

**MÉMOIRE SUR LA CONSULTATION
« GARANTIR L'ACCÈS : UN DÉFI D'ÉQUITÉ,
D'EFFICIENCE ET DE QUALITÉ »**

Présenté à la Commission des affaires sociales

Mars 2006

Ce mémoire a été adopté à l'unanimité par les membres du Conseil des aînés lors d'une consultation tenue en mars 2006.

Les membres du Conseil étaient Georges Lalande, président, Jacques Demers, vice-président, Maurice Auger, Gisèle Bolduc, Sonia Bouladian, Claude Durand, Francine Du Sault, René-Jean Fournier, Diane Goulet, Margaret C. Kiely, Maud Malval Gilles, Eddie McGrath.

Recherche et rédaction

Johanne Villeneuve

Conseil des aînés
900, boulevard René-Lévesque Est
8^e étage, bureau 810
Québec (Québec) G1R 2B5

Téléphone : (418) 643-0071
Télécopieur : (418) 643-1916
Courriel : aines@conseil-des-aines.qc.ca
Internet : www.conseil-des-aines.qc.ca

Dépôt légal - 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque et archives Canada
ISBN – 2-550-46688-8
Gouvernement du Québec

Préambule

Le Conseil des aînés du Québec a principalement pour mandat de promouvoir les droits des personnes âgées, leurs intérêts et leur participation à la vie collective. Il a également pour fonction de conseiller la ministre de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine et le gouvernement sur toute question qui concerne ces personnes, notamment quant à la solidarité entre les générations, l'ouverture au pluralisme et le rapprochement interculturel.

Le Conseil s'assure, en outre, de promouvoir une image réaliste du vieillissement, d'encourager l'engagement social des aînés, leur participation aux instances consultatives et décisionnelles ainsi que de favoriser leur autonomie physique, psychologique, affective et sociale. Considérant l'importance de l'accès à des services de santé et à des services sociaux pour le maintien de la santé et de la qualité de vie des aînés, et particulièrement des aînés fragiles ou en perte d'autonomie, le Conseil présente son avis sur le document de consultation portant sur les services de santé et les services sociaux intitulé : *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité.*

Introduction

Le système de santé et de services sociaux public et universel du Québec représente un acquis collectif important pour l'ensemble de la population. Depuis plusieurs années toutefois, différents problèmes y apparaissent. Qu'ils soient de nature organisationnelle, financière, informationnelle, clinique ou humaine, ils concourent à en réduire la performance et à compromettre l'atteinte de ses objectifs. Ainsi, malgré les améliorations et les investissements apportés au cours des années, des problèmes de qualité et d'accès aux services publics demeurent.

Nul ne doute que cet état de situation a contribué à l'émergence du débat sur le rôle et la place du secteur privé et de l'assurance privée dans le système public de santé et de services sociaux. En ce sens, l'Arrêt Chaoulli de la Cour suprême du Canada interpelle le gouvernement en statuant que l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par le régime public de santé et de services sociaux du Québec contrevient à la Charte québécoise des droits et libertés.

Le Conseil des aînés, de par son mandat spécifique, est situé au centre de cette discussion et souhaite vivement participer à la recherche de moyens pour maintenir et améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux. À l'instar de plusieurs, il est d'avis que cela ne peut être fait sans un redressement très vigoureux de la gestion et du financement du système public.

Commentaires généraux

D'entrée de jeu, on note que les quatre premiers chapitres du document servent à dresser un état de situation des réalisations des dernières années du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Celles-ci touchent principalement trois secteurs, soit la **prévention**, l'**organisation des services** et leur **qualité**. La plupart des actions proposées sont soit déjà réalisées, en cours de réalisation, ou déjà prévues et en voie d'implantation.

Le document indique que le système de santé et de services sociaux est confronté à d'importantes problématiques associées tout particulièrement au vieillissement de la population. Ainsi, on entrevoit une augmentation de la demande de services due principalement à la hausse du nombre de personnes ayant des incapacités et à l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques associées au vieillissement. Les avenues envisagées pour faire face à ce défi doivent donc répondre aux besoins actuels des aînés en perte d'autonomie, mais également à ceux des cohortes d'âge qui suivront.

I Le premier ordre de solutions : la poursuite des orientations

Pour réduire les pressions sur le système de santé et de services sociaux, des efforts considérables devront être faits en matière de prévention non seulement auprès des générations montantes, mais également auprès des cohortes de baby-boomers.

