

**L'assurance autonomie
Un modèle de soins qui doit
préserver le caractère public des
services et des soins de santé**

**Mémoire présenté dans le cadre des
consultations particulières de la
Commission de la Santé et des Services
sociaux sur le livre blanc sur la création
d'une assurance autonomie**

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Octobre 2013



La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente près de 200 000 membres, dont 130 000 environ font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien), de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Introduction

Le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie¹ était attendu avec impatience et avec grand intérêt. Et pour cause : il propose un nouveau modèle de soins qui devrait permettre aux personnes qui le souhaitent de pouvoir vieillir chez elles et de recevoir des services adaptés à leurs besoins, là où elles ont fait le choix de vivre. Cette réforme ambitieuse qui suscite beaucoup d'espoir soulève toutefois de nombreuses préoccupations.

À l'instar des organisations de défense des intérêts des personnes âgées, y compris notre affiliée, l'AREQ - l'Association des retraitées et des retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) considère important de répondre aux souhaits d'une majorité de personnes de vivre et de vieillir chez elles, à domicile. Pour ce faire, elle reconnaît qu'une meilleure intégration des services et des soins de santé est nécessaire pour répondre plus adéquatement aux défis que pose la perte d'autonomie associée au vieillissement et à l'augmentation des maladies chroniques. La CSQ accueille donc favorablement l'esprit du livre blanc.

Néanmoins, le choix retenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour effectuer cet important virage n'est pas le plus approprié. La CSQ ne croit pas qu'il soit nécessaire de créer un nouveau régime d'assurance distinct ainsi qu'une caisse consacrée pour continuer les travaux d'intégration des services amorcés depuis plusieurs années et pour intensifier la prise en charge des soins requis par la perte d'autonomie. De plus, si plusieurs caractéristiques du régime d'assurance nous apparaissent intéressantes, la Centrale désire faire part de ses préoccupations à l'égard du mode de gestion proposé. Celui-ci semble en effet viser à introduire un nouveau cadre pour l'organisation et pour la livraison des services de santé, qui ferait davantage appel au secteur privé. Le changement de paradigme proposé (virage vers les soins à domicile) peut et doit se faire sans compromettre les valeurs et les principes de notre système de santé, qui ont permis à chacune et chacun d'entre nous d'accéder à une « assurance santé » pour la vie. Nous croyons et nous réaffirmons que seul un système public de santé fort peut garantir une offre de soins et de services adéquate, gratuite et universelle, et nous souhaitons que la réforme envisagée permette de consolider son caractère public et universel.

Notre mémoire se divise en quatre sections. La première présente la position de la CSQ sur la création d'un nouveau régime d'assurance distinct et énonce quelques principes qui doivent, selon nous, guider toute réforme visant les soins de longue durée au Québec. La seconde partie regroupe des préoccupations et des recommandations liées à la mise en œuvre et au déploiement du modèle de soins

¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf.

proposé. La troisième partie traite spécifiquement des services liés aux soins de longue durée et au maintien à domicile (services professionnels, assistance aux activités de la vie quotidienne [AVQ] et aide aux activités de la vie domestique [AVD]) ainsi qu'à leur mode de prestation. Finalement, la dernière section énonce certaines considérations liées aux moyens à mettre en place pour financer ce virage, vers une prise en charge publique des soins à domicile et de longue durée, requis par la perte d'autonomie.

1. Nouveau régime d'assurance et grands principes

Création d'un nouveau régime d'assurance et d'une caisse consacrée

Tout comme l'énonce le livre blanc, nous reconnaissons que la prépondérance de maladies chroniques commande davantage de soins continus et de longue durée, et qu'elle justifie certains changements dans l'organisation et la prestation des services sociosanitaires, notamment en ce qui a trait aux soins de première ligne et aux services à domicile.

Cependant, comme par le passé, nous refusons d'endosser tout discours alarmiste associant le vieillissement de la population à une menace économique pour le système de santé et de services sociaux. Le vieillissement démographique observé, loin d'être nouveau, constitue une transformation progressive de la structure sociale nécessitant des ajustements au système public de santé, un peu comme ce fut le cas pour le réseau de l'éducation il y a quelques décennies. À cet égard, il convient de saluer le ton plus posé du livre blanc concernant les impacts du vieillissement de la population. Par le passé, d'autres études et d'autres rapports sont tombés dans le piège de la « démographie apocalyptique ». Nous sommes heureux de constater que l'actuel livre blanc a, dans une large mesure, évité de tomber dans ces excès.

C'est un fait bien connu que les dépenses privées en santé expliquent la plus grande part de la hausse des coûts observée depuis plusieurs années. L'exemple des médicaments est éloquent : le pourcentage des dépenses en santé qui leur est associé a plus que triplé en 25 ans. De 6 % en 1980, il est passé à 20 % en 2005². C'est quelque six milliards de dollars qui leur sont consacrés chaque année au Québec. Et que dire des coûts astronomiques liés à l'informatisation du système de santé ? Selon le vérificateur général du Québec, la création des dossiers médicaux informatisés coûtera, à terme, plus de 1,4 milliard de dollars aux contribuables québécois. Selon nous, la menace est tout autre. Lors de son témoignage devant la Commission des affaires sociales en 2006³, le Dr Réjean Hébert affirmait que

² Dépenses totales de santé par affection des fonds, Québec, 1975 à 2005 – ICIS 2006.

³ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE (2006). *Journal des débats de la Commission des affaires sociales*, 37^e lég., 2^e sess., vol. 39, n^o33, 26 mai « Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité », 15 h 54,

quatre sources de coûts étaient beaucoup plus importantes pour le système de santé que le vieillissement : sans surprise, le coût des médicaments et celui des nouvelles technologies, mais également l'utilisation inappropriée de l'hôpital et l'introduction du privé en santé.

Un meilleur contrôle des dépenses privées en santé doit être une cible prioritaire pour nos finances publiques. Des sommes importantes pourraient être ainsi dégagées et être réallouées aux services à domicile.

Malgré ces débats sur les véritables impacts du vieillissement de la population sur notre système de santé, la CSQ convient qu'il est souhaitable d'opérer d'importants changements dans l'organisation des soins de santé au Québec afin de répondre aux besoins croissants en soins de longue durée et à la volonté d'un grand nombre de personnes d'obtenir des soins et des services à domicile. Le livre blanc énonce bien les deux grands modèles adoptés dans le monde pour relever ce défi. Nous reproduisons au long ce passage important du document ministériel :

De façon générale, deux types de modèles (Annexe II) ont été élaborés pour prendre en compte les besoins des personnes en perte d'autonomie au sein des systèmes de santé de différents pays²⁹. Certains ont opté pour étendre la couverture de soins et de services de longue durée à l'intérieur d'un système public financé par les impôts. La place des prestataires privés y est moins accentuée, et certains types de services exigent une contribution des personnes. C'est ce type de système qui est implanté au Canada, en Angleterre, en Suède et au Danemark, avec des variantes quant à l'organisation et à la gestion. D'autres pays ont mis en place des régimes d'assurance particuliers pour les soins de longue durée dont le financement repose, entre autres, sur des cotisations obligatoires en cours d'emploi et sur l'impôt. C'est le cas notamment en France, en Allemagne, au Japon et en Espagne⁴.

Entre ces deux options, celle choisie par le ministère et exposée dans le livre blanc consiste à créer un nouveau régime d'assurance distinct, alimenté par une caisse consacrée dont les modes de financement restent à être déterminés. La CSQ est d'avis que c'est l'autre option qui aurait plutôt dû être retenue. Nous croyons que la prise en charge collective des besoins des personnes en perte d'autonomie devrait se faire à l'intérieur du système public de santé et être financée par le biais du fonds consolidé.

(M. Réjean Hébert), www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cas-37-2/journal-debats/CAS-060525.html#_Toc144518320.

⁴ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 19 et 20.

Soyons clairs, la CSQ appuie le virage vers une plus grande couverture publique des soins à domicile et des soins de longue durée. Cependant, il est à notre avis possible de mener ce virage et de transformer le système de santé pour l'adapter aux besoins croissants d'une population vieillissante sans pour autant créer un régime distinct d'assurance lié à une caisse consacrée. Nous croyons souhaitable la création d'un nouveau programme de soutien à l'autonomie (ou programme d'assistance autonomie) financé et géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce programme pourrait avoir le même objectif et sensiblement les mêmes éléments constitutifs que ceux proposés pour le nouveau régime d'assurance dans le livre blanc, le tout étant évidemment sujet aux recommandations et aux modifications proposées par la CSQ dans le présent mémoire.

Une revue des systèmes actuellement en place dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour prendre en charge les besoins liés à la perte d'autonomie met en lumière la diversité des façons de faire qui existe au sein de ces pays⁵. Il ne semble donc pas exister de « bon » modèle ou de « meilleure » façon de faire. Chaque modèle comporte ses avantages et ses inconvénients.

À la lecture du livre blanc, l'un des motifs qui semblent justifier la création d'un régime d'assurance distinct plutôt qu'une couverture des besoins liés à la perte d'autonomie par le biais du système public de santé est la nécessité de protéger l'enveloppe financière consacrée aux soins de longue durée et aux soins à domicile. À plusieurs reprises dans le passé, le ministre Hébert a souligné (à juste titre soit dit en passant) que l'intégration des divers établissements de santé au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS) avait souvent eu pour conséquence le détournement à d'autres fins des sommes octroyées pour les soins à domicile. En conséquence, la création d'une caisse et d'un régime d'assurance distincts est apparue comme le moyen permettant de « protéger » les sommes allouées pour les soins liés à la dépendance.

Aussi, et ce n'est pas explicitement exprimé dans le livre blanc, il nous apparaît évident que la création d'une caisse consacrée, financée par une nouvelle contribution tout aussi distincte, pourrait s'avérer politiquement plus attrayante pour le gouvernement parce que peut-être plus facile à vendre à la population qu'une hausse d'impôt versée au fond consolidé.

