

**Financement adéquat du système de
santé québécois :
Cette fois-ci doit être la bonne**

Mémoire présenté au

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

PAR

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE

D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Montréal, le 9 octobre 2007

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2007

505, boul. De Maisonneuve Ouest
Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : (514) 842-4861
Site Web : <http://www.aqesss.qc.ca>

Dépôt légal – 3^e trimestre 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 978-2-89636-054-3

Ce document est disponible gratuitement sur le site www.aqesss.qc.ca.
La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention
de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS)

Au printemps 2005, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) naissait de la fusion de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. La nouvelle organisation est ainsi devenue le porte-parole de quelque 140 établissements membres.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir les établissements membres dans l'exercice de leurs missions afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux pour la population du Québec.

L'Association offre une gamme de services collectifs et individuels à l'ensemble de ses membres et contribue au développement des réseaux intégrés de services dans une perspective populationnelle.

CETTE FOIS-CI DOIT ETRE LA BONNE

La conjoncture semble propice à ce que la longue réflexion sur le financement du système de santé et de services sociaux québécois débouche sur des orientations claires auxquelles, cette fois, les décideurs sauront donner suite. Après les espoirs suscités au fil des ans par d'autres travaux — du rapport Arpin de 1998 au rapport Ménard de 2006, en passant par le rapport Bédard de 2001 et la Commission Clair de 2002... —, les administrateurs et les gestionnaires des 140 établissements de santé et de services sociaux qui forment l'AQESSS ont en effet un besoin urgent d'une véritable *politique de financement*. Cette politique ne devra pas seulement dégager de « nouvelles avenues de financement », mais proposer également une nouvelle façon de *gérer* les ressources financières disponibles et de les *dépenser* avec le plus d'efficacité possible. C'est en effet en innovant sur ces trois plans qu'on donnera aux établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux la capacité d'assurer à la population l'accès à des services de qualité calqués sur ses besoins.

Le financement est un moyen. Absolument névralgique, mais néanmoins un moyen. Celui-ci sera *adéquat* s'il réussit à atteindre deux finalités essentielles :

1) Permettre à tout citoyen, quel que soit son revenu, son âge, sa région, son milieu de vie, ses problèmes de santé ou ses difficultés psychosociales, d'avoir un accès équitable, dans un délai raisonnable, aux services pertinents et de qualité requis par sa situation.

2) Garantir le développement et la pérennité d'une organisation capable d'assurer à la population cet accès équitable, ce qui implique le maintien d'un secteur public dynamique comme assise fondamentale et comme moteur du système de santé et de services sociaux.

**La réflexion
sur le financement
doit tenir compte
du but que l'on vise :
un accès équitable
à des services de qualité
pour toute la population.**

Proposer, débattre, décider... et agir

Les propositions qui seront mise de l'avant par le Groupe de travail devront s'inscrire à l'intérieur des grandes valeurs de protection solidaire, d'universalité et d'équité qui fondent le système actuel de santé et de services sociaux et rallient encore la majorité des citoyens.

Les administrateurs, les gestionnaires et le personnel des établissements de l'AQESSS sont bien placés pour évaluer l'urgence de ces questions. Beaucoup plus vite que les citoyens ne semblent parfois le croire — nous n'aurons plus les moyens de maintenir les services tels qu'ils sont présentement, que ce soit sur le plan de l'accès ou de la qualité. La réforme récente de la gouverne des établissements et de l'organisation des services a ouvert des perspectives prometteuses en matière d'efficacité et d'efficience. Nous avons besoin, *maintenant*, de nouvelles ressources et de nouvelles façons de les utiliser pour intensifier les effets de cette réforme et aller plus loin.

**On peut rénover
le financement
et la gestion du système
en préservant ses assises,
mais on ne peut
préserver ces assises
sans rénover le
financement et la gestion
du système.**

Table des matières

CETTE FOIS-CI DOIT ETRE LA BONNE	V
1. DÉFINIR LA GAMME DES SERVICES FINANCÉS PAR LES FONDS PUBLICS.....	1
2. AMÉLIORER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME	5
2.1 LA PERFORMANCE CLINIQUE COMME FINALITÉ	5
2.2 UN TRAVAIL QUI DONNE DÉJÀ DES RÉSULTATS.....	6
2.3 LA PERFORMANCE CLINIQUE : LES CONDITIONS POUR ALLER PLUS LOIN.....	8
2.3.1 Continuer à réduire les coûts évitables	8
2.3.2 Poursuivre une approche intégrée des services	9
2.3.3 Mettre les prestataires de services dans le coup.....	12
2.4 CE QUE LE SECTEUR PRIVÉ PEUT APPORTER À LA PRODUCTION OU À LA PRESTATION DES SERVICES	15
2.4.1 Une présence déjà significative	16
2.4.2 Un partenariat qui peut s'intensifier à certaines conditions.....	18
2.5 UN CAPITAL HUMAIN À PROTÉGER	20
2.6 FINANCEMENT ET GOUVERNANCE : DEUX DIMENSIONS INDISSOCIABLES.....	21
2.6.1 Une politique de financement devenue incontournable	21
2.6.2 De nouvelles modalités d'allocation des ressources	22
2.6.3 Assurer la transparence et le suivi : le compte santé et services sociaux	23
2.6.4 Un partage clair et efficient des responsabilités et des rôles	25
3. AGIR SUR LES RECETTES	27
3.1 GARDER L'OUTIL FISCAL À PORTÉE DE MAIN	27
3.2 FAVORISER LA CROISSANCE DES REVENUS AUTONOME DES ÉTABLISSEMENTS	28
3.3 DE NOUVELLES CONTRIBUTIONS DIRECTES DES USAGERS	29
3.4 L'ASSURANCE AUTONOMIE, POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME .	31
DES DÉCISIONS ET DES GESTES. TOUT DE SUITE.	34

1. DÉFINIR LA GAMME DES SERVICES FINANCÉS PAR LES FONDS PUBLICS

LA GAMME DES SERVICES FINANCÉS PAR LES FONDS PUBLICS, À CAUSE MÊME DE SON IMPACT DÉCISIF SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, EST NÉCESSAIREMENT AU CŒUR DE TOUTE RÉFLEXION SUR LE FINANCEMENT DE CES DÉPENSES. SON RÉEXAMEN, DE MANIÈRE RIGOREUSE ET NON DOGMATIQUE, DOIT DONC EN ÊTRE LE POINT DE DÉPART.

Par « gamme des services financés par les fonds publics », nous entendons essentiellement trois catégories de services :

- 1) Les *services de santé assurés* au sens de la *Loi canadienne sur la santé* (services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire médicalement requis); ces services ne peuvent faire l'objet d'aucune tarification.
- 2) Certains *services complémentaires* de santé, au sens de cette même loi (par exemple, les soins en établissement pour adultes (CHSLD), les soins à domicile ou les soins ambulatoires); ces services, rappelons-le, peuvent faire l'objet d'une tarification entière ou partielle.
- 3) D'autres services de santé et services sociaux défrayés par l'État québécois, sous réserve de la disponibilité des ressources et de l'organisation des services.

On sait que le versement de la contribution financière du gouvernement canadien est soumis à un ensemble de conditions que les provinces doivent respecter. Parmi ces conditions, mentionnons la gestion publique du régime, son intégralité, son universalité, sa transférabilité et son accessibilité. On sait également que ces conditions sont régulièrement remises en cause, la dernière en date, l'arrêt Chaoulli¹, s'attaquant à la *gestion publique* du système d'assurance maladie afin de permettre, en parallèle, le développement d'un système d'assurance privée.

Adapter la liste des services assurés aux besoins et aux technologies actuels devra se faire en tenant compte de ces conditions, mais il faudra veiller à ce que cela ne diminue pas le *recours* aux services par les personnes à plus faible revenu, avec, comme conséquence, une

¹ [2005]1 R.C.S. 791, 2005 CSC 35.

détérioration de leur état de santé et, éventuellement, une utilisation plus tardive et plus intensive... des services assurés.

Par ailleurs, la population étant extrêmement attachée aux finalités de protection et d'équité qui sous-tendent le système actuel, il faudrait la convaincre que ces valeurs sont préservées par toute solution de rechange mise de l'avant, tout en lui rappelant qu'elle a aussi sa part de responsabilités à assumer en ce qui concerne la consommation des services et le maintien de sa propre santé.

Cela étant posé, il nous semble que le temps est venu non pas, à priori, de réduire la gamme des services financés par les fonds publics, mais bien d'en réexaminer la nature et l'étendue. Nous sommes bien conscients qu'il s'agit là, sur le plan politique, d'un exercice périlleux. C'est néanmoins le travail qui s'impose maintenant à la société québécoise — décideurs et citoyens — si elle veut que ce « panier » collectif de services financés par ses impôts et ses taxes devienne l'outil pertinent, efficace, adapté et équitable qu'il devrait être, et qu'il pourrait être.

Un outil à recalibrer

La gamme des services défrayés par les fonds publics est dynamique et évolutive. Ainsi, les services hospitaliers et médicalement requis se modifient constamment sous l'influence des découvertes scientifiques, des nouveaux modes de pratique, des avancées technologiques ou de la mise au point de nouveaux médicaments. Par ailleurs, les services qui relèvent de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec font régulièrement l'objet de retouches qui ne sont pas toujours dictées par des motifs essentiellement cliniques ou par une réflexion d'ensemble.

