



**Confédération
des syndicats
nationaux**

Comité exécutif
Secrétariat général

Le 29 août 2019

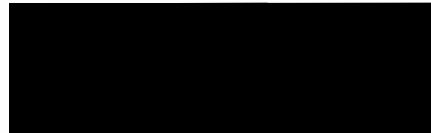
Madame Danielle McCann,
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Madame la Ministre,

Nous vous transmettons les commentaires de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) 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.

Espérant le tout conforme, nous vous prions de recevoir, Madame la Ministre, l'expression de nos salutations distinguées.

Le secrétaire général de la CSN,



Jean Lortie



**Confédération
des syndicats nationaux**

Commentaires présentés par la
Confédération des syndicats nationaux

à la ministre de la Santé et des Services sociaux

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

Le 29 août 2019

Confédération des syndicats nationaux
1601, av. De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 4M5
Tél. : 514 598-2271
Télec. : 514 598-2052
www.csn.qc.ca

Introduction

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de près de 1 500 syndicats. Elle regroupe plus 300 000 travailleuses et travailleurs œuvrant dans quelque 4 500 lieux de travail et réunis sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations, ainsi que sur une base régionale dans treize conseils centraux, principalement sur le territoire du Québec.

En 2015, l'ancien ministre libéral de la Santé et des Services sociaux amorçait une réforme en trois étapes qui allait profondément bousculer le système de santé québécois.

La première étape a été l'adoption du projet de loi n° 10¹ visant l'abolition des agences régionales de la santé et des services sociaux et la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). La deuxième étape fut l'adoption du projet de loi n° 20², portant sur l'accès aux soins de santé. La troisième étape visait l'implantation du financement à l'activité, aussi appelé « financement axé sur le patient ». Un projet expérimental³ visant à comparer les coûts liés aux chirurgies d'un jour et aux procédures sous scopie, entre les hôpitaux et les cliniques privées, a alors été mis en œuvre. Rappelons qu'en 2016, la CSN, à l'instar d'autres organisations syndicales, a émis de grandes réserves quant au projet expérimental qui visait à mettre en concurrence le public et le privé dans la détermination des coûts de certains actes médicaux.

Le projet de règlement⁴, aujourd'hui à l'étude, s'inscrit dans la lignée de ce projet expérimental. Mais cette fois, il concerne non seulement les trois cliniques privées⁵ initialement ciblées, mais également les établissements publics qui exploitent un centre local de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier (CH) ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), exception faite des établissements situés au Nunavik et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Dans les pages suivantes, la CSN présentera ses commentaires eu égard à ce projet de règlement ainsi que de manière plus générale, sur le mode de financement à l'activité qui n'est pas sans risques de dérives.

¹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

² Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

³ 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. G.O. partie 2, 24 février 2016, 148^e année, n° 8, p. 1386.

⁴ 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. G.O. partie 2, 14 juillet 2019, 151^e année, n° 29, p. 2889.

⁵ Chirurgie DIX30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe OPMEDIC inc.

1. Projet de règlement pour établir le calcul des coûts par parcours de soins et de services

À l'époque du projet expérimental du Parti libéral dont l'objectif était la comparaison des coûts de certains actes médicaux entre les hôpitaux et les cliniques privées, la CSN avait émis de sérieux doutes quant à l'exercice. Même entre hôpitaux, la comparaison s'avère difficile en raison des facteurs structuraux comme la taille et les activités d'enseignement qui diffèrent⁶. Alors, comment espérer que les résultats obtenus dans un environnement contrôlé et fermé, tel qu'une clinique privée, puissent être transposés avec justesse aux établissements⁷ publics?

Le projet expérimental, aujourd'hui mis en avant par voie réglementaire, vise dans un premier temps la normalisation des renseignements, l'évaluation des coûts et le financement des services rendus par les CH, les CLSC et les CHSLD ainsi que par les trois cliniques privées⁸ sélectionnées en 2016. Dans un deuxième temps, le projet visera l'ensemble des autres missions du réseau de la santé et des services sociaux.

Sans vouloir nous attarder sur les aspects techniques du projet expérimental, nous tenons à mentionner que nos principales préoccupations relèvent de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels des usagères et des usagers. En aucun cas, la cueillette, l'analyse, la conservation et la destruction de ces renseignements ne doivent porter préjudice aux personnes concernées. Par ailleurs, pour la CSN, il serait inacceptable que ce projet expérimental ajoute à la surcharge actuelle du personnel du réseau. Le gouvernement doit s'assurer de fournir les ressources humaines et informatiques nécessaires à ce fastidieux travail.

Attardons-nous maintenant à la finalité de ce projet expérimental, soit l'implantation du mode de financement à l'activité.

2. Modes de financement

Le budget historique

Le financement historique, tel qu'actuellement appliqué, connaît une certaine remise en question, tant au Québec que dans plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Déjà en 2012, certaines critiques émanaient de la feue Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Selon l'AQESSS, malgré ses avantages reliés notamment au contrôle des coûts et à une simplicité d'administration, cette forme d'allocation est problématique à bien des égards. Mis à part un manque de flexibilité en cas d'accroissement soudain de la

⁶ Institut canadien d'information sur la santé, *Introduction au financement fondé sur les activités*, octobre 2010, page 2.

⁷ À noter que pour les fins du présent document, le terme « établissement » fait référence à un CH, un CLSC ou un CHSLD.

