrir les services rendus par les proches, ce qui n'est pas le cas en Corée du Sud et au Japon.

Modèles de financement possible pour le Québec

Le financement des soins de longue durée s'impose sous l'effet des pressions démographiques, qu'un régime national d'allocation à l'autonomie soit instauré ou non. L'État devra, dans tous les cas, accroître ses dépenses pour répondre à la hausse des besoins.

Dans cette perspective, les paramètres du programme tel que sa structure, son niveau de couverture ou ses modalités d'allocation demeurent distincts de son mode de financement. Il est donc pertinent d'analyser les différentes options de financement.

Il existe deux grandes catégories de modèles de financement en soutien à l'autonomie : un système en capitalisation, ou encore, un système en répartition[15]. Dans un modèle en capitalisation, chaque génération investie en continu dans un fonds, duquel les rendements permettront de financer ses bénéfices futurs. Dans un modèle en répartition, les prestations versées aujourd'hui sont financées par les prélèvements actuels (impôts, taxes, cotisations obligatoires, etc.), sans constitution de réserves ou d'épargne collective.

Modèle en capitalisation

L'implantation d'un tel type de financement implique un double coût d'entrée. L'État doit à la fois assumer les dépenses pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées actuelles (selon le principe de répartition) et accumuler des fonds pour constituer une caisse destinée aux générations futures (principe de capitalisation). En Occident, aucun pays ne semble compter sur un modèle majoritairement capitalisé.

– À travers le monde, Singapour fait figure d'exception en misant sur un modèle largement capitalisé via le *Central Provident Fund* (CPF), un régime obligatoire d'épargne sociale. L'implantation du CPF est intervenue dans un contexte démographique favorable, caractérisé par un faible ratio de dépendance, ce qui a réduit la pression intergénérationnelle associée au double coût d'entrée et a facilité une accumulation graduelle des réserves.[16]

L'adoption d'un système en capitalisation soulève des enjeux d'équité intergénérationnelle. Dans un système en répartition, les actifs d'aujourd'hui financent les soins des personnes âgées actuelles, tandis que leur propre dépendance sera prise en charge par les générations suivantes. La transition vers un modèle en capitalisation obligerait la population active à supporter simultanément les coûts liés aux aînés actuels et à constituer une réserve pour sa propre prise en charge future.

Modèles en répartition

Les modèles en répartition exigent que l'équilibre financier entre les cotisations et les bénéficiaires soit assuré en continu, mettant leur pérennité en péril lorsque le ratio de travailleurs par bénéficiaire diminue rapidement.

Deux modalités de financement en répartition peuvent être distinguées, soit :

– Le financement intégré au régime fiscal général

– Le financement par des instruments financiers distincts

Même si les modalités de financement ne sont pas structurées de la même façon et ne sont pas perçues de manière identique, l'effort financier total demandé aux ménages et aux entreprises est comparable. Au Québec, comme ailleurs en Occident, le financement du soutien à l'autonomie repose sur un mode de financement en répartition.

Le financement fiscal universel

Dans ce système, le financement du soutien à l'autonomie n'implique aucune cotisation spéciale ou aucune caisse distincte. Le fardeau fiscal y étant lié est ainsi plus opaque et parfois difficile à isoler des autres dépenses

[15] *Il est ici question de la portion mutualisable du financement. Il s'agit du coût des soins et des services restants après la participation financière directe (copaiement ou autres systèmes apparentés) du bénéficiaire.*

[16] *Panesar - Singapore's health reforms in response to an aging society, The University of Auckland, 2025; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

