CSSS – 025M
C.P. – Livre blanc
L'autonomie
pour tous

Renforcer l'aide à domicile: continuité ou rupture?

Mémoire soumis par Médecins québécois pour le régime public à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec sur L'autonomie pour tous, Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie

Québec, le 31 octobre 2013

Table des matières

Introduction 3

I – L'assurance autonomie, un changement majeur dans l'économie générale de notre système de santé 5

II – Des dérives possibles 12

Conclusion 22

Recommandations de MQRP 23

Introduction

MQRP se réjouit de l'intérêt du ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés pour le développement des soins à domicile et leur financement adéquat.

MQRP appuie en effet toute "*occasion de faire émerger des solutions durables, efficaces et orientées résolument vers une réponse de qualité aux nombreux besoins des personnes qui ont à vivre avec des incapacités* " tel que souhaité en introduction au Livre blanc (LB).

À cet égard, nous saluons l'augmentation du financement des soins à domicile, qui démontre la volonté du MSSS d'investir pour que les patients demeurent dans leur milieu de vie. Se distancier du modèle hospitalier permettra non seulement de mieux répondre aux besoins des patients en perte d'autonomie mais également de recentrer la mission des établissements hospitaliers sur les soins aigus pour l'ensemble de la population. Grâce à ce financement additionnel, ce projet pourra aider à faire face à l'augmentation de la demande prévisible des besoins dans les prochaines décennies.

Le projet d'assurance autonomie représente un virage important opéré au sein de notre système public de santé, à un moment où la société québécoise est prête à réfléchir aux conditions de vie des patients en perte d'autonomie et aux soins de fin de vie.

Pour ce faire, il est nécessaire de s'assurer que les modes de financement et les choix de prestation de soins favorisent la continuité et la qualité des soins et non l'inverse. MQRP souligne que la continuité, la coordination et l'intégration des soins aux personnes en perte d'autonomie, actuellement insuffisantes, doivent servir de principes directeurs et demeurer au cœur des approches proposées, afin d'offrir à ces patients des services mieux adaptés à leur condition.

MQRP s’est donné comme mandat d’étudier le Livre blanc pour mieux comprendre le projet d’assurance autonomie et pour s’assurer qu’il respecte les caractéristiques d’un véritable service public. Cette démarche a réuni des médecins, dont plusieurs œuvrent quotidiennement en soins à domicile, y compris en soins palliatifs, et des membres associés de MQRP. Nous présentons le fruit de ce travail en espérant qu’il contribue à améliorer le système de soins aux personnes en perte d’autonomie et à inspirer la Politique nationale de soutien à l’autonomie déjà annoncée.

I - L'assurance autonomie, un changement majeur dans l'économie générale de notre système de santé

1. Les principes fondateurs du Livre blanc

Nous identifions un certain nombre de principes fondateurs dans le Livre blanc :

> *« Dans une perspective de continuité, l'introduction d'une assurance autonomie au Québec repose sur les six principes suivants : 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 »* (LB, p. 20).

MQRP souhaite d'abord souligner que certains de ces principes fondateurs s'éloignent de la Loi canadienne sur la santé et des lois qui encadrent le système de santé québécois, pour au moins trois éléments importants: l'**universalité,** la **solidarité** dans le financement et **l'individualisation** en fonction des caractéristiques de la personne et de son environnement:

- **L'universalité:** cette notion englobe deux aspects, soit la couverture de 100% de la population ET à des conditions uniformes. Or, comme nous le verrons plus loin, cette dernière condition n'est pas respectée par le régime proposé.

- **La solidarité dans le financement** : la "solidarité" peut s'exprimer par différentes approches de partage de risque qui n'impliquent pas forcément le recours à un financement public. Dans le domaine de la santé, on peut prendre pour exemple les assurances de groupes contractées dans les entreprises, les mutuelles ainsi que le régime d'assurance médicaments du Québec. Mais un financement public réellement solidaire réfère à des montants prélevés de façon obligatoire par l'État via l'impôt, les

taxes ou les contributions, dans un but d'intérêt général. Or, le Livre blanc ne répond pas à cette dernière condition puisque, sauf pour les services professionnels qui demeureraient gratuits, il y aurait […] *contribution financière de la personne* tenant compte *de la fréquence et de l'intensité des services fournis et du revenu de la personne ou du ménage* (LB p. 24).