La gamme de services financés par les fonds publics produit plusieurs fausses notes en matière d'équité; elle n'est plus en harmonie avec les nouveaux besoins ou l'évolution technologique.

Ce n'est pas d'abord par souci d'économie qu'on doit la revoir, mais parce qu'elle est un outil indispensable, dont il faut préserver le mordant.

- Certains examens ou certaines analyses de laboratoire (échographie, imagerie par résonance magnétique, tomographie axiale commandée par ordinateur) ne sont couverts par l'assurance publique que lorsqu'ils sont effectués en milieu hospitalier.

Pour éviter la « file d'attente » qui s'étire parfois sur plusieurs mois, les usagers qui en ont les moyens ou qui bénéficient d'une assurance recourent aux fournisseurs privés, ce qui leur permet d'obtenir par la suite un diagnostic et, éventuellement, une intervention plus rapides.

- Malgré les efforts consentis par le réseau au cours des dernières années les services de maintien à domicile laissent voir des écarts importants entre les régions — et même entre les divers territoires d'une même région — quant à la nature des services offerts et l'intensité avec laquelle ils sont offerts.
- Malgré le caractère universel du régime d'assurance médicaments, les personnes hébergées et les usagers hospitalisés ne paient pas la franchise pour leurs médicaments « médicalement requis », alors que les autres usagers, même quand ils reçoivent des soins à domicile, doivent en général la payer.

Par ailleurs, l'offre de services fournis « sous réserve de la disponibilité des ressources et de l'organisation des services » est pour le moins élastique. Cette élasticité est directement liée à la manière dont cette offre de services, qui relève de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est appliquée. Ainsi, le ministère définit une offre théorique et idéale de services pour une clientèle donnée. Mais, faute de ressources suffisantes, chaque établissement, faisant ce qu'il peut avec l'argent qu'il a, doit lui-même faire des choix et restreindre soit la gamme des services offerts, soit l'accès à ces services, soit l'intensité avec lequel ils sont fournis. Résultat : une grande disparité et des risques réels d'iniquité.

- Ainsi, la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 précise que tous les « services hospitaliers médicalement nécessaires [...] y compris l'hébergement et les repas » sont assimilés à des *services de santé assurés*, alors qu'elle place dans la catégorie des *services complémentaires* (donc susceptibles d'une tarification) des services comme les *soins à domicile* et les *soins ambulatoires*. Ces critères sont-ils toujours pertinents et d'actualité? Tiennent-ils compte adéquatement de l'évolution des modes de pratique et des lieux de dispensation des soins? Ne nuisent-ils pas à une organisation des services plus efficiente, tant du point de vue clinique que du point de vue économique?
- Dans une perspective d'équité, peut-on tolérer les différences sensibles qui existent entre les différents régimes publics d'assurance (celui de la CSST, notamment), en ce qui a trait à la gamme des services assurés et aux modalités pour y avoir accès?



Afin que la gamme de services financés par les fonds publics conserve toute son efficacité et continue de favoriser un traitement équitable des citoyens, l'AQESSS propose d'explorer en priorité les avenues suivantes :

- ☞ Réexaminer avec rigueur et sans dogmatisme les cadres législatifs et réglementaires canadien et québécois régissant la gamme des services financés par l'État. Ce réexamen devra préserver les principes qui assurent qu'aucun citoyen ne sera privé, à cause de sa situation économique, de son âge ou de son milieu de vie, des services requis par son état de santé et de bien-être. Il devra également revoir les dispositions qui régissent les modalités d'accès aux services et les lieux de prestation de services de manière à permettre une organisation et une prestation des services plus souples et plus efficaces.
- ☞ Confier à un organisme autonome, « au-dessus de la mêlée », regroupant différentes expertises (scientifiques, cliniques, techniques, économiques et éthiques), le mandat et les moyens d'examiner et d'évaluer cette gamme de services afin de faire des propositions d'actualisation précises aux gouvernements, responsables en dernière instance des décisions relatives aux services financés par l'État.
- ☞ De manière plus spécifique au contexte québécois, au lieu de proposer une offre de services très large, mais théorique et inapplicable, il faut définir et garantir les services qui sont accessibles sans frais sur tout le territoire à toute clientèle pour qui ils sont conçus, et les faire connaître.

2. AMÉLIORER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME

LA SAGESSE POPULAIRE AFFIRME QUE LE MEILLEUR MOYEN D'AVOIR DE L'ARGENT DANS SES POCHEs EST BIEN SÛR DE S'ASSURER QU'IL Y EN ENTRE, MAIS SURTOUT DE FAIRE EN SORTE QU'IL NE S'EN ÉCHAPPE PAS. DANS CET ESPRIT, UN EXAMEN DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX NE PEUT SE LIMITER À CHERCHER DES REVENUS ADDITIONNELS, IL DOIT AVANT TOUT IDENTIFIER DES MOYENS D'ÉCONOMISER DAVANTAGE, AUTREMENT DIT D'EN AVOIR PLUS POUR SON ARGENT.

2.1 LA PERFORMANCE CLINIQUE COMME FINALITÉ

Au cours des dernières années, plusieurs pays occidentaux ont pris des mesures pour accroître l'efficacité de leur système de santé. Le Québec doit s'inscrire dans cette démarche pour réduire les coûts de production des services et accroître l'efficacité dans l'administration des établissements de santé et de services sociaux. Ces efforts devront se conjuguer à ceux consentis pour accroître la pertinence et la qualité des gestes cliniques.

Il ne s'agit pas seulement de réduire les coûts, mais de faire en sorte que les gains d'efficacité et d'efficacité contribuent à une meilleure réponse clinique aux besoins des usagers.

On peut parvenir à cette meilleure performance clinique en organisant, en gérant et en fournissant les services non seulement à moindre coût, mais de façon à ce que l'utilisateur reçoive le service approprié, au moment approprié, par le professionnel et l'établissement appropriés, outillés de manière appropriée.

Cette approche systémique de la performance clinique s'intéresse donc autant aux processus de production des services qu'aux résultats, autant à l'utilisation des ressources ou à l'organisation des services qu'à la prise des décisions.

De manière plus précise :

- Elle a comme souci que le service soit pertinent, de qualité, sécuritaire et fondé sur des procédures et des pratiques éprouvées, ce qui suppose, notamment, que cette qualité soit évaluée et que ces pratiques éprouvées soient connues et encouragées par des mesures concrètes.

- Elle voit à ce que chaque professionnel soit utilisé au meilleur de sa compétence, à l'endroit et au moment où son intervention aura le plus d'impact, ce qui suppose la levée des obstacles corporatistes et une plus grande souplesse dans l'organisation des tâches professionnelles.
- Elle voit à ce que l'utilisateur ait accès aux services pertinents dans des délais raisonnables, ce qui suppose des portes d'accès au réseau précises, une hiérarchisation nette des services, une information complète et fluide, une orientation efficace de l'utilisateur dans des corridors de services bien balisés qui favoriseront son accès rapide aux services requis.

2.2 UN TRAVAIL QUI DONNE DÉJÀ DES RÉSULTATS

Les établissements de l'AQESSS ont entrepris depuis plusieurs années de s'attaquer aux facteurs de différents ordres qui entraînaient des coûts évitables ou qui faisaient obstacle à un meilleur rendement. Par exemple, les services de soutien (buanderie, alimentation, services administratifs, etc.) ont fait régulièrement l'objet de rationalisations et de restructurations, que ce soit par le biais des différents plans de *modernisation*, de *qualité totale* ou de *réingénierie* mis de l'avant par le ministère. Par ailleurs, de façon à prendre les mesures les mieux adaptées à leur situation, les établissements se sont dotés d'outils qui leur permettent maintenant de comparer, dans différents secteurs d'activités, leur performance clinique et financière à celle d'autres établissements.

Des mesures comme celles-là ont été appliquées dans un contexte de restriction budgétaire et au moment où le réseau québécois s'engageait à son tour dans le virage vers les services ambulatoires. Elles ont néanmoins permis aux établissements d'enregistrer des gains importants sur le plan clinique comme sur celui de la productivité et du contrôle des coûts.

En voici quelques exemples :

- Au Québec, en 2005, il y a eu 645 000 hospitalisations pour des soins de courte durée, une diminution de près de 14 % par rapport à 1995. Cette diminution a été de 13 % dans l'ensemble du Canada et en Ontario.
- Par ailleurs, toujours en 2005, on dénombrait un peu plus de 300 000 chirurgies d'un jour au Québec, une hausse de 10 % depuis 1999, comparable à celles enregistrées dans les autres provinces canadiennes.
- Présentement, le potentiel utilisé de la chirurgie d'un jour affiche une moyenne provinciale supérieure à 90 %, ce qui signifie que très peu de patients sont hospitalisés pour des interventions chirurgicales qui peuvent se faire en chirurgie d'un jour.

- Depuis quelques années, un important réseau de ressources alternatives à l'hébergement (ressources non institutionnelles) s'est installé à l'initiative des établissements et donnent accès aux usagers à près de 13 000 places. Cette nouvelle organisation contribue à une meilleure hiérarchisation des soins. Au lieu de séjourner en CHSLD, de plus en plus d'usagers se retrouvent donc dans des installations où les services offerts sont non seulement moins coûteux, mais surtout plus appropriés aux besoins de ces personnes.

