



Mémoire présenté
à la commission des affaires sociales

dans le cadre d'une consultation générale
sur le document intitulé :

**« Garantir l'accès : un défi d'équité,
d'efficience et de qualité »**

FADOQ – *Mouvement des Aînés du Québec*

Mars 2006

Table des matières

Avant propos.....	3
Présentation de la FADOQ	3
La poursuite des orientations déjà amorcées.....	4
● La prévention comme facteur d'évolution du système de santé	4
● L'amélioration de l'organisation des modes de prestation et de services	5
● L'optimisation de la qualité des services	5
✓ Le traitement des plaintes.....	5
✓ La certification des résidences privées.....	6
✓ L'informatisation et la circulation de l'information	7
Une proposition de réponse au jugement de la cours suprême au dossier Chaouilli/Zelliotis.....	8
● Assurance privée	8
● Mécanisme d'accessibilité aux services publics de santé	8
Le financement à plus long terme du secteur de la santé et des services sociaux.....	10
● La hausse des transferts du Gouvernement Fédéral.....	10
● Un régime d'assurance contre la perte d'autonomie	10
● Un compte santé et services sociaux	12
Conclusion	12
Résumé des recommandations.....	13

Avant propos

La FADOQ – *Mouvement des Aînés du Québec* accueille avec ouverture la proposition du présent gouvernement qui vise à améliorer l'accès des Québécois aux services de santé sans toutefois remettre en cause le principe de l'accès universel. Dans le cadre d'un débat aussi fondamental que celui sur l'avenir de notre système de santé, nous croyons qu'il est essentiel d'introduire et de multiplier les possibilités où les citoyens peuvent s'exprimer et participer activement aux décisions. Nous espérons que les travaux qui s'amorcent permettent au système de santé d'évoluer et ce, de manière globale et non d'un seul point de vue curatif.

Présentation de la FADOQ

La FADOQ - *Mouvement des Aînés du Québec* est un regroupement volontaire de personnes âgées de 50 ans et plus dont l'objectif principal est de maintenir et d'améliorer la qualité de vie de ses membres et par voie de conséquence, de l'ensemble des aînés québécois.

Depuis déjà 35 ans, elle œuvre activement en matière de politique publique, a participé à des coalitions, à des délégations pour rencontrer des politiciens et des fonctionnaires, a témoigné, à titre de représentante des aînés, à des consultations publiques et a consolidé des partenariats en divers domaines. Elle a de ce fait proposé plusieurs solutions aux décideurs afin de régler un certain nombre de questions d'actualité, touchant notamment les aînés.

Aujourd'hui, la FADOQ est présente dans 16 régions du Québec et rassemble 281 000 personnes. Active dans le domaine du loisir, elle défend également les droits de ses membres dans des domaines aussi variés que ceux de la santé, du logement, des revenus, du transport, du vieillissement et de la violence. La FADOQ défend les droits de ses membres afin de leur offrir un terrain propice à leur épanouissement, quel que soit l'endroit où ils habitent. L'implication sociale de ses membres collabore aussi au mieux-être de la communauté et à l'équilibre de notre société.

La poursuite des orientations déjà amorcées

● La prévention comme facteur d'évolution du système de santé

La prévention fait souvent partie des discours officiels, mais très peu d'actions sont réellement entreprises au-delà des constats signifiés dans de nombreux rapports. On continue d'investir massivement dans le curatif au détriment du préventif. À l'image de nos revendications passées, la prévention et la promotion de la santé nous semblent essentielles dans la réorganisation des soins de santé et dans la philosophie qui les sous-tend. Alimentation adéquate, forme physique, abstinence du tabagisme et bonne utilisation des médicaments forment à coup sûr des éléments sur lesquels les individus peuvent avoir le contrôle et inévitablement avoir une incidence positive sur la santé.

Il est certain que l'élaboration de stratégies de prévention efficaces ainsi que la diffusion de ces dernières à la population nécessitent des investissements substantiels pour l'atteinte des objectifs. Certains spécialistes chiffrent ces dépenses à 10 % du budget global en santé. Nous aurions aimé voir la place qu'occupe actuellement la prévention au tableau 1 du document de consultation présentant les dépenses du ministère de la santé et des services sociaux et leur financement pour 2005-2006 afin de mieux cerner les volontés du gouvernement à ce chapitre.

