

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 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 2014



Le générique masculin n'est utilisé que pour alléger le texte.

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

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Février 2014

ISBN 978-2-550-69945-3 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-69946-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2014

LETTRE DE TRANSMISSION DES TROIS MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS

Québec, 20 février 2014

Monsieur Réjean Hébert

Ministre de la Santé et des Services sociaux
Ministre responsable des Aînés

Monsieur Nicolas Marceau

Ministre des Finances et de l'Économie
Président du Comité ministériel de la prospérité
et du développement régional

Messieurs les Ministres,

Au terme de ses travaux, le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients dépose au gouvernement son rapport sur l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé, **Pour que l'argent suive le patient**. Ce rapport reflète de façon unanime les réflexions des membres du groupe d'experts, en réponse au mandat stimulant que le gouvernement lui avait confié.

Le groupe d'experts tient à souligner la qualité du soutien dont il a bénéficié, de la part des fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère des Finances et de l'Économie et du ministère du Conseil exécutif.

En vous remerciant de la confiance que le gouvernement du Québec et vous-mêmes nous avez témoignée, nous vous prions de croire, Messieurs les Ministres, à l'assurance de notre considération distinguée.



Wendy Thomson

Présidente du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients



Roger Paquet

Membre du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients



Pierre Shedleur

Membre du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients

MESSAGE DU GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS

En nous demandant de préparer l'implantation graduelle d'un financement axé sur les patients, le gouvernement a confié à notre groupe un mandat d'une grande portée.

Le mode de financement est en effet un levier puissant pour induire le changement, dans un système aussi vaste et complexe que le système de santé. Pour cette raison, le mode de financement doit ainsi être vu comme l'un des éléments d'une stratégie beaucoup plus large, visant à réformer le système.

☐ Un mandat à la fois stratégique et opérationnel

Le mandat que nous a confié le gouvernement était ainsi stratégique.

Le financement axé sur les patients est un outil puissant susceptible d'apporter à terme des changements importants au système de santé. Il est fondé sur une philosophie claire et explicite, soit la priorité donnée aux besoins et aux choix des patients. Sur le plan stratégique, le financement axé sur les patients force à mieux connaître les coûts et les résultats des interventions.

Ce mandat était également opérationnel.

Le mandat comportait un volet s'appliquant directement sur le terrain, soit la sélection et la mise en œuvre d'initiatives concrètes.

Le groupe d'experts a donc dû réfléchir simultanément aux implications du financement axé sur les patients sur le plan global et à son introduction dans les établissements, pour certains services précis.

☐ La proposition présentée au gouvernement

*Au terme de ses travaux, le groupe d'experts propose au gouvernement une **stratégie d'ensemble** qui s'appuie sur le financement axé sur les patients pour relever les défis auxquels le système de santé du Québec fait actuellement face – soit l'accessibilité aux soins, les pressions sur les dépenses dans un contexte budgétaire difficile, les incertitudes concernant la qualité et la pertinence des soins et les questionnements relatifs à l'équité avec laquelle le financement est réparti. De nombreux pays développés utilisent déjà cet outil pour relever des défis analogues.*

*Sur le plan opérationnel, le groupe d'experts recommande d'aller au-delà de simples projets pilotes et de commencer à utiliser le financement axé sur les patients pour agir dans **trois directions** considérées comme **prioritaires**, soit l'accès aux services chirurgicaux, la qualité des soins et la prise en charge des maladies chroniques.*

*Pour soutenir l'ensemble de ces efforts, le groupe d'experts a identifié les besoins en matière **d'information clinique et financière**, ainsi que les démarches à engager pour y répondre.*

❑ Deux mises en garde

Afin d'éviter confusion et ambiguïté, le groupe d'experts présente une première mise en garde : le financement axé sur les patients doit être clairement distingué d'une question sensible, soit la place du secteur privé. L'implantation du financement axé sur les patients ne constitue en aucune façon un outil de privatisation des soins de santé.

Autre mise en garde, l'implantation du financement axé sur les patients ne vise pas non plus à couper les ressources affectées à la santé. Il a au contraire pour objectif de donner une plus grande valeur aux ressources consacrées à la santé, en servant mieux les patients.

❑ Réformer le système en plaçant le patient au cœur des préoccupations

Les analyses et les recommandations du groupe d'experts sont présentées au gouvernement et à l'ensemble des citoyens dans le cadre du rapport proprement dit et des trois fascicules qui l'accompagnent.

Le groupe d'experts est convaincu que le temps est venu pour le Québec de tirer pleinement parti du financement axé sur les patients pour améliorer le système de santé, en plaçant le patient au cœur des préoccupations.

Malgré l'augmentation des ressources consacrées à la santé et les progrès réalisés, les réformes mises en œuvre et les recommandations d'experts, le maintien d'un système accessible offrant des services de santé efficaces et de qualité demande des efforts constants.

Le groupe d'experts est convaincu qu'avec le financement axé sur les patients, le gouvernement dispose du meilleur outil pour maintenir et améliorer la qualité des soins offerts à la population du Québec et pour assurer la pérennité du système de santé, tout en gérant de façon responsable les finances publiques.

*Avec le rapport **Pour que l'argent suive le patient**, le groupe d'experts propose au gouvernement une approche pragmatique et trois directions d'action prioritaires, afin de réformer le système de santé en plaçant le patient au cœur des préoccupations.*

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	1
Introduction	11
Première partie : Les défis à relever	17
1. Des problèmes d'accessibilité.....	19
1.1 L'attente pour consulter un médecin	20
1.2 L'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste	21
2. Les pressions sur les dépenses.....	23
2.1 Une plus grande part de l'économie allouée à la santé	24
2.2 Une part du budget de l'État qui ne cesse de croître	25
2.3 Des tendances de fond.....	28
3. Des questionnements concernant la qualité des soins.....	29
3.1 La sécurité des soins	30
3.2 La pertinence des soins.....	31
3.3 L'expérience de soins vécue par le patient	32
3.4 La qualité d'exécution des soins.....	33
3.5 Une évaluation de la performance globale	34
4. Des préoccupations liées à l'équité	37
5. Poursuivre le processus de réforme	43
Deuxième partie : Pourquoi le financement axé sur les patients?	45
1. Qu'est-ce que le financement axé sur les patients?	47
1.1 Un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement	48
1.2 Les objectifs.....	53
2. Quels changements le financement axé sur les patients peut-il apporter au système de santé du Québec?	55
2.1 Les défis auxquels le système de santé est confronté : ceux-là mêmes que le financement axé sur les patients vise à relever.....	57
2.2 Le financement axé sur les patients est un puissant incitatif au changement	60
3. Comment doit-on s'y prendre pour implanter le financement axé sur les patients?.....	63
3.1 Les conditions à remplir.....	65
3.2 Les risques à gérer	71
3.3 La stratégie d'implantation est déterminante.....	72

Troisième partie : L'objectif poursuivi et la démarche recommandée75

1.	La vision et les principes : réformer le système de santé, en plaçant le patient au cœur des préoccupations.....	77
2.	L'objectif poursuivi : implanter le financement axé sur les patients dans le système de santé du Québec et en élargir l'utilisation.....	79
3.	La démarche recommandée : une approche pragmatique, trois directions prioritaires.....	83
3.1	Une approche pragmatique étalée sur plusieurs années.....	84
3.2	Trois directions prioritaires.....	86
4.	L'accès aux services chirurgicaux : un programme élargi et intégré.....	89
4.1	Le point de départ : le Programme d'accès à la chirurgie.....	90
4.2	L'accès aux services chirurgicaux : un programme élargi et intégré.....	97
5.	La qualité des soins : une démarche valorisant les meilleures pratiques.....	105
5.1	Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.....	106
5.2	Le déploiement national du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.....	111
5.3	Un programme de financement selon les meilleures pratiques.....	113
6.	La prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : un financement favorisant l'intégration des soins.....	121
6.1	Le défi des maladies chroniques.....	122
6.2	L'application du financement axé sur les patients à la prise en charge des maladies chroniques.....	129

Quatrième partie : Les conditions à réunir et la façon de gérer le changement.....137

1.	Les informations cliniques et financières.....	139
1.1	Les ressources informationnelles.....	140
1.2	Les données cliniques et financières.....	144
1.3	L'utilisation des informations pour soutenir l'implantation et le développement du financement axé sur les patients : la détermination des coûts par cas.....	149
2.	Les règles tarifaires et budgétaires.....	155
2.1	Les règles tarifaires.....	156
2.2	Les règles budgétaires.....	160
3.	La gestion des établissements : des ponts entre le clinique et l'administratif.....	163
3.1	Le concept d'imputabilité médicale et la logique organisationnelle.....	164
3.2	Construire une vision largement partagée.....	165
3.3	Les implications concrètes.....	166

4.	La gestion du changement.....	167
4.1	Des objectifs clairs.....	168
4.2	Une compréhension partagée de ces objectifs	169
4.3	Une équipe dédiée.....	170
4.4	Des systèmes d'information	171
4.5	Un plan de communication	172
5.	Un échéancier	173
Cinquième partie : Recommandations		175
Annexes		181
	Annexe I – Le groupe d'experts	183
	Annexe II – Les personnes rencontrées et les rapports commandés	187

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	Délai d'attente pour consulter un médecin à la suite d'un besoin dans plusieurs juridictions, 2010	20
GRAPHIQUE 2	Nombre moyen de jours d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste dans plusieurs juridictions, 2010	21
GRAPHIQUE 3	Dépenses publiques en santé, 2011	24
GRAPHIQUE 4	Part des dépenses en santé et en services sociaux et des autres dépenses consolidées sur le total des dépenses consolidées, 1983-1984 à 2013-2014	25
GRAPHIQUE 5	Taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux dans les grands hôpitaux communautaires du Québec en 2010-2011	30
GRAPHIQUE 6	Opinion globale relative au système de santé en fonction des pays et des provinces, 2013	32
GRAPHIQUE 7	Évolution des délais moyens d'attente par spécialité entre 2008-2009 et 2011-2012	90
GRAPHIQUE 8	Évolution de la durée moyenne de séjour par spécialité entre 2002-2003 et 2010-2011	91
GRAPHIQUE 9	Évolution du nombre de patients en attente depuis plus d'un an entre 2008-2009 et 2012-2013	92
GRAPHIQUE 10	Proportion des patients en attente depuis plus de six mois pour une arthroplastie du genou ou de la hanche	93
GRAPHIQUE 11	Évolution des volumes de coloscopies entre 2009-2010 et 2012-2013	108
GRAPHIQUE 12	Évolution du délai d'attente pour un examen coloscopique entre 2010-2011 et 2012-2013	109

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Nombre de médecins pour 100 000 habitants, 2011.....	22
TABLEAU 2	Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux par facteur socioéconomique, entre 2003-2004 et 2013-2014	28
TABLEAU 3	Performance des systèmes de santé au Canada.....	34
TABLEAU 4	Portrait des temps d'attente pour une arthroplastie du genou ou de la hanche	38
TABLEAU 5	Proportion des personnes ayant plusieurs maladies chroniques par tranche d'âge, en 2005, au Québec	122
TABLEAU 6	Recommandations de rapports d'experts en matière de ressources informationnelles et de mécanismes de gestion et constats du Vérificateur général du Québec	141
TABLEAU 7	Avantages et inconvénients des types de coûts comme base de fixation des tarifs	157

LISTE DES ILLUSTRATIONS

ILLUSTRATION 1	Échéancier d'implantation du financement axé sur les patients 2014-2018	9
ILLUSTRATION 2	Évolution des modèles de financement axé sur les patients pour un épisode de soins	49
ILLUSTRATION 3	Synthèse de l'implantation graduelle du nouveau Programme d'accès à la chirurgie (PAC+)	101
ILLUSTRATION 4	Résumé de la proposition pour la coloscopie	112
ILLUSTRATION 5	Synthèse de la démarche proposée : programme de financement selon les meilleures pratiques	117
ILLUSTRATION 6	Plan de travail quinquennal pour la mise en place de consortiums de traitement et de soutien pour les personnes sévèrement atteintes de maladies chroniques	132
ILLUSTRATION 7	Détermination des coûts par cas	149
ILLUSTRATION 8	Échéancier d'implantation du financement axé sur les patients 2014-2018	173

SOMMAIRE

Présidé par M^{me} Wendy Thomson et composé de MM. Roger Paquet et Pierre Shedleur, le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients a été mis en place en mars 2012 afin de proposer au gouvernement les démarches à entreprendre pour implanter le financement axé sur les patients dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ce mandat a été confirmé et précisé à l'automne 2012 par le gouvernement nouvellement élu.

Dans le rapport **Pour que l'argent suive le patient**, le groupe d'experts rend compte des travaux qu'il a effectués dans le cadre du mandat qui lui a été confié. Le groupe d'experts présente les conclusions auxquelles il est parvenu et formule 15 recommandations au gouvernement. Le rapport est accompagné de trois fascicules techniques dans lesquels le groupe aborde la partie la plus opérationnelle de ses travaux. Le groupe d'experts y formule également un certain nombre de recommandations additionnelles.

❑ **Qu'est-ce que le financement axé sur les patients?**

Dans son rapport, le groupe d'experts explique ce qui différencie et caractérise le financement axé sur les patients, par rapport à d'autres modes d'allocation des ressources au sein du système de santé.

■ **Un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement**

Le financement axé sur les patients est un mode d'allocation des ressources établissant un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement.

Les ressources sont allouées en fonction du type et du volume de services fournis. Les ressources sont ajustées pour tenir compte de la complexité des soins apportés aux patients. L'ajustement effectué tient également compte des conditions de santé de ces patients et de caractéristiques telles que l'âge et le sexe.

Avec un système de financement axé sur les patients, on peut ainsi dire que **l'argent suit le patient**. Le financement axé sur les patients fait en sorte que le service rendu aux patients permet aux établissements d'obtenir le financement déterminé pour la production de ce service.

■ **Une famille de modes d'allocation des ressources**

Le terme de « financement axé sur les patients » regroupe en fait un ensemble de modes d'allocation des ressources découlant tous de la même philosophie.

- Le financement selon les activités consiste à allouer aux établissements les ressources en fonction des volumes de services rendus.
- Le financement selon la performance vise à aller plus loin, en ajoutant au financement selon l'activité des attentes plus précises concernant les résultats obtenus.
- Le financement en fonction des meilleures pratiques constitue une autre étape du financement axé sur les patients, en mettant l'accent sur la procédure suivie – le protocole de soins et les résultats sur la santé des patients –, cette procédure étant le gage de la qualité et de l'efficacité dans la dispensation des soins.

Dans ces trois cas, le financement s'applique à une étape plus ou moins longue des soins – soit l'intervention, l'épisode de soins ou la trajectoire de soins.

■ Une même idée centrale

Dans tous les cas, on retrouve la même idée centrale : le financement axé sur les patients consiste à introduire de nouvelles façons de faire pour rétribuer les services, par rapport au système d'allocation traditionnel.

- Dans le système traditionnel, les ressources sont allouées sur une base historique et globale. Les gestionnaires ont pour tâche d'offrir les soins en respectant les budgets disponibles. Souvent, ce système conduit à soumettre les patients à des périodes d'attente avant d'obtenir le service demandé. Dans ce système, les patients sont un coût. Afin de respecter les budgets disponibles, le système conduit à reporter ou limiter les services offerts aux patients.
- Dans le financement axé sur les patients, les responsables cliniques et administratifs s'appuient sur les informations concernant les services offerts aux patients pour obtenir les résultats justifiant leur financement. Ce sont les résultats obtenus qui permettront de recevoir les ressources nécessaires à leur financement. Au lieu de contrôler les intrants et les processus, on introduit des incitatifs pour obtenir des résultats et on effectue le suivi des résultats. Le financement axé sur les patients encourage les établissements à investir dans la qualité des soins et la sécurité des patients, afin de dispenser des soins pertinents.

Dans le financement axé sur les patients comme dans le système traditionnel, l'allocation des ressources doit être effectuée à l'intérieur d'un budget fermé.

Comme son nom l'indique, le financement axé sur les patients est fortement imprégné d'une philosophie selon laquelle le choix des patients exerce une influence sur la prestation des soins et l'allocation des ressources.

Le financement axé sur les patients a été introduit dans la plupart des pays développés. Le groupe d'experts a porté une attention particulière à six juridictions s'inscrivant dans des contextes analogues à celui du Québec, afin d'observer les résultats obtenus – soit l'Alberta, l'Angleterre, l'Australie, la Colombie-Britannique, la France et l'Ontario.

□ Les défis à relever

Le groupe d'experts a souhaité rappeler les défis à relever dans le système de santé du Québec – des défis qui donnent tout son sens à la démarche engagée avec l'implantation du financement axé sur les patients.

- Le système de santé est confronté à des problèmes d'accessibilité, que les différentes réformes effectuées depuis plusieurs années n'ont pas réellement réussi à régler.
- De façon également récurrente, le système de santé est la source de pressions majeures sur les dépenses publiques, la part de la santé dans les programmes financés par l'État, ou exprimée par rapport à la taille de l'économie, ne cessant de croître.
- Au Québec, comme dans l'ensemble des pays développés, on se préoccupe de plus en plus de la qualité des soins.
- L'équité avec laquelle les soins sont offerts soulève également des questions.

Dans le rapport, le groupe d'experts effectue un survol des réformes et des améliorations apportées au système de santé du Québec depuis 1960. Depuis sa mise en place en 1971, le système de santé du Québec a été l'objet de nombreuses transformations, dont les patients ont bénéficié. Les réponses à apporter aux défis actuels doivent être inscrites dans cette perspective.

L'objectif fondamental reste toujours le même : le système de santé doit offrir aux citoyens des soins de qualité, au meilleur coût possible. La pérennité du système est liée à l'atteinte de cet objectif.

Pour le groupe d'experts, répondre aux défis actuels signifie que l'on doit poursuivre le processus d'adaptation engagé depuis la naissance du système, avec la conviction qu'il ne faut pas attendre d'être en situation de crise pour agir.

❑ **L'objectif poursuivi et la démarche recommandée**

Le groupe d'experts est convaincu de la pertinence d'utiliser largement le financement axé sur les patients au sein du système de santé.

Dans le rapport, le groupe d'experts explique les modifications que le nouveau mode de financement peut apporter au système de santé, de même que les conditions à remplir et les risques à gérer lors de son implantation.

■ **La vision**

Le système de santé du Québec a évolué au cours des dernières années. Cette évolution doit se poursuivre : le financement axé sur les patients est un levier et un agent de changement, au service d'un processus permanent de réformes visant à ce que le système continue de s'améliorer et de s'adapter.

La pérennité du système passe par la qualité des soins offerts, l'efficacité des services produits et leur efficacité. Le patient lui-même est le centre d'intérêt du système, et il participe au système. Le financement axé sur les patients est un levier intégré dans une stratégie d'ensemble, où la qualité des soins offerts tient une place essentielle.

La vision proposée a pour but de faire en sorte que le système de santé du Québec relève les principaux défis auxquels il est confronté, soit :

- l'accessibilité aux soins;
- le contrôle des coûts;
- la qualité des soins dispensés;
- le respect des critères d'équité.

Les transformations nécessaires doivent être effectuées en plaçant le patient au cœur des préoccupations.

Globalement, l'implantation du financement axé sur les patients s'inscrit dans une vision du système de santé où les changements sont dictés par les besoins des patients et par les capacités technologiques. Un système de santé orienté vers le volume des services offerts et leur qualité est un système s'adaptant plus facilement aux besoins, capable d'intégrer les innovations et les changements.

Un tel système de santé répond à des objectifs et à des incitatifs bien définis en agissant sur la performance, et non en contrôlant les intrants. Un tel système remplacerait le système actuel, en étant plus concentré sur le patient et sur ses soins.

■ L'objectif poursuivi

L'implantation du financement axé sur les patients induira un changement majeur dans la gestion du système. Elle introduira une culture et une pratique de gestion nouvelles, au sein du système de santé du Québec. Le contrôle des intrants sera remplacé par une gestion fondée sur les services offerts aux patients et sur les résultats obtenus. Le financement axé sur les patients conduira de plus à mieux comprendre les coûts.

Pour ce qui est de la planification du secteur, il s'agit en fait :

- de passer d'un contrôle des moyens à un contrôle des résultats;
- d'adapter à cette fin la gestion et les outils d'information.

Grâce au financement axé sur les patients, il sera possible de prendre des décisions fondées :

- sur une meilleure information concernant l'utilisation des ressources affectées à la santé;
- sur une meilleure estimation de la valeur des soins assurés aux patients.

Le nouveau mode d'allocation des ressources donnera aux professionnels de la santé de nouvelles occasions de prendre des initiatives, dans le but d'offrir les bons services aux patients. Il induira une nouvelle culture de gestion, établie à partir d'une organisation fondée sur le patient et non sur les budgets globaux des établissements.

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement procède à un changement majeur dans les modes d'allocation des ressources au sein du système de santé du Québec, en implantant largement le financement axé sur les patients.

Pour le groupe d'experts, le financement axé sur les patients doit ainsi être utilisé comme un levier dans un processus de réforme visant à :

- rendre les soins plus accessibles;
- mieux contrôler les coûts;
- améliorer la qualité des soins dispensés;
- respecter les principes d'équité.

L'implantation du financement axé sur les patients dans le système de santé du Québec et l'élargissement de son utilisation sont tout à fait cohérents avec le projet gouvernemental d'assurance autonomie. La philosophie de base est la même. On peut ainsi considérer que l'assurance autonomie est une forme de financement axé sur les patients.

❑ **La démarche recommandée**

L'implantation du financement axé sur les patients doit s'intégrer dans une stratégie globale, que le groupe d'experts considère comme déterminante pour le succès de la réforme recommandée.

■ **Une approche pragmatique étalée sur plusieurs années**

Le groupe d'experts recommande que la stratégie retenue par le gouvernement s'appuie sur une approche pragmatique, étalée sur une période de trois à cinq ans.

On doit commencer à implanter la méthode, même si toutes les conditions ne sont pas réunies au départ. Les expériences observées dans les systèmes de santé étrangers comme les avis des spécialistes et des personnes consultées par le groupe d'experts sont convergents sur ce point.

Le groupe d'experts propose de procéder par étapes, en s'appuyant sur les expériences déjà engagées. Une approche pragmatique, étalée sur quelques années, permettra de combiner l'approfondissement d'initiatives déjà engagées avec de nouvelles actions concernant les conditions à remplir dans le futur.

■ **Trois directions prioritaires**

Dans le cadre de cette approche pragmatique, le groupe d'experts a identifié trois domaines concrets où l'implantation du financement axé sur les patients devrait être prioritairement engagée. Dans les trois cas, il s'agit d'aller au-delà d'expériences pilotes et de commencer à utiliser le financement axé sur les patients pour approfondir des initiatives déjà engagées ou pour répondre à des besoins croissants dans l'avenir.

Les trois directions prioritaires recommandées par le groupe d'experts sont les suivantes :

- 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 patients atteints de maladie chronique, avec un financement favorisant l'intégration des services.

❑ **L'accès aux services chirurgicaux : un programme élargi et intégré**

Le groupe d'experts propose une première application du financement axé sur les patients dans le domaine des soins chirurgicaux.

- Le point de départ est le Programme d'accès à la chirurgie, grâce auquel le Québec a pu se familiariser avec les méthodes de financement axé sur les patients.
- En s'appuyant sur les acquis de ce programme, il s'agit d'aller plus loin en mettant en place un programme élargi et intégré dans le domaine des soins chirurgicaux, afin de favoriser la performance.

Le Programme d'accès à la chirurgie, implanté au Québec en 2004-2005, est un programme de financement selon l'activité. Ce programme a permis d'atteindre les objectifs lors de sa mise en place. On constate cependant que le programme se bute maintenant à certaines limites.

Le groupe d'experts propose d'élargir et d'intégrer le programme actuel d'accès à la chirurgie, en appliquant le financement axé sur les patients à toutes les chirurgies dans les établissements réalisant 1 000 cas pondérés et plus par année, et de le soutenir en utilisant les règles de financement selon la performance.

Le groupe d'experts a analysé de façon concrète et détaillée les démarches à engager à cette fin. Le résultat de cette analyse est présenté dans le fascicule 1 accompagnant le rapport. Le rapport présente les principales propositions issues de cette analyse.

Le groupe d'experts formule des recommandations concernant :

- les actes couverts;
- les établissements admissibles;
- l'épisode de soins couverts;
- le financement des chirurgies;
- la prise en compte de la qualité et de l'accès aux soins;
- le développement des systèmes d'information clinique et financière;
- la stratégie de communication et de collaboration;
- le suivi et l'évaluation;
- la gestion des risques.

□ La qualité des soins : une démarche valorisant les meilleures pratiques

Le groupe d'experts propose une deuxième application du financement axé sur les patients, visant la qualité des soins.

Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal favorise déjà les meilleures pratiques. En s'inspirant du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, le groupe d'experts propose d'élargir à l'ensemble du Québec la démarche déjà engagée, et d'en faire un véritable financement valorisant les meilleures pratiques.

Parallèlement, le gouvernement étendrait le financement en fonction des meilleures pratiques à d'autres secteurs cliniques prioritaires.

Le groupe d'experts a procédé à une analyse détaillée des démarches à engager afin de donner suite à cette proposition. Le résultat de cette analyse est présenté dans le fascicule 2 accompagnant le rapport. On trouvera dans le rapport un rappel des caractéristiques du projet pilote, ainsi que les principales propositions issues de cette analyse.

■ Le déploiement national du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

Le groupe d'experts formule des recommandations concernant le déploiement national du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, soit :

- la mise à niveau;
- le financement en fonction des activités et de la performance;
- le paiement en fonction des meilleures pratiques.

■ Un programme de financement selon les meilleures pratiques

Le groupe d'experts recommande la mise en place d'un programme de financement selon les meilleures pratiques dans les secteurs cliniques considérés comme prioritaires, en présentant des propositions concernant :

- les critères de sélection des services cliniques;
- le leadership clinique;
- l'analyse coûts-avantages;
- le processus.

□ La prise en charge des maladies chroniques : un financement favorisant l'intégration des soins

Le groupe d'experts propose une troisième application du financement axé sur les patients, dans le domaine de la prise en charge des patients aux prises avec plusieurs maladies chroniques.

Les maladies chroniques représentent un véritable défi pour le système de santé. Le traitement des maladies chroniques sera la source d'importantes pressions cliniques et financières sur le système de santé. Il faut anticiper ces pressions et engager des changements d'envergure dans la manière dont sont soignés les patients souffrant de maladies chroniques.

Le groupe d'experts recommande au gouvernement d'utiliser le financement axé sur les patients pour soutenir et stimuler l'intégration des services offerts aux malades chroniques, afin d'accroître les services dans la communauté et à domicile.

Le groupe d'experts a encadré une étude spécifique sur la prise en charge et le financement des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques. Cette étude est rendue publique en même temps que le rapport.

Le groupe d'experts a analysé de façon concrète les démarches à engager afin d'appliquer le financement axé sur les patients à la prise en charge des maladies chroniques, en vue de favoriser l'intégration des services. On trouvera dans le rapport les propositions issues de cette analyse.

Le groupe d'experts formule des recommandations concernant :

- la mise en place des conditions de départ;
- l'établissement des consortiums de soins;
- l'élaboration et l'introduction des incitatifs financiers favorisant l'intégration;
- l'adoption d'un plan de travail précis.

□ **Les conditions à réunir et la façon de gérer le changement**

En même temps que trois directions prioritaires d'interventions, le groupe d'experts recommande que le gouvernement engage les initiatives permettant de réunir les conditions à remplir et de gérer le changement. Plus précisément, le groupe d'experts a réfléchi au contenu de la stratégie pluriannuelle qu'il invite le gouvernement à adopter concernant :

- les informations cliniques et financières;
- les règles tarifaires et budgétaires;
- les ponts à établir entre le clinique et l'administratif dans la gestion des établissements;
- la gestion du changement;
- l'échéancier à définir pour la mise en œuvre de ces différentes initiatives.

■ **Les informations cliniques et financières**

Le groupe d'experts a analysé de façon approfondie les démarches à engager et les initiatives à prendre afin d'améliorer les données cliniques et financières. Le résultat de cette analyse est présenté dans le fascicule 3 qui accompagne le rapport. On trouvera dans le rapport les principales propositions issues de cette analyse.

L'effort recommandé concernant les informations cliniques et financières servira à la fois à implanter le financement axé sur les patients et à apporter des gains d'efficience à l'ensemble du système, ce qui se répercutera sur la qualité des soins et l'accès aux services.

Le groupe d'experts formule des recommandations concernant :

- les ressources informationnelles;
- les données cliniques et financières proprement dites;
- l'utilisation des informations pour soutenir l'implantation et le développement du financement axé sur les patients, notamment la détermination des coûts par cas.

□ Un échéancier

Au terme de son rapport, le groupe d'experts propose au gouvernement un échéancier s'étalant sur une période de quatre ans, l'implantation du financement axé sur les patients commençant dès 2014-2015.

Cet échéancier vise à engager simultanément les initiatives concernant les trois directions prioritaires – soit l'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie, la mise en place d'un programme de financement selon les meilleures pratiques et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques avec un financement favorisant l'intégration des soins – et les premiers investissements concernant les systèmes d'information et les autres conditions requises pour réussir l'implantation du nouveau mode d'allocation des ressources.

ILLUSTRATION 1

Échéancier d'implantation du financement axé sur les patients 2014-2018

	Élargissement du Programme d'accès à la chirurgie	Programme de financement aux meilleures pratiques	Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques avec un financement favorisant l'intégration des soins	Systèmes d'information et autres conditions requises à mettre en place
2014-2015	Simuler le financement selon les volumes et les tarifs Publier les données sur la qualité et l'accès	Identifier 4 à 6 interventions annuellement pour l'implantation des meilleures pratiques Élaborer les guides de meilleures pratiques	Identifier les populations cibles et les systèmes de classification	Identifier les besoins de développement et de transformation des ressources informationnelles et d'ajustement au cadre légal Mettre en place les équipes requises pour piloter le changement du financement axé sur les patients
2015-2016	Financer selon les volumes et les tarifs Simuler le financement selon la qualité et l'accès	Mettre à niveau les établissements pour les interventions approuvées en vertu du programme de financement selon les meilleures pratiques	Suivre les expériences au Québec et ailleurs Poursuivre les analyses pour utiliser le financement en appui aux expériences québécoises	Produire l'architecture des données et des analyses sur les travaux à réaliser suivants : - le système de classification pour les principales clientèles - un dépôt de données centralisées - un système comptable normalisé - les outils d'analyse et de croisement des données
2016-2017	Payer la trajectoire de soins complète intraétablissement	Payer les établissements à la performance pour les nouvelles interventions choisies	Appuyer, avec des outils financiers, les initiatives les plus prometteuses de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques	Réaliser la mise à niveau des données cliniques et financières, notamment pour les coûts par cas et l'étalonnage
2017-2018	Payer la trajectoire de soins complète interétablissements	Payer en fonction des meilleures pratiques pour les nouvelles interventions choisies		Développer et implanter, sur quelques années, selon les conclusions des analyses

INTRODUCTION

La mise en place d'un groupe d'experts chargé de préparer l'implantation graduelle de modes de financement selon l'activité a été annoncée en mars 2012, dans le cadre du budget 2012-2013¹. Le groupe était alors placé sous la présidence de M^{me} Wendy Thomson, et composé de MM. Roger Paquet et Pierre Shedleur². Le groupe a commencé ses travaux le 30 avril 2012.

En juillet 2012, le groupe d'experts a rendu public un document d'information³, qui expliquait le mandat qui lui avait été confié, précisait les principales caractéristiques et la démarche définie pour y répondre.

Au cours de l'automne 2012, le nouveau gouvernement a confirmé l'importance qu'il attachait aux travaux du groupe d'experts. Le gouvernement nouvellement élu a également procédé à un recentrage des objectifs et de la nature de la démarche et à mettre en œuvre.

