

État de dossier

Courrier additionnel

19-MS-07501-02

De : Tremblay, Julie *Ministre*
Organisme : Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
Date : 2019-08-30

Objet: Courriel de Angie Hue - Transmet les commentaires concernant le projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur les patients

Commentaire:

Unité:	CABINET	Responsable:	Denis Simard
Sous-unité:	Ministre	Accusé de réception:	
Classement:	9999 99 - X		
Statut:	Fermé 2019-09-12		

Action

Destinataire: Denis Simard

Envoi	Échéance	Réalisation
2019-09-05	2019-09-09	2019-09-12

À faire: 0. Commande à placer

Résultat:

Action

Destinataire: Pierre-Albert Coubat

Envoi	Échéance	Réalisation
2019-09-16	2019-09-16	2019-09-16

À faire: 8. Pour information

Résultat:

Action

Destinataire: Guylaine Lajoie

Envoi	Échéance	Réalisation
2019-09-16	2019-09-16	2019-09-16

À faire: 8. Pour information

Résultat:

De : [Ministre](#)
A : [MSSS - Secrétariat administratif](#)
Objet : TR: Avis de la CSQ
Date : 3 septembre 2019 08:27:42
Pièces jointes : [image003.png](#)
[Financement à l'activité concurrence et compressions en vue dans le réseau de la santé et des services sociaux.pdf](#)
[Les enjeux du financement axé sur les patients.pdf](#)
[Microgestion croissante même vision, même piège.pdf](#)
[Un projet expérimental de comparaison des coûts irréaliste et contraire à l'intérêt public.pdf](#)
[D13329_Avis - Projet expérimental FAP.pdf](#)
[Lettre envoi avis projet expérimental.pdf](#)

De : Direction générale CSQ [mailto:direction_generale [REDACTED]]

Envoyé : 30 août 2019 09:26

À : Ministre <[Ministre](#) [REDACTED]>

Cc : Denis Simard <[denis.simard](#) [REDACTED]>

Objet : Avis de la CSQ

Bonjour,

Je vous transmets l'avis de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) dans le cadre du projet de règlement sur les conditions de mise en œuvre du projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient.

Vous trouverez également en pièce jointe quatre documents pertinents dont nous souhaitons vous faire part.

Recevez nos sincères salutations.



Angie Hue
Adjointe à la direction générale
Tél : (514) 356-8888, poste 2007
9405 rue Sherbrooke Est
Montréal (Qc) H1L 6P3
[REDACTED]

Avis de confidentialité

Le présent message, ainsi que tout fichier qui y est joint, est envoyé à l'intention exclusive de son ou de ses destinataires; il est de nature confidentielle et peut constituer une information privilégiée. Nous avertissons toute personne autre que le destinataire prévu que tout examen, réacheminement, impression, copie, distribution ou toute autre utilisation de ce message et tout document joint est strictement interdit. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, veuillez en aviser immédiatement l'expéditeur par retour de courriel et supprimer ce message et tout document joint de votre système.

Confidentiality Warning

This message and any attachments are intended only for the use of the intended recipient(s), are confidential, and may be privileged. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any review, retransmission, conversion to hard copy, copying, circulation or other use of this message and any attachments is strictly prohibited. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, and delete this message and any attachments from your system.



**Centrale des syndicats
du Québec**

Montréal, le 30 août 2019

Madame Danielle McCann
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Par courriel [ministre](#) [redacted]

**Centralisons
nos forces**

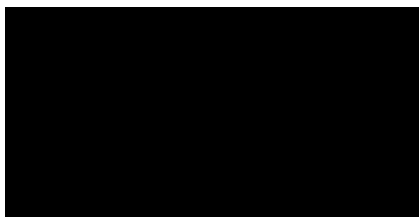
Objet : Avis de la CSQ dans le cadre du projet de règlement sur les conditions de mise en œuvre du projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient

Madame la Ministre,

C'est avec plaisir qu'au nom de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), je vous transmets l'avis de la CSQ déposé dans le cadre du projet de règlement sur les conditions de mise en œuvre du projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient.

Vous trouverez également en pièce jointe quatre documents pertinents dont nous souhaitons vous faire part.

Nous vous remercions de l'occasion qui nous est offerte de faire valoir notre point de vue et vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.



Julie Tremblay
Adjointe à la présidence de la CSQ

lacsq.org



**Un projet expérimental de comparaison
des couts irréaliste et contraire à
l'intérêt public**

**Observations déposées par la Centrale
des syndicats du Québec sur l'avis
présentant les conditions de mise en
œuvre du projet expérimental de
comparaison des couts liés aux
chirurgies et autres procédures sous
scopie**

**Avis présenté au ministère de la Santé et des
Services sociaux**

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Avril 2016



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

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

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

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

Introduction

Le 23 février dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient¹, soit le troisième volet de la réforme du réseau public de la santé et des services sociaux entreprise il y a plus d'un an, les premiers volets ayant modifié les structures et la gouvernance du réseau public de la santé et des services sociaux (projet de loi 10 adopté) et les modalités d'accès aux soins et services de santé (projet de loi 20 adopté).

Un avis² publié dans la *Gazette officielle du Québec* du 24 février 2016 précise les conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts de chirurgies d'un jour entre les établissements publics et les trois cliniques privées sélectionnées.

Les intentions et les prétentions du ministre sont nombreuses; la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) considérerait important de les rappeler avant de soumettre ses principales observations.

Afin d'instaurer un nouveau modèle de financement axé sur le patient, le gouvernement :

- A l'intention de déployer une méthode afin d'assurer le **suivi du cout par trajectoire de soins et de services** offerts aux usagères et usagers dans le réseau public de la santé et des services sociaux³;
- Compte recueillir le **maximum d'informations cliniques et financières** qui permettront de meilleures bases comparatives dans le réseau public de la santé et des services sociaux;

¹ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Le ministre Gaétan Barrette annonce un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient* (23 février). Repéré au msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1083.

² « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1386. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

³ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Le ministre Gaétan Barrette annonce la publication d'un avis d'intention concernant une solution informatique assurant le suivi par trajectoire des soins et services aux patients* (3 février). Repéré au msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1075.

- Souhaite définir les **bons indicateurs** qui lui permettront éventuellement d'ajuster le financement des établissements publics et d'améliorer la performance du réseau public de la santé et des services sociaux.

Les visées du ministre Barrette sont très explicites : « Les couts générés pour chaque patient, pour chaque service reçu, seront évalués et serviront de référence pour la mise en place ultérieure du financement à l'activité dans le réseau public... Ces trois cliniques [privées] nous offrent un **environnement propice à l'étalonnage**, un préalable essentiel pour établir de manière uniforme les couts associés au **parcours de soins** selon la nature du diagnostic et l'état de fragilité des patients. »

D'emblée, ces prétentions et ces affirmations soulèvent trois limites majeures, selon la CSQ :

- Un projet-pilote réalisé dans trois cliniques privées ne peut refléter la **réalité du réseau public de la santé et des services sociaux** : le ministre ne peut espérer obtenir des données concluantes à partir d'environnements privés, comme il le dit lui-même, très fermés, petits et contrôlés, et en appliquer les conclusions par la suite dans le système public, un milieu ouvert, vaste et cumulant de multiples responsabilités, notamment dans la prise en charge et le suivi de patients présentant de multiples problèmes sociaux et de santé.
- **L'uniformisation des couts** entre les établissements grâce au financement à l'activité n'est aucunement réaliste : « ... la variabilité des couts par épisode de soins dépend de nombreux paramètres dont l'âge et l'état de santé du patient, la localisation de l'hôpital, les installations ainsi que les ressources déjà en place⁴ ».
- Documenter le volet financier de quelques chirurgies d'un jour (**épisode de soins**), en excluant les soins préopératoires et le suivi postopératoire de l'usager, y compris les urgences nécessitant une hospitalisation (article 10⁵), ne constitue que l'un des maillons de la **trajectoire de soins**. En effet, « seule la portion unité d'intervention dans chaque clinique est prise en considération » dans l'établissement du cout de revient. Nous sommes très loin de l'implantation d'une méthode qui permettrait le suivi des couts dans l'ensemble du système de santé.

⁴ MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC (2016). *MQRP rejette la concurrence en santé* (5 février). Repéré au mqrp.qc.ca/communiqués/2016/02/05/mqrp-rejette-la-concurrence-en/.

⁵ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des couts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1389. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

En somme, le fait que trois cliniques privées soient considérées comme un « environnement propice à l'étalonnage » pour ajuster le financement des établissements publics et, qui plus est, sur la base d'un projet-pilote, à certains égards irréaliste et contraire à l'intérêt public, nous y reviendrons, est inadmissible. Tel que présenté, le projet-pilote nous apparaît être plus un exercice visant à favoriser la sous-traitance, par des prestataires privés de services publics de santé, qu'un réel exercice visant à améliorer l'efficacité globale du système de santé.

La CSQ dénonce le fait que le projet-pilote soit réalisé dans trois cliniques privées. La CSQ travaille à contrer la privatisation du système public de santé et agit pour défendre les grands principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité. Tout projet-pilote visant la révision du financement des établissements publics de santé doit être réalisé avec, pour et au sein de ces mêmes établissements. Un projet-pilote qui laisse beaucoup trop de questions en suspens.

1. Un projet-pilote qui laisse beaucoup trop de questions en suspens.

Rappelons, dans un premier temps, les objectifs du projet expérimental :

- **Documenter l'ensemble du volet financier** lié à la production de services de chirurgies et de procédures sous scopie, lesquelles sont les interventions visées par le projet expérimental, afin de détailler les coûts générés pour chaque usager pour une intervention visée (article 2, paragraphe 1⁶);
- **Améliorer l'accès à une intervention visée** pour les usagers des centres intégrés de santé et de services sociaux des régions de la Montérégie, de Laval et de Montréal ainsi que de certains autres établissements de cette dernière région (article 2, paragraphe 2⁶).

C'est le ministre qui déterminera la nature des interventions visées, dont les coûts feront l'objet d'une évaluation, l'ordre dans lequel ces interventions seront évaluées et la période pendant laquelle cette évaluation sera faite (article 6⁷). Le projet-pilote prendra fin à la date fixée par le ministre ou au plus tard le 31 décembre 2018. Ajoutons qu'en vertu du Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé⁸, près d'une cinquantaine de traitements médicaux et de chirurgies peuvent être réalisés en cliniques spécialisées privées.

⁶ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1387. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

Le ministre justifie le recours à un projet expérimental de comparaison des coûts en vertu du premier alinéa de l'article 434 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁹ :

Le ministre peut, dans l'exercice des fonctions qui lui sont conférées par la présente loi, malgré toute disposition inconciliable, mettre en œuvre, dans la mesure et aux conditions déterminées par le gouvernement, tout projet expérimental concernant l'organisation des ressources humaines ou matérielles des établissements aux fins de favoriser l'organisation et la prestation intégrées des services de santé et des services sociaux.

(Nos soulignements)

Il nous apparaît donc essentiel de soulever des questionnements et des préoccupations à l'égard de ces considérations. Si le ministre dit vouloir améliorer l'accès à certaines interventions visées et réduire ainsi les listes d'attente, nous ne comprenons toujours pas en quoi déterminer un coût optimal pour chaque intervention améliorera globalement l'organisation et la prestation intégrée des services de santé et des services sociaux. Tout projet-pilote ayant la prétention de vouloir contribuer à améliorer l'efficacité du système de santé devrait être envisagé globalement et non en milieu fermé, comme l'a prévu le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, étant donné que :

- La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, vise à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacité du réseau de la santé;

L'accès aux chirurgies d'un jour et la prise en charge des patients s'inscrivent dans la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, notamment dans la définition des nouveaux projets cliniques et organisationnels, et l'établissement des corridors de services;

⁸ QUÉBEC (2016). *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, chapitre S-4.2, r. 25, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/S_4_2/S4_2R25.htm].

⁹ QUÉBEC (2016). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2016, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html].

- Plusieurs études¹⁰ ont démontré que l'implantation de nouveaux modèles de financement des systèmes de santé soulève de multiples enjeux éthiques et organisationnels, que ce soit en termes d'accessibilité, d'équité, de qualité et de sécurité des services et des soins;
- L'absence de suivi de la qualité des soins, par la mise en place d'indicateurs et de cibles de résultats, est l'un des problèmes identifiés par le groupe d'experts s'étant penché sur le financement axé sur le patient, dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie (PAC), implanté au Québec en 2004-2005¹¹;

La CSQ considère qu'un comité d'éthique et d'évaluation indépendant devrait identifier les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus et encadrer le processus d'évaluation de tout projet-pilote réalisé dans le cadre de la révision du financement des établissements publics de santé.

2. Une comparaison des coûts irréaliste et contraire à l'intérêt public

Le principe de coût de revient d'une intervention constitue la trame de fond du projet-pilote. Or, tout le processus visant à le définir soulève de multiples préoccupations, questionnements et enjeux éthiques.

D'emblée, le ministre affirme qu'il veut déterminer et catégoriser les coûts d'une intervention (dépenses d'exploitation et d'immobilisation¹²) **de façon semblable** à celle du secteur public (article 3¹³) : nous ne croyons pas qu'il pourra le faire de façon complète, équitable et dans le respect de la Loi canadienne sur la santé. C'est ce que nous démontrerons.

¹⁰ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients. Revue de littérature sur les expériences étrangères*, [En ligne], 103 p. [insss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf].

¹¹ GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS (2014). *Pour que l'argent suive le patient - L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, [En ligne], 210 p. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

¹² Voir annexe « Informations financières nécessaires afin de juger de la pertinence de l'inclusion au coût de revient ».

¹³ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. » (2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1387. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

L'évolution constante des pratiques et des coûts directs et indirects, la nécessité de constituer des bases de données très détaillées ainsi que les transformations majeures qui ont cours actuellement dans l'organisation des services de santé rendront très difficile, voire impossible, le processus de comparaison des coûts souhaité par le ministre.

Plusieurs éléments nous apparaissent nébuleux. Par exemple, la dernière étape de la méthode retenue pour établir le coût de revient prévoit « une comparaison des coûts obtenus (avec quoi?) afin de valider le calcul et de s'assurer de la pertinence des hypothèses (lesquelles?) et des coûts inclus dans ce calcul ». Le projet-pilote s'appuierait donc sur des hypothèses que le ministre n'a pas daigné rendre publiques. Et pourquoi?

De plus, plusieurs choix méthodologiques dans la façon de « documenter l'ensemble du volet financier » nous apparaissent tendancieux. En voici quelques-uns.

2.1 Déduction des frais accessoires de santé du coût de revient

Parmi les informations financières que chacune des cliniques devra transmettre au ministre, mentionnons « les revenus provenant des sommes payées par un usager pour une fourniture médicale **ou autre** » (article 3¹⁴). Or, « lorsqu'il y a des revenus des usagers, ceux-ci sont déduits du coût de revient pour obtenir le coût net de production des services » (article 3¹⁴).

Ce choix pose plusieurs problèmes éthiques :

- Les frais accessoires de santé pour des services médicalement requis et assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont toujours interdits en vertu de la Loi canadienne sur la santé.
- Le coût de revient d'une intervention réalisée en clinique privée ainsi sous-évalué servira de base de comparaison pour les interventions réalisées en établissements publics où l'ensemble des coûts aura été imputé et comptabilisé dans le coût de revient (base de comparaison biaisée et déloyale).

¹⁴ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1387. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

- Cette approche induit indirectement l'idée que certaines contributions des usagers sont légitimes et pourraient possiblement être réclamées en établissements publics.
- On peut aussi estimer que ces interventions ne se feront éventuellement plus en établissements publics et que la facturation de frais accessoires de santé aux usagers sera largement admise dans les cliniques privées.

Dans tous les cas, cette approche nous apparaît illégitime, car contraire à l'esprit de la Loi canadienne sur la santé. La CSQ dénonce largement toute forme de tarification des services de santé qui en limite leur accessibilité. L'accès à des services de santé de qualité doit être assuré, peu importe le lieu où les services sont offerts et sans égard à la capacité de payer des individus¹⁵. Pour la CSQ, la privatisation des services de santé et la recherche de profits induisent une logique marchande qui réduit d'emblée l'accès universel aux services de santé.

2.2 Exclusion de la rémunération médicale dans le calcul du cout de revient

Sans surprise, nous apprenons que « les déboursés reliés à la rémunération médicale sont exclus du calcul » du cout de revient (annexe 1 A. Principe du cout de revient).

Or depuis 40 ans, plusieurs commissions, rapports et spécialistes ont suggéré d'effectuer une révision du mode de rémunération des médecins en raison de l'augmentation exponentielle des couts. Est-il nécessaire de rappeler que le dernier rapport de la vérificatrice générale du Québec¹⁶ concernant l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins est dévastateur et illustre l'impact de ce poste budgétaire sur la santé des finances publiques?

Voici quelques-uns des principaux constats :

- La RAMQ ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur, ou de fraude, relatifs à la rémunération des médecins, alors que celle-ci représente 62 % de ses dépenses de programmes.
- La RAMQ n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.

¹⁵ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2015). *Multiplification des frais accessoires de santé. La mise en péril du système public de santé*, [En ligne]. [lacsq.org/publications/nouvelles-csq/hiver-2016/optimisee-mobile/single/news/multiplication-des-frais-accessoires-de-sante-la-mise-en-peril-du-systeme-public-de-sante/].

¹⁶ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2015). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources*, [En ligne] (automne), 192 p. [www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf].

- Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas sur le contrôle exercé à l'égard de la rémunération des médecins.

Or, au-delà de ces difficultés administratives, voire des risques d'erreur ou de fraude, c'est l'ensemble du modèle de rémunération des médecins québécois qui doit être évalué et révisé. La nécessité de faire cet exercice fait maintenant largement consensus dans l'opinion publique.

Même l'Association médicale du Québec, qui représente près de 10 000 médecins, reconnaît l'urgence de réviser les modèles de rémunération actuels. Dans son mémoire déposé dans le cadre des consultations sur la couverture publique des services en santé et en services sociaux au mois de janvier dernier¹⁷, elle affirme que « certaines composantes systémiques très structurantes (par exemple, les modes de rémunération) peuvent influencer tant les politiques de santé que la culture médicale elle-même [...] La culture de notre système pousse les différents acteurs à multiplier les interventions, tout en minimisant les risques, en amplifiant les bénéfices et en considérant peu les coûts qui y sont associés [...] Il faut résolument réduire l'importance du paiement à l'acte et privilégier un mode de rémunération mixte où la capitation et le salariat sont davantage valorisés. Il s'agit là d'une condition *sine qua non* pour assurer la responsabilité et l'imputabilité des médecins ». Voilà des propos qui font réfléchir!

Un projet de recherche¹⁸ mené par l'Université de Montréal, en partenariat avec le Commissaire à la santé et au bien-être et le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), met justement sur la table cette problématique que semble vouloir écarter du débat public le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Résumé du projet de recherche

La rémunération des médecins, par le fait qu'elle est un des déterminants importants de la pratique médicale, a une influence sur la performance des systèmes de santé. Les données montrent aussi que la rémunération, bien que très influente, n'est pas le seul déterminant de la pratique médicale. Dans ce contexte, on doit se demander quelles seraient les modalités de rémunération des médecins, qui permettraient de renforcer l'adéquation entre les besoins de la population et l'offre de services à l'intérieur de paramètres de production efficaces et efficients. Pour ces raisons, nous croyons que le présent projet doit être ancré dans une perspective d'analyse systémique afin de mieux comprendre l'influence de la rémunération des médecins et des autres facteurs d'interaction sur la pratique médicale et la performance du système de santé.

¹⁷ ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2016). *D'abord la pertinence. Consultation du Commissaire à la santé et au bien-être. Révision du panier de services*, [En ligne] (janvier), 30 p. [www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/AMQ.pdf].

¹⁸ QUÉBEC. FONDS DE RECHERCHE SOCIÉTÉ ET CULTURE (2014). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*, [En ligne]. [www.frqsc.gouv.qc.ca/parteneriat/nos-projets-de-recherche/projet?id=yjoo5ctz142850587772].

Aussi :

- puisque le ministre reconnaît, dans le préambule du projet-pilote :
 - que la situation des finances publiques impose une réflexion, notamment sur les façons efficaces de dispenser les services dans le réseau public de la santé et des services sociaux,
 - que, pour pouvoir développer des outils permettant d'améliorer la performance du réseau, il est nécessaire d'obtenir des données probantes pour des fins de comparaison et d'élaboration d'un financement favorisant l'efficacité,
 - que le gouvernement, avant de pouvoir mettre en place de nouvelles façons de faire ou de modifier celles existantes, doit évaluer différentes possibilités;
- parce que la rémunération versée aux médecins spécialistes québécois en 2013-2014 s'élevait à près de quatre milliards de dollars et qu'entre 2008-2009 et 2012-2013, la rémunération moyenne brute des spécialistes chirurgicaux a augmenté de près de 27 %;

La CSQ considère que tout projet-pilote réalisé dans le cadre de la révision du financement des établissements publics de santé doit intégrer un volet visant à documenter les déboursés liés à la rémunération des médecins et à évaluer leurs incidences sur la pratique médicale et sur la performance du système de santé québécois.

2.3 Contribution des ressources publiques pour atteindre le volume d'interventions visées au privé

Afin de documenter adéquatement l'ensemble du volet financier lié à la production des services, un volume d'interventions réalisées au sein des cliniques privées est requis (article 7¹⁹).

¹⁹ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n^o 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1388. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

Onze établissements publics²⁰ **devront** participer et présenter le projet expérimental « aux équipes médicales reliées aux interventions visées et demander aux médecins intéressés à y participer de transmettre leur demande au président-directeur général » de l'établissement (article 8²¹). Les établissements transmettront aux trois cliniques privées les noms et les disponibilités des médecins intéressés. Tous les trimestres, ces cliniques feront connaître leur calendrier des priorités en indiquant, notamment, le nombre et le type d'interventions visées, et les noms des médecins qui y participeront (article 9²¹).