Ces progrès méritent d'être soulignés, entre autres raisons parce qu'ils mettent en relief la compétence qui caractérise de façon générale la gestion des établissements, une compétence qui n'est pas toujours reconnue à sa juste valeur. Il faut en effet se rappeler que les gestionnaires du secteur public ne peuvent pas choisir leur secteur d'activité ou leur clientèle, que la majeure partie des dépenses échappe à leur contrôle, qu'ils doivent composer avec des contraintes externes et internes que seule une complicité étroite avec les professionnels et les syndicats permet de surmonter. Un tel contexte doit entrer en ligne de compte quand on évalue la performance générale des gestionnaires du réseau public de la santé et des services sociaux. Parions que dans d'autres milieux, les gestionnaires qui auraient réussi à faire passer le nombre d'établissements de plus de 900 à moins de 300 auraient sans doute vu leur travail salué par une hausse spectaculaire du prix de l'action de l'entreprise, sans parler de celle des primes au rendement...

En outre, la réorganisation récente des services — mise en place de réseaux locaux de services, regroupement des services sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux (CSSS) chargés de répondre aux besoins de la population d'un territoire précis, action des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et mise en place de « corridors » entre les niveaux de services — n'a évidemment pas encore produit tous ses bénéfices. Une fois sa vitesse de croisière atteinte, elle contribuera certainement à améliorer encore plus la performance du réseau.

**En dépit
des contraintes
et de conditions
souvent adverses,
les gestionnaires
ont su saisir les leviers
mis à leur disposition
et améliorer
de manière sensible
la performance
des établissements.
Avec des outils
supplémentaires
et une plus grande
marge d'initiative,
ils pourront
encore faire mieux.**

2.3 LA PERFORMANCE CLINIQUE : LES CONDITIONS POUR ALLER PLUS LOIN

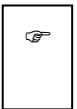
Malgré les progrès accomplis sur le plan administratif, le Québec doit poursuivre ses efforts pour améliorer la performance clinique dans ses établissements, comme le font les sociétés engagées sur la voie d'une meilleure efficience de leur système sociosanitaire. Il persiste encore des lacunes et des déficiences qui entraînent des coûts qui pourraient être évités. Par exemple, des études américaines² ont estimé que des complications, toujours coûteuses et souvent *évitables* :

- surviendraient chez plus de 30 % des patients hospitalisés et chez 25 % des patients qui ont reçu des services ambulatoires;
- augmenteraient de 3,5 à 4 les consultations en service ambulatoire;
- expliqueraient :
 - de 20 à 25 % des admissions à l'hôpital,
 - de 14 à 30 % des durées de séjour,
 - de 24 à 30 % des coûts...

Si l'on se fie à ces études et aux études plus récentes³, il y aurait donc encore place pour une amélioration de la performance clinique.

2.3.1 Continuer à réduire les coûts évitables

Parmi les solutions généralement évoquées pour diminuer l'importance de ces coûts évitables, l'AQESSS en retient certaines qui reviennent avec insistance :



Les établissements et les équipes de soins doivent disposer de cibles qui déterminent les résultats cliniques à atteindre, ces résultats étant fondés sur des données probantes et liés directement aux besoins de la population.

² Voir les travaux de D.M. Berwick et al. *National Demonstration Projects on Quality Improvement in Health Care*, Harvard Community Health Plan, 1990.

Voir également : D. Brailer et al. *Complication Risk : A New Measure of Outcome Quality*, Medical Care, 1996.

³ National Committee for Quality Assurance *The State of Health Care Quality 2006*

De manière particulière, pour les patients hospitalisés, on doit préconiser l'atteinte de résultats cliniques précis, établis en fonction de la raison qui a justifié l'hospitalisation d'une personne. Dans cette optique, on devrait déployer systématiquement au Québec une approche d'amélioration continue de la qualité et de la standardisation des pratiques et des processus. Cette approche permettrait de mesurer les performances cliniques et administratives en fonction des résultats cliniques attendus et des coûts de revient attendus.

Tous les systèmes de santé qui ont opté pour une approche d'amélioration continue de la qualité et de standardisation des pratiques et des processus ont connu énormément de succès, non seulement en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité, mais aussi sur le plan des coûts, notamment en diminuant les erreurs (et leurs conséquences) et en rehaussant la pertinence de l'utilisation des ressources.

Pour être en mesure d'implanter ces solutions, il est indispensable de compter sur des systèmes d'information complets, qui rendront possible le croisement des données cliniques et financières. Ces systèmes incluront notamment :

- les données épidémiologiques,
- le registre des personnes devant faire l'objet de soins plus particuliers,
- les informations cliniques concernant ces personnes,
- les informations sur les épisodes de soins,
- les données probantes elles-mêmes (aide à la décision).

L'implantation de ce système d'information et les études nécessaires à obtenir les données probantes ou à évaluer les pratiques éprouvées exigeront l'octroi de nouveaux investissements.

Une nouvelle génération de mesures incitatives, qui permettront aux établissements de réinvestir chez eux les économies réalisées, doit être établie en fonction des cibles à atteindre.

2.3.2 Poursuivre une approche intégrée des services

D'autres gains d'efficacité et d'efficience sont également envisageables quand on met en place des modèles cliniques et des modèles de services mieux adaptés aux nouveaux besoins de la population. Le cas des *maladies chroniques* fournit une illustration éloquentes à la fois de la nécessité et des bénéfices de cette approche.

Phénomène pathologique complexe, la maladie chronique exige une réponse qui conjugue de multiples éléments et pour laquelle notre système de services est très mal adapté. En effet, la plupart des systèmes de santé occidentaux sont encore hautement réactifs, c'est-à-dire conçus essentiellement pour réagir par une approche curative, « après le fait », aux situations d'urgence, aux épisodes aigus de soins ou aux complications de maladies graves. Bien sûr, ces situations devront toujours recevoir le traitement qu'elles exigent. Il n'en reste pas moins que ce modèle convient mal aux besoins des malades chroniques ou de ceux qui risquent de le devenir.

Des données préoccupantes

De multiples facteurs sociaux, scientifiques ou technologiques ont contribué au fait que de plus en plus de gens vivent de plus en plus longtemps ou survivent à des maladies autrefois létales.

Par conséquent, une proportion grandissante de la population (40 %) est maintenant porteuse d'au moins une maladie chronique. On sait de plus que 3 % de ces personnes souffrent d'au moins cinq maladies chroniques.

- Les deux tiers de ces personnes ont moins de 65 ans.
- Plus de 85 % des pertes d'autonomie et d'invalidité sont la conséquence de ces mêmes maladies.
- On estime que plus de 75 % des dépenses en santé sont consacrés à leur traitement.

Par ailleurs on sait que, sur un horizon de trois à cinq ans, 50 % de toutes les journées d'hospitalisation sont utilisées par moins de 3 % de la population⁴.

C'est donc dans une double perspective clinique et économique que la nécessité d'une nouvelle approche s'est imposée pour traiter plus adéquatement et plus efficacement les maladies chroniques, et atténuer leurs conséquences sur l'autonomie des personnes. Le Chronic Care Model⁵ est un exemple parmi d'autres de cette approche intégrée de gestion des maladies chroniques axée davantage sur la prévention et l'initiative que sur la réaction. Il fait appel aux ressources de la communauté et repose sur une meilleure coordination du

⁴ Ces données proviennent des agences de la santé et des services sociaux des régions suivantes : Capitale-Nationale, Laurentides, Chaudière-Appalaches, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Mauricie et Centre du Québec (pour la population du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLSSS) de Trois-Rivières seulement).

⁵ *The Chronic Care Model, Improving Chronic illness care*, A National Program of The Robert Wood Johnson Foundation, 2003.

système de santé, notamment à l'aide d'un soutien à la décision et d'un système d'informations cliniques. Parmi ses fondements : l'interaction constante entre un patient informé, actif et motivé, et une équipe de soins multidisciplinaire, soucieuse de favoriser l'autogestion, par ce patient, de sa situation.

Au Québec, plusieurs éléments sont déjà en place localement pour favoriser une telle approche : les projets cliniques et organisationnels des réseaux locaux de services, les RUIS, les GMF, la rémunération bonifiée pour la prise en charge des clientèles vulnérables par les omnipraticiens pratiquant en cabinet privé et la prise de conscience de plus en plus généralisée des problèmes liés aux maladies chroniques.

Les établissements sont généralement rendus à préparer et à implanter les plans d'action locaux qui permettront de déployer une approche intégrée des services. Pour franchir cette étape, ils doivent compter sur des orientations ministérielles claires et sur la marge de manœuvre nécessaire.

Des expériences à suivre

» Le Centre hospitalier affilié universitaire Maisonneuve-Rosemont mène une expérience sur un nouveau modèle de services pour sa clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques, modérées ou sévères. Ce modèle recourt notamment aux « télésoins », les patients faisant l'objet d'un monitoring à distance, dans le confort de leur domicile. L'expérience montre chez le groupe témoin :

- une diminution du taux d'hospitalisation de 88 %;
- une diminution des journées totales d'hospitalisation de 80 % sur une période de six mois;
- une diminution de nombre de visites à domicile de 58 %;
- une diminution du temps consacré à ces visites de 46 %;
- une augmentation du taux de satisfaction

» Au Saguenay – Lac-Saint-Jean, on a mis en place un programme régional de la Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques. Le but de ce programme est d'offrir à la clientèle atteinte à risque très élevé, la gamme complète de services prévue à la Trajectoire, dans tous les territoires du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il mise sur la réadaptation par un changement de comportement sur le continuum santé-maladie.