La volonté gouvernementale d'aller de l'avant avec une nouvelle façon de financer les services – et de confier au groupe d'experts le mandat de produire un rapport sur cette question – a été rendue publique dans le cadre du budget 2013-2014⁴. Pour marquer l'ajustement de son mandat, le groupe d'experts a changé de dénomination.

❑ Le mandat confié au groupe d'experts

Devenu le « Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients », le groupe d'experts s'est vu confier le mandat suivant :

- 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. Le groupe d'experts étudiera les formules de financement centré sur les patients offrant le plus grand potentiel de transformation pour réaliser les changements souhaités.
- Formuler des recommandations dans les domaines suivants :
 - les mécanismes de paiement pour soutenir le développement de la première ligne, notamment dans sa capacité à améliorer les continuums de soins;
 - les moyens permettant d'améliorer la connaissance des coûts et des résultats;
 - les moyens d'améliorer la formule de financement du Programme d'accès à la chirurgie, afin notamment de mieux considérer les chirurgies de type ambulatoire, le continuum de soins et la qualité des services aux patients.
- Identifier les initiatives concrètes provenant du réseau de la santé et des services sociaux où ce financement s'appliquera, à partir de critères bien établis.

¹ MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE, *Plan budgétaire 2012-2013*, mars 2012, page A.39.

² On trouvera en annexe I les notes biographiques des membres du groupe d'experts, ainsi que la liste des différentes personnes-ressources ayant accompagné le groupe dans ses travaux.

³ L'implantation du financement à l'activité dans le secteur de la santé et des services sociaux, Groupe d'experts sur le financement à l'activité, Gouvernement du Québec, juillet 2012.

⁴ MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE, *Plan budgétaire 2013-2014*, novembre 2012, page A.53.

❑ La démarche de travail

À partir du mandat reçu du gouvernement, le groupe d'experts a défini une démarche de travail comprenant quatre phases, soit :

- l'identification des changements que la méthode peut apporter au système de santé du Québec, à partir d'une revue des pratiques observées au Québec et des initiatives engagées dans d'autres juridictions;
- la formulation des objectifs proposés au gouvernement;
- l'identification des conditions requises;
- l'élaboration de la démarche considérée comme la plus appropriée.

❑ Un rapport articulé en cinq sections

Le rapport final est articulé en cinq sections.

- En premier lieu, le groupe d'experts a souhaité rappeler **les défis à relever** dans le système de santé du Québec – des défis liés à l'accessibilité, aux pressions sur les dépenses, à la qualité des soins et à l'équité, selon les termes mêmes du mandat confié par le gouvernement.
- En deuxième lieu, le groupe d'experts a voulu répondre à la question « **pourquoi le financement axé sur les patients?** ». Il est essentiel de bien comprendre ce qu'est le financement axé sur les patients, d'identifier la nature des changements que son implantation peut apporter au système de santé du Québec et de préciser la façon dont on doit s'y prendre pour l'implanter.
- En troisième lieu, le groupe d'experts a identifié **les objectifs recommandés** au gouvernement et **la démarche proposée** pour les atteindre, cette démarche conduisant à agir immédiatement dans trois directions considérées comme prioritaires – soit l'accès aux services chirurgicaux, la qualité des soins et la prise en charge des maladies chroniques.
- En quatrième lieu, le groupe d'experts a précisé **les conditions à réunir et la façon de gérer le changement**, en approfondissant notamment les exigences concernant les informations cliniques et financières.
- En cinquième lieu enfin, le groupe d'experts a regroupé dans une dernière section l'ensemble des **recommandations** formulées au gouvernement.

Le rapport comprend deux annexes :

- L'annexe I est consacrée au **groupe d'experts** et à l'équipe l'ayant soutenu.
- L'annexe II présente les **personnes rencontrées** ainsi que les **rapports commandés** par le groupe d'experts au cours de ses travaux.

En même temps que le rapport, trois fascicules techniques sont publiés, dans lesquels le groupe d'experts rend compte de la partie plus opérationnelle de ses travaux et de ses recommandations :

- Fascicule 1 – **L'accès aux services chirurgicaux : un programme élargi et intégré**
- Fascicule 2 – **La qualité des soins : une démarche valorisant les meilleures pratiques**
- Fascicule 3 – **L'information clinique et financière : mieux connaître les coûts et les services rendus**

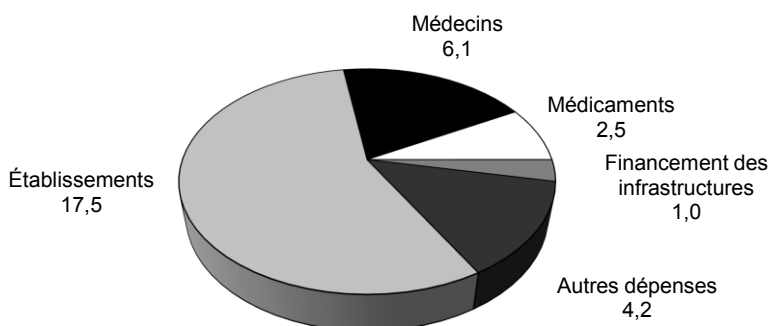
L'allocation des ressources au sein du système de santé et des services sociaux

En 2013-2014, le gouvernement du Québec allouait au système de santé et des services sociaux un budget de 31,3 milliards de dollars¹.

La répartition de ce budget total de 31,3 milliards de dollars au sein du système était la suivante :

- les établissements de santé et de services sociaux : 17,5 milliards de dollars;
- la rémunération des médecins : 6,1 milliards de dollars;
- les médicaments : 2,5 milliards de dollars;
- le financement des infrastructures : 1,0 milliard de dollars;
- les autres dépenses : 4,2 milliards de dollars, comprenant les organismes centraux (notamment le Ministère, les organismes conseils, l'Office des personnes handicapées du Québec, le curateur public), la rémunération des autres professionnels de la santé et les régimes de retraite.

Répartition du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013-2014 (milliards de dollars)



Sources : Conseil du trésor, *Budget de dépenses 2013-2014*.

¹ Excluant 1,5 milliard de dollars du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS).

L'allocation des ressources au sein du système de santé et des services sociaux (suite)

Sur ce budget total, les ressources des établissements de santé et de services sociaux sont réparties en neuf programmes-services et deux programmes-soutien.

Neuf programmes-services

Un programme-service est un programme regroupant un ensemble de services intégrés, destinés à une clientèle particulière ou à une population, et visant des résultats spécifiques.

Les neuf programmes-services sont :

- la santé physique;
- le soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- la santé mentale;
- les jeunes en difficulté;
- la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement;
- la déficience physique;
- la santé publique;
- les dépendances;
- les services généraux.

Deux programmes-soutien

Les programmes-soutien sont des programmes soutenant les programmes-services pour ce qui est des services ou des infrastructures.

Les deux programmes-soutien sont :

- l'administration et le soutien aux services;
- la gestion des bâtiments.

La santé physique est le principal programme en ce qui a trait au volume de services et aux ressources attribuées. Ce programme a comme objectif d'améliorer et de rétablir la santé, ou de résoudre des problèmes précis (traumatismes, cancers, etc.). Il représente à lui seul près de 35 % du budget des établissements de santé et de services sociaux. Chaque programme comprend une formule différente d'allocation des ressources.

Les recommandations du groupe d'experts concernent particulièrement le programme-service de la santé physique.

L'allocation des ressources au sein du système de santé et des services sociaux (suite)

L'allocation aux établissements : en deux étapes

Il existe un mode de financement distinct pour les établissements, pour la Régie de l'assurance maladie du Québec et pour le régime public d'assurance médicaments.

L'allocation aux établissements de santé et de services sociaux (17,5 milliards de dollars en 2013-2014) est effectuée en deux étapes, s'appliquant entre les trois niveaux du système – soit le Ministère, les régions et les établissements.

L'allocation consentie par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux régions utilise un nombre varié de méthodes d'allocation des ressources.

- 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. La formule populationnelle varie selon les programmes : par exemple, pour le programme de la santé physique, la répartition entre les régions prend en compte des éléments permettant d'intégrer une préoccupation d'efficience.
- Dans les faits, l'allocation des ressources entre les régions est ainsi accordée selon une géométrie variable, dépendamment du type de services financés.

L'allocation de chaque région entre les établissements est versée par les agences régionales, en utilisant un mode principalement historique.

Des sommes additionnelles

Des sommes additionnelles sont allouées en fonction d'objectifs de production régionaux et nationaux, suivant une approche de financement selon l'activité (financement axé sur les activités pour les chirurgies additionnelles, à partir du nombre de chirurgies effectuées en 2002-2003).

Le financement des groupes de médecine familiale est effectué en partie selon le mode de la capitation et fondé sur l'inscription – allocation sur une base contractuelle liée au nombre de personnes inscrites.

PREMIÈRE PARTIE : LES DÉFIS À RELEVER

Dans un premier temps, le groupe d'experts a souhaité rappeler les défis à relever dans le système de santé du Québec – des défis qui donnent tout son sens à la démarche engagée avec l'implantation du financement axé sur les patients.

❑ Quatre préoccupations majeures

Ces défis sont clairement mentionnés dans le mandat confié par le gouvernement au groupe d'experts. On peut les regrouper autour de quatre préoccupations majeures, partagées par les responsables du système de santé comme par l'ensemble des citoyens :

- Le système de santé est confronté à des problèmes d'accessibilité, que les différentes réformes effectuées depuis plusieurs années n'ont pas réellement réussi à régler.
- Également, le système de santé est, de façon récurrente, la source de pressions majeures sur les dépenses publiques, la part de la santé dans les programmes financés par l'État ne cessant de croître.
- Au Québec, comme dans l'ensemble des pays développés, on se préoccupe de plus en plus de la qualité des soins.
- L'équité avec laquelle les soins sont offerts soulève également des questions.

1. DES PROBLÈMES D'ACCESSIBILITÉ

Les Québécois sont attachés à leur système de santé et satisfaits des services reçus lorsqu'ils y ont accès. Ils soulignent en même temps les difficultés qu'ils ont à bénéficier de ses services en raison de problèmes d'accessibilité.

Concrètement, les problèmes d'accessibilité conduisent à des phénomènes bien connus au Québec, soit les listes d'attente en chirurgie, l'engorgement des salles d'urgence et l'incapacité de répondre à de nouveaux problèmes de santé en émergence, soit notamment les troubles envahissants du développement – dont l'autisme.

❑ Les soins de première ligne

Certains de ces problèmes touchent particulièrement les soins de première ligne, avec la difficulté de s'inscrire auprès d'un médecin de famille, que ce soit en cabinet privé ou au sein d'un groupe de médecine familiale – ce qui contribue à l'encombrement des urgences des hôpitaux.

Les données publiées par l'Institut de la statistique du Québec en 2013 indiquent qu'en 2010-2011, au Québec, 21 % des personnes âgées de 15 ans et plus n'avaient pas de médecins de famille. Plus précisément, 13 % des personnes âgées de 15 ans et plus déclaraient avoir besoin d'un médecin de famille et ne pas en avoir, soit environ 870 000 personnes, tandis que 8 % ne ressentaient pas le besoin d'en avoir un⁵.

Cette proportion diffère beaucoup selon les régions. Toujours selon les mêmes données, en 2010-2011, le pourcentage des personnes âgées de 15 ans et plus déclarant avoir besoin d'un médecin de famille et ne pas en avoir variait de 4,2 % dans la région de la Chaudière-Appalaches à 19,9 % dans la région de Montréal⁶.

On constate des progrès importants au cours des dernières années, mais les difficultés demeurent. Ces problèmes d'accessibilité touchent spécifiquement le continuum de soins : le patient n'a pas accès à tous les épisodes de soins d'une même trajectoire de service.

❑ Deux illustrations des problèmes d'accessibilité

À partir des données du ministère de la Santé et des Services sociaux, on peut illustrer de deux façons les problèmes actuels d'accessibilité auxquels les patients québécois sont confrontés :

- les Québécois attendent plus longtemps que les patients des autres juridictions pour voir un médecin;
- les délais d'attente pour voir un spécialiste sont également plus longs au Québec que dans les autres pays développés.

⁵ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011, Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 2, 2013.

⁶ *Ibid.*

1.1 L'attente pour consulter un médecin

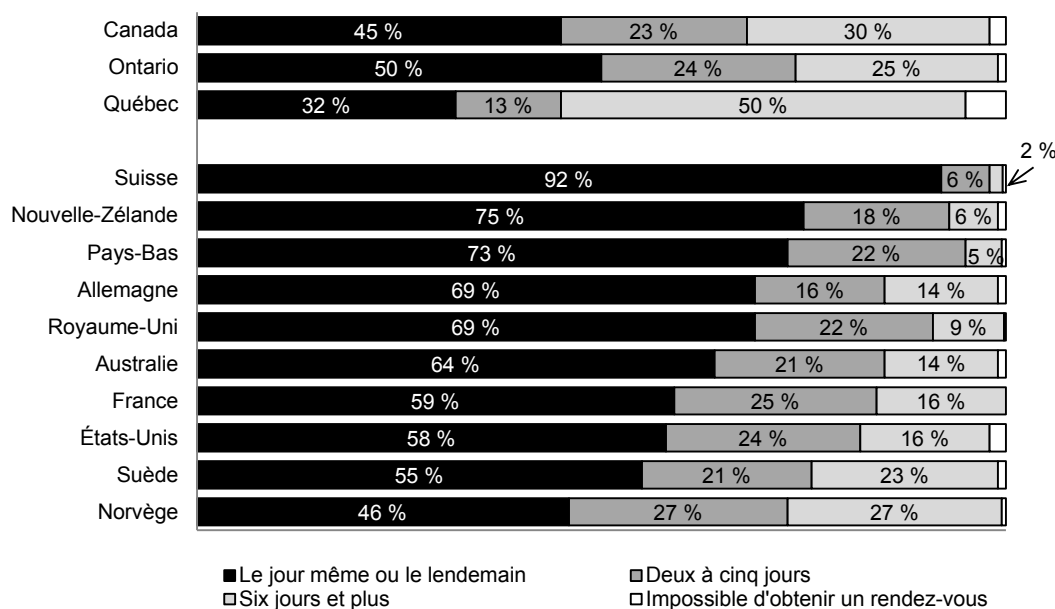
Dans l'ensemble des pays développés, le Québec est l'un des endroits où la population attend le plus longtemps avant de pouvoir consulter un médecin.

Les données indiquent que 50 % des Québécois doivent attendre six jours ou plus avant de consulter un médecin, comparativement à 30 % dans l'ensemble du Canada. À titre comparatif, cette proportion est de 16 % aux États-Unis et en France et de moins de 2 % en Suisse.

Au Québec, des progrès ont été réalisés pour ce qui est de l'accès aux soins chirurgicaux, dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie⁷. Des améliorations sont cependant encore possibles.

GRAPHIQUE 1

Délai d'attente pour consulter un médecin à la suite d'un besoin dans plusieurs juridictions, 2010 (en pourcentage)



Source : Le Commissaire à la santé et au bien-être, *L'expérience de soins de la population : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund 2010 auprès de la population de 18 ans et plus*, 145 p., 5 mai 2011, [\[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/CWF/csbe_CWF2010.pdf\]](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/CWF/csbe_CWF2010.pdf).

⁷ Voir ci-après, page 13, ainsi que le fascicule 1, *L'accès aux services chirurgicaux : un programme élargi et intégré*.

1.2 L'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste

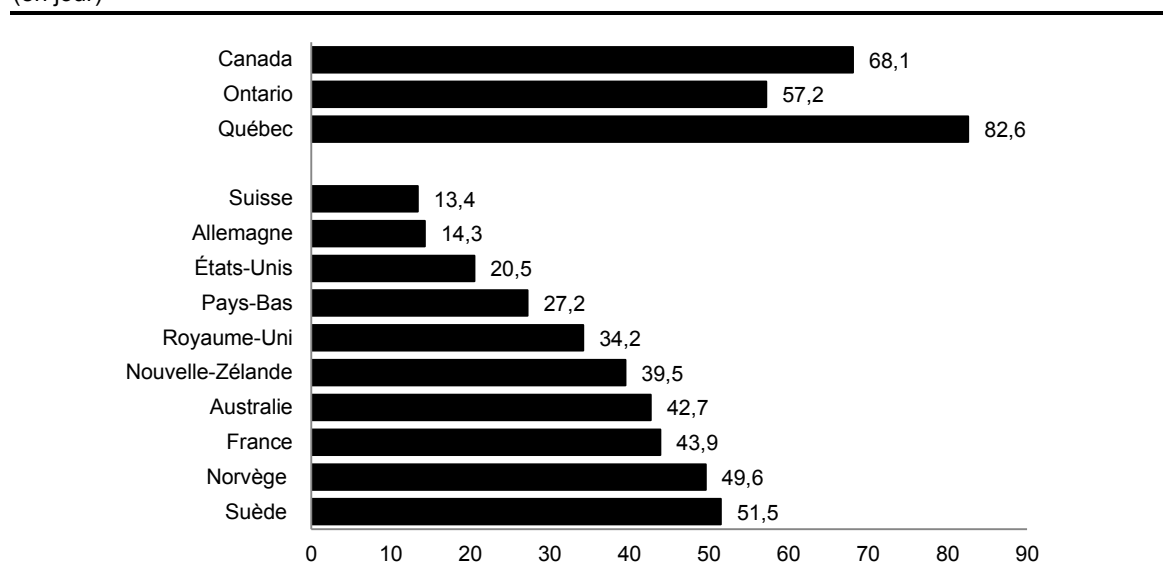
Le Québec est également l'un des endroits où la population attend le plus longtemps avant de pouvoir consulter un spécialiste.

Les données indiquent que les Québécois doivent attendre en moyenne 82,6 jours pour consulter un spécialiste, comparativement à 68,1 jours dans l'ensemble du Canada. À titre comparatif, cette attente est de 13,4 jours en Suisse, de 14,3 jours en Allemagne et de 43,9 jours en France.

Au Québec, des progrès ont été réalisés pour ce qui est de l'accès aux soins chirurgicaux, dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie⁸. Des améliorations sont cependant encore possibles.

GRAPHIQUE 2

Nombre moyen de jours d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste dans plusieurs juridictions, 2010
(en jour)



Source : Le Commissaire à la santé et au bien-être, *L'expérience de soins de la population : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund 2010 auprès de la population de 18 ans et plus*, 145 p., 5 mai 2011
http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/CWF/csbe_CWF2010.pdf.

⁸ Voir ci-après, page 13, ainsi que le fascicule 1, *L'accès aux services chirurgicaux : un programme élargi et intégré*.

❑ Le nombre de médecins

Pour ce qui est des juridictions canadiennes, ce délai d'attente plus élevé n'est pas dû au nombre de médecins.

Au Canada, le Québec est l'une des juridictions où l'on trouve le plus grand nombre de médecins professionnellement actifs par habitant. On observe cette réalité pour les médecins spécialistes, mais également pour les médecins de famille.

- En 2011, on dénombrait au Québec 117 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, comparativement à 99 en Ontario et à 103 dans l'ensemble du Canada.
- Toujours en 2011, le Québec comptait 114 médecins de famille pour 100 000 habitants, comparativement à 95 en Ontario et à 106 dans l'ensemble du Canada.

TABEAU 1

Nombre de médecins pour 100 000 habitants, 2011 (en nombre)

	Médecins spécialistes	Médecins de famille	Total
Nouvelle-Écosse	119	122	241
Terre-Neuve-et-Labrador	108	123	231
Québec	117	114	231
Alberta	106	111	217
Nouveau-Brunswick	100	113	213
Colombie-Britannique	95	117	212
Canada	103	106	209
Yukon	32	169	201
Manitoba	93	105	198
Ontario	99	95	194
Saskatchewan	80	100	180
Île-du-Prince-Édouard	80	97	177

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*, 2011.

2. LES PRESSIONS SUR LES DÉPENSES

Toutes les données confirment les pressions que les dépenses de santé exercent sur l'économie et sur les finances publiques du Québec.

- La part des dépenses de santé dans le PIB est plus élevée au Québec que dans la majeure partie des pays développés.
- La proportion du budget de l'État québécois consacrée à la santé ne cesse de croître.
- La croissance des dépenses de santé s'explique par plusieurs tendances de fond, que l'on est en mesure d'évaluer.

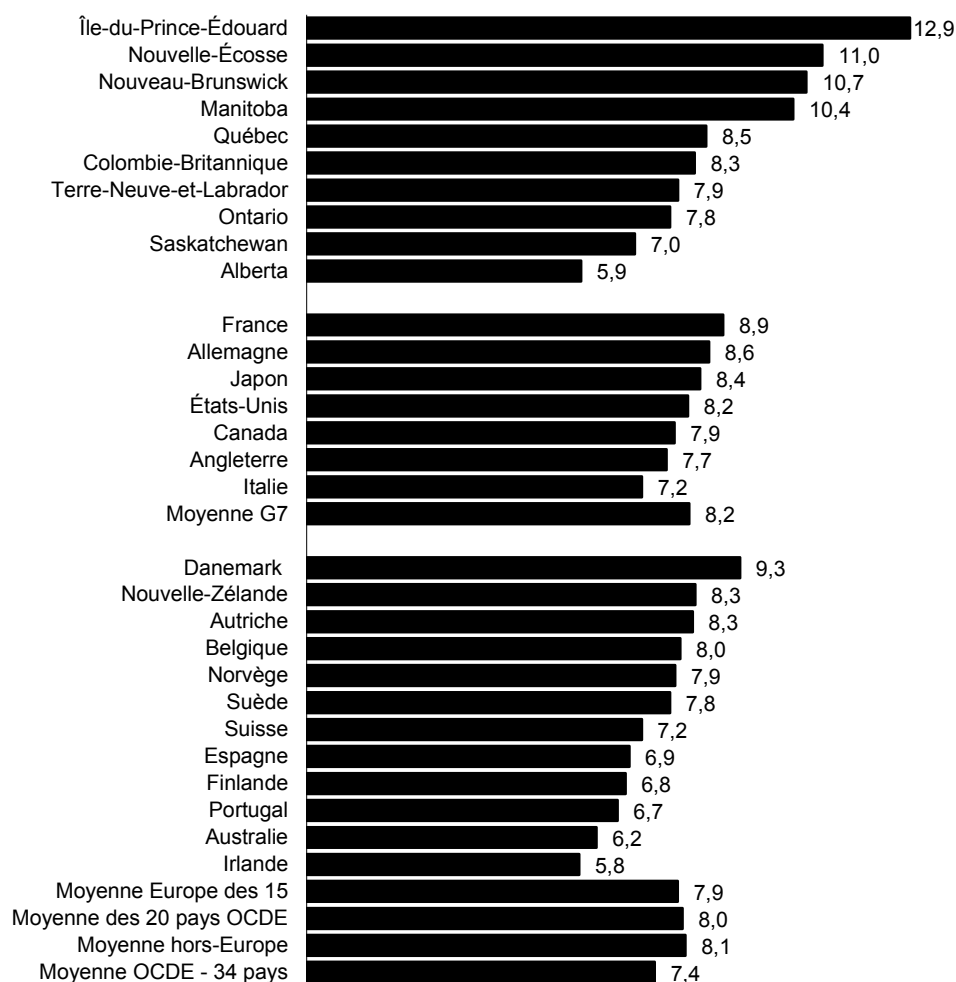
2.1 Une plus grande part de l'économie allouée à la santé

Le Québec alloue une plus grande part de son économie au secteur de la santé (sans les services sociaux) que les grandes provinces canadiennes, les pays du G7 et d'autres pays européens.

Au Québec, la part des dépenses publiques en santé par rapport au PIB est de 8,5 %. Comparativement, cette part est de 7,8 % en Ontario, de 8,3 % en Colombie-Britannique, de 5,9 % en Alberta et de 8,2 % en moyenne dans les pays du G7.

GRAPHIQUE 3

Dépenses publiques en santé, 2011 (en pourcentage du PIB)



Source : Ministère des Finances et de l'Économie du Québec, à partir des données de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'OCDE.

2.2 Une part du budget de l'État qui ne cesse de croître

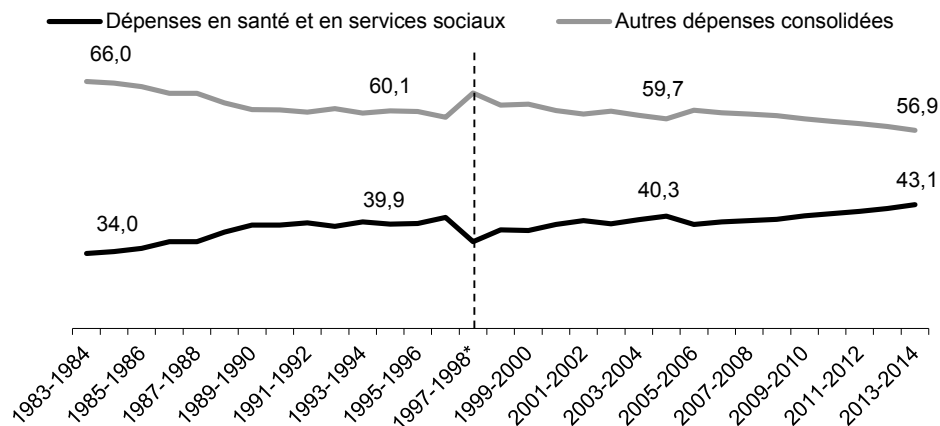
Les dépenses de santé (incluant les services sociaux) représentent une part considérable des dépenses consolidées du gouvernement du Québec, et cette part ne cesse d'augmenter.

La part des dépenses de santé et de services sociaux dans les dépenses consolidées (excluant le service de la dette) est passée de 34 % en 1983-1984 à 43 % en 2013-2014. Les budgets alloués aux autres programmes (éducation, transports, sécurité publique, etc.) représentaient 66 % des dépenses de programmes en 1983-1984. Cette part a baissé à 57 % en 2013-2014.

Cette part est restée relativement stable au cours des années 1990, en raison des efforts déployés pour atteindre l'équilibre budgétaire. L'atteinte de l'équilibre budgétaire en 1997-1998 et son maintien jusqu'en 2008-2009 ont permis un réinvestissement important dans le système de santé québécois.

GRAPHIQUE 4

Part des dépenses en santé et en services sociaux et des autres dépenses consolidées sur le total des dépenses consolidées⁽¹⁾, 1983-1984 à 2013-2014
(en pourcentage)



Note : Dépenses consolidées de la mission santé et services sociaux. Les données de 2013-2014 et des années antérieures à 2012-2013 sont obtenues en appliquant la proportion en 2012-2013 des dépenses consolidées en santé et services sociaux par rapport aux dépenses de programmes en santé et services sociaux (incluant le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux [FINESSS]) aux dépenses de programmes en santé et en services sociaux (incluant le FINESSS) des autres années.

* Les données à compter de 1997-1998 ne peuvent être redressées sur la même base que celles présentées avant en raison d'un changement à la comptabilité gouvernementale.

(1) Dépenses consolidées excluant le service de la dette.

Sources : Ministère des Finances et de l'Économie du Québec, *Mise à jour économique et financière de l'automne 2013, Plan budgétaire 2013-2014, Plan budgétaire 2012-2013, Comptes publics 2012-2013*. Les budgets de dépenses du gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Comptes de la santé 2010-2011 à 2012-2013*.

Ce phénomène n'est pas propre au Québec. On l'observe dans l'ensemble des provinces canadiennes. Selon le rapport 2013 du directeur parlementaire du budget fédéral⁹, la progression des dépenses de santé est le principal facteur de l'augmentation des coûts du secteur regroupant les provinces, territoires, administrations locales et administrations publiques autochtones.

Le secteur de la santé dans l'économie québécoise

La croissance des dépenses de santé est confirmée lorsque l'on rapporte les dépenses de santé au produit intérieur brut – ce qui permet d'éliminer le biais pouvant résulter de la variation des dépenses de programmes : la santé exerce une pression réelle et grandissante sur l'économie québécoise.

En 2013, le secteur de la santé public et privé¹ (sans les services sociaux) au Québec représentait 12,2 % de l'économie québécoise.

Sur des dépenses totales de 44,9 milliards de dollars, 71,3 % (32,0 milliards de dollars) provenaient des administrations publiques et 28,7 % (12,9 milliards de dollars) étaient assumés par le secteur privé, soit les particuliers et les entreprises.

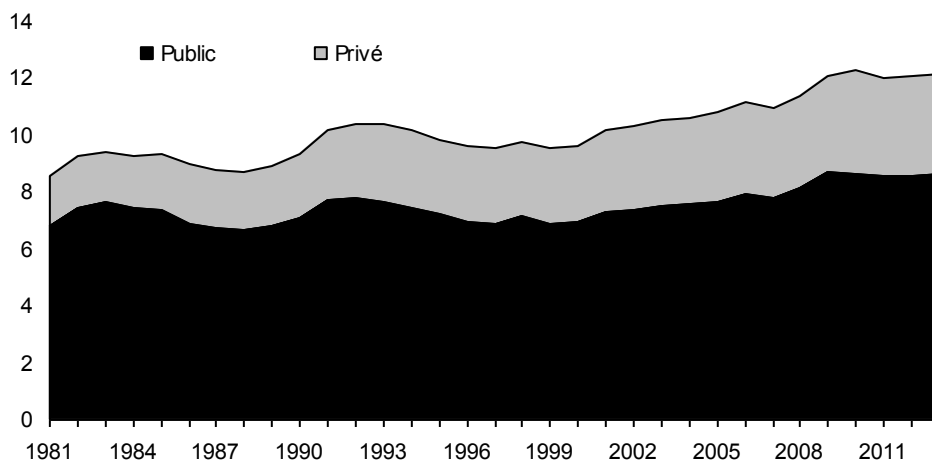
- Les dépenses du secteur public comprennent notamment les dépenses des gouvernements pour les hôpitaux, les services médicaux donnés par les médecins, les médicaments, les immobilisations et l'administration du réseau de la santé.
- Les dépenses du secteur privé incluent principalement celles effectuées pour les services dentaires, les services optométriques et les médicaments (régimes privés, franchise et coassurance du régime public).

⁹ DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET, *Rapport sur la viabilité financière de 2013*, Ottawa, 26 septembre 2013.

Le secteur de la santé dans l'économie québécoise (suite)

Du début des années 1980 jusqu'au début des années 2000, la proportion du secteur de la santé dans l'économie a varié entre environ 8,5 % et 10,5 %. C'est à compter des années 2000 que le poids des dépenses de santé dans l'économie s'est mis à progresser plus rapidement.

Évolution des dépenses de santé des secteurs public et privé au Québec – de 1981 à 2013 (en pourcentage du PIB)



(1) Les services sociaux ne sont pas comptabilisés dans les dépenses de santé présentées ci-dessus. Les données de 2012 et 2013 sont des projections.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013* (octobre 2013).

- 1 Le terme « secteur de la santé public et privé » réfère ici aux dépenses publiques et privées en santé, telles que compilées par l'Institut canadien d'information sur la santé, alors que les termes « système public de santé » et « dépenses de santé et de services sociaux » renvoient aux établissements et aux programmes de santé et de services sociaux financés et gérés principalement par le gouvernement du Québec.

Les dépenses publiques compilées par l'Institut canadien d'information sur la santé sont inférieures d'environ 2,3 milliards de dollars (2009-2010) aux dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement du Québec. Cela s'explique par certaines modifications effectuées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), soit :

- l'exclusion d'environ 3,3 milliards de dollars des dépenses budgétaires de santé et de services sociaux considérées par l'Institut canadien d'information sur la santé comme des services sociaux;
- l'inclusion de dépenses d'environ 1,0 milliard de dollars d'autres ministères considérées dans ses définitions comme des dépenses de santé (inspection des aliments, compensation tenant lieu de taxe foncière aux municipalités pour les établissements de santé sur leur territoire, fonds de recherche, etc.).