Contrairement à certaines croyances, les dernières données de la Fondation des maladies du cœur¹ indiquent que la santé actuelle et future des baby-boomers risque d'être moins bonne que celle de leurs aînés. En effet, la sédentarité et le taux d'obésité plus élevés chez ce groupe, joutés à de mauvaises habitudes de vie, comptent parmi

¹ *Le Bulletin annuel de santé des Canadiens et des Canadiennes de la Fondation des maladies du cœur*, 2006.

les facteurs de risque dans le développement du diabète et des maladies cardiovasculaires. Cela ne sera pas sans impacts majeurs sur la demande de services de santé et de services sociaux et, conséquemment, sur les coûts qui en découleront.

Il faudra également considérer l'augmentation du nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus. Ce groupe, qui nécessite une grande part des services de santé et des services sociaux, sextuplera au cours des prochaines décennies, passant de 95 325 à 583 924 entre 2001 et 2051². Malgré les actions prévues pour améliorer les services offerts par le réseau public, les listes d'attente, déjà longues, risquent de s'allonger encore!

Les actions visant l'amélioration de l'**organisation des services** et de **leur qualité** sont essentielles pour assurer une meilleure gestion et une meilleure prestation de services. La personne doit recevoir la bonne intervention, au bon moment, au bon endroit, avec l'expertise et la technologie appropriées et la qualité requise. En ce sens, le Conseil croit que cette orientation doit être poursuivie et même, accentuée.

Par ailleurs, malgré les améliorations et les investissements de 3 milliards de dollars effectués depuis les trois dernières années par le gouvernement, des problèmes d'accès aux services existent toujours et les budgets supplémentaires requis sont toujours manquants, notamment pour l'implantation du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*. Le budget du secteur de la santé et des services sociaux est passé de 17,8 milliards à près de 21 milliards de dollars en moins de trois ans, soit une augmentation de plus de 1 milliard par année. Selon le rapport Ménard³, la projection des revenus et des dépenses de santé et de services sociaux d'ici les vingt-cinq prochaines années indique un écart de près de 25,5 milliards de dollars entre les revenus (47,5 milliards) et les dépenses (73,0 milliards). On peut donc se demander comment les actions prévues seront financées. De plus,

² Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, à paraître.

³ Ménard L. Jacques et autres, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations*, 2005.

des investissements seront également nécessaires pour assurer la garantie d'accès à certaines chirurgies électives.

Considérant cet état de situation, le Conseil souhaite un meilleur contrôle des dépenses de santé et de services sociaux afin d'améliorer l'efficacité de l'actuel système de santé. Il propose donc une rationalisation et un suivi des dépenses déjà consenties au secteur de la santé et des services sociaux. Il demande de revoir le panier de services offerts et la priorisation de ces services.

Le Conseil est donc en accord avec ce premier ordre de solutions préconisé dans le document de consultation. Il croit toutefois que les mesures de prévention visant à encourager la pratique d'activités physiques devraient s'adresser à l'ensemble de la population, particulièrement aux baby-boomers. Le Conseil insiste également pour que les actions prévues dans ce premier ordre de solutions soient réalisées promptement afin de faire face aux défis le plus rapidement possible.

II Le deuxième ordre de solutions : une garantie d'accès à certaines chirurgies et une ouverture à l'assurance privée (réponse au jugement de la Cour suprême du Canada)

Le choix du citoyen

La description du fonctionnement relatif aux chirurgies électives, faisant l'objet d'une garantie d'accès dans des délais médicalement acceptables, manque de clarté selon le Conseil. À partir de ce qui est indiqué dans le document, on ne comprend pas exactement quand et comment une personne peut obtenir le traitement requis selon qu'elle fait le choix de recourir au secteur privé ou au secteur public. Par ailleurs, le texte laisse supposer que, malgré un accès garanti par le réseau public dans des délais médicalement acceptables, une personne privilégiant le secteur privé pourrait recevoir

les services plus rapidement que celle qui fait le choix du réseau public. **Le Conseil croit que des précisions devraient être apportées sur ce point.**

Le document semble indiquer que les options suivantes sont offertes au citoyen :

- recevoir directement l'ensemble des services requis dans une clinique privée où pratiquent des médecins ne participant pas au régime public et assumer les coûts encourus;
- adhérer à une assurance privée et recevoir l'ensemble des services dans une clinique privée où pratiquent des médecins ne participant pas au régime public;
- recevoir l'ensemble des services par l'intermédiaire du réseau public (médecins participant au régime public), dans un délai maximum préétabli, selon la garantie d'accès pour ces types de chirurgies.

L'accessibilité et l'utilité de l'assurance privée

L'ouverture restreinte à l'assurance privée apparaît un bon choix pour éviter le développement d'un libre marché pouvant menacer l'intégrité du système public. Les différentes modalités de fonctionnement prévues, telles que l'exclusivité de la rémunération, le plafonnement du nombre de médecins autorisés à pratiquer dans le secteur privé et le plafonnement de la tarification, sont rassurantes à cet effet, pour maintenir l'étanchéité entre le secteur public et le secteur privé et ainsi limiter les effets négatifs pour les clientèles vulnérables.

En revanche, cette ouverture au secteur privé n'apparaît pas dégager une piste très prometteuse de résultats dans le contexte présenté dans le document de consultation. En effet, la clientèle potentielle pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte est constituée essentiellement de personnes âgées. En considérant les facteurs de risque que l'on retrouve chez cette clientèle particulière, on peut

légitimement se demander qui pourra vraiment se permettre d'avoir accès à l'assurance privée à des coûts raisonnables. Ces questions deviennent des plus pertinentes lorsque l'on sait que les personnes âgées de 65 ans ou plus ont un revenu moyen de moins de 22 000 \$ en 2002 et que près des deux tiers (60,5 %) ont un revenu de moins de 15 000 \$⁴.

De même, une seconde interrogation se profile relativement à l'intérêt que peut avoir une personne âgée à revenu modique, de contracter une telle assurance privée si par ailleurs l'accès au réseau public dans des délais préétablis pour ces chirurgies est garanti.

Les délais d'attente

La garantie d'accès précise que la personne recevra dans un délai de six mois, ou d'au plus neuf mois, les traitements requis. Or, les délais préalables à l'inscription sur une liste d'attente ne sont pas pris en considération. Pourtant, il existe aussi des délais importants actuellement pour consulter un médecin généraliste ou un médecin spécialiste, en ophtalmologie par exemple, où le délai est souvent de six mois. Cette période d'attente prolonge donc le moment où la chirurgie est garantie. Ainsi, le délai total pourrait s'étendre facilement jusqu'à 18 mois, ou même plus dans certains cas.

C'est pourquoi le Conseil est d'avis qu'il faut certainement offrir le traitement dans des délais médicalement acceptables une fois que le diagnostic est posé, mais également faire en sorte de faciliter l'accès aux généralistes et aux spécialistes dans des délais tout autant acceptables.

⁴ Conseil des aînés, *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition, à paraître.

La faisabilité

Dans un autre ordre d'idées, la mise en place de cette garantie d'accès reste préoccupante. On comprend que cette proposition va garantir un traitement dans des délais préétablis pour des chirurgies qui présentent des listes d'attente déjà importantes. La mise en place de ce système nécessitera cependant des investissements considérables de ressources humaines et financières pour respecter ces délais. Dans un contexte où les ressources financières de l'État sont limitées et où le réseau fait déjà face à un manque chronique de main-d'œuvre, qui risque d'ailleurs de perdurer et même de s'aggraver, il y a lieu de se demander comment on réussira à réduire les listes d'attente actuelles et à répondre à la demande croissante qu'entraînera le vieillissement de la population.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec⁵ estime qu'il manque un millier de spécialistes actuellement pour assurer des soins de qualité et sans délais d'attente excessifs. Le document de consultation fait même état du besoin de recruter, d'ici 2015, de 13 000 à 22 000 personnes par année, pour assurer le remplacement du personnel (infirmier et autres) qui quitte et pour répondre aux nouveaux besoins. Cela représente jusqu'à 198 000 personnes d'ici neuf ans. Le recrutement du personnel sera de plus en plus difficile, d'autant plus si l'on tient compte de la diminution prévue du ratio⁶ du nombre de travailleurs par personne retraitée. En effet, on évalue que le ratio de cinq travailleurs pour une personne retraitée en l'an 2000, passera à deux travailleurs pour une personne retraitée en l'an 2050.

La même question se pose pour ce qui est du financement, à savoir comment financera-t-on cet accès garanti dans des délais préétablis, et ce, en sus de toutes les autres actions prévues dans le premier ordre de solutions?

⁵ Estimation donnée par le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec dans un article publié sur le site Internet de Cyberpresse le 17 février 2006.

⁶ Conseil des aînés, *Mémoire sur le projet de loi n° 102, Loi modifiant la Loi sur les régimes complémentaires de retraite*, 2000.

Considérant les ressources disponibles et les investissements requis, le Conseil reste perplexe quant à la capacité du réseau public de répondre à cette demande de performance.

Dans l'ensemble, le Conseil est en accord avec la proposition du gouvernement d'ouvrir graduellement la porte à l'assurance privée et de façon restreinte à certaines chirurgies électives. Cependant, certains questionnements demeurent quant au choix du citoyen, à l'accessibilité et à l'utilité de l'assurance privée, aux délais ainsi qu'à la faisabilité.

III Le troisième ordre de solutions : un questionnement ouvert sur les enjeux liés au financement à plus long terme du secteur de la santé et des services sociaux en vue d'un débat plus vaste sur l'avenir des finances publiques

Les trois pistes de réflexion, issues du rapport Ménard et soumises à la consultation, abordent des solutions qui ont déjà été avancées par le passé, entre autres dans le rapport Clair. Le Conseil avait d'ailleurs émis ses recommandations dans le cadre d'un mémoire présenté à la commission Clair en septembre 2000.

La hausse des transferts du gouvernement fédéral

En ce qui a trait à la piste de réflexion concernant la poursuite des démarches du gouvernement provincial auprès du gouvernement fédéral afin que ce dernier hausse ses transferts aux provinces en matière de santé, le Conseil croit ne pas avoir suffisamment d'information pour se prononcer de façon adéquate. Cette proposition semble toutefois faire l'unanimité au Québec.

Par ailleurs, le Conseil est d'avis que tout financement versé dans le cadre de l'entente entre le Québec et le Canada, relativement à l'engagement pris par le gouvernement fédéral de réduire les délais d'attente et de garantir à tous les Canadiens les traitements requis, devra être utilisé exclusivement pour les soins de santé et de services sociaux.

La création d'un « compte santé et services sociaux »

Le Conseil est en accord avec la création d'un « compte santé et services sociaux » qui viserait à informer la population et à la sensibiliser à la problématique du financement des services de santé et des services sociaux. Cela permettrait de déterminer clairement l'ensemble des revenus et des dépenses affectés à ce secteur. Toutefois, comme ce compte inclurait tous les services (services médicaux, établissements, programmes particuliers, médicaments et autres), il ne permettrait pas de distinguer les revenus et les dépenses provenant d'un éventuel régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

Concernant la mise en place de nouvelles sources de revenus, il y a tout lieu de croire qu'une telle perspective est inévitable pour combler l'écart grandissant entre les dépenses et les revenus (25,5 milliards en 2030). **Le Conseil croit que toute nouvelle source de revenus, qu'il s'agisse d'une taxe, d'une tarification, d'une ponction spécifique, etc., devrait être exclusivement allouée aux services de santé et aux services sociaux afin que le citoyen puisse facilement connaître le montant de la contribution qu'il débourse pour ce secteur.**

L'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie

Un régime d'assurance contre la perte d'autonomie aurait avantage à être présenté selon un libellé propre à atténuer les stéréotypes et les préjugés qui, trop souvent, désignent les personnes âgées comme étant des personnes malades qui ne font que consommer des services et qui coûtent cher. Ainsi, un « régime d'assurance solidarité »

ou encore un « régime d'assurance contre la perte d'autonomie liée au vieillissement » serait peut-être plus approprié puisque, en fait, il interpelle la solidarité entre toutes les générations.

L'idée de mettre en place un régime d'assurance distinct pour assurer les services liés à la perte d'autonomie, dont la gestion serait confiée à un tiers payeur, a déjà été proposée par le passé (rapport Clair et rapport Ménard). **Bien que le Conseil se montre favorable à la mise sur pied d'un fonds dédié à la perte d'autonomie, il demeure cependant inquiet quant à sa gestion et à son utilisation.**

En effet, les expériences antérieures de ce type de fonds dédié, tel que celui de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou celui de l'assurance-emploi, ont de quoi semer le doute quant à la garantie de réserve du fonds. Celle-ci est trop souvent tributaire des décisions du gouvernement. Des mesures étanches devront donc être prises pour offrir le plus de garanties possible et rassurer la population à cet égard, comme dans le cas de la Caisse de dépôt et placement du Québec ou du Régime des rentes du Québec.

Par ailleurs, le document de consultation ne précise pas clairement si le régime s'adresserait uniquement aux personnes âgées de 65 ans ou plus en perte d'autonomie ou à toute personne en perte d'autonomie, peu importe son âge.

Puisque ce fonds dédié constitue un moyen pour faire face au défi du vieillissement de la population, le Conseil est d'avis qu'il doit servir **exclusivement** à rendre disponibles des services aux personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement. Cet aspect est incontournable et essentiel.

Le Conseil est d'avis que le régime d'assurance contre la perte d'autonomie doit correspondre au but pour lequel il est destiné, à savoir : être à l'usage exclusif des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches-aidants, pour des

services de soins de longue durée non couverts par le régime d'assurance maladie, soit l'aide aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique.

Quant à l'ampleur de la contribution des citoyens, au degré de couverture du régime ainsi qu'au panier de services offerts, les discussions restent à faire à ce sujet et c'est avec un intérêt des plus vifs que le Conseil entend y participer.

Afin de répondre aux défis qui sont déjà devant nous, **le Conseil croit également que ce fonds dédié ainsi que les sources de financement qui serviront à le développer, doivent être mis en place le plus rapidement possible.**

Divers modes de financement peuvent être envisagés pour constituer le fonds, tels qu'un impôt spécifique, une taxe à la consommation, la tarification de services ou un transfert fédéral dédié à ce fonds. Il pourrait également être intéressant de s'inspirer d'actions entreprises en ce sens par d'autres pays, telle la « Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » implantée en France où, chaque année, le salaire d'une journée de travail supplémentaire est demandé aux salariés pour financer la caisse.

Le Conseil est également d'avis que la ou les sources de financement qui seront privilégiées devront respecter une équité intergénérationnelle.

Conclusion et résumé des recommandations

Face aux défis du vieillissement de la population et à l'épineux problème des finances publiques, notre société est placée devant des choix difficiles, mais inévitables.

Les propositions soumises à la consultation peuvent sans doute apporter une partie de la réponse à ces préoccupations. Cependant, le Conseil estime que le problème du financement global du système de santé et de services sociaux ne pourra pas être complètement résolu, malgré les mesures proposées.

Il espère toutefois que les choix retenus puissent contribuer au maintien d'un système public et universel, accessible et de qualité, pour tous les citoyens, dans l'esprit d'une équité intergénérationnelle. C'est pourquoi le Conseil rappelle à la Commission des affaires sociales ses propositions, à savoir :

Eu égard à la poursuite des orientations, le Conseil est en accord avec ce premier ordre de solutions et propose :

- Qu'un meilleur contrôle des dépenses de santé et de services sociaux soit effectué par une rationalisation et un suivi des dépenses déjà consenties au secteur de la santé et des services sociaux, une révision du panier de services offerts et de la priorisation de ces services;
- Que les mesures de prévention visant à encourager la pratique d'activités physiques s'adressent à l'ensemble de la population, particulièrement aux baby-boomers;
- Que les actions prévues dans ce premier ordre de solutions soient réalisées promptement afin de faire face aux défis le plus rapidement possible.

Eu égard à la garantie d'accès, le Conseil est en accord avec la proposition du gouvernement d'ouvrir graduellement la porte à l'assurance privée et de façon restreinte à certaines chirurgies électives. Il émet toutefois les réserves suivantes :

- Considérant les ressources disponibles et les investissements requis, le Conseil reste perplexe quant à la capacité du réseau public de répondre à cette demande de performance;
- Des précisions devraient être apportées au regard des aspects suivants : options qui s'offrent au citoyen, accessibilité et utilité de l'assurance

privée, délais (incluant l'accès à un médecin généraliste ou à un spécialiste) ainsi que faisabilité.

Eu égard aux questionnements sur les enjeux liés au financement, le Conseil est favorable aux pistes de réflexion proposées avec les conditions suivantes :

- Que tout financement versé dans le cadre de l'entente entre le Québec et le Canada, relativement à l'engagement pris par le gouvernement fédéral de réduire les délais d'attente et de garantir à tous les Canadiens les traitements requis, soit utilisé exclusivement pour les services de santé et les services sociaux;
- Que toute nouvelle source de revenus attribuée au « compte santé et services sociaux », qu'il s'agisse d'une taxe, d'une tarification, d'une ponction spécifique, etc., soit uniquement allouée aux services de santé et aux services sociaux afin que le citoyen puisse facilement connaître le montant de la contribution qu'il débourse pour ce secteur;
- Que le régime d'assurance contre la perte d'autonomie corresponde au but pour lequel il est destiné, à savoir être à l'usage exclusif des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches-aidants, pour des services de soins de longue durée non couverts par le régime d'assurance maladie, soit l'aide aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique;
- Que ce fonds dédié ainsi que les sources de financement qui serviront à le développer soient mis en place le plus rapidement possible;
- Que la ou les sources de financement qui seront privilégiées pour le fonds respectent une équité intergénérationnelle.