Les principes généraux qui sous-tendent les services qui sont offerts sont :

- Organiser les services de 1re ligne au niveau local.
- Favoriser la proximité du lieu de résidence.
- Coordonner les services avec les différents acteurs de 1re ligne du territoire en continuité avec les services

de la clientèle de 90 %.

spécialisés.

- Former des équipes interdisciplinaires.
- Favoriser le continuum avec les activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie, les activités diagnostiques, le traitement et le maintien à domicile.
- Diminuer le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisation.

2.3.3 Mettre les prestataires de services dans le coup

Un même constat découle de tout ce qui précède : que ce soit pour éliminer les coûts évitables, accroître l'efficacité de notre traitement des maladies chroniques ou, plus généralement, assurer une prestation des services plus efficiente, toutes les stratégies envisagées ne pourront réussir que si elles mobilisent l'ensemble des acteurs concernés par la prestation des services, *gestionnaires* tout autant que *cliniciens*. Cette mobilisation suppose, d'une part, un partenariat étroit entre les gestionnaires, les médecins et les autres cliniciens, et d'autre part, des mesures qui encourageront et récompenseront les initiatives de chacun d'eux.

- **Les médecins** exercent des responsabilités et prennent des décisions qui engendrent une part considérable des dépenses de santé. Que ce soit lors du diagnostic, du traitement ou du suivi d'un problème de santé, ce sont eux qui influencent largement l'utilisation des ressources. Malheureusement, les modalités de rémunération actuelles ne favorisent pas toujours l'efficience. Dans certains cas, elles sont même contre-productives.

Par exemple, le mode actuel de rémunération fait en sorte qu'il est financièrement plus avantageux pour un médecin de recevoir un patient référé par un collègue lorsque ce patient transite par l'urgence de l'hôpital, même lorsque sa situation ne le requiert pas.

Il arrive également que le mode de rémunération actuel place les médecins dans des situations qui peuvent engendrer des conflits d'intérêt. Ce peut être le cas, par exemple, lorsqu'un médecin offre en clinique privée des services diagnostics également disponibles dans le centre hospitalier où il pratique, créant ainsi des « vases communicants » fonctionnant à l'avantage de la clinique et pouvant mener à une sous-utilisation des équipements hospitaliers.

Puisqu'ils joueront nécessairement un rôle clé dans la conception et la mise en place des solutions, les médecins doivent être associés d'emblée au diagnostic du problème de même qu'au design des nouveaux processus et des nouvelles approches qu'il convient d'implanter. Toute amélioration sensible de l'efficience et de la pertinence dans l'utilisation de ces ressources ne peut donc qu'être la résultante d'un partenariat solide et crédible avec eux.

On peut penser que les résultats de la médiation avec les médecins spécialistes et de celle qui est en cours avec les médecins omnipraticiens iront dans ce sens notamment par des incitatifs financiers à une meilleure organisation des services en réseaux.

- **Les professionnels.** L'adoption de la loi 90 a permis d'élargir le champ de pratique de plusieurs professionnels et de faire en sorte que chacun utilise au mieux ses compétences. Mais la mise en œuvre de la loi se heurte à des résistances occasionnées par une vision parfois empreinte de corporatisme. Cette vision étroite de l'exercice de la profession et des relations avec les autres professions nuit à l'optimisation des services, que ce soit en limitant la délégation des actes professionnels ou en empêchant une hiérarchisation des soins plus efficace. En santé mentale, par exemple, la clientèle pourrait certainement tirer un meilleur profit de l'expertise des psychiatres, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux et autres professionnels concernés si on appliquait une hiérarchisation des services, comme le préconise le rapport Trudeau.

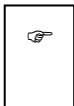
Une stratégie visant l'efficience doit rallier tous les acteurs dont les décisions influent sur les coûts de production des services : gestionnaires et cliniciens.

Elle doit encourager leurs efforts et récompenser leurs résultats.

- De façon plus globale, malgré des percées intéressantes sur le plan de l'organisation locale du travail, des rigidités persistent, qui nuisent à la mise en place d'une organisation du travail plus souple et d'une meilleure utilisation des compétences disponibles parmi **le personnel**.
- Enfin, il faut encourager **les gestionnaires** à maintenir et à intensifier leur souci de la performance. Présentement les efforts de ceux qui entretiennent ce souci constant ne sont pas soutenus par des incitatifs permettant, par exemple, d'investir les économies réalisées au sein même de leur établissement.

Des solutions

Déjà, les gestionnaires des établissements ont entrepris de mobiliser les médecins et les équipes de soin autour d'un partenariat orienté vers des résultats de meilleure qualité. L'expérience démontre d'ailleurs que la mobilisation des médecins et des chefs de département est acquise d'autant plus facilement qu'ils reçoivent l'assurance que les gains d'efficacité réalisés seront réinvestis en totalité ou en partie dans les services et serviront à améliorer la qualité des soins et leur accessibilité. De même, l'expérience du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), au Royaume-Uni, indique clairement qu'il est possible d'encourager les médecins à adopter les pratiques éprouvées et à abandonner les pratiques moins productives en établissant des liens directs entre rémunération et modes de pratique. Le système québécois doit maintenant aller plus loin en faisant en sorte que la rémunération des médecins ait un rapport direct avec l'organisation efficiente des services et la performance clinique.

 L'AQESSS propose qu'on mette rapidement en place une « nouvelle génération » de mesures incitatives, *incluant des mesures de nature pécuniaire*, qui encourageront des modes de production de services cliniques plus efficaces, l'adoption de pratiques médicales éprouvées ou l'utilisation plus rationnelle des installations et des ressources hospitalières.

POUR LES MÉDECINS

Dans cette perspective, l'AQESSS propose qu'on établisse un lien clair et direct entre la rémunération des médecins et les modes de production, les pratiques médicales ou l'utilisation des ressources, soit pour encourager la performance, soit pour décourager la poursuite de façons de faire moins productives.

☞ **POUR LE TRAVAIL MÉDICO-ADMINISTRATIF**

L'AQESSS propose, dans le cadre du plan d'organisation de chaque établissement, de rémunérer, à même le budget de la RAMQ, le travail médico-administratif des chefs de département, de service ou de programme clinique, de façon à valoriser le partenariat entre médecins et gestionnaires.

☞ **POUR LES PROFESSIONNELS**

Afin de parvenir à une utilisation plus efficiente des ressources humaines, on doit favoriser la délégation des actes professionnels en procédant au déploiement optimal de la loi 90.

Dans la même ligne de pensée, il est pressant que les recommandations émises en 2005 par le comité d'experts sur la modernisation des professions de la santé mentale et des relations humaines (rapport Trudeau) fassent l'objet d'une loi et soient appliquées.

☞ **POUR LES GESTIONNAIRES**

L'AQESSS propose que les modes d'allocation des budgets et les ententes de gestion laissent dorénavant aux gestionnaires des établissements une plus grande marge de manœuvre dans l'utilisation des budgets octroyés et encouragent toute initiative qui aura pour effet d'accroître l'efficacité administrative et d'améliorer la performance clinique de l'établissement.

2.4 CE QUE LE SECTEUR PRIVÉ PEUT APPORTER À LA PRODUCTION OU À LA PRESTATION DES SERVICES

Le recours accru au secteur privé est souvent évoqué comme un moyen privilégié de réduire les dépenses ou d'augmenter l'efficacité du système de santé et de services sociaux. Ce point de vue repose souvent, de manière implicite, sur le postulat que le secteur privé serait, à priori, plus performant que le secteur public.

Il nous apparaît difficile de comparer avec rigueur la performance de deux secteurs qui opèrent dans des systèmes d'obligations, de contraintes et de règles si différents. Par ailleurs, l'expérience même des établissements de l'AQESSS tend à démontrer qu'il n'y a pas d'absolu en cette matière : selon le contexte, c'est tantôt l'entreprise privée (avec ou sans but lucratif) qui est la mieux placée pour produire un service à moindre coût, tantôt l'établissement. L'AQESSS préfère donc aborder la question dans une perspective plus pragmatique.

2.4.1 Une présence déjà significative

Le secteur privé occupe déjà une place importante dans le système global de santé. D'une part, 30 % des dépenses que les citoyens consacrent à leur santé ne relèvent pas du financement public; d'autre part, le secteur public fait appel largement au secteur privé pour fournir des services financés par les fonds publics.

Ainsi le secteur privé, qu'il soit *à but lucratif* ou *sans but lucratif* (organismes communautaires, entreprises d'économie sociale ou coopératives), joue un rôle significatif dans plusieurs des programmes de services offerts à des clientèles spécifiques par les établissements de santé et de services sociaux. Dans certains de ces programmes, le partenariat avec le secteur privé pourrait être appelé à s'intensifier, alors que dans d'autres on voit peu d'intérêt, pour la clientèle ou le secteur privé lui-même, à un partenariat plus étendu.

- Le secteur privé est déjà très actif dans **les services de santé physique**. On n'a qu'à penser à l'assurance médicaments ou à l'assurance hospitalisation, ou encore à certaines interventions chirurgicales. L'AQESSS estime que la part du secteur privé pourrait encore croître dans certains secteurs de la santé physique, en tenant compte des

Privé ou public ?

