

Mémoire présenté à la Commission sur la santé et les services sociaux

sur le

Livre blanc sur l'assurance autonomie

par

Claude Castonguay CC OQ FSA FICA

Fellow invité au CIRANO

Québec, 19 novembre 2013

Comme plusieurs pays, le Québec est confronté par le vieillissement de sa population. Or, à l'exception du Japon, nous vieillissons plus rapidement qu'ailleurs. Notre système de santé, déjà incapable de satisfaire les besoins de la population, est en conséquence dans l'obligation de répondre à une demande croissante de soins et de services causée par le vieillissement et plus particulièrement par l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie.

Face à cette perspective, les pays industrialisés ont pris deux orientations distinctes pour répondre à cette demande. Quelques pays ont opté pour un régime d'assurance autonomie distinct, capitalisé au moyen de cotisations spécifiques. Les autres pays, en grande majorité, ont choisi de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie dans le cadre de leur système universel de santé.

La France, l'Allemagne et l'Espagne ont des régimes d'assurance autonomie. Dans ces pays, la couverture des soins et des services de santé a historiquement été développée par des caisses d'assurance sociale, généralement de type mutuel. Ces caisses ont été établies soit sur une base régionale, soit pour couvrir des métiers tels les cheminots ou pour couvrir des risques spécifiques tel le risque de la perte d'autonomie. Dans ces pays, c'est l'ensemble de ces caisses qui, dans le cadre des politiques de santé de l'état, constitue les systèmes de santé. Ce qui fait en sorte que la couverture des risques par des caisses ou des régimes particuliers s'inscrit dans la structure des systèmes de santé. Pour les spécialistes, friands d'expressions savantes, ce sont des régimes bismarckiens.

L'on doit constater que les quelques régimes d'assurance autonomie en existence sont capitalisés et les personnes couvertes versent des cotisations. Le coût des garanties que comportent ces régimes fait en sorte que, dans le contexte de la grave crise financière que traversent les pays occidentaux, leur solvabilité et leur avenir sont loin d'être assurés.

Tel que déjà mentionné, la majorité des autres pays, dont le Canada, a opté pour couvrir la perte d'autonomie par leurs systèmes publics de santé. Les systèmes publics de ces pays, tels ceux de la Grande Bretagne, de la Suède et du Canada, ont été créés de toute pièce, au lendemain de la dernière guerre mondiale. Ils sont financés en grande partie par les revenus généraux de l'état et tous les citoyens ont les mêmes droits. Ce sont les régimes beveridgiens.

Dans ces pays, à l'exception du Canada, les droits des personnes en perte d'autonomie sont généralement enchâssés dans la constitution ou dans une charte des droits de la personne. En prenant cette voie, ces pays ont mis l'accent, d'une part, sur l'universalité et l'équité en plaçant tous leurs citoyens, sans égard à leur condition, sur le même pied et, d'autre part, sur la solidarité par le financement provenant des revenus généraux de la fiscalité.

Le régime proposé

Le livre blanc propose la création d'une assurance autonomie et d'une caisse autonomie pour en assurer le fonctionnement. *L'objectif est de donner aux personnes en perte d'autonomie ainsi qu'à celles qui veulent conserver leur autonomie un véritable choix, tant en ce qui a trait à leur lieu de résidence qu'en ce qui concerne le type de prestataire de services.*

Le régime proposé serait financé, non pas par des cotisations, mais par des transferts des budgets alloués aux services de longue durée. A ces allocations budgétaires, seraient alloués une portion des contributions des personnes hébergées en CHSLD et une majoration du crédit d'impôt pour maintien à domicile.

Selon le livre blanc, pour être équitable et établi solidement au plan financier, le régime d'assurance autonomie proposé devrait être capitalisé. En d'autres termes, les cotisants devraient payer à l'avance pour les prestations éventuelles qui leur seraient garanties par le régime. Or, le livre blanc propose que le régime soit plutôt financé par le transfert de budgets alloués à la santé et aux services sociaux et des sommes que les personnes paient pour des services.