Bien que nous comprenions ces motifs et que nous y soyons sensibles, le choix de créer un nouveau régime d'assurance ne nous apparaît pas être le bon. C'est la conception même des services de soutien à domicile et de longue durée qui est à la base de notre position. La CSQ croit que ces services font « partie intégrante des

⁵ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2011). *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, chapitre 7, p. 259 à 297.

services de protection sociale et de santé dont bénéficie l'ensemble de la population⁶ ». C'est sur cette base que reposent les modèles financés par l'impôt, par exemple ceux mis en place dans les pays nordiques. C'est, selon la CSQ, ce type de modèle qui devrait être retenu pour le Québec.

Nous voyons en effet d'un mauvais œil la création de caisses consacrées qui n'ont souvent pour seul objectif que de rendre politiquement plus aisée l'acceptation de la hausse des contributions des citoyennes et citoyens à la fourniture des services publics essentiels. Devant une population qui s'est fait marteler depuis plusieurs années que le fardeau fiscal du Québec était d'une lourdeur insupportable, les politiciennes et politiciens présentent ces caisses consacrées comme la façon idéale de faire accepter une hausse des contributions fiscales. Leur mantra est simple : « Nous vous demandons un nouvel effort, mais soyez assuré que votre contribution ne servira qu'à tel ou tel objectif bien précis. »

De l'avis de la CSQ, entrer dans une telle logique porte atteinte à l'esprit de solidarité qui est le fondement de nos services publics. Si l'on accepte cette logique pour les services à domicile et de longue durée, devrait-on l'appliquer aux services éducatifs ? Pour les dépenses en environnement ? Pour les services à la petite enfance ? La logique des caisses consacrées effrite la solidarité qui doit lier tous les membres de la société québécoise.

Cependant, nous convenons qu'il faut absolument « protéger » les sommes allouées aux soins à domicile et aux soins de longue durée des détournements à d'autres fins. Mais, pour ce faire, nous croyons qu'il existe des moyens administratifs et des règles budgétaires qui permettent d'assurer l'étanchéité des budgets prévus pour ces services.

Maintenir et consolider les services et les soins de santé publics

L'une des préoccupations fondamentales de la CSQ est que le virage nécessaire vers les soins à domicile et de longue durée ne soit pas utilisé comme une occasion d'accroître la place du secteur privé dans ce champ d'activité. Or, certains passages du livre blanc nous laissent penser que le ministère pourrait être tenté d'aller dans cette direction. Par exemple, on écrit à la page 24 que : « De façon générale, les soins et services professionnels sont offerts par un CSSS, mais peuvent, en certains cas, faire l'objet d'une entente contractuelle avec une RPA ou une organisation privée⁷. »

⁶ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2011). *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, chapitre 7, p. 259 à 297.

⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *L'autonomie pour tous*, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf.

Aussi, à la page 25, le livre blanc énonce que « L'ASA [allocation de soutien à l'autonomie] donne la possibilité du libre choix du prestataire de services⁸ ». Ainsi, l'introduction de cette nouvelle allocation, présentée comme une mesure favorisant la liberté de choix, risque d'entraîner, *de facto*, une privatisation accrue du système de santé québécois.

Que ce soit pour des raisons d'économies, de capacités ou d'expertises recherchées, la sous-traitance dans le secteur public de la santé n'a pas fait ses preuves. Un récent rapport de recherche⁹ révèle de nombreux problèmes bien documentés tels les dépassements de coûts importants, la réduction de l'efficacité et de la qualité des services (méconnaissance de la mission et des structures du système public, solutions inadaptées), la perte d'expertise (dans le cadre des contrats de service notamment) et de contrôle, sans parler des problèmes de transparence. L'accès à l'information étant parfois difficile, voire impossible, l'analyse des coûts et l'évaluation de l'efficience s'en trouvent souvent limitées.

Le dossier des ressources intermédiaires (RI) d'hébergement illustre très bien certaines de nos préoccupations. De 2005 à 2010, le coût des soins par place se serait accru presque deux fois plus rapidement (47 %) que celui d'une place dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (24 %)¹⁰. Pour l'année 2011-2012, le coût d'hébergement total y aurait même été plus élevé. Des manquements importants concernant les services y sont fréquemment rapportés (propreté des lieux, nourriture, comportement du personnel, procédures d'hygiène). La difficulté d'appliquer et de faire respecter les contrats ressort clairement dans les dossiers ayant soulevé la polémique. En somme, la recherche de profit amènerait les propriétaires de RI à resserrer leurs coûts, notamment en ce qui a trait aux ressources humaines. Les conditions de travail et l'instabilité du personnel nuiraient donc au développement et au maintien de l'expertise nécessaire pour assurer des services de qualité. Une formation d'à peine neuf heures est présentement requise pour travailler dans ce type d'hébergement. Or, la prestation de soins sécuritaires et de qualité exige un niveau de connaissances et de compétences parfois important en raison de l'alourdissement de certains cas et de la complexification des tâches. Les formations de base et continue du personnel doivent garantir un niveau de savoir suffisant, tant du point de vue médical que du point de vue psychologique et social. Enfin, la multiplication des organismes de surveillance n'aurait pas permis

⁸ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf.

⁹ INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (2013). *La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences, Rapport de recherche* (juin), 62 pages.

¹⁰ INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (2013). *La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences, Rapport de recherche* (juin), p. 43 et 44.

d'assurer la qualité des soins et des services offerts selon le Regroupement provincial des comités des usagers¹¹.

En somme, la CSQ veut s'assurer que les services et les soins de santé publics soient réellement accessibles, équitables et de qualité, partout au Québec. Elle considère essentiel de préserver, dans le réseau public, l'expertise et les ressources qui nous permettront de mettre en œuvre cette réforme ambitieuse, et de conserver une vision globale des enjeux de santé pour une meilleure prise en compte de l'intérêt collectif.

Poursuivre et augmenter les investissements publics

Bien qu'insuffisants, les nouveaux investissements (110 millions de dollars supplémentaires¹²) consacrés aux services et aux soins à domicile pour l'année 2013-2014 étaient les bienvenus. La CSQ réclame depuis plusieurs années^{13,14} une offre de services et de soins à domicile de qualité et un meilleur financement public de ces derniers. La CSQ approuve donc la volonté du gouvernement du Québec de financer adéquatement les soins à domicile et réclame que les nouvelles injections de fonds soient consacrées essentiellement à l'amélioration de l'offre de services publics directs (en nombre et en intensité). Elle invite le gouvernement à poursuivre dans ce sens.

Il faut éviter les erreurs du passé. Le virage ambulatoire de l'époque et les séjours de courte durée en milieu hospitalier ont fait croître les demandes de services à domicile sans que soient ajoutées les ressources nécessaires. On se souvient de la suite : problèmes d'accessibilité et déplacement du fardeau sur les proches aidants.

Si les investissements supplémentaires en soins à domicile sont bienvenus, les compressions budgétaires ailleurs dans le secteur de la santé et des services sociaux doivent cesser. Il serait difficile de réussir la mise en œuvre de l'important virage qui se dessine tout en déstabilisant et en fragilisant les équipes de travail au

¹¹ REGROUPEMENT PROVINCIAL DES COMITÉS DES USAGERS (2012). *L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec. Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées* (décembre).

¹² QUÉBEC, CABINET DU MINISTRE DE LA SANTÉ (2012). *Le ministre Réjean Hébert présente la répartition des 110 millions de dollars supplémentaires consacrés aux soins à domicile*, www.newswire.ca/en/story/1085139/le-ministre-rejean-hebert-presente-la-repartition-des-110-millions-de-dollars-supplementaires-consacres-aux-soins-a-domicile.

¹³ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2011). *L'égalité entre les femmes et les hommes : une quête inachevée*. Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens concernant les consultations particulières et les auditions publiques sur le document intitulé *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait – Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes* (janvier).

¹⁴ ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET DES RETRAITÉS DE L'ÉDUCATION ET DES AUTRES SERVICES PUBLICS DU QUÉBEC CSQ (2007). *Mémoire présenté au ministère de la Famille et des Aînés dans le cadre de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés* par l'AREQ (CSQ) et la Centrale des syndicats du Québec (septembre), p. 9 et p. 14.

sein du ministère le plus appelé à contribuer au bien-être de notre population vieillissante. Nous croyons qu'il est plus que temps de nous y mettre sérieusement.

La CSQ recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- D'assurer la couverture des services de soins à domicile et de longue durée par le biais d'un nouveau programme de soutien à l'autonomie géré et financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- De renoncer à la création d'un nouveau régime d'assurance autonomie distinct alimenté par une caisse consacrée.

2. Un nouveau modèle de soins : pour une meilleure réponse aux besoins reconnus

Les professionnelles et professionnels du réseau public de la santé, qui connaissent bien les besoins de la population et qui ont développé une expertise très précieuse pour notre système de santé, souhaitent être en mesure de relever les défis qui s'annoncent. Or, la question du personnel du réseau de la santé est totalement absente des préoccupations exprimées dans le livre blanc.

Miser sur la collaboration participative

Le ministre dit souhaiter « disposer d'une lecture commune des enjeux [...] [afin que] chacun soit solidairement partie prenante aux décisions qui s'imposent¹⁵ ». Nous partageons son souhait. Pour la CSQ, l'organisation de l'offre et de la prestation des services et des soins de santé constitue un enjeu fondamental. Aussi, nous demandons au ministre d'impliquer étroitement le personnel de la santé dans les travaux portant sur les pratiques organisationnelles et professionnelles, notamment ceux visant la préparation des scénarios d'organisation (livre blanc, premier énoncé du plan d'implantation de la réforme¹⁶).

La mise en œuvre efficace d'une offre de soins à domicile pour le maintien de l'autonomie demandera la collaboration de l'ensemble des parties concernées. Aussi, nous déplorons que les questions liées aux pratiques professionnelles dans

¹⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 4.

¹⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 31.

l'offre de services ne soient pas mises au jeu dans le livre blanc. Pourtant, des comités d'experts s'y affairant depuis plusieurs mois¹⁷.

Des travaux sont également en cours pour élaborer une offre de service pour l'ensemble du continuum de services destinés aux personnes âgées. [...] La diffusion d'orientations claires contenues dans cette offre de service permettra de préciser les rôles et responsabilités des différents dispensateurs de services et définir des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Les décisions seraient-elles déjà prises ou en voie de l'être ? Nous espérons que non. N'oublions pas, la collaboration participative est un outil essentiel à la prise en charge optimale des individus dans le continuum de soins¹⁸. N'est-ce pas ce qui est souhaité ?

Assurer une offre de services publics adéquate dans toutes les régions du Québec

Le livre blanc annonce la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dès 2014. Est-ce réaliste ? Nous croyons que cela sera difficile.

Des personnes expertes dans la mise en œuvre de réseaux de services intégrés aux personnes âgées¹⁹ affirment qu'« on sous-estime généralement les ressources à investir et le temps requis pour une implantation adéquate ». Selon eux, il est « avantageux d'y aller de façon progressive et, en fonction de l'expérience acquise, de procéder aux ajustements nécessaires ». Nous partageons cet avis.

En 2007, la CSQ a reconnu qu'une organisation efficace des services pour les personnes âgées repose sur un modèle de soins tel que celui expérimenté au cours des dernières années (modèle SIPA²⁰). Or, au 31 mars 2012, le degré d'implantation provincial de ces réseaux (RSIPA) était de 62 %, comme en fait foi

¹⁷ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE (2013). *Journal des débats de la Commission de l'administration publique*, vol. 43, n° 4 (avril), www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cap-40-1/journal-debats/CAP-130410.html (Consulté le 26 juin 2013).

¹⁸ INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES DE PREMIÈRE LIGNE (2013). « La collaboration : un outil pour assurer une prise en charge optimale de la clientèle », *Collaboration*, ipspl.info/pdfFiles/Collaboration.pdf (Consulté le 17 juillet).

¹⁹ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées. Le point de vue des experts*, 14 pages.

²⁰ ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ÉDUCATION ET DES AUTRES SERVICES PUBLICS DU QUÉBEC et CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2007). *Mémoire présenté au ministère de la Famille et des Aînés dans le cadre de la consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées*, p. 9.

un document rendu public par le ministre Hébert²¹, certaines régions atteignant à peine le seuil des 53 %.

L'évaluation systématique des besoins comme condition essentielle d'admissibilité à l'assurance autonomie exigera la mise en place de plusieurs composantes (humaines, financières et technologiques) et soulève de nombreuses questions. Est-ce que l'accès aux services nécessitera une évaluation, ou une réévaluation, de tous les bénéficiaires actuels ? Comment se déploiera la réponse aux besoins reconnus, sachant que les taux d'implantation au Québec des plans d'intervention individualisés, des mécanismes de coordination et des gestionnaires de cas étaient, en 2012, respectivement de 23,74 %, de 60,18 % et de 62,72 % ? Ce printemps même, des intervenantes de la Côte-Nord, ayant obtenu une réponse positive au PRISMA-7 (questionnaire de dépistage des limitations significatives), ne pouvaient assurer la prise en charge des usagères et des usagers, selon la nouvelle approche souhaitée, faute de gestionnaires de cas et en raison de l'incompatibilité des systèmes informatiques.

Nous le savons, les besoins actuels déjà soulevés ne sont pas entièrement comblés. Des données obtenues grâce à une demande d'accès à l'information révèlent qu'au moins 6 300 personnes seraient en attente de soins à domicile au Québec²².

Dans le contexte actuel, il est prématuré, voire irréaliste, d'annoncer publiquement la « liberté de choisir²³ » son lieu de résidence et son prestataire de services. Les ressources requises pour évaluer les besoins et y répondre ne sont pas encore implantées. Beaucoup de travail reste à faire pour assurer la mise en place des structures et des mécanismes de participation du personnel de la santé et des services sociaux.

Contrairement au ministre, nous ne croyons pas que la demande pour des services, grâce à une allocation de soutien à l'autonomie, générerait d'emblée le déploiement d'une offre adéquate dans toutes les régions du Québec. La « loi du marché » ne peut s'appliquer dans le domaine de la santé.

Aussi, nous réclamons que le ministère soit proactif en déterminant, dans son plan d'implantation de l'assurance autonomie, les conditions et les ressources nécessaires pour assurer une offre de services publics adéquate afin d'assurer un continuum de soins de qualité dans toutes les régions du Québec.

²¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Le défi de transformer les systèmes de santé pour répondre au vieillissement*, www.aqg-quebec.org/docs/Colloque2013/Les_defis_de_transformer_les_systemes_de_sante.pdf.

²² AQRP – ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES RETRAITÉ(ES) DES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC (2013). *Le Vérificateur général critique les soins à domicile : au moins 6300 personnes en attente, selon l'AQRP* (7 juin).

²³ HÉBERT, Réjean (2013). « L'autonomie pour tous : la liberté de choisir », *Le Soleil* (1^{er} juin) www.lapresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/201305/31/01-4656470-lautonomie-pour-tous-la-liberte-de-choisir.php.

Approche standardisée et continuum de soins

Dans son avis²⁴ sur le processus de certification des résidences pour personnes âgées, la CSQ réclamait une évaluation « publique » de la perte d'autonomie et des services requis. Encore aujourd'hui, elle se montre préoccupée par les problèmes d'accessibilité aux services et les diverses situations d'iniquités qui en découlent. Le rapport d'enquête du Protecteur du citoyen sur les soins à domicile²⁵ est à cet effet très révélateur (accès aux services ardu et instable, intensité variable, écarts significatifs dans les pratiques tarifaires). Aussi, nous saluons la volonté du ministre de mieux encadrer et d'harmoniser les pratiques en confiant aux CSSS la responsabilité des processus d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans de services. Nous avons toutefois deux prérequis : le respect du jugement professionnel et la reconnaissance du travail multidisciplinaire.

Respecter le jugement professionnel

L'usage d'approches et d'outils plus standardisés visant à assurer une plus grande accessibilité et une équité soulève certaines réserves. Une approche trop mécanique peut créer une « illusion d'accessibilité équitable pour tous²⁶ », comme l'a soulevé le Protecteur du citoyen, et devenir un frein à la mise en œuvre efficace de l'approche intégrée tant souhaitée.

Implanté depuis 2003 dans le réseau public de la santé de toutes les régions du Québec, l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), mis de l'avant dans le livre blanc, aurait fait ses preuves. L'utilisation d'un instrument validé permettant une évaluation rigoureuse de la situation globale de la personne en perte d'autonomie et de ses proches pour déterminer l'accès aux services de longue durée semble être une bonne chose. Toutefois, comme le laisse entendre le Protecteur, les outils standardisés doivent être utilisés avec discernement. Son enquête a mis en lumière divers problèmes liés à l'utilisation de ce modèle d'évaluation et de son application informatique. Dans un contexte de contraintes budgétaires, certaines pratiques (par exemple l'usage de cotes ou de moyennes) ont amené un nivellement par le bas de la réponse aux besoins pourtant bien évalués et reconnus. Le même problème pourrait se présenter, malgré la création d'une assurance autonomie, puisque « des

²⁴ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2011). *Résidences privées pour personnes âgées. Une certification attendue*. Avis sur le projet de loi n° 16 (septembre), p. 5 et 6.

²⁵ LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2012). Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. *Chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante* (30 mars).

²⁶ LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2012). Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. *Chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante* (30 mars).

balises [devront être] établies de façon à respecter l'enveloppe budgétaire globale allouée²⁷ ».

Enfin, selon les ressources intervenant auprès d'elles, l'outil d'évaluation utilisé actuellement ne serait pas adapté à la réalité des personnes handicapées. Nous demandons au ministre de porter une attention particulière aux besoins spécifiques de ces dernières. Plus que le maintien de leur autonomie, plusieurs d'entre elles sont en quête d'une autonomie qui leur permettra de relever les nombreux défis liés à leur inclusion scolaire, professionnelle et sociale.

Le Protecteur du citoyen est très clair : « les outils informatiques, aussi performants soient-ils, ne remplaceront jamais le jugement professionnel²⁸. »

Reconnaitre l'importance du travail multidisciplinaire

Le ministre défend depuis de nombreuses années l'approche intégrée en santé. Or, le travail en équipes multidisciplinaires, outre pour le suivi des plans de services individualisés, s'avèrera essentiel pour partager la vision et les valeurs de la réforme, pour comprendre les rôles et les responsabilités de chacun dans la prise en charge de la personne en perte d'autonomie, pour participer aux différents mécanismes d'amélioration continue, bref pour assurer l'efficacité du continuum de soins.

C'est pourquoi nous demandons que le ministre réaffirme et reconnaisse officiellement l'importance des équipes multidisciplinaires dans la mise en œuvre de cette vaste réforme, et qu'il assure le respect du jugement clinique et de l'autonomie professionnelle. Il faut éviter de reproduire le travail en silo tant décrié dans d'autres programmes²⁹.

Des enjeux complexes : les limites d'une approche standardisée

Certains enjeux illustrent concrètement les limites d'une approche standardisée dans le domaine de la santé. Chaque situation est particulière et évolue parfois rapidement. Le personnel de la santé doit pouvoir mettre en contexte l'évaluation des besoins et ajuster les plans d'interventions lorsque nécessaire.

²⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 30.

²⁸ LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2012). Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. *Chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante* (30 mars), p. 16.

²⁹ QUÉBEC, COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012_SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

Par exemple, les problématiques de santé mentale poseront un défi particulier pour la mise en œuvre de l'assurance autonomie. Lors de la Journée annuelle de santé mentale dédiée au vieillissement (2013³⁰), certains conférenciers et conférencières ont démontré clairement l'importance de repenser l'organisation des services pour une meilleure prise en charge des personnes âgées, et ce, dès l'apparition de troubles de santé mentale. Selon l'Étude sur la santé des aînés³¹, près de 13 % des personnes âgées de 65 ans et plus enquêtées présentent un trouble de dépression ou un trouble d'anxiété, et 32 % consommeraient des benzodiazépines³². Aujourd'hui, une personne âgée sur onze serait atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe. La concomitance de troubles mentaux et de maladies physiques complexifie les plans de traitement et requiert la participation de plusieurs professionnelles et professionnels. Dans un tel contexte, le travail en équipe multidisciplinaire s'avère essentiel. Et pourtant, la difficulté de créer un réel continuum de services est toujours présente, comme l'affirme Alan Regenstreif, coordonnateur en pratique de pointe en santé mentale et en vieillissement au CSSS Cavendish et formateur au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. Pour certaines personnes usagères, participer activement à l'évaluation de leurs besoins et exercer « leur libre choix [éclairé] d'un prestataire de services » constituerait un défi de taille.

Le dossier des personnes proches aidantes est un autre exemple éloquent.

Dans leur mémoire conjoint³³ sur le soutien des personnes proches aidantes, l'AREQ et la CSQ réclamaient une offre accrue de services de soutien psychologique et de répit pour celles-ci, davantage de services à domicile pour leurs proches, le déploiement d'intervenantes et d'intervenants pivots et la bonification des mesures financières disponibles. Il n'était pas question alors qu'elles se transforment en professionnelles ou professionnels de la santé ou de la relation d'aide, leur engagement devant se poursuivre de façon volontaire et éclairée, avec le soutien des services publics.

Certaines préoccupations semblent avoir été entendues, notamment en ce qui a trait à la bonification de l'offre de services et de soins à domicile. Quant aux mesures de soutien et de répit, les attentes sont très élevées. Le répit, offert au compte-gouttes (environ trois heures par semaine), serait encore très difficile à obtenir.

³⁰ Journée annuelle de santé mentale dédiée au vieillissement – *L'adaptation des services aux besoins des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale – Un état des lieux.*

³¹ Étude réalisée par le Réseau de recherche québécois sur le vieillissement (2008).

³² Classe de médicaments psychotropes utilisés dans le traitement de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation psychomotrice, etc.

³³ ASSOCIATION DES RETRAITÉES ET RETRAITÉS DE L'ÉDUCATION ET DES AUTRES SERVICES PUBLICS DU QUÉBEC (AREQ) CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ) (2009). *Le soutien des personnes proches aidantes : une responsabilité étatique !* Mémoire présenté la Commission parlementaire des affaires sociales lors de l'étude du projet de loi n° 16 : loi instituant le fonds de soutien aux proches aidants des aînés.

En ce qui a trait à l'engagement volontaire, une préoccupation majeure persiste. En principe, le livre blanc reconnaît cette volonté : « Le Plan de services est élaboré en collaboration avec la personne et ses proches, qui doivent donner leur approbation formelle avant sa mise en œuvre³⁴ ».

En pratique, nous nous questionnons sur les conséquences réelles de l'assurance autonomie pour les personnes proches aidantes. Si le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) évalue le niveau des diverses incapacités (qui doivent être significatives et persistantes) et détermine les ressources qui pallient ces dernières, il indique les services à mettre en place s'il y a « absence de telles ressources ou manque de stabilité de ces dernières³⁵ ». Qu'entend-on ici par absence de ressources ? Comment sera évaluée la contribution de la personne proche aidante ? Se sentira-t-elle vraiment libre de s'engager ? Qu'advient-il si les services requis ne sont pas disponibles ? Si l'état de santé de la personne ou le soutien social disponible se détériorent rapidement ? Le soutien des personnes proches aidantes ferait donc partie du panier de services lors de l'évaluation des besoins.

Une étude sur la sécurité des soins à domicile³⁶ affirme que, chaque année, 10 % à 13 % des clientes et clients des soins à domicile subiraient un événement indésirable tel que des chutes, des infections et des incidents médicamenteux. L'étude précise que les professionnelles et professionnels des soins à domicile et les « aidants naturels » doivent avoir les moyens d'assumer cette responsabilité (offrir des soins sécuritaires) de manière efficace. Dans les recommandations, il est question d'offrir de la formation, un appui soutenu, des conseils et des bilans de santé aux aidantes et aidants bénévoles. Voilà qui fait réfléchir.

Sur cet enjeu, nous invitons le gouvernement du Québec à porter une attention particulière aux revendications du Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ³⁷) qui exprime de nombreuses insatisfactions dans le secteur des soins à domicile. Le RANQ dénonce, entre autres, la lourdeur bureaucratique qui réduit l'accès aux services et qui déshumanise les soins, et il revendique une meilleure formation et une plus grande stabilité du personnel rémunéré.

³⁴ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 23.

³⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 23.

³⁶ INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (2013). *Sécurité à domicile*, une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile, www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/SafetyatHome/Documents/s%c3%a9curit%c3%a9%20%c3%a0%20domicile.pdf (Consulté le 18 juillet 2013).

³⁷ REGROUPEMENT DES AIDANTS NATURELS DU QUÉBEC (2013). *La Grande tournée* – Plateforme de revendications communes en matière de services de soutien pour les proches aidants (juin).

La CSQ recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- D'assurer une offre de services publics adéquate afin de permettre la mise en place d'un continuum de soins de qualité dans toutes les régions du Québec et que la réalité des régions soit prise en compte dans la budgétisation des soins.
En conséquence, le ministère doit :
- Assurer la stabilité et la complémentarité des équipes multidisciplinaires pour la mise en œuvre efficiente des plans de services individualisés (PSI) compte tenu de la complexité des réalités multiples et de la volonté d'assurer une intégration efficiente des services dans le continuum de soins,
- Impliquer les différentes catégories de professionnelles et professionnels de la santé concernées (intervenantes et intervenants) dans les travaux visant la préparation des scénarios d'organisation, le développement des compétences cliniques, la mise en œuvre des processus d'appréciation et de reconnaissance de la qualité.

Choix du milieu de vie : pour un choix véritable

Nous le réaffirmons : la CSQ considère important de répondre aux souhaits d'une majorité de personnes de vivre et de vieillir chez elles, à domicile. Toutefois, le maintien à domicile ne doit pas devenir un absolu. Il y a, et il y aura toujours, des gens dont l'état de santé requiert des soins importants. L'assurance autonomie ne doit donc pas avoir pour objectif, avoué ou non, de réduire l'offre de services publics d'hébergement.

Si la réforme du ministre Hébert vise « à redonner aux personnes en perte d'autonomie [...] un véritable choix [...] par rapport à leur lieu de résidence³⁸ », un véritable choix suppose que diverses options soient réellement disponibles. Or, ce n'est pas le cas présentement, nous le savons. Au mois de mai 2013, 8 600 personnes étaient en attente d'une place en CHSLD ou dans une autre ressource pour les personnes en perte d'autonomie au Québec.

Maintien à domicile à tout prix, non merci !

Une résidence qui ne convient plus aux besoins de sécurité ou de mobilité peut entraîner de l'isolement social et une perte de mobilité pouvant se traduire ultimement par une perte d'autonomie plus importante. Une trop grande solitude peut également conduire à une détérioration de la santé mentale. Le maintien à domicile doit être envisagé dans un contexte plus large. Bien qu'elle soit soulignée

³⁸ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 3.

dans le livre blanc, nous espérons que cette préoccupation sera l'objet d'un engagement officiel : « Tant en milieu rural qu'en secteur urbain, l'accès aux services de santé et à tous les services de proximité ainsi que la disponibilité du transport collectif constituent des déterminants du soutien à domicile des personnes âgées³⁹. »

À l'instar de plusieurs organisations, nous craignons les pièges de la désinstitutionnalisation telle que nous l'avons vécue dans le dossier de la santé mentale dans les années 1960. Sous promesse d'offrir des services mieux adaptés dans d'autres formules d'hébergements, et à moindres coûts soi-disant pour le gouvernement, le risque est grand de voir le nombre de lits en CHSLD réduit, bien que les besoins pour ce type d'hébergement soient grandissants.

La CSQ se montre également très préoccupée par la suggestion de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) de hausser les tarifs des CHSLD, de sorte qu'il soit plus avantageux pour la personne usagère de demeurer à domicile plutôt que de vivre en milieu d'hébergement⁴⁰. Donner le libre choix du lieu d'hébergement tout en limitant l'accessibilité économique ne sera plus vraiment un choix pour plusieurs personnes. Un tel discours laisse présumer que les gens choisissent sciemment de vivre en CHSLD. Si tel est peut-être le cas pour certaines personnes, c'est que nous manquons de solutions de rechange adéquates. Hausser les tarifs est une stratégie de courte vue, contraire au principe d'accessibilité mis de l'avant dans le livre blanc. Le faire sans d'abord garantir l'accessibilité des services à domicile et des mesures résidentielles adéquates serait irresponsable. Les propos du vérificateur général sont sans équivoque : « Les ressources existantes ne correspondent pas toujours aux besoins de la clientèle, ce qui entraîne parfois une utilisation inadéquate des ressources. Les usagers sont hébergés selon la disponibilité des ressources plutôt qu'en fonction de leurs besoins⁴¹. »

Pour ces raisons, nous croyons qu'avant d'envisager des réformes majeures dans l'offre de services d'hébergement, un portrait des besoins actuels et à moyen terme, pour chacune des régions du Québec, est nécessaire. L'offre d'hébergement pour les personnes âgées doit être suffisamment variée pour respecter leurs choix, mais également leur capacité de payer. Plusieurs d'entre elles n'ont toujours pas la

³⁹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 17.

⁴⁰ PELCHAT, Pierre (2013). « Maintien à domicile des aînés : les tarifs des CHSLD trop avantageux », *Le Soleil* (29 avril), www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201304/28/01-4645450-maintien-a-domicile-des-aines-les-tarifs-des-chsld-trop-avantageux.php.

⁴¹ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE (2013). *Journal des débats de la Commission de l'administration publique*, vol. 43, n° 4 (avril), www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cap-40-1/journal-debats/CAP-130410.html (Consulté le 26 juin 2013).

possibilité de faire un véritable choix. Aussi, varier la gamme de ressources ne devrait en aucun cas signifier un désengagement de l'État envers les ressources entièrement publiques, ni créer une offre d'hébergement inéquitable.

La CSQ recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- De développer, dans le réseau public, une offre diversifiée de mesures résidentielles et de modèles d'hébergement répondant à la diversité des besoins sur le plan de la santé et du bien-être, et s'adaptant aux besoins évolutifs des personnes qui ne peuvent demeurer dans leur domicile ;
- De définir et de reconnaître officiellement l'importance des déterminants du soutien à domicile.

3. Pour une prestation de services sécuritaires et de qualité

Les personnes en perte d'autonomie ont droit à des services et à des soins de qualité qui assurent leur bien-être, et le respect de leur intégrité et de leur dignité. Outre l'incapacité d'agir par elles-mêmes, certaines d'entre elles cumulent divers facteurs contribuant à un plus grand niveau de vulnérabilité (troubles sensoriels, cognitifs ou de santé mentale, polymédication, isolement social et familial, pauvreté, etc.).

Dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, plusieurs scandales hautement médiatisés ont ébranlé la confiance de la population et ont interpellé de nombreux acteurs sociaux, dont la CSQ. Aussi, la peur de la négligence, de mauvais traitements et la crainte de ne pas recevoir les soins requis font maintenant partie des inquiétudes courantes.

Le ministre reconnaît ces problèmes et affirme que le projet de loi à venir sera très précis quant aux mesures de contrôle de la qualité. Il aura des dents⁴² ! Il mise essentiellement sur le gestionnaire de cas pour assurer cette fonction. Ce dernier aura un nouveau levier pour agir : la gestion de l'allocation de soutien à l'autonomie, qui lui donnerait un droit de regard continu sur la qualité des services reçus⁴³. Cette approche nous apparaît coercitive et contraire à l'esprit de collaboration souhaité. De plus, outre l'ampleur de sa tâche, la recherche d'efficacité à titre de « gestionnaire » de cas pourrait le mettre en conflit d'intérêts. Selon nous, il ne peut être juge et partie dans l'évaluation de la qualité des services. Lui-même devrait faire l'objet d'une évaluation, tout comme le processus de mise en œuvre de la réforme dans son CSSS.

⁴² Rencontre d'échange avec les organisations syndicales (2 juillet 2013).

⁴³ Rencontre d'échange avec les organisations syndicales (2 juillet 2013).

Pour la CSQ, la qualité et la sécurité sont donc plus qu'une question de critères, de normes ou de leviers de contrôle. Ce sont des valeurs qui doivent traverser l'ensemble des composantes de l'assurance autonomie. En aucun cas, la définition de normes et l'instauration de mesures de contrôle ne doivent délivrer le gouvernement de l'obligation de garantir une offre publique de soins et de services de qualité pour les personnes en perte d'autonomie.

Le gouvernement doit prendre ses responsabilités et doit adopter les mesures appropriées pour corriger, et ne pas reproduire dans les services à domicile, les lacunes reconnues. Garantir une prestation publique des soins personnels, par du personnel qualifié et bien encadré, demeure la meilleure garantie.

Pour une prestation publique et gratuite des soins professionnels de base et des services d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)

De l'avis de la CSQ, les soins professionnels, de même que les services d'assistance aux AVQ, présentant des composantes hautement intimes, telles que les activités d'hygiène personnelle et les activités d'habillage, doivent demeurer sous la responsabilité des prestataires publics et de leur personnel qualifié. Outre pour des questions de sécurité et de dignité, ces services constituent un maillon important dans le continuum de soins (détection des problèmes et des situations à risque, occasion d'échanges et de détermination de nouveaux besoins), et permettent une intervention intelligente et cohérente dans le plan de soins. Plus que jamais, nous estimons que ces responsabilités exigent des compétences professionnelles certifiées et un degré élevé d'encadrement institutionnel.

L'approche intégrée des soins souhaitée dans le livre blanc et l'efficacité démontrée du travail en équipes multidisciplinaires justifient amplement que ces interventions soient maintenues dans le réseau public de la santé. Ne pas le faire favoriserait le travail parcellaire et morcelé auprès des personnes. Le manque de formation et l'important roulement de personnel dans les organisations privées entraînent un lot de problématiques déjà reconnues en matière de sécurité, de qualité et de continuité dans les services rendus.

Aussi, la CSQ s'oppose vivement à toute forme de privatisation des soins et des services professionnels que semble suggérer le livre blanc. Bien qu'ils restent gratuits pour les personnes et sous contrôle entièrement public, nous réclamons qu'ils demeurent à prestation publique exclusivement, quel que soit le lieu de la prestation des services.

La Centrale s'oppose également à la privatisation des services d'assistance aux AVQ, donc à l'idée de confier ces services aux entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) ou aux organismes privés (RPA). Notre analyse demeure la même que celle qui a été exprimée lors du Chantier sur l'économie sociale en 1996 et reprise dans un rapport dissident conjoint déposé en 2005, en

réponse au rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Nous nous opposons donc « au développement accru de filières de prestations de services par la voie des entreprises d'économie sociale et des organismes communautaires conduisant à une substitution, par ces initiatives, aux services publics de longue durée⁴⁴ ». Les activités de la vie quotidienne doivent être offertes directement par le réseau public et gratuitement, sans aucune contribution financière de la part des usagères et des usagers.

Confier les AVQ aux EESAD et aux entreprises privées constituerait un pas de plus dans le désengagement étatique, dicté essentiellement par une recherche d'économies. Le ministre affirme vouloir professionnaliser les soins à domicile et assurer la sécurité dans la prestation des AVQ grâce aux liens contractuels des prestataires de services avec les CSSS et au suivi de la qualité par les gestionnaires de cas⁴⁵. Il souhaite assurer une meilleure formation et un meilleur encadrement du personnel pour garantir la qualité des services rendus. « Tous les prestataires devront avoir fait l'objet d'une reconnaissance explicite encadrée à l'intérieur d'un processus formel⁴⁶ ». Cette approche nous apparaît bien complexe (coordination de nombreux niveaux décisionnels, certification, démarche d'agrément et déploiement des différents dispensateurs de services, négociation et suivi des ententes de services, formation et encadrement du personnel, contrôle de la qualité des services, etc.). Nous ne comprenons pas l'intérêt, ni en matière de qualité et d'intégration souhaitées, ni en matière d'efficience recherchée.

À la lumière de ce qui précède, il est clair que plusieurs raisons cliniques, éthiques et d'efficience nous amènent, encore aujourd'hui, à nous opposer fermement à la privatisation des services professionnels et des activités de la vie quotidienne. La réforme envisagée doit être une occasion de corriger les erreurs du passé, et de colmater les brèches en consolidant l'offre publique de soins et de services de santé. Le réseau public détient déjà tous les leviers nécessaires.

Aide aux activités de la vie domestique (AVD) : pour des emplois stables et de qualité

La CSQ reconnaît la nécessité d'augmenter les services d'aide aux AVD pour répondre adéquatement aux besoins de soutien à l'autonomie. Elle réclame

⁴⁴ FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS DU QUÉBEC, CENTRALES DES SYNDICATS DU QUÉBEC, CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES (2005). *Des désaccords fondamentaux : rapport dissident de la FTQ, de la CSQ et de la CSD au Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec*. Présenté au président du Comité de travail, M. Louis-Jacques Ménard, p. 6 (12 juillet).

⁴⁵ Rencontre d'échange avec les organisations syndicales (2 juillet 2013).

⁴⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *L'autonomie pour tous*, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 25.

toutefois du gouvernement du Québec les politiques et les investissements nécessaires afin d'assurer la création d'emplois stables et de qualité.

Une étude de la chercheuse Louise Boivin⁴⁷ portant sur la situation du personnel d'organisations privées offrant des services d'aide à domicile révèle de multiples problèmes : rémunération très faible, avantages sociaux limités, temps partiel, affectations et horaires fragmentés. Malgré le consensus du Sommet socioéconomique de 1996, les conditions actuelles ne permettent pas de développer des emplois et des services de qualité. Le taux de roulement du personnel dans les EESAD y est très élevé (51 % pour la région de Montréal et 30 % pour l'ensemble du Québec en 2009⁴⁸). Outre les bris de services pour les usagères et les usagers, cette réalité crée de l'insécurité et une précarité économique qui hypothèquent l'avenir des travailleuses (emplois occupés à 95 % par des femmes) et possiblement leur santé.

Aussi, il nous semble primordial que l'assurance autonomie ne participe pas à reproduire et à maintenir les femmes dans des situations de vulnérabilité économique, problématique pourtant reconnue dans le livre blanc. La CSQ est heureuse de constater la préoccupation du ministre à cet égard et l'invite à adopter une approche préventive « intégrée » de la santé.

La lutte à la pauvreté nécessite des mesures particulières à l'intention des femmes, mais aussi l'obligation pour chaque ministère d'évaluer si tel programme ou telle mesure n'a pas pour effet d'appauvrir les femmes ou de les empêcher d'atteindre l'autonomie économique⁴⁹.

Puisque la pauvreté constitue la principale menace à la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), investir dans des emplois de qualité, c'est investir directement dans la prévention et la promotion de la santé.

En ce qui concerne les AVD, la CSQ considère qu'il s'agit des seules activités d'aide pour lesquelles une contribution de la part des usagères et usagers pourrait être requise. La question devient alors : quelle devrait être la proportion de cette contribution par rapport au financement public et quels sont les paramètres qui devraient guider la hauteur de cette contribution ?

Il existe de bonnes raisons pour que la collectivité contribue à financer publiquement les services d'aide aux AVD. Par exemple, l'OCDE mentionne que la fourniture de ces services peut « aider à retarder l'institutionnalisation en établissement ou empêcher un individu dépendant dont les besoins de soins sont

⁴⁷ BOIVIN, Louise (2013). *Assurance autonomie - La persistance de la dévalorisation du travail des femmes*,

www.oregand.ca/veille/2013/04/persistence-de-la-devalorisation-du-travail-des-femmes.html.

⁴⁸ Annexe 1 : Tableaux du profil du personnel des EESAD - Taux de roulement moyen en 2009, www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/grands_dossiers/econ.

⁴⁹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2011). *L'égalité entre les femmes et les hommes : une quête inachevée* (janvier).

relativement élevés de s'orienter vers des structures de soins plus onéreuses⁵⁰ ». En conséquence, si nous acceptons le principe d'une contribution des usagères et usagers aux services d'aide aux AVD, elle ne devrait pas dépasser (en proportion) ce qui est actuellement assumé par les citoyennes et citoyens.

Par ailleurs, il nous apparaît fondamental que la contribution requise des usagères et usagers pour les services d'aide aux AVD soit modulée en fonction de leur capacité de payer. Pour des raisons d'équité, le manque de ressources de certains bénéficiaires ne devrait en aucun cas les empêcher de recevoir les services leur permettant de maintenir leur autonomie.

Allocation de soutien à l'autonomie

L'un des éléments centraux du régime d'assurance autonomie proposé par le MSSS est l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA). Elle représente « la part assumée par l'assurance autonomie⁵¹ ». L'ASA serait attribuée « sous forme d'heures de services ou d'une allocation financière⁵² ».

Nous comprenons de l'ASA qu'elle représente ce qu'une citoyenne ou un citoyen a le droit de recevoir en soins ou en services d'aide en vertu du régime d'assurance (ou du programme). Compte tenu de notre position concernant la prestation publique des soins et des services professionnels de base, ainsi que des services d'assistance aux AVQ, nous sommes d'avis que l'octroi d'une ASA ne devrait être possible qu'en nature par le réseau public de santé, pour ces deux catégories de services.

Quant aux services d'aide aux AVD, la CSQ considère également que l'allocation en nature est de loin préférable à l'allocation en espèces. Nous partageons les préoccupations exprimées par le ministre Hébert en 2012 : « Une allocation libre en espèce ouvre la voie au travail au noir et au développement d'un "marché gris"⁵³. »

Ce défaut majeur de l'allocation en espèces explique, par exemple, le choix qu'a fait le Japon :

Le souhait de ne pas enfermer les femmes dans un rôle d'aidante a été à l'origine de la mise en place du système japonais de prise en charge de la

⁵⁰ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2011). *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, chapitre 9, p. 324.

⁵¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *L'autonomie pour tous*, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 24.

⁵² QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *L'autonomie pour tous*, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 24.

⁵³ HÉBERT, Réjean (2012). « L'assurance autonomie : une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement », *La Revue canadienne du vieillissement*, p. 8.

dépendance et du choix d'offrir uniquement des prestations en nature (c'est-à-dire des services⁵⁴).

Aussi, dans le cas des services d'aide aux AVD, il apparaît primordial que cette allocation en heures de services soit fournie par des prestataires reconnus par le ministère. À cet égard, il nous semble que, dans certains cas, les proches du bénéficiaire pourraient être les mieux placés pour fournir ces services d'aide. Il y aurait donc lieu d'envisager, dans certains cas particuliers, la possibilité de reconnaître un ou des proches comme prestataires.

La CSQ recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- De garantir la prestation publique des soins professionnels de base et des services d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ), afin d'assurer la sécurité, le respect de la dignité et la qualité des soins, quel que soit le lieu d'hébergement ;
- De reconnaître que les AVQ font partie du continuum de soins et d'intégrer le personnel qualifié dispensant ces services dans les équipes multidisciplinaires de soins ;
- D'investir suffisamment pour la création d'emplois stables et de qualité pour l'aide aux activités de la vie domestique (AVD) ;
- De verser l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA) sous forme d'heures de services ou d'adaptation du domicile et des équipements requis. Pour les soins et les services professionnels de base et les services d'assistance aux AVQ, ces heures allouées de soins et de services seraient fournies exclusivement par le réseau public de santé et, dans le cas des services d'aide aux AVD, par des prestataires reconnus par le MSSS, au choix du bénéficiaire.

4. Le financement des soins à domicile et de longue durée

Pour financer la couverture des services de soins à domicile et de longue durée par le biais de la caisse consacrée, le livre blanc propose une solution en deux temps. Pour les quatre premières années, la caisse serait alimentée principalement par le Fonds consolidé avec « le montant annuel des services de longue durée⁵⁵ », à quoi seraient notamment ajouté les 500 millions annoncés pour le soutien à domicile

⁵⁴ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2011). *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, chapitre 7, p. 290.

⁵⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *L'autonomie pour tous*, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 24.

dans le dernier budget et la « contribution de l'utilisateur qui correspond à la partie non remboursée du crédit d'impôt pour maintien à domicile⁵⁶ ».

À compter de l'année 2017-2018, le livre blanc énonce qu'un « financement additionnel doit être envisagé afin de tenir compte du vieillissement de la population et de la volonté de maintenir la couverture de services ou encore de l'étendre⁵⁷ ». Le livre blanc laisse ouverte à la discussion la question des sources de financement à long terme.

Avant d'étudier la question des sources de financement, il convient de dire un mot sur les prévisions de coûts avancées dans le livre blanc. Faire des prévisions à long terme est un exercice difficile. Si, comme l'expose le livre blanc, les paramètres influant sur les coûts d'un nouveau programme de soutien à l'autonomie sont relativement simples à identifier⁵⁸, prévoir leur évolution sur une longue période est beaucoup plus complexe. À cet égard, le document ministériel donne malheureusement bien peu de détails sur les hypothèses qui sous-tendent les prévisions de coûts du statu quo et du nouveau régime proposé.

Malgré ces incertitudes sur les coûts réels futurs liés à la prise en charge publique des soins à domicile et de longue durée, la CSQ convient que des ressources additionnelles devront y être consacrées. En fait, nous pourrions mentionner que c'est l'ensemble du réseau public de santé québécois qui aurait besoin d'un rattrapage sur le plan du financement. Depuis plusieurs années, la CSQ souligne le retard du Québec concernant les dépenses de santé par habitant du secteur public. Le tableau 1 présente les données pour l'ensemble des provinces canadiennes, et l'on remarque en effet que le Québec accuse un retard de 356 dollars par habitant par rapport aux autres provinces canadiennes. Pour l'ensemble du Québec, ce retard équivaut à plus de 2,8 milliards de dollars qu'il faudrait réinvestir dans le réseau public de santé pour atteindre la moyenne canadienne de dépenses par habitant.

⁵⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 29.

⁵⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf, p. 29.

⁵⁸ Ces paramètres incluent les projections démographiques, le « taux de survenance » de la dépendance, les coûts liés à cette dépendance, etc.

Tableau 1 : Dépenses de santé du secteur public par habitant, 2012p

Provinces	Dépenses par habitant, en dollars
Terre-Neuve-et-Labrador	5 399
Île-du-Prince-Édouard	4 663
Nouvelle-Écosse	4 463
Nouveau-Brunswick	4 377
Québec	3 792
Ontario	3 963
Manitoba	4 816
Saskatchewan	4 952
Alberta	4 896
Colombie-Britannique	3 937
Yukon	6 920
Territoires du Nord-Ouest	8 405
Nunavut	12 427
Canada	4 148

Source : Institut canadien d'information sur la santé (2012), Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012, p. 46. p : prévisions.

Si nous posons notre regard plus spécifiquement sur les dépenses publiques en soins et services à domicile, le portrait est similaire. Les plus récentes données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à ce sujet datent de 2003-2004. Elles situaient le Québec à l'avant-dernier rang des provinces canadiennes en matière de financement public par habitant en soins à domicile, soit 91,66 \$, comparativement à la moyenne canadienne de 105,29 \$. L'ajout de ressources pour les soins à domicile prévu au budget 2013-2014 du gouvernement du Québec a vraisemblablement réduit un peu cet écart sans toutefois le résorber entièrement.

Notre proposition de créer un nouveau programme de soutien à l'autonomie plutôt qu'un nouveau régime d'assurance distinct requerra assurément l'ajout de nouvelles ressources financières. La CSQ réclame d'ailleurs depuis longtemps une hausse du financement des soins et services à domicile. En conséquence, nous désirons présenter notre point de vue sur les sources de financement qui, selon nous, seraient les plus appropriées pour financer ce programme et les services qui seraient offerts à la population québécoise.

Mentionnons d'entrée de jeu que la CSQ est plutôt favorable à ce qui est proposé dans le livre blanc pour les quatre premières années. Dans la première section du présent mémoire, nous avons affirmé que notre préférence porte sur un financement par le biais du fonds consolidé et, à la lecture du livre blanc, nous comprenons que c'est ce qui est majoritairement prévu pour les quatre premières années. Nous saluons d'ailleurs à nouveau la décision du gouvernement d'injecter 500 millions de dollars additionnels pour financer plus adéquatement les soins à domicile. Quant à l'utilisation de « la contribution de l'utilisateur qui correspond à la

partie non remboursée du crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée », cela pose la question de l'avenir du crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne aînée. Le livre blanc souligne que ce crédit d'impôt « pourrait être réexaminé afin d'établir l'opportunité de l'adapter et de réallouer une partie des sommes économisées à la caisse autonomie ». La CSQ ne s'oppose pas à la remise en question de ce crédit d'impôt et à l'utilisation de la dépense fiscale associée pour financer les services de soins à domicile et de longue durée. Il faudra cependant s'assurer que les ménages de la classe moyenne et ceux à faible revenu ne sont pas pénalisés par une telle révision.

En ce qui concerne le financement à long terme, la CSQ a déjà présenté sa position à l'encontre de la création d'une caisse consacrée et propose plutôt que les sommes requises pour les soins à domicile et de longue durée proviennent du fonds consolidé. La question du financement redevient donc une question classique de fiscalité et de finances publiques. À cet égard, la CSQ réitère sa position fondamentale que les services de santé devraient être financés principalement par trois sources : l'impôt sur le revenu, la contribution des employeurs et la contribution fédérale.

L'impôt sur le revenu

C'est d'abord par l'impôt sur le revenu qu'il faut financer les nouveaux investissements en soins à domicile et de longue durée. Alors que bien des commentatrices et commentateurs et des politiciennes et politiciens considèrent les contributions fiscales déjà trop élevées au Québec, la CSQ est d'avis qu'un accroissement des besoins en santé justifie une hausse des contributions fiscales. En effet, avec une société vieillissante, « il n'y a rien de scandaleux à reconnaître que le panier de consommation se déplacera vers les services de santé, et comme ceux-ci sont essentiellement financés sous forme publique, il faudra y injecter davantage de ressources par le biais d'un relèvement des prélèvements fiscaux⁵⁹ ». Ainsi, avec le vieillissement de la population et la prise en charge publique des soins de santé, il est normal d'envisager une réduction de la part des dépenses privées et une hausse de la part des dépenses publiques au sein de notre société.

À notre avis, le recours à l'impôt sur le revenu demeure préférable aux taxes à la consommation. Si ces dernières sont souvent présentées comme ayant moins d'effets négatifs sur l'économie, elles ont aussi le défaut majeur d'être régressives⁶⁰. Or, au Québec comme dans bien des pays, le régime fiscal a perdu en progressivité au cours des dernières décennies. En fait, pour résumer la transformation du régime fiscal québécois depuis 1996, nous pouvons parler d'une

⁵⁹ BEAULNE, Pierre (2008). *Fiscalité et santé : des choix à faire*. Notes pour une communication à l'occasion du 42^e congrès de l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (AREQ), du 2 au 5 juin 2008, p. 4.

⁶⁰ Les taxes à la consommation touchent plus durement les ménages à bas revenus que ceux à hauts revenus, en proportion de leur revenu.

accumulation de baisses d'impôt et de hausses successives des taxes à la consommation. Seules les réformes du Parti québécois pour l'année 2013 dévient de ce scénario général. Le tableau 2 résume les principales modifications fiscales que nous avons connues depuis dix-sept ans⁶¹.

Tableau 2 : Principales modifications fiscales, gouvernement du Québec, 1996-2013

		Impacts financiers annuels estimés au moment de l'annonce
Particuliers		
□ Baisses d'impôt		
1997, 2000, 2001	Diminution de cinq à trois paliers, élimination de la surtaxe, réduction des taux	-2 510 M\$
2005	Majoration du soutien aux enfants	-550 M\$
	Prime au travail	-240 M\$
	Régime unique d'imposition et indexation des paramètres	-220 M\$
2007	Majoration des seuils des différents paliers	-950 M\$
□ Hausses d'impôt		
1998, 2011, 2012	Trois hausses d'un point de % de la TVQ avec majorations du crédit associé	+790 M\$
2010-2012	Contribution santé à montant fixe	+1 000 M\$
2013	Réforme de la contribution santé	-326 M\$
	Quatrième palier (1,75 %)	+326 M\$
□ Autres mesures		-440 M\$
Total		-3 100 M\$
Entreprises		
□ Baisses d'impôt		
2004-2011	Abolition de la taxe sur le capital	-1 500 M\$
□ Hausses d'impôt		
2005	Taux d'imposition des grandes sociétés de 8,9 % à 11,9 %	+170 M\$
2010	Taxe compensatoire des institutions financières	+110 M\$
□ Autres mesures		-280 M\$
Total		-1 500 M\$
Impact financier global selon les estimations budgétaires		-4 600 M\$

Source : Ministère des Finances et de l'Économie du Québec. Documents budgétaires de 1996 à 2013. Analyses et calculs par François Servant-Millette.

⁶¹ Pour une analyse plus détaillée, consulter le document *Analyse de la conjoncture économique*, déposé lors du Conseil général de la CSQ tenu les 22, 23 et 24 mai 2013, A1213-CG-058.

La transition de l'impôt sur le revenu vers les taxes à la consommation s'observe clairement au tableau 3. On remarque qu'en 1996, les revenus des taxes à la consommation ne représentaient que 23 % des revenus autonomes du Québec. Cette part est actuellement estimée à près de 30 %. Quant aux impôts sur le revenu des particuliers dans la caisse du gouvernement, ils sont passés de 42 % à 36 %.

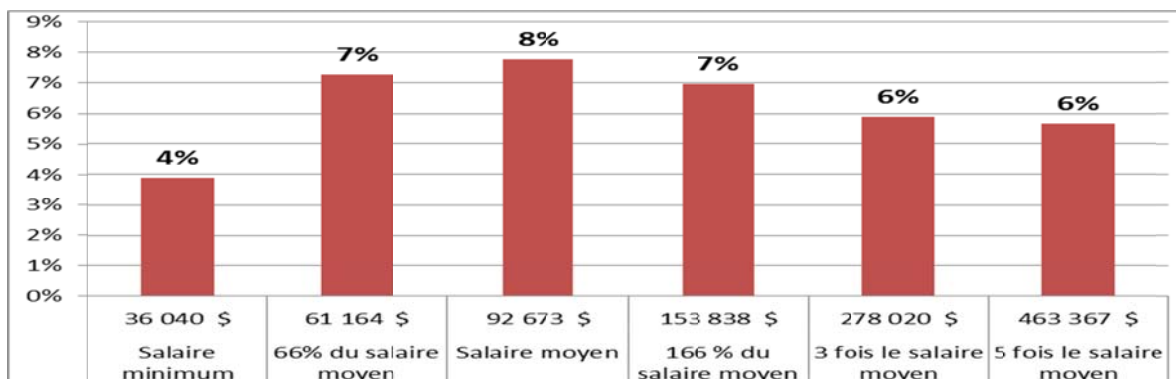
Tableau 3 : Importance des impôts sur le revenu et des taxes à la consommation comme source de revenus autonome du gouvernement du Québec, 1996 et 2013 (en pourcentage)

Sources de revenus autonomes	% des revenus autonomes	
	Budget 1996-1997	Budget 2013-2014
Impôts sur le revenu des particuliers	42 %	36 %
Taxes à la consommation	23 %	30 %

Source : Ministère des Finances et de l'Économie du Québec. Documents budgétaires.

Bien qu'au global les taxes à la consommation n'aient augmenté que d'un point de pourcentage depuis 1996 (réduction de deux points de la taxe sur les produits et services [TPS] et augmentation de trois points de la taxe de vente du Québec [TVQ]), on peut sentir une volonté, tant du côté du ministère des Finances et de l'Économie du Québec que chez plusieurs analystes, de poursuivre dans cette direction. Pourtant, comme le montre le graphique 1, malgré le crédit de TPS, le crédit de solidarité et la détaxation de certains produits, ce sont les contribuables de la classe moyenne qui subissent le plus lourdement le poids des taxes à la consommation. Ces crédits et cette détaxation garantissent une très forte progressivité dans le bas de l'échelle, mais ont un effet nul au-delà du salaire moyen.

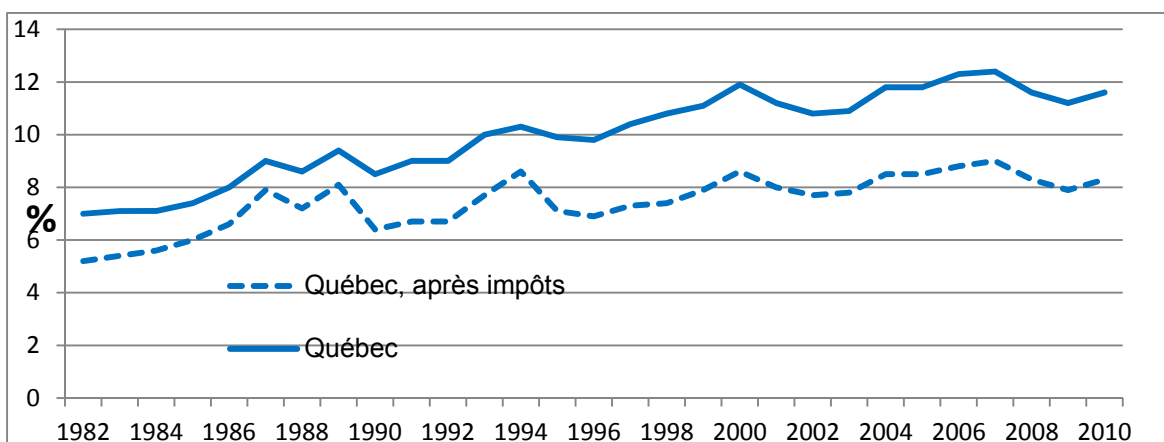
Graphique 1 : Part du revenu brut consacrée aux taxes générales (TPS et TVQ), nette des crédits remboursables, pour un couple avec deux enfants, selon le niveau de revenus 2013 (pourcentage)



Source : BOUCHARD-BOULIANNE, Érik et Pierre-Antoine Harvey (2013). *Analyse de la conjoncture économique*, présentée lors du Conseil général de la CSQ tenu les 22, 23 et 24 mai 2013, A-1213-CG-058, p. 21, calcul des auteurs.

Il ressort de cette courte analyse que le régime fiscal québécois a perdu en progressivité depuis une vingtaine d'années. Or, ce recul survient de façon concomitante avec une importante hausse des inégalités de revenus. Ainsi, depuis le début des années 1980 au Québec, la part des revenus du marché que le 1 % des plus riches accapare est passée de 7 % des revenus globaux à 11,6 %. Aussi, le régime fiscal n'aura pas réussi à renverser cette tendance. Le graphique 2 montre que, même après les impôts et les transferts, l'élite économique québécoise accapare tout de même 8,3 % des revenus disponibles. Cette part a augmenté de 54 % depuis une trentaine d'années.

Graphique 2 : Évolution de la part de revenus obtenue par le 1 % le plus riche avant et après impôts au Québec, entre 1982 et 2010



Source : STATISTIQUE CANADA. Tableau Cansim 204-0002.

Pour toutes ces raisons, la CSQ est d'avis que le virage vers les soins à domicile et de longue durée devrait être financé par l'impôt sur le revenu, avec un effort particulier demandé aux hauts revenus qui ont largement profité de l'évolution de l'économie au cours des deux dernières décennies.

Les contributions des entreprises au Fonds des services de santé

Aussi, selon la CSQ, il y aurait lieu de :

Considérer l'idée d'une majoration de la cotisation des entreprises au Fonds des services de santé (FSS), puisque celles-ci jouissent d'avantages comparatifs importants vis-à-vis de leurs concurrents américains, du fait de la prise en charge collective des soins de santé au Canada. Au moment où la taxe sur le capital est en voie d'être éliminée, une compensation des pertes de

revenus pour l'État s'impose. Une majoration de 0,5 % de la contribution moyenne au FSS rapporterait environ 500 millions⁶².

Les transferts fédéraux

Les transferts fédéraux en santé représentent la troisième source principale de financement des soins de santé. La décision unilatérale du gouvernement fédéral de plafonner la croissance des sommes remises aux provinces en vertu du Transfert canadien en matière de santé (TCS), sur le plan de la croissance du produit intérieur brut (PIB) nominal du Canada, est tout simplement inacceptable. Le ministère des Finances et de l'Économie du Québec évalue que « pour la période de 2017-2018 à 2024-2025, la baisse de la croissance du TCS entrainera pour le Québec des pertes substantielles évaluées à 792 millions de dollars en moyenne par année, pour un total de 6,3 milliards de dollars⁶³ ».

Les chiffres présentés ci-dessus illustrent le fait que toute discussion sur le financement d'un régime ou d'un programme public de soins à domicile et de longue durée ne peut se faire en passant sous silence ce problème concernant le TCS. Le gouvernement du Québec doit absolument poursuivre ses efforts et continuer à réclamer du gouvernement fédéral la prolongation de ses engagements de financement de la santé après l'année 2016-2017.

Finalement, toute cette réflexion sur les façons de financer le virage vers les soins à domicile et de longue durée démontre, une fois de plus, l'urgence de tenir un grand débat sur les moyens de financer équitablement et adéquatement les services publics.

Depuis les années 1960, le Québec a fait le choix d'offrir à sa population une gamme étendue de services publics et de programmes sociaux. Ce choix judicieux a généré, et génère toujours, de nombreux bienfaits pour la société québécoise. Le Québec est l'une des sociétés les plus performantes sur le continent en matière d'inégalité de revenus, de santé publique et de taux de criminalité. Pourtant, les choix fiscaux des quinze dernières années ont fragilisé ces services et ces programmes. Nous croyons donc qu'il est temps que le Québec débattenne ouvertement des moyens de financer ces derniers adéquatement et équitablement, car ils sont l'un des piliers de notre qualité de vie.

La CSQ recommande au gouvernement :

⁶² BEAULNE, Pierre (2008). *Fiscalité et santé : des choix à faire*. Notes pour une communication à l'occasion du 42^e congrès de l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (AREQ), du 2 au 5 juin 2008, p. 4.

⁶³ QUÉBEC, MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE (2013). Budget 2013-2014, *Plan budgétaire*, p. E.24.

- De hausser le financement en soins à domicile et de longue durée par les moyens suivants :
 - Un rehaussement de l'impôt sur le revenu visant en premier lieu les contribuables à haut revenu,
 - Une majoration de la contribution moyenne des entreprises au FSS de 0,5 %,
 - Un appel au gouvernement fédéral à maintenir à 6 % la progression annuelle du TCS après 2016-2017 ;
- De tenir un grand sommet sur la fiscalité afin d'étudier les moyens de financer équitablement et adéquatement les services publics au cours des prochaines années.

Conclusion

Le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie propose un nouveau modèle de soins qui devrait permettre aux personnes qui le souhaitent de pouvoir vieillir chez elles et de recevoir des services adaptés à leurs besoins, là où elles ont fait le choix de vivre.

La CSQ partage cette préoccupation et reconnaît que la prépondérance de maladies chroniques, qui commande davantage de soins continus et de longue durée, justifie certains changements dans l'organisation et la prestation des services sociosanitaires.

Toutefois, bien que nous appuions le virage vers une plus grande couverture publique des soins à domicile, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de créer un nouveau régime d'assurance distinct et une caisse consacrée pour le faire.

Le modèle proposé semble viser à introduire un nouveau cadre pour l'organisation et la livraison des services de santé qui ferait davantage appel au secteur privé, ce que la CSQ refuse d'emblée ! La sous-traitance dans le secteur public de la santé ayant révélé de nombreux problèmes, bien documentés, tels que les dépassements de coûts importants, et la réduction de l'efficacité et de la qualité des services.

La CSQ considère essentiel de préserver, dans le réseau public, l'expertise et les ressources qui nous permettront de mettre en œuvre cette réforme ambitieuse, et de conserver une vision globale des enjeux de santé pour une meilleure prise en compte de l'intérêt collectif. Elle veut ainsi s'assurer que les services et les soins de santé publics demeurent réellement accessibles, équitables et de qualité, partout au Québec.

Nous demandons au gouvernement d'assurer la couverture des soins et des services de soins à domicile et de longue durée par le biais d'un **nouveau**

programme de soutien à l'autonomie géré et financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ainsi, nous lui demandons de renoncer à la création d'un nouveau régime d'assurance autonomie distinct alimenté par une caisse consacrée.

Le virage des soins à domicile constitue l'un des nombreux défis à relever. Il est temps que le Québec débatte ouvertement des moyens de financer adéquatement et équitablement notre système public de santé. Cessons de financer à la pièce nos grandes priorités en santé et redonnons-nous les moyens d'agir !

Selon la CSQ, il est urgent de tenir un grand sommet sur la fiscalité !

Recommandations

La CSQ recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

1. D'assurer la couverture des services de soins à domicile et de longue durée par le biais d'un nouveau programme de soutien à l'autonomie géré et financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux ;
2. De renoncer à la création d'un nouveau régime d'assurance autonomie distinct alimenté par une caisse consacrée ;
3. D'assurer une offre de services publics adéquate afin de permettre la mise en place d'un continuum de soins de qualité dans toutes les régions du Québec et que la réalité des régions soit prise en compte dans la budgétisation des soins ;

En conséquence, le ministère doit :

- 3.1 Assurer la stabilité et la complémentarité des équipes multidisciplinaires pour la mise en œuvre efficiente des plans de services individualisés (PSI) compte tenu de la complexité des réalités multiples et de la volonté d'assurer une intégration efficiente des services dans le continuum de soins,
- 3.2 Impliquer les différentes catégories de professionnelles et professionnels de la santé concernées (intervenantes et intervenants) dans les travaux visant la préparation des scénarios d'organisation, le développement des compétences cliniques, la mise en œuvre des processus d'appréciation et de reconnaissance de la qualité ;
4. De développer, dans le réseau public, une offre diversifiée de mesures résidentielles et de modèles d'hébergement répondant à la diversité des besoins sur le plan de la santé et du bien-être, et s'adaptant aux besoins évolutifs des personnes qui ne peuvent demeurer dans leur domicile ;

5. De définir et de reconnaître officiellement l'importance des déterminants du soutien à domicile ;
6. De garantir la prestation publique et gratuite des soins professionnels de base et des services d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ), afin d'assurer la sécurité, le respect de la dignité et la qualité des soins, quel que soit le lieu d'hébergement ;
7. De reconnaître que les AVQ font partie du continuum de soins et d'intégrer le personnel qualifié dispensant ces services dans les équipes multidisciplinaires de soins ;
8. D'investir suffisamment pour la création d'emplois stables et de qualité pour l'aide aux activités de la vie domestique (AVD) ;
9. De verser l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA) sous forme d'heures de services ou d'adaptation du domicile et des équipements requis. Pour les soins et les services professionnels de base et les services d'assistance aux AVQ, ces heures allouées de soins et de services seraient fournies exclusivement par le réseau public de santé et, dans le cas des services d'aide aux AVD, par des prestataires reconnus par le MSSS, au choix du bénéficiaire ;
10. De hausser le financement en soins à domicile et de longue durée par les moyens suivants :
 - 10.1. Un rehaussement de l'impôt sur le revenu visant en premier lieu les contribuables à haut revenu,
 - 10.2. Une majoration de la contribution moyenne des entreprises au FSS de 0,5 %,
 - 10.3. Un appel au gouvernement fédéral à maintenir à 6 % la progression annuelle du TCS après 2016-2017 ;
11. De tenir un grand sommet sur la fiscalité afin d'étudier les moyens de financer équitablement et adéquatement les services publics au cours des prochaines années.