Tantôt l'un, tantôt l'autre

» Une étude⁶ a comparé les frais d'administration du système de santé américain (frais généraux d'assurance, coût de gestion des bénéfices par les entreprises, frais administratifs des hôpitaux, des centres d'hébergement et des agences de soins à domicile, frais généraux des praticiens) avec les frais administratifs du système canadien. Pour l'année 1999, l'étude estime que les montants consacrés à l'administration du système de santé américain représentaient au moins 31 % du total des dépenses de santé et occupait plus de 27 % de la main-d'œuvre de ce secteur. À la même période, au Canada, cette administration représentait un plus de 19 % des dépenses de santé et occupait un peu moins de 17 % des employés du secteur. L'étude concluait en estimant que si les États-Unis avaient appliqué le système canadien en 2003, ils auraient réalisé des économies qui auraient permis de fournir une assurance maladie aux 40 millions d'Américains qui en sont dépourvus, en plus de bonifier de façon appréciable la couverture de services actuellement sous-financés...

» Après analyse, le CHU de Sherbrooke a conclu qu'il serait finalement plus économique de confier les services de

⁶ Himmelstein, D. U., S. Woolhandler et S. M. Wolfe. *Administrative Waste in the U.S. Health Care System in 2003 : the Cost to the Nation, the States, and the District of Columbia, with State-Specific Estimates of Potential Savings*, International Journal of Health Services, Volume 34, N° 1, 2004.

conditions qui y prévalent et du caractère nécessairement complémentaire de son apport.

» À l'inverse, le CH Pierre-Legardeur a calculé qu'il était plus avantageux de confier à une entreprise privée la production alimentaire standardisée destinée aux unités de soins, mais de laisser aux employés de l'établissement le soin de préparer les diètes spéciales et l'alimentation du personnel et des visiteurs.

Les infrastructures ont donc été aménagées en tenant compte de cette formule mixte.

- **Le soutien à domicile aux personnes en perte d'autonomie** fournit tous les services donnés normalement en établissement : soins infirmiers, soins psychologiques, de nutrition, d'ergothérapie, d'aide à l'entretien ménager, etc. Le réseau public y travaille déjà de manière très étroite avec le secteur privé, soit directement, soit indirectement par le biais de services achetés par l'utilisateur à l'aide du Chèque emploi-services PEFSAD, allocation directe pour couvrir l'aide domestique et les aides personnelles. Ce partenariat avec le secteur privé pourrait être appelé à s'accroître.
- **L'hébergement** fait également appel largement au secteur privé à travers un réseau de 13 000 lits en ressources alternatives et de milliers de places en établissements privés. L'accroissement de la proportion des personnes âgées laisse évidemment penser que la part des ressources privées dans le domaine de l'hébergement n'a pas encore atteint son rythme optimal.
- **Les services généraux de première ligne** sont nombreux à être desservis par le secteur privé : nutrition, physiothérapie (où les longues listes incitent plusieurs patients, malgré leur éligibilité aux services du réseau public, à s'adresser au secteur privé), services de diagnostic et de prélèvement, soins infirmiers, services psychosociaux.

2.4.2 Un partenariat qui peut s'intensifier à certaines conditions

Pour les membres de l'AQESSS, l'apport du secteur privé à la production ou à la prestation des services de santé et de services sociaux est un moyen de plus d'atteindre les finalités du système, une occasion d'améliorer, en complémentarité aux établissements du secteur public, l'accès aux services et d'y favoriser une plus grande souplesse.

Ils y voient une nouvelle source d'oxygène et de dynamisme, puisque le secteur privé fera profiter le système de santé et de services sociaux de son entrepreneurship, n'hésitant pas à investir et à assumer sa part de risques autant dans les services de santé que dans ceux de l'hébergement, des services à domicile, des services de réadaptation ou des services psychosociaux.

Le partenariat entre le secteur public et le secteur privé est de nature et d'intensité variables à travers le Québec. Il faut maintenir cette diversité en laissant les établissements décider des collaborations qui répondent le mieux aux besoins de leur population.

Le secteur privé doit contribuer à renforcer le système de santé et de services sociaux, non à affaiblir le secteur public en drainant ses ressources humaines.

Les établissements membres sont donc prêts à poursuivre et à approfondir le partenariat qu'ils ont établi avec le secteur privé dans le respect de certaines valeurs et de certaines conditions.

Le critère absolu qui doit déterminer l'apport du secteur privé à la production ou à la prestation des services de santé et de services sociaux FINANCÉS PAR LES FONDS PUBLICS est sa capacité de contribuer à l'atteinte de leurs finalités. En ce sens, le recours au secteur privé doit apporter des avantages à l'ensemble des usagers en favorisant, par exemple, un meilleur accès pour tous aux services ou en soutenant la production de services à un moindre coût. Ce recours ne doit pas être lié à la capacité de payer de l'utilisateur.

L'apport du secteur privé, quand il s'agit des services financés par les fonds publics, doit être complémentaire à l'action des établissements publics et venir appuyer le rôle fondamental et unique qu'ils jouent pour répondre aux besoins des clientèles les plus vulnérables. En ce sens, le recours au secteur privé ne doit pas contribuer à affaiblir les établissements publics en siphonnant leurs ressources humaines, en provoquant la sous-utilisation de celles-ci ou en nuisant à leur développement.

Qu'il s'agisse de services « cliniques » ou de services « auxiliaires » ou « de soutien », l'établissement peut décider de confier la production ou la prestation d'un service à son personnel ou de faire appel à des ressources du secteur privé. C'est à lui seul que revient cette décision, qui sera essentiellement motivée par la possibilité d'améliorer l'accès de la population à ce service ou de le fournir, à qualité égale, à un moindre coût.

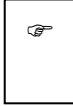
Advenant que l'établissement choisisse de faire appel au secteur privé, il conserve cependant ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des services fournis et des résultats atteints. Il doit donc se doter de mécanismes qui assureront le suivi nécessaire à l'évaluation de cette qualité et de ces résultats.

DANS LE CAS DES SERVICES « CLINIQUES », en plus de ses responsabilités en matière de qualité et de résultats, l'établissement qui fait appel au secteur privé demeure responsable de la définition de l'orientation et de la coordination des soins et des services. L'apport du secteur privé à la préparation ou à l'exécution de ces plans se fera donc sous l'autorité de l'établissement et sera encadré par l'établissement.

DANS LE DOMAINE PARTICULIER DES SERVICES MÉDICAUX FINANCÉS PAR LES FONDS PUBLICS, l'apport du secteur privé devra tenir compte du contexte établi par les récentes modifications à la Loi sur les services de santé et de services sociaux introduites par le projet de loi 33.

- ☞ Certains établissements préparent présentement des ententes avec les *cliniques médicales associées* qui permettront que le recours au secteur privé se fasse en appui et en complémentarité à l'action du système public. Ces ententes offrent des opportunités intéressantes, compte tenu des précautions à prendre pour préserver les ressources humaines du secteur public.
- ☞ En ce qui a trait à la possibilité de permettre le recours à l'assurance privée pour certaines interventions chirurgicales, l'AQESSS est d'avis que les dispositions actuelles qui prévoient le recours à l'assurance privée pour *trois types de chirurgie* délimitent un paramètre précis au-delà duquel on ne devrait pas aller tant que l'évaluation de l'expérience n'en aura pas démontré les effets, positifs ou négatifs.
- ☞ L'AQESSS estime également qu'il faut maintenir le *statu quo* en ce qui a trait à l'étanchéité et à l'exclusivité de la rémunération qui interdit aux médecins participant au régime public d'assurance maladie de recevoir une rémunération privée pour un service assuré par ce régime.

☞ **L'AQESSS désire enfin signaler la situation des services d'imagerie médicale qui se développe de manière confuse, très diverse et inégale d'une région à l'autre. Dans certaines régions, le recours au secteur privé pour ces services se fait dans le cadre d'ententes. Dans d'autres, on assiste à un développement plus anarchique. Le secteur privé, comptant avec l'effet de volume, semble parfois en voie d'y établir une certaine hégémonie qui le mettrait en position de déterminer l'offre de services du secteur public dans certaines régions. Une telle situation aurait pour effet de créer un manque de couverture de services dans le secteur public et entraînerait une sous-utilisation de coûteux équipements de haute technologie. Elle doit donc être suivie avec attention.**

 **DANS LE CAS DES SERVICES « AUXILIAIRES » ET « DE SOUTIEN », l'apport du secteur privé rencontre moins de contraintes et il existe une plus grande latitude quant aux formules de collaboration. Essentiellement, une fois la qualité assurée, il s'agit de déterminer qui est en mesure de fournir le service au meilleur rapport qualité/prix. Ce partenariat peut même jouer dans les deux sens, les établissements publics devant eux aussi être autorisés à offrir des services au secteur privé.**

2.5 UN CAPITAL HUMAIN À PROTÉGER

L'AQESSS constate que plusieurs de ses établissements connaissent une situation précaire et préoccupante sur le plan de leurs ressources humaines. D'ici 2015, c'est-à-dire demain, on devra combler 110 000 emplois dans le réseau de la santé et des services sociaux. La situation varie entre les régions et les établissements, mais déjà, dans certains secteurs d'activité (soins infirmiers, pharmacie), la pénurie de main-d'œuvre se fait sentir. Et elle ne concerne pas que les employés du réseau. Dans plusieurs milieux, les usagers ont peine à se trouver un médecin de famille et les établissements ont peine à mobiliser les médecins au sein des services en établissement ou à combler leurs plans d'effectifs médicaux.