Pour la CSQ, utiliser les ressources publiques dans un projet visant à évaluer les coûts de production des cliniques privées est très contestable et induit un biais d'analyse qu'elle ne peut passer sous silence.

Si assurer un volume d'interventions minimum permet de documenter adéquatement l'ensemble du volet financier lié à la production des services, cela permet également de répartir l'ensemble des coûts indirects sur un plus grand nombre d'interventions et de réduire, par le fait même, le coût de revient de chaque intervention réalisée dans les cliniques privées.

L'inverse est malheureusement vrai pour les établissements publics, qui pourraient voir leurs coûts indirects répartis sur un nombre moindre d'interventions, en raison d'une disponibilité plus limitée des médecins qui participeront au projet-pilote ou tout simplement à cause des multiples compressions budgétaires imposées au réseau public de la santé et des services sociaux. À noter, le projet-pilote prévoit des clés de répartition des coûts indirects établis en fonction d'hypothèses qui seraient bien définies (annexe 1, A. Principe du coût de revient). Or, ces hypothèses et ces clés de répartition qui pourraient faire une grande différence sur l'établissement du coût de revient sont, elles aussi, inconnues. Nous sommes en droit de les connaître pour mieux comprendre les mécanismes d'évaluation et de comparaison des coûts que compte utiliser le gouvernement.

Pour atteindre ses objectifs, le ministre crée artificiellement des conditions optimales de rendement pour les cliniques privées qui serviront d'étalonnage pour les établissements publics. Ces derniers se verront ainsi amputés de ressources médicales, du moins partiellement ou temporairement, et devront, de plus, ajuster leurs activités aux calendriers de production des cliniques privées puisqu'ils devront assurer la prise en charge des patients.

²⁰ Le CHUM, le CUSM et les cinq CIUSSS de Montréal, les trois CISSS de la Montérégie et le CISSS de Laval.

²¹ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1389. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

Pour la CSQ, priver le réseau public de la santé et des services sociaux de certaines ressources professionnelles et le contraindre aux obligations organisationnelles du secteur privé est un non-sens, qui plus est, dans le cadre d'un projet visant à comparer l'efficience des milieux respectifs.

La CSQ réclame que les conditions optimales d'intervention soient plutôt implantées dans le secteur public, où tous les acteurs du continuum de soins sont présents.

2.4 Acquisition des fournitures médicales : aucune économie d'échelle envisagée

Chacune des trois cliniques devra acquérir les fournitures médicales requises pour les interventions visées (article 21²²)²³.

Or, en vertu de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, le ministre « peut, dans la mesure où il estime que les besoins d'optimisation des ressources le justifient et après avoir consulté l'établissement public ou privé conventionné concerné, **obliger** un tel établissement à utiliser les services d'un groupe d'approvisionnement en commun ou à participer à un processus d'appel d'offres mené par un tel groupe ».

En faisant affaire avec le secteur privé, le gouvernement semble ne pas pouvoir ou ne pas vouloir appliquer ses principes de saine gestion des finances publiques, notamment en ce qui a trait aux économies d'échelle qu'il est possible de réaliser grâce aux achats groupés dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Bien que cela pourrait augmenter le coût de revient des interventions, certaines dépenses pourraient également être refilées aux usagers et usagers sous forme de tarifications, et réduire d'autant l'accès aux services pourtant médicalement requis.

²² « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1390. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

²³ Fournitures périssables ou jetables, de base, spécialisées, de laboratoires, médicales, chirurgicales, toutes prothèses ou implants ainsi que les frais de transport de ces fournitures.

3. Prise en charge des usagers et qualité des soins : des enjeux secondaires?

Rappelons que deux centres hospitaliers universitaires, quatre CISSS et cinq CIUSSS représentant de multiples installations et points de services de la grande région de Montréal, ainsi que trois cliniques privées, participeront au projet expérimental.

3.1 Reconnaître l'importance de l'intégration des soins

Voyons comment un projet visant à améliorer l'accès à certaines interventions pourrait occasionner en fait de nombreuses autres difficultés.

Lorsqu'une usagère ou un usager est en attente de services pour une intervention visée :

- Il se verra offrir par son établissement (exemple : CISSS de Laval) la possibilité de recevoir les services de son médecin à la clinique sélectionnée par celui-ci (exemple : la clinique Groupe Opmedic inc. de Montréal) ou de les recevoir d'un autre médecin participant au projet, possiblement dans une autre clinique (article 9²⁴);
- Il sera avisé de la date de son intervention par la clinique choisie par le médecin;
- Son établissement (CISSS Laval) acheminera les informations nécessaires de son dossier d'usager à la clinique sélectionnée (article 10²⁴);
- Son établissement (CISSS de Laval) ou celui d'un autre médecin participant au projet, mais ne détenant pas de privilèges dans le même établissement (exemple : CISSS de la Montérégie-Est) sera responsable de ses soins préopératoires et du suivi postopératoire, y compris toute urgence nécessitant une hospitalisation.

Ainsi, un usager de Laval pourrait théoriquement être opéré à Montréal et être pris en charge par un établissement de la Montérégie. Un tel scénario pourrait poser de nombreux problèmes d'accessibilité, mais également de protection des renseignements personnels de santé. Les informations du dossier de l'usager pourraient devoir transiter entre plusieurs intervenants et établissements (groupes de médecine familiale [GMF], centres hospitaliers, cliniques privées).

²⁴ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1389. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

Pourtant, une circulaire²⁵ sur les normes et les pratiques de gestion, émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux le 16 novembre dernier, présente de nouvelles règles sur la tenue des dossiers patients dans les GMF mixtes ou privés :

- Au regard de la tenue de dossier, les actes posés par les professionnels en GMF devront être consignés dans le dossier du GMF. Toute forme de double saisie (dans le dossier GMF et celui de l'établissement) pour un même service est proscrite.
- Afin de favoriser la qualité et la continuité des soins et des services offerts, notamment pour la clientèle vulnérable, et de pouvoir répondre à ses obligations professionnelles, des informations pertinentes **pourraient être transmises à l'établissement**, en plus des renseignements administratifs. Pour ce faire, un consentement valide de chacun des usagers concernés devra être obtenu.
- Contrairement à la pratique en établissement, le GMF n'a pas l'obligation de mettre en place de mesures de sécurité particulières, proportionnelles au niveau de sensibilité des renseignements qu'il conserve dans ses dossiers.

Dans ce projet expérimental impliquant de multiples partenaires, les mécaniques administratives pour assurer le consentement éclairé de l'usager, la protection des renseignements personnels et la prise en charge efficiente de l'usager ne sont pas définies. Si améliorer l'accès à certaines chirurgies d'un jour signifie complexifier la prise en charge globale du patient, la CSQ ne voit aucun gain d'efficience globale pour le système public de santé, bien au contraire.

3.2 Assurer le suivi et le contrôle de la qualité

Bien :

- que le projet-pilote précise que chaque clinique :
 - est responsable de la qualité des services dispensés par son personnel aux usagers (article 18²⁶),
 - doit, en tout temps, respecter et appliquer toute règle, toute norme ou tout standard relatif à l'entretien et à la sécurité des installations, équipements ou instruments (article 19²⁶),

²⁵ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Normes et pratiques de gestion. Tome II, Répertoire*, [En ligne], 4 p. [msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/6e298cc8108c11fd85257f010059e0b9/\$FILE/2015-024.pdf].

²⁶ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1390. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

- doit informer les médecins des protocoles, manuels ou procéduriers relatifs à l'utilisation des équipements et instruments mis à leur disposition (article 20²⁷);
- que les services dispensés par un médecin soient considérés être des services dispensés dans les installations de son établissement pour les fins relatives à l'évaluation de leur qualité (article 23²⁷);

La CSQ réclame, dans la mise en œuvre de tout projet-pilote, la définition explicite de standards de qualité qui permettront d'évaluer globalement la pertinence des choix et l'efficacité des interventions réalisées.

Rappelons les propos du groupe d'experts ayant étudié le Programme d'accès à la chirurgie (PAC) : « La mesure de la qualité est aussi importante que le suivi des volumes réalisés. La prise en compte de la qualité permet d'évaluer la pertinence de la production chirurgicale, tout en s'assurant que la chirurgie est effectuée avec une préoccupation constante pour la sécurité du patient. »

Pour l'Association médicale du Québec, la qualité des services aux patients doit demeurer la pierre angulaire de tout travail de réflexion sur la nouvelle méthode de financement envisagée²⁸. Selon elle, « il est impératif de mettre en place des mécanismes qui feront en sorte que les éventuels gains d'efficacité ne se réalisent pas au détriment de la qualité ». Malheureusement, de tels mécanismes n'ont pas été prévus dans le projet expérimental que nous propose le ministre Barrette.

3.3 Remettre l'individu au centre de l'équipe de soins

La chirurgie d'un jour n'est qu'un maillon de la trajectoire de soins de l'utilisateur. Plus qu'une simple intervention à optimiser, elle est d'abord et avant tout une expérience humaine pouvant susciter beaucoup d'inquiétude et de questionnements.

²⁷ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1390. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

²⁸ ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2013). *La profession médicale et le financement à l'activité : la qualité d'abord et avant tout*. [En ligne], 15 p. [amq.ca/images/stories/documents/financement-a-lactivit.pdf].

Les guides d'enseignement remis lors de chirurgies d'un jour révèlent la multitude de consignes, de mises en garde, de contre-indications et de préparatifs que la personne doit suivre attentivement. Tant les directives pour gérer la douleur, retrouver la mobilité, prévenir les complications, que les modalités administratives exigent une compréhension et une attention soutenue de la part de l'individu.

Les besoins d'explications, les craintes et les questionnements peuvent s'exprimer tout au long du processus et nécessiter de multiples interventions de la part du personnel soignant, notamment auprès des personnes plus vulnérables. Aussi, la qualité de l'enseignement, de l'écoute et du soutien contribue favorablement au rétablissement de l'usager.

L'efficacité des chirurgies d'un jour ne peut pas se mesurer qu'à partir de leur coût de revient, car tant un volume élevé d'activités que la réduction de certains coûts de production peuvent compromettre la qualité globale des soins.

Pour la CSQ, la qualité des soins est directement liée à la qualité et à l'expertise de l'équipe professionnelle qui accompagne l'usagère ou l'usager dans sa trajectoire de soins. Multiplier le nombre d'intervenants et de lieux d'intervention dans cette trajectoire de soins ne nous apparaît pas être la solution optimale pour la prise en charge du patient et l'intégration des soins.

Plutôt que de créer des conditions artificielles d'optimisation des chirurgies d'un jour en cliniques privées, au détriment de la prise en charge globale des patients, la CSQ revendique de meilleures conditions qui permettraient d'optimiser ces chirurgies en milieu hospitalier, où tous les acteurs du continuum de soins sont présents.

Un changement de culture s'impose!

Contrairement aux prétentions du ministre, la CSQ ne croit pas que la mise en concurrence des établissements, des équipes de soins ou des intervenants travaillant dans le secteur public améliorera globalement l'efficacité du système de santé, pas plus qu'elle ne croit qu'il est possible d'établir de manière uniforme les coûts associés aux divers parcours de soins.

Une telle approche comptable est lourde et coûteuse, et n'a pas démontré l'ensemble des bénéfices escomptés, bien au contraire. Si certaines études ont rapporté des améliorations certaines dans les secteurs prioritaires, cela s'est souvent fait au détriment des autres secteurs alors négligés. Aussi, il serait intéressant de savoir sur quelle étude probante le ministre appuie ses décisions stratégiques et pourquoi. Comme le mentionnait Médecins québécois pour le régime public,

« est-ce que l'objectif inavoué de cette réforme du financement serait plutôt de fournir une formidable étude de marché aux prestataires privés et aux assureurs? ».

Quoi qu'il en soit, pour la CSQ, l'implantation d'un tel modèle de financement dans un contexte de compressions budgétaires incessantes ne pourra se faire à moyen et à long terme qu'au détriment de la qualité et de l'accessibilité de plusieurs services dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Dans un tel contexte, que le ministre négocie des marges bénéficiaires au profit d'acteurs privés constitue un affront et une autre attaque à l'endroit de notre réseau public de la santé et des services sociaux. Les profits versés à certains professionnels et professionnelles déjà très bien rémunérés, détenant un statut d'entreprise privée leur permettant de profiter d'avantages fiscaux, autorisés à facturer certains frais aux usagères et usagers et, qui plus est, dont la prise de risques est plutôt limitée, apparaissent plutôt indécents. Rappelons que des compressions budgétaires sans précédent mettent en péril notre système public de santé et de services sociaux : plus d'un milliard deux cents millions de dollars au cours des deux dernières années auxquels s'ajouteront entre cinq cents et six cents millions de dollars additionnels en 2016-2017.

Selon André-Pierre Contandriopoulos, professeur à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, « les pouvoirs publics auraient intérêt à développer la collaboration, l'interdépendance et la confiance réciproque entre les professionnels ».

Pour offrir des services intégrés, sans rupture entre la prévention, les soins et les services sociaux, il faut implanter davantage de collaboration et cesser de placer les professionnelles et professionnels de la santé en situation de concurrence. Le partage des bonnes pratiques cliniques peut se réaliser dans un environnement de confiance, mais pas dans la crainte de perdre les ressources qui nous permettent d'exister.

Un changement de culture nécessaire qu'il faudrait au plus vite implanter dans le système de santé, voilà le vrai défi que le ministre devrait relever!

Annexe

Informations financières nécessaires afin de juger de la pertinence de l'inclusion au cout de revient :

- Les revenus provenant des sommes payées par une usagère ou un usager pour une fourniture de nature médicale ou autre;
- Les salaires versés par la clinique, comprenant l'ensemble des heures payées;
- Les immobilisations;
- L'amortissement;
- Les investissements;
- Les fournitures (incluant les fournitures médicales);
- Les autres charges directes;
- Les emprunts remboursés;
- Les marges de profits;
- Les services achetés ou loués par la clinique.

Catégorisation des couts directs :

- Dépenses en main-d'œuvre : salaires, primes, avantages sociaux généraux, avantages sociaux particuliers, charges sociales;
- Fournitures médicales : fournitures périssables ou jetables, de base, spécialisées, de laboratoires, médicales, chirurgicales, toutes prothèses ou tous implants ainsi que les frais de transport de ces fournitures;
- Médicaments.

Catégorisation des couts indirects :

- Frais administratifs : papeterie, impressions, articles de bureau, frais de déplacement, de séjour et d'inscription du personnel;
- Frais de soutien : gestion de l'information, entretien ménager, buanderie et lingerie, entretien des installations;
- Immobilier : location des locaux, rénovation ou amélioration majeure des locaux;
- Équipements : location d'équipements et achat d'équipements médicaux.



**Centrale des syndicats
du Québec**



**Centralisons
nos forces**

Projet expérimental visant à implanter le financement axé sur le patient : la grande illusion

Avis sur le projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient présenté à la ministre de la Santé et des Services sociaux

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Août 2019

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente près de 200 000 membres, dont plus de 125 000 font partie du personnel de l'éducation.

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

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

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

Introduction

Dans le libellé du projet expérimental¹, publié dans la *Gazette officielle du Québec* le 17 juillet dernier, nous apprenons que la ministre de la Santé et des Services sociaux souhaite :

- 1) Documenter, le plus précisément possible, les coûts de chaque service rendu aux usagers à l'aide des renseignements obtenus des établissements et des cliniques visés;
- 2) Normaliser les renseignements colligés par les établissements et les cliniques visés afin de permettre le meilleur calcul possible des coûts des services rendus aux usagers, ainsi que leur comparaison entre établissements;
- 3) Déterminer les coûts par parcours de soins et de services;
- 4) Développer des modèles d'analyse et de comparaison de ces coûts;
- 5) Procéder à des comparaisons intra et interétablissements afin d'établir les meilleures pratiques en vue d'améliorer la performance, l'efficience et l'efficacité des pratiques cliniques et administratives en place;
- 6) Développer de nouveaux modèles de financement conformes au financement axé sur le patient, basés sur les résultats de coûts obtenus.

Plus de 500 installations de santé et de services sociaux², assurant des services dans plus de 80 types de centres, sous-centres et sous-sous-centres d'activités³, sont visés par le projet expérimental, de même que les trois cliniques privées participant au projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie, démarré en mai 2016.

¹ « Projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient » (2019). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, [En ligne], 151^e année, n° 29 (17 juillet), p. 2889-2901. [publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=71009.pdf&fbclid=IwAR15q6HsExqma5tB_FJ35NDYaCmFKiKNNF-fkmLI7QvOAnpNnugGZHcWOuo].

² Le projet vise les services rendus par les établissements pour leur mission de centre local de services communautaires (CLSC), de centre hospitalier (CH) et de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (article 1), soit environ 300 CLSC, 110 CH et 120 CHSLD, selon le répertoire santé du Québec :

INDEX SANTÉ [s. d.] *Le répertoire Index Santé*, [En ligne]. [indexsante.ca].

³ Par exemple : biologie médicale, endoscopie, imagerie médicale, pharmacie, oncologie, dialyse, etc. (article 3).

Outre les milliers d'informations que les établissements doivent déjà transmettre à la ministre⁴, près d'une centaine de nouvelles données devraient désormais être comptabilisées pour l'ensemble des services donnés.

Concrètement, ce projet, rappelons-le, expérimental, vise à permettre à la ministre :

- De mesurer la consommation de soins et de services par usagère ou usager, soit l'**intégralité** des volumes de services rendus pour chaque parcours de soins et de services (article 3). Le coût de revient par usagère ou usager qui sera établi⁵ tiendra compte de quatre facteurs importants (épisode de soins par numéro de dossier d'usagère ou d'usager, identification des activités, données cliniques et données financières⁶);
- De faire l'évaluation des parcours dans les établissements et de comparer les pratiques cliniques et administratives entre ces derniers, et leurs répercussions sur les coûts (coûts de chaque parcours de soins et de services, détaillés par centre ou sous-centre d'activités, puis par service dispensé et fourniture utilisée, le cas échéant). Le détail des coûts des services qui sera établi pour l'ensemble des parcours de soins et de services détaillera les coûts par secteurs (administration, finances, ressources humaines, etc.). Plus de 30 secteurs sont identifiés dans le document (annexe 2, étape 7 de la méthodologie du coût de revient).
- De réformer globalement le modèle de financement du système de santé et de services sociaux.

Le projet expérimental lie les établissements publics, la ministre, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et la société PowerSolutions Santé Canada inc. qui a obtenu un contrat de 44 millions sur 3 ans pour développer et déployer un logiciel permettant d'établir le coût par parcours de soins et de services.

Le projet prendra fin au plus tard le 1^{er} septembre 2022, soit juste avant les prochaines élections provinciales.

⁴ En vertu du Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux (plus de 150 nouvelles données à saisir ont été ajoutées dans la dernière version du règlement, édictée le 17 juillet dernier).

⁵ Voir l'annexe I – Méthodologie du coût de revient.

⁶ Les coûts directs (dépenses de main-d'œuvre, fournitures, instruments, fournitures médicales et chirurgicales, etc.) et indirects (frais administratifs, frais de soutien, tels la gestion de l'information et l'entretien des installations, et les dépenses immobilières).

1. La réforme insensée se poursuit!

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (projet de loi n° 10) a été la première étape de la vaste réforme du système public de santé et de services sociaux entreprise par le précédent gouvernement. La révision des modalités d'accès aux services médicaux (projet de loi n° 20) et l'implantation d'un nouveau mode de financement des établissements de santé au Québec (financement axé sur le patient) devaient en constituer les autres volets.

Cette grande transformation du réseau visait, semble-t-il, à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et à accroître l'efficacité et l'efficacéité du réseau de la santé et des services sociaux. Or, la hausse du nombre de plaintes et de signalements, l'augmentation du nombre d'incidents et d'accidents, de même que les difficultés organisationnelles croissantes démontrent plutôt une détérioration dans l'accès et la qualité des services. Au lieu de poursuivre aveuglément cette réforme insensée, nous croyons qu'un moment de réflexion s'impose et que le présent gouvernement doit faire preuve de sagesse.

Aussi, compte tenu de l'ampleur des changements escomptés, de l'importance des ressources à investir et, surtout, des conséquences que cette réforme du mode de financement aurait sur le réseau de la santé et des services sociaux, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et l'ensemble de ses affiliés ne peuvent d'aucune façon cautionner le présent projet.

Prétendre à un projet expérimental, alors qu'il s'agit en fait d'une tentative d'imposer un nouveau paradigme dans la gestion du réseau de la santé, en évitant la réflexion et le débat publics (consultations en été) et, surtout, omettre de considérer les impacts prévisibles sur la prestation des soins, mais également sur l'organisation du travail, et ce, dans un contexte de pénurie et d'épuisement professionnel pourtant reconnu par le gouvernement, nous apparaît malhonnête.

En raison des nombreux enjeux fondamentaux qu'elle soulève, la réforme du mode de financement des établissements de santé du Québec doit faire l'objet d'une vaste consultation publique.

2. Notre position quant au financement axé sur le patient

Lors d'un conseil général tenu en mai 2016, les affiliés de notre Centrale ont rejeté unanimement la mise en œuvre du financement axé sur le patient, comme proposé

alors par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et inspiré du rapport⁷ du groupe d'experts cité dans le présent projet.

Notre opposition ferme à ce mode de financement s'appuie sur une analyse des différentes initiatives réalisées ailleurs dans le monde, dont plusieurs ont été recensées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)⁸.

En fait, de nombreuses préoccupations à l'égard du financement axé sur le patient nous interpellent depuis longtemps. Elles ont fait l'objet d'un travail de réflexion sérieux au sein de nos rangs. Nous croyons pertinent de vous les rappeler brièvement et nous vous invitons à prendre connaissance des documents joints^{9 10 11 12} à cet avis.