De plus, nous croyons encore qu'il est d'actualité de réitérer la nécessité de mettre en place des mécanismes de consultations, tant au niveau central que régional avec les organismes communautaires qui se sont montrés intéressés à s'investir dans la prévention et la promotion de la santé. Nous croyons que cette démarche permettrait l'utilisation de réseaux déjà implantés, tout en respectant les mesures ou programmes mis en place par ces organismes.

Pour illustrer ce point, prenons l'exemple de programmes de prévention des chutes (ex. Parachute) dont certains organismes d'aînés, en collaboration avec leurs CLSC, font la promotion. La gestion des médicaments avec des programmes tels *Les médicaments Oui... Non... Mais !* est un autre exemple de campagne efficace de prévention où l'utilisateur est interpellé et mieux outillé pour prendre en charge sa santé.

Les mesures préventives doivent être adressées autant aux plus jeunes populations qu'aux plus âgées. Il serait navrant de constater qu'en raison de l'âge on renonce à adopter de meilleurs comportements ou qu'on néglige d'en faire la promotion auprès des personnes dites âgées.

● L'amélioration de l'organisation des modes de prestation et de services

Depuis 2004, des efforts en vue d'une organisation plus efficiente se sont déployés dans l'ensemble des établissements du réseau de santé. Nous sommes assez en accord avec le principe sur lequel sont basés les travaux mais comme la mise en place de ce modèle n'est pas complétée, nous trouvons difficile d'en analyser la portée sur le terrain. La population Québécoise a été témoin des différentes réformes de notre système de santé ; elles se sont succédées mais ont les a jamais terminées. Prenons à titre d'exemple le virage ambulatoire qui a donné naissance à des centres ambulatoires, mais l'argent pour les opérer n'a jamais suivi. Donc comme avant, malgré l'investissement dans le béton et la technologie on utilise ces centres à des fins de cliniques externes.

Selon nous, plusieurs étapes sont encore à compléter avant de pouvoir analyser l'efficacité de la consolidation des services de première ligne, la structuration du continuum des services et la création des CSSS. À cet effet, permettez-nous quelques inquiétudes puisque l'ensemble du plan présenté dans le document de consultation part du postulat que cela fonctionne.

Par ailleurs, il ne fait aucun doute que malgré les 3 milliards de dollars supplémentaires investis au cours des trois dernières années, il faudra encore beaucoup plus pour compléter les travaux visant la garantie d'accès considérant qu'elle sera doublée de la mise en place du plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie. Sans prétendre être des spécialistes en finances, nous trouvons que les 20 millions de dollars prévus à la mise en œuvre de cette proposition, représente une enveloppe bien conservatrice.

● L'optimisation de la qualité des services

✓ **Le traitement des plaintes**

Tel que mentionné à l'article 227 du projet de loi 83, le mandat du Protecteur des usagers sera étendu aux résidences privées dans le contexte de la certification obligatoire. Considérant qu'il existe au Québec un grand nombre de résidences privées et que le processus de plaintes actuel est limité au réseau public, le Protecteur des usagers devra s'adapter à ce réseau privé, autant en terme d'approche qu'en terme de quantité de lieux à investiguer en cas de plaintes.

Nous en concluons ainsi qu'il est important d'élaborer, avec le Protecteur des usagers, un volet spécifique, financé adéquatement, afin de répondre aux plaintes issues du réseau des résidences privées avec services pour aînés.

✓ **La certification des résidences privées**

Le processus de certification a fait l'objet de deux consultations, soit une dans le cadre du projet de loi 83 et l'autre portant plus précisément sur les critères sociosanitaires. Comme la FADOQ est très impliquée dans ce dossier, depuis déjà dix ans, inutile de dire que nous avons saisi l'occasion de participer à ces réflexions.

Sans revenir sur l'ensemble du dossier, nous tenons à réitérer notre volonté à être un organisme reconnu par le Ministre. Au cours de nos échanges avec le Ministre et avec la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie, nous avons exprimé notre désir de collaborer avec le MSSS à ce processus de certification. Plus précisément, notre participation se situerait au niveau du rôle assumé à titre d'organisme reconnu pour vérifier la conformité aux critères sociosanitaires et la satisfaction à certaines exigences prévues par règlement sur les critères sociosanitaires.