Le versement des allocations budgétaires dans une caisse qui ne servirait qu'aux prestations aux personnes en perte d'autonomie signifie que le niveau de ces allocations continuerait d'être fixé dans le cadre du budget du gouvernement. Or, rien dans ce cadre ne garantit à l'avance le niveau ou la progression des montants alloués à un poste budgétaire. L'un et l'autre sont conditionnés par les priorités du gouvernement, par ses revenus de la fiscalité et par sa capacité de financer ses déficits budgétaires. Rien n'empêcherait non plus le gouvernement de contrebalancer une hausse du budget alloué à la perte d'autonomie par une baisse correspondante du budget alloué à d'autres fins telle, à titre d'exemple, la première ligne. C'est le principe sur lequel repose le gouvernement responsable.

Il faut se souvenir que le concept de caisse d'assurance provient des systèmes de santé bismarckiens. Comme ces régimes sont financés par des cotisations spécifiques, ils sont capitalisés et sont ainsi isolés du processus budgétaire du gouvernement. De ce fait, si le niveau des cotisations est suffisamment élevé, la caisse d'assurance donne une garantie et procure une certaine stabilité.

Le livre blanc reconnaît d'ailleurs clairement le caractère essentiel des cotisations :

L'un des défis que doit relever le Québec consiste à disposer, assez rapidement, d'une réserve financière qui permette de sécuriser les générations futures et d'atténuer leur fardeau financier. Se pose ici la question de la faisabilité de capitaliser la caisse d'autonomie ou d'instaurer d'autres mesures permettant d'assurer l'équité intergénérationnelle. Il s'agit donc de disposer d'un financement stable et permanent dans les années à venir. L'enjeu consiste désormais à déterminer comment sera alimentée, cette réserve.

Il n'y a qu'une seule réponse à cette question. Une véritable caisse d'assurance ne peut être alimentée que par le paiement de cotisations adéquates. Or, le livre blanc est clair, il n'y aura pas de cotisation d'assurance autonomie.

De plus, le livre blanc ne définit pas le niveau des prestations et des allocations et ne peut présenter en conséquence aucune évaluation des coûts futurs du régime proposé. Compte tenu de l'expérience acquise au cours des dernières années avec certains régimes, telle l'assurance parentale, il serait téméraire de s'engager sans plus de rigueur dans la voie proposée par le livre blanc.

De toute façon, il est trop tard pour essayer de capitaliser un véritable régime d'assurance alors que la vague des naissances d'après-guerre est déjà engagée dans la soixantaine. Pour établir un véritable régime d'assurance autonomie, il aurait fallu le créer il y a plus de vingt ans.

La création d'une assurance autonomie telle que proposée aurait donc comme effet de faire assumer le financement des garanties par la population active. Un tel transfert intergénérationnel ajouterait ainsi au fardeau déjà trop lourd sur les épaules de la population active et serait inacceptable.

En définitive, la création d'une caisse autonomie comme le propose le livre blanc serait à tout point de vue inappropriée et ne donnerait qu'une garantie illusoire

Sur le plan des services, au lieu de procéder à une analyse des besoins des personnes et des moyens d'y répondre en termes de production des services, on propose un exercice organisationnel, directif et centralisé. C'est le ministère qui entend s'impliquer dans l'organisation et la production des soins auprès des personnes en perte d'autonomie en proposant un *déplacement des ressources et des services vers les lieux où résident les personnes dont les besoins sont bien déterminés, et des services pour y répondre bien planifiés, organisés et coordonnés.*

Comme on peut le constater, le livre blanc annonce en tout premier lieu, conformément à la culture du MSSS, qu'il faudrait planifier, organiser et coordonner les services. Il s'agit donc avant tout d'un changement d'ordre administratif et bureaucratique qui introduirait dans le système une démarche du haut vers le bas.

Le MSSS approche la question tout comme s'il s'agissait de services hospitaliers ou institutionnels. Or, de façon évidente, il existe présentement d'importantes lacunes notamment dans les soins à domicile et dans les services intermédiaires.

Face à cette situation qui ne peut qu'aller en s'accroissant, la priorité devrait avant tout être placée sur la production des soins et services. Il faudrait stimuler la production de façon souple au niveau où ils sont produits en misant sur les aidants naturels, sur les ressources communautaires et sur les coopératives d'économie sociale. Il faudrait leur permettre de travailler dans des cadres souples, adaptés aux besoins, aux ressources disponibles et au contexte dans lequel les services sont rendus.

Dans une politique de maintien à domicile, les aidants naturels devraient être appelés à jouer un rôle clef. Ce sont eux qui, au premier titre, doivent aider le patient en perte d'autonomie à demeurer en charge de sa situation. Les ressources du système doivent être là pour soutenir le patient et les aidants naturels et non l'inverse. On devrait à cet égard s'inspirer du programme du Budget santé personnel (personal health budget) du système de santé du Royaume-Uni.

Notre système de santé ne considère pas les aidants naturels dans cette perspective. Bien sûr, sur le terrain, il existe évidemment des exceptions. Mais, si l'on en juge par les réactions des aidants naturels, ils ne jouissent d'aucun statut et doivent bien souvent quémander les services dont ils ont besoin. Ils sont loin d'être reconnus et appréciés à leur juste valeur.

La culture prédominante dans notre système de santé n'est pas familière et ouverte envers les aidants naturels. Leur travail ne se prête pas aux organigrammes et aux structures hiérarchisées qui y sont omniprésents. Le livre blanc fait d'ailleurs à peine mention des aidants naturels.

La philosophie du livre blanc

La philosophie derrière le livre blanc est la même que celle qui a conduit à deux échecs majeurs, celui du dossier santé et celui des groupes de médecine familiale.

Au lieu de stimuler le développement des dossiers patients au sein des établissements et des cliniques de première ligne, le MSSS a décidé de développer lui-même un dossier santé et de l'introduire du haut vers le bas dans notre système de santé. Des sommes colossales ont été investies au cours des dix dernières années dans ce projet. Or, même si la technologie nécessaire à la création de ce genre de dossier existe et a fait ses preuves, nous sommes encore loin de l'implantation du dossier santé. C'est un échec monumental découlant directement de l'approche top-down adoptée à l'origine en vase clos au sein du MSSS.

La démarche proposée dans le livre blanc est aussi semblable à celle suivie dans le développement des groupes de médecine familiale, les GMF. Le MSSS s'est engagé dans une démarche de planification, d'organisation et de réglementation des GMF au lieu d'inciter les médecins et autres professionnels au niveau de la première ligne à développer de telles cliniques. Plus de dix ans après leur introduction et l'injection d'énormes ressources financières, les objectifs visés sont loin d'être atteints. Avec comme résultat, que les Québécois continuent d'être privés de soins efficaces de première ligne.

Le constat est clair. La perte d'autonomie exige, plus que toute autre question, une approche dynamique axée sur les objectifs à atteindre et qui mise sur la capacité des intervenants au niveau des services à résoudre les problèmes et en produire efficacement. Il faut éviter que le MSSS s'engage une autre fois dans une approche

idéologique et dans le type de cheminement qui a conduit aux deux échecs majeurs du dossier de la santé et des GMF.

Une proposition surprenante

L'orientation de notre système de santé en fonction d'une population vieillissante constitue le deuxième grand changement proposé dans le livre blanc. Cette proposition surprend pour le moins.

En 2011, la population québécoise s'élevait à 7,947,000 dont 15,8% étaient âgés de 65 ans et plus. C'est dans ce groupe que la proportion de personnes en perte d'autonomie est la plus élevée. D'ici dix ans, le groupe des 65 ans et plus augmentera de 48,900 personnes et représentera 20,6 % de la population.

Sans vouloir par ailleurs minimiser l'importance du vieillissement de la population, il est difficile de comprendre comment une augmentation de l'ordre de 5% des aînés puisse justifier un changement en profondeur de l'ensemble de notre système de santé. D'autant plus qu'il n'est pas structuré en fonction d'une partie de la population mais place plutôt tous les citoyens sur le même pied sans égard à leur âge et à leur condition.

Le changement proposé ferait plus de sens si l'intention était de déplacer l'accent des soins institutionnels aigus vers davantage de soins et de services de longue durée de nature non institutionnelle. En fait, introduire une catégorisation de la population irait carrément à l'encontre des principes d'universalité, d'équité et de solidarité sur lesquels notre système est fondé.

Un accroc aux principes fondamentaux

Présentement, tous les Québécois sont couverts par notre système de santé. Ce système est financé par les revenus généraux de l'état. Il est fondé sur les principes d'universalité, de solidarité et d'équité entre tous les citoyens.

La création d'un régime spécifique qui accorderait des garanties additionnelles à un groupe particulier de personnes, tel que le propose le livre blanc, serait tout à fait contraire à ces principes. Ce serait introduire dans notre système un élément nouveau, c'est-à-dire des droits différents à un groupe de personnes.

Ce qui soulève de sérieuses questions. Tout d'abord, en vertu de quel principe ou quel ordre de priorité les personnes en perte d'autonomie devraient-elles bénéficier de garanties plus grandes que tous les autres groupes particuliers. Il faut aussi se demander qui aurait la priorité au plan des soins et des services? Le bénéficiaire du régime ou la personne en attente de soins, tel le malade chronique qui, afin d'éviter son hospitalisation, est traité à domicile.

De plus, est-ce que le bénéficiaire de l'assurance autonomie serait traité comme les bénéficiaires de la CSST et de SAAQ auxquels notre système de santé donne la priorité afin de recevoir les revenus additionnels que ces régimes apportent? Tel que déjà

mentionné, ces régimes sont financés par les employeurs et les automobilistes et non par l'ensemble des contribuables. Une problématique bien différente de celle de la perte d'autonomie.

Sur le plan des principes, il faut conclure que la création d'une assurance autonomie irait à l'encontre des principes fondamentaux de solidarité, d'universalité et d'équité à la base de notre système de santé.

Une orientation dynamique

Le Vérificateur Général conclut clairement dans son rapport de juin 2013 que la production de services adaptés aux besoins et l'utilisation optimale des ressources ne constituent pas des enjeux de financement. Le Vérificateur Général conclut qu'il est essentiel de dynamiser l'organisation du travail. Simplement à titre d'exemple, il cite le fait que les intervenants ne consacrent que 11% de leur temps sur le terrain!

Il insiste d'ailleurs sur le fait qu'il n'existe au MSSS aucune évaluation des coûts d'une offre de services à domicile suffisante pour répondre aux besoins actuels et futurs et des coûts d'une allocation de soutien à domicile.

Présentement, absolument rien ne s'oppose dans notre système de santé à des changements dans l'organisation des services pour mieux répondre à telle ou telle catégorie de patients. Il serait tout à fait possible de mettre l'accent, selon les ressources humaines et financières disponibles, sur un programme dynamique de soins à domicile. Une approche qui miserait sur les aidants naturels et les ressources communautaires et coopératives et qui définirait clairement les fonctions des CLSC et des intervenants de première ligne et leur donnerait la possibilité d'accroître leur efficacité.

En définitive, il faut passer d'un mode de planification, de réglementation et de contrôle centralisé à un mode décentralisé et dynamique, orienté sur le développement dans le milieu de services non institutionnels capables de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie et leur permettre de demeurer à domicile ou dans une résidence répondant à leurs choix et à leurs besoins conformément aux objectifs du livre blanc.

Le constat est sans équivoque. Malgré l'énorme augmentation des budgets alloués à la santé au cours des années, les problèmes d'accès et de qualité demeurent aussi prononcés. La solution de la question de la perte d'autonomie ne se situe pas dans des changements dans le mode de financement des soins et services mais bien par l'obtention d'une production accrue et adaptée des services de soutien à domicile. La priorité devrait être placée sur l'énoncée d'une politique à cet effet