⁸ Id. note 5.

demande et vu l'absence d'information reliée au coût de la production d'un épisode de soins, le budget historique ne présente aucune incitation à améliorer l'accès et à fournir des services de qualité aux patients. Et, comme le budget d'une année dépend de celui de l'année précédente et de l'inflation, plus le niveau de dépenses d'une année est élevé, plus celui de l'année suivante le sera. Ce mode de financement se révèle aussi moins équitable pour les établissements dans la mesure où il ne permet pas de tenir compte de leurs particularités⁹.

Devant le constat des faiblesses du financement historique, il est légitime de chercher un mode de financement pouvant permettre l'amélioration de l'accès aux soins et aux services. Mais que propose le financement à l'activité?

Le financement à l'activité des établissements de santé et de services sociaux

Le financement à l'activité consiste à accorder un prix à chaque épisode de soins réalisé à l'intérieur d'un établissement. Ce mode de financement sous-tend la logique suivante : puisque le revenu global de l'établissement dépend directement des cas traités, l'établissement sera plus enclin à produire des soins et des services.

Ce mode de financement qui vise à intégrer des mécanismes de marché dans la production de soins de santé ne fait pas l'unanimité. Nombreux sont ceux qui dénoncent les travers de cette méthode : croissance rapide des coûts administratifs, accroissement du nombre d'actes, augmentation des dépenses en médicaments, etc.¹⁰. En outre, ce mode de financement peut engendrer des problèmes de surcodage qui consistent à surclasser certains actes dans le but d'augmenter les revenus de l'établissement¹¹. Il en est de même pour les risques de surtraitement ou de surprestation de soins, qui consistent en une prestation excessive de services non justifiés sur le plan médical, mais profitable financièrement¹². De plus, cette méthode semble présenter un risque de sélection adverse que l'on retrouve dans le domaine des assurances, où les hôpitaux seraient tentés de choisir les cas les moins lourds et donc les plus « payants » ou « rentables », sans tenir compte des réels besoins de la population.

⁹ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, *Allocation des ressources aux établissements de santé et de services sociaux : Pistes et balises pour implanter le financement à l'activité*, Montréal : AQESSS, février 2012, 34 pages.

¹⁰ Institut de recherche et d'information socio-économiques, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?* juin 2012, pages 2 et 3.

¹¹ Médecins québécois pour un régime public.
www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/financementparactivite_mgrp.pdf

¹² Ettelt, S. et coll. *Reimbursing highly specialized hospital services: the experience of Activity based funding in eight countries*. London school of hygiene and tropical medicine, 2006.
[https://www.researchgate.net/publication/291403335 Reimbursing highly specialised hospital services the experience of activity-based funding in eight countries A report commissioned by the Department of Health and prepared by the London School of Hygiene](https://www.researchgate.net/publication/291403335_Reimbursing_highly_specialised_hospital_services_the_experience_of_activity-based_funding_in_eight_countries_A_report_commissioned_by_the_Department_of_Health_and_prepared_by_the_London_School_of_Hygiene)

Cette logique de concurrence et de compétition similaire à celle de l'entreprise privée dans la recherche de la « rentabilité » ne saurait répondre aux principes d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité, de gestion publique et de transférabilité énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*¹³ (LCS). Ces principes sont la pierre angulaire de notre système de santé et ce sont eux qui, à notre avis, doivent guider toute réforme du système. Par ailleurs, ce mode de financement néglige la prévention et ne milite pas en faveur de la coopération et de l'interdisciplinarité, deux éléments essentiels dans la prise en charge globale du patient et le continuum de soins et de services.

La CSN invite le gouvernement à tenir compte des expériences étrangères de mise en place d'un financement à l'activité, notamment l'expérience française qui ne s'est pas avérée à la hauteur des résultats escomptés, bien au contraire¹⁴. Le gouvernement français vise aujourd'hui l'implantation d'un financement combiné, en réduisant de beaucoup la part du financement à l'activité¹⁵. La CSN ne suggère toutefois pas l'adoption du nouveau modèle français. Le modèle de financement québécois doit être adapté au système de santé québécois et comme nous le disions précédemment, il doit reposer sur les principes de la LCS.

Aussi, par souci de transparence, la CSN demande que les résultats du premier projet expérimental soient rendus publics et qu'il en soit de même si le deuxième projet expérimental devait être mis en place. Par ailleurs, vu l'importance qu'a le mode de financement des établissements sur les finances publiques, les établissements, l'accessibilité et la qualité des soins et des services ainsi que sur le personnel du réseau, la CSN considère que le gouvernement doit tenir des consultations publiques afin d'évaluer l'opportunité d'adopter un tel mode d'allocation des ressources.

Conclusion

En terminant, la CSN ne remet pas en question la nécessité de revoir le mode de financement historique. Nous encourageons toutefois le gouvernement à ne pas tenir compte uniquement des indicateurs de volume et de performance dans sa recherche d'un nouveau mode de financement. L'accessibilité, l'efficacité et la qualité des soins et des services doivent guider les choix gouvernementaux.

Aussi, la CSN soutient que les résultats des projets expérimentaux doivent être rendus publics et que le gouvernement doit tenir des consultations les plus larges possible avant d'opérer un changement de mode de financement des établissements de santé et de services sociaux. Il nous apparaît essentiel que les acteurs concernés puissent s'exprimer sur cet enjeu majeur qui aura des répercussions à long terme pour l'ensemble de la population québécoise.

¹³ L.R.C. (1985), ch. C-6.

¹⁴ https://www.liberation.fr/france/2019/01/29/la-reforme-du-financement-des-hopitaux-est-lancee_1706135

¹⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf