

**De :** [Ministre](#)  
**A :** [MSSS - Secrétariat administratif](#)  
**Objet :** TR: Commentaires de l'APTS sur le projet expérimental (Gazette officielle du 17 juillet)  
**Date :** 30 août 2019 14:53:53  
**Pièces jointes :** [2019-08-30 Lettre envoi avis FAP.pdf](#)  
[2019-08-30 Avis APTS financement axe sur le patient.pdf](#)

---

---

**De :** Mathieu Le Blanc [mailto:MLeBlanc@] [REDACTED]  
**Envoyé :** 30 août 2019 14:44  
**À :** Ministre <Ministre@] [REDACTED]  
**Cc :** normand.lantagne@] [REDACTED]  
**Objet :** Commentaires de l'APTS sur le projet expérimental (Gazette officielle du 17 juillet)

Madame la Ministre,

Vous trouverez joint à cette lettre les commentaires de l'APTS concernant le projet expérimental dont l'avis a été publié dans la Gazette officielle du Québec le 17 juillet 2019.

Si vous souhaitez en discuter plus amplement, nous sommes à votre disposition.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

**Mathieu Le Blanc**

Conseiller aux communications et aux relations publiques

**APTS**



[REDACTED]

**Adoptez des gestes responsables, n'imprimez ce message que si nécessaire.**

**Avis de confidentialité.** Les renseignements contenus dans le présent message sont confidentiels et réservés à l'usage exclusif du destinataire. Si vous avez reçu ce message par mégarde, nous vous remercions de bien vouloir le supprimer et en aviser immédiatement son expéditeur.

Longueuil, le 30 août 2019

PAR COURRIEL :

[ministre](#) [REDACTED]

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

**Objet : Avis de l'APTS sur 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**

---

Madame la Ministre,

Vous trouverez joint à cette lettre les commentaires de l'APTS concernant le projet expérimental dont l'avis a été publié dans la *Gazette officielle du Québec* le 17 juillet 2019.

Si vous souhaitez en discuter plus amplement, nous sommes à votre disposition.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Mathieu Le Blanc

Conseiller aux communications et aux relations publiques

[REDACTED]

[MLeBlanc](#) [REDACTED]

# AVIS

Présenté à la ministre  
de la Santé et des Services sociaux,  
Danielle McCann

**Dans le cadre de 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**

30 août 2019



*Alliance du personnel  
professionnel et technique  
de la santé et des services sociaux*



## Table des matières

1- PRÉSENTATION DE L'APTS .....	3
2- INTRODUCTION.....	4
3- LE FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT .....	6
4- LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS .....	10
5- CENTRE DE DÉVELOPPEMENT ET D'OPÉRATIONNALISATION ET COMITÉS CONSULTATIFS .....	14
6- PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS .....	15
7- CONCLUSION .....	16
ANNEXE : LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	17

## 1- PRÉSENTATION DE L'APTS

---

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est une organisation syndicale qui représente plus de 56 000 personnes professionnelles et techniciennes qui travaillent dans la grande majorité des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Elle a pour mission de défendre les droits de ses membres par la négociation et l'application de sa convention collective ainsi que de promouvoir leurs intérêts.

L'APTS rassemble une expertise large et diversifiée puisque ses membres, dont 86 % de femmes, occupent plus d'une centaine de titres d'emploi différents. Elle regroupe la majorité du personnel professionnel et technique du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec. Elle est la seule organisation syndicale à représenter exclusivement et très majoritairement cette catégorie, identifiée comme la catégorie 4 dans le réseau.

Les membres de l'APTS travaillent dans des établissements qui ont différentes missions : centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres jeunesse et centres de réadaptation. L'APTS a donc une vue à la fois globale et spécifique sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

À travers toutes ses interventions relatives au système québécois de santé et de services sociaux, l'APTS défend les grands principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité.

## 2- INTRODUCTION

---

Le système québécois de santé et de services sociaux est soumis depuis de nombreuses années à d'importantes pressions afin de rendre les soins plus accessibles et d'améliorer leur qualité tout en respectant les principes d'équité entre établissements et en contrôlant l'augmentation des coûts.

Pour relever ces défis, le gouvernement a mandaté en 2012 un groupe d'expert·e·s pour qu'il lui propose « les démarches à entreprendre pour implanter le financement axé sur les patients (FAP) dans le secteur de la santé et des services sociaux »<sup>1</sup>.

La prémisse à la base de cette demande est que ces objectifs ne pouvaient être atteints sans un changement majeur dans la manière de financer nos services de santé et nos services sociaux. Et que la méthode actuelle de financement, dite historique, ne pouvait, même avec quelques ajustements, relever ces défis. Il fallait donc radicalement changer notre manière de faire.

Or, la preuve que la méthode de financement historique ne pouvait assurer l'accessibilité et la qualité des soins et des services de l'ensemble des missions du réseau n'a jamais été faite, le groupe n'ayant pas été mandaté pour analyser cette question.

De plus, personne ne s'est penché sur les causes qui ont mené le système public de santé et des services sociaux à subir une telle pression. Les augmentations faramineuses accordées aux médecins ont-elles eu une influence sur cette pression<sup>2</sup>, tout comme le recours abusif au temps supplémentaire obligatoire (TSO) ou bien encore l'épuisement des professionnel·le·s et des technicien·ne·s du milieu de la santé et des services sociaux, qui ont de plus en plus recours à l'assurance salaire<sup>3</sup>? On applique donc un traitement à un système sans connaître le diagnostic, ce qui est assez singulier dans le domaine de la santé, on en conviendra.

### Le projet expérimental

Le projet expérimental que veut mettre en œuvre la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, et dont l'avis a été publié dans la *Gazette officielle du Québec* du 17 juillet 2019<sup>4</sup>, se base justement sur les conclusions du rapport<sup>5</sup> du groupe d'expert·e·s pour entreprendre une réforme majeure de la méthode de financement de notre réseau public.

---

<sup>1</sup> 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*. Rapport, Québec, février 2014, p. 1.

<sup>2</sup> Guillaume Hébert et al. *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : État de la situation et propositions alternatives*. Rapport de recherche. IRIS, 2017, p. 4.

<sup>3</sup> Héroïse Archambault, *Hôpitaux dans le rouge de 102 millions*, *Le Journal de Montréal*, 30 juillet 2019.

<https://www.journaldemontreal.com/2019/07/30/hopitaux-dans-le-rouge-de-102m>

<sup>4</sup> Conditions de mise en œuvre, par la ministre de la Santé et de Services sociaux, 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 des coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaire à l'implantation du financement axé sur le patient.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2019F%2F71009.PDF>

<sup>5</sup> <http://www.groupefinances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf>

D'entrée de jeu, nous ne pouvons que déplorer la manière dont la ministre a fait l'annonce, par l'entremise d'une publication dans la *Gazette officielle du Québec* en plein mois de juillet. Afin de procurer le plus d'information possible au personnel qui aura à subir une autre réforme majeure de son milieu de travail, alors qu'il absorbe encore les contrecoups de celle qui a vu la formation des centres intégrés, universitaires ou non, de santé et de services sociaux, on se serait attendu à ce que la ministre procède à un exercice de communication en bonne et due forme, et ce, même si le précédent gouvernement en avait fait l'annonce il y a quatre ans, en 2015. Considérant que la ministre a déclaré à plusieurs reprises qu'elle ne s'engagerait pas dans des réformes de structures, en cohérence avec le discours d'ouverture de son premier ministre en novembre 2017, cet exercice était loin d'être superflu.

Elle aurait alors eu l'occasion d'expliquer plus en détail le projet, ses finalités à moyen et à long termes — le financement axé sur le patient, les modalités qui seront déployées pour soutenir le personnel qui aura à implanter le nouveau système informatique et la normalisation des renseignements colligés par les établissements publics. N'eût été l'article de Patricia Cloutier paru dans l'édition du *Soleil* du 22 juillet<sup>6</sup>, la population et, plus aberrant encore, les acteur·rice·s du réseau n'auraient pas été informé·e·s de ses intentions.

À l'heure où la sécurité des renseignements personnels est mise à mal par le vol des données dans les grandes institutions bancaires (Desjardins et Capital One pour ne nommer que les plus récents), cet exercice de communication était plus que nécessaire pour rassurer la population. Le président de l'Association des gestionnaires de l'information de la santé du Québec (AGISQ), Alexandre Allard, confiait au journaliste Thomas Dufour de *La Presse* début août ses inquiétudes sur la volonté du gouvernement de confier les données des patient·e·s au secteur privé, peu réglementé<sup>7</sup>. Tout récemment encore, le gouvernement défrayait les manchettes avec l'interruption du projet Accès UniQc, totalement en déroute « en raison d'une évaluation des coûts défailante, de chicanes, de retards, d'improvisation et de risque pour la vie privée<sup>8</sup> ».

Puisque la ministre a décidé d'aller de l'avant avec ce projet expérimental, il convient de regarder de plus près les objectifs de ce dernier. Car, si l'APTS s'oppose fermement au financement axé sur le patient pour des raisons à la fois cliniques et économiques, il faut reconnaître que tout n'est pas mauvais dans celui-ci. Par contre, comme dans beaucoup de projets, le diable se trouve bien souvent dans les détails.

Nous ferons part de beaucoup de réserves dans les commentaires qui suivent et identifierons les possibles dérives qu'un tel mode de financement peut engendrer.

---

<sup>6</sup> <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/pour-que-largent-suive-le-patient-367d1b012b84869d6cd9a87544e367bd>

<sup>7</sup> Thomas Dufour. « Les archivistes médicaux veulent éviter une fuite comme chez Desjardins », *La Presse*, 1<sup>er</sup> août 2019, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201907/31/01-5235818-les-archivistes-medicaux-veulent-eviter-une-fuite-comme-chez-desjardins.php>

<sup>8</sup> Nicolas Lachance, « Bordel informatique : Québec revoit complètement Accès UniQc », *Le Journal de Québec*, 28 août 2019, <https://www.journaldequebec.com/2019/08/28/bordel-informatique-quebec-revoit-complementement-acces-uniqc>



### 3- LE FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT

---

Avant d'analyser le projet expérimental en particulier, il convient de revenir sur le financement axé sur le patient (FAP) qui en est l'objectif final. Il s'appuie sur trois éléments : le volume d'activité, la performance et la meilleure pratique.

Bien qu'on semble parler d'une toute nouvelle manière de financer nos services de santé et nos services sociaux, le financement au volume d'activité est déjà bien implanté pour certaines chirurgies et, de façon restreinte, en radio-oncologie<sup>9</sup>. D'ailleurs, l'APTS avait transmis ses inquiétudes sur le FAP au ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Gaétan Barrette, dans un avis sur un autre projet expérimental en 2016<sup>10</sup>.

Comme de nombreux·ses acteur·rice·s qui se sont penché·e·s sur cette question, nous sommes convaincu·e·s que l'établissement d'indicateurs de performance et l'instauration d'une compétition pour obtenir les subsides nécessaires entre les établissements publics et les cliniques privées auront des conséquences néfastes sur la qualité des soins et des services sociaux destinés à la population.

#### Le financement à l'activité

Le financement à l'activité ou au volume d'activité (FAA) a été développé aux États-Unis dans les années 80 pour rembourser les frais des services de santé aux usager·ère·s par l'intermédiaire d'assureurs privés. Cette logique s'inscrit parfaitement dans le marché des services de santé états-uniens. En instaurant au Québec un tel système, la ministre mettra en place « les conditions nécessaires à la création d'un marché des services hospitaliers où il y a une concurrence entre les établissements publics, et possiblement [sic] aussi entre eux et le secteur privé, sur la base d'un prix fixé à l'avance »<sup>11</sup>.

Médecins québécois pour le régime public (MQRP) énonce une série de dérives observées là où un tel système a été implanté. Que ce soit l'écroulement des cas plus légers au détriment des cas lourds, la hausse des coûts administratifs, le surclassement de certains actes (un cas léger « codé » plus lourd pour recevoir plus de financement), ou le « surtraitement » de population à faible risque<sup>12</sup>, le FAA a entraîné de nombreuses dérives qui n'ont en rien augmenté la qualité des soins offerts aux usager·ère·s.

On a aussi observé ces tendances ici même au Québec à l'égard des cas que les cliniques privées choisissent de traiter. Leurs marges de profit étant tributaires du volume d'activité, elles n'ont aucun intérêt à s'occuper des cas lourds ou des patient·e·s présentant des risques de complication qu'elles « refilent » au système public.

On voit aussi l'impact du FAA sur la première ligne des services sociaux, surtout présente dans les CLSC. Pour accroître le volume de patient·e·s, ces dernier·ère·s ont droit à un maximum de dix séances de consultation avec un·e intervenant·e, après quoi le lien thérapeutique qui s'était établi est rompu et le privé

---

<sup>9</sup> Guillaume Hébert et al. *L'allocation des ressources...*, op. cit., p. 37.

<sup>10</sup>

<sup>11</sup> Médecins québécois pour le régime public. <https://mqrp.qc.ca/?reference=financement-a-lactivite>

<sup>12</sup> Idem.

prend la relève<sup>13</sup>. Or, si la personne n'est pas couverte par des assurances privées ou qu'elle n'a pas les moyens financiers de s'offrir les services requis, elle interrompra le traitement, au risque d'aggraver sa condition et de retourner dans le système à un niveau supérieur, entraînant ainsi des coûts plus importants pour le système de santé.

#### Le financement à la performance

Intrinsèquement lié au FAA, le financement à la performance pénalise les établissements qui n'atteindraient pas les cibles relatives établies par la ministre. C'est le bâton du système alors que le financement à l'activité constitue la carotte. Encore une fois, les dérives sont nombreuses et recoupent celles évoquées précédemment.

Nous ajouterons ici que la performance induira un climat de compétition malsain, et ce, au détriment de la qualité des soins. La performance est déterminée par des indicateurs qui seront établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) selon les données recueillies : durée de séjour des patient·e·s, nombre d'opérations effectuées, nombre de consultations menées, etc. Les établissements plus modernes, mieux outillés, avec un personnel en quantité suffisante seront nécessairement avantagés. La compétition pour attirer certaines catégories d'employé·e·s, déjà en nombre limité dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, sera encore plus féroce.

Déjà, on nous rapporte les manœuvres plus que douteuses de certaines administrations pour accaparer, au détriment de leurs consœurs, les technicien·ne·s de laboratoire en formation dans les cégeps pour les remplacements lors des vacances estivales.

#### Le financement selon la meilleure pratique

Personne n'est contre la vertu, mais encore faudrait-il définir ce qu'est une meilleure pratique, déterminer qui la définit et dans quels cas on peut la mettre en œuvre. Cette meilleure pratique est aussi tributaire des équipements et du personnel à la disposition des établissements. Pour ne pas créer d'iniquité, la formation du personnel à ces pratiques améliorées doit être aussi accessible, et ce, dans toutes les régions.

Et une meilleure pratique ne veut pas dire nécessairement qu'elle coûte moins cher. Un nouveau traitement plus efficace, mais nécessitant une hospitalisation plus longue, entraînerait des coûts supplémentaires au parcours de soins et de services et « pénaliserait » l'établissement lorsque les indicateurs qui déterminent les meilleures pratiques ne considèrent que les coûts et le temps d'hospitalisation.

D'ailleurs, l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) relevait que les « tentatives pour intégrer un indice de qualité dans la détermination des tarifs se sont soldées par des échecs tant aux États-Unis qu'en Europe étant donné l'incapacité de parvenir à un consensus clinique sur la nature et la mesure d'un soin de qualité »<sup>14</sup>.

Pour les services psychosociaux, la meilleure pratique est tout aussi difficilement applicable vu la très grande variabilité des cas traités. Chaque être humain étant différent, le traitement le sera aussi. Et, contrairement à

---

<sup>13</sup> Ces informations proviennent de consultations que l'APTS a menées auprès des intervenant·e·s de la première ligne pour préparer l'éventuel mémoire qu'elle déposera à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse présidée par Régine Laurent.

<sup>14</sup> Guillaume Hébert et al. *L'allocation des ressources...*, op. cit., p. 37

la maxime populaire, ce qui est bon pour minou ne l'est pas forcément pour pitou. En imposant une meilleure pratique pour qu'un établissement reçoive son financement, c'est tout le jugement clinique du personnel professionnel et technique, qui sera sacrifié, ainsi que la qualité des soins, entre autres.

L'APTS ne peut s'empêcher de dresser un parallèle avec l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) qui vise l'implantation d'une façon de faire unique lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins des usager·ère·s des services de santé et des services sociaux. Cette normalisation à outrance oblige les professionnel·le·s et technicien·ne·s à passer parfois jusqu'à 50 % de leur temps en tâches administratives au lieu d'exercer leur jugement clinique et d'offrir aux usager·ère·s les soins et les services auxquels ils et elles ont droit<sup>15</sup>.

#### Le FAP dans un budget fermé

Il est un peu absurde, voire trompeur, de vouloir implanter un système de FAP dans un budget fermé. Les ressources financières surtout, mais aussi humaines, étant limitées et inférieures aux besoins, les gestionnaires devront faire des choix qui ne seront pas axés sur le patient. Ils mettront fin à un traitement ou n'accepteront pas de nouveaux·elles patient·e·s, faute de place ou de budget. Or, comme nous le disions précédemment, ces choix risquent de pénaliser les cas plus lourds et d'engendrer une hausse des coûts liée au surclassement.

De plus, en concentrant exclusivement le FAP dans un contexte où les budgets sont nécessairement fermés, on risque d'oublier de financer d'autres missions du réseau, que ce soit l'enseignement et la formation, la recherche, l'assurance qualité, les liens avec la communauté, etc. La ministre devra s'assurer que les enveloppes destinées à ces missions fondamentales soient maintenues.

#### Les régions menacées par le FAP

Les établissements publics régionaux situés à l'extérieur des grands centres urbains seraient aussi désavantagés par un tel système de financement. N'ayant pas le volume de cas nécessaire, ne pouvant pas spécialiser certains centres hospitaliers (car ils couvrent de vastes étendues et doivent offrir de nombreux services), ils perdraient au change.

Advenant que, malgré toutes les mises en garde faites sur le FAP, la ministre aille de l'avant avec ce nouveau mode de financement, elle devra mettre en place des mesures financières pour compenser les impacts assurément négatifs qu'il aurait sur les régions à l'extérieur des grands centres urbains.

#### Recommandation 1

**Advenant la mise en place d'un FAP, que la ministre instaure des mesures financières pour compenser les impacts négatifs sur le financement de la santé et des services sociaux à l'extérieur des grands centres urbains.**

---

<sup>15</sup> Eveline Gaillardetz, « "OCCI", ce sigle toxique qui met en péril les soins à domicile », *La Presse*, 3 août 2019. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/201908/02/01-5236078-occi-ce-sigle-toxique-qui-met-en-peril-les-soins-a-domicile.php> L'autrice est médecin de famille.

## Privatisation du système

Le FAP est une étape clé pour la mise en place d'un système privé de santé et des services sociaux. Même si le groupe d'expert a bien indiqué que le FAP « ne constitue en aucune façon un outil de privatisation des soins de santé »<sup>16</sup>, le fait qu'il ait besoin de le préciser démontre les dérives inévitables d'un tel système de financement.

Cette tendance managériale à tout décortiquer et à attribuer un coût à chacun des gestes posés par le personnel de la santé et des services sociaux n'est pas sans rappeler le mode de financement à l'acte des médecins, où tout geste posé par ces derniers est facturé à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce reliquat aberrant d'une époque révolue où ils étaient les maîtres omnipotents d'un système de santé privé a été mainte fois décrié. En opérant la transition vers un FAP, la ministre justifie du même coup la méthode archaïque de la rémunération des médecins et s'assure que les conditions nécessaires à la privatisation sont établies.

---

<sup>16</sup> 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*. Rapport. Québec, février 2014. P. vi.

## 4- LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

---

Au nombre de six, les objectifs opérationnels de ce projet expérimental peuvent se regrouper autour de deux grands axes. Le premier vise à établir les coûts par parcours de soins et services (CPSS) et à développer des modèles d'analyse et de comparaison. Le deuxième sert à développer de nouveaux modèles de financement afin d'améliorer la performance, l'efficacité et l'efficacité des pratiques cliniques et administratives, regroupées sous le vocable du FAP.

Si l'APTS souscrit, avec des mises en garde, aux objectifs du premier axe, elle craint, comme mentionné précédemment, les possibles dérives dans l'implantation du nouveau modèle de financement de type FAP.

Et, comme « tout est dans tout », la manière dont les objectifs du premier axe seront atteints aura une incidence certaine sur les objectifs du second.

Connaître afin de comparer

Pour implanter le FAP, il faut établir le CPSS<sup>17</sup>. Et, pour ce faire, il faut posséder un nombre important de données sur les différents actes posés par le personnel qui impliquent des coûts de matériel (médicament, fourniture médicale, examen en radiologie, test en laboratoire, etc.) et les coûts des épisodes de soin (hospitalisation, transport, interventions, triage, etc.).

Pour normaliser l'ensemble de ces données clinico-administratives, il faudra implanter un nouveau logiciel qui permettra de faire un lien entre les services cliniques et les coûts administratifs associés. C'est la firme PowerSolutions Santé Canada inc. qui a été mandatée par le gouvernement pour le développer. Le logiciel Power Performance Manager (PPM) établira les coûts pour chaque parcours de soins et de services visé par le projet expérimental.

L'APTS ne s'oppose pas à cette détermination des coûts et à la normalisation des renseignements colligés par les établissements<sup>18</sup>. Les données accumulées permettront effectivement de mieux identifier certains enjeux et de voir s'il y a des gestes à poser pour améliorer certaines situations.

Par contre, nous nous inquiétons de la charge de travail supplémentaire que cela entraînera pour le personnel professionnel et technique, en particulier ceux et celles qui travaillent dans le secteur des archives médicales. Cette nouvelle réforme nécessitera une période de formation et d'adaptation. Il faudra aussi ajouter du personnel afin de pallier la surcharge de travail qu'engendrera cette nouvelle réforme. Conséquemment, les dirigeants des établissements devront s'assurer que le personnel dispose de suffisamment de temps pour recevoir ces formations.

### Recommandation 2

**Que la ministre de la Santé et des Services sociaux prévoie de nouvelles ressources financières et humaines afin d'assurer la formation du personnel qui aura à compiler les données dans le PPM et d'éviter une surcharge de travail.**

---

<sup>17</sup>[https://www.apesquebec.org/sites/default/files/evenements/2018/2018102526\\_colloque/20181025\\_colloque\\_present\\_deploiement.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/evenements/2018/2018102526_colloque/20181025_colloque_present_deploiement.pdf)

<sup>18</sup> Dans le projet expérimental, le terme établissement semble référer exclusivement aux différents éléments du réseau public de santé et de services sociaux alors que le terme clinique réfère au volet privé. Pour éviter toute confusion, nous précisons le caractère public ou privé de chacun dans le cadre de nos commentaires.

### Recommandation 3

**Que les établissements libèrent le personnel pour qu'il puisse recevoir les formations nécessaires exigées par le PPM.**

#### Le quantifiable et le non quantifiable

Bien que le projet vise, « dans un premier temps, la normalisation des renseignements, l'évaluation des coûts et le financement des services rendus par les établissements dans leurs missions de centre local de services communautaires (CLSC), de centre hospitalier, de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CSHLD) », de même que les cliniques privées associées à un autre projet expérimental — une comparaison des coûts liés aux chirurgies et procédures sous scopie —, la ministre ne cache pas son intention d'étendre l'expérience aux autres missions du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, les centres jeunesse, les résidences à assistance continue (RAC), les centres de réadaptation en dépendance (CRD) et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (CRDI-TSA), etc. pourraient aussi être soumis à ce projet dans un deuxième temps.

Il y a beaucoup à dire à ce sujet. Déjà, il semble que la ministre veuille établir le coût pour l'ensemble des services rendus par les CLSC, les centres hospitaliers et les CHSLD ainsi que par les cliniques privées visées par le projet. Or, si des services peuvent être facilement quantifiés et comptabilisés (les chirurgies et les procédures sous scopie par exemple), d'autres le sont plus difficilement ou ne le sont tout simplement pas. Pensons, encore une fois, à l'ensemble des services psychosociaux offerts dans le cadre des missions visées dans la première phase du projet.

Nous l'avons évoqué rapidement, comment peut-on évaluer la performance d'un traitement ou la meilleure pratique d'une intervention lorsqu'il s'agit de la psyché humaine ? Comment établir un financement idéal pour quelqu'un qui souffre d'un stress post-traumatique à la suite d'un accident grave ? Quel est le temps optimal de maintien dans une unité psychiatrique d'une personne bipolaire en pleine crise <sup>19</sup> ?

Imaginons le casse-tête quand la ministre décidera d'appliquer le projet aux missions exclusivement axées sur les services sociaux ou bien qui ne nécessitent pas un parcours de soin et de services. Comment financera-t-on toutes les activités de prévention dans les écoles et les organismes communautaires qui sont offertes par la première ligne et qui évitent souvent que de nouvelles personnes se retrouvent dans le réseau de santé et de services sociaux ?

L'APTS est convaincue qu'il existe une meilleure utilisation des ressources du réseau, tant humaines que financières, que d'essayer de normaliser et d'évaluer les coûts des services psychosociaux. En cette période de pénurie de main-d'œuvre, où le personnel est surchargé, ce choix est déraisonnable.

### Recommandation 4

**Considérant qu'on peut difficilement quantifier les services psychosociaux nécessaires à un parcours de soins et des services et leur attribuer un coût, que les centres d'activités les offrant soient retirés du projet expérimental.**

<sup>19</sup> Élisabeth Fleury, « Six jours à l'urgence psychiatrique », *Le Soleil*, 16 août 2019.  
<https://www.lesoleil.com/actualite/sante/six-jours-a-lurgence-psychiatrique-d2fddb6135d37e62525cfdd6530935dd>

## Recommandation 5

**Que les services psychosociaux ne soient pas soumis aux impératifs du financement axé sur le volume d'activité, la performance ou la meilleure pratique.**

### Le privé encore favorisé

Dans l'avis soumis à la ministre, les cliniques privées participant au projet expérimental n'ont pas les mêmes obligations que les établissements publics. Contrairement à elles ces derniers doivent installer le PPM, qui s'assurera de transmettre les renseignements à un serveur sécurisé du MSSS. PowerSolutions Santé Canada inc. a aussi reçu le mandat de mettre en place le Système d'information provincial des coûts des parcours de soins et de services (SI-CPSS), qui a pour fonction de recueillir les données envoyées par les établissements et les cliniques privées.

Les cliniques n'auront pas à installer le PPM, elles enverront leurs données directement à la ministre et ce seront les fonctionnaires du ministère qui auront la tâche, aux frais des contribuables, d'intégrer les CPSS des cliniques dans le SI-CPSS du gouvernement. Alors que le réseau public de santé et de services sociaux aura à assumer les coûts et le temps d'implantation d'un tout nouveau logiciel, les cliniques privées en seront exemptées et sous-traiteront au gouvernement les coûts d'intégration.

C'est totalement inacceptable, et ce, à deux niveaux : sur le plan financier évidemment, mais aussi quant à la rigueur de l'information transmise qui sera analysée par la ministre. Bien que l'APTS s'oppose à toute comparaison entre les réseaux public et privé, les différences étant trop importantes, le projet de la ministre indique clairement qu'il va y avoir comparaison. Assurons-nous qu'elle soit équitable.

Dans toute recherche, la cueillette des données est tout aussi importante que les données recueillies. Si on utilise deux méthodes différentes, toute comparaison entre les établissements et les cliniques devient futile.

De plus, si nous voulons réellement comparer les coûts des parcours de soins entre le privé et le public, la gestion administrative en fait partie. Les cliniques privées bénéficient déjà d'une très généreuse marge de profit de 10 %, cadeau de l'ancien ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette.

Et ce logiciel ne constitue-t-il pas en soit une meilleure pratique ?

## Recommandation 6

**Que la ministre oblige les cliniques privées visées par le projet expérimental à installer le PPM de PowerSolutions Santé Canada inc. afin de s'assurer que les données qu'elles lui transmettent soient de la même qualité que celles des établissements publics.**

### Comparer des pommes avec des oranges

L'APTS est bien consciente que cette manne de données sera utilisée à des fins de comparaison entre les établissements publics, mais aussi entre le réseau public et le réseau privé. Or, les différences entre les établissements publics sont tellement importantes — la composition socioéconomique de la population, le territoire couvert, la modernité des installations et des équipements, etc. — qu'elles rendent toute comparaison hasardeuse. Les ressources étant limitées, cette comparaison aura pour conséquence l'augmentation ou la diminution du financement et une compétition malsaine entre les établissements deviendra inévitable.

Il faut utiliser les CPSS comme un indicateur — et seulement un indicateur — qui mettra en lumière certaines carences, certes, mais aussi certaines forces d'un établissement. D'ailleurs, au lieu d'établir un climat de compétition, c'est la collaboration entre les établissements qui devrait être préconisée.

#### **Recommandation 7**

**Que les données recueillies pour établir les CPSS des établissements publics soient utilisées uniquement à des fins collaboratives entre les établissements.**

De plus, cette volonté de comparaison à tout prix sera totalement aberrante lorsque l'on voudra savoir quel réseau, public ou privé, est le plus performant. Contrairement au réseau public, les cliniques privées choisissent les client·e·s (et ici le terme « client·e·s » est des plus appropriés) qu'elles traitent, recréant le même phénomène que l'on voit dans notre système d'éducation où les bon·ne·s élèves sont choisi·e·s par les écoles privées, dopant ainsi leur performance.

#### **Recommandation 8**

**Que la ministre de la Santé et des Services sociaux évite toute comparaison des CPSS entre le réseau public et le réseau privé et qu'elle n'utilise pas les CPSS provenant de ce dernier comme modèle de cible à atteindre par le réseau public.**



## 5- CENTRE DE DÉVELOPPEMENT ET D'OPÉRATIONNALISATION ET COMITÉS CONSULTATIFS

---

Trois structures sont constituées par la ministre pour mettre en place le projet expérimental. Premièrement, le Centre de développement et d'opérationnalisation (CDO) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Cette nouvelle unité administrative aura pour mission, en collaboration avec PowerSolutions Santé Canada inc., de mettre en place le SI-CPSS et aura une mission de soutien technique et informatique auprès des établissements publics. Étant donné que cette unité proviendra de la structure même du CHUM, la ministre devra s'assurer que le CDO aura les ressources nécessaires pour mener à bien cette mission essentielle auprès des autres établissements publics sans pénaliser les autres centres d'activités.

Si ce premier rôle est majeur, celui de conseiller « la ministre et les établissements [publics] sur le développement d'indicateurs et [de soutenir] les établissements dans l'utilisation des renseignements de CPSS nécessaires à l'analyse de leur performance » est crucial (article 26). Étant donné l'impact qu'aura le choix des indicateurs dans l'évaluation et le financement des établissements publics, il est plutôt étonnant que cette mission soit confiée à un seul centre hospitalier, ultraspécialisé et moderne comme le CHUM. Il faut absolument que ces indicateurs soient soumis à une analyse externe afin de prévenir l'inévitable biais qu'auront les gestionnaires du CHUM. Ces indicateurs devront donc être rendus publics afin que des expert·e·s indépendant·e·s puissent s'assurer de la validité et de la pertinence des indicateurs choisis par la ministre pour analyser la performance des établissements publics.

### Recommandation 9

**Que tous les indicateurs servant à l'évaluation de la meilleure pratique soient rendus publics par la ministre et soient validés par des expert·e·s indépendant·e·s.**

Une première étape de validation des indicateurs devrait d'ailleurs être confiée au Comité méthodologique institué par la ministre et dont le mandat est très restreint : « guider la mise à jour de la méthodologie utilisée pour le calcul des CPSS » (article 38). Composé non seulement de gens du CDO, mais aussi de personnes provenant du cabinet de la ministre et de trois autres établissements, ce comité serait en mesure d'apporter une perspective extérieure aux indicateurs développés par le CHUM.

### Recommandation 10

**Que le Comité méthodologique du projet expérimental effectue une première étape de validation des indicateurs développés par le CDO.**

La composition des deux comités consultatifs créés par la ministre, celui sur la méthodologie et celui sur le fonctionnement du portail provincial, devra être aussi précisée afin de s'assurer que les établissements publics situés à l'extérieur des grands centres urbains soient représentés. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la réforme du financement envisagée par la ministre risque de pénaliser particulièrement les régions du Québec.

### Recommandation 11

**Que la ministre nomme au moins un·e représentant·e provenant d'un établissement situé à l'extérieur d'un grand centre urbain au sein de chaque comité consultatif institué pour ce projet expérimental.**

## 6- PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

---

L'APTS est heureuse de constater que les données recueillies dans le cadre de ce projet seront « conservées sur un serveur sécurisé du ministère de la Santé et des Services sociaux ». Les récentes déclarations de son collègue, le ministre délégué à la Transformation numérique gouvernementale, Éric Caire, à l'effet de confier à des entreprises privées d'infonuagique (cloud), bien souvent américaines, la gestion des données provenant des Québécois-es inquiétaient beaucoup de nos membres. Nous enjoignons la ministre à maintenir la ligne dure sur cet élément afin de préserver l'intégrité et la confidentialité des renseignements obtenus.

### Recommandation 12

<b>Que tous les renseignements personnels recueillis dans le cadre du projet expérimental, en particulier, et dans le cadre des activités des établissements publics, en général, soient conservés dans des serveurs sécurisés appartenant au ministère de la Santé et des Services sociaux.</b>
--

L'APTS ne se fait pas d'illusion. Étant donné le caractère évolutif des CPSS (meilleur traitement, nouvelle technologie, médicament plus efficace, etc.), la ministre aura tout intérêt à conserver ces données pour voir l'évolution des mesures appliquées dans le temps, et ce, même s'il est indiqué dans le projet expérimental que les données seront détruites au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2022. Une disposition permet à la ministre de conserver les renseignements après la fin du projet. Bien qu'elle ne s'oppose pas à une prolongation (et sans en faire une recommandation formelle), l'APTS invite la ministre à établir une limite raisonnable à leur temps de conservation, limite qui pourrait être fixée à cinq ans.

## 7- CONCLUSION

---

Nous réitérons notre opposition au financement dit axé sur le patient qui est l'objectif ultime de ce projet expérimental. La prémisse établissant que seule la menace de restrictions budgétaires est efficace pour insuffler le changement et améliorer la performance du réseau, et non pas nécessairement la qualité des soins et des services, est erronée. Non seulement on n'a pas cherché à établir le bon diagnostic, mais on applique un traitement expérimental dont les résultats dans d'autres juridictions furent plus que mitigés.

Les effets seront particulièrement pernicioeux pour les soins et les services psychosociaux. La grande variabilité des situations et des parcours de soins et de services qui y sont rattachés rend impossible l'imposition d'indicateurs de performance et de meilleure pratique qui serviraient à la détermination des coûts.