**Recours accru
aux agences privées,
heures supplémentaires
qui s'additionnent :
la pénurie
de ressources humaines
a un impact
sur les dépenses
tout autant que sur
l'accès.**

Dans un tel contexte, il est essentiel de veiller à ce que le développement du secteur privé, qui est souvent en mesure d'offrir des conditions de travail plus attrayantes, notamment sur le plan des horaires, ne nuise pas au nécessaire renouvellement des ressources humaines des établissements publics où les conditions de travail sont souvent plus exigeantes.



La situation précaire qui prévaut en matière des ressources humaines dans les établissements publics de santé et de services sociaux doit absolument entrer en ligne de compte dans la réflexion sur l'apport du secteur privé au système de santé et de services sociaux.

- ☞ **D'une part, il faut à tout prix éviter qu'une éventuelle expansion du système privé ne vienne augmenter cette précarité des ressources humaines, notamment chez le personnel infirmier, chez les autres professionnels et chez les médecins.**
- ☞ **D'autre part, on doit mettre en œuvre un ensemble de mesures qui rendront les conditions de travail dans le réseau public plus attrayantes pour le personnel, y compris pour les cadres.**

2.6 FINANCEMENT ET GOUVERNANCE : DEUX DIMENSIONS INDISSOCIABLES

S'il est possible, comme on l'a vu, d'améliorer l'efficacité en réduisant les « coûts de production évitables », on pourrait certainement atteindre des résultats similaires en s'attaquant aux « coûts inutiles » engendrés par une gouvernance centralisée, qui freine le dynamisme du réseau public de santé et de services sociaux. Une nouvelle gouvernance s'impose donc, qui proposerait une distribution plus rationnelle des rôles et favoriserait une plus grande capacité d'initiative et d'action des établissements. Mais cette nouvelle gouvernance doit elle-même pouvoir s'appuyer sur une politique générale de financement du système de santé et de services sociaux.

2.6.1 Une politique de financement devenue incontournable

Présentement, le Québec ne peut pas compter sur une véritable politique de financement de son système de santé et de services sociaux. Cette lacune fait en sorte qu'il n'existe aucune distinction rigoureuse et nettement articulée entre de grandes fonctions de financement comme la provenance des revenus, leur répartition dans divers fonds ou leur mise en commun, leur allocation, l'achat de services, la production de services ou la participation des individus aux dépenses. Toutes ces fonctions relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux, sans pourtant que les responsabilités reliées à chacune d'elles soient précisées. Il en résulte une certaine confusion et des risques d'incohérence entre les fonctions et les acteurs.

Le gouvernement du Québec n'est évidemment pas seul à réfléchir à l'épineuse question du financement de son système de santé et de services sociaux. De plus en plus d'États, désireux d'aborder cette question complexe avec une plus grande rigueur et voulant se situer dans une perspective dont le terme dépasse l'urgence du moment, se sont dotés d'une politique de financement particulière à ce domaine. Le cadre conceptuel développé par le Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé tient compte de ces expériences et fournit un outil dont on pourrait d'inspirer avec profit⁷.

L'AQESSS propose que le Québec, dans le cadre d'une réforme en profondeur du financement de son système de santé et de services sociaux, se dote d'une politique exhaustive et rigoureuse qui régira ce financement. On devra y trouver des éléments relatifs aux sources de revenu, à l'équité du financement, à l'équité dans l'utilisation des ressources, à la transparence, à la responsabilité des établissements et des citoyens, à la qualité et à l'efficacité administratives, pour ne mentionner que quelques éléments.

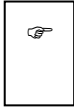
2.6.2 De nouvelles modalités d'allocation des ressources

Un élément central de cette politique serait sans doute le mode d'allocation des ressources. Sans représenter une source de financement additionnelle, l'ajustement du mode actuel d'allocation des ressources contribuerait certainement à assurer un investissement des fonds disponibles plus conforme à la fois aux besoins de la population et aux activités réelles des établissements, donc plus efficient.

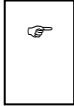
Au cours des dernières années, on a souvent décrié le mode d'allocation traditionnel des ressources, fondé sur une base historique, en invoquant l'iniquité qui en résultait (voir, entre autres, la commission Clair, le comité Ménard, la commission Kirby). Ce mode d'allocation ne tenait compte ni des activités réalisées par les établissements, ni des besoins de la population du territoire desservi par ces établissements. Dans la foulée du rapport Bédard, le ministère a donc adopté un nouveau mode d'allocation des ressources basé sur une approche populationnelle. Il s'agit là d'un pas dans la bonne direction, puisque l'allocation des ressources tient maintenant mieux compte des réalités propres aux diverses populations desservies et des besoins particuliers des diverses clientèles. Mais on doit continuer de faire évoluer l'allocation des ressources en développant, dans les secteurs de services qui s'y prêtent, un outil qui permettrait une analyse plus raffinée des coûts réels des activités accomplies. Cet outil est la *budgétisation par épisode de soins ou par*

⁷ Organisation mondiale de la santé. *La politique de financement de la santé dans la Région européenne de l'OMS*, Bureau régional de l'Europe, juin 2006.

séquence de services. Il assurerait aux établissements un budget lié plus directement aux services produits et aux activités réalisées. Les établissements auraient alors intérêt à accroître leur niveau d'activité, ainsi que la performance qui lui est reliée, et de s'assurer qu'ils fournissent un service de qualité.

 **Afin de continuer à faire évoluer le mode d'allocation budgétaire aux établissements vers une formule à la fois plus souple et plus appropriée, l'AQESSS propose qu'on mette au point une modalité d'allocation des ressources qui conjuguerait de manière équilibrée et équitable les avantages de l'approche populationnelle et ceux d'une *budgétisation par épisode de soins ou par séquence de services*.**

 **Par ailleurs, l'AQESSS recommande que cette nouvelle formule d'allocation des ressources s'accompagne d'un nouveau calendrier de budgétisation. Établir un calendrier pluriannuel de budgétisation (sur trois ans, par exemple) remédierait aux tâtonnements et aux incertitudes qu'entraîne l'actuel mode d'allocation annuel et permettrait une planification à la fois plus efficiente et plus souple des dépenses et des investissements.**

 **L'AQESSS recommande enfin que les établissements puissent désormais conserver et utiliser selon leurs priorités la totalité ou une partie des gains d'efficience qu'ils réaliseront.**

2.6.3 Assurer la transparence et le suivi : le compte santé et services sociaux

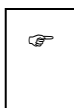
Pas plus que les autres dimensions de l'action de l'État, le financement du système de santé et de services sociaux n'échappe à l'obligation de transparence et de reddition de comptes exigée par les citoyens. C'est pourquoi il importe, d'une part, que la politique et les modalités de financement des services de santé et des services sociaux soient claires et connues de la population et, d'autre part, que les pouvoirs publics rendent compte périodiquement de leurs dépenses à la population.

**Un outil
pour connaître
la vérité,
toute la vérité,
sur les coûts.**

Le *compte santé et services sociaux*, qui présente un bilan détaillé de ces dépenses et de ces sources de financement, est une formule qui permet d'assurer la transparence et le suivi des ressources financières affectées au système public de santé et de services sociaux. Le comité Ménard avait présenté les différents avantages d'un tel compte⁸. Ainsi, en

⁸ Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Québec, 2005, p. 89 - 92.

établissant un lien direct entre les dépenses et leur financement, le compte santé et services sociaux constitue un outil précieux pour sensibiliser la population à l'ampleur des sommes impliquées et au fait que les services qui lui sont fournis sans frais... ne sont pas gratuits. En fournissant des informations précises sur les dépenses consacrées à tel ou tel service, il permet à la population d'être mieux informée et plus consciente des arbitrages qu'imposent des besoins toujours croissants alors que les ressources sont limitées. En ce sens, le compte santé et services sociaux peut se révéler un puissant moyen d'induire une consommation des services plus responsable.



L'AQESSS recommande que le Québec se dote d'un compte santé et services sociaux afin d'informer la population et les acteurs du réseau à la fois des différentes sources de revenu consacré au budget de la santé et des services sociaux et de la façon dont on l'a dépensé.

Plus ce compte sera précis et concret, plus il favorisera la prise de conscience et de responsabilité de la population face aux enjeux de la santé et des services sociaux. Il sera donc important de s'assurer que tous les coûts réels y apparaissent, afin d'obtenir un portrait global réel et précis du coût de la santé et des services sociaux au Québec.



Dans l'optique de se préparer à cette complète transparence et à cette vérité des coûts, l'AQESSS recommande également qu'on mette fin aux pratiques qui consistent à maintenir le sous-financement de certains établissements, les obligeant ainsi à emprunter pour faire face à un « déficit autorisé » dont les intérêts à payer devront être puisés à même leur budget d'opération. Il faut que l'on complète le rétablissement des bases budgétaires par l'ajout de la troisième tranche promise de 125 millions de dollars aux budgets des établissements visés en 2008-2009 tel que le gouvernement s'y est engagé.

La pratique actuelle entraîne malheureusement ceux qui y ont recours dans une spirale d'emprunts et d'endettement qui, au bout du compte, nuit à leur performance. En 2006-2007, les établissements ont consacré environ 30 M\$ au paiement des intérêts sur cette dette cumulée. Ce n'est pas au service de la dette que ces 30 M\$ auraient dû être consacrés, mais aux services à la population.

2.6.4 Un partage clair et efficient des responsabilités et des rôles

Une politique de financement devra nécessairement s'attarder à la gestion des ressources confiées aux établissements. Or, on ne peut aborder cette question en faisant abstraction de l'ensemble des rôles et des responsabilités des différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux en matière de gouvernance et de gestion. Là encore, dans une perspective de plus grande efficience, le temps est venu de procéder à une révision des façons de faire.

À l'échelle québécoise, le système de santé et de services sociaux pourrait faire montre d'une plus grande cohérence. La performance de l'ensemble du système serait certainement améliorée si ses grandes composantes ou ses principaux acteurs — ministère, agences et établissements, RAMQ, médecins, syndicats — s'entendaient sur des objectifs communs et resserraient leur collaboration au sein d'une stratégie collective pour les atteindre.

À l'échelle locale, c'est plutôt du côté d'une plus grande capacité d'initiative et d'action des établissements que les solutions doivent venir. La récente réforme du système de santé et de services sociaux devait mettre l'accent sur les résultats à obtenir plutôt que sur les moyens d'y parvenir. En réalité, cette approche de gestion, souhaitée par les établissements, a donné lieu à un accroissement de la bureaucratie : les cibles sont trop précises; elles ne correspondent pas toujours aux besoins puisque les établissements et la population n'y ont pas été associés; elles sont souvent accompagnées de directives pointues quant aux moyens de les atteindre. Il y a là une contradiction qui nuit au rendement des établissements : on ne peut, d'un côté, accroître les responsabilités de ces derniers vis-à-vis de la population de leur territoire et, de l'autre, réduire leur marge de manœuvre pour y répondre.

**La réforme
a mis en place
une gouvernance
ambivalente :
on demande
aux établissements
de calquer leurs services
sur les besoins
de la population
de leur territoire,
mais les directives
« d'en haut »
n'ont jamais été
aussi contraignantes.**

Le MINISTRE de la Santé et des Services sociaux exerce son leadership non seulement sur le réseau public, mais sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Il doit inciter les différentes composantes du système à renforcer la cohérence de leurs actions afin d'en accroître leur impact sur la santé et le bien-être de la population.



 Le MINISTÈRE de la Santé et des Services sociaux et les AGENCES RÉGIONALES doivent se concentrer sur les rôles pour lesquels ils sont les mieux placés pour jouer : la définition des politiques, des orientations, des programmes des objectifs de résultat et la reddition de comptes. Ils doivent adopter une philosophie de gestion fondée sur la confiance envers ceux qui ont le mandat de gérer les services, ne reléguant pas les administrateurs et les gestionnaires des établissements au rang de simples exécutants chargés avant tout de rendre des comptes et de faire des rapports.

 Les ÉTABLISSEMENTS doivent jouir d'une plus grande autonomie décisionnelle en ce qui a trait à l'organisation de leurs services et à la façon de les fournir. Cela signifie, entre autres, plus de souplesse dans la gestion de leur budget, particulièrement en ce qui a trait à l'achat de services auprès du secteur privé et à la mise en place de mesures qui inciteront les médecins, les cliniciens et les gestionnaires à s'engager dans des stratégies menant à une meilleure performance clinique.

3. AGIR SUR LES RECETTES

UNE FOIS LES DERNIÈRES BRÈCHES COLMATÉES ET LES FONDS DE TIROIRS RATISSÉS, IL FAUDRA SANS DOUTE SE TOURNER DU CÔTÉ DES REVENUS SI L'ON VEUT FAIRE FACE AUX BESOINS FINANCIERS PRESSANTS DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. ON VOIT MAL COMMENT ON POURRAIT ÉCHAPPER, QUAND ON CONSIDÈRE DES FACTEURS COMME LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, À LA NÉCESSITÉ NON PAS TANT DE DÉVELOPPER LES SERVICES ACTUELS, MAIS SIMPLEMENT DE LES MAINTENIR À UN MÊME NIVEAU D'ACCESSIBILITÉ ET DE QUALITÉ, SANS PARLER DE L'ENTRETIEN DES INFRASTRUCTURES... IL EST NON SEULEMENT NÉCESSAIRE D'EXAMINER LES FAÇONS — *TOUTES LES FAÇONS* — D'ACCROÎTRE LES REVENUS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, IL EST DEVENU IMPÉRATIF DE LE FAIRE.

Faut-il accroître les impôts des contribuables ou la charge fiscale des entreprises? Est-il préférable de passer par la voie des taxes sur la consommation ou d'emprunter celle des contributions aux régimes publics d'assurance? Y a-t-il encore des gains à attendre des transferts du gouvernement fédéral? Ne serait-ce pas plutôt du côté de la tarification, de la contribution directe des usagers aux services qu'on devrait lorgner?

Questions brûlantes, pour lesquelles les solutions les plus contradictoires ont été avancées et qui ont rendu plus d'un politicien... frileux. Questions que notre manque d'expertise en la matière ne nous permet pas de trancher ni même d'analyser avec toute la rigueur qui serait nécessaire. Sans prétendre donc à aucune exhaustivité, nous nous arrêterons à quelques pistes.

3.1 GARDER L'OUTIL FISCAL À PORTÉE DE MAIN

Compte tenu de la tendance lourde qui semble se confirmer en matière de fiscalité, il est difficile d'imaginer que le gouvernement québécois choisisse la voie de l'impôt sur le revenu pour renflouer les coffres du système de santé et de services sociaux. Cela ne devrait toutefois pas signifier que l'on écarte, à priori, l'*outil fiscal* comme élément de la solution que l'on mettra en place. Il semble en effet généralement accepté qu'une approche qui combine la demande d'une contribution directe (ou une tarification) à une mesure fiscale permettant de graduer cette contribution en fonction du revenu de l'utilisateur permet d'en atténuer l'effet négatif sur les personnes à plus faible revenu, introduisant ainsi une

plus grande équité. Dans le même esprit, des crédits fiscaux semblent un moyen à ne pas négliger quand il s'agit de répartir les charges avec plus d'équité. De tels crédits sont déjà appliqués, par exemple, comme moyen de reconnaître et d'encourager la participation des aidants naturels à la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie. Pour des motifs comme ceux-là, nous croyons que l'outil fiscal doit jouer un rôle dans une stratégie de financement qui veut allier efficacité et équité.

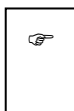
3.2 FAVORISER LA CROISSANCE DES REVENUS AUTONOME DES ÉTABLISSEMENTS

Entre les revenus provenant des contribuables (impôts, taxes) et les revenus provenant des usagers (contributions directes), il existe une troisième source de revenu, nettement plus modeste que les deux autres mais dont il ne faudrait pas négliger le potentiel. Essentiellement, il s'agit de revenus provenant d'activités accessoires des établissements et des revenus de Fondations qui leur sont rattachées.

Il ne faut pas s'attendre à ce que cette troisième source de financement devienne un pactole du jour au lendemain, mais il y existe certainement un espace de croissance, pour certains établissements.

- Les établissements de santé et services sociaux doivent se concentrer sur leurs activités principales, i.e. les soins et les services directs à la population – tous en conviennent. Il arrive cependant que dans certaines régions, pour des raisons d'économie locale et régionale, des établissements qui disposent d'espaces excédentaires ou d'une surcapacité de production dans leurs services complémentaires (buanderies, cuisine) pourraient louer des espaces ou vendre des services à des clients externes. L'utilisation des revenus provenant de ces activités accessoires ou complémentaires est actuellement circonscrite à des fins très limitées et ne peut être consacrée au fonctionnement de l'établissement.
- Par ailleurs, il faudrait revoir la règle qui veut que l'on applique la facturation pour non résident lorsque -sur une base exceptionnelle- nos établissements reçoivent une demande de la part de pays ne détenant pas l'expertise nécessaire à la pratique d'interventions surspécialisées. Si on utilisait le prix du marché ces services pourraient générer des revenus supérieurs à ceux qu'on enregistre actuellement.
- Enfin, les Fondations d'établissement, quoique très présentes actuellement dans le financement de certaines activités, pourraient augmenter leur contribution au financement des établissements. Mais il faudrait pour cela qu'elles puissent offrir aux

donateurs des « attrait » particuliers supplémentaires permettant de développer une culture du don à nos fondations de santé et de services sociaux.



Il faut permettre aux établissements d'optimiser l'utilisation de leur espace et de leur capacité de production excédentaires en leur permettant de conserver les revenus qu'ils en tireront et de les investir dans leur organisation.



Il faut revoir la règle de facturation pour non résident lorsqu'une intervention surspécialisée pratiquée sur un patient répond à une demande d'un pays ne détenant pas l'expertise nécessaire à la pratique de ce type d'intervention.



Il faut que le gouvernement du Québec accorde des avantages fiscaux particuliers aux personnes qui font des dons aux Fondations d'établissements de santé et de services sociaux et que le ministère adopte à leur endroit un programme de « subvention de contrepartie » similaire à ceux qui existent dans les domaines de la culture et de l'éducation.

3.3 DE NOUVELLES CONTRIBUTIONS DIRECTES DES USAGERS

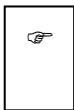
Deux formules sont généralement évoquées quand il s'agit de demander à l'utilisateur une contribution financière directe pour des services déjà financés par les fonds publics.