- **L'individualisation** : l'actuelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) établit que **«** *Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire* » (Art. 5). Le concept d'individualisation du Livre blanc est bien différent. Il place le patient, une fois évalué et son allocation définie, devant des fournisseurs de soins hétérogènes au sein d'un marché où il pourra magasiner parmi les prestataires habilités à fournir les services.

Ces trois concepts, tels qu'analysés à la lumière du projet d'assurance autonomie, s'éloignent des principes qui régissent actuellement le système de santé québécois. Cette constatation nous fait dire que le projet s'inscrit dans une certaine dynamique de rupture, dont on retrouve d'ailleurs d'autres éléments dans plusieurs aspects du Livre blanc.

2. L’assurance autonomie, vers un nouveau modèle

Plusieurs modèles différents encadrent le fonctionnement et la philosophie des systèmes de santé et de services sociaux des pays développés. Il est intéressant de voir si le projet d’assurance autonomie s’inscrit dans la continuité des valeurs du système de santé canadien.

Les systèmes de santé canadien et québécois sont d’inspiration *beveridgienne*, c’est-à-dire que le financement des soins de santé est entièrement public et assuré par l’État à travers l’impôt et les taxes. D’orientation sociale-démocrate, ce modèle se fonde sur les principes d’universalité (protection quelle que soit la situation professionnelle), d’unité (une administration unique) et d’uniformité (services rendus en fonction des besoins et non du revenu). La prestation des soins y est le plus souvent publique.

Or, dans le Livre blanc, la couverture publique des soins ne dépend plus seulement des besoins, mais aussi de l’intensité d’utilisation des services et du revenu. De plus, l’assurance autonomie diminue la part de prestation publique au profit d’une prestation privée, à but lucratif ou non. Pour ces deux raisons, l’assurance autonomie s’éloigne du modèle beveridgien, ce qui constitue une autre rupture avec le système en place et une ouverture vers une approche moins équitable.

3. Les limites du financement de l'assurance autonomie

a) Le contrôle des coûts

La question du financement est au cœur du Livre blanc. D'abord pour une raison de contrôle des coûts, comme l'affirmait récemment le ministre Réjean Hébert à la Presse canadienne:

> "*En 2050, les soins à domicile devraient entraîner des économies équivalant à 1 % du PIB, soit 3,3 milliards de dollars, en comparaison du statu quo*." [1]

Il est toutefois important de s'assurer que le contrôle des coûts ne porte pas préjudice aux patients et à leur accès aux services.

Pour offrir des soins à domicile de qualité, il est nécessaire d'appuyer financièrement ce virage majeur au sein de notre système de santé. Or, les besoins actuels sont criants et les soins à domicile demeurent insuffisamment financés, comme en témoigne le rapport de la protectrice du citoyen de mars 2012 :

> *"Faute de moyens, les instances locales ont dû développer des pratiques qui privent les usagers des services nécessaires pour répondre à leurs besoins, reportant ainsi totalement ou partiellement le fardeau sur les aidants naturels et contribuant à une utilisation inappropriée des places en milieu hospitalier, en réadaptation ou en milieu d'hébergement."* [2]

Il est donc impératif qu'un financement adéquat accompagne le projet d'assurance autonomie, sinon le risque est grand de compromettre la santé de milliers de personnes fragilisées.

---

1 Assurance autonomie- Québec économisera à terme 3,3 milliards par année. Amélie Daoust-Boisvert. Le Devoir, 24 avril 2013.

2 Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité des services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante. Québec, 30 mars 2012. p. 22

Il serait malheureux de retomber dans le piège du virage ambulatoire : malgré certains principes louables, il fut mis à mal par un financement insuffisant et par une perte d'expertise consécutive aux nombreux départs à la retraite dans le contexte des restrictions budgétaires. Dans les faits, le virage ambulatoire a contribué à un transfert de responsabilité des établissements vers les familles, bien souvent sans leur offrir le soutien requis, ce qu'on pourrait craindre avec la réforme actuelle des soins et services à domicile.

b) Une diminution des ressources en CHSLD

S'appuyant sur l'hypothèse que "trop" de personnes âgées sont hébergées dans les CHSLD, la volonté actuelle du MSSS est de réduire leur nombre de lits et de comprimer le financement de diverses manières: par exemple en diminuant les ressources professionnelles pour les substituer par un personnel moins qualifié et en achetant des services auprès de partenaires externes.

De plus, la création de l'assurance autonomie et le virage ambulatoire qui l'accompagne annoncent une diminution de lits en CHSLD permettant des économies annuelles de 350 millions de dollars[3]. Cette tendance nous inquiète puisque l'hébergement s'avère nécessaire dans plusieurs cas pour lesquels il devient irréaliste et dangereux de rester à domicile. Il ne faudrait pas que l'assurance autonomie conduise à déshabiller Pierre pour habiller Paul. En effet, il est nécessaire de s'assurer que le dégagement des ressources en CHSLD se fasse en étroite complémentarité avec l'augmentation parallèle des ressources en soins à domicile, sans quoi l'objectif de réduire l'attente en hébergement ne sera pas atteint.

3 Assurance autonomie - Québec économisera à terme 3.3 milliards par année. Amélie Daoust-Boisvert. Le Devoir, 24 avril 2013

c) Une hausse de la contribution individuelle

Une des grandes limites de l'approche proposée est de transférer davantage de financement sur les épaules des personnes elles-mêmes, ce qui constitue dans les faits un transfert du financement public redistributif assumé par le gouvernement vers un financement privé reposant en partie sur les moyens individuels.

Une telle approche contrevient aux principes d'accessibilité et d'universalité énoncés dans la Loi canadienne sur la santé. En effet, elle risque d'accroître les iniquités et de rendre variable l'accès aux soins alors qu'il est nécessaire que tous soient couverts à des conditions uniformes, peu importe le revenu.

d) Une enveloppe budgétaire protégée pour les soins à domicile ?

Tout en partageant le souci du ministre de s'assurer que les montants votés pour les soins à domicile soient vraiment affectés à cette fin, nous doutons que la création d'une caisse autonomie soit une mesure administrative nécessairement efficace et essentielle.

En effet, la présence d'une caisse "séparée" ne constitue pas nécessairement une garantie d'étanchéité, puisque rien n'empêche d'adopter un budget permettant d'utiliser différemment les fonds alloués annuellement à une telle caisse.

La création d'une caisse distincte fragmentera le financement des programmes de soins, puisqu'elle ne vise qu'une partie des soins à domicile et exclut les soins médicaux, les soins périhospitaliers et les soins palliatifs à domicile donnés par les CLSC (LB p. 22). Il y a donc risque d'engendrer des lourdeurs administratives: une ergothérapeute s'occupant du post-opératoire d'une chirurgie de la hanche et de l'évaluation des équipements en soutien à domicile pourrait, par exemple, relever de programmes différents financés par deux sources distinctes.

Cette séparation pourrait rendre plus ardue l'intégration des ressources affectées aux soins aux personnes âgées, certaines étant financées par la caisse et d'autres, même en CLSC, par le budget général de la santé, une approche qui surprend d'autant plus qu'il faut plutôt préconiser l'intégration des services aux patients, en particulier pour les patients vulnérables[4].

On place donc les soins à domicile en position de rupture avec les autres soins de santé, financés par le budget général, comme s'ils ne jouaient pas un rôle d'importance pour la santé de la population.

4 Voir la plus récente recherche : Sécurité à domicile. Une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile. Institut canadien pour la sécurité des patients (CPSI-ICSP) Ottawa 2013.

II - Des dérives possibles

1. Vers une privatisation du financement et de la prestation des soins

> *« (...) Les services d'assistance aux AVQ pourraient impliquer une contribution financière de la personne, alors que cette contribution est maintenue pour les services d'aide aux AVD »* (LB. 24)

Les activités de la vie quotidienne (AVQ), soit les soins à la personne, constituent des activités de base. Chez les personnes en perte d'autonomie, l'aide aux soins à la personne est traditionnellement effectuée par des proches du patient et par les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS). Ces travailleuses qualifiées, rattachées aux CLSC, dispensent ces services sans frais pour les patients, à l'instar des soins offerts par les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, notamment.

Le fait pour le patient de devoir débourser pour ces services liés aux soins à la personne constitue une des formes de privatisation du financement des soins de santé à laquelle s'objecte MQRP, puisque toute privatisation du financement s'accompagne d'une baisse dans l'équité d'accès aux soins.

Le Livre blanc précise que « *cette participation tient compte de la fréquence et de l'intensité des services fournis et du revenu de la personne ou du ménage dans lequel elle vit* » (LB p. 24). La contribution de l'usager, modulée en fonction de ses revenus et de l'intensité des besoins, réfère à la notion d'utilisateur-payeur, directement contraire au principe d'universalité, un des fondements de notre système de santé.

La perspective pour un patient de payer toujours davantage pourrait le pousser à négliger une partie de ses besoins, ce qui risquerait de compromettre sa capacité à demeurer à domicile. Ceci contredit l'intention affirmée de maintenir les patients dans leur milieu de vie.

Le Livre blanc mentionne aussi que les patients en résidences privées pour personnes âgées (RPA) auraient à contribuer financièrement pour leurs services d'aide aux AVQ (tel que suggéré par ailleurs pour les patients à leur domicile), au lieu de les recevoir gratuitement des CLSC. Cela en vue « d'une harmonisation des pratiques tarifaires entre les lieux de prestation des services » (LB p. 24). Cela serait contraire à l'actuelle politique du MSSS[5], qui considère les résidences dites « privées » comme un domicile[6], où les services de CLSC devraient être gratuits. Il s'agit d'un autre élément de privatisation malheureusement déjà en cours.

Dans la logique des objectifs du Livre blanc de permettre au plus grand nombre possible de personnes en perte d'autonomie de demeurer à domicile, on devrait plutôt corriger les lacunes actuelles et réaffirmer la gratuité des soins à la personne, quel que soit le lieu de résidence de la personne, incluant les résidences privées pour personnes âgées (RPA).

Pour MQRP, les patients en perte d'autonomie, quel que soit leur revenu, ne devraient pas avoir à contribuer de leur poche pour recevoir les services d'aide à la personne, des soins essentiels à la santé et à la qualité de vie.

5 MSSS. Chez soi : le premier choix- La politique du soutien à domicile, 2003.

6 Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité des services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante. Québec, 30 mars 2012.

2. Vers une baisse de la qualité des soins

> *« On veut changer ici la façon d'organiser et de donner les soins et services à des catégories très différentes de personnes, dans des milliers de lieux différents, nécessitant une coordination de multiples soins et services rendus par des intervenants d'organisations différentes, parfois rémunérées, parfois bénévoles, parfois inexistantes et à mettre sur pied ». « C'est énorme! »*[7]

La proposition du ministre n'est pas une démarche de peu d'importance. En effet, les patients suivis à domicile sont pour la majorité des cas complexes vivant dans des environnements très variables d'un endroit à l'autre, sans les facilités du milieu institutionnel. La qualité des soins qui leur sont prodigués repose en bonne partie sur les qualifications du personnel et sur la collaboration entre les divers intervenants.

Dans les CLSC, les soins à la personne sont dispensés par des ASSS[8] qui ont reçu une formation de préposé aux bénéficiaires d'une durée d'un an à laquelle s'ajoute un complément de quelques centaines d'heures pour tenir compte des particularités du travail à domicile. Cette formation est dispensée dans les Centres de formation professionnelle sous l'autorité du ministère de l'Éducation.

Ces ASSS bénéficient ensuite d'encadrement et de formation continue, gages de services de qualité. Elles sont formées pour accomplir leurs tâches dans des situations parfois complexes (problème de mobilité, patient frêle, instabilité clinique, démence, fin de vie)[9].

---

7 Jacques Benoit, coordonnateur de la Coalition solidarité santé. Communiqué de presse du RIOCM, 3 juillet 2013.

8 La majorité des ASSS étant des femmes, nous utiliserons le féminin dans ce texte.

9 Voir l'identification de plusieurs situations dites « d'action caractéristiques à maîtriser » in IRSST, Élise Ledoux et coll. La transmission des savoirs, au cœur de l'apprentissage du métier d'AFS. Résumé dans un article à paraître, hiver 2014.

Il s'agit d'un travail difficile, demandant un grand engagement sur les plans physiques et psychologiques. Œuvrant au sein d'équipes multidisciplinaires, elles contribuent au suivi étroit des malades. Elles reçoivent une rémunération décente et une protection sociale comme les autres salariés des secteurs public et parapublic, un facteur d'attraction et de rétention de ce personnel. Les CLSC ont la responsabilité d'éviter tout bris de service.

Le Livre blanc semble suggérer qu'une partie des services d'AVQ, réservés jusqu'à récemment aux ASSS, pourraient être délégués aux entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD)[10]. Or, les EESAD n'ont pas la permanence des institutions publiques ni les obligations rattachées à ce statut. Leur personnel, sauf exception, ne dispose pas de la formation requise pour assister les patients dans les soins à la personne ni pour réagir adéquatement face à des situations critiques.

De plus, ces employées étant souvent sous-payées malgré les exigences de leurs tâches, il y a risque d'instabilité et de perte de continuité des soins, parce qu'elles seront davantage portées à chercher d'autres emplois mieux rémunérés pour améliorer leur condition de vie. Cela aurait pour conséquence d'augmenter le taux de roulement et l'instabilité des employées au sein des EESAD.

De plus, étant donné que ces employées ne sont pas en lien direct avec l'équipe de soins à domicile des CLSC, il est plus difficile d'assurer un partage de l'information et d'être préparées adéquatement avant d'intervenir auprès d'un patient. Parce que la coordination des soins sera affectée, on peut craindre que les proches n'oseront plus déléguer des services de soins à la personne à du personnel changeant et peu formé. Cela pourrait avoir pour conséquence l'épuisement de l'aidant naturel et l'hébergement précoce de la personne en perte d'autonomie.

Par ailleurs, le nouveau rôle dévolu aux EESAD aura pour effet de multiplier le nombre de prestataires de soins, ce qui pourrait engendrer insatisfaction et inquiétude pour les patients

10 http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/aide-domestique/Pages/aide-domestique.aspx Ce programme n'est évidemment pas conçu pour remplacer les ASSS

et leur famille. Cette segmentation pourrait compromettre la continuité et la qualité des soins et augmenter potentiellement les risques de placement ou d'hospitalisation.

La situation clinique et sociale des patients étant évidemment sujette à des fluctuations, toute détérioration significative demandant de nouvelles évaluations nécessitera le retour de personnel plus qualifié, causant des bris dans la continuité des services. Or, la continuité des soins et la compétence des employées qui prodiguent l'aide à domicile sont des éléments essentiels pour les patients, leurs proches aidant et le réseau de la santé.

Une étude pancanadienne d'envergure[11] sur la sécurité des soins à domicile démontre qu'un ensemble de facteurs doivent être réunis pour améliorer les conditions des patients à domicile. Il s'agit des compétences normalisées pour les employés de soutien à domicile, de la présence d'équipes de soins intégrées et multidisciplinaires (où les patients et les aidants constituent une partie intégrante de l'équipe et du travail) et d'un gestionnaire de cas intersectoriel assigné à chaque patient avec un rôle clairement articulé et normalisé.

11 Sécurité à domicile, Une étude pancanadienne multidimensionnelle sur la sécurité des soins à domicile. Institut canadien pour la sécurité des patients, 2013. ISBN : 978-1-926541-57-0

3. Vers un risque pour le patient et sa famille

> *« De façon à concrétiser le contenu de ce plan, l'ASA [12] est attribuée sous forme d'heures de services ou d'une allocation financière pour l'achat de services. »* (LB p. 24)
>
> *« L'ASA donne la possibilité du libre choix du prestataire de services. À cet égard, la modalité Allocation directe - Chèque emploi service s'inscrit dans les choix possibles des usagers, particulièrement pour les personnes handicapées. »* (LB p. 25)

Le mode de rémunération suggéré dans le Livre blanc peut surprendre. En effet, dans un article publié en novembre 2012, le Dr Réjean Hébert mettait en garde contre la rémunération directe du patient aux proches aidants : « *l'ASA ne devrait pas être utilisée pour rémunérer les proches aidants* ». [13] Il ajoute qu'une « *allocation libre en espèce ouvre la voie au travail au noir et au développement d'un marché gris sans parler des risques d'abus où des pressions des membres de la famille sans scrupule peuvent amener le versement d'une allocation sans prestation effective de services* ».

Le Livre blanc propose pourtant que l'allocation financière pour l'achat de services soit une option pour rétribuer les fournisseurs de services, ce qui obligerait la personne en perte d'autonomie à gérer elle-même le paiement à son prestataire de service.

Nous pensons que cette approche est nuisible pour deux raisons :

- Sur le plan **éthique**, ce mode de transaction de l'allocation financière pour l'achat de services paraît peu adapté au maintien d'une relation désintéressée entre le patient et son soignant. Le paiement direct du patient au soignant rétablira un rapport marchand

12 Allocation de soutien à l'autonomie.

13 L'assurance autonomie : une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. Réjean Hébert, Revue canadienne du vieillissement. 31(1):p.8(2012)

que les régimes publics d'assurance-maladie et d'assurance hospitalisation ont voulu éliminer.

- Sur le plan **pratique**, la personne en perte d'autonomie serait confrontée à des lourdeurs administratives, alors même que l'assurance autonomie devrait permettre la simplification des processus administratifs pour l'accès aux soins, surtout quand la personne fait face à un déclin des capacités cognitives.

MQRP est d'avis que la rémunération et la prestation des services à la personne doivent être assumées directement par le CLSC.

4. Vers une implantation sur une base trop fragile

MQRP souligne que les soins à domiciles sont portés par des professionnels en nombre actuellement insuffisant pour combler les besoins actuels. La pénurie de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de médecins à domicile rend improbable un virage rapide vers des soins à domicile de qualité [14].

Nous pensons qu'un déploiement de l'assurance autonomie à partir de 2014 est trop précipité et qu'il serait souhaitable de s'assurer que toutes les ressources humaines et matérielles soient opérationnelles avant de faire un grand pas.

Enfin, les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie ne doivent pas être dissociés de la mise en place de services de soins palliatifs à domicile (exclus du Livre blanc), une condition nécessaire au respect de la volonté des patients d'être soigné à domicile jusqu'à la fin.

C'est un autre exemple où l'assurance autonomie proposée scinde ces soins qui ne peuvent être dissociés dans la réalité.

14 Assurance autonomie : les travailleurs sociaux s'inquiètent. Amélie-Daoust Boisvert. Le Devoir, le 26 avril 2013

5. Vers un détournement du mandat des CLSC

> *« Maître d'œuvre de l'intégration, ainsi que de la coordination des services, acteur privilégié pour la mise en réseau des différents partenaires, c'est au CSSS qu'appartient la responsabilité d'encadrer l'évaluation des besoins de la personne et de veiller à la qualité de cette évaluation, d'élaborer les plans de services et de les mettre à jour, et enfin de s'assurer de la qualité des services fournis. »* (LB p. 25).

On devrait mieux distinguer les rôles respectifs des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des CLSC. Les CSSS créés en 2005 ont une vocation d'évaluation des besoins populationnels sur un territoire donné, de planification et de coordination des services offerts par les établissements, dont les CLSC, qui pour leur part doivent assurer la prestation des services aux personnes.

Malgré les nombreux amendements apportés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les CLSC sont en effet toujours des établissements avec une mission définie (LSSSS art. 79 et 80).

> *80. La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.*
>
> *À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.*

Les CLSC ont donc été, depuis leur création, des acteurs de premier plan dans la prestation publique de soins à domicile de qualité. Ils possèdent d'ailleurs l'expertise nécessaire à la prestation de soins, en plus de pouvoir évaluer les besoins et de coordonner l'allocation des ressources (plan de service élaboré par l'intervenant pivot).

MQRP s'interroge sur la volonté de retirer aux CLSC la responsabilité d'évaluation des besoins et de prestation des soins aux personnes, pour transférer ce mandat de proximité aux CSSS, une structure plus éloignée à la fois des patients et des personnes qui leur dispensent des soins.

MQRP pense que les rôles d'évaluation des besoins, d'intégration et de coordination des différents services et de contrôle de la qualité des soins aux personnes doivent demeurer dans les CLSC, alors que la responsabilité de définir les besoins populationnels et la coordination entre les établissements doit demeurer dans les CSSS.