2.1 Les enjeux qui nous interpellent

2.1.1 La complexité et la lourdeur administrative

La classification et la codification des épisodes de soins constituent la pierre angulaire de tout système de financement axé sur le patient. Elles permettent la

⁷ GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS (2014). *Pour que l'argent suive le patient : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, [En ligne], 192 p. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

⁸ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients : Revue de littérature sur les expériences étrangères*, [En ligne], 87 p. [inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf].

⁹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Les enjeux du financement axé sur les patients*, 21 p., A1314-CG-065. [Document déposé au Conseil général des 21, 22 et 23 mai 2014].

¹⁰ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Financement à l'activité : concurrence et compressions en vue dans le réseau de la santé et des services sociaux*, A1516-CG-044. [Document déposé au Conseil général des 18, 19 et 20 mai 2016].

¹¹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Un projet expérimental de comparaison des coûts irréaliste et contraire à l'intérêt public : observations déposées par la Centrale des syndicats du Québec sur l'avis présentant les conditions de mise en œuvre du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie*, Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 17 p., D12794. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12794.pdf].

¹² CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC. FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (2018). *Microgestion croissante : même vision, même piège*, Avis présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, sur le projet de règlement modifiant le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 18 p. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2017-2018/D13088.pdf].

fixation des tarifs et, *de facto*, le choix des mécanismes de remboursement. Or, les systèmes de classification et de tarification s'avèrent très complexes.

Dans les systèmes de classification actuels, le nombre de groupes de patientes et patients est très variable d'un pays à l'autre, soit de quelques centaines à plusieurs milliers. Dans certains cas, ces groupes se déclinent en plusieurs niveaux de sévérité.

En réalité, peu importe les modèles de classification retenus, le financement axé sur le patient impose la transcription des actes médicaux (et autres en ce qui a trait au projet actuel) dans une grille tarifaire souvent très élaborée qui doit tenir compte de la singularité et de la diversité des patientes et patients. Ce travail croissant de codification des activités constitue une charge administrative qui restreint d'autant le temps consacré à la patiente ou au patient, lorsqu'il est réalisé par le personnel soignant.

Qui plus est, ces systèmes et les prix qui leur sont associés doivent être périodiquement révisés. En effet, tant le coût des technologies médicales et des pratiques cliniques, que l'organisation des services et des équipes de soins qui influe directement sur la masse salariale, par exemple, nécessiteraient des ajustements constants. Cette approche nous apparaît inefficace, voire insoutenable. Une telle vision nous enferme dans un processus de microgestion croissante qui nous coûtera de plus en plus cher et qui nous éloigne d'une approche globale et préventive en matière de santé.

2.1.2 Les coûts de gestion importants

Comme en fait foi l'ampleur du projet expérimental présenté par le gouvernement, la gestion efficace d'un système de financement axé sur le patient nécessite une importante quantité d'informations cliniques et financières recueillies par les différents prestataires de soins et traitées par un organisme central qui en assure la qualité et la fiabilité. De plus, diverses mesures de contrôle doivent être instaurées afin de garantir le respect des règles de codage et de facturation, l'exactitude des informations médicoadministratives produites et la conformité du système aux normes et aux législations existantes.

En fait, pour réaliser une telle réforme du mode de financement, le support informationnel doit être fiable, hautement sécuritaire, interopérable, conçu et développé spécifiquement pour réaliser toutes les opérations d'enregistrement, d'extraction et d'archivage des données sous toutes leurs formes et toutes leurs déclinaisons.

Déjà en 2014, le groupe d'experts proposait un vaste chantier sur la refonte des ressources informationnelles et l'adoption d'une stratégie d'investissement qui

permettraient de doter le Québec des structures informationnelles nécessaires pour réussir l'implantation du financement axé sur le patient.

Or, pour nos organisations, l'efficience économique recherchée par l'implantation d'un nouveau modèle de financement des établissements de santé au Québec n'est pas du tout démontrée, bien au contraire.

Les investissements prévus en ressources informationnelles dans le Plan québécois des infrastructures 2018-2028 ont de quoi nous préoccuper; des milliards de dollars seront investis d'ici 2028¹³. L'informatisation des données de santé semble devenue un gouffre économique sans fond coûtant de plus en plus cher au trésor public. Qui plus est, aucune amélioration significative de l'accès aux services de santé ne peut encore lui être attribuée.

2.1.3 Les pratiques indésirables potentielles et la qualité des soins

Outre les coûts informatiques astronomiques, diverses pratiques indésirables et certains effets inattendus, qui ont tous un impact économique direct ou indirect, ont été associés à la mise en place du financement à l'activité et ont nécessité l'élaboration, par les pays qui l'ont expérimenté, de nombreuses règles budgétaires et de procédures de contrôle afin d'en limiter les effets pervers.

Parmi les effets problématiques, mentionnons :

- La sélection (écrémage) des patientes et patients;
- La manipulation des données (surcodage) lors de la classification;
- La fragmentation des épisodes de soins;
- La prestation excessive de services insuffisamment justifiés sur le plan clinique (surtraitement);
- Les congés trop précoces entraînant des réadmissions en raison de complications;
- La rétention de certains patients et patientes afin de conserver le financement ou, au contraire, la référence trop rapide vers d'autres établissements;
- La complexification et une lourdeur administrative sans cesse croissante.

¹³ QUÉBEC. MINISTÈRE DES FINANCES (2018). *Le plan économique du Québec*, [En ligne], section A37 (mars). [budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/PlanEconometique_18-19.pdf].

Certains auteurs ayant étudié la question affirment que les établissements feront appel à de multiples consultantes et consultants pour identifier les pratiques qui permettront de dégager les plus grandes marges bénéficiaires.

Les risques de nivellement par le bas de la qualité des soins font notamment partie des problèmes soulevés.

Déjà en 2015, les effets négatifs de la réforme du mode de financement des établissements s'observaient en oncologie.

Un coût moyen par traitement en radio-oncologie, basé sur la moyenne des coûts du réseau, a été établi et présenté comme une mesure d'optimisation. Les établissements dont les coûts dépassaient ce montant ont vu leur financement diminuer. Or, les établissements concernés auraient souhaité que le MSSS tienne compte de la complexité relative des cas pour ajuster le financement sur la base des besoins des patientes et patients. Certains hôpitaux souhaitant boucler leur budget envisageaient même de revenir à des traitements moins raffinés, avec plus d'effets secondaires, mais moins coûteux¹⁴.

2.1.4 La protection des renseignements personnels

Le gouvernement l'a reconnu lui-même, la collecte exhaustive de données requise par l'instauration d'un système de financement axé sur le patient¹⁵ nécessiterait des ajustements au cadre légal en matière d'accès à l'information. Dans leur rapport, les experts faisaient explicitement référence aux règles de la Commission d'accès à l'information du Québec et à la protection des renseignements personnels visant à protéger la confidentialité des informations privées, et aux contraintes mises en place par le MSSS pour baliser davantage l'accès à l'information¹⁶.

Ces experts recommandent « d'apporter les changements nécessaires au cadre juridique pour accroître la capacité de recueillir des données plus rapidement et pour faciliter le jumelage des données cliniques¹⁷ ».

¹⁴ LACOURSIÈRE, Arianne (2015). « Financement à l'activité : Québec tente l'expérience en radio-oncologie », *La Presse*, [En ligne] (5 juin) [lapresse.ca/actualites/sante/201506/04/01-4875448-financement-a-lactivite-quebec-tente-lexperience-en-radio-oncologie.php].

¹⁵ Notamment pour procéder aux croisements des données cliniques et financières requises pour la construction d'une structure tarifaire.

¹⁶ GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS (2014). *Pour que l'argent suive le patient : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, [En ligne], p. 67. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

¹⁷ GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS (2014). *Pour que l'argent suive le patient : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, [En ligne], p. 148. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

Rappelons que les travaux officiels visant la révision et la modernisation de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels sont toujours attendus et que cet enjeu suscite toujours de vifs débats.

Bien que la ministre ait prévu de mettre en place « un ensemble de mesures et de mécanismes de sécurité visant à assurer l'intégrité et la confidentialité des renseignements qu'elle obtient dans le cadre du projet expérimental » et qu'elle dise vouloir « s'assurer du fonctionnement adéquat de ces mécanismes » (article 13), le fait de confier la sécurité du système d'information provincial des coûts par parcours de soins et de services (SI-CPSS) et le développement du portail provincial à une firme privée (article 22) est loin de nous rassurer.

À l'instar de nombreuses organisations québécoises, nous croyons que sans un renforcement des lois et une réglementation plus stricte du secteur privé, notre système de santé québécois est vulnérable à une fuite de données comme celle survenue chez Desjardins. Des brèches dans la protection des informations médicales très sensibles pourraient causer des préjudices majeurs pour la population québécoise. Les experts en cybercriminalité nous rappellent régulièrement les menaces et les attaques informatiques qui touchent de plus en plus fréquemment nos réseaux publics¹⁸.

2.1.5 Les impacts néfastes sur les travailleuses et travailleurs du secteur de la santé

La budgétisation axée sur les résultats implique une culture managériale où l'évaluation des services rendus, des résultats obtenus et des coûts assumés est prioritaire. Les systèmes d'information doivent pouvoir rendre compte des résultats sur la santé des patientes et patients, de la performance par rapport aux indicateurs ou de la conformité par rapport aux meilleures pratiques. La mise en place de processus rigoureux d'évaluation continue et de rétroaction est recommandée.

En 2014, le groupe d'experts préconisait un nouveau concept d'imputabilité médicale intégrant les défis administratifs et organisationnels. « Les cliniciens doivent reconnaître la réalité des limites financières, ce qui met l'accent sur la responsabilité éthique de s'assurer que les ressources sont utilisées judicieusement¹⁹ ». Selon les experts, cette approche fait valoir le rôle positif des pratiques de gestion et d'organisation sur le développement des pratiques professionnelles.

¹⁸ LACHANCE, Nicolas (2018). « Les menaces informatiques explosent au Québec », *TVA Nouvelles*, [En ligne] (20 novembre). [tvanouvelles.ca/2018/11/20/les-menaces-informatiques-explosent-au-quebec-1].

¹⁹ GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS (2014). *Pour que l'argent suive le patient : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, [En ligne], p. 165. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

Une telle approche de contrôle des coûts inspirée du secteur privé est tout à fait inappropriée lorsqu'il est question d'assurer une offre de soins intégrés de qualité, dans une perspective globale et préventive.

Or, comme présenté, le financement axé sur le patient met l'accent sur la productivité (volume de services), la standardisation des interventions et les mesures de reddition de comptes se manifestant par des microcontrôles, une augmentation des indicateurs quantitatifs et des procédés normatifs, sans égard à la qualité d'exercice du travail ni au respect de l'autonomie professionnelle et du jugement clinique du personnel.

Selon notre analyse et notre compréhension des enjeux, parce qu'il accentuerait la pression au nom de la performance et entraînerait une diminution du temps consacré aux patientes et patients, ce mode de gestion amplifiera la perte de sens au travail, la surcharge, l'épuisement professionnel, le désengagement, les congés pour invalidité et, ultimement, il contribuera à accroître les problématiques de pénurie organisationnelle qui éprouvent déjà durement notre réseau de la santé et des services sociaux.

2.2 Un projet irréaliste et contraire à l'intérêt public

Les conclusions de notre avis²⁰ sur le premier projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie présenté par l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, et intégré aujourd'hui au nouveau projet expérimental, étaient sans équivoque :

- La CSQ ne croit pas que la mise en concurrence des établissements, des équipes de soins ou des intervenantes et intervenants travaillant dans le secteur public améliorera globalement l'efficacité du système de santé; pas plus qu'elle ne croit qu'il est possible d'établir de manière uniforme les coûts associés aux divers parcours de soins;
- Cette approche comptable lourde et coûteuse n'a pas démontré l'ensemble des bénéfices escomptés, bien au contraire. Si certaines études ont rapporté des améliorations certaines dans les secteurs prioritaires, cela s'est souvent fait au détriment des autres secteurs alors négligés;

²⁰ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Un projet expérimental de comparaison des coûts irréaliste et contraire à l'intérêt public : observations déposées par la Centrale des syndicats du Québec sur l'avis présentant les conditions de mise en œuvre du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie*, Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 17 p., D12794. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12794.pdf].

- L'implantation d'un tel modèle de financement dans un contexte de compressions budgétaires incessantes ne pourra se faire à moyen et à long terme qu'au détriment de la qualité et de l'accessibilité de plusieurs services dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- Dans un tel contexte, la négociation de marges bénéficiaires au profit d'acteurs privés constitue un affront et une autre attaque à l'endroit de notre réseau public de la santé et des services sociaux. Les profits versés à certains professionnels et professionnelles, déjà très bien rémunérés, détenant un statut d'entreprise privée leur permettant de profiter d'avantages fiscaux [...] et qui plus est, dont la prise de risques est plutôt limitée, apparaissent plutôt indécents;
- Pour offrir des services intégrés, sans rupture entre la prévention, les soins et les services sociaux, il faut implanter davantage de collaboration et cesser de placer les professionnelles et professionnels de la santé en situation de concurrence. Le partage des bonnes pratiques cliniques peut se réaliser dans un environnement de confiance, mais pas dans la crainte de perdre les ressources qui nous permettent d'exister.

Notre critique de ce premier projet expérimental se résumait en une simple question dont la réponse était somme toute évidente.

Comment le ministre peut-il espérer obtenir des données concluantes en réalisant le projet pilote dans des cliniques privées, des environnements – comme il le dit lui-même – très fermés, petits et contrôlés, et en appliquer les conclusions aux établissements publics qui sont des milieux ouverts, vastes et cumulant de multiples responsabilités, notamment la prise en charge et le suivi de patients présentant plusieurs problèmes sociaux et de santé²¹?

Le recours au secteur privé est loin d'être une panacée. Bien que le ministre Barrette affirmait qu'avec l'implantation du financement axé sur le patient, des centaines de millions de dollars pourraient être économisés chaque année²², ce premier projet pilote impliquant trois cliniques privées a rencontré de nombreux ratés.

À l'été 2016, la clinique de Chirurgie DIX30, à cette époque la seule clinique opérationnelle sur les trois ciblées, a reçu deux mises en demeure et une requête

²¹ GOULET, Lise (2016). « Projet pilote de financement à l'activité – irréaliste, biaisé et contraire à l'intérêt public », *Nouvelles CSQ*, (été), [En ligne]. [lacsq.org/publications/nouvelles-csq/ete-2016/optimisee-mobile/single/news/projet-pilote-de-financement-a-lactivite-irrealiste-biaise-et-contraire-a-linteret-p/].

²² BARRETTE, Gaétan (2016). *Le financement axé sur le patient*, Conférence de presse de M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, [En ligne], Québec, Assemblée nationale (23 février). [www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-28297.html].

visant à la forcer à acquitter ses loyers impayés. Une équipe ministérielle est même intervenue afin de s'assurer que le nombre de chirurgies réalisées puisse augmenter rapidement.

Le projet qui a été prolongé d'une année, soit jusqu'en mai 2020, aurait permis à 50 000 personnes qui attendaient depuis plus de 6 mois dans le réseau public d'être opérées plus rapidement! Mais, à quels coûts? Et, surtout, avec quels impacts sur les établissements publics?

Onze établissements publics **devront** participer et présenter le projet expérimental « aux équipes médicales reliées aux interventions visées et demander aux médecins intéressés à y participer de transmettre leur demande au président-directeur général » de l'établissement.

Pour la CSQ, utiliser les ressources publiques dans un projet visant à évaluer les coûts de production des cliniques privées est très contestable et induit un biais d'analyse qu'elle ne peut passer sous silence²³.

La décision d'inclure ce premier projet pilote en cours, et qui plus est, dont l'évaluation n'a pas été réalisée, dans un deuxième projet expérimental de plus grande envergure, nous semble insensée.

En somme, plus globalement, nous aimerions savoir sur quelles études probantes la ministre appuie sa décision d'implanter largement le financement axé sur le patient dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, alors que d'autres pays qui l'ont expérimenté ont décidé de reculer²⁴.

2.3 Plusieurs questions sans réponses

Selon notre analyse, vouloir établir précisément les coûts par parcours de soins et de services (coût de revient par usagère ou usager) serait une entreprise hasardeuse qui ne pourra jamais rendre compte de la complexité et de la multitude de situations vécues et, pire, qui pourrait occulter de nombreux besoins.

En fait, plusieurs questions fondamentales demeurent, selon nous, sans réponses. Parmi celles-ci :

²³ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Un projet expérimental de comparaison des coûts irréaliste et contraire à l'intérêt public : observations déposées par la Centrale des syndicats du Québec sur l'avis présentant les conditions de mise en œuvre du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie*, Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 17 p., D12794. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12794.pdf].

²⁴ « Hôpital : la tarification à l'activité, un mode de financement décrié », *La Croix*, [En ligne] (16 septembre 2018). [la-croix.com/France/Hopital-tarification-activite-mode-financement-decrie-2018-09-16-1300969075].

- Comment les parcours de soins et de services seraient-ils définis adéquatement, par exemple, dans un contexte de comorbidité impliquant une intervention clinique multidisciplinaire?

Le cheminement de l'usagère ou l'utilisateur est divisé en différentes étapes reflétant la réalité propre à chaque établissement. Il y a donc un « début » à cette trajectoire et une « fin » (annexe 2).

- Comment les services et les soins seraient-ils codifiés, par exemple, pour tenir compte d'une approche globale et préventive?

Plusieurs gestes invisibles (non comptabilisés dans les systèmes) pourraient ne jamais être reconnus, donc rémunérés, par une telle approche comptable (rassurer une patiente ou un patient, diriger une personne proche, expliquer une procédure, aider une ou un collègue, etc.).

- Quelle serait la période de référence, c'est-à-dire la durée d'une trajectoire de soins et de services quand on souffre de maladie chronique ou que l'on cumule divers problèmes sociaux?
- En quoi le chronométrage des activités contribue-t-il réellement à la quête d'efficacité, notamment économique?

Actuellement, la trajectoire de soins à l'urgence compte près d'une vingtaine d'étapes²⁵ qui doivent faire l'objet d'un chronométrage et d'une collecte d'informations détaillées. Les dates, les heures, les minutes et les secondes doivent être inscrites au dossier de l'usagère ou l'utilisateur²⁶.

- Pourquoi exclure d'emblée les déboursés liés à la rémunération médicale du calcul du coût de revient par usagère ou utilisateur (annexe 2, A – Principe du coût de revient)?

Si la situation des finances publiques impose une réflexion, notamment sur les façons efficaces de dispenser les services dans le réseau public de la santé et des services sociaux, il serait logique et plus responsable de considérer

²⁵ Décès, début de la période de soins, fin du premier triage, début de la première prise en charge, première demande d'admission, départ de l'unité d'urgence, prescription de la consultation, consultation, début de la première période d'occupation, fin de la dernière période d'occupation, extraction des données pour transmission au ministre, fin de l'évaluation brève, demande de consultation, retour d'appel du médecin consultant, début de la première période d'occupation d'un fauteuil par l'usagère ou l'utilisateur à la zone d'évaluation rapide, fin de la dernière période d'occupation d'un fauteuil par l'usagère ou l'utilisateur à la zone d'évaluation rapide, demande d'examen diagnostique, début de l'examen diagnostique.

²⁶ QUÉBEC (2019). Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2,%20r.%2023/].

également la rémunération des services médicaux qui s'élève à près de huit milliards de dollars annuellement.

Tous les objectifs de cette quête exponentielle de renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services nous sont-ils révélés? Nous en doutons...

Peu importe, le principe que nous défendons demeure le même : tout modèle de financement des établissements de santé doit favoriser, réellement, le partage des expertises et la collaboration entre les professionnelles et professionnels ainsi qu'entre les établissements.

Aucun mode de financement des établissements de santé ne doit introduire une vision mercantile des soins, contribuer à la création d'un nouveau marché des services de santé et mettre les établissements en concurrence.

Si une saine émulation dans un esprit de coopération peut apporter certains effets positifs, la marge qui nous ferait tomber vers une concurrence malsaine est bien mince. Elle entraînerait tôt ou tard un nivellement par le bas de la qualité des soins, ce qui est contraire à l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

C'est pourquoi la CSQ considère qu'un comité d'éthique et d'évaluation indépendant devrait identifier les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus et encadrer le processus d'évaluation de tout projet pilote réalisé dans le cadre de la révision du financement des établissements de santé et de services sociaux.

3. Le point de rupture

Est-il nécessaire de rappeler que le personnel de la santé souffre chaque jour de l'effet des réformes incessantes sur ses conditions de travail? Le manque de personnel, le temps supplémentaire obligatoire, l'instabilité des postes et des équipes de soins, mais également l'augmentation constante des exigences professionnelles et administratives entraînent une surcharge et un épuisement majeur qui met en péril la qualité et la sécurité des soins. Il y a une limite à faire toujours plus avec moins.

Même l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) s'est dit inquiet des conditions d'exercice du personnel infirmier et de leurs répercussions sur la qualité et la sécurité des soins. Constatant une hausse des demandes d'enquête et un nouveau phénomène d'autodénonciation auprès du syndicat, reliés à la qualité des

soins, l'OIIQ réclame depuis plusieurs mois la mise en œuvre immédiate de conditions d'exercice sécuritaires²⁷.

Le dépôt du présent projet expérimental de grande envergure, imposant de nouvelles saisies administratives, déjà pourtant très nombreuses et souvent problématiques²⁸, en situation de crise et malgré le fait que le gouvernement reconnaisse la lourdeur de la tâche du personnel de la santé et la nécessité de revoir certains éléments de l'organisation du travail, est plus que préoccupant. Dans le contexte actuel, cette décision nous apparaît complètement inappropriée.

Conclusion

La CSQ et l'ensemble de ses affiliés s'opposent fermement à l'implantation du financement axé sur le patient dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, comme préconisé dans le présent projet expérimental.

