

Le 5 novembre 2013

Monsieur Lawrence S. Bergman
Président de la Commission de la santé et des services sociaux
Direction des travaux parlementaires
1035, rue des Parlementaires, 3^e étage, bureau 3.18
Québec (Québec) G1A 1A3

**Objet : Commentaires sur le document intitulé « L'AUTONOMIE POUR TOUS :
Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie »**

Monsieur le Président,

Nous remercions les membres de la Commission parlementaire d'offrir l'occasion au Collège des médecins du Québec (CMQ) de commenter le Livre blanc sur le projet de création d'une assurance autonomie au Québec.

À première vue, il s'agit d'un document qui décrit le défi d'aider une population vieillissante dont les besoins d'assistance iront grandissant avec les années. Nous partageons ce constat initial. Dans un souci d'équité, le gouvernement exprime son intention de rendre accessible une gamme de services à tous les citoyens en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. La deuxième partie du Livre blanc est donc surtout de nature économique dans laquelle sont proposées des pistes pour financer à long terme et collectivement ces services. Le CMQ avoue d'emblée qu'il n'a pas les compétences économiques requises pour se prononcer sur les hypothèses de financement proposées. Toutefois, nos commentaires, s'ils ne toucheront pas le « comment financer », concerneront davantage le « quoi financer ».

Nous partageons les objectifs d'équité décrits aux pages 10 et 11 du document. Il faudrait peut-être toutefois préciser ce que devra couvrir l'assurance autonomie. Il nous apparaît à première vue qu'il s'agira davantage de « services » que de « soins ». Cela dit, il faudra préciser pour le bénéfice de tous, la liste ou la nature des services couverts et du même coup ceux qui ne seront pas couverts par ce régime universel.

À la page 15, on mentionne trois facteurs qui pourront exercer une pression à la hausse sur les coûts : les changements de pratique, la rareté de la main-d'œuvre et les nouvelles technologies.

En ce qui a trait aux changements de pratique, il nous apparaît très important de souligner les besoins en formation des intervenants, notamment des médecins qui auront à exercer dans des conditions et des milieux différents de ceux dans lesquels ils sont présentement formés. C'est le cas des soins à domicile.

Le véritable défi est celui de la disponibilité de la main-d'œuvre, particulièrement pour les services d'aide domestique. Sur ce point, les disparités régionales mentionnées à la page 19 du document représenteront un défi opérationnel majeur pour des raisons démographiques, géographiques et économiques. La seule volonté d'offrir des services pourrait se heurter au mur de la réalité de l'absence de main-d'œuvre et de ressources pour le faire.

Quant aux nouvelles technologies, au contraire de ce qui est affirmé, cela pourrait représenter un investissement qui permettrait des économies à moyen et à long terme. C'est le cas présentement du suivi à distance de certaines conditions chroniques où des déplacements de personnel sont prévus et où la gestion simultanée de plusieurs patients peut se faire par un seul professionnel en temps réel avec une technologie minimale.

À la lecture des sections sur les personnes admissibles et les services assurés (pages 21 et 22), on peut s'interroger sur ce qui est visé comme modèle : est-ce que la véritable volonté est un désengagement de l'État pour réduire les coûts et les responsabilités qu'il assume selon le modèle de la désinstitutionnalisation en santé mentale vécu au début des années 1970, lequel ne s'est pas traduit par le relais d'une prise en charge communautaire? Ou s'agira-t-il d'une nouvelle gestion de services sur le modèle de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui ont à la fois de l'expérience dans l'organisation de services d'État mais également dans le contrôle des coûts avec les contraintes que l'on connaît actuellement dans les services offerts? Ou s'agira-t-il d'un troisième modèle observé récemment avec l'implantation des nouveaux services de procréation médicalement assistée (PMA) dont l'agenda politique a imposé une implantation sans limites forçant ultérieurement l'État à en tracer alors que l'acceptation du programme était basée sur des dépenses qu'il était prévisible que l'État ne pourrait assumer longtemps?

Quel que soit le modèle envisagé, l'État devra faire preuve d'honnêteté face au citoyen en offrant et en identifiant les services qu'il sera en mesure de financer et de dispenser avec un niveau de qualité homogène. Le rapport entre la nature de ces services et les choix que l'État fera pour être en mesure de les offrir est, dans ce Livre blanc, pour le moins embryonnaire.

Dans la section sur le cheminement d'une personne admissible à l'assurance autonomie (pages 23 et 24), il pourrait être utile de suivre le modèle du « gestionnaire de cas » déjà expérimenté dans le réseau de la santé pour les arthroplasties ou les traitements de cancer. Ce modèle a permis d'augmenter la capacité de gérer un grand volume de demandes tout en assurant la qualité du service requis.

Dans la section sur les responsabilités du CSSS (page 25), la « responsabilité populationnelle » prévue en 2005 dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) est loin d'être la réalité attendue sur le terrain. Elle ne doit pas être considérée comme acquise.

Enfin, dans la dernière section sur le financement, on semble vouloir ériger en dogme le maintien à domicile. À notre avis, il faudrait davantage rechercher le milieu de vie approprié aux besoins de la personne, dont le maintien à domicile peut faire partie. Il ne faudrait pas vouloir favoriser indûment le maintien à domicile au détriment des institutions, et faire de cette assurance autonomie une stratégie déguisée de désinstitutionnalisation forcée, dans le seul but de réduire les dépenses de l'État.

Par ailleurs, s'il est important de reconnaître la part importante de services de la part des aidants naturels et de soutenir ceux-ci de façon appropriée, il ne faut pas tomber dans la bureaucratisation contre-productive des initiatives communautaires et de solidarité sociale. La souplesse du système d'offres de service est un prérequis essentiel à sa pérennité, ce qui implique une réglementation minimale laissant la place à l'initiative et à l'adaptation, ainsi qu'à l'évolution et aux changements inévitables des besoins.

Espérant ces quelques réflexions utiles à l'élaboration de la législation et de l'organisation des services pour toutes les personnes en perte d'autonomie, je vous assure de la collaboration du Collège des médecins du Québec dans la poursuite de ces objectifs.

Je vous prie d'accepter, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le président-directeur général,



Charles Bernard M.D.
CB/YR/cb