Quoique les critères sur lesquels le Ministre s'appuiera pour faire le choix de cet organisme ne soient pas connus pour le moment, nous croyons que l'expertise que la FADOQ a développée, avec ses partenaires, au cours des dix dernières années, dans le cadre du Programme ROSES D'OR jouera en notre faveur. De plus, la qualité du travail de partenariat qui a été effectué avec les représentants du réseau des CSSS et des Agences de Santé fait en sorte que plusieurs d'entre eux réclament ouvertement notre participation à ce processus de certification. Par ailleurs, par cette collaboration, ils souhaitent éviter d'être juges et parties en plus de reconnaître que dans bien des cas ils n'ont pas les ressources humaines ou financières pour assumer entièrement ce rôle.

Nous croyons qu'il serait important de clarifier, tôt dans les démarches visant la mise en place du processus de certification, la position du MSSS à cet égard, ce qui permettrait de mettre en commun nos expertises pour que soient mieux servies les personnes âgées.

Dans un deuxième ordre d'idées, il nous est apparu de façon très explicite dans le document de consultation que les résidences privées accueilleraient dorénavant des clientèles en perte d'autonomie. Ce constat nous amène une fois de plus à souligner l'importance de définir la perte d'autonomie.

✓ ***L'informatisation et la circulation de l'information***

L'informatisation et la circulation de l'information des dossiers médicaux nous ont toujours semblés d'une importance capitale. Tel que mentionné par le ministre Couillard, nul n'ignore que le nombre de personnes hospitalisées à cause de problèmes médicamenteux ou de problèmes de santé mal résolus est beaucoup trop important. Et ces personnes malades, notamment les aînés, ont soit de la difficulté à avoir un médecin de famille ou consultent un grand nombre de médecins spécialistes. Cela a pour fâcheuse conséquence que plusieurs personnes doivent se faire soigner dans des cliniques sans rendez-vous ou rencontrer des médecins dans diverses cliniques ou centres hospitaliers. Le suivi de leur dossier peut en conséquence être négligé et ainsi avoir un impact entre l'adéquation des médicaments et de l'ensemble du profil de santé de la personne.

La FADOQ – Mouvement des Aînés du Québec s'était impliquée dans le comité sur la carte à puces du précédent gouvernement. Nous en avons conclu qu'il était nécessaire d'informatiser le dossier des personnes malades, et ce, dans les limites du respect du consentement du patient. Nous croyons que l'approche actuelle de favoriser un système de code d'accès pour les professionnels de la santé favoriserait la transmission d'informations, notamment pour les personnes souffrant de déficit cognitif.

L'actuel projet de loi semble surtout se centrer sur l'informatisation de tout le réseau de la santé. Bien entendu, c'est d'une nécessité absolue. Plusieurs items devront être éclaircis, à la lumière des travaux précédents. La notion de consentement est importante, mais pour que le système fonctionne, il faudra établir des balises obligatoires, sinon, le système ne pourra jamais fonctionner. Dans de tels cas, comment un médecin fera-t-il pour savoir si effectivement, le patient qu'il a devant lui ne souffre pas réellement d'une maladie donnée, ou qu'il a refusé que ce soit inscrit à son dossier informatique ? Nous aimerions par ailleurs, connaître la position des médecins quant à leur désir d'implication à l'info route Santé du Canada ?

Une proposition de réponse au jugement de la cour suprême au dossier Chaouilli/Zelliotis.

La FADOQ salue globalement la décision du ministre de ne pas outrepasser le jugement en ouvrant la porte à la pratique médicale mixte, c'est-à-dire privée et publique. Il a été pour nous rassurant de constater que cette réponse au jugement de la cour suprême dans l'affaire Chaouilli / Zelliotis vise d'abord à régler les problèmes d'accès aux services là où les attentes sont jugées inacceptables. En l'occurrence cette garantie d'accès aux services assure à la population les prestations de services indépendamment des revenus, respectant ainsi l'universalité. Maintenant, il faut analyser les modalités d'application d'un tel engagement et le financement requis pour l'actualiser.