Conclusion

Le Livre blanc fait ressortir que l'assurance autonomie, malgré ses objectifs louables quant au maintien des gens à domicile, constitue toutefois une rupture dans le financement et la prestation publics des soins.

Un financement partiellement public comportant une contribution directe des usagers contrevient en effet clairement aux principes d'universalité et d'équité en santé.

La volonté de confier la prestation de soins complexes à des entreprises d'économie sociale, à des organisations communautaires ou à des organismes à but lucratif aurait par ailleurs pour conséquence une baisse de la qualité des soins.

Le caractère hétérogène de ces organisations, la formation limitée de leur personnel et le travail de ces groupes en marge des CLSC entraîneraient un bris dans l'uniformité et la continuité des services ayant des conséquences néfastes sur la santé du patient.

Enfin, il nous apparaît que les conditions de réussite d'un aussi vaste projet ne sont pas réunies actuellement pour permettre sa mise en place rapidement en 2014.

MQRP invite le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre des Aînés à revoir ce projet pour proposer un véritable service public de soins à domicile, qui s'inscrive dans la continuité des pratiques déjà en place et respecte les principes fondateurs de notre système de santé.

Recommandations de MQRP

1. MQRP appuie le **développement et la volonté de promouvoir les soins à domicile** afin de permettre aux patients de demeurer plus longtemps dans leur milieu de vie.

2. MQRP appuie **la nécessité d'investir davantage** dans les soins à domicile, dont les ressources sont actuellement largement insuffisantes.

3. MQRP demande que **l'approche des soins à domicile ne remplace pas le droit à l'hébergement en institutions** lorsqu'il est nécessaire.

4. MQRP réclame que **les soins à domicile continuent d'être couverts** par le régime public d'assurance-maladie.

5. MQRP s'oppose **au financement privé des services d'aide aux AVQ,** quel que soit le revenu des patients

6. MQRP réclame que **les soins à domicile offerts dans les résidences privées pour personnes âgées redeviennent et demeurent couverts** par le régime public

7. MQRP demande que **les soins à la personne à domicile soient réservés aux auxiliaires familiales et sociales** au sein des équipes des CLSC.

8. MQRP demande que le **paiement des services soit effectué par une instance publique dédiée à la gestion et à l'allocation des montants nécessaires** plutôt que de passer par la personne en perte d'autonomie

9. MQRP recommande qu'avant toute expansion à large échelle des soins à domicile, **les ressources professionnelles de base et matérielles requises soient préalablement disponibles**

10. MQRP demande que les rôles d'évaluation des besoins, d'intégration et de coordination des différents services et de contrôle de la qualité restent dans les CLSC et que la définition des besoins populationnels et la coordination entre les établissements restent aux CSSS

Comité MQRP d'étude sur le Livre blanc sur l'assurance autonomie

Présidente	**Dounia Kayal MD**, membre du CA
Membres du comité sur l'assurance autonomie	**Lucie Dagenais**, membre associée de MQRP **Geneviève Dechêne MD**, membre de MQRP **Andrée Robillard MD**, membre de MQRP **Francis Aboussouan MD**, membre de MQRP **Sarah Émilie Hamel MD** résident, membre de MQRP

Rédaction

Dounia Kayal MD, membre du CA et présidente du comité d'étude
Lucie Dagenais, membre associée de MQRP et membre du comité d'étude
Alain Vadeboncoeur MD, président de MQRP
Isabelle Leblanc MD, vice-présidente de MQRP
Geneviève Dechêne MD, membre de MQRP et du comité d'étude

Révision et corrections

Camille Gérin MD, secrétaire-trésorière de MQRP
Cory Verbauwhede LLB, avocat, membre associé de MQRP
Éric Peters MD résident, membre du CA de MQRP

Position adoptée le 30 octobre 2013 par le conseil d'administration de Médecins québécois pour le régime public.

MQRP est un regroupement de médecins et étudiants en médecine voués au maintien et à l'amélioration d'un système de santé public accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins essentiellement publics.

La diffusion est permise et encouragée en mentionnant la source.

Déposé à la Commission parlementaire de la Santé et des services sociaux