Cette volonté de la ministre d'aller de l'avant inquiète grandement les régions situées à l'extérieur des grands centres urbains. En voulant tout harmoniser afin de comparer la performance des établissements publics, ceux situés à l'extérieur des grands centres, ayant un volume d'opération moindre, ne pourront pas rivaliser avec ceux qui ont un achalandage très élevé. Par conséquent, ils verront leur financement diminué. Il faut maintenir une base de financement qui n'est pas axé sur l'activité et la performance, sinon on va favoriser une centralisation des opérations et des services sociaux vers les grands centres urbains.

La comparaison du réseau public avec celui des cliniques privées afin de fixer les coûts des parcours de soins et de services est aussi vouée à l'échec. Pourquoi s'entêter à comparer des pommes et des oranges ? Lorsque les cliniques privées accepteront de traiter l'ensemble des demandes qui leur sont soumises, et même là, peut-être aurons-nous un échantillon valable. D'ici là, cessons de gaspiller nos ressources dans cette compétition stérile.

D'ailleurs, l'APTS trouve contre-productive cette volonté de mettre en compétition les établissements du réseau alors qu'une démarche de collaboration serait beaucoup plus efficace et permettrait d'atteindre une amélioration réelle de la qualité des soins.

Alors que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux se remet à peine de la réforme Barrette qui a vu la création des centres intégrés, l'implantation chaotique d'OPTILAB et l'imposition de l'OCCI, pour n'en nommer que quelques-uns, on lui impose un nouveau chamboulement au niveau de son financement et on revoit l'ensemble de son fonctionnement clinico-administratif. Cette surcharge aura un impact sur le personnel, il faut que la ministre y voie.

Les recommandations à la ministre contenues dans cet avis n'ont que pour objectif d'atténuer les nombreuses conséquences négatives qui découleront de ce projet expérimental. Espérons qu'au terme de l'expérience, le 1<sup>er</sup> septembre 2022, la ministre et son ministère auront l'honnêteté de reconnaître les dérives qui s'en suivront et qu'il et elle apporteront les correctifs nécessaires pour que l'ensemble de la population puisse avoir accès à un système de santé universelle, gratuit et de qualité.

## ANNEXE : LISTE DES RECOMMANDATIONS

---

### Recommandation 1

Advenant la mise en place d'un FAP, que la ministre instaure des mesures financières pour compenser les impacts négatifs sur le financement de la santé et des services sociaux à l'extérieur des grands centres urbains.

### Recommandation 2

Que la ministre de la Santé et des Services sociaux prévoie de nouvelles ressources financières et humaines afin d'assurer la formation du personnel qui aura à compiler les données dans le PPM et d'éviter une surcharge de travail.

### Recommandation 3

Que les établissements libèrent le personnel pour qu'il puisse recevoir les formations nécessaires exigées par le PPM.

### Recommandation 4

Considérant qu'on peut difficilement quantifier les services psychosociaux nécessaires à un parcours de soins et des services et leur attribuer un coût, que les centres d'activités les offrant soient retirés du projet expérimental.

### Recommandation 5

Que les services psychosociaux ne soient pas soumis aux impératifs du financement axé sur le volume d'activité, la performance ou la meilleure pratique.

### Recommandation 6

Que la ministre oblige les cliniques privées visées par le projet expérimental à installer le PPM de PowerSolutions Santé Canada inc. afin de s'assurer que les données qu'elles lui transmettent soient de la même qualité que celles des établissements publics.

### Recommandation 7

Que les données recueillies pour établir les CPSS des établissements publics soient utilisées uniquement à des fins collaboratives entre les établissements.

### Recommandation 8

Que la ministre de la Santé et des Services sociaux évite toute comparaison des CPSS entre le réseau public et le réseau privé et qu'elle n'utilise pas les CPSS provenant de ce dernier comme modèle de cible à atteindre par le réseau public.

#### **Recommandation 9**

**Que tous les indicateurs servant à l'évaluation de la meilleure pratique soient rendus publics par la ministre et soient validés par des expert·e·s indépendant·e·s.**

#### **Recommandation 10**

**Que le Comité méthodologique du projet expérimental effectue une première étape de validation des indicateurs développés par le CDO.**

#### **Recommandation 11**

**Que la ministre nomme au moins un·e représentant·e provenant d'un établissement situé à l'extérieur d'un grand centre urbain au sein de chaque comité consultatif institué pour ce projet expérimental.**

#### **Recommandation 12**

**Que tous les renseignements personnels recueillis dans le cadre du projet expérimental, en particulier, et dans le cadre des activités des établissements publics, en général, soient conservés dans des serveurs sécurisés appartenant au ministère de la Santé et des Services sociaux.**

### **Siège social**

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1050  
Longueuil (Québec) J4K 5G4  
Tél. : 450 670-2411 ou 1 866 521-2411  
Télec. : 450 679-0107 ou 1 866 480-0086

### **Bureau de Québec**

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200  
Québec (Québec) G2K 2E4  
Tél. : 418 622-2541 ou 1 800 463-4617  
Télec. : 418 622-0274 ou 1 866 704-0274

[www.apsq.com](http://www.apsq.com) • [info@apsq.com](mailto:info@apsq.com)