Ce mode de financement des établissements de santé est irréaliste et insensé à plusieurs égards. Prétendre pouvoir établir le coût de revient par usagère ou usager pour chacun des services reçu, et pour tous les parcours de soins, et ce, dans un environnement scientifique, clinique, social, territorial et organisationnel en constante mutation, nous semble aberrant.

Le gouvernement doit sortir de sa logique d'efficience, contreperformante.

La collecte d'informations sans cesse croissante n'est ni justifiée d'un point de vue clinique, ni réaliste. La lourdeur administrative qu'elle engendre nuit déjà à l'atteinte des objectifs fondamentaux de notre système de santé et de services sociaux, soit l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Pire, elle contribue directement à la détérioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services, en s'accaparant toujours davantage de précieuses ressources et en créant l'illusion d'un meilleur contrôle de la qualité.

Les problématiques et les solutions organisationnelles sont connues. Le gouvernement doit cesser de chercher de nouvelles solutions hypothétiques. Le financement à l'activité, ou axé sur le patient, n'a pas fait ses preuves dans les pays

²⁷ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2018). *L'OIIQ s'inquiète de la sécurité des soins infirmiers*, (26 février). Repéré au oiiq.org/l-oiiq-s-inquiete-de-la-securite-des-soins-infirmiers.

²⁸ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC. FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (2018). *Microgestion croissante : même vision, même piège*, Avis présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, sur le projet de règlement modifiant le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 18 p. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2017-2018/D13088.pdf].

l'ayant expérimenté et ne devrait pas être largement implanté dans le système de santé québécois.

Le gouvernement doit absolument revoir ses priorités et réinvestir davantage dans l'offre de soins et de services directs à la population, plutôt que dans des systèmes d'information de plus en plus onéreux qui ne font que complexifier et alourdir davantage la gestion du système de santé, et réduire toujours plus le temps consacré aux activités cliniques.

Bref, nous croyons qu'un changement de vision s'impose, plus qu'un nouveau modèle de financement des établissements de santé. Voilà le vrai défi que la ministre doit relever!

Recommandations

Attendu que le présent projet expérimental vise ultimement l'implantation à grande échelle du financement axé sur le patient dans le réseau de la santé et des services sociaux;

Attendu que le financement axé sur patient soulève de nombreuses préoccupations et difficultés : complexité et lourdeur administrative, coûts de gestion très importants, pratiques indésirables, risques de nivellement par le bas de la qualité des soins, protection des renseignements personnels, augmentation de la pression et de la surcharge de travail sur le personnel de la santé;

Attendu que le premier projet expérimental de comparaison des coûts n'a toujours pas été évalué;

Attendu les nombreuses questions toujours sans réponse;

Attendu que l'implantation du financement axé sur le patient impose la quête exponentielle de renseignements clinico-administratifs qui entraîne une surcharge de travail croissante pour le personnel de la santé;

Attendu la situation de crise qui prévaut dans le réseau de la santé et le fait que le gouvernement reconnaisse la lourdeur de la tâche du personnel et la nécessité de revoir certains éléments de l'organisation du travail;

Attendu que l'efficacité économique recherchée par l'implantation d'un nouveau modèle de financement des établissements de santé au Québec n'est pas du tout démontrée;

Attendu que certains pays qui ont expérimenté ce mode de financement le remettent en question;

Attendu que le financement axé sur le patient nous éloigne d'une approche globale et préventive en matière de santé et est donc contraire à l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- De ne pas aller de l'avant avec la mise en œuvre du projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient;

- De faire l'évaluation complète du premier projet expérimental, le projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie, et de rendre public l'ensemble des résultats et des conclusions;
- De ne pas implanter largement le financement à l'activité et le financement axé sur le patient dans le système de santé québécois;
- De mener une vaste consultation publique sur la nécessité de réformer globalement le mode de financement des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Annexe I

Méthodologie du coût de revient

Étapes²⁹ pour l'établissement du coût de revient

Étape 1 : cheminement de l'utilisateur pour un épisode de soins

Cette étape consiste à cerner l'ensemble des activités ou dépenses engendrées par l'utilisateur. Cette trajectoire comporte plusieurs étapes. Le cheminement de l'utilisateur est divisé en différentes étapes reflétant la réalité propre à chaque établissement. Il y a donc un « début » à cette trajectoire et une « fin ». Pour chacune des activités, il faut définir les fournitures et dépenses directement liées à l'épisode de soins.

Étape 2 : définition de l'ensemble des coûts

Cette étape permet de définir l'ensemble des coûts à prendre en considération dans le calcul du coût de revient. Les coûts directs comprennent tout ce qui se rapporte aux activités et dépenses qui se produisent durant l'épisode de soins. Les coûts indirects sont les coûts qui se rapportent aux éléments suivants : les équipements; les immobilisations; les coûts directs liés à l'administration et au soutien.

Étape 3 : cuillette d'information clinique et financière selon ce qui a été défini aux deux étapes précédentes

Étape 4 : calcul des coûts unitaires pour chacune des activités

Ventilation des salaires par activité et par titre d'emploi à travers le système; identification des indicateurs de coût pour chacune des activités; calcul du coût unitaire par activité. Cette étape consiste à diviser les salaires totaux d'une activité par l'unité de mesure correspondante.

Étape 5 : calcul du coût unitaire de chaque activité par usager

Il s'agit de multiplier la consommation de chaque activité générée par l'utilisateur (ou la quantité de chaque générateur) par son coût unitaire.

Étape 6 : calcul du coût total par usager

²⁹ « Projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient » (2019). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, [En ligne], 151^e année, n^o 29 (17 juillet), p. 2889-2901.

Cette étape consiste en la sommation du coût de toutes les activités réunies. Une fois le coût total obtenu, on ajoute le coût des fournitures identifiées en fonction du numéro du type de service.

Étape 7 : comparaison des coûts obtenus afin de valider le calcul et de s'assurer de la pertinence des hypothèses et des coûts inclus dans le calcul

Le détail des coûts des services qui sera établi pour l'ensemble des parcours de soins et de services détaillera les coûts par secteurs, établis selon la charte comptable des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Parmi ces secteurs, on compte notamment : administration; finances; ressources humaines; ressources informationnelles; communications; service d'urgence; approvisionnement; salle de réveil; salle d'opération et salle de réveil combinées; buanderie et lingerie; unité de soins infirmiers en gériatrie; unité de soins palliatifs en centre hospitalier; unité de soins de longue durée en centre hospitalier; unité d'hôtellerie hospitalière; hémato-oncologie externe; unité de dialyse rénale; endoscopie; électrophysiologie et hémodynamie interventionnelle; médecine de jour; hôpital de jour; cliniques externes; services d'alimentation des usagers; gestion des soins aux usagers hospitalisés; ressources médicales, soins infirmiers aux usagers hospitalisés; unité de soins en médecine; unité de soins en chirurgie; unité de soins médicaux et chirurgicaux combinée; unité de soins intensifs; unité de soins en obstétrique; radio-oncologie.

Ce détail est essentiel pour faire l'évaluation de la qualité des données, l'étalonnage et l'élaboration.



**Centrale des syndicats
du Québec**



*Fédération
de la
Santé
du
Québec*

**Centralisons
nos forces**

Microgestion croissante : même vision, même piège

Avis présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, sur le projet de règlement modifiant le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et la
Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ)

Avril 2018

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

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

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

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

Ce projet de règlement¹, publié dans la *Gazette officielle du Québec* le 28 février dernier, vise à déterminer quels **renseignements personnels ou non concernant les besoins et la consommation de services** et relatifs à différents types de clientèles doivent être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux pour lui permettre d'exercer ses fonctions prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Afin de bien saisir la portée du projet de règlement et de mieux comprendre nos diverses préoccupations, il s'avère utile de rappeler, dans un premier temps, certains articles de la LSSSS liés aux fonctions ministérielles dont il est question :

Article 19.

Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'utilisateur ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut toutefois être communiqué sans son consentement: [...]

4° au ministre en vertu de l'article 433, pour l'exercice de ses fonctions prévues à l'article 431; [...]

Article 431.

Dans une perspective d'*amélioration de la santé et du bien-être de la population*, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.

Plus particulièrement:

- 1° il établit les politiques de santé et de services sociaux et voit à leur mise en œuvre et à leur application par les agences, et à leur évaluation;
- 2° il élabore un plan stratégique pluriannuel conformément à l'article 431.1;
- 3° il répartit équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et voit au contrôle de leur utilisation;
- 4° il veille à la promotion de l'enseignement et de la recherche;
- 5° il élabore les cadres de gestion des ressources humaines, matérielles et financières;

¹ « Projet de règlement modifiant le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux » (2018). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, [En ligne], 150^e année, n° 9 (28 février), p. 1099-1102. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=68000.pdf].

- 6° il établit les politiques et les orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux, en suit l'application et en fait l'évaluation;
- 6.1 il prend les mesures propres à assurer aux usagers la *prestation sécuritaire de services* de santé et de services sociaux;
- 6.2 il constitue et maintient à jour, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2, le registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux *aux fins d'assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu*;
- 7° il assure la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux en vue notamment de favoriser leur accessibilité par l'ensemble de la population des régions du Québec;
- 8° il prend les mesures propres à assurer la protection de la santé publique et assure la coordination nationale et interrégionale;
- 9° il détermine les orientations dont l'établissement doit tenir compte lorsqu'il adopte un protocole visé à l'article 118.1 ou à l'article 118.2;
- 10°il diffuse auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience;
- 11°il évalue les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau en fonction des orientations qu'il a diffusées;
- 12°il détermine les territoires de desserte des réseaux universitaires intégrés de santé;
- 13°il apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux.

Article 433.

Dans l'exercice de ses fonctions prévues à l'article 431, le ministre peut requérir qu'un établissement lui fournisse, à l'époque et dans la forme qu'il détermine, les renseignements personnels ou non, prescrits par règlement pris en vertu du paragraphe 26° de l'article 505 et qui concernent les besoins et la consommation de services.

Article 505.

Le gouvernement peut par règlement: [...]

26° prescrire les renseignements personnels ou non qu'un établissement doit fournir au ministre concernant les besoins et la consommation de services; [...]²
(l'italique est de nous)

À la lecture des multiples responsabilités ministérielles, nous pouvons comprendre, jusqu'à un certain point, la nécessité de recueillir et d'analyser une multitude d'informations.

Or encore faut-il qu'une telle collecte-transmission d'informations soit nécessaire et réaliste, qu'elle permette réellement l'atteinte des objectifs et qu'elle n'occulte surtout pas les vrais problèmes organisationnels.

Des millions de données à saisir annuellement

À ce jour, le règlement en vigueur prévoit la collecte de plus de 540 données (informations socioéconomiques, demandes de services, programmes de soins, état de santé du bénéficiaire, etc.), dont plusieurs doivent être détaillées, et vise la très grande majorité des établissements sociaux et de santé. Toute usagère ou tout usager ayant accès aux services offerts par les établissements visés fait l'objet d'une collecte de données tout au long de sa trajectoire de soins et de services, et ce, pour chacun de ses épisodes de soins. Ainsi, nous estimons que des centaines de millions de saisies de données doivent être réalisées annuellement³.

Le projet de règlement à l'étude modifie la majorité des annexes existantes (annexes III, IV, V, VI et VII)⁴, et propose 34 nouvelles données à recueillir concernant, notamment, le plan thérapeutique infirmier (PTI), l'occupation d'un fauteuil à la zone d'évaluation rapide et la demande d'examen diagnostique dans le cadre d'une période de soins à l'unité d'urgence.

² QUÉBEC (2018). *Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4-2, à jour au 1^{er} février 2018*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2].

³ À titre d'exemple, le nombre de visites aux urgences comptabilisées (ambulatoires et sur civières) a atteint 3 743 707 pour l'année 2016-2017; plusieurs informations sont recueillies pour chacune de ces visites. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, [En ligne], Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf].

⁴ « Projet de règlement modifiant le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux » (2018). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, [En ligne], 150^e année, n° 9 (28 février), p. 1099-1102. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=68000.pdf].

Tableau I
Comparatif des renseignements à recueillir

Règlement Établissements visés	Actuel Nombre de renseignements recueillis	Modifié Nombre de renseignements recueillis
Tous (sauf CLSC et établissements jeunesse)	8	8
Annexe I - CLSC	54	54
Annexe II - CHSLD (public et privé conventionné)	51	51
Annexe III - Urgence	36	50
Annexe IV - Centre hospitalier	56	58
Annexe V - Centre hospitalier (classe soins généraux et spécialisés, dont services de traumatologie)	134	126
Annexe VI - Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté	151	154
Annexe VII - Établissement public ou privé conventionné offrant des services liés à la perte d'autonomie (repérage, évaluation, dispensation de services)	51	74
Total	541	575

La centralisation au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux de nombreuses responsabilités de planification, d'organisation, de coordination, de supervision, d'évaluation et d'enquête prévue dans la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (projet de loi n° 10), peut expliquer, du moins en partie, cette volonté ministérielle grandissante de documenter toujours davantage les diverses trajectoires de soins. Mais qu'en est-il réellement? Serait-ce plutôt lié à l'intention du gouvernement de modifier le modèle de financement des établissements de santé? Nous y reviendrons.

Chronométrage à outrance : un exemple de dérive de la quête d'efficience?

Dans le règlement actuel, l'établissement qui exploite une urgence doit transmettre au ministre les renseignements mentionnés à l'annexe III à l'égard de l'usagère et l'utilisateur inscrit pour recevoir des services d'urgence. Pour onze situations ou étapes spécifiques⁵, **les dates, les heures, les minutes et les secondes** doivent être inscrites au dossier de l'usagère et l'utilisateur.

Dans le projet de règlement à l'étude, sept nouvelles situations⁶ feraient l'objet d'un tel chronométrage. Ainsi, la trajectoire de soins à l'urgence pourrait compter près d'une vingtaine d'étapes qui devront faire l'objet d'une collecte d'informations détaillées. Cette quête croissante de données soulève bien des questions.

Nous comprenons que certaines informations puissent aider le personnel administratif à évaluer et à revoir l'organisation des soins en s'assurant, par exemple, que les obligations⁷ et les délais de prises en charge médicales sont respectés, et ce, au bénéfice des usagères et utilisateurs.

Nous savons également que, pour soutenir l'implantation du financement à l'activité et du financement axé sur le patient⁸ (le troisième volet de la réforme Barrette), le gouvernement doit nécessairement documenter davantage, cliniquement et financièrement, les diverses étapes des trajectoires de soins.

Aussi, bien que le ministre affirme que la réforme du système de santé est terminée⁹, plusieurs informations recensées dans le dernier rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux démontrent la volonté toujours actuelle du gouvernement de déployer le financement axé sur le patient et de mettre en place les leviers pour y arriver, dont une collecte d'informations sans cesse croissante.

⁵ Décès, début de la période de soins, fin du premier triage, début de la première prise en charge, première demande d'admission, départ de l'unité d'urgence, prescription de la consultation, consultation, début de la première période d'occupation, fin de la dernière période d'occupation, extraction des données pour transmission au ministre.

⁶ Fin de l'évaluation brève, demande de consultation, retour d'appel du médecin consultant, début de la première période d'occupation d'un fauteuil par l'utilisateur à la zone d'évaluation rapide, fin de la dernière période d'occupation d'un fauteuil par l'utilisateur à la zone d'évaluation rapide, demande d'examen diagnostique, début de l'examen diagnostique.

⁷ Obligations prévues, notamment, dans la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

⁸ Le financement axé sur les patients regroupe un ensemble de modes d'allocation des ressources qui établit un lien direct entre le patient, les soins prodigués ainsi que leur financement.

⁹ TVA NOUVELLES (2018). *Le ministre Barrette affirme que sa réforme est terminée*, [En ligne], (11 février). [tvanouvelles.ca/2018/02/11/le-ministre-barrette-affirme-que-sa-reforme-est-terminee].

Extraits du *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017* :

- OBJECTIF 21

Implanter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient

Le MSSS s'est engagé dans une réforme importante visant à assurer des soins efficaces en introduisant le mode de financement axé sur les patients (FAP) pour remplacer celui de type historique actuellement en vigueur. [...]

On considère qu'une activité est couverte par le FAP lorsque les ressources attribuées pour cette activité sont réparties en fonction des patients traités, des types de services fournis et de leur volume. C'est donc le service rendu aux patients qui détermine le financement qu'obtiennent les établissements de santé¹⁰.

- Le nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF [groupes de médecine de famille] en vigueur depuis le 16 novembre 2015 poursuit ce même objectif et vient renforcer le principe du financement axé sur le patient. En effet, les ressources allouées aux GMF sont proportionnelles au nombre de patients inscrits et suivis par les médecins de famille du groupe¹¹.

- La stratégie d'intervention du MSSS passe désormais par le financement axé sur le patient. Les travaux sont toujours en cours à cet égard [en matière d'imagerie médicale]¹².

De plus, rappelons que la firme PowerHealth Solutions a obtenu en février 2017, par appel d'offres, le projet visant l'implantation d'une solution informatique de « cout par parcours de soins et de services » (CPSS), pour un montant de 44 millions de dollars. Sur son site Web, le MSSS explique que :

¹⁰ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, [En ligne], Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 46. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf].

¹¹ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, [En ligne], Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 115. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf].

¹² QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de* 118. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf].

L'ensemble de cette démarche vise à acquérir les connaissances et les outils nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient, en vue d'établir un mode d'allocation des ressources qui établit un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement¹³.

Enfin, ajoutons que, le 4 décembre dernier, les responsables du Carnet santé Québec de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec) ont indiqué aux intervenantes et intervenants de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et de son affiliée, la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ), l'intention du gouvernement d'y indiquer éventuellement les coûts par épisode de soins consommés. Mais pourquoi? Conscientiser les gens? Limiter l'accès? Implanter graduellement le financement à l'activité?

L'ensemble de ces informations démontrent hors de tout doute que la réforme du système de santé, telle que proposée par le présent gouvernement, n'est malheureusement pas du tout achevée.

Si l'efficacité clinique et la pertinence des soins sont des objectifs de la collecte de données qui nous apparaissent légitimes, certains enjeux et certaines stratégies visant l'efficacité budgétaire ne font pas l'unanimité. Pour la CSQ et la FSQ-CSQ, le financement à l'activité et le financement axé sur le patient sont loin d'avoir fait leurs preuves dans les pays les ayant expérimentés; ils ne devraient pas être implantés largement dans le système de santé québécois.

Nourrir la bête informatique

Dans une étude présentée à ses affiliés en 2014, la CSQ soulignait déjà la complexité et la lourdeur administrative associées au financement axé sur le patient :

- La classification et la codification des épisodes de soins constituent la pierre angulaire de tout système de financement axé sur les patients. Elles permettent la fixation des tarifs et, *de facto*, le choix des mécanismes de remboursement¹⁴.

Peu importe les modèles de classification retenus, le financement axé sur les patients impose la transcription des actes médicaux dans une grille tarifaire souvent très élaborée qui doit tenir compte de la singularité et de la diversité des patientes et patients. *Ce travail croissant de codification des activités constitue une charge administrative qui restreint d'autant le temps consacré à la patiente ou au patient lorsqu'il est réalisé par le personnel soignant.*

¹³ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Projet visant l'implantation du financement axé sur le patient – PowerHealth Solutions appelé à participer à un banc d'essai*, (9 février). Repéré à msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1248/.

¹⁴ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Les enjeux du financement axé sur les patients*, p. 11, A1314-CG-065. [Document déposé au Conseil général des 21, 22 et 23 mai 2014].

Qui plus est, ces systèmes et les prix qui leur sont associés doivent être périodiquement révisés¹⁵. (*l'italique est de nous*)

- La gestion efficace d'un système de financement axé sur les patients nécessite une importante quantité d'informations cliniques et financières recueillies par les différents prestataires de soins et traitées par un organisme central qui en assure la qualité et la fiabilité. Aussi, diverses mesures de contrôle doivent être instaurées afin de garantir le respect des règles de codage et de facturation, l'exactitude des informations médico-administratives produites et la conformité du système aux normes et aux législations existantes¹⁵.
- Implanter largement le financement axé sur les patients et réduire simultanément la bureaucratie nous apparaît difficile. Aussi, nous estimons que les gains d'efficacité clinique qui pourraient être réalisés grâce au nouveau mode de financement seraient annulés, du moins en partie, par la hausse des coûts de gestion administrative¹⁶.

Pour nos organisations, l'efficacité économique recherchée par l'implantation d'un nouveau modèle de financement des établissements de santé au Québec n'est pas du tout démontrée, bien au contraire.

Les investissements prévus en ressources informationnelles dans le Plan québécois des infrastructures 2018-2028 ont de quoi nous préoccuper. C'est plus de 435 millions de dollars qui seront investis en 2018-2019, et 3,5 milliards de dollars d'ici 2028¹⁷, soit une hausse des investissements de plus de 11 % depuis la création du Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux en 2014-2015. Les différents projets liés au Dossier santé Québec ont coûté plus de 562 millions de dollars en 2016-2017 (260 millions payés par Québec, 303 millions par Inforoute Santé du Canada)¹⁸. L'informatisation des données de santé semble être devenue un gouffre économique sans fond, coûtant de plus en plus cher au trésor public. Qui plus est, aucune amélioration significative de l'accès aux services de santé ne peut encore lui être attribuée.

¹⁵ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Les enjeux du financement axé sur les patients*, p. 12, A1314-CG-065. [Document déposé au Conseil général des 21, 22 et 23 mai 2014].

¹⁶ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Les enjeux du financement axé sur les patients*, p. 13, A1314-CG-065. [Document déposé au Conseil général des 21, 22 et 23 mai 2014].

¹⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2018). *Le plan économique du Québec*, [En ligne], section A37 (mars). [www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/PlanEconomique_18-19.pdf#page=17].

¹⁸ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, [En ligne], Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 89. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W].