- La **surfacturation** consiste à exiger de l'utilisateur un montant supplémentaire à celui qui est déjà versé par le régime public pour le service de santé assuré. Cette mesure ne donne pas accès à de nouveaux services, mais permet seulement d'avoir accès plus rapidement à des services déjà financés par les fonds publics. Elle ne bénéficie donc qu'aux citoyens les plus fortunés et à ceux qui cotisent à un régime d'assurance. Ces bénéfices ne contrebalancent pas les risques que la surfacturation représente pour le système public, que ce soit en favorisant un transfert des ressources professionnelles vers le secteur privé au détriment du secteur public ou, à plus long terme, en érodant la solidarité sociale et l'équité sur lesquelles repose le système public.

On qualifie de **frais modérateurs** les contributions demandées à l'utilisateur pour les services médicaux et hospitaliers⁹ assurés. Comme le qualificatif l'indique, ces contributions ne visent pas tant à générer de nouveaux revenus qu'à contrer la consommation « excessive » ou « abusive » des services, un phénomène d'ailleurs plus souvent subodoré que démontré de manière probante. Selon une étude canadienne¹⁰, ces frais modérateurs « *ne réduisent pas le taux d'utilisation global des services de santé* » et « *sont inefficaces pour contrôler les coûts totaux des soins de santé* ». Une des raisons : c'est le médecin qui détermine le service requis, non l'utilisateur. Malgré tout, lorsque les frais modérateurs jouent leur rôle dissuasif, ils « *dissuadent plus fortement les individus à faible revenu que les autres — ceux qui ont les moyens financiers nécessaires ou qui profitent d'une assurance privée — et agissent de fait comme un impôt régressif* ». On note également que, lorsqu'elle se produit, « *la baisse de consommation affecte autant les services utiles que les services inutiles [...] et qu'elle produit des effets indésirables sur la santé des patients qui ont eu moins recours aux services* ».

« Les individus ne doivent pas devenir pauvres parce qu'ils reçoivent des soins de santé ni être forcés de choisir entre leur santé physique (et mentale) et leur bien-être économique. » (Organisation mondiale de la santé)

Si l'on se fie à cette étude, les frais modérateurs ne sont pas un outil permettant de réduire les dépenses de santé. Si le gouvernement souhaite augmenter les revenus provenant des usagers, il devrait plutôt s'inspirer des expériences de la France et de l'Allemagne qui ont recours à cette option, notamment pour les consultations médicales.



Advenant que le gouvernement choisisse de réclamer d'autres contributions directes des usagers du système de santé et de services sociaux, l'AQESSS est d'avis que c'est d'abord du côté des services complémentaires qu'il faudrait regarder.

⁹ Nous incluons ici toute forme de paiement direct par l'utilisateur : le « ticket modérateur » ou coassurance (% du coût du service reçu), le « copaiement » (paiement d'un montant forfaitaire plutôt que d'un pourcentage) ou la « tarification avec franchise » (paiement du service jusqu'à un certain plafond ou franchise).

¹⁰ Odette Madore. *Le financement des soins de santé : la participation des usagers*, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, Gouvernement du Canada, 1993. Mise à jour : 2002.

Par exemple, on pourrait exiger de la personne hospitalisée une contribution directe à ses frais d'hôtellerie. Cette contribution directe pourrait :

- » correspondre davantage aux coûts réels des frais d'hôtellerie
- » tenir compte, dans son application ou dans sa gradation, de la richesse des individus (revenus, avoir, assurances).

Enfin, aspect non négligeable dans l'évaluation de la pertinence de cette mesure, elle rétablirait une certaine équité entre les personnes hébergées, qui paient pour leurs frais d'hôtellerie ne fût-ce que partiellement, et les personnes hospitalisées, qui n'ont présentement rien à déboursier sur ce plan.

De tels frais seraient possibles à la suite d'une modification de la *Loi canadienne sur la santé*.

3.4 L'ASSURANCE AUTONOMIE, POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME

Au Québec, on estime qu'il y a présentement environ 1 million de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 13 % de la population. En 2010, leur nombre aura surpassé celui des jeunes de moins de 15 ans, et il devrait avoir doublé en 2030. Elles représenteront alors le *quart* de la population. L'un des principaux défis que devra relever le système de santé et de services sociaux au cours des années à venir a donc évidemment trait à la pression que fera peser sur ses services cet accroissement du nombre et de la proportion des personnes âgées au sein de la population.

En effet, bien que l'espérance de vie en bonne santé augmente, cette amélioration n'a guère d'effet direct sur la consommation des services. Celle-ci continue d'augmenter, en grande partie parce que le vieillissement de la population se conjugue souvent avec l'accroissement des maladies chroniques, hypothéquant ainsi davantage les capacités d'autonomie des personnes.

**L'espérance de vie
en bonne santé
augmente
mais ne diminue pas
pour autant la demande
de services.**

Quoi qu'il en soit, les personnes âgées forment le groupe qui nécessite le plus de services sociaux et de santé, notamment dans les domaines du maintien à domicile, de l'hébergement, des services hospitaliers et médicaux, et de la consommation de médicaments. Par habitant, les personnes âgées de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,7 fois plus de ressources que la moyenne de l'ensemble de la population. Dans le cas des personnes âgées de 85 ans et plus, cette consommation moyenne est 7,7 fois plus élevée¹¹. Ce n'est donc pas être alarmiste que d'affirmer que l'accroissement démographique des personnes âgées et la pression qu'il fait peser sur le système de santé et de services sociaux doit être pris en considération dès maintenant et donner lieu à des actions préventives.

L'assurance autonomie

Une des mesures préventives la plus fréquemment évoquée est la mise en place d'un régime public d'assurance contre la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Cette « Caisse contre la perte d'autonomie liée au vieillissement » ou, plus simplement, cette « *assurance autonomie* » a déjà été proposée par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair)¹² puis, sous la forme d'un régime public partiellement capitalisable, par le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec (comité Ménard)¹³. Il s'agit essentiellement de contrer les effets du vieillissement tout en assurant l'équité entre les générations, notamment parce que tous les citoyens y contribueraient selon leur richesse et leur âge, et que tous les citoyens auraient accès à ses bénéfices.

On a objecté qu'il était bien tard pour entreprendre la capitalisation d'un tel régime et que rien ne garantissait que les décideurs politiques respecteraient « l'autonomie » de la cette assurance autonomie ou n'en profiteraient pas pour réduire le budget général de la santé et des services sociaux. Toutes ces objections méritent bien sûr d'entrer en ligne de compte, mais nous continuons de croire que la solution proposée par le comité Ménard est non seulement toujours pertinente, mais que le retard même qu'on a mis à l'appliquer en accroît d'autant l'urgence. Attendre davantage serait condamner les citoyens les plus démunis à payer tôt ou tard le prix de notre incurie.

¹¹ Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Québec, 2005, p. 29.

¹² Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, Québec, 2000, p. 153-154.

¹³ *Idem.* p. 81-87.

L'ampleur même du défi soulevé par la perte d'autonomie liée au vieillissement, ses répercussions à long terme sur les dépenses de santé et de services sociaux, la nécessité de sensibiliser la population à ce phénomène et à son impact financier sont autant de raisons qui militent fortement pour qu'on explore cette avenue avec toute l'attention et l'urgence qu'elle mérite.



L'AQESSS recommande au gouvernement du Québec de procéder sans tarder à la mise en place d'un régime public d'assurance autonomie destiné à contrer les effets de la perte d'autonomie liée au vieillissement sur le système de santé et des services sociaux.

- ☞ **Ce régime serait distinct des régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments; il ferait l'objet d'une administration autonome par rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux.**
- ☞ **Les services couverts par cette assurance seraient précisés immédiatement et rendus accessibles à l'ensemble des citoyens. D'emblée, on peut croire qu'ils comprendraient essentiellement les services nécessaires à maintenir les personnes dans leur milieu de vie ou à soutenir leur hébergement, mais qu'ils excluraient les services de diagnostic et de traitement. On peut aussi penser, dans une perspective d'équité entre les générations, qu'ils incluraient également des services de prévention des pertes d'autonomie.**
- ☞ **Le financement du régime proviendrait des budgets normalement destinés à couvrir les dépenses d'hébergement ou de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (environ 2,5 milliards de dollars annuellement) à partir des impôts ainsi que de contributions de l'ensemble des citoyens, en fonction de leur âge et de leur revenu. Si le gouvernement du Québec, à la suite d'une réduction de la TPS, décidait de hausser la TVQ d'un point de pourcentage, l'AQESSS suggère de consacrer la totalité ou une partie significative des revenus générés par cette mesure à la capitalisation de ce nouveau régime.**

Des décisions et des gestes. Tout de suite.

La question des fonds nécessaires au fonctionnement du système de santé et de services sociaux ne peut se limiter à son aspect strictement financier. Elle soulève d'autres questions de fond qui concernent les dimensions cliniques et organisationnelles du système, sa gouvernance, l'autonomie de sa gestion et, en fin de compte, les finalités qu'on lui attribue. C'est l'ensemble de ces questions qui doit entrer en ligne de compte dans une réflexion sur le financement du système de santé et de services sociaux, puisque la réponse apportée à chacune d'entre elles contribuera à assurer un système plus dynamique et plus performant.

Il est essentiel que cette fois-ci soit « la bonne » et que des décisions soient prises. Ceci étant dit, l'actualisation des changements devra se faire de façon réaliste sur quelques années et s'inscrire dans la poursuite de la réforme en cours.