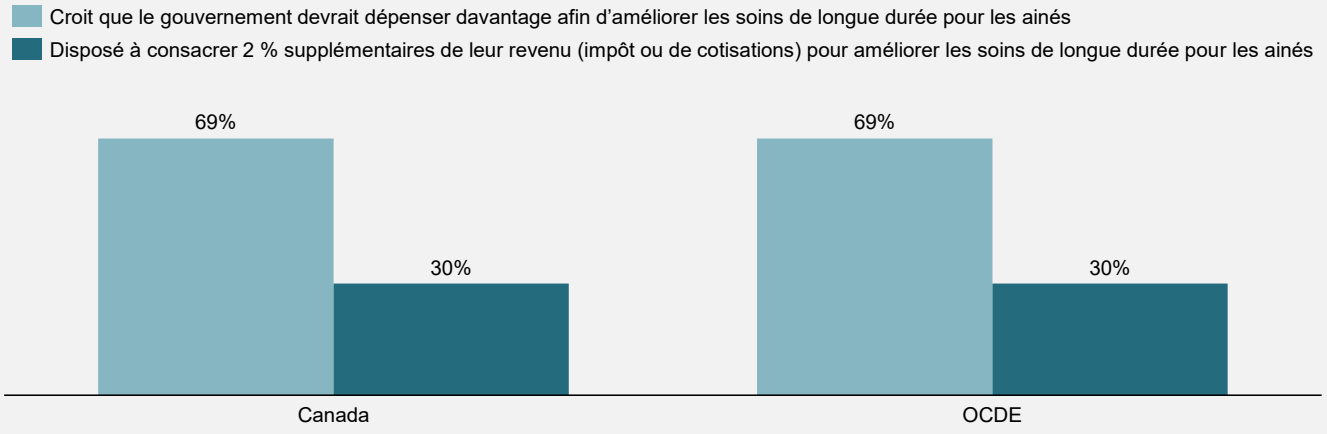
de l'État en matière de santé. Les contributions des contribuables sont implicites, étant réparties dans l'ensemble des mécanismes de taxation. Ce modèle, répandu au sein de l'OCDE, est notamment utilisé par les pays nordiques, le Royaume-Uni et le Canada, bien que le niveau de couverture, la contribution des personnes et la structure de la prise en charge varient.

– Un financement intégré au budget général de l'État offre une transparence moindre quant au lien entre prélèvement et prestation. Cette moindre visibilité peut influencer l'acceptabilité sociale du financement public des soins et services de longue durée, tant à la hausse qu'à la baisse, selon le niveau de confiance envers les institutions.

– Au Canada, les contribuables se disent généralement favorables à une augmentation globale des impôts si celle-ci permet d'améliorer les soins et services de longue durée destinés aux aînés. Toutefois, cet appui diminue sensiblement lorsque la hausse du fardeau fiscal devient explicite et chiffrée. Ces résultats tendent à suggérer qu'un prélèvement distinct et clairement identifié pourrait susciter une acceptabilité sociale plus faible. Des constats similaires sont observés à travers l'OCDE (Graphique 8)[17].

Graphique 8. Support à l'augmentation du financement des soins et services de longue durée pour les aînées

Canada et OCDE, 2022, en pourcentage du nombre de répondants



Source : OCDE - Risks That Matter survey, 2022.

Les instruments financiers distincts

Le financement du soutien à l'autonomie par le biais de cotisations dédiées implique généralement la création d'un budget distinct ou d'une caisse spécifique y étant affectée. Bien que l'effort fiscal global puisse être comparable à celui d'un financement par l'impôt général, cette approche renforce la transparence en rendant plus explicites les sommes perçues et les montants consacrés aux services.

Via une caisse distincte juridiquement, le droit aux prestations devient ainsi explicite alors que le financement de cette dernière est stable. Plusieurs pays ont adopté cette approche, notamment l'Allemagne, la Corée du Sud, le Japon et les Pays-Bas.

[17] *OCDE - Society at a Glance, 2024; Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

La transparence d'un tel système peut soit en favoriser, soit en limiter l'acceptabilité sociale. Contrairement à un régime financé à même le budget général de l'État, les cotisations peuvent être structurées de manière à en accroître l'acceptabilité ou à poursuivre des objectifs économiques et redistributifs spécifiques.

Les cotisations dédiées peuvent cibler des activités ou des sources de revenus particulières, ou encore s'appliquer à certaines catégories de personnes selon des critères socioéconomiques comme l'âge, la composition familiale, le revenu ou le patrimoine.

– Au Japon, l'allocation d'autonomie est financée selon un modèle hybride combinant, à parts égales, un financement public universel et des cotisations dédiées acquittées par les personnes de 40 ans et plus. Les individus âgés de 40 à 65 ans en emploi acquittent des primes proportionnelles à leur salaire, avec une contribution équivalente de l'employeur, modulée selon le type et la taille de l'entreprise. Les personnes de 65 ans et plus versent également une prime, prélevée directement sur leur pension. Ainsi, les 40 ans et plus contribuent davantage, à la fois par l'impôt et par des cotisations spécifiques, ce qui permet de réduire la charge pour les plus jeunes et de cibler les générations se rapprochant du risque de dépendance[18].

– En Allemagne, le financement de l'allocation d'autonomie repose sur une cotisation sociale obligatoire (3,6 % du salaire), partagée entre l'employé et l'employeur lors de la vie active, ainsi qu'une cotisation lors de la pension. La cotisation est majorée pour les personnes sans enfant (supplément d'environ 0,6 %), afin de reconnaître la contribution indirecte des parents, qui participent au financement intergénérationnel du système en élevant la future population active[19].

Discussion et recommandations

Pertinence du Régime national de soutien à l'autonomie

Le Québec est entré dans une phase de vieillissement accéléré qui entraînera une augmentation soutenue et structurelle des besoins en soutien à l'autonomie. Cette pression démographique se traduira inévitablement par une croissance des dépenses publiques en soins de longue durée, et ce, alors que la situation fiscale demeure tendue, avec la succession des déficits budgétaires. L'État devra donc consacrer une part croissante de ses ressources à ces services, soit par une réallocation au détriment d'autres missions, soit par une augmentation des revenus publics.

Le Québec, déjà parmi les juridictions les plus taxées en Amérique du Nord, dispose de marges de manœuvre limitées pour accroître la pression fiscale sur les citoyens et les entreprises.

Dans ce contexte, le RNAA constitue une réponse structurante. En privilégiant le domicile et les milieux de vie plutôt que l'institutionnalisation, il vise à modifier la trajectoire des coûts des soins de longue durée. Le régime ne doit pas être envisagé comme une dépense de programme additionnelle, mais comme un levier de maîtrise et de saine gestion des dépenses publiques à moyen et long terme.

Mode de financement

À l'origine, la capitalisation d'une caisse d'autonomie avait été envisagée afin de financer la croissance des dépenses liées au soutien à l'autonomie. Étant donné l'horizon temporel et la proportion déjà élevée de personnes âgées, cette alternative apparaît peu réaliste. Le double coût d'entrée serait ressenti immédiatement et risquerait de susciter une réaction négative importante de la population active.

[18] *Global Observatory of Long-Term Care, Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

[19] *Ministère fédéral de la Santé (Allemagne), Analyse Aviseo Conseil, 2026.*

En l'absence d'une période suffisante pour accumuler un capital significatif, le financement du soutien à l'autonomie continuerait de reposer sur un modèle en répartition, comme c'est le cas actuellement, s'appuyant sur l'effort courant des individus. Deux mécanismes peuvent être envisagés dans cette logique, soit un financement fiscal universel ou un financement via des instruments financiers distincts.

Dans un cadre de financement en répartition, le choix du mécanisme ne modifie pas matériellement l'équilibre budgétaire global, mais uniquement la forme et la visibilité du prélèvement. Le débat doit donc porter prioritairement sur les paramètres du RNAA tels que le niveau de couverture, la participation financière des usagers, l'admissibilité des usagers et l'articulation avec les programmes existants. Ces éléments auront un impact significatif sur l'ampleur des ressources à mobiliser.

Mise à jour du cadre financier

Divers changements affectent les hypothèses du modèle initial, telles que l'évolution des coûts des soins et la transition vers les soins à domicile. Il importe de distinguer clairement :

– Les principes structurels du modèle

– Les modalités organisationnelles de prestation

– Les mécanismes de financement

Ces dimensions doivent être analysées afin de déterminer les paramètres optimaux en matière de couverture, de services admissibles, de forme d'allocation, de gouvernance et de participation financière. Elles doivent également l'être en fonction des objectifs d'équité, d'efficience et de soutenabilité budgétaire. L'étude de modèles internationaux enrichira cette réflexion.

Recommandations

Le Livre blanc de 2013 pose les bases d'une assurance autonomie au Québec, répondant à un enjeu social majeur et proposant une organisation efficace des soins de longue durée selon des principes directeurs clairs. Toutefois, sa formulation, son cadrage financier et certaines imprécisions opérationnelles limitent aujourd'hui sa portée stratégique. L'accent y est fortement mis sur le financement, au détriment de la logique économique globale et du changement de paradigme proposé par le RNAA.

Surtout, le contexte démographique, budgétaire et organisationnel a significativement évolué.

Il est donc recommandé d'élaborer un nouveau livre blanc, allant au-delà d'une simple mise à jour des données statistiques, puisque le projet apparaît aujourd'hui encore plus pertinent dans le contexte actuel. Celui-ci permettrait :

– De redéfinir le cadre financier à partir des contraintes actuelles

– De préciser les paramètres opérationnels

– De repositionner l'assurance autonomie comme un régime national structurant

– De mettre en valeur les constats dans une présentation de facture moderne

Présenté en comparaison non pas aux coûts actuels, mais aux coûts projetés du maintien du statu quo, le soutien à l'autonomie apparaîtra comme un instrument de gestion de la trajectoire des dépenses publiques. Ce repositionnement est essentiel pour en renforcer la compréhension et l'acceptabilité sociale.