Parmi les effets pervers du financement à l'activité

Outre les coûts informatiques astronomiques, diverses pratiques indésirables et certains effets inattendus, qui ont tous un impact économique direct ou indirect, ont été associés à la mise en place du financement à l'activité et ont nécessité l'élaboration, par les pays qui l'ont expérimenté, de nombreuses règles budgétaires et de procédures de contrôle afin d'en limiter les effets pervers.

Parmi les effets problématiques, mentionnons :

- La sélection (écrémage) des patientes et patients;
- La manipulation des données (surcodage) lors de la classification;
- La fragmentation des épisodes de soins;
- La prestation excessive de services insuffisamment justifiés sur le plan clinique (surtraitement);
- Les congés trop précoces entraînant des réadmissions en raison de complications;
- La rétention de certains patients et patientes afin de conserver le financement, ou au contraire la référence trop rapide vers d'autres établissements;
- La complexification et une lourdeur administrative sans cesse croissante.

Certains auteurs ayant étudié la question affirment que les établissements feront appel à de multiples consultantes et consultants pour identifier les pratiques qui permettront de dégager les plus grandes marges bénéficiaires. Les **risques de nivellement par le bas de la qualité des soins** font notamment partie des problèmes identifiés.

La revue de littérature sur les expériences étrangères en matière de financement à l'activité et de financement axé sur le patient, réalisée et publiée en 2013 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, soulève de nombreux problèmes et mises en garde concernant l'implantation à grande échelle de tels modes de financement :

De façon générale, l'implantation d'un système de FAA [financement à l'activité] s'est faite selon un éventail varié d'objectifs : établissement d'un lien étroit entre l'activité et le financement [...], efficience des services, allocation équitable des ressources, transparence dans la gestion [...], création d'un contexte de concurrence pour les acheteurs de services, facilitation du choix des patients quant à l'établissement de soins, augmentation de l'activité, diminution des listes d'attente, réduction de la capacité hospitalière (lits), étalonnage, amélioration de la qualité. [...]

Toutefois, la poursuite simultanée de plusieurs objectifs et leur évolution au fil des années ont souvent fait en sorte qu'ils deviennent contradictoires et perdent de leur pertinence auprès des producteurs de soins¹⁹.

Un système de FAP ne peut être efficace que si l'organisation des services de santé permet de viser concrètement l'accès, la continuité, l'efficacité, la qualité et la satisfaction²⁰.

La mise en concurrence des établissements : une fausse solution

Dans une deuxième analyse présentée à ses affiliés en 2016²¹, la CSQ a cerné très concrètement les risques de pression accrue sur le personnel des établissements, de concentration des ressources au profit des installations profitant de gains d'échelle, et ce, au détriment des services en région, et enfin de privatisation de certaines activités du réseau, associés au nouveau mode de financement envisagé par le gouvernement.

Pour la CSQ et son affiliée, la FSQ-CSQ, tout modèle de financement des établissements de santé devrait favoriser, réellement, le partage des expertises et la collaboration entre les professionnelles et professionnels ainsi qu'entre les établissements. Les processus de comparaison et les modalités de financement ne doivent d'aucune façon induire une logique de concurrence qui entraînera tôt ou tard un **nivellement par le bas de la qualité des soins**, ce qui est contraire à l'esprit de la LSSSS.

Et plus encore. Dans un contexte de restrictions budgétaires récurrentes, où le gouvernement se prive volontairement de revenus²² qui lui permettraient d'améliorer l'offre de services, l'établissement de profils de consommation de soins et de services, comme le permet la collecte d'informations ciblées dans le présent projet de règlement, pourrait mener à terme, directement ou indirectement, à une forme de discrimination quant aux services qui pourraient faire l'objet de **désassurance** et de **tarifications** éventuelles.

¹⁹ LANCE, Jean-Marie R. (2013). *Le financement axé sur les patients : revue de littérature sur les expériences étrangères*, [En ligne], Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (octobre), p. ii. [inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/ INESSS_Financement_axe_patients.pdf].

²⁰ LANCE, Jean-Marie R. (2013). *Le financement axé sur les patients : revue de littérature sur les expériences étrangères*, [En ligne], Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (octobre), p. iv. [inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/ INESSS_Financement_axe_patients.pdf].

²¹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Financement à l'activité : concurrence et compressions en vue dans le réseau de la santé et des services sociaux*, 14 p., A1516-CG-044. [Document déposé au Conseil général des 18, 19 et 20 mai 2016].

En somme, pour nos organisations, vouloir établir les couts de chaque intervention, de chaque période de soins et de chaque trajectoire de soins, avec la volonté de créer un contexte de concurrence entre les fournisseurs de services, publics et privés, est l'équivalent de mener une étude de marché avec des fonds publics. Mais au bénéfice de qui?

Dans une perspective d'**amélioration de la santé et du bien-être de la population**, et compte tenu des très nombreuses difficultés organisationnelles actuelles dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous sommes d'avis que le gouvernement doit absolument revoir ses priorités et réinvestir dans l'offre de soins et de services directs à la population, plutôt que dans des systèmes d'information de plus en plus onéreux qui ne font que complexifier et alourdir toujours davantage la gestion du système de santé, et réduire toujours plus le temps consacré aux activités cliniques.

Un appel à la raison : l'exemple du plan thérapeutique infirmier (PTI)

À ce jour, les établissements publics ou privés conventionnés offrant des services liés à la perte d'autonomie (repérage, évaluation, dispensation de services en raison d'incapacités significatives et persistantes) doivent inscrire 51 données dans le dossier patient. Avec le nouveau règlement, 23 nouvelles données²³, toutes liées au PTI, devront maintenant être consignées.

Rappelons que le PTI est une norme professionnelle obligatoire depuis le 1^{er} avril 2009; elle peut faire l'objet d'une inspection professionnelle visant à évaluer son application (respect de celle-ci, conformité pour ce qui est de la forme et du contenu).

Cette norme de documentation des décisions cliniques de l'infirmière vise à assurer une évaluation et une surveillance clinique adéquate des usagères et usagers permettant de prodiguer à ceux-ci les soins et les traitements requis par son état de santé, et ce, tout au long du continuum de services.

²² À titre d'exemples : le cumulatif des baisses d'impôt décrétées par le gouvernement Couillard depuis le dernier retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016 s'élève à 3,5 milliards de dollars; une lutte efficace contre l'évasion fiscale et les paradis fiscaux permettrait au Québec de récupérer plus de 720 millions de dollars annuellement; la mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments combinée à la révision de la Politique du médicament permettrait au Québec d'économiser jusqu'à 3 milliards de dollars par année.

²³ Dates d'élaboration et de toute modification du plan, secteur d'activités, constat sur l'état général de l'utilisateur (description, précisions, date, heure, titre, fonction et programme-service auquel est rattaché l'infirmière ou l'infirmier, type de professionnelles ou professionnels ou service identifié comme devant remédier au problème), raison de toute correction, directive associée au constat (description, précision), etc.

Trois principes de base sous-tendent cette norme :

1. Le soutien clinique à la pratique infirmière;
2. La contribution à la continuité des soins;
3. L'apport à l'évaluation de la qualité des soins dans une perspective d'amélioration continue.

Théoriquement, le PTI poursuit des objectifs cliniques très louables. Dans les faits, l'application de cette norme professionnelle, mais surtout l'incapacité de plusieurs travailleuses et travailleurs du réseau de la santé à la respecter, met en lumière les multiples problèmes liés à l'organisation des soins et des services, et à la gestion du système de santé.

Les urgences : n'en demandez pas plus, la cour est pleine!

Un rapport d'audit²⁴ sur la pratique infirmière à l'urgence, déposé en mars 2017 et obtenu grâce à une demande d'accès à l'information, est très révélateur de la situation qui prévaut actuellement dans les urgences du Québec.

Les principaux constats qui y sont présentés découlent des résultats des contrôles qualité réalisés et des observations de la pratique infirmière, et de l'organisation des soins effectués dans le service.

Pour l'ensemble des dossiers audités, aucun des PTI n'était complété pour les indicateurs de qualité évalués²⁵. En ce qui a trait à la qualité des notes au dossier et à l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, aucun profil d'autonomie fonctionnelle n'était également complété. Cette situation ne nous surprend aucunement : le manque d'effectifs et la surcharge de travail aux urgences sont tels qu'il s'avère impossible pour le personnel de compléter les multiples formulaires et outils existants.

²⁴ Expertise professionnelle effectuée par un agent compétent et impartial aboutissant à un jugement par rapport à une norme sur les états financiers, le contrôle interne, l'organisation, la procédure ou une opération quelconque d'une entité.

²⁵ Évaluation du risque de chute, chute, prévention des plaies de pression, dépistage du délirium en préimplantation, évaluation et surveillance des usagères et usagers recevant des opiacés, approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

Plusieurs problèmes très concrets liés à l'organisation du travail ont été cernés :

- Le kardex des infirmières (Med-Urge) est surchargé d'informations. Il est difficile de savoir ce qui s'y trouve pour posséder un kardex complet. On note une perte de temps à chercher quoi inscrire.
- Les infirmières écrivent beaucoup de notes au dossier. Une grande partie de leur temps est accordée au dossier. Il existe plusieurs doublons de l'information.
- Les formulaires disponibles en lien avec les indicateurs de qualité en soins infirmiers (risque de chutes, risque de plaies, PTI, dysphagie) sont absents du dossier.
- Plusieurs tâches de bureau sont effectuées par les infirmières.
- Les dossiers des usagères et usagers sont peu disponibles pour les infirmières, car beaucoup de spécialistes, de médecins et de professionnelles et professionnels les consultent.
- Beaucoup de feuilles-formulaires encombrant les postes et les stations de travail (perte d'efficacité et d'argent, gaspillage).

Plusieurs actions visant à corriger les multiples problèmes sont proposées; il est recommandé toutefois de prioriser les mesures d'amélioration de l'organisation du travail.

En fait, les connaissances, les habiletés requises pour exercer le jugement clinique, la formation et la disponibilité des divers outils sont jugées adéquates. Or, le manque d'adhésion à l'application des protocoles en vigueur dans l'établissement prédispose, selon les auteures du rapport, « à des bris dans la continuité des soins et à des entraves à l'application de la surveillance requise par l'état de santé de l'utilisateur ». Or, toujours selon les auteures, cette non-adhésion a des raisons structurelles. Elles précisent que « le haut volume de consultations et de visites à l'urgence engendre un environnement de pratique non facilitant et très exigeant pour le personnel, considérant l'organisation de service actuel ».

Nous ne le répéterons jamais assez. Les solutions organisationnelles à mettre de l'avant pour corriger les problèmes dans les urgences sont bien connues. Il n'est pas nécessaire d'alimenter davantage, et à grande échelle, les systèmes d'information sur le suivi clinique des usagères et usagers. La stabilisation des équipes de travail, en nombre suffisant, permettrait d'assurer la prise en charge clinique telle qu'édictee dans les normes professionnelles. Augmenter les contrôles administratifs ne fera qu'alourdir le travail du personnel qui est déjà surchargé et épuisé. La qualité des soins ne ferait qu'en souffrir!

Les CHSLD : des témoignages troublants

Malgré que la norme PTI existe depuis près de dix ans et que son respect dans plusieurs secteurs d'activités semble poser de nombreuses difficultés, en raison notamment de la surcharge de travail du personnel, de la multiplication des données à saisir et des problèmes informatiques rencontrés, aucune étude publique ne semble avoir été réalisée sur la question. Il serait temps que la réalité vécue par le personnel soit officiellement connue et reconnue.

Ces quelques témoignages recueillis lors de groupes témoins en CHSLD résument très bien la situation de détresse et de conflit éthique dans laquelle se retrouvent plusieurs de nos membres :

« L'infirmière est responsable des évaluations cliniques. Or le surcroît de travail ainsi occasionné, combiné à une organisation du travail déficiente et au non-remplacement du personnel absent, rend difficile, voire parfois impossible la transcription de toutes ces informations dans les temps souhaités. Notre conscience professionnelle guide alors notre décision, soit prioriser l'évaluation clinique de l'usager et l'administration de ses soins, et ce, au détriment de la rédaction du plan thérapeutique infirmier. »

« Les gens, quand ils arrivent ici [en CHSLD], sont très hypothéqués. Les cas sont plus lourds qu'avant. On a plein de nouveaux programmes informatiques pour saisir les données... Plein d'intervenants viennent à nos bureaux. J'ai jamais le temps de fermer une journée. Je suis incapable de faire tout ce qu'on me demande, soit l'évaluation clinique, le suivi du patient, le travail plancher, la mise à jour du dossier. Si j'ai une chute, j'en ai pour à peu près une demi-heure à trois quarts d'heure à remplir des documents. Je le dis souvent : "Je suis rendue une secrétaire plus qu'une infirmière..." Je suis insatisfaite de mon travail. »

« On doit prioriser, et c'est souvent au détriment de nos patients. Je ne vais pas à mes cours, je coupe mes heures de repas, je ne suis pas à jour dans mes formations. Quand j'y assiste, je ne suis pas remplacée. Il y a maintenant un programme de *décontention*; or il faut prendre le temps de bien juger. L'infirmière à ce niveau a une très lourde responsabilité. Je manque de temps et de soutien en équipe pour avoir un bon jugement. Je ne réussis pas à gérer correctement tout cela. »

« On a une grosse tâche de travail à gérer, et on se sent seule. Je suis infirmière, mais surtout informaticienne : il faut rentrer l'info dans les OEMC²⁶, dans le PI²⁷, dans le PTI et dans les TAI²⁸ que le ministère nous impose. On a implanté un système informatique pour lequel nous ne sommes pas formées, nous n'avons plus accès à nos ressources informatiques rendues à... »

Ces témoignages parlent d'eux-mêmes et devraient être enfin entendus par les instances responsables d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Un point de rupture que le gouvernement ne peut ignorer

Les infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes souffrent chaque jour de l'effet de l'austérité et des réformes incessantes sur leurs conditions de travail. Le manque de personnel, le temps supplémentaire obligatoire, l'instabilité des postes et des équipes de soins, mais également l'augmentation constante des exigences professionnelles et administratives entraînent une surcharge et un épuisement majeur qui met en péril la qualité et la sécurité des soins. Il y a une limite à faire toujours plus avec moins.

Même l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) se dit inquiet des conditions d'exercice du personnel infirmier et de leurs répercussions sur la qualité et la sécurité des soins. Constatant une hausse des demandes d'enquêtes et un nouveau phénomène d'autodénonciation auprès du syndic en lien avec la qualité des soins, l'OIIQ réclame la mise en œuvre immédiate de conditions d'exercice sécuritaires²⁹.

Le dépôt du présent projet de règlement imposant de nouvelles saisies administratives, en pleine situation de crise et au moment où le gouvernement reconnaît la lourdeur de la tâche du personnel infirmier et la nécessité de revoir certains éléments de l'organisation du travail, est plus que préoccupant. Dans le contexte actuel, cette décision nous apparaît complètement inappropriée.

Des informations du *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, toujours en lien avec le financement axé sur le patient, apportent un certain éclairage sur la volonté du gouvernement de documenter l'usage des PTI auprès des personnes hébergées vivant une perte d'autonomie.

RECOMMANDATION 10 Analyser la performance de chaque ressource d'hébergement en considérant le coût et les services rendus.

[...] Le MSSS a lancé un appel d'offres pour conclure un contrat avec un fournisseur privé afin d'établir un *coût par parcours de soins et de services*. Les travaux sont en cours. Ces coûts permettront de réaliser de l'étalonnage entre les établissements et ainsi d'analyser leur performance en mettant en relation ces coûts avec la prestation de services³⁰. (l'italique est de nous)

²⁶ Outil d'évaluation multiclientèle.

²⁷ Plan d'intervention.

²⁸ Tableaux d'aide individualisée.

²⁹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2018). *L'OIIQ s'inquiète de la sécurité des soins infirmiers* (26 février). Repéré à oiiq.org/l-oiiq-s-inquiete-de-la-securite-des-soins-infirmiers.

Le cumul d'informations sur les PTI aurait-il pour objectif non avoué d'évaluer essentiellement la consommation de services lors de tels parcours de soins? Voilà qui fait grandement réfléchir.

Pour nos organisations, tout projet réalisé au nom d'une plus grande efficience économique qui fait abstraction des coûts croissants occasionnés et de la lourdeur administrative additionnelle imposée au personnel soignant, et par le fait même de ses incidences sur la qualité et la sécurité des soins, est contraire à l'esprit de la LSSSS et n'a pas sa raison d'être.

Conclusion

Le gouvernement doit sortir de sa logique d'efficience, contre-performante.

La collecte d'informations sans cesse croissante n'est ni justifiée d'un point de vue clinique ni réaliste. La lourdeur administrative qu'elle engendre nuit déjà à l'atteinte des objectifs fondamentaux de notre système de santé et de services sociaux, soit l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Pire, elle contribue directement à la détérioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services, en accaparant toujours davantage de précieuses ressources et en créant l'illusion d'un meilleur contrôle de la qualité.

Les problématiques et les solutions organisationnelles sont connues. Le gouvernement doit cesser de chercher de nouvelles solutions hypothétiques. Le financement à l'activité, ou axé sur le patient, n'a pas fait ses preuves dans les pays l'ayant expérimenté et ne devrait pas être largement implanté dans le système de santé québécois.

Le gouvernement doit absolument revoir ses priorités et réinvestir davantage dans l'offre de soins et de services directs à la population, plutôt que dans des systèmes d'information de plus en plus onéreux qui ne font que complexifier et qu'alourdir toujours davantage la gestion du système de santé, et que réduire toujours plus le temps consacré aux activités cliniques.

³⁰ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, [En ligne], Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 103. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf].



**Centrale des syndicats
du Québec**

Les enjeux du financement axé sur les patients

Mai 2014

- **Siège social**
- **Bureau de Québec**

Centrale des syndicats du Québec
9405, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1L 6P3
320, rue St-Joseph, bureau 100, Québec (Québec) G1K 9E7
Adresse Web : <http://www.csq.qc.net>

Téléphone : (514) 356-8888
Téléphone : (418) 649-8888

Télécopie : (514) 356-9999
Télécopie : (418) 649-8800

Introduction

L'idée d'implanter un nouveau mode de financement des établissements de santé au Québec n'est pas nouvelle. Dans son Plan d'action pour la réduction et le contrôle des dépenses 2010-2014¹, le gouvernement Charest de l'époque exprimait sa volonté de poursuivre les travaux amorcés en 2003 sur l'optimisation des ressources utilisées dans le réseau. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devait améliorer sa reddition de comptes en accentuant l'utilisation de la gestion par activité. Lors de son budget 2012-2013, le gouvernement libéral réaffirme cette orientation et il annonce la mise en place d'un groupe d'experts chargé de préparer l'implantation graduelle du financement à l'activité.

À l'automne suivant, le gouvernement Marois nouvellement élu reconnaît lui aussi la nécessité de revoir la façon de financer les services de santé. Il révisé toutefois le mandat et les objectifs du groupe de travail. Le Groupe d'experts sur le financement à l'activité devient le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients (le groupe).

Pour les deux anciens gouvernements, la question n'était donc pas de savoir si des changements sur le plan du financement des services de santé devaient être apportés, mais plutôt comment ils pouvaient l'être. Lors des dernières élections québécoises, le parti libéral du Québec (PLQ) de Philippe Couillard a réitéré sa volonté de réviser le mode de financement du réseau de la santé afin que « l'argent suive le patient ».

Pour les tenants du financement axé sur les patients, ce mode d'allocation des ressources permettrait de corriger les iniquités budgétaires entre les régions et les établissements, d'offrir plus de services, de réduire les délais d'attente, bref d'assurer une meilleure performance et une plus grande accessibilité au réseau de la santé, et ce, avec le même argent investi. Or, plusieurs acteurs ont d'importantes réserves à l'égard de ce type de financement. L'amélioration de l'efficacité, de la qualité et de l'efficience des soins et des services offerts serait loin d'être assurée et elle pourrait engendrer diverses pratiques indésirables dans les établissements.

Les travaux du groupe d'experts sont maintenant terminés. Le rapport *Pour que l'argent suive le patient – L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*² de même que trois fascicules techniques détaillés ont été déposés au mois de février 2014 lors du dernier budget Marceau.

¹ Dépenses publiques – Des choix responsables. Plan d'action pour la réduction et le contrôle des dépenses 2010-2014, www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/10-11/Plan_d_action_FR.pdf.

² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février).

Que fera concrètement le gouvernement libéral avec le rapport et les recommandations du groupe d'experts ? Bien qu'il soit trop tôt pour le dire, sa volonté d'aller de l'avant, elle, ne fait aucun doute. Aussi, il s'avère important de mieux comprendre dès maintenant les enjeux liés à l'implantation d'un tel mode de financement.

Le mode actuel de financement dans le réseau de la santé

En 2013-2014, le budget global du MSSS était de 32,8 milliards de dollars. De cette somme, environ 17 milliards de dollars étaient voués au fonctionnement des établissements de santé (hôpitaux, CLSC, CHSLD, centre de réadaptation et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse). Le budget du ministère sert également à financer les dépenses de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). En 2013-2014, l'organisme avait un budget de 9,1 milliards de dollars servant principalement au paiement des médecins (6,1 milliards de dollars) et des médicaments (2,5 milliards de dollars). Il faut se rappeler que la très grande majorité des 18 000 médecins du Québec ne sont pas des salariées et salariés, mais des travailleuses et travailleurs autonomes. Ainsi, le budget des hôpitaux, par exemple, sert à couvrir toutes les dépenses autres que les salaires des médecins, qui eux, sont directement payés par la RAMQ.

L'allocation budgétaire des établissements de santé se fait en deux temps. Le ministère procède d'abord à une allocation par région par le biais des agences régionales de la santé. Le groupe d'experts explique :

Cette allocation était traditionnellement consentie sur une base historique et globale, c'est-à-dire sur la base de l'ensemble des budgets historique et global des établissements situés dans une région donnée. En 1994, le Ministère a introduit un mode de partage populationnel des ressources entre les régions. Ce mode de partage consiste à répartir les ressources entre les régions selon les caractéristiques socio-économiques des populations. [...] Dans les faits, l'allocation des ressources entre les régions est ainsi accordée selon une géométrie variable, dépendamment du type de services financés³.

Ensuite, les agences régionales répartissent leur enveloppe budgétaire aux établissements de leur région essentiellement sur la base de la méthode du budget global (aussi appelé budget historique). Dans ce mode de financement, une enveloppe budgétaire globale est octroyée à chaque établissement en contrepartie de la prise en charge des besoins pour une période donnée. Les enveloppes évoluent généralement de façon historique, c'est-à-dire basée sur l'enveloppe de

³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 15.

l'année antérieure avec divers ajustements possibles basés sur divers critères. Le chercheur Jason Sutherland décrit ce mode de financement ainsi :

Le montant du budget global est habituellement fondé sur une combinaison de facteurs, y compris les budgets historiques, les taux de l'inflation, les décisions de dépenses en immobilisations, la négociation et les considérations politiques. Le type ou la complexité des services offerts dans un hôpital n'est généralement pas pris en compte dans la détermination du budget global⁴.

Il faut préciser que si la méthode du budget global constitue le mode d'allocation des ressources de base des établissements québécois, d'autres modes sont aussi actuellement utilisés. Par exemple, l'approche de financement à l'activité est utilisée depuis 2004-2005 pour le financement de certaines activités de chirurgie (il s'agit du Programme d'accès à la chirurgie). Cette initiative a été prise afin de réduire le problème des listes d'attente pour certaines chirurgies. Aussi, le financement des groupes de médecine familiale est fondé sur le mode de la capitation, c'est-à-dire que l'allocation du groupe est « liée au nombre de personnes inscrites⁵ ».

Le mode de financement par budget global a l'avantage d'être simple et de donner une certaine prévisibilité budgétaire aux gestionnaires d'établissements. Aussi, dans un contexte où le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose de ressources limitées, le financement global permet aisément de limiter l'augmentation des budgets. Le contrôle budgétaire en est facilité.

En contrepartie, la faiblesse de ce mode d'allocation est d'entraîner une restriction des admissions et de potentiellement créer des listes d'attente pour certains services. En effet, si les gestionnaires des différents établissements de santé doivent offrir les soins à la population, ils doivent le faire en respectant les budgets qu'on leur confie, au risque de reporter ou de limiter les services offerts à la population.

Aussi, on reproche à la méthode du budget global de créer des iniquités entre les établissements. L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) soutient :

Cette approche ne traduit pas adéquatement l'évolution réelle de l'offre, que ce soit en matière de types ou de volume de soins et services. Ce faisant, elle reproduit d'année en année des problèmes d'iniquité dans le financement des établissements⁶.

⁴ SUTHERLAND, Jason (2011). *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (mars), p. 4.

⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 15.

⁶ AQESSS (2012). *Allocation des ressources aux établissements de santé et services sociaux : pistes et balises pour implanter le financement à l'activité* (février), p. 1.

L'AQESSS est l'une des parties prenantes du réseau de la santé qui militent fermement en faveur d'une transition vers un financement axé sur le volume de soins livrés et son implantation graduelle dans le réseau de la santé. Selon le chercheur Sutherland :

Ces plaintes ne sont d'ailleurs pas dénuées de fondement, parce que les hôpitaux assument le risque financier des variations dans le volume et la composition de la clientèle (c.-à-d. le volume de patients) alors que le niveau de financement demeure le même⁷.

Le Groupe d'experts sur le financement axés sur les patients

Lors de son dernier discours du budget en mars 2012, l'ancien ministre des Finances annonçait la décision de son gouvernement de créer le groupe d'experts sur le financement à l'activité. Raymond Bachand expliquait :

Afin d'accroître la qualité des services et de répartir les ressources de façon plus équitable et optimale, j'annonce la formation d'un groupe d'experts chargé d'évaluer les modèles de financement à l'activité, en présenter les modalités d'implantation, le cas échéant, et de proposer des expériences pilotes, pour une implantation graduelle dès le printemps 2013.

Le groupe sera présidé par la professeure et experte en politiques de santé M^{me} Wendy Thomson, de l'Université McGill. Celle-ci sera appuyée par M. Pierre Shedleur, ex-président de la CSST et de la SGF, et par M. Roger Paquet, ex-haut fonctionnaire et ancien dirigeant d'établissement de santé⁸.

À l'automne 2012, le ministre de la Santé du gouvernement péquiste nouvellement élu, Réjean Hébert, confirme et précise le mandat du groupe donné par l'ancien gouvernement. Le groupe d'experts sur le financement à l'activité devient le groupe d'experts sur le financement axé sur les patients. Le mandat comportera trois objectifs, soit :

1. Formuler des recommandations afin d'implanter le financement axé sur les patients, en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé ;
2. Formuler des recommandations dans trois domaines d'intervention spécifiques ;
3. Identifier les initiatives concrètes issues du réseau où le financement axé sur les patients s'appliquera.

⁷ SUTHERLAND, Jason (2011). *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (mars), p. 4.

⁸ MINISTÈRE DES FINANCES, *Budget 2012-2013, Discours sur le budget*, p. 7, www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2012-2013/fr/documents/Discours.pdf.

Les grandes lignes du rapport

Le rapport décrit ce qu'est le financement axé sur les patients. Les experts expliquent que le financement axé sur les patients regroupe un ensemble de modes d'allocation des ressources qui établit un lien direct entre la patiente et le patient, les soins prodigués ainsi que leur financement. Le financement peut s'appliquer « à une étape plus ou moins longue des soins – soit l'intervention, l'épisode de soins ou la trajectoire de soins⁹ ». Le groupe d'experts divise donc la « famille » de financement axé sur les patients en trois modes d'allocation :

1. Le financement selon les activités qui consiste à allouer aux établissements les ressources en fonction des volumes de services rendus, selon les tarifs préétablis ;
2. Le financement selon la performance qui ajoute au financement selon l'activité des attentes plus précises en matière, notamment, de qualité et d'accessibilité, il implique l'usage d'indicateurs afin d'évaluer l'atteinte des résultats ;
3. Le financement en fonction des meilleures pratiques qui met l'accent sur le respect des protocoles et des procédures de soins s'appuyant sur des données probantes et leur incidence sur la santé des patientes et patients.

Afin de répondre aux principaux défis du systèmes de santé, le groupe soutient que l'implantation du financement axé sur les patients doit viser quatre objectifs : améliorer l'accès aux soins de santé, faire preuve d'une plus grande efficience dans le respect des enveloppes budgétaires, soutenir et renforcer la qualité des soins de santé et assurer l'équité dans l'accessibilité et le financement des soins de santé.

Tout mode de financement axé sur les patients repose sur un système de classification et de codification des interventions ou des épisodes de soins à partir duquel sont établis les tarifs et une mécanique de remboursement des dépenses. Les personnes ayant des caractéristiques cliniques semblables impliquant l'utilisation de ressources similaires sont classées à l'intérieur de groupes homogènes de malades (*Diagnosis Related Groups*). Certains ajustements peuvent être apportés pour tenir compte de divers paramètres tels la complexité des soins, les conditions de santé, l'âge ou le sexe de l'usagère ou de l'usager. Les ressources allouées le sont donc en fonction du type et du volume de services fournis.

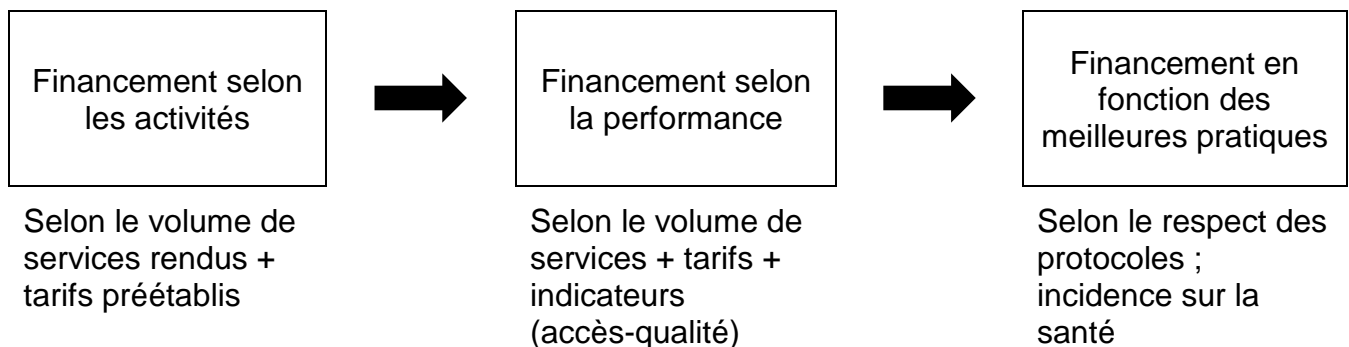
Avec le mode de financement global (ou historique), où les gestionnaires doivent fournir les soins en respectant les budgets, une nouvelle patiente ou un nouveau patient ou une nouvelle intervention constitue un coût. Avec le financement axé sur les patients, une nouvelle patiente ou un nouveau patient ou une nouvelle

⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 49.

intervention constitue un revenu, ce qui crée une forte incitation à accroître le volume de soins.

Si le financement selon les activités se concentre sur le « volume » de soins, les autres modes de financement axé sur les patients (financement selon la performance et financement selon les meilleures pratiques) lient le financement au respect de conditions, critères ou indicateurs de résultats. Le mode de financement devient donc un « puissant incitatif au changement¹⁰ » car les ressources allouées aux établissements seraient directement liées à l'atteinte de résultats, eux-mêmes liés aux changements visés et « aux objectifs de transformation du réseau poursuivis ».

Tableau I
Évolution des modèles de financement
axé sur les patients pour un épisode de soins



Le Groupe décrit les quatre composantes inhérentes à tout système de financement axé sur les patients¹¹.

Le choix ou l'élaboration d'un système de classification des activités axées sur les patients

La classification des activités en catégories homogènes sur le plan médical et selon les ressources consommées constitue le pilier fondamental de ce système¹².

¹⁰ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 60.

¹¹ Le groupe d'experts reprend ici les éléments mis en lumière dans un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux sur lequel nous reviendrons dans la section sur les expériences étrangères.

¹² INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères* (octobre).

La collecte des données cliniques et financières

La disponibilité de données cliniques et financières complètes et fiables, tant sur les coûts des soins prodigués que sur les résultats obtenus, est essentielle. Ces données permettent d'établir précisément les « coûts par cas », par exemple, tous les coûts liés à une trajectoire de soins, de l'admission à la sortie de l'hôpital. En pratique, l'établissement des « coûts par cas » est une opération très complexe puisqu'il faut relier des données cliniques à des données financières.

L'établissement des prix ou des tarifs associés à chaque catégorie d'activités

Des règles tarifaires et budgétaires bien définies doivent être établies afin d'assurer la clarté, la transparence et le contrôle des ressources utilisées. L'établissement des tarifs est une étape cruciale puisque tous les incitatifs que l'on souhaite créer avec l'implantation de ce type de financement dépendent des tarifs payés aux établissements.

Le paiement ou le remboursement réel

À cette étape, il s'agit de rembourser les établissements en fonction des services rendus, des tarifs établis et des conditions fixées. Pour éviter les pratiques indésirables potentielles (nous reviendrons plus tard sur celles-ci), les modes de financement axé sur les patients requièrent des mécanismes de contrôle et de vérification pour éviter les abus. Ces systèmes de vérification sont incontournables pour tout système de financement axé sur les patients.

Les principales recommandations du groupe d'experts

Le groupe d'experts recommande au gouvernement d'implanter largement le financement axé sur les patients au sein du système de santé québécois. Il recommande la mise en place d'une approche mixte :

L'approche populationnelle actuelle continuerait d'être utilisée pour distribuer les enveloppes aux agences. À partir de ces enveloppes, les agences financeraient les établissements par une approche mixte, conjuguant budget global et historique avec des initiatives utilisant le financement axé sur les patients.

Pour chaque initiative de financement axé sur les patients, le budget global de référence des établissements serait remplacé par un budget établi en fonction des services réalisés et des tarifs établis¹³.

¹³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 79.

Selon le groupe, « on doit commencer à implanter la méthode, même si toutes les conditions ne sont pas réunies au départ¹⁴. » L'approche proposée s'appuie sur des expériences déjà engagées dans le réseau, mais il « s'agit d'aller au-delà d'expériences pilotes¹⁵ ».

Les experts recommandent de débiter immédiatement l'implantation dans trois secteurs d'intervention jugés prioritaires. Des recommandations concrètes et un échéancier d'implantation détaillé débutant dès 2014-2015 et s'étalant sur une période de quatre ans sont proposés.

Les trois secteurs prioritaires visés par le groupe sont :

- L'accès aux services chirurgicaux grâce à un programme élargi et intégré ;
- La valorisation de la qualité des soins par un financement selon les meilleures pratiques en commençant par la coloscopie ;
- La prise en charge des patientes et patients atteints de maladie chronique avec un financement favorisant l'intégration des services¹⁶.

Le groupe formule une série de recommandations additionnelles visant à mettre en place les conditions nécessaires pour une gestion réussie du changement. Le groupe d'experts reconnaît la complexité du virage requis pour mettre en place le financement axé sur les patients ainsi que l'existence de plusieurs effets indésirables potentiels. Le Groupe propose donc « un nombre croissant d'outils pour bien gérer les risques éventuels¹⁷ ».

Quels sont les enjeux qui doivent nous interpeller ?

À la lumière de la revue de littérature présentée à l'annexe 1 et en tenant compte du rapport présenté par le groupe d'experts, voici les enjeux qui apparaissent fondamentaux dans ce virage proposé du mode de financement du réseau de la santé.

¹⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 84.

¹⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 86.

¹⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 5.

¹⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 71.

Les impacts potentiels sur les travailleuses et travailleurs du secteur de la santé

L'appui du personnel est considéré primordial au succès de la réforme proposée qui n'est pas qu'un simple changement financier ou administratif. La budgétisation axée sur les résultats implique une culture managériale où l'évaluation des services rendus, des résultats obtenus et des coûts assumés est prioritaire. Les systèmes d'information devront pouvoir rendre compte des résultats sur la santé des patientes et patients, de la performance par rapport aux indicateurs ou de la conformité par rapport aux meilleures pratiques. Des moyens pour développer les compétences et la capacité des intervenantes et intervenants à mettre en place ces changements et des processus rigoureux d'évaluation continue et de rétroaction sont recommandés.

Le groupe d'experts préconise la mise en place d'une équipe multidisciplinaire réunissant des compétences dans les domaines clinique, financier, technologique et en communication qui disposera de la latitude et de l'autorité nécessaire pour mener à bien ce mandat.

Un nouveau concept d'imputabilité médicale intégrant les défis administratifs et organisationnels est aussi recommandé. « Les cliniciens doivent reconnaître la réalité des limites financières, ce qui met l'accent sur la responsabilité éthique de s'assurer que les ressources sont utilisées judicieusement¹⁸ ». Selon les experts, cette approche fait valoir le rôle positif des pratiques de gestion et d'organisation sur le développement des pratiques professionnelles. Les experts suggèrent que la philosophie et les habiletés de gouvernance clinique soient intégrées à la formation et au perfectionnement continu des professionnelles et professionnels de la santé.

Cette approche nous préoccupe et elle suscite bien des questionnements. Comment s'exercera l'autonomie professionnelle dans un modèle qui déterminera les cibles cliniques et économiques et rendra imputables les cliniciennes et cliniciens ? La façon dont seraient évalués les résultats sur la santé des patientes et patients, l'imputabilité des autres professionnelles et professionnels de la santé qui pourraient ne détenir aucun pouvoir dans les prises de décision et leur rôle dans l'analyse des problèmes et la recherche de solutions ne sont que quelques-uns des enjeux qui nous interpellent.

Les potentielles ouvertures à la privatisation

Le groupe d'experts adresse deux « mises en garde » à l'effet que l'implantation du financement axé sur les patients ne vise ni la privatisation des soins de santé ni la réduction des ressources affectées à la santé.

¹⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 165.

Pour le groupe d'experts, l'objectif visé est « d'obtenir un meilleur prix pour le service et un meilleur résultat pour le patient¹⁹. » Des informations plus transparentes sur l'accessibilité, la qualité et le coût des services offerts permettraient aux personnes de choisir elles-mêmes les établissements qui répondront plus adéquatement à leurs besoins et préférences.

Or, viser les meilleurs prix, donc une certaine concurrence entre les établissements, n'ouvrirait-il pas la porte à une certaine privatisation ? Rappelons que certains pays ayant implanté le financement à l'activité, dont l'Angleterre et la France, se sont donnés pour objectif de créer un contexte de concurrence entre les fournisseurs de services.

Finalement, l'auteur d'une note de recherche de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), le chercheur Guillaume Hébert, écrit :

Pour certains, il [le financement à l'activité] s'agit d'ailleurs d'une étape sur la voie d'un élargissement de la place du privé en santé. Sa configuration créant un marché interne rend effectivement plus aisée la juxtaposition d'entreprises privées en concurrence directe avec le réseau public. Si c'est là l'intention du gouvernement, il devrait au moins faire preuve de plus de transparence et annoncer ses couleurs²⁰.

Soulignons que la stratégie de suivi et d'évaluation des résultats proposée par le groupe d'experts prévoit des procédures de comparaison des établissements. Or, le financement axé sur le patient ne doit pas introduire une vision mercantile des soins et contribuer à la création d'un nouveau marché des services de santé et mettre en concurrence les établissements les uns contre les autres. Si une saine émulation dans un esprit de coopération peut apporter certains effets positifs, la marge qui nous ferait tomber vers une concurrence malsaine est bien mince.

La complexité et la lourdeur administrative

La classification et la codification des épisodes de soins constituent la pierre angulaire de tout système de financement axé sur les patients. Elles permettent la fixation des tarifs et, *de facto*, le choix des mécanismes de remboursement. Or, les systèmes de classification et de tarification s'avèrent très complexes et risquent d'entraîner une importante lourdeur administrative.

Les pays ayant implanté les diverses formes de financement axé sur les patients utilisent ou ont adapté l'un des divers systèmes de classification des patientes et patients qui existent actuellement. Le nombre de groupes de patientes et patients

¹⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 80.

²⁰ INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (2012). *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé ?* (juin), p. 5.

est très variable d'un pays à l'autre, il est de 355 en Belgique et de 4 400 aux Pays-Bas. En France, la quasi-totalité des 600 groupes se décline en quatre niveaux de sévérité. Divers modèles ont été élaborés ou sont utilisés au Canada et au Québec.

Peu importe les modèles de classification retenus, le financement axé sur les patients impose la transcription des actes médicaux dans une grille tarifaire souvent très élaborée qui doit tenir compte de la singularité et de la diversité des patientes et patients. Ce travail croissant de codification des activités constitue une charge administrative qui restreint d'autant le temps consacré à la patiente ou au patient lorsqu'il est réalisé par le personnel soignant.

Qui plus est, ces systèmes et les prix qui leur sont associés doivent être périodiquement révisés.

Les coûts de gestion importants

La gestion efficace d'un système de financement axé sur les patients nécessite une importante quantité d'informations cliniques et financières recueillies par les différents prestataires de soins et traitées par un organisme central qui en assure la qualité et la fiabilité. Aussi, diverses mesures de contrôle doivent être instaurées afin de garantir le respect des règles de codage et de facturation, l'exactitude des informations médico-administratives produites et la conformité du système aux normes et aux législations existantes.

Les médecins spécialistes du Québec affirment que pour réaliser une telle réforme du mode de financement, le « support informationnel doit être fiable, hautement sécuritaire, interopérable, conçu et développé spécifiquement pour réaliser toutes les opérations d'enregistrement, d'extraction et d'archivage des données sous toutes ses formes et toutes ses déclinaisons ». Selon eux, le gouvernement du Québec doit assurer la pleine opérationnalité du Dossier Santé Québec (DSQ) avant de songer à mettre en chantier un projet d'une telle envergure. À cet effet, le groupe d'experts affirme que « le DSQ constitue une plate-forme commune et une norme à intégrer dans les systèmes locaux pour permettre le partage efficace, sécuritaire et en temps opportun des renseignements de santé ».

Le groupe d'experts propose un vaste chantier sur la refonte des ressources informationnelles et l'adoption d'une stratégie d'investissement qui permettront de doter le Québec des structures informationnelles nécessaires pour réussir l'implantation du financement axé sur les patients. Toutefois, aucun plan précis ni estimé du coût global de tels travaux ne sont présentés dans l'un ou l'autre des documents déposés.

Rappelons qu'en 2012-2013, l'ensemble des dépenses gouvernementales en technologies de l'information pour le secteur de la santé et des services sociaux au Québec s'élevait à 665 millions de dollars. Le projet d'informatisation de la santé

promis pour 2011 au coût initial de 543 millions de dollars coûtera à terme plus de 1,6 milliard de dollars.

Implanter largement le financement axé sur les patients et réduire simultanément la bureaucratie nous apparaît difficile. Aussi, nous estimons que les gains d'efficacité clinique qui pourraient être réalisés grâce au nouveau mode de financement seraient annulés, du moins en partie, par la hausse des coûts de gestion administrative.

Les pratiques indésirables potentielles et la qualité des soins

Diverses pratiques indésirables ou divers effets inattendus ont été associés à la mise en place du financement à l'activité et ont nécessité l'élaboration de nombreuses règles budgétaires et de procédures de contrôle afin d'en limiter les effets pervers. Parmi ceux-ci, mentionnons :

- La sélection (écrémage) des patientes et patients ;
- La manipulation des données (surcodage) lors de la classification ;
- La fragmentation des épisodes de soins ;
- La prestation excessive de services insuffisamment justifiés sur le plan clinique (surtraitement) ;
- Les congés trop précoces entraînant des réadmissions en raison de complications ;
- La rétention de certains patients et patientes afin de conserver le financement, ou au contraire la référence trop rapide vers d'autres établissements.