La garantie d'accès se traduit de deux façons, soit par le biais d'assurance privée ou encore par l'amélioration du mécanisme d'accessibilité aux services publics de santé ;

● Assurance privée

Concernant la possibilité de souscrire à des assurances qui couvriraient certains services déjà assurés par la régie de l'assurance maladie, nous considérons que la stratégie proposée est prudente puisqu'elle préconise le maintien de l'étanchéité entre le secteur public et privé. Et par le fait même, limite le drainage d'effectifs au privé. Nous considérons par ailleurs qu'il est difficile d'analyser l'impact de cette nouvelle alternative puisque nous détenons très peu d'information. Les assureurs ne se sont pas prononcés quant à leur intérêt d'introduire des produits d'assurance pour répondre au jugement. À qui s'adresseront ces assurances, certainement pas aux gens à faibles revenus et aux personnes en attente de chirurgies de la hanche, du genou ou de la cataracte ? Nous ne croyons pas non plus que les plus jeunes veuillent se prémunir de cette garantie.

● Mécanisme d'accessibilité aux services publics de santé

Ce que nous avons compris du principe de la garantie d'accès ;

- La notion de garantie d'accès toucherait dans un premier temps les opérations de la hanche, du genou et de la cataracte.
- Si après six mois d'attente le patient n'a pas encore été soigné, son hôpital tentera de trouver une place dans un autre établissement de la région ou dans une autre région ou encore dans une clinique spécialisée affiliée.
- Ces cliniques affiliées à des centres hospitaliers publics seraient construites, équipées et gérées par le privé. Les médecins qui y travailleraient seraient affiliés au réseau public et seraient payés à l'acte. Les patients utiliseraient leur carte d'assurance maladie.
- Et si après neuf mois d'attente, il n'a pas encore eu de traitements, le gouvernement du Québec s'engage à faire soigner le patient dans une clinique privée ou à l'extérieur de la province.

Le problème d'accessibilité va bien au-delà des listes d'attentes. Comme le révèle le rapport de l'institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) près de la moitié du temps d'attente réel du patient se déroule avant que ce dernier se retrouve sur une liste d'attente¹. Le tiers du temps d'attente réel est vécu en amont de la première consultation d'un spécialiste et parfois plusieurs mois passent avant que l'on procède à des examens spécifiques qui permettent d'accéder à la liste d'attente. Le patient qui comptabilise le temps réel d'attente a patienté parfois jusqu'à 15 mois pour un remplacement de la hanche et jusqu'à 21 mois pour une chirurgie du genou.

Selon nous, à l'heure actuelle le gouvernement n'inclut pas l'ensemble des délais d'attente dans sa proposition. Et calculer la garantie d'accès à partir du diagnostic du spécialiste est une grave erreur. Nous savons que les chirurgies visées par cette consultation s'adressent majoritairement à des aînés et lorsque l'on parle de clientèles âgées, nous savons qu'elles ont des problèmes de santé liés plus souvent à l'âge. Notons à titre d'exemple, l'ostéoporose vécue chez les femmes. Et ces délais viennent fragiliser davantage cette clientèle en ayant pour résultante inévitable des coûts supplémentaires pour le système de santé.

Un autre questionnement persiste malgré les nombreuses réponses que nous met en lumière le document de consultation sur la faisabilité de ce projet notamment sur l'apport des cliniques affiliées à notre système. Si les services sont au moins de qualité égale, accessibles à tous, avec des employés rémunérés correctement et que les coûts sont remboursés par l'État, où peut donc être l'économie ? Surtout si l'on ajoute la marge de profit que sont en droit d'attendre des entreprises à caractère privé.

De plus, nous devons déjà composer avec des cliniques de chirurgies plastiques à qualité variables. Comment peut-on s'assurer que ces cliniques affiliées répondront réellement à des standards de qualité ? Vous nous direz avec un permis, mais encore !

Suite à l'instauration des cliniques affiliées, nous devons comprendre que les médecins devront travailler plus pour couvrir à la fois la clientèle des hôpitaux et aussi des cliniques affiliées puisque nous comptons actuellement pour l'ensemble du territoire québécois seulement 300 orthopédistes et 275 ophtalmologistes. Est-ce réaliste en attendant de pouvoir compter sur l'apport d'un plus grand nombre de diplômés ?

¹ ICIS. *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, 70p, 2006.

Soulignons également que cette alternative dans la proposition actuelle, ne représente pas à nos yeux une solution au problème d'accessibilité aux services médicaux pour les gens des régions puisque ces cliniques s'installent généralement dans les zones à forte densité de population. Et, il faut être conscients que pour de multiples raisons, il n'est pas évident pour certains individus d'aller se faire opérer à des kilomètres de leur domicile en considérant que la majorité des interventions requiert des soins pré et post - opératoires.

Le financement à plus long terme du secteur de la santé et des services sociaux

La FADOQ comprend l'intérêt d'aborder ce sujet dans le cadre d'une réflexion globale et profonde sur l'avenir de notre système de santé mais considère qu'il est tôt à ce moment-ci pour introduire des pistes de solutions quant aux nouvelles mesures de financement. Cependant, nous devrions davantage mettre en lumière les enjeux de la mise en place de mesures de financement à long terme tel qu'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

Comme nous le savons déjà, le financement des dépenses en santé provient principalement des taxes, des impôts, des contributions au Fonds des services de santé et du financement fédéral.

● La hausse des transferts du Gouvernement Fédéral

À cet effet, il va de soi que d'entrée de jeu, des efforts doivent être consentis à l'accroissement des transferts fédéraux au Québec en matière de santé. Par ailleurs, la collaboration entre les provinces et le gouvernement fédéral sur la réduction des délais d'attente, devra inévitablement se traduire par un apport financier.

● Un régime d'assurance contre la perte d'autonomie

À la première lecture de cette proposition, nous croyons que le réel défi de la pérennité du système de santé québécois réside dans la gestion des finances publiques. Le contexte du vieillissement de la population, conjugué à l'équité intergénérationnelle, nous permet d'entrevoir que la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie peut faire partie des solutions à envisager pour accroître le budget du Québec consacré à la santé et aux services sociosanitaires.

Sans tomber dans le mythe que les aînés de demain vieilliront en bonne santé et seront beaucoup plus riches que les générations précédentes, nous croyons que le problème de croissance des budgets en santé va bien au delà de la pression démographique sur la demande de services en santé. Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises au cours des dernières années, l'explosion des dépenses en santé relève également de l'évolution des pratiques médicales, de la gestion des maladies chroniques, des technologies renouvelables et du contrôle des coûts des médicaments plus performants. Nous avons d'ailleurs noté, dans le document de consultation *«garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité »*, que la cohabitation de ces dépenses en santé étaient plus clairement établies contrairement à d'autres écrits présentés par votre ministère.

Parallèlement à toutes nouvelles initiatives de financement, pour nous la FADOQ, il est clair que des efforts d'efficience doivent se poursuivre et ce, corroborés par des évaluations régulières de performance financière de notre système de santé afin de mieux contrôler la gestion des établissements.

Quelques prémisses à la mise en place d'un fonds d'assurance :

- Nous croyons qu'il doit faire l'objet d'un fonds distinct en santé, doublé d'engagements fermes du gouvernement québécois pour l'avenir. Il ne faudrait surtout pas répéter les ratés que nous avons connus notamment avec le Fonds d'indemnisation de la SAAQ où 2.1 milliards se sont volatilisés à d'autres fins.
- La caisse de ce régime devrait être sans aucun doute capitalisée afin de respecter l'équité intergénérationnelle et permettrait, peut-être même avec une partie du capital, de supporter une véritable stratégie de développement des soins de santé (ex. : maintien d'une expertise biomédicale et technologique au Québec).
- Avoir un modèle de réglementation restreignant les dépenses de gestion à 20 % par exemple, comme le font les fondations afin de limiter les dépenses et les salaires des gestionnaires.
- Si la prime est imposée à tous les contribuables, définir des barèmes de cotisations modulables selon les revenus et l'âge. Pour nous, il est essentiel que la capacité de payer des individus plus démunis soit prise en considération.
- Comme l'approche préconisée semble identifier les personnes vivant des incapacités comme possibles acheteurs de services, il faudrait en premier lieu s'assurer de structurer une offre de service de qualité et cela dans toutes les régions du Québec.

Par ailleurs, plusieurs aspects de cette assurance contre la perte d'autonomie restent en suspend. Combien Québec verserait-il d'argent annuellement dans ce fond, les 2,4 milliards qu'il débourse actuellement ou davantage ? Quels seraient les critères de l'évaluation de l'incapacité ? Selon les degrés d'incapacité, quels seraient les niveaux de prestation correspondants ? Est-ce que ce fonds d'assurance servirait à payer la note des centres d'hébergement, des soins à domicile et des services d'aide à la vie domestique ? Et les modalités de gestion pour l'utilisateur, relèveraient-elles du casse-tête ? Nous ne pouvons donner notre aval à une telle démarche sans connaître ces réponses.

Or dans ce contexte, nous insistons sur l'importance que ce nouveau concept soit débattu ultérieurement avec plus d'informations afin de circonscrire de façon plus claire les réelles volontés du gouvernement ainsi que le mode de fonctionnement de ce dernier basé sur des analyses qui mettent en valeur des indicateurs de succès.

● Un compte santé et services sociaux

Comme le mentionne le rapport du comité Ménard, cette mesure en est une de sensibilisation destinée à familiariser la population aux réalités du financement de notre système santé. Dans le passé, nous recommandions même de remettre un relevé de facturation aux utilisateurs de services de santé leur permettant ainsi de réaliser les coûts engendrés par l'intervention. Mais à l'heure actuelle, nous continuons de croire que cette alternative serait efficace mais nous croyons également qu'une telle mesure comporterait inévitablement des coûts de gestion supplémentaires.

Conclusion

Le livre blanc du ministre de la Santé et des services sociaux, monsieur Philippe Couillard, va bien au-delà d'une simple réponse à l'ultimatum lancé par la Cour suprême. Nous espérons que le simple fait d'ouvrir un débat aussi large ne viendra pas occulter le débat de fond lancé par le jugement Chaouilli/Zelliotis.

Nous espérons qu'à la lumière des travaux qui s'amorcent, l'option retenue ne sera pas la voie facile de faire payer aux contribuables l'augmentation des coûts en matière de santé sans s'assurer d'un assainissement durable du système de santé et ainsi en garantir sa pérennité. Il faut s'attaquer aussi à son fonctionnement sinon dans 10, 15 ou 20 ans le problème sera toujours là.

Résumé des recommandations

- S'assurer que de nouvelles sommes sont versées afin de financer adéquatement les coûts de mise en place de stratégies de prévention efficace.
- Prioriser la concertation tant au niveau central que régional avec les organismes communautaires qui se sont montrés intéressés à s'investir dans la prévention et la promotion de la santé.
- Compléter la réforme de l'organisation des modes de prestation et de services amorcé, il y a trois ans, et s'assurer d'en consolider les assises.
- Élaborer, avec le protecteur des usagers, un volet spécifique, financé adéquatement, afin de répondre aux plaintes issues du réseau des résidences privées avec services pour aînés.
- Favoriser des mécanismes de concertation permettant aux partenaires ayant acquis une expertise au fil des ans de s'impliquer dans la mise en place du processus de certification. Le MSSS doit cesser de faire cavalier seul.
- Définir la perte d'autonomie.
- Informatiser les dossiers des personnes malades afin que les professionnels de la santé y aient accès, et ce, en y établissant des cadres permettant de préserver la confidentialité désirée par la personne concernée.
- Considérer le problème d'accessibilité au-delà des listes d'attentes en calculant le délai réel d'attente à partir de la première consultation.
- Préconiser des solutions d'accès au-delà des centres urbains.
- Maintenir l'étanchéité de pratique entre les médecins participants et les non participants.
- Favoriser des mesures permettant de réduire les listes d'attentes qui ne remettent pas en cause le principe d'accessibilité universel.
- Poursuivre les efforts d'efficience et ce, corroborés par des évaluations régulières de performance financière de notre système de santé afin de mieux contrôler la gestion des établissements.
- Baliser le statut et le modèle de gestion du régime d'assurance contre la perte d'autonomie.
- Circonscrire les modalités de prestations reliées au régime d'assurance contre la perte d'autonomie.
- Consulter ultérieurement les citoyens précisément sur la création de ce Fonds lié à la perte d'autonomie.