Certains auteurs affirment que les établissements feront appel à de multiples consultants pour identifier les pratiques qui permettront de dégager les plus grandes marges bénéficiaires. Les risques de nivellement par le bas de la qualité des soins font partie des problèmes identifiés.

Dans le cadre de la mise en place d'un système de financement axé sur les patients, l'élaboration et l'implantation préalable de stratégies de promotion et de suivi de la qualité seraient absolument nécessaires afin d'éviter tout effet indésirable sur la qualité des soins.

La protection des renseignements personnels

La collecte exhaustive de données requise par l'instauration d'un système de financement axé sur les patients²¹ nécessitera des ajustements au cadre légal en matière d'accès à l'information. Le rapport du groupe d'experts fait explicitement référence aux règles de la Commission d'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels visant à protéger la confidentialité des informations privées et aux contraintes additionnelles mises en place par le MSSS pour baliser davantage l'accès à l'information.

Le groupe recommande « d'apporter les changements nécessaires au cadre juridique pour accroître la capacité de recueillir des données plus rapidement et pour faciliter le jumelage des données cliniques²² ». Précisons que le groupe d'experts recommande également l'implantation d'un identifiant unique anonyme.

Fait intéressant, des travaux de recherche, d'analyse et de consultation ont cours au Québec depuis plusieurs mois afin de réviser et de moderniser la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*²³. **Une attention particulière devrait leur être accordée.**

Rappelons également que le Vérificateur général du Québec a identifié des lacunes liées à la sécurité des échanges informationnels dans le cadre de l'implantation du Dossier Santé Québec. En 2011, il a recommandé au gouvernement de « statuer sur le niveau acceptable de sécurité à instaurer [...] pour diminuer le risque d'accès non autorisé aux données relatives à la santé des patients²⁴ ».

Dans son mémoire sur le projet de loi n° 59 relativement à la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé²⁵, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) a clairement exprimé qu'elle considérait inacceptable la cueillette et la conservation de données personnelles de santé dans des banques de renseignements lorsqu'une personne manifestait son refus qu'un DSQ soit constitué à son nom. La constitution de nouvelles bases de données et le croisement d'informations jugées sensibles soulèvent encore une fois l'enjeu de la

²¹ Notamment pour procéder aux croisements des données cliniques et financières requises pour la construction d'une structure tarifaire.

²² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 148.

²³ Le Courrier parlementaire (4 avril 2014).

²⁴ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2011). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'assemblée nationale pour l'année 2010-2011*, p. 5-4.

²⁵ CSQ (2012). *Le Dossier de santé du Québec : six ans plus tard, son utilité reste toujours discutable. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de loi n° 59 relativement à la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, www.lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2011-2012/dossier-sante-quebec.pdf.

protection des renseignements personnels. La vigilance à cet égard demeure essentielle.

Quelques remarques finales

Les objectifs visés par l'implantation d'un financement axé sur les patients sont légitimes et largement partagés. Nous sommes en accord avec la volonté d'assurer l'accessibilité et la qualité des services de santé, une plus grande équité dans l'allocation des ressources et une meilleure efficacité de notre système de santé.

Si la transparence est l'un des avantages fortement associé à l'implantation du financement axé sur les patients, nous croyons que les discussions entourant le financement de notre système de santé sont une occasion de revoir et de questionner tous les facteurs qui contribuent ou non à son efficacité et à son efficacité. À ce titre, l'ensemble des dépenses devrait être analysées, tant celles liées à la dispensation des soins, aux technologies médicales, aux médicaments, à la rémunération des médecins que celles liées à la gestion et à l'informatisation du système de santé. Mentionnons qu'au cours des dix dernières années, plus de 25 % de la croissance des dépenses de santé était attribuable à l'évolution de la pratique médicale (technologies et médicaments) notamment et aux nouveaux développements²⁶.

Nous croyons qu'une meilleure connaissance des coûts associée à la prise en charge de certains cas pourrait nous aider à faire des choix plus judicieux et à améliorer l'efficacité du système de santé. Toutefois, tout quantifier, tout mesurer et tout contrôler pourrait s'avérer contre-productif. L'idée d'implanter une approche selon les meilleures pratiques dans des domaines ciblés, impliquant peu de prestataires, mais beaucoup de coûts, pourrait potentiellement s'avérer intéressante.

À titre d'exemple, si le financement selon les meilleures pratiques dans le domaine des chirurgies favorise le partage des expertises et permet ultimement à l'ensemble des établissements concernés d'augmenter le nombre de personnes opérées, de réduire les risques de complications tout en optimisant les ressources, nous y gagnerions toutes et tous. Encore faudrait-il s'assurer que la structure de financement permette réellement ce partage d'expertises et la collaboration entre les professionnelles et professionnels ainsi que les établissements. Les processus de comparaisons et les modalités de financement ne devraient d'aucune façon induire une logique de concurrence.

De même, l'usage de certains indicateurs pour mesurer l'atteinte d'objectifs et évaluer l'efficacité d'un modèle pourrait être intéressant. Cependant, les objectifs

²⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 28.

doivent être bien ciblés, définis, compris et partagés par le personnel des secteurs visés. À cet effet, nous estimons que le personnel du réseau doit participer à l'identification des différents indicateurs utilisés et il doit être étroitement impliqué dans l'analyse des résultats (écarts observés) et dans l'identification de solutions.

De plus en plus d'experts affirment que les modèles mixtes combinant une part de budget global et une part de financement à l'activité constituent les formules de financement les plus intéressantes. Dans tous les cas, des mesures devront toutefois être prises afin d'assurer la qualité des services rendus.

Les variantes du financement axé sur le patient sont très nombreuses et il reste encore beaucoup d'inconnues. La CSQ devra étudier attentivement les orientations retenues par le gouvernement en réponse aux recommandations que le groupe d'experts lui a adressées.

Annexe 1

Que retenir des expériences étrangères ?

Le financement selon l'activité est apparu avec le développement d'un système de classification des patientes et patients à l'Université de Yale, aux États-Unis, à la fin des années 1970. Mis en pratique pour la première fois en 1983 dans le cadre du programme Medicare, le modèle a été adopté par la suite sous diverses déclinaisons par la majorité des pays européens au cours des deux dernières décennies. Au Canada, la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario l'ont adopté et d'autres provinces seraient en voie de le faire.

Date d'introduction du financement axé sur les patientes et patients dans les pays européens	
1992	Suède
1993	Australie, Hongrie, Irlande
1995	Italie
1996	Catalogne
1997	Finlande, Norvège
1998	Autriche, Portugal
2000	Danemark, Pologne
2002	Belgique
2003	Angleterre
2004	France
2005	Pays-Bas

Depuis quelques années, un grand nombre d'études ont été réalisées un peu partout dans les pays développés afin d'analyser les effets de l'implantation de divers modes de financement axé sur les patients. À la demande de l'ancien ministre de la Santé, Réjean Hébert, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a réalisé et a rendu publique en octobre 2013 une revue de littérature sur les expériences étrangères en matière de financement axé sur les patients.

Dans l'attente de la méta-analyse²⁷ de *Canadian Doctors for Medicare*, la revue de littérature de l'INESSS s'avère fort intéressante malgré le fait qu'elle porte sur les systèmes implantés dans seulement huit pays et que les articles scientifiques pris en considération soulignent tous la difficulté, voire l'impossibilité, d'isoler les effets

²⁷ Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. Elle permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés. L'équipe de recherche aura examiné 16 000 articles et plus de 260 études représentant 64 pays.

du mode de financement des autres facteurs. En effet, diverses réformes menées simultanément dans les systèmes de santé, tant sur le plan de l'organisation des services, de la gouvernance que du financement ont rendu difficile l'évaluation de l'atteinte des objectifs jugés par certains chercheurs et chercheuses trop nombreux et parfois contradictoires. Les constats qu'on y fait suscitent plusieurs questionnements qui incitent à la prudence. L'expérience des pays ayant déjà implanté et expérimenté le financement à l'activité, notamment leurs résultats en matière d'amélioration de l'efficacité, de la qualité et de l'efficience des soins et des services offerts, ne serait pas toujours probante. Voici brièvement les principaux constats.

L'acceptation générale du modèle

Les administrations des huit pays examinés dans la revue de littérature, de même que celles de plusieurs autres pays tels que l'Australie et les États-Unis ne remettent pas en question ce modèle de financement. « Les avantages du [financement à l'activité (FAA)] , notamment à l'égard de la transparence, font plus que compenser ses inconvénients, bien que des améliorations soient exigées dans les différents volets du système de tarification au-delà des mises à jour régulières. » Rappelons que « les applications de ce mode de financement se limitent presque en totalité au secteur des services hospitaliers, qui représente une part importante des dépenses publiques de santé²⁸ ».

Un modèle généralement implanté dans un contexte circonscrit

La majorité des expériences ont été réalisées dans un contexte d'implantation ciblé n'impliquant qu'un seul type d'établissements, soit le milieu hospitalier et généralement pour les services de soins physiques de courte durée. Plusieurs facteurs présents dans ce milieu de pratique facilitent la mise en œuvre du financement à l'activité²⁹. Les applications dans les secteurs des soins intensifs, des soins de longue durée, de l'enseignement, de la recherche, de la psychiatrie, de la santé mentale, de la réadaptation et des soins à domicile sont très peu fréquentes.

²⁸ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères rédigée par Jean-Marie Lance* (octobre), p. ii.

²⁹ Par exemple la disponibilité d'outils de classification des maladies et des actes diagnostiques et thérapeutiques, la disponibilité du dossier médical hospitalier, la courte durée des épisodes de soins, la responsabilité des soins concentrée dans une seule organisation, la disponibilité des données sur l'utilisation des ressources et les coûts et enfin, le nombre très limité de catégories de producteurs de services qui reçoivent des paiements ou des remboursements.

L'efficacité, la productivité et l'efficience

L'efficacité est ici définie comme étant le « rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés³⁰ » et l'efficience comme étant le rapport entre les résultats obtenus par le réseau de la santé et les coûts engagés pour obtenir ces résultats.

Ainsi, pour évaluer l'efficacité du financement axé sur les patients, il faut savoir quels sont les objectifs poursuivis. La revue de l'INESSS a considéré les critères suivants : l'activité hospitalière, la durée de séjour et le temps d'attente. Dans les pays étudiés, il semble y avoir eu un effet sur les trois éléments : l'activité hospitalière a augmenté de façon générale dans les pays, la durée moyenne des séjours a diminué dans la grande majorité des pays et la diminution des temps d'attente pour les chirurgies non urgentes a également été constatée dans quelques pays³¹. Évidemment, les hausses de volume d'activité ont entraîné un accroissement des dépenses hospitalières. L'auteur de l'étude constate que « cet effet de hausse dans l'activité, désiré au point de départ dans certains cas, est devenu problématique lorsque les gouvernements ont mis en œuvre des politiques de contrôle des dépenses de santé³² ».

En ce qui concerne la productivité, que l'INESSS définit comme étant la relation physique entre les intrants et les extrants, « l'expérience de plusieurs pays (France, Norvège, Suède) montre une amélioration de la productivité et une augmentation de la productivité du personnel soignant (France) ; en Suède, les comtés ayant implanté le système de FAA ont mieux fait que ceux qui ne l'ont pas fait³³ ».

Toutefois, au regard de l'efficience, la situation est beaucoup plus contrastée : « Le plus souvent (Allemagne et France), on observe une diminution de ce type d'efficience (appelée productivité économique par Or et ses collègues [2013]) ou, au mieux, aucune augmentation (Norvège)³⁴ ». Le gain en efficience clinique aurait possiblement été annulé par l'augmentation des procédures de gestion ou parce que la structure des tarifs « n'était pas assez fiable pour inciter à des améliorations d'efficience³⁵ ».

³⁰ La définition du mot efficacité provient du Grand dictionnaire terminologique, www.granddictionnaire.com.

³¹ D'autres auteurs, comme Jason Sutherland, souligne plutôt que les effets du financement à l'activité sur les temps d'attente sont mitigés.

³² INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères rédigée par Jean-Marie Lance* (octobre), p. 70.

³³ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères rédigée par Jean-Marie Lance* (octobre), p. 71.

³⁴ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères rédigée par Jean-Marie Lance* (octobre), p. 71.

³⁵ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères rédigée par Jean-Marie Lance* (octobre), p. 71.

La qualité des soins

Le mode de financement à l'activité utilisé seul, sans autre incitatif à la qualité, ne crée pas en soi d'incitatif favorisant les soins de qualité. C'est ce qui ressort des recherches s'étant penchées sur l'effet du financement à l'activité sur la qualité des services de santé offerts aux populations.

Certaines évaluations revues par l'INESSS indiquent que le financement à l'activité ne semble pas associé à une détérioration des soins (aucun impact quantifiable). Ces évaluations ont cependant été jugées partielles et insuffisamment approfondies par l'INESSS. Certaines études soulèvent néanmoins des questionnements sérieux, notamment sur la hausse des taux de réadmission à 30 jours et les perceptions négatives du personnel hospitalier. Aucun lien formel avec le financement à l'activité n'est toutefois établi.

Des chercheuses et chercheurs considèrent que la surveillance de la qualité des soins est inadéquate ou insuffisante dans plusieurs pays. L'auteur de la revue de littérature conclut que la sécurité et la qualité des soins doivent être prioritaires.

La lourdeur administrative du système

La lourdeur administrative des activités liées à la gestion et à l'application d'un système de financement axé sur les patients et de leur impact sur les ressources humaines, matérielles et financières requises est mentionnée dans l'ensemble des rapports d'évaluation.

Le codage des activités, la collecte des données cliniques et financières, le traitement des demandes de vérification de la part des organismes de contrôle, la gestion des investissements requis pour l'acquisition et l'exploitation des systèmes d'information de même que la gestion des ententes contractuelles avec les organismes payeurs (mutuelles d'assurance ou autres organismes) ne sont que quelques-unes des nombreuses activités administratives répertoriées.

Les autres études sur les modes de financement des établissements de santé

Deux autres études sur les modes de financement apportent des éclairages intéressants sur la question. D'abord l'étude de Jason Sutherland, de l'Université de la Colombie-Britannique, pour le compte de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé³⁶. Cette recherche confirme plusieurs constats faits par Jean-Marie Lance, l'auteur de la revue de littérature de l'INESSS, notamment les risques de pratiques indésirables potentielles, les effets pervers d'une structure tarifaire inadéquate et les coûts importants de mise en œuvre. Aussi, le chercheur Sutherland nous apprend par exemple que « [Le regroupement] Médecins canadiens pour le régime public est inquiet des conséquences inattendues du [financement basé sur l'activité (FBA)] sur le système de santé, tel l'accent mis sur le volume sans indicateurs de qualité correspondants³⁷. » L'auteur conclut en

³⁶ SUTHERLAND, Jason (2011). *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (mars).

³⁷ SUTHERLAND, Jason, et collaborateurs (2011). *Will Paying the Piper Change the Tune?*, p. 17.

recommandant d'utiliser le financement basé sur les activités pour inciter à augmenter le volume des activités et qu'une approche mixte combinant ce type de financement avec le financement global peut s'avérer une avenue intéressante. Cependant, dans un autre article que Sutherland a publié avec des collègues, il sert les mises en garde suivantes :

Dans d'autres pays, les systèmes de financement à l'activité datent de plus de 20 ans ; et les résultats sont très variés. Il est clair que les exigences en matière d'information et de rédaction de rapports y sont considérables. Il existe un lot d'incitatifs perniciox associés au financement à l'activité. La plupart des hôpitaux canadiens et des gouvernements provinciaux n'ont pas encore les systèmes de données nécessaires, ils doivent donc procéder avec précaution³⁸.

Finalement, la note de recherche de l'Institut de recherche et d'information socio-économique, réalisée en 2012 par le chercheur Guillaume Hébert, se révèle très critique du projet de réforme que le ministère entend entreprendre avec le financement axé sur les patients³⁹. La note de l'IRIS soulève également l'existence de nombreux effets pervers de ce mode d'allocation des ressources. Bref, selon l'IRIS, « aucune démonstration empirique n'établit hors de tout doute que le financement à l'activité permet une amélioration du système de santé⁴⁰ ».

³⁸ SUTHERLAND, Jason (2011). *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (mars), p. 15.

³⁹ En fait, la note socio-économique porte spécifiquement sur le financement à l'activité puisqu'elle a été publiée en juin 2012, soit avant l'élargissement du mandat du groupe d'expert par l'ancien ministre de la Santé et des Services sociaux, Réjean Hébert, à l'automne 2012.

⁴⁰ INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (2012). *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé ?*



**Centrale des syndicats
du Québec**

Financement à l'activité : concurrence et compressions en vue dans le réseau de la santé et des services sociaux

Mai 2016

- Siège social
- Bureau de Québec

Centrale des syndicats du Québec
9405, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1L 6P3
320, rue St-Joseph, bureau 100, Québec (Québec) G1K 9E7
Adresse Web : <http://www.csq.qc.net>

Téléphone : (514) 356-8888
Téléphone : (418) 649-8888

Télécopie : (514) 356-9999
Télécopie : (418) 649-8800

Introduction

Le 23 février 2016, lors d'une conférence de presse, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, annonce qu'il amorce le 3^e volet de sa grande réforme du système de santé avec la mise en œuvre d'un projet-pilote de comparaison de coûts pour divers services de santé (chirurgies et des procédures sous scopie). Les deux premiers volets de sa réforme ont modifié les structures et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (projet de loi 10) et vise à favoriser l'accès aux services médicaux de première ligne (projet de loi 20). Le 3^e volet vise, quant à lui, à changer le mode de financement des établissements de santé pour implanter le financement à l'activité.

L'idée d'implanter un mode de financement des établissements basé sur les activités est discutée depuis quelque temps déjà. Le financement à l'activité vise à octroyer le financement aux établissements de santé en fonction du volume et du type de services qui y sont dispensés et non en fonction d'une base historique, comme c'est le cas actuellement.

À la suite du dépôt d'un rapport d'experts sur le financement à l'activité, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) a présenté un dossier sur le sujet lors du Conseil général (CG) de mai 2014. Ce dossier visait à décrire les grandes lignes de ce nouveau mode de financement et à présenter les préoccupations qu'il suscite. En mai 2014, le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, n'avait pas encore annoncé les orientations précises qu'il entendait prendre dans ce dossier. La CSQ avait donc préféré attendre de voir les orientations du ministère avant de prendre position sur cet enjeu.

Compte tenu des développements récents dans ce dossier, notamment de la mise en œuvre du projet-pilote, il convient aujourd'hui pour la CSQ de prendre position sur ce projet de réforme du mode de financement des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

1. Les grandes lignes du financement à l'activité¹

a) Différents modes d'allocation budgétaire

Il existe différents modes d'allocation budgétaire : méthode du budget global (aussi appelé budget historique), par capitation (en fonction de la population desservie) ou basée sur les activités.

Historiquement, les défunt^{es} agences régionales² répartissaient leur enveloppe budgétaire aux établissements de leur région essentiellement sur la base de la méthode du budget global. Dans ce mode de financement, une enveloppe budgétaire globale est octroyée à chaque établissement en contrepartie de la prise en charge des besoins pour une période donnée. Les enveloppes évoluent généralement de façon historique, c'est-à-dire basées sur l'enveloppe de l'année antérieure avec divers ajustements possibles basés sur divers critères.

Il faut préciser que si la méthode du budget global constitue toujours le mode d'allocation des ressources de base des établissements québécois, d'autres modes sont aussi actuellement utilisés. Par exemple, l'approche de financement à l'activité est utilisée depuis 2004-2005 pour le financement de certaines activités de chirurgie (il s'agit du Programme d'accès à la chirurgie). Cette initiative a été prise afin de réduire le problème des listes d'attente pour certaines chirurgies. Aussi, le financement des groupes de médecine familiale est fondé sur le mode de la capitation, c'est-à-dire que l'allocation du groupe est « liée au nombre de personnes inscrites³ ».

Le mode de financement par budget global a l'avantage d'être simple et de donner une certaine prévisibilité budgétaire aux gestionnaires d'établissements. Aussi, dans un contexte où le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose de ressources limitées, le financement global permet aisément de limiter l'augmentation des budgets. Le contrôle budgétaire en est facilité.

En contrepartie, la faiblesse de ce mode d'allocation est d'entraîner une restriction des admissions et de potentiellement créer des listes d'attente pour certains services. En effet, si les gestionnaires des différents établissements de santé doivent offrir les soins à la population, ils doivent le faire en respectant les budgets qu'on leur confie, au risque de reporter ou de limiter les services offerts à la population. Aussi, on reproche à la méthode du budget global de créer des iniquités entre les établissements.

¹ Cette section s'inspire largement du dossier sur le financement à l'activité présenté au Conseil général de mai 2014 (A1314-CG-065).

² Elles ont été abolies dans le cadre du Projet de loi 10 adopté en 2015.

³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, p. 15.

Le financement à l'activité repose sur un système de classification et de codification des interventions ou des épisodes de soins à partir duquel sont établis les tarifs et une mécanique de remboursement des dépenses. Les personnes ayant des caractéristiques cliniques semblables impliquant l'utilisation de ressources similaires sont classées à l'intérieur de groupes homogènes de malades (*Diagnosis Related Groups*). Certains ajustements peuvent être apportés pour tenir compte de divers paramètres, comme la complexité des soins, les conditions de santé, l'âge ou le sexe de l'usagère ou de l'usager. Les ressources allouées le sont donc en fonction du type et du volume de services fournis.

b) Le financement à l'activité

Le financement à l'activité est composé des quatre éléments suivants :

i. Le choix ou l'élaboration d'un système de classification des activités

La classification des activités en catégories homogènes sur le plan médical et selon les ressources consommées constitue le pilier fondamental de ce système⁴.

ii. La collecte des données cliniques et financières

La disponibilité de données cliniques et financières complètes et fiables, tant sur les coûts des soins prodigués que sur les résultats obtenus, est essentielle. Ces données permettent d'établir précisément les « coûts par cas », par exemple, tous les coûts liés à une trajectoire de soins, de l'admission à la sortie de l'hôpital. En pratique, l'établissement des « coûts par cas » est une opération très complexe puisqu'il faut relier des données cliniques à des données financières.

iii. L'établissement des prix ou des tarifs associés à chaque catégorie d'activité

Des règles tarifaires et budgétaires bien définies doivent être établies afin d'assurer la clarté, la transparence et le contrôle des ressources utilisées. L'établissement des tarifs est une étape cruciale puisque tous les incitatifs⁵ que l'on souhaite créer

⁴ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères*. [En ligne], [\[www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf\]](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf).

⁵ Avec le mode de financement global (ou historique), où les gestionnaires doivent fournir les soins en respectant les budgets, une nouvelle patiente ou un nouveau patient ou une nouvelle intervention constitue un coût. Avec le financement axé sur les patients, une nouvelle patiente ou un nouveau patient ou une nouvelle intervention constitue un revenu, ce qui crée une forte incitation à accroître le volume de soins. Il existe d'autres modes de financement axé sur les patients (financement selon la performance et financement selon les meilleures pratiques) qui lient le financement au respect de conditions, critères ou indicateurs de résultats. Le mode de financement devient donc un incitatif au changement car les ressources allouées aux établissements seraient directement liées à l'atteinte de résultats, eux-mêmes liés aux changements visés.

avec l'implantation de ce type de financement dépendent des tarifs payés aux établissements.

iv. Le **paiement ou le remboursement** réel

À cette étape, il s'agit de rembourser les établissements en fonction des services rendus, des tarifs établis et des conditions fixées. Pour éviter les pratiques indésirables potentielles (nous reviendrons plus tard sur celles-ci), le financement à l'activité requiert des mécanismes de contrôle et de vérification pour éviter les abus. Ceux-ci sont, en fait, indispensables.

2. Les préoccupations à l'égard du financement à l'activité

Dans le dossier sur le financement à l'activité présenté au CG de mai 2014, nous avons fait état de plusieurs préoccupations à l'égard de ce mode d'allocation budgétaire. Plusieurs de ces préoccupations ou risques potentiels sont identifiés dans une revue de littérature sur la question réalisée par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)⁶.

i. Les impacts potentiels sur les travailleuses et les travailleurs du secteur de la santé

L'appui du personnel est considéré primordial au succès de la réforme proposée qui n'est pas qu'un simple changement financier ou administratif. La budgétisation axée sur les résultats implique une culture managériale où l'évaluation des services rendus, des résultats obtenus et des coûts assumés est prioritaire. Cette culture peut avoir des effets délétères importants sur les travailleuses et les travailleurs du secteur de la santé.

ii. Les potentielles ouvertures à la privatisation

L'association Médecins québécois pour le régime public (MQRP) souligne que :

Avec l'application du FPA, nos hôpitaux recevraient une somme équivalente soit au prix moyen (le plus souvent), soit au prix des meilleures pratiques (c'est-à-dire le plus bas) pour exécuter une procédure déterminée auprès d'une clientèle donnée. Par exemple, les hôpitaux recevraient un montant spécifique pour un épisode de soins comme un remplacement de hanche.

⁶ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients — Revue de littérature sur les expériences étrangères*. [En ligne], [\[www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf\]](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf).

Cela réunit les conditions nécessaires à la création d'un marché des services hospitaliers où il y a concurrence entre les établissements publics, et possiblement aussi entre eux et le secteur privé, sur la base d'un prix fixé à l'avance⁷.

Ainsi, la détermination de prix pour différents services médicaux constitue un élément essentiel à une mise en concurrence entre les établissements publics entre eux, avec les établissements privés. Cela rend également possible une éventuelle privatisation de certains services. Le gouvernement s'en défend, mais il faut demeurer conscient que le financement à l'activité rend la chose possible...

iii. La complexité et la lourdeur administrative

La classification et la codification des épisodes de soins constituent la pierre angulaire de tout système de financement à l'activité. Elles permettent la fixation des tarifs et, *de facto*, le choix des mécanismes de remboursement. Or, les systèmes de classification et de tarification s'avèrent très complexes et risquent d'entraîner une importante lourdeur administrative.

Peu importe les modèles de classification retenus, le financement à l'activité impose la transcription des actes médicaux dans une grille tarifaire souvent très élaborée qui doit tenir compte de la singularité et de la diversité des patientes et des patients. Ce travail croissant de codification des activités constitue une charge administrative qui restreint d'autant le temps consacré à la patiente ou au patient lorsqu'il est réalisé par le personnel soignant.

iv. Les couts de gestion importants

La gestion efficace d'un système de financement à l'activité nécessite une importante quantité d'informations cliniques et financières recueillies par les différents prestataires de soins et traitées par un organisme central qui en assure la qualité et la fiabilité. Aussi, diverses mesures de contrôle doivent être instaurées afin de garantir le respect des règles de codage et de facturation, l'exactitude des informations médico-administratives produites et la conformité du système aux normes et aux législations existantes.

v. Les pratiques indésirables potentielles et la qualité des soins

Diverses pratiques indésirables ou divers effets inattendus ont été associés à la mise en place du financement à l'activité et ont nécessité l'élaboration de nombreuses règles budgétaires et de procédures de contrôle afin d'en limiter les effets pervers. Parmi ceux-ci, mentionnons :

- La sélection (écrémage) des patientes et des patients;

⁷ MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC (2013). « Financement à l'activité », [En ligne], 103 p. [mqrp.qc.ca/reference/financement-a-lactivite/].

- La manipulation des données (surcodage) lors de la classification;
- La fragmentation des épisodes de soins;
- La prestation excessive de services insuffisamment justifiés sur le plan clinique (surtraitement);
- Les congés trop précoces entraînant des réadmissions en raison de complications;
- La rétention de certaines patientes et certains patients afin de conserver le financement, ou au contraire, la référence trop rapide vers d'autres établissements.

Certains auteurs affirment que les établissements feront appel à de multiples consultants pour identifier les pratiques qui permettront de dégager les plus grandes marges bénéficiaires. Les risques de nivellement par le bas de la qualité des soins font partie des problèmes identifiés.

Dans le cadre de la mise en œuvre du financement à l'activité, l'élaboration et l'implantation préalable de stratégies de promotion et de suivis de la qualité seraient absolument nécessaires afin d'éviter tout effet indésirable sur la qualité des soins.

vi. La protection des renseignements personnels

La collecte exhaustive de données requise par l'instauration d'un système de financement à l'activité⁸ nécessitera des ajustements au cadre légal en matière d'accès à l'information. Le Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients (Groupe d'experts) fait explicitement référence aux règles de la Commission d'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels visant à protéger la confidentialité des informations privées et aux contraintes additionnelles mises en place par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour baliser davantage l'accès à l'information.

Le Groupe d'experts recommande « d'apporter les changements nécessaires au cadre juridique pour accroître la capacité de recueillir des données plus rapidement et pour faciliter le jumelage des données cliniques⁹ ».

⁸ Notamment pour procéder aux croisements des données cliniques et financières requises pour la construction d'une structure tarifaire.

⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 148.

3. Historique du dossier

Lors de son budget 2012-2013, le gouvernement libéral annonce la mise en place d'un groupe d'experts chargé de préparer l'implantation graduelle du financement à l'activité. Quelque temps après avoir pris le pouvoir, le gouvernement péquiste change légèrement le mandat et le nom du groupe qui devient le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients.

En février 2014, le gouvernement rend public le volumineux Rapport du Groupe d'experts. Ce dernier recommande au gouvernement d'implanter largement le financement axé sur les patients¹⁰ au sein du système de santé québécois.

Selon le Groupe d'experts, « on doit commencer à implanter la méthode, même si toutes les conditions ne sont pas réunies au départ¹¹ ». L'approche proposée s'appuie sur des expériences déjà engagées dans le réseau, mais il « s'agit d'aller au-delà d'expériences pilotes¹² ».

Les experts recommandent de commencer immédiatement l'implantation dans trois secteurs d'intervention jugés prioritaires. Des recommandations concrètes et un échéancier d'implantation détaillé débutant dès 2014-2015 et s'étalant sur une période de quatre ans sont proposés.

Dès sa prise du pouvoir en avril 2014, le gouvernement Couillard annonce son intention de réformer le mode de financement des établissements de santé sans toutefois en dévoiler les détails. Dans son discours d'assermentation du Conseil des ministres à la fin d'avril 2014, le premier ministre Couillard confie le mandat au ministre Barrette de réformer « le financement des établissements pour encourager la performance¹³ ».

Un an plus tard, le quotidien La Presse nous apprend que le MSSS a l'intention d'implanter le financement à l'activité en cours d'année pour les traitements de radio-oncologie¹⁴. L'article rapporte le contenu d'un document interne du ministère qui souligne que cinq des douze centres hospitaliers offrant ce type de services

¹⁰ Le financement axé sur les patients regroupe un ensemble de modes d'allocation des ressources qui établit un lien direct entre la patiente et le patient, les soins prodigués ainsi que leur financement. Le financement à l'activité est un des types de financement axé sur les patients.

¹¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 84.

¹² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé* (février), p. 86.

¹³ COUILLARD, Philippe. (2014). « Discours d'assermentation du Conseil des ministres du gouvernement du premier ministre Philippe Couillard ». [En ligne], [www.premier-ministre.gouv.qc.ca/actualites/allocutions/details.asp?idAllocutions=854].

¹⁴ LACOURSIÈRE, Arianne (2015). « Financement à l'activité : Québec tente l'expérience en radio-oncologie », La Presse, [En ligne], [www.lapresse.ca/actualites/sante/201506/04/01-4875448-financement-a-lactivite-quebec-tente-lexperience-en-radio-oncologie.php].

verront leur financement réduit alors que « plusieurs autres devront augmenter leur volume d'activités sans toutefois recevoir un cent de plus¹⁵ ».

L'article donne un aperçu des intentions du MSSS dans le cadre de sa réforme du mode de financement des établissements et des effets potentiels :

La porte-parole du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Marie-Claude Lacasse, explique que cette décision «fait partie des mesures d'optimisation mises en place dans le réseau». Un coût par traitement a été établi « en se basant sur la moyenne des coûts du réseau ». [...]

Le coût moyen du traitement en radio-oncologie a été établi à 2437\$. Les établissements dont le coût moyen de traitement dépasse ce montant verront leur financement diminuer. Par exemple, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal, qui a effectué 2708 traitements l'an passé, possède un coût moyen par traitement de 2870\$. L'établissement recevra cette année 6,6 millions pour son programme de radio-oncologie, soit 1,2 million de moins que l'an dernier.

Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le coût moyen des traitements atteint 2642\$. Cette année, l'établissement, qui traite 3371 patients, recevra 8,2 millions, soit 690 000\$ de moins que l'an dernier.

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) devra traiter 1,2% de patients de plus, mais recevra 248 000\$ de moins. La porte-parole du CHUM, Isabelle Lavigne, précise que son établissement «aurait souhaité que le MSSS tienne compte de la complexité relative des cas pour ajuster le financement sur la base des besoins des patients».[...]

Le Dr Sultanem estime pour sa part que le financement à l'activité «n'est pas mauvais en soi». «Mais c'est la façon dont on l'applique qui ne fonctionne pas du tout», dit-il. Selon lui, les hôpitaux analysent présentement de quelle façon ils pourront boucler leur budget. «Certains envisagent de revenir à des traitements moins raffinés, avec plus d'effets secondaires, mais moins coûteux. C'est le patient qui va payer», déplore-t-il¹⁶.

Le 23 février dernier, lors d'une conférence de presse, le ministre Barrette annonce la mise en œuvre d'un projet-pilote de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et trois cliniques privées. Le gouvernement confirme, par le fait même, son intention

¹⁵ LACOURSIÈRE, Arianne (2015). « Financement à l'activité : Québec tente l'expérience en radio-oncologie », La Presse, [En ligne], [www.lapresse.ca/actualites/sante/201506/04/01-4875448-financement-a-lactivite-quebec-tente-lexperience-en-radio-oncologie.php].

¹⁶ LACOURSIÈRE, Arianne (2015). « Financement à l'activité : Québec tente l'expérience en radio-oncologie », Le Dr Sultanem est le président de l'Association des radio-oncologues du Québec. La Presse, [En ligne], [www.lapresse.ca/actualites/sante/201506/04/01-4875448-financement-a-lactivite-quebec-tente-lexperience-en-radio-oncologie.php].

de déployer le financement à l'activité « progressivement et à partir de maintenant ».

4. Le projet-pilote et la philosophie du ministre Barrette

L'objectif officiel de ce projet-pilote est double. D'abord, « documenter l'ensemble du volet financier lié à la production de services de chirurgies et de procédures sous scopie [...] afin de détailler les coûts générés pour chaque usager pour une intervention visée¹⁷ ». Ensuite, améliorer l'accès et réduire les listes d'attente pour les interventions ciblées.

Le projet-pilote prévoit ainsi que pour les interventions ciblées, on offrira aux médecins du secteur public, et à leurs patientes et patients, de procéder dans l'une des trois cliniques privées identifiées (Chirurgie Dix30, RocklandMD et Groupe Opmedic inc.). Pour chaque type d'interventions, on désire obtenir un ensemble de données financières et cliniques afin d'en arriver à l'établissement d'un prix de référence pour chaque type d'interventions. Le communiqué de presse du ministère annonçant le projet-pilote suscite de vives inquiétudes :

Les coûts générés pour chaque patient, pour chaque service reçu, seront évalués et serviront d'outil de référencement pour la mise en place ultérieure du financement à l'activité dans le réseau public. [...]

Nous aurons ainsi une idée très précise des ressources nécessaires en moyenne pour chaque chirurgie. Grâce à ce projet, nous aurons les bons indicateurs qui nous permettront éventuellement d'ajuster le financement des établissements publics et, du même coup, d'améliorer la performance du réseau¹⁸.

Les propos tenus par le ministre Barrette lors de la conférence de presse sont encore plus inquiétants :

Alors, l'objectif ici est de déterminer le point de référence duquel on va partir pour ajuster nos coûts dans le réseau. Alors, je boucle ma boucle, si le privé peut le faire moins cher, là, qu'on fait la démonstration qu'en organisant le travail différemment et ainsi de suite, parce que là il y aura une souplesse,

¹⁷ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30, RocklandMD et Groupe Opmedic inc. » (2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148e année, n° 8 (24 février), p. 1389. [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

¹⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). Le ministre Gaétan Barrette annonce un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient, Communiqué de presse, (23 février). Repéré au www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1083 (Consulté le 3 mai 2016).

bien, c'est parfait, on l'aura montré. Si c'est équivalent, bien, on l'aura montré aussi. Et, si c'est plus cher que dans le public, on l'aura montré aussi. Dans tous les cas, pour le financement à l'activité, j'ai rempli la première condition fondamentale qui est de déterminer avec précision le point de référence. [...]

Alors, les administrateurs vont dire : Voici, moi, mon niveau de performance, il est celui-ci, et, quand je regarde les autres au Québec, je me situe à telle place. Je suis dans le premier tiers, dans le deuxième tiers, dans le troisième tiers¹⁹.

De tels propos rappellent évidemment le projet du ministère de la Famille d'imposer un financement des services de garde subventionnés basé sur « le tiers performant », c'est-à-dire le groupe de services de garde offrant les services aux moindres couts par enfant. Cette méthode avait pour objectif de réduire le financement global octroyé aux services de garde. Finalement, le nouveau ministre de la Famille, Sébastien Proulx, a décidé de modifier les règles budgétaires 2016-2017 pour se baser sur le cout moyen dans les services de garde plutôt que sur le tiers performant. Cette décision de baser le financement sur le cout moyen plutôt que sur le « tiers performant » réduit légèrement les compressions imposées au réseau, même si celles-ci restent néanmoins fort importantes. Les Centres de la petite enfance sont les premiers pénalisés par ces nouvelles règles budgétaires puisqu'ils offrent une meilleure qualité de services et de meilleures conditions de travail que les garderies privées. Cependant, cela entraîne des couts supérieurs à ceux des garderies privées subventionnées et les CPE se retrouvent donc pénalisés avec ces règles de financement basées sur le cout moyen.

Le réseau de l'éducation a aussi connu de telles tentatives visant à évaluer la performance financière des commissions scolaires pour en ajuster éventuellement le financement à la baisse. En janvier 2015, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport a rendu public le rapport des économistes Guy Lacroix et Gino Santarossa. Ce rapport avait pour objectif de fournir un avis technique sur l'efficacité budgétaire des commissions scolaires et portait notamment sur « la capacité des commissions scolaires à offrir des services à des couts justifiés²⁰ ». L'avis comparait ainsi la performance des commissions scolaires les unes par rapport aux autres.

Le projet-pilote pose également plusieurs problèmes que la CSQ soulève dans son avis transmis au MSSS²¹.

¹⁹ MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Le financement axé sur le patient*, (23 février). Réperé au www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-28297.html (Consulté le 3 mai 2016).

²⁰ LACROIX, Guy, et Gino SANTAROSSA (2015). Avis technique sur l'évaluation économique de l'efficacité budgétaire des commissions scolaires, [En ligne], 55 p. [www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/reseau/financement/Rapport_lacroix_santarossa_efficiency_budget_CS.pdf].

²¹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). Un projet expérimental de comparaison des couts irréaliste et contraire à l'intérêt public, Observations déposées par la Centrale des syndicats

D'abord, le projet-pilote **réalisé dans trois cliniques privées ne peut refléter la réalité du réseau public de la santé et des services sociaux** : le ministre ne peut espérer obtenir des données concluantes à partir d'environnements privés, comme il le dit lui-même, très fermés, petits et contrôlés, et en appliquer les conclusions par la suite dans le système public, un milieu ouvert, vaste et cumulant de multiples responsabilités, notamment dans la prise en charge et le suivi de patientes et des patients présentant de multiples problèmes sociaux et de santé. La CSQ a donc dénoncé le fait que le projet-pilote soit réalisé dans trois cliniques privées.

Ensuite, **l'uniformisation des couts entre les établissements grâce au financement à l'activité ne nous semble aucunement réaliste** et nous endossons entièrement les propos de l'association MQRP : « ... la variabilité des couts par épisode de soins dépend de nombreux paramètres dont l'âge et l'état de santé du patient, la localisation de l'hôpital, les installations ainsi que les ressources déjà en place²² ».

Finalement, **l'avis soulève de multiples vices sur le projet en lui-même** (par exemple, l'utilisation des ressources du secteur public au service de cliniques privées qui pourront générer une marge de profit sur ces activités et l'absence de suivi concernant l'intégration et la qualité des soins) **ou sur la méthode de détermination des couts de revient** (par exemple, l'exclusion des frais accessoires et l'exclusion de toute analyse de la rémunération médicale).

* * * * *

En résumé, l'implantation du financement à l'activité ne semble pas avoir pour objectif de rendre le financement des établissements plus équitable, comme les établissements du réseau le demandaient. L'Association des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), militait effectivement en faveur d'un financement à l'activité afin d'accroître l'équité dans la répartition des enveloppes budgétaires entre les établissements. **Les orientations actuelles du gouvernement et les déclarations du ministre Barrette démontrent plutôt que le financement à l'activité est le moyen choisi pour imposer des compressions dans le réseau de la santé et des services sociaux.** En conférence de presse, le ministre a d'ailleurs affirmé que le financement à l'activité permettrait des économies « qui vont se calculer en centaines de millions de dollars²³ ».

du Québec sur l'avis présentant les conditions de mise en œuvre du projet expérimental de comparaison des couts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie (avril), 17 p.

²² MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC (2016). *MQRP rejette la concurrence en santé* (5 février). Repéré au mqrp.qc.ca/communiqués/2016/02/05/mqrp-rejette-la-concurrence-en/.

²³ ASSEMBLÉE NATIONALE (2016). *Conférence de presse de M. Gaétan Barrette, Ministre de la Santé et des Services sociaux, Le financement axé sur le patient*, [En ligne], (23 février). [www.assnat.qc.ca/fr/actualités-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-28297.html] (Consulté le 3 mai 2016).

Aussi, trois semaines avant l'annonce du projet-pilote, le ministre Barrette avait soutenu que « le financement à l'activité permettra de soutenir la pertinence des soins, d'améliorer leur accessibilité et d'introduire de la concurrence à l'intérieur du réseau public²⁴ ». (Nos soulignements).

Pour la CSQ, cette mise en concurrence des établissements de santé et de services sociaux est inacceptable. Nous favorisons certes l'émulation dans un esprit de collaboration et de partage des bonnes pratiques, mais rejetons fermement cette « mise en concurrence » proposée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Celle-ci entraînerait inévitablement des pressions accrues sur le personnel des établissements et un recours accru aux pratiques indésirables décrites plus haut. Cette mise en concurrence pose également le risque de voir se concentrer les activités au sein de certains établissements profitant de gains d'échelle, et ce, au détriment des services en région.

Finalement, le virage annoncé par le gouvernement et les propos récents du ministre Barrette ne sont guère rassurants quant au risque de privatisation du réseau. Le ministre s'est contenté de dire que le gouvernement ne vise pas la privatisation puisque « le financement sera toujours public ». Il omet évidemment de mentionner que **le financement public ne garantit pas que les services soient rendus dans le réseau public et non au sein de cliniques ou d'établissements privés. En fait, le financement à l'activité met en place toutes les conditions requises pour procéder à une privatisation de certaines activités du réseau.**

²⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). Le ministre Gaétan Barrette annonce la publication d'un avis d'intention concernant une solution informatique assurant le suivi par trajectoire des soins et services aux patients (3 février). Repéré au www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1075 (Consulté le 3 mai 2016).