2.3 Des tendances de fond

La croissance des dépenses de santé s'explique par un certain nombre de tendances de fond, affectant l'ensemble de la société.

Entre 2003-2004 et 2013-2014, près de 75 % de la croissance des dépenses de santé était attribuable à la hausse des prix et à des facteurs populationnels – soit l'augmentation de la population et son vieillissement. Les autres causes de la croissance des dépenses de santé comprennent notamment l'évolution de la pratique médicale (technologies et médicaments) et les nouveaux développements.

TABEAU 2

Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux par facteur socioéconomique, entre 2003-2004 et 2013-2014
(en pourcentage)

Facteurs socioéconomiques ⁽¹⁾	Croissance annuelle moyenne	Part de la croissance totale
Augmentation de la population	0,8	15
Impact du vieillissement de la population ⁽²⁾	1,3	23
Inflation ⁽³⁾	2,0	36
Évolution de la pratique médicale (technologies), nouveaux développements et autres	1,5	27
TOTAL	5,6	100

(1) Les dépenses de santé et de services sociaux se composent des dépenses de programmes en santé et en services sociaux et de celles du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux.

(2) L'impact du vieillissement de la population a été calculé par le ministère des Finances et de l'Économie du Québec à partir des données démographiques de l'Institut de la statistique du Québec et de Statistique Canada, ainsi que des coûts par tranche d'âge compilés par l'Institut canadien d'information sur la santé.

(3) Le concept d'inflation utilisé est l'indice du prix des services publics.

Source : Ministère des Finances et de l'Économie du Québec.

Le changement dans la structure d'âge de la population fait varier le niveau des dépenses de santé. À l'exception des premières années de vie, plus une personne prend de l'âge, plus elle a recours aux services de santé. Par exemple, pour l'année 2011, les dépenses publiques de santé des personnes de 45 à 49 ans ont coûté 2 024 \$ en moyenne au gouvernement du Québec et celles des personnes âgées de 80 à 84 ans, 15 270 \$.

Au cours des années à venir, le vieillissement et l'augmentation de la population, ainsi que l'évolution de la pratique médicale et des nouvelles technologies, continueront d'exercer des pressions sur les dépenses de santé, ces dépenses augmentant plus vite que la croissance de l'économie et des revenus du gouvernement.

3. DES QUESTIONNEMENTS CONCERNANT LA QUALITÉ DES SOINS

La pérennité des systèmes de santé n'est pas seulement un enjeu financier. Au Québec comme dans l'ensemble des pays développés, on se préoccupe de plus en plus de la qualité des soins.

La qualité des soins vise à prendre en compte l'impact des soins dispensés sur la santé des patients, afin de vérifier si ces soins ont effectivement amélioré la santé des patients. Un système de santé performant est d'abord un système produisant des services de santé de qualité. La qualité des soins est ainsi un élément essentiel de la pérennité du système.

Le groupe d'experts a toutes les raisons de croire que les soins prodigués par le système de santé québécois sont des soins de bonne qualité. On doit cependant aller plus loin, et se demander si ces soins ne pourraient pas être meilleurs. Un système de santé performant est en fait un système offrant des soins de qualité dans son sens le plus large – soit le bon service, au bon endroit et au bon moment. La non-qualité, dans le secteur de la santé, est un sujet de préoccupation constant, mais qui pourrait être davantage approfondi.

☐ Plusieurs composantes

Lors de l'évaluation de la qualité de soins, plusieurs composantes devraient être prises en compte, soit notamment :

- la sécurité des soins, soit éviter les complications liées aux soins fournis ou à l'environnement;
- la pertinence des soins, c'est-à-dire des prestations de soins fondées sur des pratiques reconnues comme bénéfiques pour les patients;
- l'expérience de soins vécue par le patient;
- la qualité d'exécution, soit des prestations de soins efficaces par les fournisseurs.

L'ensemble de ces composantes permet d'évaluer la performance globale du système.

3.1 La sécurité des soins

La sécurité des soins peut être estimée à partir des taux de réadmission. Les taux de réadmission constituent un indicateur standardisé de la qualité de la dispensation des soins, utilisé internationalement.

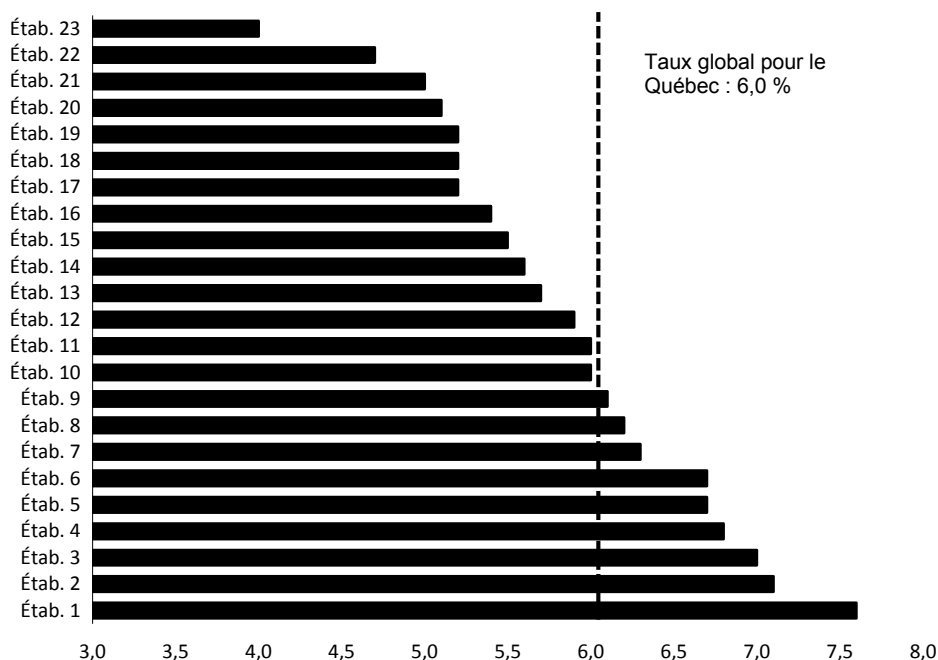
Dans le cas du Programme d'accès à la chirurgie, les données colligées font état de taux de réadmission dans les établissements après 30 jours très variables d'un hôpital à l'autre.

- En 2010-2011, le taux de réadmission dans les 30 jours suivant les soins chirurgicaux variait de 4,0 % à 7,6 % dans les grands hôpitaux communautaires.

Le taux moyen s'établissait à 6,0 %. On constate que certains établissements performaient beaucoup mieux que la moyenne, alors que d'autres étaient clairement en deçà de ce résultat.

GRAPHIQUE 5

Taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux dans les grands hôpitaux communautaires⁽¹⁾ du Québec en 2010-2011⁽²⁾
(en pourcentage)



Note : Afin de favoriser les comparaisons, l'indicateur employé est un taux « ajusté selon les risques », c'est-à-dire que les résultats ont été estimés en tenant compte des caractéristiques des patients (sexe, âge et comorbidités pertinentes).

(1) Les grands hôpitaux communautaires sont ceux qui répondent à deux des trois critères suivants : 1) Plus de 8 000 cas de patients hospitalisés. 2) Plus de 10 000 cas pondérés. 3) Plus de 50 000 jours de présence des patients hospitalisés. Exclusion des hôpitaux universitaires.

(2) La période 2010-2011 a été retenue en raison de la disponibilité des données.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

3.2 La pertinence des soins

Une dimension importante de la qualité des soins concerne leur pertinence.

Évaluer la pertinence des soins conduit à se poser des questions très concrètes :

- Est-ce que l'intervention est faite sur la base de données probantes? La question est de s'assurer que l'intervention est fondée sur la connaissance la plus à jour du traitement le plus efficace compte tenu de la situation particulière du patient.
- Est-ce que l'intervention est cliniquement appropriée, en ce qui concerne le type, la fréquence, l'étendue, le site et la durée? Peut-on la considérer comme efficace compte tenu de la maladie du patient?

Au chapitre de la pertinence des soins, un enjeu souvent soulevé est celui du lieu où le patient est traité. Est-il pertinent de traiter le patient à l'hôpital, ou un autre milieu serait-il plus approprié? On constate en effet trop souvent que les patients reçoivent à l'hôpital des services qui pourraient être plus adaptés – et moins coûteux – dans une autre institution ou à domicile, cette dernière option étant en général celle que le patient préfère.

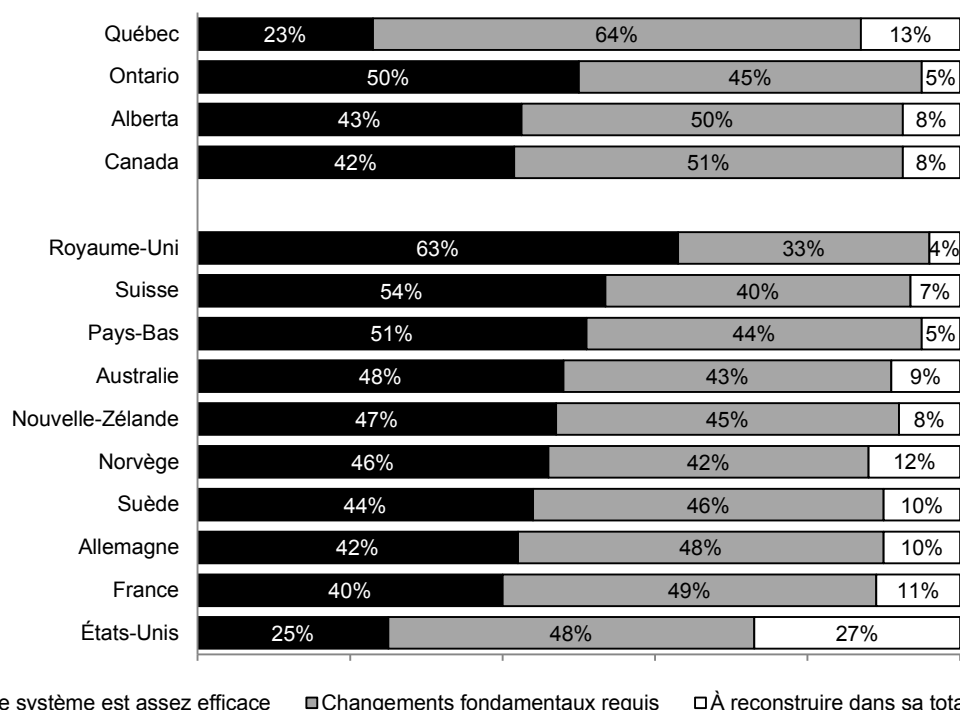
3.3 L'expérience de soins vécue par le patient

Une autre dimension importante de la qualité des soins fait référence à l'expérience de soins vécue par le patient.

On constate que les Québécois n'ont pas une bonne opinion de l'efficacité de leur système de santé. Au Québec, seulement 23 % des répondants jugent que le système de santé est assez efficace. C'est l'un des résultats les plus défavorables parmi l'ensemble des pays observés. Au Canada, ce pourcentage est de 42 % tandis qu'aux Pays-Bas, en Suisse et au Royaume-Uni, il dépasse 50 %.

GRAPHIQUE 6

Opinion globale relative au système de santé en fonction des pays et des provinces, 2013
(en pourcentage)



Source : Commissaire à la santé et au bien-être, *Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund, 2013.*

3.4 La qualité d'exécution des soins

La qualité d'exécution des soins est évaluée à partir des coûts que la non-qualité peut entraîner.

L'Association médicale du Québec a estimé les coûts totaux liés à la non-qualité des prestations de soins au Québec et la proportion de ces coûts dans les dépenses de santé¹⁰. Selon ces estimations, les coûts liés à la non-qualité des soins se situeraient entre 4,7 milliards de dollars et 11,7 milliards de dollars, ce qui représente respectivement 18 % et 37 % des dépenses totales en santé.

Selon une étude québécoise de 2013¹¹, le coût des réadmissions non planifiées dans un délai de 30 jours après un congé représente plus de 15 % des coûts annuels des établissements.

Un rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, publié en 2013, indique que plus de la moitié des médecins québécois de première ligne (57 %) jugent que la qualité des soins médicaux s'est détériorée durant les trois dernières années.¹²

¹⁰ ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *Optimisation de la pratique clinique*, 8 avril 2013.

¹¹ MEDIAMED TECHNOLOGIES - *Projet orange - Comparatifs des coûts par DRG et évaluation du NIRRU*, 2013.

¹² COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perception et expériences des médecins de première ligne : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012-2013*.

3.5 Une évaluation de la performance globale

La qualité des soins peut ainsi être appréciée sous plusieurs angles. On tente d'évaluer la qualité dans son ensemble en analysant la performance globale du système de santé.

En mai 2013, le Conference Board a rendu public un rapport présentant des informations intéressantes à ce sujet¹³. Dans ce rapport, la performance du système de santé québécois reçoit une note globale de « C », sur la base d'indicateurs concernant le dépistage et la prévention, l'accessibilité, l'efficacité, la pertinence, la continuité, la sécurité et le degré auquel les soins sont centrés sur les patients.

TABEAU 3

Performance des systèmes de santé au Canada

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	Î.-P.-É.	N.-É.	T.-N.-L.
Performance du système (47 indicateurs)	C	B	C	C	A	C	A	D	A	D
Dépistage et prévention (5 indicateurs)	D	B	B	A	A	D	A	D	A	D
Accessibilité (16 indicateurs)	A	B	C	D	A	C	B	C	A	C
Efficacité (8 indicateurs)	D	A	D	A	C	A	C	C	B	D
Pertinence (4 indicateurs)	C	B	B	A	C	A	C	D	C	D
Continuité (7 indicateurs)	C	D	C	D	B	D	B	D	A	C
Soins centrés sur les patients (4 indicateurs)	C	B	B	C	B	D	A	C	A	C
Sécurité (3 indicateurs)	C	C	A	C	B	—	A	A	D	C

Source : Le Conference Board du Canada.

Ces résultats rejoignent les conclusions du Commissaire à la santé et au bien-être qui indique d'ailleurs que la performance du système de santé et de services sociaux du Québec est généralement bonne, mais que des efforts sont toujours possibles pour améliorer son efficacité¹⁴.

¹³ THE CONFERENCE BOARD OF CANADA, *Paving the Road to Higher Performance: Benchmarking Provincial Health Systems*, mai 2013.

¹⁴ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AUX BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, 2013.

❑ Le constat du groupe d'experts

Le groupe d'experts a constaté qu'un nombre très limité d'indicateurs de qualité, de sécurité et de pertinence des soins sont disponibles au Québec en raison de l'absence de système d'information et de reddition de comptes sur ces éléments.

Il faut corriger cette faiblesse et soutenir les efforts d'amélioration de la qualité, notamment par l'entremise des ordres professionnels et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), de même que les différentes démarches d'agrément. À cet égard, le groupe d'experts note avec satisfaction la préparation d'une première politique ministérielle de la qualité par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le classement du système de santé canadien au niveau international

La mise à jour de 2010 de l'enquête internationale sur la performance des systèmes de santé du Commonwealth Fund a classé les résultats de sept pays, soit l'Allemagne, l'Angleterre, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas.

Dans ce classement, la performance du système de santé est évaluée selon plusieurs dimensions :

- la qualité des soins (pertinence des soins, sécurité des soins, coordination des soins et centralisation des soins aux patients);
- l'accessibilité des soins (problème lié aux coûts et à la rapidité des soins);
- l'efficience, l'équité et la qualité de vie de la population.

On constate que le Canada occupe l'avant-dernier rang pour l'évaluation globale du système de santé. Pour ce qui est de la qualité des soins, le Canada occupe la dernière position.

Classement global des systèmes de santé selon le Commonwealth Fund, 2010

	Australie	Canada	Allemagne	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Angleterre	États-Unis
Classement global (2010)	3	6	4	1	5	2	7
Qualité des soins	4	7	5	2	1	3	6
Soins efficaces	2	7	6	3	5	1	4
Soins sécuritaires	6	5	3	1	4	2	7
Soins coordonnés	4	5	7	2	1	3	6
Centrés sur le patient	2	5	3	6	1	7	4
Accès	7	5	3	1	4	2	7
Problème de coûts	6	4	4	2	5	1	7
En temps opportun	6	7	2	1	3	4	5
Efficience	2	6	5	3	4	1	7
Équité	4	5	3	1	6	2	7
Vie saine, longue et productive	1	2	3	4	5	6	7
Dépenses par habitant, 2007	3 357 \$	3 895 \$	3 588 \$	3 837 \$ ⁽¹⁾	2 454 \$	2 992 \$	7 290 \$

Note : Les dépenses sont présentées en dollars américains, après correction en fonction de la parité du pouvoir d'achat (PPA).

(1) Donnée estimée par le Commonwealth Fund.

Source : The Commonwealth Fund, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, mise à jour de 2010, 23 juin 2010, [En ligne], <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx>.

4. DES PRÉOCCUPATIONS LIÉES À L'ÉQUITÉ

☐ Une définition

Selon la définition la plus communément retenue, on considère que les services de santé sont offerts avec équité lorsqu'ils sont dispensés selon les besoins cliniques, sans égard aux caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe, la race, l'origine ethnique, la langue, la situation socioéconomique ou le lieu, de manière à aplanir les disparités en matière de santé et de résultats de santé entre divers sous-groupes.

Le système de santé québécois, comme d'ailleurs les systèmes des différentes autres juridictions canadiennes, est considéré comme un modèle d'équité, à partir de cette définition.

☐ L'équité d'accès

Les difficultés observées dans le système de santé en matière d'équité font référence à des variations dans le temps d'accès, entre les régions du Québec.

Le tableau 4 illustre un problème d'équité de cette nature, dans le cas de la chirurgie de la hanche et du genou. Selon un état de situation du 11 janvier 2014, la proportion de patients qui attendent depuis plus de six mois une arthroplastie du genou ou de la hanche varie de 3 % au Saguenay – Lac-Saint-Jean à 42 % dans la région de la Capitale-Nationale, avec une moyenne de 19 % dans l'ensemble du Québec.

Parmi les cas réalisés du 1^{er} avril 2013 au 11 janvier 2014, le délai moyen d'attente a varié de six semaines en Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine jusqu'à 30 semaines en Abitibi-Témiscamingue, avec une moyenne de 17 semaines dans l'ensemble du Québec.

De plus, l'accès aux chirurgies semble inégal à l'intérieur même des régions. Par exemple, à Montréal, parmi les 2 008 personnes en attente au 11 janvier 2014, 413 (21 %) attendent depuis plus de six mois (26 semaines). Pourtant, depuis le 1^{er} avril 2013, 4 190 personnes ont été traitées dans un délai moyen de 15 semaines, et 85 % de celles-ci en moins de six mois. Ces chiffres semblent indiquer que l'accès aux services est planifié en faveur des patients les plus récents et au détriment des plus anciens, à degré d'urgence égale.

TABEAU 4

Portrait des temps d'attente pour une arthroplastie du genou ou de la hanche
(en jours)

	Cas réalisés du 1 ^{er} avril 2013 au 11 janvier 2014			Cas en attente au 11 janvier 2014		
	Nombre de cas	Délai moyen en semaines	% en moins de 6 mois	Nombre de cas	Nombre depuis plus de 6 mois	% depuis plus de 6 mois
Bas-Saint-Laurent	457	19	76	276	70	25
Saguenay – Lac-St-Jean	649	16	87	264	9	3
Capitale-Nationale	1 168	29	46	1 037	434	42
Mauricie et Centre-du-Québec	1 138	10	93	384	22	6
Estrie	364	11	94	93	2	2
Montréal	4 190	15	85	2 008	413	21
Outaouais	558	9	95	158	12	8
Abitibi-Témiscamingue	293	30	44	172	54	31
Côte-Nord	128	14	85	39	5	13
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	172	6	99	37	0	0
Chaudière-Appalaches	950	15	89	592	26	4
Laval	276	21	64	227	52	23
Lanaudière	461	13	85	248	29	12
Laurentides	717	22	71	275	50	18
Montréal	2 046	20	73	1 012	137	14
TOTAL	13 567	17	79	6 822	1 315	19

Source : Données système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).
[<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/>].

❑ L'équité dans l'allocation des ressources

Le concept d'équité amène à aller au-delà de la définition de base, et à s'interroger sur l'équité observée dans le système pour ce qui est de l'allocation des ressources. L'équité de traitement dans l'allocation des ressources attribuées pour un même service permet aux établissements d'offrir des services comparables, pour un financement équivalent.

L'allocation des budgets selon une approche globale ou historique pose ainsi des problèmes d'équité : les établissements n'ont pas toujours l'impression d'être financés adéquatement, pour les cas qu'ils ont réellement traités.

Le groupe d'experts a été sensibilisé à cette question lors de ses consultations. Pour plusieurs établissements, la formule populationnelle a été introduite justement dans le souci d'améliorer l'équité entre les régions, pour ce qui est de l'attribution des ressources.

Un survol des réformes et des améliorations apportées au système de santé du Québec depuis 1960

Depuis décembre 1960 (adoption de la Loi sur l'assurance hospitalisation) et 1970 (adoption de la Loi sur l'assurance maladie), l'évolution du système de santé du Québec peut être résumée en sept grandes dates ou périodes.

L'acte fondateur

- Décembre 1971 : adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Changement fondamental : on passe d'un système dont le fonctionnement est assuré par des organisations bénévoles ou congrégations religieuses à un système pris en charge par l'État.
- Rationalisation, et définition d'une base budgétaire pour cette nouvelle réalité.
- 1^{er} avril 1984 : sanction de la Loi canadienne sur la santé.

La décentralisation du système, sa régionalisation

- 1988 : dépôt du rapport final de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, présidée par M. Jean Rochon (politique gouvernementale de santé et de bien-être, régionalisation, participation de la population).

Des efforts visant à mieux contrôler les coûts, au cours des années 1990

- Participation à l'effort de redressement des finances publiques, alors que le système de santé dépense au-delà des enveloppes budgétaires qui lui sont allouées.
- Constat : l'une des façons de mieux contrôler les coûts est de sortir de l'hôpital.
- 1995-1998 : resserrement des dépenses, transformation du réseau (virage ambulatoire), fusion d'établissements, autorisation de départs anticipés à la retraite d'un grand nombre de professionnels et d'employés du réseau.
- 1997 : instauration du Régime général d'assurance médicaments, afin de corriger un élément de vulnérabilité pour les citoyens québécois.

Une réflexion plus globale sur la première ligne, la modernisation du système et son coût

- Juin 2000 : mise sur pied de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (présidée par M. Michel Clair).
- Obligation de repenser l'allocation des ressources entre les régions (implantation de l'approche populationnelle, à la place de l'approche historique et globale).
- Problème de la première ligne et du non-accès aux médecins de famille : proposition de création des groupes de médecine familiale.

Un survol des réformes et des améliorations apportées au système de santé du Québec depuis 1960 (suite)

Préoccupation concernant les coûts, et intégration des structures de soin que l'on a créées

- Un souhait : en avoir pour son argent.
- Multiplication des structures de soin, et donc nécessité de les intégrer.
- Mise en place des recommandations de la commission Clair concernant l'intégration de l'accès.
- Arrêt Chaouli.
- Un problème : le manque de continuité des soins.
- Décembre 2003 : intégration des services (CSSS, RUIS).
- Allègement des structures de représentations syndicales (gains d'efficacité lors de la négociation des conventions collectives).

Enjeu du financement : comment faire pour que l'argent serve mieux le patient?

- Février 2008 : dépôt du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par M. Claude Castonguay.
- Mars 2008 : à la suite de ce rapport, annonce de plusieurs initiatives visant à améliorer la productivité et la performance du réseau de la santé et des services sociaux – dont l'achat de services dans trois régions pilotes, l'élaboration d'outils de performance et d'évaluation et la mise en place d'un institut national d'excellence en santé.
- Juin 2010 : création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- 2010 : mise en place de l'approche Lean.

Système d'assurance autonomie

- Juillet 2013 : publication du *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*.
- Décembre 2013 : présentation par le gouvernement du projet de loi 67 sur l'assurance autonomie.

5. POURSUIVRE LE PROCESSUS DE RÉFORME

Comme on le constate, le système de santé et de services sociaux du Québec doit relever des défis majeurs – des défis liés à l’accessibilité, aux pressions sur les dépenses, à la qualité des soins et à l’équité.

Depuis sa mise en place en 1971, le système de santé du Québec a été l’objet de nombreuses transformations bénéfiques aux patients. Les réponses à apporter aux défis actuels doivent s’inscrire dans cette perspective.

☐ Un objectif fondamental

L’objectif fondamental reste toujours le même : le système de santé doit offrir aux citoyens des soins de qualité, au meilleur coût possible. La pérennité du système est liée à l’atteinte de cet objectif.

Pour le groupe d’experts, répondre aux défis actuels signifie que l’on doit poursuivre le processus d’adaptation engagé depuis la naissance du système, avec la conviction qu’il ne faut pas attendre d’être en situation de crise pour agir.

DEUXIÈME PARTIE : POURQUOI LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS?

Dans le mandat confié au groupe d'experts, le gouvernement a indiqué clairement son intention de s'appuyer sur le financement axé sur les patients pour améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience du système de santé.

Le financement axé sur les patients est porteur de changements majeurs. Il importe donc de faire preuve de pédagogie et de bien expliquer la nature de la méthode, ce que ce nouveau mode de financement peut apporter au système de santé et les conditions à remplir pour y parvenir et les risques à gérer pour son implantation.

En posant la question « pourquoi le financement axé sur les patients? », le groupe d'experts vise ainsi à répondre à trois interrogations :

- Qu'est-ce que le financement axé sur les patients?
- Quels changements le financement axé sur les patients peut-il apporter au système de santé du Québec?
- Comment doit-on s'y prendre pour implanter le financement axé sur les patients?

1. QU'EST-CE QUE LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS?

Le groupe d'experts a choisi de répondre à cette question en deux temps :

- Il faut d'abord expliquer clairement ce qui différencie et caractérise le financement axé sur les patients, par rapport à d'autres modes d'allocation des ressources au sein du système de santé : le financement axé sur les patients est un mode d'allocation des ressources établissant un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement.
- Il est important ensuite de souligner les objectifs recherchés avec le financement axé sur les patients.

1.1 Un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement

Le financement axé sur les patients établit un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement. Il s'agit d'un mode d'allocation des ressources selon lequel les budgets sont attribués aux établissements en fonction des patients traités. De façon simple, on peut dire que le financement axé sur les patients établit un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement.

□ Un système de classification

Les ressources sont allouées en fonction du type de services fournis et de leur volume. Les patients sont classés à l'intérieur de groupes homogènes de malades, selon un système de classification regroupant les cas ou les épisodes de soins des patients en un nombre limité de groupes possédant des caractéristiques cliniques semblables et utilisant des ressources similaires.

Les ressources allouées sont ajustées pour tenir compte de la complexité des soins apportés aux patients. L'ajustement effectué tient également compte des conditions de santé de ces patients et de caractéristiques telles que l'âge et le sexe.

Le premier système de classification, les *Diagnosis Related Groups* (DRGs), a été imaginé en 1970¹⁵. Il existe d'autres modes de classement de patients à l'intérieur de groupes homogènes de malades qui fonctionnent sous la même logique.

□ L'argent suit le patient

Avec un système de financement axé sur les patients, on peut ainsi dire que **l'argent suit le patient**. Le financement axé sur les patients fait en sorte que le service rendu aux patients permet aux établissements d'obtenir le financement déterminé pour la production de ce service.

Le financement axé sur les patients est directement influencé par le nombre de patients – on parle souvent de volume – les services rendus, la façon dont ces services sont rendus et les résultats obtenus sur la santé des patients. On peut dire que le financement est égal au produit du tarif par le volume, ajusté selon la complexité des cas et la qualité des soins dispensés.

Le financement axé sur les patients comprend ainsi un certain nombre d'incitatifs visant à ce que les soins prodigués soient des soins de haute qualité, assurés de façon efficiente – le financement s'appuyant sur les résultats effectivement obtenus.

¹⁵ Les *Diagnosis Related Groups* ont été définis par Bob Fetter, professeur à l'Université Yale, afin d'évaluer la productivité du milieu hospitalier. Voir : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Le financement par activité au Canada : Guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux*, 2013.

❑ Une famille de modes d'allocation des ressources

Le terme « financement axé sur les patients » regroupe en fait un ensemble de modes d'allocation des ressources découlant tous de la même philosophie.

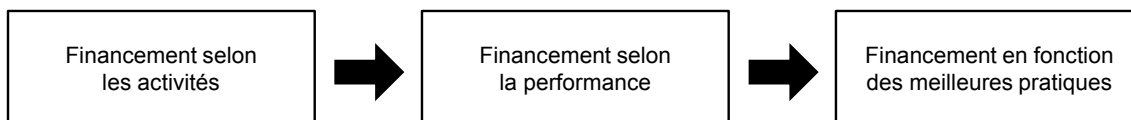
Parmi ces modes d'allocation, on peut citer :

- le financement selon les activités;
- le financement selon la performance;
- le financement en fonction des meilleures pratiques.

Dans ces trois modes, le financement s'applique à une étape plus ou moins longue des soins – soit l'intervention, l'épisode de soins ou la trajectoire de soins. À terme, les procédures payées au moyen du financement axé sur les patients couvrent l'ensemble de la trajectoire de soins, et s'appliquent à tous les fournisseurs de services. Cela inclut les activités pré et postopératoires.

ILLUSTRATION 2

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



■ Le financement selon les activités

Le financement selon les activités consiste à allouer aux établissements les ressources en fonction des volumes de services rendus.

■ Le financement selon la performance

Le financement selon la performance vise à aller un peu plus loin, en ajoutant au financement selon l'activité des attentes plus précises concernant les résultats obtenus.

Les résultats sont identifiés au moyen d'indicateurs permettant notamment de prendre en compte l'accès aux soins et la qualité des soins offerts.

■ Le financement en fonction des meilleures pratiques

Le financement en fonction des meilleures pratiques constitue une autre étape du financement axé sur les patients, en mettant l'accent sur la procédure suivie – le protocole de soins et les résultats sur la santé des patients – cette procédure étant le gage de la qualité et de l'efficacité dans la dispensation des soins.

❑ Une même idée centrale

Dans tous les cas, on retrouve une même idée centrale : le financement axé sur les patients consiste à introduire de nouvelles façons de faire pour rétribuer les services par rapport au système d'allocation traditionnel.

■ Le système traditionnel

Dans le système traditionnel, les ressources sont allouées sur une base historique et globale. Les gestionnaires ont pour tâche d'offrir les soins en respectant les budgets disponibles. Le plus souvent, ce système conduit à soumettre les patients à de longues périodes d'attente.

Dans le système traditionnel, les patients sont un coût. Afin de respecter les budgets disponibles, le système conduit à reporter ou à limiter les services offerts aux patients. Cela permet de faire des économies à court terme, mais ces limites aux services offerts ont souvent pour résultat d'occasionner des coûts supplémentaires plus tard, en raison de complications ou de l'aggravation des conditions de santé du patient pouvant survenir.

Le système traditionnel met l'accent sur le contrôle budgétaire, plutôt que sur la valeur des soins de santé offerts et sur le résultat obtenu par les patients.

■ Le financement axé sur les patients

Dans un système de financement axé sur les patients, les responsables cliniques et administratifs s'appuient sur les informations concernant les services offerts aux patients pour obtenir les résultats justifiant leur financement. Ce sont les résultats obtenus qui permettent de recevoir le financement.

Au lieu de contrôler les intrants et les processus, on introduit des incitatifs pour obtenir des résultats et on effectue le suivi des résultats. Le financement axé sur les patients encourage les établissements à investir dans la qualité des soins et la sécurité des patients, afin de dispenser des soins pertinents.

■ Dans tous les cas : un budget fermé

Dans le financement axé sur les patients comme dans le système traditionnel, l'allocation des ressources doit s'effectuer à l'intérieur d'un budget fermé.

❑ La philosophie : le patient influence les soins et l'allocation des ressources

Comme son nom l'indique, le financement axé sur les patients est fortement imprégné d'une philosophie selon laquelle le choix des patients exerce une influence sur la prestation des soins et l'allocation des ressources.

Par l'expression de son choix, le patient influence l'allocation des ressources. Le patient récupère un certain pouvoir dans l'allocation des ressources.

L'information concernant l'accessibilité aux soins, leur qualité et le coût des services offerts devient plus transparente. Grâce à cette information, les services répondent mieux aux besoins et aux préférences des patients.

Les patients sont en mesure de choisir eux-mêmes les établissements qui leur offriront les services dont ils ont besoin, au lieu que ces établissements soient déterminés par les institutions administrant la santé sur leur territoire. Les ressources suivent le patient, quel que soit son choix.

Le financement axé sur les patients : un court historique

La naissance

Le financement axé sur les patients est né sous la forme du financement selon l'activité, avec le développement d'un système de classification des patients à l'Université Yale, aux États-Unis, à la fin des années 1970.

Ce système consiste à définir des « groupes homogènes de malades » (*Diagnosis Related Groups*). Les patients sont classés dans des groupes de diagnostic ou de traitement analogues. La mise en place d'un tel système de classification visait d'abord à évaluer la productivité dans le milieu hospitalier.

Les années 1980

Dans les années 1980, et à partir des travaux de l'Université Yale, la classification selon les groupes homogènes de malades a été utilisée pour calculer le remboursement des services couverts par le programme Medicare. L'objectif principal était de contrôler l'augmentation des dépenses hospitalières. Ces dépenses avaient pratiquement doublé entre 1970 et 1982.

Dans la plupart des pays développés

Toujours sous la forme du financement selon l'activité, le financement axé sur les patients a ensuite été introduit dans la plupart des pays développés. Les spécificités varient d'un pays à l'autre, mais le fondement central est toujours le même, soit un paiement fixe pour chaque intervention médicale.

Le financement axé sur les patients a été notamment mis en place successivement en Suède (1992), en Hongrie (1993), en Irlande (1993), en Australie (Victoria, 1993), en Italie (1995), en Espagne (Catalogne, 1996), en Finlande (1997), en Norvège (1997), au Portugal (1998), en Autriche (1998), au Danemark (2000), en Belgique (2002), au Royaume-Uni (Angleterre, 2003), en France (2004), aux Pays-Bas (2005) et en Australie (ensemble du pays, 2012).

Le financement axé sur les patients : un court historique (suite)

Des objectifs variables

Les raisons ayant conduit à l'implantation du financement axé sur les patients sous la forme du financement selon l'activité sont très variables, d'une juridiction à l'autre.

- En Australie, l'État de Victoria a mis en place le financement axé sur les patients pour encadrer la diminution des dépenses de santé.
- Au Royaume-Uni, l'Angleterre a visé une utilisation efficiente des ressources, dans un contexte marqué par une croissance rapide et soutenue des dépenses de santé. La même approche est actuellement utilisée dans le but d'obtenir d'importantes réductions des budgets consacrés à la santé.

Les objectifs et les motivations les plus souvent cités sont l'accroissement de l'efficacité, l'amélioration de la qualité, l'assurance d'une attribution équitable des ressources et la possibilité pour le patient d'exercer son choix pour obtenir un meilleur accès et une qualité améliorée.

L'évolution des modes de financement axé sur les patients

On assiste à une évolution des modèles de financement axé sur les patients. À l'origine, on vient de le voir, ce mode de financement était utilisé sous la forme du financement selon l'activité – soit comme un mécanisme de financement récompensant le volume.

La tendance actuelle est à l'expansion du financement axé sur les patients, afin de couvrir la trajectoire de soins du patient et de valoriser ainsi la qualité des soins. Avec cette tendance, le financement est attribué pour l'épisode complet de soins offerts au patient, incluant les soins préhospitaliers, hospitaliers et posthospitaliers.

Cela implique que les établissements doivent tenir compte non seulement du traitement à offrir au patient, mais également des traitements reçus auparavant (médecin de famille) et postérieurement (réadaptation). On parle du passage du financement selon le volume au financement selon le résultat (« *moving from volume to value* »).

Le financement axé sur les patients au Canada

Au Canada, l'implantation du financement axé sur les patients est effectuée sur une base limitée, ciblant majoritairement des services hospitaliers très spécifiques.

- La Colombie-Britannique et l'Ontario ont appliqué le financement axé sur les patients au traitement de certains soins aigus. Les soins aigus sont des soins spécifiques qui exigent des interventions rapides et concentrées, et cela à différents niveaux d'intensité.
- Le Québec a mis en place une expérience de financement axé sur les patients pour les chirurgies électives.
- L'Alberta a implanté le financement axé sur les patients pour les soins de longue durée.

1.2 Les objectifs

Avec le financement axé sur les patients, on vise des délais d'attente plus courts, davantage de services là où les délais sont les plus longs et une meilleure qualité de soins, avec moins de variations non désirées dans les pratiques.

Le financement axé sur les patients a pour buts :

- d'accroître le volume des services offerts, à condition qu'ils soient pertinents – et donc de bonifier l'accessibilité aux soins – tout en améliorant l'efficacité avec laquelle les ressources allouées sont utilisées;
- de prendre en compte la qualité des services offerts et l'équité avec laquelle les soins sont offerts.

☐ Quatre objectifs

Le financement axé sur les patients vise ainsi quatre objectifs :

- améliorer l'accès aux soins de santé;
- faire preuve d'une plus grande efficacité dans le respect des enveloppes budgétaires (le but est que les citoyens bénéficient d'un rendement maximal pour l'argent investi);
- soutenir et renforcer la qualité des soins de santé;
- assurer l'équité dans l'accessibilité des soins et dans leur financement.

☐ Mieux connaître la valeur et le coût

Au-delà de ces objectifs, le financement axé sur les patients force à mieux connaître la valeur de ce que le système produit, et à quel coût. Ce type de financement comporte des exigences de transparence et d'information précise quant à l'activité et à la qualité des soins prodigués.

Il s'agit d'un énorme avantage : les efforts consentis pour répondre aux exigences du financement axé sur les patients ne peuvent qu'améliorer la gestion du système. Ce type de financement est ainsi un bon outil pour définir les services et les résultats attendus de ces services, ce qui mène à davantage de pertinence dans l'allocation des ressources.

Le financement axé sur les patients facilite la standardisation des approches concernant les services offerts. Il permet une meilleure planification budgétaire grâce à la gestion des volumes, à l'encouragement aux meilleures pratiques et à la connaissance des coûts.

Le financement axé sur les patients : la philosophie et la perspective sous-jacentes

Deux spécialistes du secteur de la santé, MM. Michael E. Porter (professeur à l'université Harvard) et Thomas H. Lee (médecin-chef au Press Ganey et ancien président du réseau Partners HealthCare)¹⁶ ont proposé une vision d'ensemble des défis que doivent affronter les systèmes de santé et des moyens d'y répondre.

Cette vision, présentée depuis une quinzaine d'années, a fortement influencé les gestionnaires des réseaux de santé à travers le monde. Elle repose sur la conviction que l'on doit accroître la valeur des services de santé pour les patients, c'est-à-dire la relation existant entre les résultats obtenus quant à la santé des patients et le coût des ressources utilisées pour obtenir ces résultats.

La philosophie et les perspectives

La philosophie et les perspectives proposées rejoignent le financement axé sur les patients.

Michael E. Porter et Thomas H. Lee proposent de restructurer la façon dont la prestation des soins de santé est organisée, mesurée et remboursée.

Ils suggèrent que l'on s'éloigne d'un système de soins de santé axé sur l'offre – soit les services rendus par les médecins, les hospitalisations, les procédures et les tests diagnostiques – pour réaligner le système sur les besoins des patients, et plus particulièrement sur les résultats obtenus quant à la santé des patients. Cette proposition implique le remplacement d'un système où chaque fournisseur local offre une gamme complète de services par un système offrant des services spécifiques dans des lieux appropriés, avec la perspective d'en maximiser la valeur.

La philosophie et la stratégie présentées par MM. Porter et Lee ont directement inspiré le groupe d'experts dans sa réflexion.

¹⁶ Michael E., PORTER et Thomas H. LEE, *The Strategy That Will Fix Health Care*, Harvard Business Review, [En ligne], [<http://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care-art-1>].

2. QUELS CHANGEMENTS LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS PEUT-IL APPORTER AU SYSTÈME DE SANTÉ DU QUÉBEC?

On constate ainsi que les changements apportés par le financement axé sur les patients correspondent aux principaux défis auxquels le système de santé québécois est confronté.

Il faut ajouter que par sa nature même, le financement axé sur les patients constitue un puissant incitatif au changement.

L'évolution des formes de budgétisation dans les gouvernements

Le financement axé sur les patients s'inscrit dans une philosophie de gestion des programmes gouvernementaux, conforme aux nouvelles formes de budgétisation introduites graduellement dans les administrations publiques¹.

De la gestion centrée sur les intrants à la gestion fondée sur les résultats

Dans la plupart des pays développés, les formes de budgétisation utilisées par les administrations publiques sont passées progressivement d'une gestion centrée sur les intrants à une gestion axée sur les produits, puis à une gestion axée sur les résultats.

Dans un premier temps, les administrations fondaient leur budgétisation sur les intrants. Par exemple, les administrations répartissaient les budgets de façon à financer les besoins matériels et les salaires.

Les administrations ont graduellement modifié leur budgétisation en passant à une gestion orientée vers la production des services. Elles ont alors défini les budgets en fonction des programmes livrés par les organismes publics, en mettant davantage l'accent sur les services produits.

On est maintenant passé à une nouvelle étape, avec la budgétisation en fonction des résultats. Les administrations prennent en compte les résultats obtenus dans l'allocation des budgets.

Il existe plusieurs variantes à cette méthode.

- L'approche dite « présentationnelle » est une approche où l'information est présentée dans les documents budgétaires, mais cette information n'est pas utilisée dans le processus décisionnel.
- L'approche informationnelle est une méthode indirecte, où l'information présentée est importante pour le processus décisionnel, mais ne détermine pas explicitement les ressources allouées.
- L'approche directe est une méthode selon laquelle l'allocation des ressources dépend directement des résultats obtenus. Dans le secteur de la santé, le financement axé sur les patients est une approche directe.

Les conditions pour que la budgétisation axée sur les résultats produise les avantages escomptés

Plusieurs conditions doivent être remplies pour que la budgétisation axée sur les résultats permette effectivement d'améliorer l'utilisation des fonds alloués. Ces conditions sont principalement les suivantes :

- une culture managériale des établissements intégrant bien les règles proposées et soutenant le changement;
- une information suffisante et de qualité sur les services rendus, les résultats obtenus et les coûts assumés;
- une planification stratégique et opérationnelle bien acceptée et communiquée à tous les niveaux administratifs et décisionnels;
- une répartition budgétaire cohérente avec la planification stratégique – alors que cette répartition reflète plutôt des caractéristiques institutionnelles dans de nombreux cas;
- une reddition de comptes adéquate.

¹ À ce sujet, voir notamment : Allen, SCHICK, « Performance Budgeting and Accrual Budgeting: Decision Rules or Analytic Tools? », OECD, *Journal of Budgeting*, vol. 7 – n°2, 2007, 30 p., et Pierre CLICHE, « La gestion et la budgétisation axées sur les résultats : Où en est le Québec? », *Cahier de l'Observatoire de l'administration publique*, ENAP, 2012, 30 p.

2.1 Les défis auxquels le système de santé est confronté : ceux-là mêmes que le financement axé sur les patients vise à relever

Comme on l'a souligné, le système de santé du Québec est confronté à des défis majeurs, que l'on n'a pas d'autre choix que de relever.

- On doit rendre le système plus accessible aux patients. Des progrès ont été réalisés, mais ils sont insuffisants. Il faut notamment renforcer la première ligne, améliorer le continuum de soins et répondre aux besoins croissants résultant du vieillissement de la population et des maladies chroniques.
- Cette accessibilité accrue doit être obtenue dans un contexte de défi budgétaire. Les budgets consacrés à la santé ne pourront continuer de croître au même rythme que par le passé. On doit donc réduire l'augmentation des coûts du système, tout en améliorant les services offerts. Cela est possible en mettant l'accent sur l'efficacité et sur l'efficience, soit sur la valeur des services dispensés.
- Tout cela doit être réalisé en s'assurant de la qualité des soins et de l'équité avec laquelle ils sont offerts.

Les objectifs visés par le financement axé sur les patients correspondent à ces défis. Le financement axé sur les patients a en effet pour but :

- d'améliorer l'accès aux soins de santé;
- de faire preuve d'une plus grande efficience dans le respect des enveloppes budgétaires;
- de soutenir et de renforcer la qualité des soins de santé;
- d'assurer l'équité dans l'accessibilité des soins et leur financement.

☐ S'engager dans la définition du système du futur

Le financement axé sur les patients permet en fait de s'engager dans la définition du système de santé dont les Québécois auront besoin dans le futur.

- Il faut s'attaquer aux problèmes de santé de longue durée, en réalisant la transition d'un système principalement orienté sur les soins aigus vers un système davantage axé sur les services dans la communauté.
- Il faut renforcer les trajectoires de soins des patients, en suivant leur parcours à travers le système.

❑ Construire le système de santé de demain

Il s'agit de participer à la construction du système de santé de demain, lequel devra répondre aux besoins et aux attentes des citoyens. Le patient veut être mieux informé. Le patient veut exercer des choix et être plus en mesure d'influer sur les soins qui lui sont prodigués. Le système doit accorder une place plus importante aux initiatives préventives et à la promotion de la santé.

On doit rééquilibrer le système :

- en offrant davantage de soins à domicile et dans la communauté;
- en limitant le recours à l'hôpital et aux institutions aux cas où ce niveau de service est requis.

❑ Des changements en perspective

Cela signifie que la nature des activités à l'hôpital va changer de façon importante.

Certains prévoient des changements encore plus profonds sur une longue période. Le modèle hospitalier traditionnel est remis en cause par l'effet combiné de plusieurs facteurs. L'hôpital tel qu'on le connaît est interpellé par l'évolution de la médecine vers une médecine personnalisée, par l'émergence des nouvelles technologies et par les modifications observées dans les attentes et les besoins de la population et les pressions d'ordre financier.

Les activités de l'hôpital tel qu'on le connaît traditionnellement vont évoluer. De nouveaux modèles d'organisation sont envisagés en santé, autant dans les hôpitaux que dans les cabinets de médecins, inspirés d'idées proposées par des experts en science de l'innovation¹⁷.

De tels changements sont déjà visibles au sein de systèmes de santé traditionnels comme celui du Québec. On observe des changements encore plus profonds dans des juridictions où il a été nécessaire de répondre aux pressions financières et populationnelles rapidement.

❑ Anticiper les changements

Pour le groupe d'experts, il est certain que des changements majeurs sont en cours ou se produiront à une échéance plus ou moins rapprochée. Le Québec doit anticiper ces changements, et le financement axé sur les patients constitue un moyen particulièrement approprié pour s'y préparer.

¹⁷ Clayton M. CHRISTENSEN, Jerome H. GROSSMAN et Jason HWANG, *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*, New York, McGraw-Hill, 2009, 441 p.

Une vision des changements à venir dans le secteur hospitalier

Certains penseurs politiques comme Corrigan et Mitchell, croient que l'hôpital de l'avenir sera bien différent.

Un hôpital très différent

Le National Health Service (NHS) en Angleterre a déjà entamé plusieurs décennies de réforme d'une portée considérable, incluant la séparation des rôles d'acheteur et de fournisseurs de services, le renforcement de la gouvernance clinique et le financement selon les activités, de manière à dégager une marge de manœuvre accrue pour les « trusts » hospitaliers performants et à protéger le choix du patient dans la prestation des soins.

- Les besoins de santé changeants et les défis liés aux maladies chroniques font en sorte que plus de services sont nécessaires dans la communauté et à domicile, de même qu'il faut une vaste diffusion de la médecine moderne et des nouvelles technologies à travers tous les services. Les hôpitaux devront changer leur modèle.

Source : Paul Corrigan et Caroline Mitchell, The hospital is dead, long live the hospital – Reform, septembre 2011, http://www.reform.co.uk/resources/0000/0302/The_hospital_is_dead.pdf.

2.2 Le financement axé sur les patients est un puissant incitatif au changement

Le financement axé sur les patients constitue un puissant incitatif au changement, car il fait en sorte que les ressources allouées aux établissements soient directement conditionnées à des résultats, eux-mêmes liés aux changements voulus et aux objectifs de transformation du réseau poursuivis.

Comme on l'a précisé précédemment, les résultats déterminant l'allocation des ressources sont des volumes de services rendus (financement selon l'activité), des indicateurs de qualité et d'accès (financement à la performance) ou le respect de protocoles et de procédures de soins (financement en fonction des meilleures pratiques).

Les établissements sont très fortement incités à atteindre ces résultats, puisque leur financement en dépend directement. Le financement axé sur les patients agit sur les responsables cliniques comme sur les responsables financiers. Le patient est un élément essentiel du système d'allocation des ressources. Le patient n'est plus une source de coûts, mais une source de revenus.

☐ Un levier dans le cadre d'une stratégie plus large

Le financement axé sur les patients est un outil particulièrement adapté pour relever les défis auxquels le système de santé est confronté, en tant que levier utilisé dans le cadre d'une stratégie plus large.

Il induit ainsi des changements majeurs. Les établissements sont incités à offrir davantage de services, ce qui apporte une réponse au problème d'accessibilité.

S'il est bien conçu et implanté, le financement axé sur les patients conduit :

- à un meilleur contrôle des coûts en encourageant l'efficacité;
- à un fonctionnement intégré, atténuant les silos;
- à des changements dans la culture et la pratique de gestion.

☐ Le financement axé sur les patients n'est pas une fin en soi

Le financement axé sur les patients ne doit cependant pas être considéré comme une fin en soi. Les approches de financement doivent être conçues pour fournir les bons incitatifs, en cohérence avec la vision retenue, les politiques définies et les plans d'action mis en œuvre.

Il fait ainsi partie d'un changement plus global des soins de santé, déjà engagé depuis plusieurs années. Le nouveau mode de financement aiderait le réseau à s'adapter aux changements nécessaires.

❑ Au Québec : le Programme d'accès à la chirurgie

Le Québec a déjà commencé à introduire le financement axé sur les patients pour régler le problème d'accès à la chirurgie. Le Programme d'accès à la chirurgie est un exemple d'allocation des ressources utilisant le financement par activité.

Le Programme d'accès à la chirurgie a été mis en place en 2004-2005, pour régler des problèmes d'accessibilité et apporter une réponse à l'arrêt Chaouli. Il a permis de réduire de façon significative les listes d'attente.

- Entre 2008-2009 et 2011-2012, le délai moyen d'attente a diminué pour toutes les chirurgies, à l'exception de la chirurgie générale.
- La baisse a été de 31 % pour la chirurgie orthopédique et de 86 % pour la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique.

Ailleurs dans le monde, le financement axé sur les patients est couramment utilisé pour augmenter les volumes, mieux utiliser les ressources disponibles, augmenter la qualité et introduire davantage d'équité.

Le Programme d'accès à la chirurgie introduit en 2004-2005

Le Programme d'accès à la chirurgie a été implanté au Québec en 2004-2005, dans le but d'augmenter les volumes de certaines chirurgies et d'ainsi diminuer le temps d'attente. Le financement couvre le volume de chirurgies supplémentaires par rapport à 2002-2003. À l'origine, il ciblait les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte.

D'autres types de chirurgies ont été progressivement intégrés au programme.

La réduction des délais d'attente

Au cours des dix dernières années, ce programme a contribué à réduire de façon significative les délais d'attente pour divers types de chirurgies.

- Les chirurgies couvertes par le Programme d'accès à la chirurgie ont connu une progression de 22 % entre 2002-2003 et 2012-2013, soit une croissance annuelle de 2,0 %.
- Cette augmentation de la production chirurgicale a entraîné une augmentation du financement alloué au programme, qui est passé de 29 millions de dollars en 2004-2005 à 189 millions de dollars en 2012-2013.
- Ces montants représentent 3 % du budget de la santé physique en 2012-2013, qui atteignait alors 6,385 milliards de dollars.

Le Programme d'accès à la chirurgie a permis d'atteindre les objectifs cliniques visés, soit la diminution des temps d'attente et la réduction des durées de séjour.

Des limites

Tel qu'il est conçu actuellement, le programme comporte cependant certaines limites :

- certaines personnes attendent encore trop longtemps;
- l'accès à la chirurgie demeure variable d'une région à l'autre;
- le programme ne comprend pas de suivi, ni de contrôle de la qualité.

Il apparaît par ailleurs que le programme est mal compris par les cliniciens et les gestionnaires (voir à ce sujet la page 88).

❑ Des modifications aux règles d'allocation des ressources

Dans le cas du Québec, le financement axé sur les patients modifierait les règles de financement aux deux étapes du système actuel d'allocation des ressources.

Le financement axé sur les patients se répercute sur l'ensemble des ressources allouées à une région. Le financement axé sur les patients apporterait des changements importants, à la fois au Ministère, dans les régions et dans les établissements.

Il introduit une nouvelle logique dans la définition des ressources allouées aux établissements. Cette logique vient donc modifier les modes d'allocation des ressources utilisés traditionnellement par les agences régionales. On comprendra l'ampleur concrète de ces changements avec les directions prioritaires proposées par le groupe d'experts – et analysées plus loin.

3. COMMENT DOIT-ON S'Y PRENDRE POUR IMPLANTER LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS?

Le Québec a tout intérêt à tirer pleinement parti du financement axé sur les patients pour engager les réformes qui assureront la pérennité du système de santé.

On ne doit cependant pas sous-évaluer les efforts à consentir afin d'implanter la nouvelle méthode d'allocation des ressources, dans un système aussi complexe que celui des soins de santé.

- L'introduction du financement axé sur les patients suppose que certaines conditions soient remplies pour répondre aux exigences de la méthode.
- L'expérience du financement axé sur les patients permet d'identifier un certain nombre de risques à gérer.
- L'observation de ce qui s'est fait ailleurs conduit également à insister sur le caractère déterminant de la stratégie d'implantation à adopter pour la nouvelle méthode d'allocation des ressources.

Quelques enseignements de l'application du financement axé sur les patients dans d'autres juridictions

Plusieurs juridictions à travers le monde ont expérimenté différentes formes de financement des services de santé fondées sur les volumes de services rendus aux patients. La plupart de ces juridictions ont d'abord entrepris des initiatives de financement selon l'activité, souvent pour des services de santé physique aigus dispensés au sein d'un même établissement.

Plus récemment, plusieurs initiatives ont été élaborées afin de réduire les difficultés rencontrées par le financement selon l'activité. Par exemple, le financement est modifié pour allonger l'épisode de soins ou intégrer des bonifications afin de valoriser la qualité. La plupart des juridictions utilisent dans leurs systèmes de paiement une combinaison de quelques-uns de ces modes de paiement, en même temps que le budget global.

Six juridictions

Le groupe d'experts a porté une attention particulière à six juridictions s'inscrivant dans des contextes analogues à celui du Québec, afin d'observer les résultats obtenus en utilisant le financement axé sur les patients. Les juridictions retenues sont l'Alberta, l'Angleterre, l'Australie, la Colombie-Britannique, la France et l'Ontario.

Le groupe d'experts a également consulté le rapport produit par l'INESSS¹, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux. Dans ce rapport, l'INESSS examine diverses expériences étrangères de financement axé sur les patients, afin notamment de déterminer les conditions nécessaires à leur mise en œuvre et de souligner les obstacles à surmonter et les erreurs à éviter, pour une implantation réussie au Québec.

Les enseignements à tirer

On peut tirer de ces différentes expériences les enseignements suivants :

- le financement axé sur les patients doit être implanté en appui à des objectifs explicites, alignés sur une stratégie complète en santé, elle-même mise en place en même temps que les autres changements requis pour améliorer le système dans sa globalité;
- le financement axé sur les patients doit s'appuyer sur des informations cliniques et financières précises. Il importe d'y consacrer des efforts et des ressources pour assurer la qualité et l'accessibilité des données essentielles aux différents intervenants du réseau;
- le financement axé sur les patients ne doit pas uniquement se préoccuper des questions financières. La prise en compte de la qualité doit être au centre de la démarche, ce qui implique suppose une participation des professionnels de la santé et des patients;
- le financement axé sur les patients comporte des risques qu'il faut gérer activement. On fait référence notamment à la manipulation des données, au contrôle budgétaire, à la sélection des patients et à la lourdeur administrative;
- l'implantation réussie du financement axé sur les patients exige une bonne gestion du changement, étant donné l'effet que le nouveau mode d'allocation des ressources peut avoir sur l'offre de service. Cela présuppose notamment une implantation par étapes, une approche flexible pour tenir compte des difficultés pouvant surgir, et une communication efficace à tous les niveaux comme pour l'ensemble de la démarche.

En conclusion, tel que le rappelle l'INESSS, quelles que soient les difficultés de mise en œuvre, les administrations qui ont implanté un système de financement axé sur les patients ne questionnent en aucune façon ce choix et confirment plutôt sa pertinence. Les avantages de ce type de financement, notamment pour ce qui est de la transparence, font plus que compenser ses inconvénients, bien que des améliorations soient nécessaires dans les différents volets du système de tarification au-delà des mises à jour régulières.

¹ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS), *Le financement axé sur les patients*, [Note informative rédigée par Jean-Marie R. Lance], Québec, 2013, 87 p.

3.1 Les conditions à remplir

Le financement axé sur les patients est un levier, mis au service d'une vision globale. La condition de base à son implantation est donc de savoir où l'on veut aller.

☐ Quatre composantes

À partir des expériences étrangères et des différents écrits portant sur le sujet, on peut avancer que tout système de financement axé sur les patients comporte au moins les quatre composantes suivantes¹⁸ :

- le choix ou l'élaboration d'un système de classification des activités axées sur les patients;
- la collecte des données cliniques et financières;
- l'établissement des prix ou des tarifs associés à chaque catégorie;
- le paiement ou le remboursement réel.

☐ Certaines conditions

En fonction de ces composantes et de l'ensemble des éléments pertinents répertoriés par le groupe d'experts, il en résulte que l'introduction du financement axé sur les patients suppose que certaines conditions soient remplies.

Ces conditions sont les suivantes :

- Selon l'ordre chronologique d'implantation de la méthode, il faut d'abord disposer d'un ensemble d'informations sur les patients comme sur les soins qui leur sont offerts. Plus précisément, il faut :
 - disposer d'informations cliniques et financières concernant les patients et les activités;
 - avoir accès à ces données;
 - pouvoir s'appuyer sur des systèmes financiers et informatiques adaptés.
- On doit définir un certain nombre de règles tarifaires et budgétaires.
- Il faut enfin agir sur la gestion des établissements en établissant des ponts entre le clinique et l'administratif.

¹⁸ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS), *Le financement axé sur les patients, Revue de littérature sur les expériences étrangères*, [Note informative rédigée par Jean-Marie R. Lance], Québec, 2013, p. 59 et pages 63-69.

❑ Des données cliniques et financières complètes et fiables

Le financement axé sur les patients suppose qu'à terme on dispose de données financières et cliniques complètes et fiables sur les coûts des soins prodigués ainsi que sur les résultats obtenus. Ces données sont essentielles pour déterminer ce que l'on appelle les « coûts par cas » et pour évaluer les résultats à partir desquels le financement sera déterminé.

■ Les coûts par cas

Les coûts par cas sont les coûts des services et des soins prodigués à un patient durant un épisode de soins. Les coûts par cas sont obtenus en regroupant ou en reliant les données financières aux données cliniques.

Par exemple, pour une chirurgie, les coûts par cas couvrent normalement tous les coûts de la trajectoire de soins, depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital. Pour un patient atteint d'une ou de plusieurs maladies chroniques, les coûts par cas peuvent intégrer tous les coûts des services et des soins prodigués à ce patient au cours d'une année donnée.

■ Un système de classification

Ces données sont traitées selon un système de classification défini selon les cas où les épisodes de soins des patients.

Comme il a été précisé précédemment¹⁹, les systèmes de classification servent à regrouper les cas ou les épisodes de soins des patients en un nombre limité de groupes homogènes, qui possèdent des caractéristiques cliniques semblables et qui utilisent des ressources similaires.

Les systèmes de classification des épisodes de soins des patients
Dans le financement axé sur les patients, les systèmes de classification des épisodes de soins des patients jouent un rôle stratégique. En décrivant précisément les activités cliniques des établissements, ces systèmes de classification sont utilisés pour : – documenter les activités des établissements; – documenter la clientèle desservie; – soutenir la gestion et améliorer la transparence; – encourager une meilleure efficacité²⁰. Par exemple, les systèmes de regroupement sont utiles pour²¹ : – l'évaluation de la performance – détermination des coûts par cas traité en fonction du diagnostic et de l'utilisation des ressources, analyse des durées de séjour, évaluation de la non-qualité; – l'évaluation de la qualité des soins et des services – mesure des taux de mortalité, événements indésirables, taux de réadmission, pertinence ou justesse des services; – le financement des activités ou des épisodes de soins en permettant l'élaboration d'une structure tarifaire, lorsque combiné aux coûts par cas.

¹⁹ Voir ci-dessus, page 42.

²⁰ Anne, LEMAY, *Allocation des ressources aux établissements de santé et services sociaux : Pistes et balises pour implanter le financement à l'activité*, Montréal, AQESSS, 2012, 33 p. et Joanne, CASTONGUAY, *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, Rapport de projet, CIRANO, 2013, 176 p.

²¹ Anne, LEMAY, *Perspective et réflexion sur les outils nécessaires à l'implantation d'un financement axé sur le patient au Québec*, Rapport final, juillet 2013.

■ Moderniser l'information clinique et financière

On doit investir dans la modernisation de l'information clinique et financière.

■ Des ressources limitées

Dans le cas du Québec, on doit constater que malgré l'augmentation des budgets consacrés à la santé, des ressources limitées ont été consacrées à l'amélioration des données cliniques et financières, ainsi qu'à la diffusion d'informations pour les cliniciens et les gestionnaires. Les informations sur les patients sont dispersées dans plusieurs systèmes d'information, et il est très difficile d'obtenir un portrait de la trajectoire du patient.

■ Des données souvent inaccessibles

Les données disponibles doivent également être accessibles, ce qui soulève d'importants enjeux juridiques.

Toujours dans le cas du Québec, la Commission d'accès à l'information a défini un certain nombre de règles visant à protéger la confidentialité des informations privées. Le groupe d'experts a constaté que le ministère de la Santé et des Services sociaux a ajouté à ces règles des contraintes additionnelles, ajoutant ainsi de nouvelles balises à l'accès à l'information.

■ Des systèmes inadaptés

Les systèmes financiers et informatiques doivent être adaptés aux besoins d'information découlant du financement axé sur les patients.

Au Québec, on dispose déjà de données financières normalisées. La forme et le contenu des systèmes comptables répondent aux besoins essentiels de la reddition de comptes, mais la production de rapports financiers est réalisée dans des délais incompatibles avec les besoins de gestion sur le terrain et les demandes des organismes centraux. De plus, ces systèmes ne répondent pas aux besoins du financement axé sur les patients.

Le groupe d'experts a notamment constaté :

- la disparité des structures d'information, et particulièrement des chartes comptables, qui limite et ralentit les transferts de données;
- la non-compatibilité entre la comptabilité par programmes clinique des établissements et la comptabilité par activités du rapport financier annuel;
- l'impossibilité d'utiliser les systèmes financiers actuels pour comptabiliser les coûts en fonction d'un continuum de soins;
- l'insuffisance des outils permettant d'accéder aux données du Ministère.

■ Un effort qui profiterait à l'ensemble du système

Les conditions liées à l'information clinique et financière sont exigeantes. On doit cependant souligner qu'en les remplissant on irait au-delà du seul objectif de mise en place du financement axé sur les patients.

La modernisation des ressources informationnelles profiterait à l'ensemble du système de santé. Une meilleure information clinique et financière permettrait en effet de bonifier la gestion des établissements et de mieux utiliser ainsi les fonds consacrés à la santé. Cette information bonifiée améliorerait les services aux patients – par exemple en facilitant le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

Cette modernisation implique des coûts associés supplémentaires qui ne sont pas récurrents. Les établissements ne doivent pas avoir à choisir entre les services aux patients et le développement des systèmes d'information. C'est pourquoi, il semble approprié que le gouvernement dégage des fonds dédiés à la modernisation de l'information clinique et financière de manière à protéger l'enveloppe qui finance la prestation des soins.

❑ Des règles tarifaires et budgétaires

L'introduction du financement axé sur les patients doit s'accompagner de règles tarifaires et budgétaires. Ces règles s'imposent pour des raisons de clarté et de transparence : dans un système de financement axé sur les patients, tout le monde doit connaître les règles du jeu.

Il faut par ailleurs établir des règles tarifaires et budgétaires afin de contrôler l'importance des ressources utilisées. L'implantation du financement axé sur les patients a souvent eu pour conséquence d'augmenter les budgets consacrés à la santé, en raison de la croissance du volume de soins.

On doit donc encadrer le financement axé sur les patients en énonçant des règles claires concernant les tarifs et les budgets.

- Les tarifs doivent être construits de telle sorte qu'ils n'induisent pas de comportements allant à l'encontre des objectifs poursuivis – par exemple une sous-dispensation de certains services, la sélection des clientèles les plus rentables, la dispensation de traitements de moindre qualité ou l'augmentation du volume de soins non pertinents.
- Les règles budgétaires doivent quant à elles permettre de minimiser les risques de dépassement des enveloppes fermées allouées au secteur.

❑ Des ponts entre le clinique et l'administratif

La troisième condition concerne la gestion des établissements : il faut établir des ponts entre le clinique et l'administratif.

Le financement axé sur les patients suppose un partenariat et une véritable collaboration entre le clinique et l'administratif au sein des établissements. Sur ce plan, le groupe d'experts constate que le système de santé du Québec a beaucoup de progrès à réaliser.

Les cliniciens doivent faire partie intégrante de la gestion de la qualité, des coûts et des résultats des services offerts. Les cliniciens comme les gestionnaires doivent avoir accès à des systèmes d'information clinique et financière transparents, ainsi qu'aux données pertinentes concernant les coûts et les résultats des services offerts.

3.2 Les risques à gérer

Le fait de remplir l'ensemble des conditions présentées permet d'éviter un certain nombre de risques, ainsi que les effets indésirables souvent observés lorsqu'on remplace les modes d'allocation traditionnels par le financement axé sur les patients.

☐ Les principaux risques

Les principaux risques ou effets indésirables auxquels on doit être sensibilisé sont les suivants :

- la réduction des durées de séjour dans les établissements, au détriment de la qualité des soins, les patients étant libérés trop rapidement avec le risque de réadmissions ou de complications qui s'ensuit;
- le transfert trop rapide de la responsabilité des patients à d'autres établissements;
- la sélection des patients, les établissements évitant de soigner les patients les plus à risque et préférant les patients susceptibles d'être libérés plus rapidement;
- la surprestation de certains soins, dans le seul but d'obtenir un remboursement;
- la segmentation des séjours;
- une codification à la hausse, qui consiste à classer le patient selon un diagnostic plus lourd que sa condition réelle, pour obtenir un remboursement plus élevé.

Pour le groupe d'experts, ces risques peuvent être gérés si la démarche d'implantation a été correctement définie et si les conditions d'implantation du financement axé sur les patients ont été pleinement respectées. La logique même d'implantation de la méthode consiste à disposer d'un nombre croissant d'outils pour bien gérer les risques éventuels, et en tirer pleinement parti.

3.3 La stratégie d'implantation est déterminante

En fait, l'implantation du financement axé sur les patients doit s'intégrer dans une stratégie globale, que le groupe d'experts considère comme déterminante pour le succès de la réforme engagée.

Le système de santé est divisé en domaines d'activités qui ne sont pas étanches les uns par rapport aux autres. Un changement appliqué à un secteur aura une influence sur les autres secteurs. Une bonne stratégie d'implantation permet de prévoir les interactions possibles et de réduire les risques à cet égard.

☐ Une réforme sur plusieurs années, des effets à court terme

Le financement axé sur les patients est une réforme s'actualisant sur une période de plusieurs années, mais ayant des effets dès le court terme. L'implantation doit s'accompagner à la fois d'objectifs à court terme et d'objectifs à plus long terme, s'intégrant dans une vision globale de la réforme engagée.

- Une bonne stratégie d'implantation doit viser à répondre à des problèmes immédiats – tels que la longueur des listes d'attente.
- Elle doit également mettre en place des balises pour les défis à venir tels que la prise en charge des maladies chroniques.

Dans les deux cas, on veut favoriser la meilleure prise en charge pour le patient et éviter de sursolliciter les ressources hospitalières.

☐ Un rythme soutenu sans déstabiliser le système

L'implantation doit adopter un rythme soutenu, sans cependant déstabiliser le système. Le rythme d'implantation doit être suffisamment rapide pour que les changements soient effectivement enclenchés.

Il faut en même temps faire en sorte que les patients, la population et le réseau aient le temps de s'adapter et de comprendre les nouvelles règles du jeu. Une bonne stratégie est une stratégie graduelle, permettant aux responsables cliniques et administratifs de s'adapter aux changements effectués.

☐ Demeurer pragmatique

Les conditions requises sont nombreuses et exigeantes. On ne peut attendre qu'elles soient toutes réunies pour aller de l'avant. Un tel réflexe bloquerait tout changement. Il faut avancer à un rythme correspondant à la vitesse d'implantation des outils de soutien et de suivi.

La stratégie retenue doit ainsi être suffisamment pragmatique pour apporter au réseau les soutiens nécessaires, effectuer les suivis appropriés et réduire au maximum les effets non voulus.

**Les conditions à remplir pour réaliser le changement,
selon Michael E. Porter et Thomas H. Lee**

Les professeurs et chercheurs Michael E. Porter et Thomas H. Lee, dont les travaux ont été précédemment cités, ont précisé la démarche à retenir pour restructurer la façon dont la prestation des soins de santé est organisée, mesurée et remboursée – afin de relever les défis auxquels est confronté le système.

Selon MM. Porter et Lee, la transformation doit venir de l'intérieur. Tous les intervenants ont un rôle à jouer.

La première étape consiste à définir clairement les objectifs. Une stratégie trop étroite, visant spécifiquement l'amélioration de l'accès, le contrôle des coûts ou la recherche de profits, ne peut que distraire d'une véritable démarche globale.

- L'accès à des soins n'est pas un objectif, si les soins sont de mauvaise qualité.
- La réduction des coûts ne peut être considérée comme un objectif, si elle se fait aux dépens de la qualité.
- L'augmentation des volumes ne représente pas d'intérêt pour les patients, si les soins prodigués ne maximisent pas les résultats.

Source : Michael E. PORTER et Thomas H. LEE, « The Strategy That Will Fix Health Care », *Harvard Business Review*, octobre 2013.

Les principales conclusions des experts

Les principales conclusions¹

Voici les principales conclusions qui ont nourri les réflexions du groupe d'experts :

- les mécanismes de financement sont un outil parmi plusieurs autres dans la recherche de l'amélioration de la santé de la population;
- l'introduction de nouveaux mécanismes de financement est un pas vers une réforme à plus grande échelle;
- une des particularités majeures du financement axé sur les patients est l'accent mis sur l'efficacité, ce qui implique une analyse des coûts et des bénéfices des services rendus;
- l'efficacité peut être améliorée en favorisant la production de services ayant des résultats significatifs prouvés et un bon rapport qualité-coût et en diminuant la production de services ayant une valeur restreinte ou indéterminée. Dans le cas des services qui ont une valeur importante pour seulement un certain nombre de patients, il faudra pouvoir cibler les bons patients à qui offrir ces services;
- par ailleurs, il faut pouvoir déterminer jusqu'à quel point un modèle de financement favorise l'intégration des services et exerce une incidence sur une grande portion du continuum de soins;
- les conséquences d'une réforme des mécanismes de financement, positives comme négatives, sont directement liées aux objectifs et aux incitatifs choisis.

Des éléments à surveiller

Les éléments suivants doivent faire l'objet d'une attention particulière.

- Une intervention localisée (qui cible un seul acte du continuum de soins) risque d'être décevante en termes d'impacts, de résultats pour le patient et d'efficacité pour le système. Les paiements couvrant plusieurs segments du continuum de soins sont à privilégier, car ils créent davantage d'incitatifs à offrir des services à un meilleur coût global.
- Il est important de maintenir un équilibre entre l'amélioration des processus et l'amélioration des résultats. L'amélioration des processus est plus facile à réaliser. Cependant, les priorités peuvent ne plus être alignées avec les résultats souhaités sur la santé.
- Le financement axé sur les patients exige de la transparence et des données en provenance de tous les fournisseurs de soins. Une première étape est donc d'intensifier l'informatisation des données sur la santé de manière à offrir plus d'information sur les processus, les coûts et les résultats.
- Le tarif offert doit refléter, au moins jusqu'à un certain point, le coût des services fournis. L'intensité relative de l'utilisation des ressources et les ressources humaines impliquées sont des éléments dont la tarification doit aussi tenir compte.
- Un changement dans les modèles de financement doit être l'objet d'une évaluation rigoureuse basée sur des données probantes. Des gains significatifs peuvent être effectués lorsqu'une évaluation devient une partie systématique du processus de changement.
- Les modèles de financement incluant un incitatif à une augmentation des volumes mèneront à une augmentation des coûts. Les meilleurs scénarios sont ceux où les mécanismes de financement contribuent à une plus grande efficacité.

¹ Erin STRUMPF, Samer FARAJ et Vedat VERTER, *Prise de décisions relatives au financement fondé sur les activités dans le domaine des soins de santé : Mécanismes de paiement et objectifs stratégiques*, Université McGill, 20 mai 2013.

TROISIÈME PARTIE : L'OBJECTIF POURSUIVI ET LA DÉMARCHE RECOMMANDÉE

Le groupe d'experts est convaincu de la pertinence d'utiliser largement le financement axé sur les patients au sein du système de santé.

- Cette conviction s'intègre dans une vision et des principes qu'il est essentiel de formuler.
- Elle conduit à une première recommandation transmise au gouvernement, concernant l'objectif poursuivi.
- Pour la mettre en œuvre, le groupe d'experts propose une démarche de nature pragmatique et étalée sur plusieurs années, orientée dans trois directions prioritaires.
- La première de ces directions est l'accès aux services chirurgicaux, grâce à un programme élargi et intégré.
- La deuxième direction consiste à agir sur la qualité des soins, grâce à une démarche valorisant les meilleures pratiques.
- La troisième direction prioritaire concerne la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, avec un financement favorisant l'intégration des soins.

1. LA VISION ET LES PRINCIPES : RÉFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ, EN PLAÇANT LE PATIENT AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS

Les changements proposés avec l'implantation du financement axé sur les patients s'inscrivent dans une vision du système de santé et de son évolution future qui doit être claire.

□ La vision

La vision proposée par le groupe d'experts est la suivante.

Le système de santé du Québec a beaucoup évolué au cours des dernières années. Cette évolution doit se poursuivre : le financement axé sur les patients est un levier et un agent de changement, au service d'un processus permanent de réformes visant à ce que le système continue de s'améliorer et de s'adapter.

Les changements à venir sont fondés sur un certain nombre d'idées-clés :

- La pérennité du système passe par la qualité des soins offerts, l'efficience des services produits et leur efficacité.
- Le patient est placé au cœur des préoccupations et il participe au système.
- Le financement axé sur les patients est un levier intégré dans une stratégie d'ensemble, où la qualité des soins tient une place essentielle.

La vision proposée a pour but de faire en sorte que le système de santé du Québec relève les principaux défis auxquels il est confronté, soit :

- l'accessibilité aux soins;
- le contrôle des coûts;
- la qualité des soins dispensés;
- le respect des critères d'équité privilégiés par la société québécoise.

Les transformations nécessaires doivent être effectuées en plaçant le patient au cœur des préoccupations.

❑ **Des consensus solidement établis**

Ces transformations s'inscrivent dans un système dont les principales caractéristiques résultent de consensus solidement établis au sein de la société québécoise.

■ **Un système de santé universel**

Le système de santé du Québec est universel, ce qui signifie que toutes les personnes couvertes ont accès à un niveau de soins comparable pour des besoins analogues.

On parle de couverture universelle de soins lorsque l'ensemble de la population a accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et lorsque ces services sont de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût entraîne de difficultés financières pour les usagers²².

Cette définition intègre les trois objectifs de la couverture universelle des soins de santé – trois objectifs qui sont interreliés :

- l'accès équitable aux services de santé – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder;
- la qualité – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient;
- la protection financière – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

■ **Un système de santé public**

Le système de santé est public et son administration est sous la responsabilité de l'État.

❑ **Un système de santé concentré sur le patient et sur ses soins**

Globalement, l'implantation du financement axé sur les patients s'inscrit dans une vision du système de santé où les changements sont dictés par les besoins des patients et par les capacités technologiques.

Un système de santé orienté vers le volume des services offerts et leur qualité est un système qui s'adapte plus facilement aux besoins, et qui est capable d'intégrer les innovations et les changements.

Un tel système de santé répond à des objectifs et à des incitatifs bien définis en agissant sur la performance, et non en contrôlant les intrants. Un tel système remplacerait le système actuel, en étant plus concentré sur le patient et ses soins.

²² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Financement de la santé et couverture universelle, Qu'est-ce que la couverture universelle*, [En ligne], [http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/index.html].

2. L'OBJECTIF POURSUIVI : IMPLANTER LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DU QUÉBEC ET EN ÉLARGIR L'UTILISATION

Par rapport aux budgets globaux et historiques, les modèles de financement axé sur les patients peuvent susciter des changements positifs afin d'améliorer l'accès, la qualité, l'intégration des soins et l'utilisation efficiente des ressources.

❑ Un outil approprié pour des changements nécessaires

Le financement axé sur les patients constitue l'outil approprié pour engager les changements nécessaires.

Le mode d'allocation des ressources est un levier puissant pour modifier les façons de faire. Le financement axé sur les patients permet d'engager le changement dans la bonne direction.

En allouant les ressources en fonction des services rendus, le financement axé sur les patients favorise en effet l'accroissement des services offerts dans le cadre d'un budget donné – à condition qu'ils soient pertinents – l'efficacité avec laquelle ces services sont dispensés, leur qualité et le respect de l'équité.

❑ Une approche mixte

L'implantation et une large utilisation du financement axé sur les patients permettront d'allouer une part importante des budgets aux établissements en fonction des services que ces établissements assurent aux patients.

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 établis.

❑ Un changement majeur dans la gestion du système

L'implantation du financement axé sur les patients induira un changement majeur dans la gestion du système.

Elle introduira une culture et une pratique de gestion nouvelles, au sein du système de santé du Québec. Le contrôle des intrants sera remplacé par une gestion fondée sur les activités offertes aux patients et sur les résultats obtenus. Le financement axé sur les patients conduira de plus à mieux comprendre les coûts.

Pour ce qui est de la planification du secteur, il s'agit en fait :

- de passer d'un contrôle des moyens à un contrôle des résultats;
- d'adapter à cette fin la gestion et les outils d'information.

Grâce au financement axé sur les patients, il sera possible de prendre des décisions fondées :

- sur une meilleure information concernant l'utilisation des ressources affectées à la santé;
- sur une meilleure estimation de la valeur des soins assurés aux patients.

Le nouveau mode d'allocation des ressources donnera aux professionnels de la santé de nouvelles occasions de prendre des initiatives, dans le but d'offrir les bons services aux patients. Il induira une nouvelle culture de gestion, établie à partir d'une organisation fondée sur le patient et non sur les budgets globaux des établissements.

❑ Un changement cohérent avec le projet d'assurance autonomie

L'implantation du financement axé sur les patients dans le système de santé du Québec et l'élargissement de son utilisation sont tout à fait cohérents avec le projet gouvernemental d'assurance autonomie. Il existe plusieurs liens entre le financement axé sur les patients et le projet d'assurance autonomie présenté par le gouvernement.

La philosophie de base est la même. Le financement axé sur les patients et l'assurance autonomie ont tous deux pour but d'augmenter la possibilité des choix offerts pour la personne qui reçoit le service. L'objectif est d'obtenir un meilleur prix pour le service et un meilleur résultat pour le patient. Avec l'assurance autonomie, comme dans les différentes modalités de financement axé sur les patients, on peut dire que l'argent suit le patient²³.

On peut ainsi considérer que l'assurance autonomie est une forme de financement axé sur les patients.

²³ Voir à ce sujet l'intervention du ministre de la Santé et des Services sociaux à l'Assemblée nationale, le 21 novembre 2013, lors des travaux parlementaires concernant le projet d'assurance autonomie.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 1

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement procède à un changement majeur dans les modes d'allocation des ressources au sein du système de santé du Québec, en implantant largement le financement axé sur les patients.

Pour le groupe d'experts, le financement axé sur les patients doit ainsi être utilisé comme un levier dans un processus de réforme visant à :

- rendre les soins plus accessibles;
- mieux contrôler les coûts;
- améliorer la qualité des soins dispensés;
- respecter les principes d'équité.

3. LA DÉMARCHE RECOMMANDÉE : UNE APPROCHE PRAGMATIQUE, TROIS DIRECTIONS PRIORITAIRES

On l'a déjà souligné : l'implantation du financement axé sur les patients et sa large utilisation doivent s'appuyer sur une stratégie d'ensemble, conçue de façon pragmatique et étalée sur plusieurs années.

En fonction de l'expérience déjà acquise et des besoins prévisibles, le groupe d'experts propose que cette stratégie vise trois directions prioritaires, soit :

- l'accès aux services chirurgicaux;
- la qualité des soins;
- la prise en charge des maladies chroniques.

3.1 Une approche pragmatique étalée sur plusieurs années

En matière d'implantation du financement axé sur les patients, une approche pragmatique s'impose, étalée sur une période de trois à cinq ans.

☐ Commencer, même si toutes les conditions ne sont pas réunies

On doit commencer à implanter la méthode, même si toutes les conditions ne sont pas réunies au départ. Les expériences observées dans les systèmes de santé étrangers comme les avis des spécialistes et des personnes consultées par le groupe d'experts sont convergents sur ce point.

Dans le contexte actuel de changement rapide et continu, les stratégies dans le monde des affaires sont considérées comme « de long terme » lorsqu'elles s'étalent sur une période de trois à cinq ans. Même à l'intérieur de cet agenda, l'implantation est un défi majeur pour les organisations impliquées dans un processus de changement stratégique.

Convenir de cibles à court terme est considéré comme une méthode essentielle pour surmonter les risques d'une implantation ratée, assurer un changement durable et entretenir la motivation des leaders²⁴.

Il faut également prendre en considération :

- la structure du système dans son ensemble et la manière dont ses constituants interagissent, car un changement peut avoir une conséquence ailleurs et produire un effet domino sur tout le réseau;
- les caractéristiques des systèmes d'information clinique et financière;
- la disponibilité des données sur les résultats et les coûts par cas;
- la capacité organisationnelle d'introduire les changements requis.

Une période de transition est nécessaire, afin d'implanter graduellement le changement.

☐ Procéder par étapes

Le groupe d'experts propose donc de procéder par étapes, en s'appuyant sur les expériences déjà engagées. Une approche pragmatique, étalée sur quelques années, permettra de combiner l'approfondissement d'initiatives déjà engagées avec de nouvelles actions concernant les conditions à remplir dans le futur.

☐ Une stratégie d'investissements

Le groupe d'experts est également conscient des investissements que le gouvernement devra effectuer afin d'amorcer le changement recommandé – principalement pour ce qui est de l'amélioration des systèmes d'information. L'approche pragmatique recommandée par le groupe d'experts devrait ainsi comprendre une stratégie d'investissement.

La mise en place du financement axé sur les patients devrait être réalisée dans le cadre des budgets alloués au ministère de la Santé et des Services sociaux.

²⁴ Chris BRADLEY, Angus DAWSON et Antoine MONTARD, « Mastering the Building Blocks of Strategy », McKinsey Quarterly, octobre 2013, [En ligne], [\[http://www.mckinsey.com/insights/strategy/mastering_the_building_blocks_of_strategy\]](http://www.mckinsey.com/insights/strategy/mastering_the_building_blocks_of_strategy).

❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 2

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement adopte une approche pragmatique dans la mise en place du financement axé sur les patients, comprenant plusieurs étapes.

Cette implantation en plusieurs étapes prendrait la forme d'une stratégie pluriannuelle, alignée sur les objectifs stratégiques en santé, soutenue par une gestion du changement.

La stratégie retenue tiendrait compte :

- de la méthode présente d'allocation des ressources;
- des caractéristiques actuelles des systèmes d'information clinique et financière;
- de la disponibilité des données sur les résultats et les coûts par cas;
- de la capacité organisationnelle d'introduire les changements requis.

La stratégie d'implantation du financement axé sur les patients respecterait les budgets disponibles et la capacité de payer du gouvernement.

3.2 Trois directions prioritaires

Dans le cadre de l'approche pragmatique qu'il recommande, le groupe d'experts a identifié trois domaines concrets où l'implantation du financement axé sur les patients devrait être prioritairement engagée.

Dans les trois cas, il s'agit d'aller au-delà d'expériences pilotes et de commencer à utiliser le financement axé sur les patients pour approfondir des initiatives déjà engagées, ou pour répondre à des besoins croissants dans l'avenir.

☐ **Favoriser la performance dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie**

Le Québec applique déjà le financement axé sur les patients dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie. Il est donc logique d'utiliser comme point de départ ce qui se fait déjà, afin à la fois d'utiliser les structures en place et de tenir compte de l'expérience déjà acquise.

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement élargisse la portée du programme actuel et en améliore les modalités.

Le groupe d'experts propose d'aller plus loin avec le programme actuel, en utilisant le financement axé sur les patients pour toutes les chirurgies afin de favoriser la performance.

☐ **Valoriser la qualité des soins par un financement selon les meilleures pratiques**

Des efforts sont déjà engagés dans le système pour améliorer la qualité des soins. Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal a été mis en place pour lutter contre une forme de maladie constituant au Québec la deuxième cause de mortalité due au cancer. Ce programme met l'accent sur la qualité des soins, par l'intermédiaire de la procédure suivie. Le programme s'applique à huit établissements pilotes. Il ne comprend pas de financement axé sur les patients valorisant la qualité.

Le groupe d'experts propose d'étendre le programme à l'ensemble des unités d'endoscopie et de faire bénéficier à terme les huit unités pilotes d'une forme de financement axé sur les patients, le financement en fonction des meilleures pratiques.

Le groupe d'experts propose également d'implanter un programme de financement selon les meilleures pratiques. Il s'agirait d'étendre cette forme de financement à d'autres domaines de la santé pour améliorer la qualité des soins. Le groupe d'experts propose donc d'utiliser le financement axé sur les patients pour soutenir les meilleures pratiques, par l'intermédiaire du protocole de soins.

☐ **Les maladies chroniques : stimuler l'intégration des services**

La prise en charge des maladies chroniques constitue pour le Québec un considérable défi, en raison du fait que les gens vivent plus longtemps et qu'ils sont plus nombreux.

La prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques requiert une meilleure intégration des services. Le financement axé sur les patients est un moyen de soutenir et de stimuler une telle intégration des services.

Le groupe d'experts propose de s'appuyer sur le financement axé sur les patients pour assurer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 3

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement engage immédiatement l'implantation du financement axé sur les patients en introduisant la méthode dans trois secteurs :

- le financement selon le volume et la qualité pour toutes les chirurgies, grâce à l'élargissement du programme actuel;
- le financement en fonction des meilleures pratiques, par l'établissement d'un programme d'implantation des meilleures pratiques en commençant par la coloscopie;
- le financement pour la prise en charge des patients ayant des maladies chroniques, en commençant par des expérimentations concrètes accompagnées de l'appui requis.

4. L'ACCÈS AUX SERVICES CHIRURGICAUX : UN PROGRAMME ÉLARGI ET INTÉGRÉ

Le groupe d'experts propose une première application du financement axé sur les patients dans le domaine des soins chirurgicaux.

- Le point de départ est le Programme d'accès à la chirurgie, grâce auquel le Québec a pu se familiariser avec les méthodes de financement axé sur les patients.
- En s'appuyant sur les acquis de ce programme, il s'agit d'aller plus loin en mettant en place un programme élargi et intégré dans le domaine des soins chirurgicaux, afin de favoriser la performance.

4.1 Le point de départ : le Programme d'accès à la chirurgie

Le Programme d'accès à la chirurgie, implanté au Québec en 2004-2005, est un programme de financement selon l'activité. Ce programme a permis d'atteindre les objectifs lors de sa mise en place. On constate cependant que le programme se bute maintenant à certaines limites.

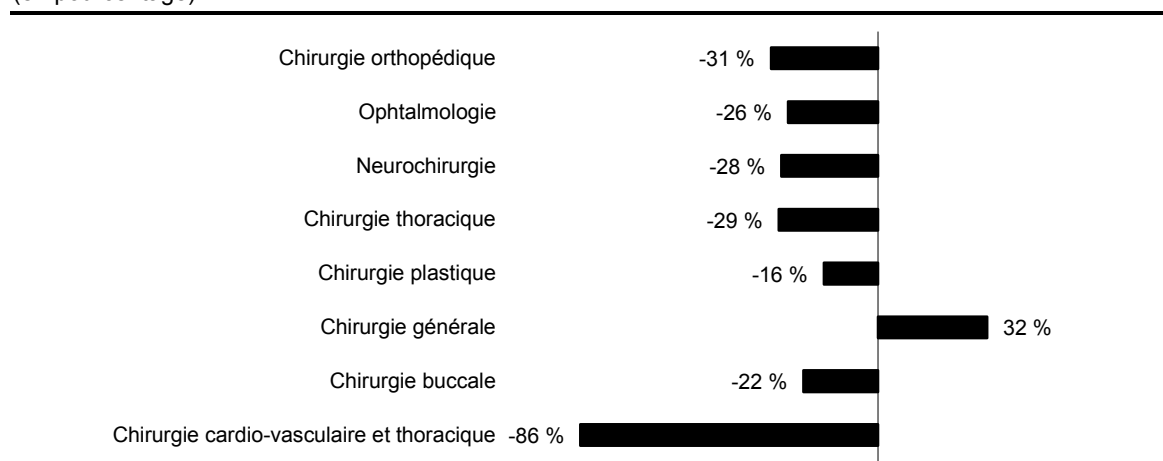
❑ Des objectifs atteints

Le Programme d'accès à la chirurgie a permis de franchir un pas dans la bonne direction, pour améliorer l'accès aux chirurgies : il a notamment contribué à diminuer les délais moyens d'attente.

On peut ainsi considérer que les objectifs cliniques poursuivis lors de la mise en place du programme ont été atteints. Entre 2008-2009 et 2011-2012, les délais d'attente moyens ont baissé de 31 % en chirurgie orthopédique et de 86 % en chirurgie cardiovasculaire et thoracique.

GRAPHIQUE 7

Évolution des délais moyens d'attente par spécialité entre 2008-2009 et 2011-2012⁽¹⁾ (en pourcentage)



Note : Bien que les délais pour les chirurgies générales aient augmenté, ils demeurent en-deçà de trois mois.

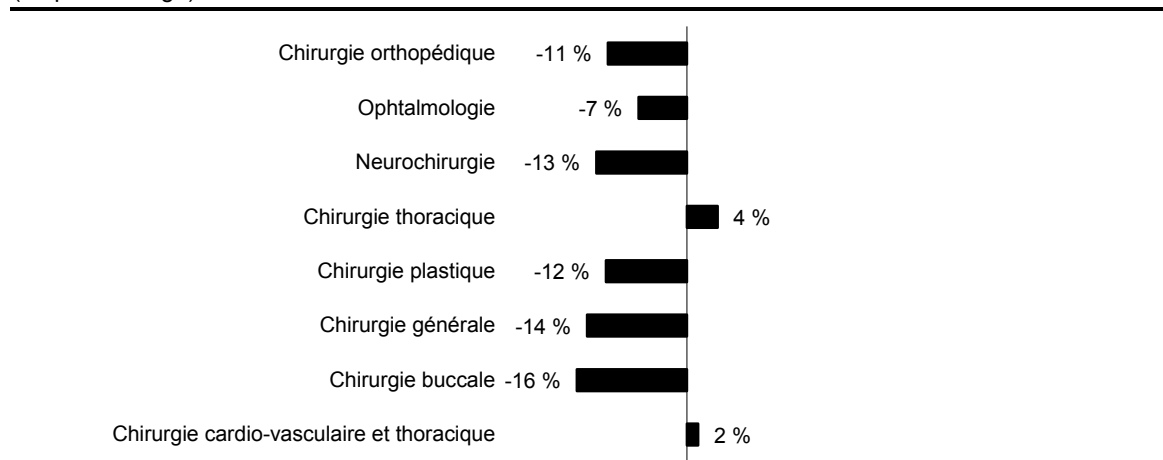
(1) Cette période a été retenue en raison de la disponibilité des données.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Entre 2002-2003 et 2010-2011, la durée moyenne de séjour a diminué de 11 % en chirurgie orthopédique et de 16 % en chirurgie buccale. Ces résultats s'expliquent par des gains d'efficience dans la réalisation des chirurgies.

GRAPHIQUE 8

Évolution de la durée moyenne de séjour par spécialité entre 2002-2003 et 2010-2011⁽¹⁾
(en pourcentage)



(1) Cette période a été retenue en raison de la disponibilité des données.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

❑ Des limites

Cependant, dans sa forme actuelle, le programme a atteint certaines limites, quant à sa capacité à améliorer l'accès de la population aux services chirurgicaux :

- certaines personnes attendent encore trop longtemps;
- il existe des disparités entre les régions;
- le programme ne comprend pas d'indicateurs permettant de promouvoir la qualité des soins;
- le programme est mal compris par les cliniciens et les gestionnaires du réseau.

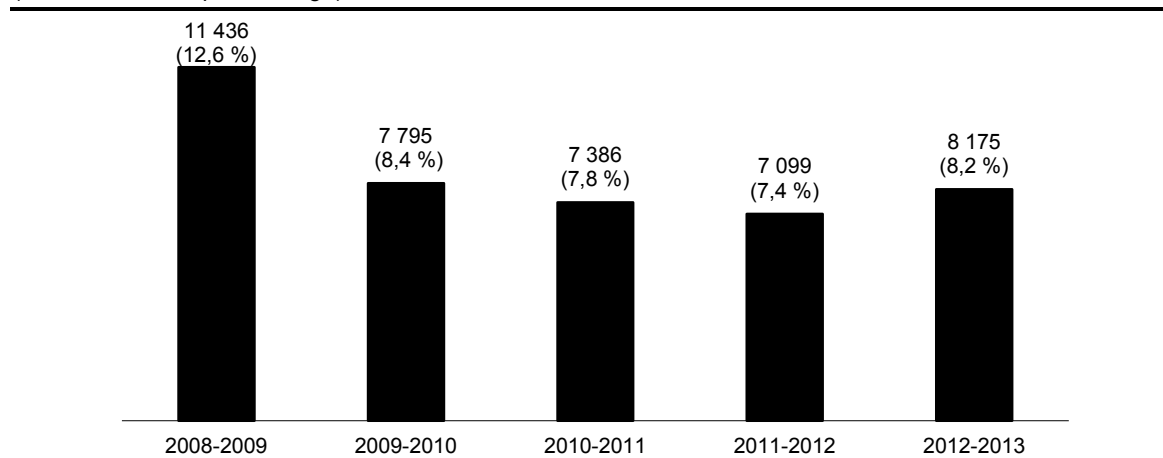
■ Certaines personnes attendent encore trop longtemps

La demande pour les services chirurgicaux concernés continue de croître, accentuant la pression sur le système. On constate ainsi une augmentation, au cours des dernières années du nombre de patients en attente depuis plus d'un an.

GRAPHIQUE 9

Évolution du nombre de patients en attente depuis plus d'un an entre 2008-2009 et 2012-2013⁽¹⁾

(en nombre et en pourcentage)



(1) Cette période a été retenue en raison de la disponibilité des données.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

■ Des disparités selon les régions

Par ailleurs, l'accès à la chirurgie présente des disparités à travers le Québec. Malgré les résultats significatifs dans l'augmentation des volumes de production chirurgicale, le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois pour une chirurgie est très variable d'une région à l'autre.

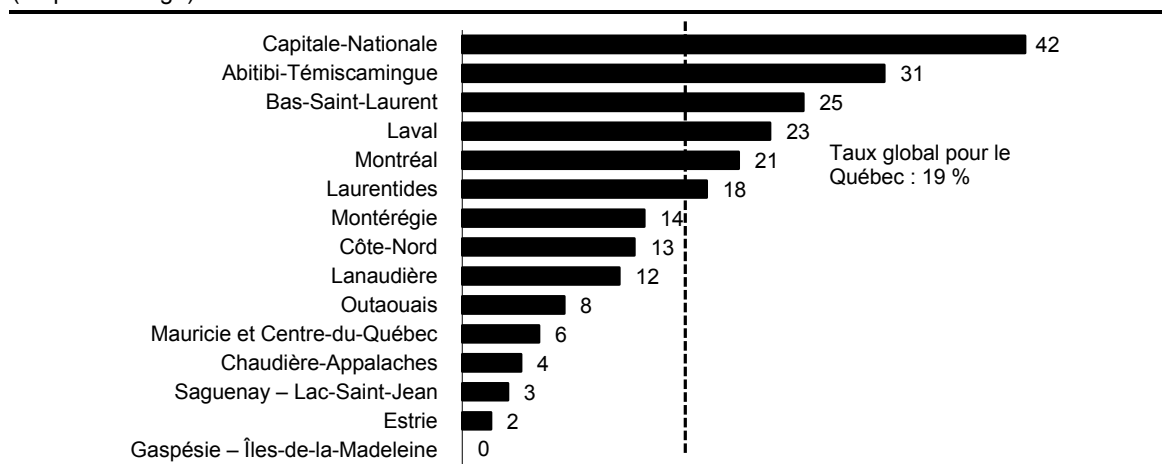
À titre d'exemple, une lecture de la situation au 11 janvier 2014 montrait que dans la région de Montréal, 21 % des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour attendaient depuis plus de six mois. Cette proportion était plutôt de 3 % au Saguenay – Lac-Saint-Jean, de 14 % en Montérégie et de 42 % dans la région de la Capitale-Nationale. La proportion des patients en attente depuis plus de six mois pour une arthroplastie du genou ou de la hanche atteint 19 % au Québec.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces écarts interrégionaux dans l'accès. Parmi ces facteurs, on peut noter la disponibilité des salles d'opération et des médecins spécialistes, ainsi que d'importantes variations dans l'utilisation du financement alloué aux régions. Certaines agences n'ont pas adopté entièrement les paramètres prévus par le programme et ont utilisé leur propre méthode de financement en fonction de leur stratégie pour augmenter les volumes de chirurgies.

Le groupe d'experts est convaincu qu'une définition des modalités de financement plus orientée vers le patient contribuera à réduire ces écarts.

GRAPHIQUE 10

Proportion des patients en attente depuis plus de six mois pour une arthroplastie du genou ou de la hanche⁽¹⁾ (en pourcentage)



(1) État de situation au 11 janvier 2014.

Source : Données du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app/q74web/>

■ Pas d'indicateurs de qualité

Le programme ne comprend pas d'indicateurs de qualité, qui seraient pris en compte dans la détermination du paiement versé aux établissements pour les chirurgies réalisées.

La mesure de la qualité est cependant 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.

Dans la famille des modes de financement axés sur les patients, la prise en compte de la qualité marque le passage du financement selon l'activité au financement selon la performance.

■ Un programme mal compris par les cliniciens et les gestionnaires

En 2012, à la demande du groupe d'experts, une démarche d'évaluation du Programme d'accès à la chirurgie a été entreprise. Elle avait pour objectif d'amener des représentants du réseau de la santé et des services sociaux à réfléchir, notamment par l'entremise de groupes de discussion et de consultation (focus groups), aux aspects cliniques et financiers du programme²⁵.

Lors de ces consultations, ces groupes ont soulevés le fait que le Programme d'accès à la chirurgie est mal compris par les cliniciens et les gestionnaires. Particulièrement, ils ont indiqué que des lacunes quant à la disponibilité de l'information méthodologique du programme en rendent difficile la diffusion aux différents intervenants du réseau.

De plus, les systèmes d'information actuels n'offrent pas les mécanismes nécessaires pour la réconciliation, la vérification et la compréhension des données cliniques et financières de la chirurgie. Les établissements ne disposent donc pas de moyens suffisants pour analyser la qualité et l'efficience des interventions réalisées.

²⁵ Voir à ce sujet la page 18 du fascicule 1 sur l'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Le groupe d'experts propose ainsi que dans le cadre de l'implantation du financement axé sur les patients, la première direction prioritaire consiste à élargir et à intégrer le Programme d'accès à la chirurgie, pour toutes les chirurgies réalisées dans des établissements effectuant au moins 1 000 cas pondérés annuellement, et à le soutenir en utilisant les règles du financement selon la performance.

- Il est impératif que le programme comporte des objectifs de qualité. À cette fin, il est nécessaire de couvrir l'ensemble de la production de soins chirurgicaux, et non la production excédentaire par rapport au niveau de 2002-2003, comme c'est le cas actuellement.
- La couverture de l'ensemble de la production chirurgicale s'impose également, si l'on veut améliorer l'efficacité du programme – et notamment orienter l'offre de production vers les lieux les plus appropriés.
- Pour accroître l'efficacité et la cohérence des actions, il serait souhaitable que ce nouveau programme s'inscrive dans une stratégie nationale de la chirurgie. La majorité des expériences réussies d'implantation d'un financement axé sur les patients démontre l'importance de déterminer des objectifs clairs sur lesquels sont alignés des incitatifs financiers.

Une démarche s'inscrivant dans une stratégie nationale de la chirurgie
La stratégie nationale de la chirurgie a pour objet : – de déterminer les objectifs poursuivis par le système de santé en chirurgie; – de définir les standards d'accès et de qualité et de les réviser périodiquement; – de préciser les mesures à mettre de l'avant pour soutenir la pertinence des services; – de proposer les outils d'évaluation de qualité et de mesure de performance à mettre en place pour suivre, mesurer et adapter les services rendus à la population; – d'intégrer les modes de financement afin qu'ils appuient les objectifs prioritaires; – de faire les liens appropriés avec les plans d'effectifs et de mettre de l'avant les priorités de formation de la main-d'œuvre adaptées à l'évolution des connaissances et des modes d'organisation; – de permettre une gestion intégrée des activités reliées à la poursuite des objectifs en matière de systèmes d'information clinique et administrative, d'immobilisations et d'équipement; – de développer des outils de reddition de comptes et d'information à la population quant aux services de chirurgie. Le groupe d'experts voit dans la stratégie nationale de la chirurgie une opportunité additionnelle de rapprocher et concerter les efforts des responsables cliniques et des administrateurs dans la poursuite des objectifs d'accès, de qualité, d'équité et d'efficacité en chirurgie.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 4

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement élargisse le Programme d'accès à la chirurgie et qu'il fasse de cet élargissement la première direction prioritaire du financement axé sur les patients.

Le nouveau Programme d'accès à la chirurgie couvrirait la quasi-totalité de la production chirurgicale.

Ce nouveau programme pourrait s'inscrire dans une stratégie nationale de la chirurgie.

Le groupe d'experts vise un meilleur arrimage des soins dans le domaine chirurgical aux grands objectifs poursuivis par le gouvernement dans le système de santé, soit :

- l'accès aux soins;
- la pertinence et la qualité des soins;
- l'équité;
- l'efficience dans la prestation des services.

4.2 L'accès aux services chirurgicaux : un programme élargi et intégré

Le groupe d'experts propose d'élargir et d'intégrer le programme actuel d'accès à la chirurgie, en appliquant le financement axé sur les patients à toutes les chirurgies dans les établissements réalisant 1 000 cas et plus par année, et cela afin de favoriser la performance.

Le groupe d'experts a analysé de façon concrète et détaillée les démarches à engager à cette fin. Le résultat de cette analyse est présenté dans le fascicule 1 accompagnant le rapport. On trouvera ci-après les principales propositions issues de cette analyse.

❑ Les actes couverts

Le groupe d'experts propose que le nouveau Programme d'accès à la chirurgie couvre l'ensemble des chirurgies, incluant la cardiologie tertiaire, l'hémodynamie et l'électrophysiologie interventionnelle. Lorsqu'exceptionnellement un secteur ne pourrait être couvert en raison de coûts très élevés ou d'un volume de chirurgies trop faible – par exemple pour les greffes et les transplantations – le financement se poursuivrait sur une base historique.

Le coût des soins prodigués variant considérablement selon leur nature, la catégorisation des cas de chacun des patients en fonction des services qu'ils ont reçus constitue une des étapes cruciales du financement axé sur les patients. Le groupe d'experts privilégie une nouvelle méthode de catégorisation des cas de chirurgie.

La catégorisation et la pondération des chirurgies seraient effectuées en combinant deux types d'information :

- le regroupement des chirurgies, fondé sur les codes d'acte de la base de données sur la rémunération des médecins (RAMQ);
- la lourdeur des cas de chirurgie²⁶, fondée sur les regroupements de cas par APR-DRG²⁷ en provenance de MED-ECHO²⁸.

❑ Les établissements admissibles

Le groupe d'experts recommande que les établissements admissibles soient les établissements ayant un volume de production chirurgicale d'au moins 1 000 cas pondérés annuellement.

L'application du mode de financement proposé à des établissements ayant des volumes de production inférieurs risquerait de fragiliser l'offre de services dans ces établissements. Le seuil de production minimal de 1 000 cas pondérés par an est également employé dans d'autres juridictions.

Ce seuil permet de rejoindre un nombre suffisamment important d'activités, soit 52 établissements et plus de 97 % de la production chirurgicale²⁹.

²⁶ La lourdeur d'un cas réfère à l'intensité de l'utilisation des ressources.

²⁷ Système de classification international qui attribue à chaque patient un diagnostic regroupé pour la gestion (DRG) et un niveau de gravité clinique.

²⁸ Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière.

²⁹ Un seuil plus bas aurait forcé l'inclusion d'établissements à faibles volumes présentant des caractéristiques particulières et étant moins adaptées au type de financement proposé.

❑ L'épisode de soins couverts

Le groupe d'experts propose d'implanter progressivement le financement axé sur les patients à l'ensemble de la trajectoire du patient, de façon à ce que le nouveau mode de financement couvre la trajectoire de soins complète en 2017-2018. Cette mise en œuvre progressive permettra que se fasse en parallèle la modernisation des systèmes d'information clinique et financière, le financement axé sur les patients reposant sur l'usage de ces systèmes.

L'implantation du financement de la trajectoire du patient serait réalisée en trois étapes :

- financement de l'épisode de soins de la chirurgie – de l'admission à la sortie de l'hôpital (simulation en 2014-2015 et introduction du financement en 2015-2016);
- financement de la trajectoire dans l'hôpital – de la préadmission à la sortie de l'hôpital (2016-2017), ce qui comprend l'épisode de soins préopératoires et celui de la chirurgie;
- financement de la trajectoire de soins complète – interétablissements (2017-2018), ce qui comprend l'épisode de soins préopératoires, celui de la chirurgie et l'épisode de soins postopératoires.

Le passage de l'une de ces étapes à l'autre dépendrait notamment de la disponibilité et de la qualité des données et de l'échange d'information fondée sur les patients d'un établissement à l'autre.

❑ Le financement des chirurgies

Conformément au principe même du financement axé sur les patients, le financement des activités chirurgicales au sein d'un établissement serait déterminé par le nombre des chirurgies effectuées et par le tarif établi au niveau national pour chaque type de chirurgie.

- Le nombre de chirurgies réalisées par chaque établissement serait défini après discussion entre les établissements et les agences. Il ferait partie intégrante de l'entente de gestion.
- Le tarif pour chaque chirurgie serait déterminé au niveau national et appliqué par les agences, sans modification.

L'établissement d'un nouveau mode de financement axé sur les patients suppose que l'on détermine les coûts par cas, l'enveloppe budgétaire du programme et le tarif.

■ La détermination des coûts par cas

Pour la détermination des coûts par cas, le groupe d'experts retient l'approche dite « descendante ». Selon cette approche, le coût moyen par bénéficiaire de services est obtenu en divisant le coût d'un centre d'activités par le nombre de patients qui y sont traités.

Cette approche a un inconvénient : elle ne permet pas à l'établissement d'identifier précisément les coûts pour chacun des patients qu'il traite.

Le groupe d'experts propose qu'à terme, l'évaluation des coûts par cas évolue vers une approche dite « ascendante », soit la comptabilisation pour chaque patient du coût des soins reçus au cours d'une trajectoire de soins, depuis l'entrée jusqu'à la sortie du système de santé. Cette évaluation sera directement reliée à la disponibilité de moyens pour moderniser le système d'information clinique et financière.

■ La définition de l'enveloppe budgétaire

Pour ce qui est de la définition de l'enveloppe budgétaire consacrée au nouveau programme, une estimation préalable de la portion de l'enveloppe récurrente relative aux chirurgies couvertes par le Programme d'accès à la chirurgie (PAC+) est nécessaire.

Pour financer le nouveau programme, le groupe d'experts propose que l'argent actuellement consacré à la chirurgie soit récupéré et que les montants soient intégrés dans l'enveloppe budgétaire. L'enveloppe budgétaire consacrée au nouveau programme serait une enveloppe fermée.

Le partage des coûts de fonctionnement communs entre les activités chirurgicales et d'autres activités devrait être défini dans le cadre d'un processus consultatif auquel participeraient des représentants des agences et des établissements.

■ La fixation du tarif

Un tarif devra être déterminé pour chaque groupe de chirurgies.

Le nouveau Programme d'accès à la chirurgie concernerait 150 groupes d'actes chirurgicaux. Le groupe d'experts propose que pour les premières années du programme, les tarifs soient fondés sur le coût moyen de chacun des groupes de chirurgies. À plus long terme, il serait possible d'utiliser des tarifs légèrement inférieurs au coût moyen, afin d'inciter les établissements à accroître leur efficacité. Le coût unitaire moyen pourrait également être recalculé avec les informations du système de coûts par cas, une fois qu'il dispose d'un échantillon de taille raisonnable des établissements.

Le groupe d'experts recommande un tarif national pour chaque groupe de chirurgies. Un même tarif de base s'appliquerait ainsi à chaque groupe de chirurgie, pour tous les établissements participant au programme.

Un système de financement axé sur les patients, juste et équitable, suppose cependant que l'on prenne en considération la situation particulière de certains établissements (enseignement, recherche, éloignement et certains services surspécialisés). Le groupe d'experts recommande ainsi que le tarif exclue certains coûts particuliers, tels que les coûts d'enseignement, les coûts d'éloignement par rapport aux centres surspécialisés et les coûts liés à la spécialisation des établissements qui seront financés séparément.

Les tarifs devraient également inclure des considérations de qualité, afin de reconnaître les efforts consentis par les établissements pour établir ou maintenir des pratiques exemplaires.

■ Une implantation graduelle

L'implantation du nouveau mode de financement des chirurgies ne pourra être effectuée que graduellement.

Le groupe d'experts propose que la première année d'implantation du nouveau programme soit une année de simulation. Les tarifs seraient annoncés aux établissements après consultation. Le financement des chirurgies continuerait d'être défini selon les règles actuelles.

Durant cette année de simulation, le Ministère pourrait s'équiper et utiliser les données cliniques et financières requises pour effectuer un suivi de l'impact des tarifs sur le système en général. Au cours de cette même année, le Ministère, les agences et les établissements pourraient se familiariser avec les paramètres du programme et mettre en place les nouveaux systèmes d'information clinique et financière.

Le financement des chirurgies selon le nombre de chirurgies et les tarifs serait appliqué à partir de la deuxième année d'implantation du programme.

□ La prise en compte de la qualité et de l'accès aux soins

La prise en compte de la qualité et de l'accès aux soins permettra de passer d'un financement selon l'activité à un financement selon la performance. Cette prise en compte s'effectuera à travers des indicateurs influant sur les tarifs – et donc sur le financement des établissements.

Le groupe d'experts a identifié les indicateurs qu'il propose de retenir pour la qualité des soins et l'accès aux services tels que les temps d'attente, les taux de réadmission après 30 jours et les taux d'infection.

Un mécanisme serait introduit dans le financement reçu par les établissements pour chaque chirurgie : ce financement serait ajusté en fonction de l'atteinte ou non de certaines cibles définies dans les indicateurs. D'autres indicateurs seraient retenus pour évaluer les processus cliniques et assurer un suivi de la pertinence.

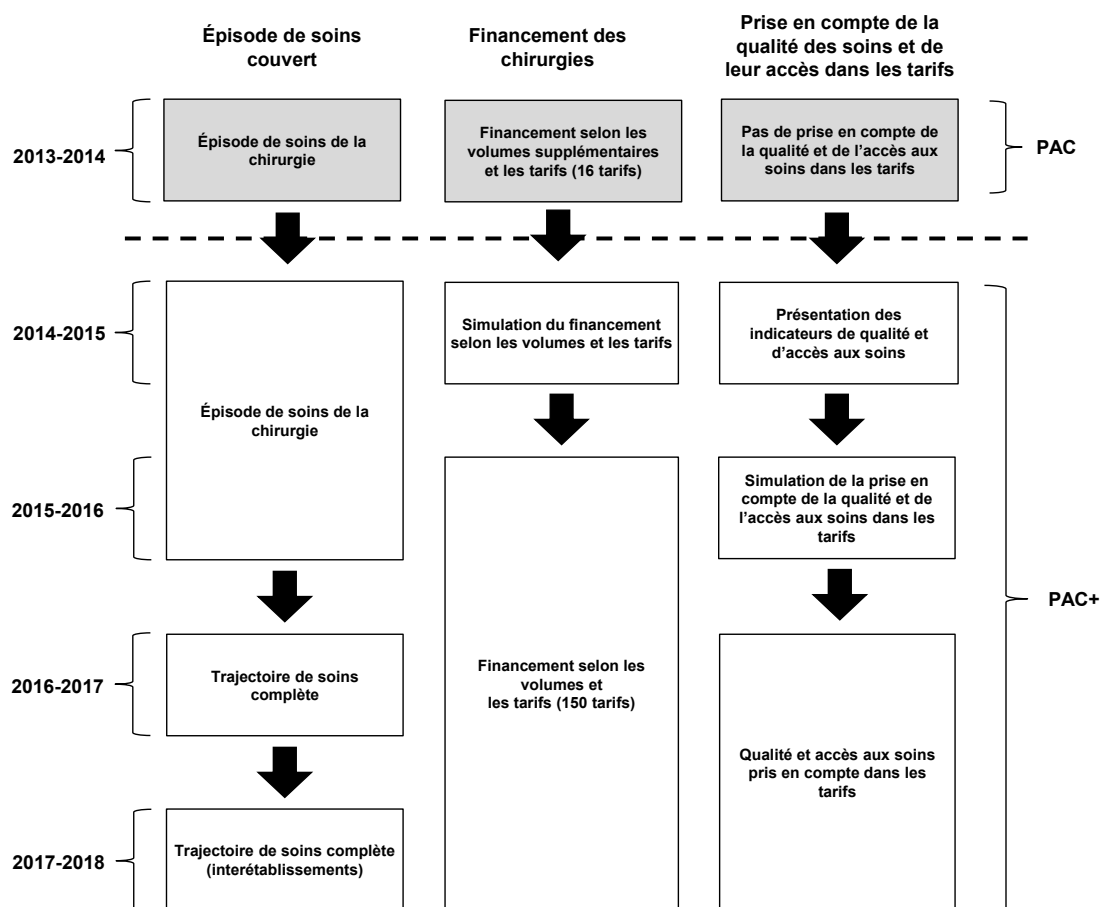
Le groupe d'experts recommande qu'un outil soit utilisé pour que les établissements puissent facilement comparer entre eux les résultats atteints quant à la qualité des soins fournis.

■ Trois étapes

Le groupe d'experts propose que la prise en compte de la qualité des soins et de leur accès soit effectuée en trois étapes.

- Au cours de la première année d'implantation du programme, on procéderait à la présentation des indicateurs retenus pour mesurer l'accès aux soins et leur qualité, ainsi qu'à la publication des résultats obtenus par les établissements pour chacun des indicateurs.
- La deuxième année d'implantation du programme consisterait à simuler l'impact des indicateurs. Les établissements seraient informés des implications financières qu'auraient eues les résultats obtenus pour les indicateurs de qualité et d'accès.
- La prise en compte de la qualité des soins et de l'accès aux soins serait effective à partir de la troisième année d'implantation du programme.

Synthèse de l'implantation graduelle du nouveau Programme d'accès à la chirurgie (PAC+)



Note : Comme mentionné précédemment, les systèmes d'information clinique et financière seront développés en parallèle et les systèmes et bases de données utilisés pour le PAC+ évolueront dans le temps. Cette évolution ne se faisant pas selon un calendrier défini, elle n'est pas présentée dans le graphique ci-dessus.

❑ Le développement des systèmes d'information clinique et financière

Le groupe d'experts recommande d'adopter une approche pragmatique en ce qui a trait aux exigences informationnelles. On doit prendre pour point de départ les données disponibles dans l'immédiat, et développer parallèlement les systèmes d'information clinique et financière.

Les problèmes d'accès aux données se situent à deux niveaux :

- les données sont absentes des banques de données existantes;
- les données existent, mais l'accès aux fichiers est restreint parce qu'ils contiennent des renseignements personnels.

L'enjeu lié à la protection des renseignements personnels devra être traité en tant que tel. Le Ministère doit respecter les exigences de plusieurs lois et règlements encadrant l'accès aux données. Ces exigences limitent l'utilisation des données cliniques et financières permettant de mieux comprendre et de mieux gérer le système de santé.

Tout le défi sera donc de concilier la protection des renseignements personnels à la nécessité d'améliorer l'accès aux données pour mieux servir le patient.

❑ La stratégie de communication et de collaboration

L'implantation réussie du financement axé sur les patients dans l'ensemble des actes chirurgicaux nécessite une stratégie de communication et de collaboration. Tous les acteurs concernés doivent partager une vision commune. Les paramètres doivent être bien compris de tous. Il faut que le réseau s'approprie le programme. Les acteurs doivent disposer des outils nécessaires pour assumer pleinement le rôle qui leur revient.

Le groupe d'experts recommande ainsi :

- que le réseau soit consulté pour l'élaboration de certains paramètres du programme;
- qu'une stratégie de communication et de formation soit mise en place pour diffuser dans tout le réseau les informations pertinentes concernant le programme, ainsi que le processus d'implantation retenu.

❑ Le suivi et l'évaluation

L'implantation du nouveau programme devra s'accompagner de la mise en place d'une stratégie de suivi et d'évaluation des résultats.

Le groupe d'experts recommande que cette stratégie soit établie par le ministère de la Santé et des Services sociaux, après consultation des différents intervenants du réseau.

La stratégie de suivi devrait comprendre :

- l'évaluation des conséquences cliniques et financières du nouveau programme;
- des procédures de comparaison des établissements entre eux;
- des procédures d'autoévaluation des établissements.

❑ La gestion des risques

Comme on l'a souligné précédemment, l'introduction d'un mode de financement axé sur les patients s'accompagne de certains risques, que l'on doit gérer.

Le groupe d'experts recommande à cette fin :

- de favoriser la pertinence et la qualité des soins;
- de donner au ministère de la Santé et des Services sociaux et aux établissements les moyens de s'adapter;
- de maintenir un contrôle budgétaire;
- de gérer les risques opérationnels – soit le risque de codification à la hausse et le risque de sélection des patients³⁰.

³⁰ Voir page 65.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 5

Le groupe d'experts recommande que le nouveau Programme d'accès à la chirurgie s'applique à toutes les chirurgies réalisées dans les établissements ayant un volume de production chirurgicale annuel d'au moins 1 000 cas pondérés.

L'implantation du financement axé sur les patients s'appliquerait graduellement à l'ensemble de la trajectoire du patient, de façon à ce que le nouveau mode de financement couvre la trajectoire de soins complète en 2017-2018.

Le financement des activités chirurgicales au sein d'un établissement serait déterminé par le nombre de chirurgies effectuées et par le tarif établi au niveau national pour chaque type de chirurgie. À cette fin, le groupe d'experts recommande des modalités précises concernant :

- la détermination des coûts par cas;
- la définition de l'enveloppe budgétaire consacrée au nouveau programme;
- la détermination du tarif pour chaque groupe de chirurgies.

L'implantation du nouveau mode de financement ne pourra être effectuée que graduellement.

Pour ce qui est de la prise en compte de la qualité des soins et de leur accès, le groupe d'experts propose un certain nombre d'indicateurs. Cette prise en compte devrait elle aussi être effectuée graduellement.

Le groupe d'experts recommande une approche pragmatique pour ce qui est du développement des systèmes d'information clinique et financière.

Le groupe d'experts précise la stratégie de communication et de collaboration devant accompagner l'implantation du nouveau programme.

Le groupe d'experts recommande une stratégie de suivi et d'évaluation des résultats.

Le groupe d'experts recommande plusieurs démarches pour gérer les risques liés à l'implantation du financement axé sur les patients à l'ensemble des activités chirurgicales.

5. LA QUALITÉ DES SOINS : UNE DÉMARCHE VALORISANT LES MEILLEURES PRATIQUES

Le groupe d'experts propose une deuxième application du financement axé sur les patients, visant la qualité des soins.

- Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal favorise déjà les meilleures pratiques.
- En s'inspirant du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, le groupe d'experts propose d'élargir à l'ensemble du Québec la démarche déjà engagée et d'en faire un véritable financement valorisant les meilleures pratiques.
- Parallèlement, le gouvernement étendrait le financement en fonction des meilleures pratiques à d'autres secteurs cliniques prioritaires.

Le groupe d'experts a procédé à une analyse détaillée des démarches à engager afin de donner suite à cette proposition. Le résultat de cette analyse est présenté dans le fascicule 2 accompagnant le rapport.

On trouvera ci-après un rappel des caractéristiques du projet pilote, ainsi que les principales propositions issues de cette analyse.

5.1 Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

Au Québec, la mise en place d'une démarche favorisant les meilleures pratiques a été engagée avec le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

❑ Le programme mis en place en 2010

Ce programme a été mis en place en 2010. Il faisait suite à plusieurs rapports remettant en cause la qualité des procédures alors utilisées pour dépister ce type de cancer. En 2008, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) avait publié un rapport faisant état de nombreuses déficiences dans les procédures observées au sein des établissements. En 2010, le Collège des médecins avait identifié des pratiques non optimales et publiait des normes d'exercice en matière de coloscopie³¹.

■ Des normes

Le programme mis en place en 2010 a consisté à identifier huit sites pilotes, où les établissements se sont engagés à respecter des critères de disponibilité des données, destinées à assurer le suivi de la performance et des pratiques.

La Direction québécoise de cancérologie a coordonné les travaux d'un comité d'experts chargé d'élaborer les « normes de pratique clinique relatives à la coloscopie ».

Le programme a conduit également à la définition de normes organisationnelles, visant le cheminement optimal des personnes requérant une coloscopie, ainsi que de mécanismes d'assurance qualité.

³¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Normes d'exercice en matière de coloscopie*, vol. 50, n° 2, 2010, p. 15.

■ Un soutien financier

Des investissements ont été effectués afin d'informatiser les unités d'endoscopie. Cette informatisation était essentielle, pour produire et calculer les indicateurs mesurant la performance, à partir des données saisies par les cliniciens. Les investissements consentis pour informatiser les unités d'endoscopie se sont élevés à un peu plus de 730 000 \$³², soit en moyenne 91 250 \$ par établissement.

Les établissements ont également reçu un soutien financier pour réaliser un rattrapage dans leurs listes d'attente. Les établissements participants étaient admissibles à un financement selon les activités pour les volumes d'activités excédant un certain seuil et à un tarif égal à 50 % du coût unitaire de la coloscopie afin d'accélérer le processus de traitement des cas hors délai.

Jusqu'à présent, les sommes associées à ce financement additionnel pour les huit sites pilotes participants sont d'un peu plus de 608 000 \$³³ pour l'année 2012-2013, ce qui représente près de 6 755 cas de coloscopie sur les 45 000 réalisées au total.

Ce soutien financier était justifié par les économies résultantes de l'ensemble de la démarche. Par exemple, un rapport³⁴ de l'INSPQ publié en 2008 fait état des résultats d'une étude réalisée dans plusieurs pays d'Europe³⁵. On y souligne que seulement 46 % des coloscopies chez les patients référés étaient appropriées ou nécessaires. En contrepartie, 27 % des références avaient une justification incertaine et 27 % des cas avaient une justification inappropriée. Ces résultats sont importants puisqu'ils pourraient révéler la non-pertinence d'une fraction significative des coloscopies, occasionner des risques pour la sécurité des patients et engendrer des dépenses non justifiables.

³² Données du ministère de la Santé et des Services sociaux.

³³ *Ibid.*

³⁴ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec*, 2008, p. 43, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/882_PertinFaisPrograCcColo.pdf.

³⁵ J.K. HARRIS, F. FROELICH, J.J. GONVERS, V. WIETLISBACH, V. BURNAND et J.P. VADER, « The Appropriateness of Colonoscopy: A Multi-center, International, Observational Study », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, 2007, p. 150-157.

❑ Pas de financement axé sur les patients valorisant la qualité

Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal s'est donc accompagné de soutiens financiers ciblés, mais il ne s'agissait pas d'un programme de financement axé sur les patients valorisant la qualité.

Le programme ne comportait pas de mécanisme d'allocation des ressources en fonction des résultats afin de valoriser les meilleures pratiques. Le programme comprenait cependant des outils ciblés pour atteindre certaines normes de qualité³⁶.

❑ Des résultats convaincants

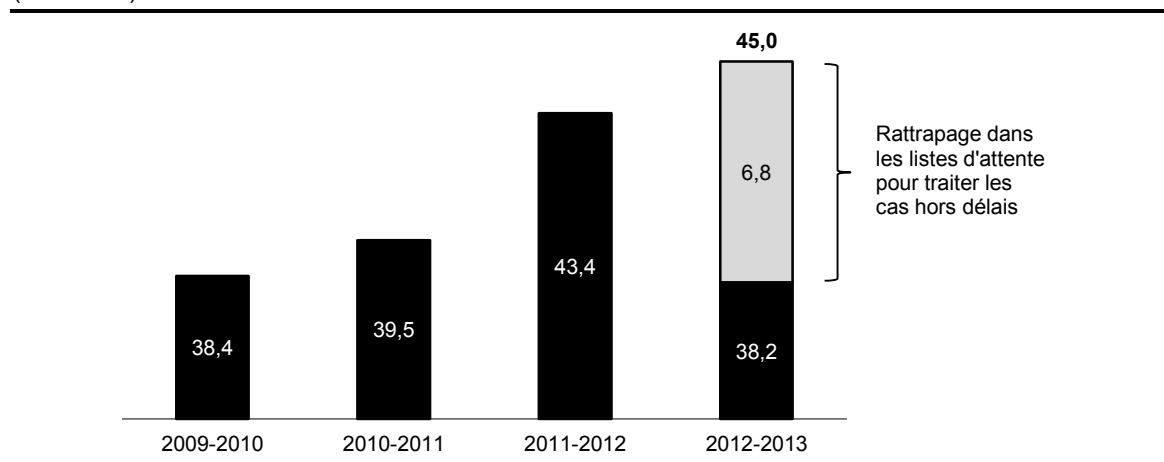
■ L'accroissement des volumes

Dans les huit sites pilotes, les volumes de coloscopie ont augmenté entre 2009-2010 et 2011-2012, passant de 38 400 à 43 400. Les gains liés à la pertinence pourraient donc couvrir une partie des frais engagés.

Cependant, on anticipe une réduction du nombre de coloscopies puisqu'une bonne part des coloscopies réalisées en 2012-2013 s'explique par le rattrapage temporaire destiné à traiter rapidement les cas hors délai toujours inscrits sur les listes d'attente.

GRAPHIQUE 11

Évolution des volumes de coloscopies entre 2009-2010 et 2012-2013 (en milliers)



Sources : Données de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

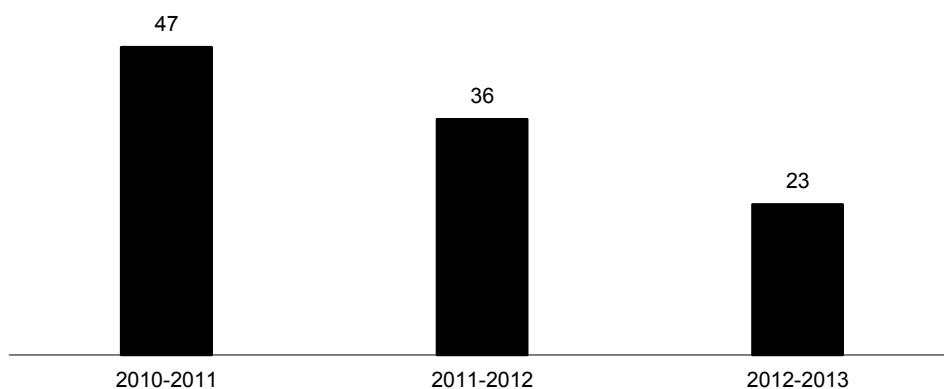
³⁶ Voir le fascicule 2, *La qualité des soins : une démarche valorisant les meilleures pratiques*, page 23.

■ La réduction des délais d'attente

Dans les mêmes établissements, le délai d'attente pour un examen coloscopique a diminué de moitié entre 2010-2011 et 2012-2013, passant de 47 jours à 23 jours, selon des données partielles.

GRAPHIQUE 12

Évolution du délai d'attente pour un examen coloscopique entre 2010-2011 et 2012-2013 (en jours d'attente)



Source : Données partielles de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

❑ La recommandation du groupe d'experts

À partir de l'expérience du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, le groupe d'experts propose d'utiliser le financement axé sur les patients pour valoriser les meilleures pratiques, et ainsi stimuler les efforts visant à améliorer la qualité des soins. Il faut à cette fin aller plus loin dans le programme actuel.

Le groupe d'experts propose d'étendre le programme à toutes les unités d'endoscopie en mesure de rencontrer les standards de qualité du Québec et de faire bénéficier les huit unités pilotes actuelles d'un financement en fonction des indicateurs de performance, pouvant se transformer ultérieurement en financement en fonction des meilleures pratiques.

Le groupe d'experts recommande d'étendre le financement en fonction des meilleures pratiques à d'autres secteurs cliniques prioritaires, choisis en fonction d'un certain nombre de critères.

Recommandation 6

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement applique le financement axé sur les patients dans le cadre d'une deuxième direction prioritaire, visant la qualité des soins.

Le gouvernement procéderait à l'élargissement et au financement en fonction des meilleures pratiques du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

Le gouvernement étendrait le financement en fonction des meilleures pratiques à d'autres secteurs cliniques prioritaires, dans le cadre d'un programme de financement selon les meilleures pratiques. Les secteurs cliniques prioritaires seraient choisis notamment en fonction de l'ampleur des résultats attendus.

5.2 Le déploiement national du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

Le groupe d'experts recommande le déploiement à l'ensemble du Québec du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal – ce programme étant graduellement transformé en un programme financé en fonction des meilleures pratiques.

Le groupe d'experts a précisé les démarches qu'il propose pour assurer un tel déploiement. Ces démarches sont présentées dans le fascicule 2 accompagnant ce rapport. On trouvera ci-après les principales propositions issues de cette analyse.

❑ La mise à niveau

Le programme actuel est appliqué dans huit sites pilotes. Le groupe d'experts recommande que toutes les unités d'endoscopie du Québec bénéficient du même programme, et soient ainsi mises à niveau.

À partir des informations reçues du ministère de la Santé et des Services sociaux, le groupe d'experts estime que cette mise à niveau représenterait des économies financières substantielles à moyen terme, même en considérant les investissements de départ pour les systèmes d'information et la formation des employés.

Les bénéfices financiers et sur la santé seraient obtenus par la combinaison d'un test de dépistage³⁷, limitant les coloscopies aux cas pertinents, et la prestation de traitements plus efficaces, résultant de l'utilisation des meilleures pratiques.

Les économies découlant des gains d'efficacité permettraient d'améliorer l'accès à la coloscopie et de réduire les longues listes d'attente qui sont encore présentes dans certaines régions du Québec de réaffecter les ressources à d'autres secteurs de soins prioritaires.

❑ Le financement en fonction des activités et de la performance

Le groupe d'experts recommande que les coloscopies effectuées dans les huit établissements pilotes bénéficiant actuellement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal soient financées en fonction de la performance.

- Le financement serait calculé selon les volumes d'activités et un tarif fondé sur le coût moyen.
- Le tarif serait ajusté selon les résultats obtenus par rapport à des indicateurs de performance.

Le groupe d'experts recommande que l'on améliore la connaissance des coûts en coloscopie, de telle sorte que l'on puisse utiliser les coûts par cas pour la totalité des établissements.

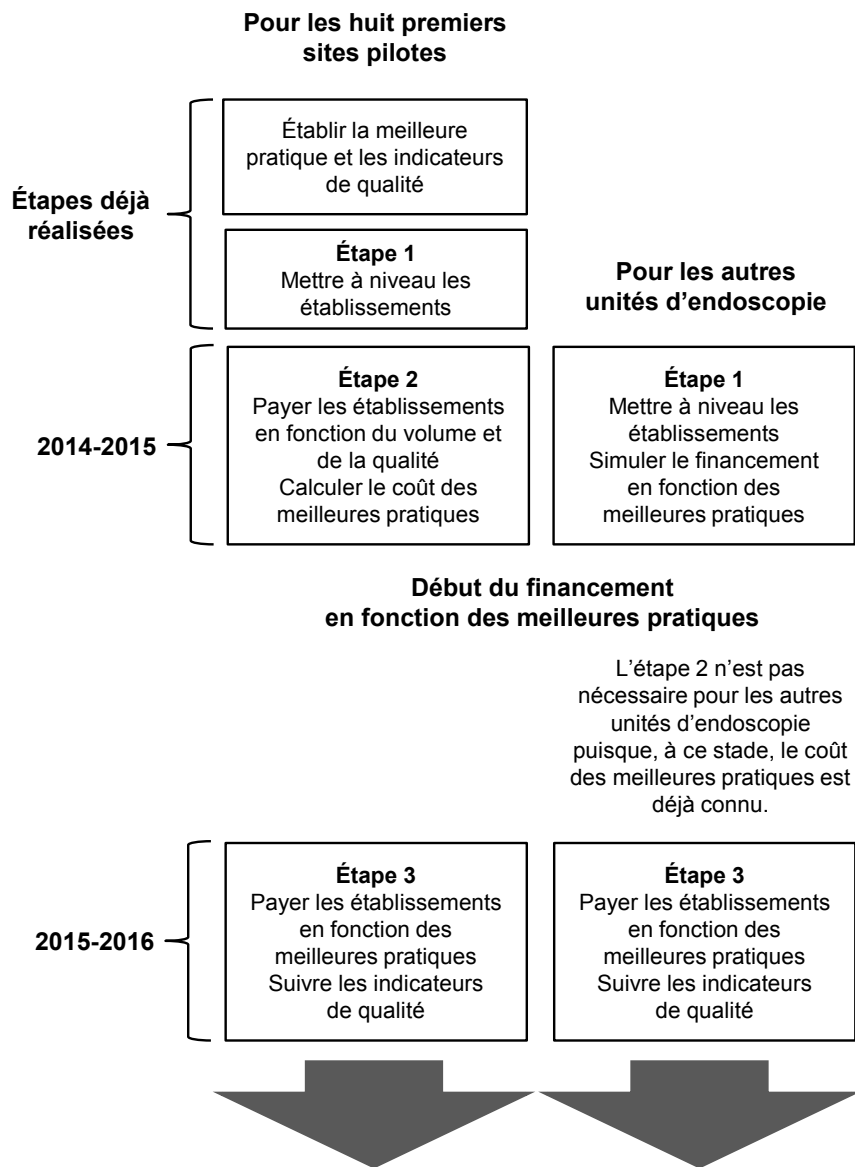
³⁷ Il s'agit du test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi), aussi appelé le test FIT (*Fecal Immunochemical Test*). Ce test est un examen de dépistage de haut niveau, économique et facile à utiliser. Le test RSOSi permet d'éviter d'imposer une coloscopie en première intention aux patients qui n'en ont pas besoin, et élimine donc les examens inutiles. Seuls les patients dont le test RSOSi est positif devront par la suite subir une coloscopie.

❑ Le paiement en fonction des meilleures pratiques

Le groupe d'experts recommande de transformer le programme de telle sorte que les coloscopies soient financées selon les meilleures pratiques.

ILLUSTRATION 4

Résumé de la proposition pour la coloscopie



5.3 Un programme de financement selon les meilleures pratiques

En même temps que le déploiement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, le groupe d'experts recommande la mise en place d'un programme de financement selon les meilleures pratiques dans les secteurs cliniques considérés comme prioritaires.

❑ L'objectif

Le programme de financement selon les meilleures pratiques serait directement inspiré du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal et des modèles de financement favorisant les meilleures pratiques que le groupe d'experts a observées à travers le monde.

Le but serait d'identifier les priorités retenues pour l'ensemble du Québec en matière de pratiques cliniques et d'en renforcer la diffusion en remplaçant les budgets globaux par des tarifs définis selon les meilleures pratiques.

La pérennité du système de santé est en bonne partie liée à l'amélioration de tous les aspects de la qualité des soins – soit la pertinence, l'efficacité et l'expérience du patient. La recommandation du groupe d'experts vise à utiliser les leviers financiers afin d'encourager l'adoption rapide des meilleures pratiques et l'utilisation d'interventions dont la mise en place serait peu coûteuse et pourrait prendre effet en quelques années.

Pour implanter plus rapidement et systématiquement des pratiques fondées sur des données probantes, un effort concerté est nécessaire. Cet effort doit permettre de réunir les bons acteurs dans l'implantation d'un leadership clinique et administratif engagé.

Les buts et objectifs du programme de financement selon les meilleures pratiques seraient les suivants :

- systématiser la sélection des interventions qui offrent le plus de potentiel d'accroissement de la valeur, en y appliquant des critères convenus pour identifier les secteurs cliniques prioritaires;
- insérer les secteurs cliniques prioritaires à l'intérieur de la planification pluriannuelle de l'implantation d'un programme de financement selon les meilleures pratiques, appuyée par une gestion de projet au Ministère;
- d'un secteur d'activité à l'autre et au fil des expériences réalisées, faire ressortir les leçons apprises afin de développer les compétences nécessaires à l'identification et à la diffusion des meilleures pratiques partout au Québec, et ce, au sein même du système de santé et chez les acteurs concernés;
- permettre au système de santé de développer des acquis dans l'ensemble de ses organismes et à tous les paliers, et d'assurer leur harmonisation;
- obtenir des résultats plus marquants que ceux que peuvent apporter des expériences ponctuelles et isolées, afin d'amorcer un changement de culture.

Ces buts et objectifs requièrent le leadership du Ministère pour favoriser l'adoption des meilleures pratiques soutenues par le financement.

❑ Les critères de sélection des services cliniques

Le programme s'appliquerait à un nombre restreint d'interventions, identifiées chaque année – l'implantation s'étalant sur une période continue incluant trois étapes.

Le groupe d'experts a établi un certain nombre de critères permettant de sélectionner les secteurs cliniques prioritaires à qui serait proposé le programme de financement selon les meilleures pratiques.

Parmi ces critères, le groupe d'experts a ainsi retenu :

- l'importance du secteur clinique en ce qui a trait au nombre d'interventions et de patients concernés;
- la présence de variations importantes dans les pratiques observées;
- l'impact pour ce qui est des résultats de santé;
- le potentiel d'amélioration de l'expérience du patient;
- la rigueur des données probantes tirées de la recherche scientifique;
- le niveau de motivation et d'engagement des responsables cliniques;
- l'existence d'une analyse coûts-avantages évaluant les bénéfices attendus à partir de coûts limités.

❑ Le leadership clinique

Une diffusion réussie des meilleures pratiques repose sur un leadership clinique voué à l'objectif recherché. Comme dans le cas du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, on doit pouvoir s'appuyer sur un leadership clinique et administratif efficace et sur une équipe multidisciplinaire permettant une bonne compréhension de la dispensation des soins.

Le groupe d'experts recommande que chaque secteur clinique prioritaire ait ses « leaders cliniques et administratifs », appuyés par une équipe multidisciplinaire efficace et cohérente.

❑ L'analyse coûts-avantages

Les interventions choisies devraient présenter un potentiel d'amélioration des soins et un ratio coûts-avantages positif. Il serait donc nécessaire de préparer une analyse coûts-avantages convaincante illustrant les bénéfices escomptés.

Le but est de fournir un document plus quantitatif que qualitatif, s'appuyant sur des données rigoureuses, pour faire la démonstration des gains à obtenir et présenter des cibles de résultats au regard desquelles il serait possible d'évaluer le succès du projet en fin de course.

Il s'agirait donc de réaliser une revue de littérature de la recherche appliquée à l'activité clinique visée, y compris l'expérience du patient, et d'être en mesure d'obtenir des données de résultats sur la santé des patients traités.

On doit disposer d'arguments en faveur du changement et cet argumentaire doit inclure une analyse des coûts et des bénéfices anticipés sur la base des coûts, des volumes et de l'effet probable de l'implantation des meilleures pratiques. Dans un contexte de rareté des ressources, les secteurs qui voudraient bénéficier d'investissements devront désormais tenir compte aussi du facteur « efficience ».

❑ **Le processus proposé**

Le groupe d'experts propose une implantation du programme en trois étapes.

■ **La première étape**

Au cours de la première étape, une cohorte de premiers adhérents entamerait le projet et démarrerait la mise à niveau des façons de faire, en fonction des guides de meilleures pratiques ainsi que des standards et des cibles déterminés.

Ces premiers adhérents pourraient bénéficier d'un financement pour l'implantation temporaire, afin de soutenir l'adoption des systèmes standardisés pour la collecte des données cliniques et financières. Ces premiers adhérents pourraient également obtenir un financement incitatif, par exemple afin de réduire la longueur des listes d'attente. Cette aide financière serait temporaire.

Au cours de cette étape, il est suggéré de suivre l'avancement du projet à l'aide d'un ensemble d'indicateurs.

■ **La deuxième étape**

La deuxième étape viserait à remplacer le financement global par un financement selon la performance et à calculer le coût de la meilleure pratique.

Les premiers adhérents volontaires auraient eu le temps de s'habituer aux standards de pratiques ainsi qu'aux cibles. Les premiers adhérents abandonneraient l'enveloppe de financement globale pour la remplacer par un financement selon la performance.

Au fur et à mesure de l'implantation des meilleures pratiques, les données traduiraient de façon de plus en plus précise la différence entre le coût moyen de départ et le « coût des meilleures pratiques ».

■ **La troisième étape**

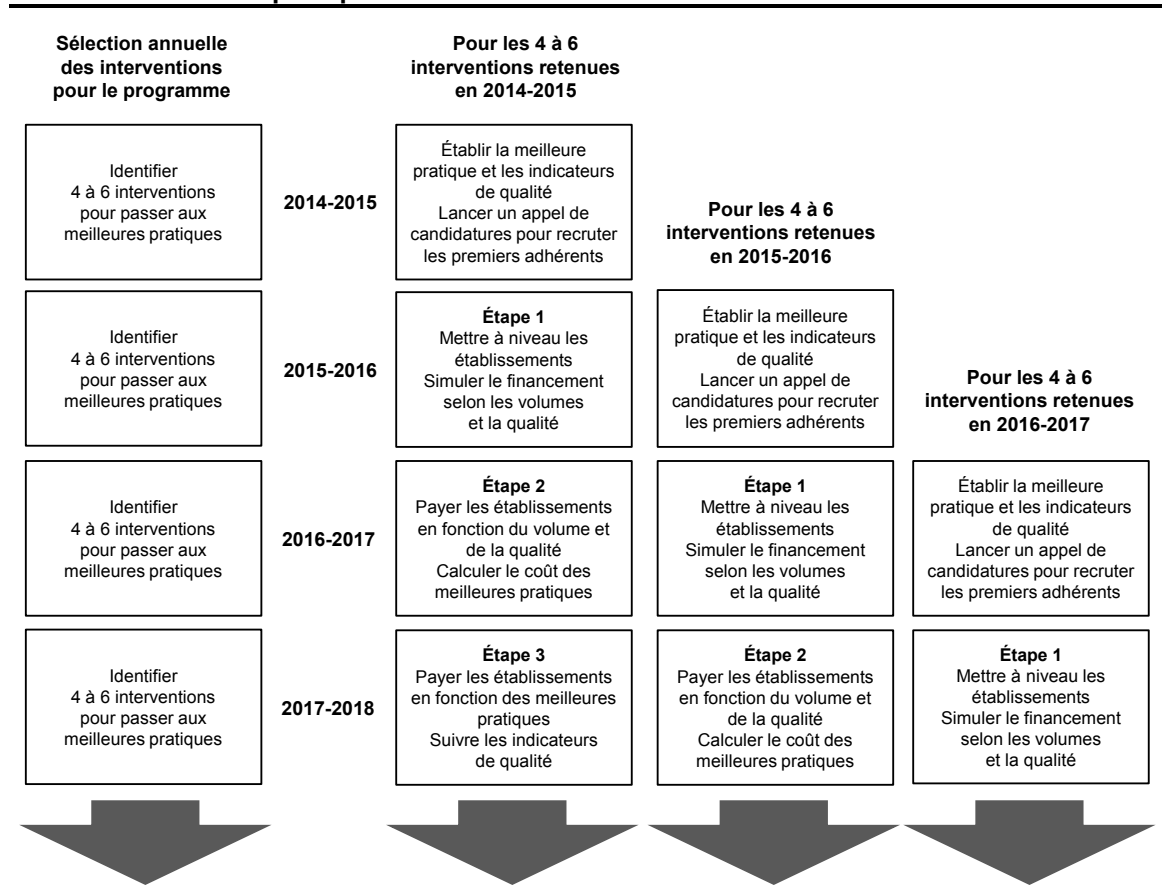
La troisième et dernière étape serait consacrée à l'implantation effective du paiement selon les meilleures pratiques. On entamerait cette étape lorsque les données seraient suffisantes pour définir un tarif de meilleures pratiques.

L'objectif serait d'utiliser les meilleures pratiques, de s'assurer qu'elles sont appliquées et de vérifier que le protocole est respecté.

Il demeurerait essentiel d'assurer un suivi de la qualité, des volumes et des coûts. On doit cependant éviter la mise en place d'un processus d'audit trop lourd. On devrait plutôt se limiter à effectuer un suivi ciblé des établissements dont les résultats et les indicateurs divergent des résultats souhaités.

ILLUSTRATION 5

Synthèse de la démarche proposée : programme de financement selon les meilleures pratiques



❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 7

Le groupe d'experts recommande que l'implantation du financement axé sur les patients ait pour objectif explicite d'améliorer la qualité des soins.

Le groupe d'experts recommande que le programme de financement selon les meilleures pratiques s'appuie sur un leadership clinique, des structures, des processus et des habiletés garantissant que les meilleures pratiques ciblées seront diffusées et soutenues par le financement.

Le groupe d'experts recommande d'élaborer un plan pour un financement selon les meilleures pratiques en consultation avec des cliniciens et des experts.

Le groupe d'experts recommande qu'un nombre significatif de secteurs cliniques soit inclus dans le programme chaque année, en fonction de l'ampleur des résultats attendus et sur la base des critères proposés.

Deux exemples de financement selon les meilleures pratiques

Les best practice tariffs en Angleterre

Depuis le 1^{er} avril 2010, le National Health Service (NHS) en Angleterre a substitué au coût moyen un coût optimal dans son système de financement. Le coût optimal est calculé sur la base des meilleures pratiques médicales, pour certains problèmes de santé et types de soins (dont la cataracte, la fracture de la hanche, l'accident vasculaire cérébral, la dialyse rénale et la cholécystectomie). Ce tarif est fondé sur le coût de la pratique la plus efficace. Selon le NHS, ce tarif selon la meilleure pratique peut être inférieur ou supérieur au coût moyen et être conditionnel à certaines exigences.

Il n'existe pas de modalité de calcul unique. Les tarifs sont calculés selon des modalités propres à chaque intervention, en fonction des meilleures pratiques reconnues et de la disponibilité des données sur la qualité.

Les critères de sélection de ces interventions sont fondés sur :

- une incidence élevée, c'est-à-dire un volume élevé, des variations importantes dans les pratiques et un effet significatif sur le plan des résultats de santé;
- la disponibilité de données probantes sur ce qui constitue les meilleures pratiques;
- un large consensus d'experts sur les caractéristiques de la meilleure pratique.

En règle générale, le tarif doit s'appliquer non seulement à l'intervention chirurgicale, mais également aux étapes de la prise en charge en amont et en aval, du diagnostic jusqu'au suivi postopératoire. Par exemple, pour le traitement de la cataracte, la meilleure pratique consiste à effectuer tous les examens préopératoires au même moment, la chirurgie en ambulatoire et tous les examens de suivi sur une seule journée, deux semaines après l'intervention.

Deux exemples de financement selon les meilleures pratiques (suite)

Les actes médicaux fondés sur la qualité en Ontario

En Ontario, les actes médicaux fondés sur la qualité visent à rembourser les fournisseurs de soins en fonction du type et du nombre de patients traités par les établissements en ayant recours à des tarifs établis sur la base de données probantes et ajustées à la lourdeur des cas et à la qualité des soins.

Des experts développent des trajectoires de soins cliniques suivant les meilleures pratiques pour chacune des « actes médicaux fondés sur la qualité » et doivent établir un tarif en fonction des coûts réels de chaque intervention. Pour définir et prioriser les interventions fondées sur la qualité, un cadre de travail axé sur les données cliniques et la qualité a été utilisé en s'appuyant sur quatre principes : l'existence d'une variation de la pratique, la disponibilité des données cliniques, la faisabilité du changement et la présence de l'infrastructure nécessaire.

En 2012-2013, le tarif des interventions fondées sur la qualité correspondait au 40^e centile des coûts encourus en moyenne sur une période de trois ans pour les établissements participants. Avec le temps, ce tarif sera remplacé par un « tarif selon les meilleures pratiques » reflétant davantage les considérations de qualité des soins.

Les tarifs doivent financer l'ensemble de la trajectoire de soins. Si on prend l'exemple d'une arthroplastie complète du genou, le patient aura besoin de chirurgie et de réadaptation. Les interventions fondées sur la qualité précisent le montant d'argent que chaque fournisseur de santé recevra pour sa contribution au parcours de santé du patient.

Actuellement, les dix interventions ciblées sont l'arthroplastie de la hanche, l'arthroplastie du genou, la chirurgie de la cataracte, le traitement de la néphropathie chronique, l'endoscopie gastro-intestinale, la chimiothérapie – la thérapie générale, la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque congestive, le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique et les interventions vasculaires (non cardiaques). Au cours des trois prochaines années, il est prévu de se pencher sur d'autres interventions ciblées.

Sources : Pour une évaluation des résultats plus détaillée, voir : R. MACDONALD, S. ZAID, S. TODD, F. KONTEH, K. HUSSAIN, J. ROE, T. ALLEN, E. FICHERA et M. SUTTON, *A Qualitative and Quantitative Evaluation of the Introduction of Best Practice Tariffs*, Londres, R.-U., Department of Health, 2012, 81 p.

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est, *Patient-Based Funding, Quality-Based Procedures*, 2012, [[http://www.southeastlin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Health_System_Funding_Reform/HSFR%20QBP%20present%20for%20HPAC%20-%2012Oct%2010%20\(3\).pdf](http://www.southeastlin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Health_System_Funding_Reform/HSFR%20QBP%20present%20for%20HPAC%20-%2012Oct%2010%20(3).pdf)].

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Plan d'amélioration de la qualité 2013-2014 : document d'orientation pour les hôpitaux de l'Ontario*, annexe D, 2012, [http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/qualityimprove/appendix_d_2013.pdf].

6. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES : UN FINANCEMENT FAVORISANT L'INTÉGRATION DES SOINS

Le groupe d'experts propose une troisième application du financement axé sur les patients, dans le domaine de la prise en charge des patients aux prises avec plusieurs maladies chroniques.

- Les maladies chroniques représentent un véritable défi pour le système de santé. Le traitement des maladies chroniques sera la source d'importantes pressions cliniques et financières sur le système de santé. Il faut anticiper ces pressions et engager des changements d'envergure dans la manière dont sont soignés les patients souffrant de maladies chroniques.
- Le groupe d'experts recommande au gouvernement d'utiliser le financement axé sur les patients pour soutenir et stimuler l'intégration des services offerts aux malades chroniques, afin d'accroître les services dans la communauté et à domicile.

Le groupe d'experts a encadré une étude spécifique³⁸ sur la prise en charge et le financement des personnes atteintes de maladies chroniques. Cette étude est rendue publique en même temps que le rapport.

³⁸ Madeleine BRETON, *Avis sur le financement de la prise en charge des maladies chroniques*, [Document technique], décembre 2013.

6.1 Le défi des maladies chroniques

Comme l'ensemble des pays développés, le Québec connaît une augmentation rapide des maladies chroniques.

❑ Le cri d'alarme de l'OMS

Dès le début des années 1990, l'Organisation mondiale de la Santé sonnait un cri d'alarme devant la montée rapide des maladies chroniques et à leurs conséquences, tant pour les personnes atteintes que pour les systèmes de santé des pays concernés.

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques est en partie liée à la prolongation de l'espérance de vie et au vieillissement de la population. Elle dépend également fortement des habitudes de vie.

En 2005, selon l'Institut de la statistique du Québec, des proportions importantes de personnes avaient deux ou trois maladies chroniques et plus. On constatait que le pourcentage de personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques – ou de comorbidités – augmente avec l'âge.

Alors que seulement 2,4 % des 25-44 ans ont déclaré être atteints de deux maladies chroniques ou plus, cette proportion atteint 14,8 % parmi les 45-64 ans, 38,6 % parmi les 65-79 ans et 48,6 % parmi les 80 ans et plus. La comorbidité a un effet direct sur l'organisation des services puisque les personnes atteintes de plusieurs problèmes de façon concomitante sont généralement moins autonomes et requièrent un niveau de soins plus élevé.

TABEAU 5

Proportion des personnes ayant plusieurs maladies chroniques par tranche d'âge, en 2005, au Québec
(en pourcentage)

	2 maladies chroniques et plus	3 maladies chroniques et plus
25-44 ans	2,4	0,7 ⁽¹⁾
45-64 ans	14,8	4,6
65-79 ans	38,6	14,0
80 ans et plus	48,6	18,5

(1) Estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Zoom santé*, mars 2008.

Les maladies chroniques

On entend par maladies chroniques des maladies non contagieuses, qui se développent lentement, conduisent à des incapacités et peuvent se prolonger dans le temps.

Les maladies chroniques sont souvent incurables. Cependant, un grand nombre d'entre elles sont évitables.

❑ Le système de santé interpellé

L'accroissement de la prévalence des maladies chroniques interpelle directement le système de santé.

Les personnes ayant des maladies chroniques peuvent devenir de grandes utilisatrices du système de santé si elles ne trouvent pas de réponse appropriée à leur situation. On estime qu'au Québec, les maladies de l'appareil circulatoire sont la cause de 90 000 hospitalisations annuelles.

En 2010-2011, au Québec, 36 % de personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée ont consulté un médecin trois fois ou plus³⁹. Environ 17 % des personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée et ayant un médecin de famille ont eu besoin d'une consultation sans pouvoir l'obtenir au cours d'une période de 12 mois.

■ Un triple défi

Dans un contexte où la population vit plus longtemps avec plusieurs maladies chroniques, et où cette même population peut s'appuyer sur les avancées médicales et les nouvelles technologies, le défi posé au système de santé du Québec est triple.

- Il faut offrir des services de qualité à un nombre grandissant de personnes. Trop souvent, les interventions professionnelles sont effectuées à la pièce, chaque clinicien ne sachant ce que le précédent a fait.
- Les services doivent être offerts selon une approche nouvelle, s'éloignant de ce que l'on trouve dans les hôpitaux traditionnels. Le patient doit être impliqué et doit donc pouvoir gérer ses soins. Les soins en première ligne sont d'une importance critique, constituant l'encrage du continuum de soins dans la communauté et à domicile. Le patient a besoin d'un accès en temps opportun à des soins intégrés, et non à des actes professionnels séparés provenant de praticiens individuels. Le but est de lui offrir une qualité de vie maximale et stable.
- Ces services doivent être dispensés avec la meilleure qualité possible et au meilleur coût possible, pour assurer la pérennité du système.

³⁹ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*, vol. 4, 2013.

Vivre avec des problèmes de santé chroniques

La plupart des services de santé ont été conçus autour d'un modèle de soins de courte durée. Les maladies chroniques et les conditions de long terme soulèvent des enjeux différents, et nécessitent de nouvelles façons de penser et de travailler.

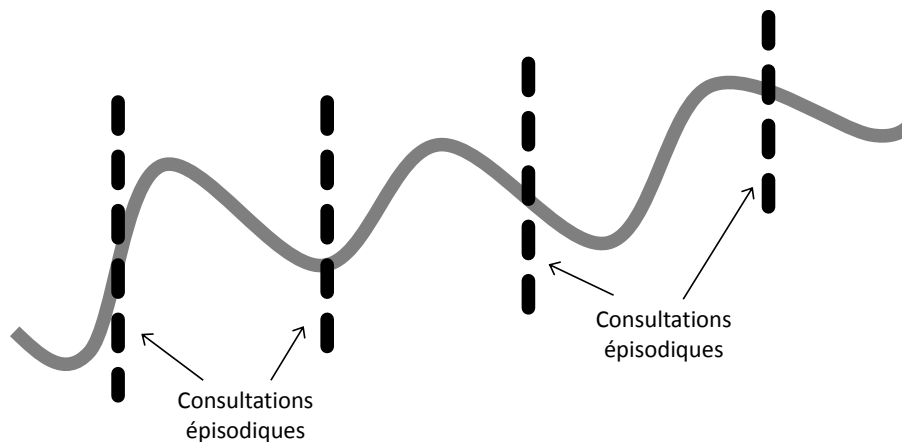
Le diagramme ci-dessous illustre la vie quotidienne d'une personne ayant des problèmes de santé chroniques.

- La ligne ondulée représente les hauts et les bas de la vie quotidienne, lorsque la personne gère son propre état de santé et sa vie.
- Les lignes verticales représentent les points de contact avec les services de santé et les services sociaux.

Cela met en évidence deux messages importants :

- les contacts avec les professionnels de la santé sont limités et ne représentent qu'une petite partie de la vie d'une personne (trois heures de soins par rapport à 8 757 heures d'autosoins dans une année);
- les contacts avec les soins de santé et les services sociaux sont souvent placés à des intervalles réguliers, sans lien avec des événements réels ou les besoins du patient.

Vie quotidienne d'une personne ayant des problèmes de santé chroniques



Source : NATIONAL HEALTH SERVICE, *Year of Care*, Angleterre, [En ligne], <http://www.yearofcare.co.uk/challenge/>.

❑ Les initiatives engagées au Québec

Au Québec, différentes mesures ont été prises pour faire face à l'augmentation rapide des maladies chroniques.

- Les CSSS, qui regroupent dans un même établissement des services sociaux et de santé, offrent une gamme de programmes et de services dispensés par des équipes de professionnels qui travaillent en interdisciplinarité et connaissent bien la population locale, ses besoins et les ressources disponibles.
- Les groupes de médecine familiale et les cliniques-réseau intégrées offrent une pratique médicale familiale interprofessionnelle aux patients qui les fréquentent.
- Au printemps 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait public un cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques. Ce cadre respecte les meilleures pratiques décrites dans la littérature. Il se fonde sur un modèle reconnu à l'échelle internationale, le *Chronic Care Model*⁴⁰.
- Des programmes de prévention et de traitement des maladies chroniques ont été mis en place dans plusieurs régions du Québec. Des initiatives sont en cours dans des CSSS et des cliniques médicales, notamment dans les groupes de médecine familiale.

❑ Des mesures qui ne suffisent pas

Ces mesures ne suffisent cependant pas pour répondre au défi des maladies chroniques. On ne dispose pas d'information sur la clientèle concernée, ni sur les besoins à couvrir ni sur les résultats actuellement obtenus à partir des soins dispensés en raison de l'absence de systèmes d'information.

On ne dispose pas non plus de données sur les coûts de traitement des maladies chroniques. Il n'existe pas non plus de suivi et de contrôle des coûts pour la gestion des maladies chroniques.

Il n'existe pas de véritable système de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, permettant d'intégrer les services offerts. Les incitatifs liés aux modes de financement actuels ne soutiennent pas l'intégration des services. Au contraire, ils encouragent les cliniciens à travailler de façon isolée et en silo.

Le mode de financement selon le budget global et le financement à l'acte séparé des médecins contrecarrent les efforts déployés au sein du réseau pour améliorer le suivi des maladies chroniques.

⁴⁰ EH, WAGNER, « Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness? », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, n° 1, p. 2-4, septembre 1998.

Les maillons santé en Ontario

Mis en place en Ontario, les maillons santé placent les patients au centre du système de santé avec l'aide d'omnipraticiens les guidant à travers le réseau tout au long de leur traitement. Le gouvernement de l'Ontario a décidé qu'il fallait agir pour améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes aux prises avec plusieurs problèmes de santé de longue durée.

S'appuyant sur le partenariat de Northumberland, développé par la Change Foundation, le gouvernement cherche à répandre les réseaux de soins de santé partout en Ontario pour servir les personnes les plus vulnérables aux prises avec de multiples problèmes de santé chroniques.

Par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration et des centres d'accès aux soins communautaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a incité les réseaux de regroupement de services de santé à s'inscrire et a sélectionné une cohorte de premiers adeptes répondant à certains critères :

- une preuve de collaboration entre les différents secteurs;
- la participation d'au moins 65 % des omnipraticiens de la région couverte par le maillon santé;
- un engagement fort à utiliser les dossiers médicaux électroniques;
- la capacité à identifier les cohortes de patients qui ont les besoins les plus complexes sur leur territoire;
- la capacité de suivre la trace de ces cohortes.

L'élément le plus important est la capacité de fournir aux patients un plan de soins personnalisé et de s'assurer que des patients ont accès régulièrement à un fournisseur de soins primaires.

Aucun incitatif financier n'a été prévu à la première étape du développement des maillons santé, mais l'initiative est bien alignée avec les autres aspects de la réforme du financement de la santé de l'Ontario.

Sources : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, Rapport d'étape après deux ans*, janvier 2014, http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/progress_healthychange_2yr.pdf et une entrevue téléphonique avec des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Les enseignements que l'on peut tirer du traitement des maladies chroniques à l'étranger

Les expériences de traitement des maladies chroniques observées à l'étranger permettent de dégager quelques principes clés, tous dérivés du modèle de soins chroniques défini par Edward Wagner (le *Chronic Care Model*).

Ces principes sont les suivants :

- il faut travailler en réseau de service intégré, en mobilisant les ressources de la communauté pour satisfaire les besoins des personnes, et en faisant en sorte que les personnes traitées participent à leur traitement;
- on doit mettre l'accent sur l'évaluation des patients, pour être en mesure d'offrir aux patients le service correspondant le mieux à leur état;
- plus un patient est lourdement atteint, plus on doit mettre l'accent sur la coordination des soins, la gestion de cas et une disponibilité d'intervention 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- on doit mettre l'accent sur le travail d'équipes interdisciplinaires composées de dispensateurs de services liés conjointement à l'atteinte de résultats après d'une clientèle donnée;
- ces équipes doivent ajuster leurs services aux besoins des patients, mettre de l'avant le rôle de la communauté et favoriser le contrôle de la maladie par les patients;
- ces équipes sont plus efficaces si elles sont imputables des coûts de leurs services.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Le groupe d'experts propose d'utiliser le financement axé sur les patients pour favoriser l'intégration des soins, dans le traitement des maladies chroniques.

Le financement axé sur les patients est pondéré en fonction du profil de risques des patients ciblés et permet d'allouer les ressources en fonction des résultats attendus en matière de qualité des soins et des coûts. Ce type de financement donnerait au Québec la possibilité de financer les soins dispensés aux personnes atteintes de maladies chroniques en incitant au développement de services efficaces et efficients.

Concrètement, le groupe d'experts propose que le gouvernement prépare, expérimente et évalue la création de consortiums composés de médecins et d'autres professionnels de la santé.

Ces professionnels s'engageraient à offrir une prise en charge de qualité au meilleur coût possible aux personnes atteintes de multiples maladies chroniques, dont la condition est instable.

Recommandation 8

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement applique le financement axé sur les patients dans le cadre d'une troisième direction prioritaire visant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, afin de favoriser l'intégration des services.

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement commence par des expérimentations concrètes, accompagnées de l'appui requis.

Le gouvernement mettrait en place un programme favorisant la création de consortiums composés de médecins et d'autres professionnels de la santé, consacrés à la prise en charge des personnes aux prises avec de multiples maladies chroniques et une condition instable.

Le financement de ces consortiums serait pondéré en fonction du profil de risque des patients ciblés et déterminé sur la base des résultats obtenus.

6.2 L'application du financement axé sur les patients à la prise en charge des maladies chroniques

Le groupe d'experts a analysé de façon concrète les démarches à engager afin d'appliquer le financement axé sur les patients à la prise en charge des maladies chroniques, en vue de favoriser l'intégration des services.

On trouvera ci-après les propositions issues de cette analyse.

❑ Mettre en place les conditions de départ

Au Québec, les seules caractéristiques de la clientèle à desservir dont on dispose sont fondées sur des données épidémiologiques calculées pour de très grands ensembles de population.

■ Des données sur les personnes

Pour assurer un suivi adapté qui garantit la qualité des services et permettant un suivi des coûts, il est important de disposer de données beaucoup plus fines, telles que :

- le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et de maladies chroniques multiples dans un territoire donné;
- parmi elles, le nombre de personnes qui présentent de grands besoins et une condition instable.

Ces informations peuvent être rendues disponibles à partir des banques de données existantes, mais elles devront être validées régionalement et localement. Dans tous les cas, il faudra convenir de ce que l'on entend par « clientèles lourdement atteintes et instables » et préciser les critères selon lesquels elles sont classifiées.

■ Les services que l'on compte offrir

Lorsque la clientèle est identifiée, il faut préciser les services que l'on compte lui offrir et à quels coûts. Cette étape devrait être préparée avec des cliniciens, des médecins, des travailleurs sociaux et des infirmières.

Les lignes directrices sur les meilleures pratiques pourraient servir de guide tout en favorisant l'autonomie des personnes ayant besoin de soins.

■ Les résultats visés

La démarche devra permettre de préciser les résultats visés pour la clientèle et pour le système, de même que les indicateurs utilisés pour témoigner de ces résultats.

Le travail réalisé par l'INESSS, de même que les suivis effectués dans d'autres sociétés, facilitera la sélection d'indicateurs. Il sera important de mettre sur pied des systèmes d'information capables de rendre compte, en temps opportun, des résultats visés.

La description de la situation actuelle (les clientèles, les services à offrir et les coûts) et la capacité de suivre l'atteinte des résultats visés sont des étapes essentielles pour l'amélioration de la qualité et le contrôle des coûts.

❑ **Bâtir des consortiums de soins**

La mise en place des consortiums de soins vise à faire en sorte que des équipes assurant le suivi de clientèles identifiées deviennent conjointement responsables d'atteindre les résultats visés en termes de santé, tout contrôlant les coûts.

Pour couvrir tous les volets de services requis par la clientèle lourdement atteinte de maladies chroniques, un consortium de différents partenaires ayant une forte représentation en première ligne est souhaitable. Ce consortium pourrait inclure, par exemple, un CSSS, un groupe de médecine familiale, une clinique médicale spécialisée et des organismes de la communauté.

Puisqu'ils deviennent solidairement responsables de l'atteinte de résultats, les membres du consortium devront se doter de mécanismes de gouverne clinique et administrative, c'est-à-dire de règles qui garantissent la qualité des soins et la coordination administrative du consortium.

❑ **Élaborer et introduire des incitatifs financiers favorisant l'intégration**

Dans les juridictions où des incitatifs financiers appuient l'atteinte de résultats, un contrat est établi entre les dispensateurs (ici le consortium par son responsable de la coordination administrative) et un organisme payeur qui pourrait, dans le système québécois, être l'agence régionale de la santé et de services sociaux ou le CSSS. Le contrat établit les résultats à atteindre, les mesures prévues et les modalités financières qui appuient l'atteinte de ces résultats.

Différentes avenues sont possibles pour faire en sorte que le financement intervienne positivement.

- On peut prévoir la bonification financière pour l'atteinte des résultats visés. Lorsque les indicateurs de suivi auront été validés et qu'ils auront un bon niveau de fiabilité, une bonification du financement pourrait être octroyée aux consortiums qui obtiennent de bons résultats.
- On peut utiliser le financement par personne. Il pourrait aussi être envisagé qu'une portion du financement du système de santé soit allouée sur une base par personne en fonction de la lourdeur de la clientèle desservie.

Ces modalités ou d'autres permettront d'utiliser le financement pour appuyer les résultats recherchés. Étant donné l'importance croissante des maladies chroniques, la recherche de résultats de qualité et leurs suivis sont essentiels.

❑ **Adopter un plan de travail précis**

Pour mener à bien ce projet, le groupe d'experts propose un plan de travail en trois phases.

■ **Une première phase**

Une première phase, dite « préparatoire », pour :

- dresser un portrait des clientèles à desservir, définir les services, développer les outils de classification et estimer les coûts;
- élaborer les projets d'expérimentation notamment en ce qui concerne les modalités de création des consortiums et d'inscription de la clientèle, des mécanismes de gouvernance et de reddition de comptes, ainsi que des modèles de financement axé sur les patients qui encouragent l'intégration des soins et favorisent l'atteinte des résultats.

■ **Une deuxième phase**

Une deuxième phase pour expérimenter concrètement la mise en place de consortiums avec financement sur la base des résultats obtenus selon les paramètres identifiés en phase préparatoire.

■ **Une troisième phase**

Une troisième phase pour mesurer et évaluer les résultats, apporter les correctifs nécessaires et convenir des modalités d'implantation graduelle du modèle.

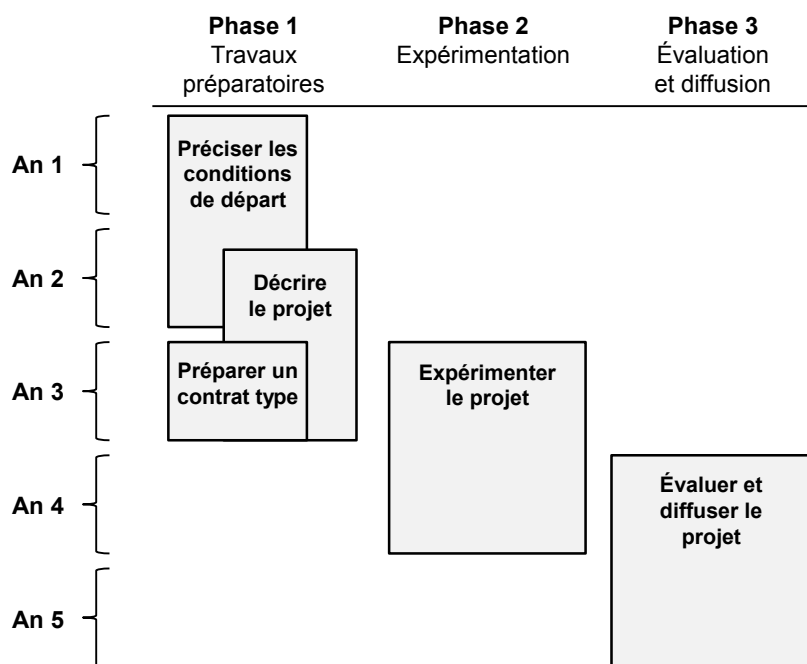
■ **Une démarche déjà engagée ailleurs**

La démarche proposée peut sembler ambitieuse, mais ce travail est actuellement à l'agenda de plusieurs juridictions, au Canada et dans le monde.

La qualité et l'efficacité étant devenues des enjeux de pérennité pour les systèmes de santé, la mise en place d'un système efficace de gestion des personnes atteintes des maladies chroniques et son suivi sont en voie d'être améliorés partout.

Il faudra toutefois prendre le temps de bâtir ce projet et de l'expérimenter de façon rigoureuse. Un calendrier de cinq ans semble nécessaire.

Plan de travail quinquennal pour la mise en place de consortiums de traitement et de soutien pour les personnes sévèrement atteintes de maladies chroniques



■ Bien préciser les conditions de départ

Lors des travaux préparatoires, il est nécessaire de préciser les conditions de départ, c'est-à-dire :

- intéresser des médecins à participer à la préparation du projet et à son expérimentation et préciser la clientèle à desservir;
- développer des outils de classification de la clientèle, définir les services qui feront partie du programme ainsi que leurs coûts et préparer un portrait des coûts actuels pour la gestion des maladies chroniques et ceux propres aux personnes lourdement atteintes;
- définir un mode de financement unique qui appuie l'atteinte des résultats.

■ Bien décrire le projet

Il importe aussi de bien décrire le projet, ce qui implique :

- de préciser les résultats à atteindre (sous forme d'indicateurs de santé et de réduction des coûts) et les modalités d'inscription de la clientèle;
- d'identifier des mécanismes de gouvernance clinique et administrative et de développer une tarification de prise en charge en lien avec les résultats attendus et les autres modes de financement actuellement en place;
- de préparer le suivi financier et contractuel et d'identifier des mécanismes de reddition de comptes.

À ce stade, il devient possible de préparer un contrat type conforme aux plans clinique, juridique et financier et d'obtenir son acceptation par les médecins et les autres professionnels.

Durant la phase d'expérimentation, la mise en place des consortiums permet d'introduire un financement sur la base des résultats, et d'en préciser les bases et les modalités.

La dernière phase d'évaluation et de diffusion vise à mesurer les résultats et faire les ajustements nécessaires, puis à diffuser les résultats de l'expérimentation et convenir de modalités d'implantation graduelle.

Le programme *Year of Care* en Angleterre

En Angleterre, le département de la santé met en œuvre le programme « *Year of Care* » pour intégrer la planification personnalisée des soins de routine pour les personnes aux prises avec plusieurs problèmes de santé chroniques. Ce programme prévoit un paiement pour une année de soins auprès des personnes atteintes des maladies chroniques en ajustant les soins et les services prodigués à la volonté et à la capacité des personnes.

Le programme *Year of Care* comporte deux composantes :

- la planification des soins (*care planning*) : communication, négociation et prise de décision entre le patient et les professionnels de la santé concernant la gestion des soins;
- l'achat de services de soins (*commissioning*) : achat de services locaux appropriés pour soutenir les choix que font les patients avec leurs professionnels de santé lors de la planification des soins en favorisant l'autogestion et le maintien d'un bon état de santé.

Les objectifs du programme *Year of Care* sont de maximiser le bien-être des personnes aux prises avec des maladies chroniques, leur qualité de vie et une utilisation efficiente des ressources. Le fonctionnement du programme est présenté ici selon six volets.

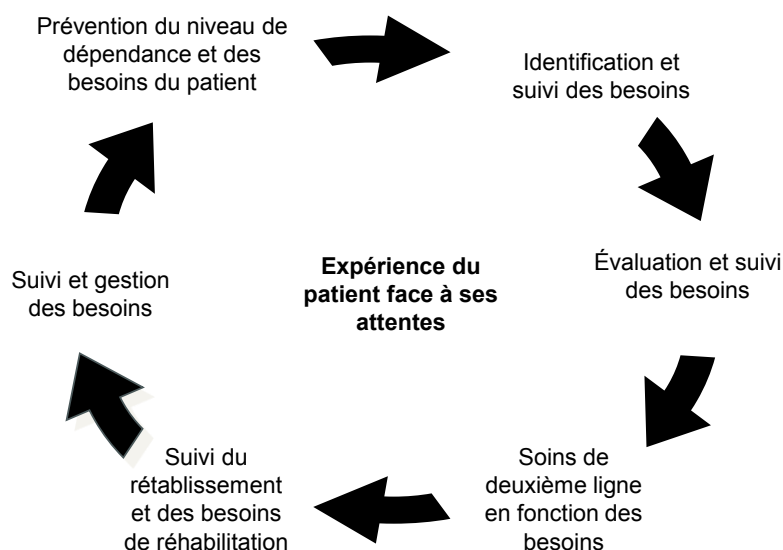
1) Budget de capitation ajusté au risque

La capitation est un montant servant à financer les soins de santé donnés à une personne pour une période déterminée, un an dans le cas du programme *Year of Care*, variant selon les caractéristiques des personnes (ajustement des risques). Le budget de capitation ajusté au risque permet d'améliorer les résultats de santé des personnes à l'aide d'un budget fondé sur les besoins et non sur le diagnostic.

Ce budget favorise la prévention, les soins de première ligne et l'intégration des soins, et il permet d'éviter la prestation inappropriée de soins spécialisés. Le programme *Year of Care* se fonde sur le principe que les personnes vivant avec des maladies chroniques peuvent être mieux soutenues dans leur communauté et sont admises à l'hôpital seulement dans le cadre d'un plan de soins coordonnés.

Le diagramme ci-dessous démontre l'approche du programme *Year of Care*.

Cycle de soins du patient dans le cadre du programme *Year of Care*



Source : National Health Service, *QIPP Long Term Conditions*, avril 2012, p.12.

Le programme *Year of Care* en Angleterre (suite)

2) Évaluation et classification des personnes

L'évaluation des personnes ayant des maladies chroniques est une étape fondamentale dans la planification des soins.

Deux processus de soutien à l'évaluation et à la classification des besoins sont disponibles :

- L'utilisation des données sur le profil de risque (symptômes) des patients aux prises avec des problèmes de santé chroniques permet d'établir le nombre de personnes dans la communauté qui correspondent aux critères du programme et de les classer selon les niveaux de besoins afin de planifier et d'acheter les services nécessaires.
- Le *NHS Continuing Health Care Decision Support Tool* est utilisé pour regrouper les patients d'après un système de classification fondé sur quatre niveaux de besoin et de degré de complexité :
 - niveau faible : problèmes de santé chroniques stables et faible niveau de complexité;
 - niveau moyen : problèmes de santé chroniques fluctuants et présence d'un certain niveau de complexité;
 - niveau fort : problèmes de santé chroniques instables et degré de complexité élevé;
 - soins palliatifs : ceux-ci seraient financés par le programme *Year of Care* en attendant le développement de la classification et du système de paiement répondant spécifiquement aux soins palliatifs.

3) Détermination de la méthodologie du financement, des coûts et des prix

Le financement par capitation pour le programme inclut les services dispensés pour les problèmes de santé chroniques suivants :

- les services communautaires;
- les soins de deuxième ligne tels que les admissions dans les hôpitaux pour la prestation de soins de courte durée;
- les services de soins de santé et de services sociaux fournis par des établissements indépendants.

En ce qui concerne la comptabilisation des coûts, un système d'information sur les coûts est en évolution pour préciser les tarifs associés à chacun des niveaux de besoins.

En 2012-2013, une analyse détaillée des coûts a été entreprise en prenant en compte les coûts directs et indirects des prestations de soins pour les personnes ayant des maladies chroniques. Les coûts seront réajustés en 2013-2014 pour la publication des standards en 2014-2015 et des prix nationaux en 2015-2016.

4) Discussion entre l'acheteur et les fournisseurs de soins

Le NHS fournit une documentation et des exemples de contrats afin d'aider les acheteurs et les fournisseurs de soins à préparer leurs propres contrats répondant à leurs besoins de manière à favoriser le progrès dans l'implantation du programme *Year of Care*.

Des accords de partage de risques quant aux résultats finaux de la prestation de soins au patient sont prévus dans les contrats entre le fournisseur et l'acheteur de soins.

5) Modèle de réadaptation et de rétablissement des patients

Le modèle de réadaptation et de rétablissement des patients vise le transfert de la responsabilité de la réadaptation et du rétablissement du patient aux soins de première ligne et aux soins communautaires.

Pour ce faire, le tarif des soins aigus est décomposé afin de créer un nouveau tarif pour la réadaptation et le rétablissement des patients. Cette séparation du tarif sera réalisée à partir des analyses de coûts effectuées en 2012-2013 afin d'établir quand et comment séparer le tarif pour les problèmes de santé chroniques.

Le programme *Year of Care* en Angleterre (suite)

6) Autres politiques nationales liées au programme *Year of Care*

Plusieurs autres travaux sur le financement et l'intégration des soins de santé et connexes au programme *Year of Care* sont en cours. Il s'agit notamment de l'élaboration d'une tarification propre aux personnes ayant un problème de santé mentale, de l'instauration d'un budget personnel et de l'adaptation du programme pour les soins palliatifs.

Le programme *Year of Care* présente l'intérêt de se centrer sur les besoins des personnes et de faire afin que leur participation aux choix qui les concernent soit au cœur de toute la démarche. Ce modèle de soins permet de capter tout le continuum de soins pendant une année donnée et de définir des mesures de soutien propres à chaque personne. Étant donné que les personnes ayant de multiples maladies chroniques instables ne présentent pas un parcours linéaire, cette façon de faire semble beaucoup plus appropriée à leurs conditions que ne l'est la gestion d'épisodes de soins.

Il est important de noter que certaines conditions présentes en Angleterre facilitent l'implantation de ce programme.

En Angleterre, les rôles d'acheteurs et de fournisseurs de services de santé sont dissociés. Contrairement au Québec où ces processus sont centralisés, en Angleterre, des cliniques et des établissements de santé contractent eux-mêmes l'achat de services pour leurs patients. De plus, la rémunération médicale par capitation y est très répandue.

QUATRIÈME PARTIE : LES CONDITIONS À RÉUNIR ET LA FAÇON DE GÉRER LE CHANGEMENT

La démarche recommandée par le groupe d'experts pour un financement axé sur les patients et en assurer une large utilisation est de nature pragmatique et devrait s'étaler sur plusieurs années.

En même temps que trois directions prioritaires d'interventions, le groupe d'experts recommande que le gouvernement engage les initiatives permettant de réunir les conditions à remplir et de gérer le changement.

Plus précisément, le groupe d'experts a réfléchi au contenu de la stratégie pluriannuelle qu'il invite le gouvernement à adopter concernant :

- les informations cliniques et financières :

L'implantation d'un financement axé sur les patients suppose l'existence et la disponibilité d'informations cliniques et financières concernant les patients et les activités. Ces informations cliniques et financières sont notamment indispensables pour déterminer le coût par cas, et pour évaluer les résultats;

- les règles tarifaires et budgétaires :

Le financement axé sur les patients nécessite de définir les règles tarifaires et budgétaires qui encadreront la mise en œuvre de la nouvelle méthode d'allocation des ressources;

- les ponts à établir entre le clinique et l'administratif dans la gestion des établissements :

Il faut réduire la distance existant entre le concept d'imputabilité médicale et la logique organisationnelle, en développant une vision largement partagée – ce qui a des implications très concrètes;

- la gestion du changement :

Le changement engagé en implantant le financement axé sur les patients est majeur. Il doit être géré, afin que le système de santé prépare et appuie les modifications apportées;

- l'échéancier à définir pour la mise en œuvre de ces différentes initiatives :

La mise en place du financement axé sur les patients, à travers trois directions prioritaires, peut déjà s'inscrire dans un échéancier global indiquant les étapes à suivre et les périodes de transition à prévoir.

1. LES INFORMATIONS CLINIQUES ET FINANCIÈRES

Le financement axé sur les patients suppose qu'à terme, on dispose de données cliniques et financières complètes et fiables sur les coûts des soins prodigués et sur les résultats obtenus. Il s'agit d'une condition essentielle à la mise en place du nouveau système d'allocation des ressources. En même temps, la disponibilité d'informations cliniques et financières de meilleure qualité rejaillira sur la gestion de l'ensemble des activités du secteur de la santé.

Comme l'a souligné Michel Clair dans son rapport sur le financement et l'organisation des services du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, « la gestion n'est pas une activité accessoire, mais essentielle »⁴¹.

L'effort recommandé concernant les informations cliniques et financières servira donc à la fois à implanter le financement axé sur les patients et à apporter des gains d'efficience à l'ensemble du système, ce qui se répercutera sur la qualité des soins et l'accès aux services.

Le groupe d'experts a analysé de façon approfondie les démarches à engager et les initiatives à prendre afin d'améliorer les données cliniques et financières. Le résultat de cette analyse est présenté dans le fascicule 3 accompagnant le rapport. On trouvera ci-après les principales propositions issues de cette analyse.

Le chantier proposé par le groupe d'experts permettra de réaliser le virage stratégique souhaité, et d'obtenir des gains d'efficience essentiels.

« [...] la connaissance des coûts et des résultats permet d'allouer les ressources auprès des fournisseurs de soins qui offrent la meilleure valeur, soit les meilleurs résultats par dollar. »⁴²

Robert S. Kaplan et Michael E. Porter (traduction libre)

□ Un effort dans trois directions

L'effort recommandé doit porter :

- sur les ressources informationnelles, soit les personnes, les banques de données et les systèmes d'information permettant de gérer l'information clinique et financière;
- sur les données cliniques et financières proprement dites;
- sur l'utilisation des informations pour soutenir l'implantation et le développement du financement axé sur les patients, soit la détermination des coûts par cas.

⁴¹ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), 2000, p. 203.

⁴² Robert S. KAPLAN et Michael E. PORTER, *The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care*, Harvard Business Review, 2011.

1.1 Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles comprennent les personnes, les données et les systèmes informatiques utilisés pour traiter l'information nécessaire à l'exercice et à la gestion des activités des cliniciens et des administrateurs du système de santé et de services sociaux.

Les ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux couvrent les activités du Ministère et de son réseau. Le réseau comprend plus de 180 établissements publics.

❑ Une grande importance

Les ressources informationnelles revêtent une grande importance pour améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins et l'efficacité du secteur de la santé. Pour cette raison, elles ont fait l'objet d'importants investissements au cours des dernières années.

En 2012-2013, les établissements et les agences du réseau ont enregistré globalement des dépenses totalisant près de 485 millions de dollars au chapitre des technologies de l'information. Ces sommes ont représenté 2,5 % des dépenses totales de fonctionnement des établissements et des agences du réseau. À ces sommes s'ajoutent celles qui sont consacrées centralement par le Ministère, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les autres organismes relevant du ministre. En 2012-2013, ces dépenses centrales s'élevaient à quelque 180 millions de dollars, portant ainsi l'ensemble des dépenses gouvernementales en technologies de l'information pour le secteur de la santé et des services sociaux à 665 millions de dollars pour cette même année.

Les efforts ainsi consentis ont été principalement orientés vers le domaine de la prestation de services, incluant notamment des dépenses d'exploitation du Dossier Santé Québec présentement en fonction.

On constate cependant que la majorité des investissements ont été effectués en fonction de besoins spécifiques. Il en a résulté une multiplicité de sources d'information et de banques de données, qu'il est difficile d'utiliser à des fins autres que celles pour lesquelles elles ont été conçues.

❑ Des lacunes

Au fil des ans, plusieurs rapports ont été produits pour analyser les problématiques des ressources informationnelles et l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Parmi les éléments les plus soulevés, on peut noter les déficiences en matière d'information de gestion.

Le tableau ci-dessous présente les principales recommandations des rapports produits pour le gouvernement du Québec au cours des quinze dernières années en matière d'évaluation des ressources informationnelles. Ce tableau rappelle également les principaux constats du rapport du Vérificateur général du Québec pour l'année 2010-2011.

TABLEAU 6

Recommandations de rapports d'experts en matière de ressources informationnelles et de mécanismes de gestion et constats du Vérificateur général du Québec

	Rapport Clair (2000)	Rapport Bédard (2002)	Rapport Ménard (2005)	Rapport Castonguay (2008)	Rapport du VGQ (2011)
Nécessité d'orientations claires	X				X
Normaliser les procédures de collecte et les banques de données		X		X	
Jumeler les données	X				X
Accès difficile aux banques de données					X
Implanter une culture d'évaluation et de reddition de comptes			X	X	
Investir dans les ressources informationnelles	X	X	X		
Développer des systèmes axés sur les résultats	X		X	X	
Compléter les banques de données cliniques et financières	X	X			
Connaître les coûts par cas	X	X		X	
Établir un processus de vérification		X			
Développer et diffuser des indicateurs d'étalonnage			X	X	X

L'envergure des changements à apporter nécessite un leadership stratégique à assumer par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Une unité stratégique pourrait avoir pour mandat de mettre en place les moyens permettant de mieux connaître les coûts et les services reçus, afin d'implanter le financement axé sur les patients.

□ Des systèmes cohérents et intégrés

Le groupe d'experts est d'avis qu'il est nécessaire de revoir l'architecture de cet ensemble de données afin de faire en sorte que des systèmes cohérents et intégrés puissent alimenter l'ensemble des processus cliniques et de gestion.

Cette révision permettra également de renforcer la gouvernance clinique, en rendant disponibles des outils de gestion tels que les analyses de coûts par cas et les évaluations de performance. Avec des données cliniques et financières complètes et fiables, il est possible non seulement de bonifier la gestion des établissements, mais aussi de mieux utiliser les fonds consacrés à la santé et d'améliorer les services aux patients.

Il en découlera des bénéfices pour les soignants et pour les patients.

- Pour qu'elle soit valable, l'information doit émaner des équipes cliniques.
- Pour qu'elle soit rentable, cette information doit retourner vers ces mêmes équipes cliniques.
- En même temps, la disponibilité d'informations cliniques et financières de meilleure qualité rejaillira sur la gestion de l'ensemble des activités du secteur de la santé.

■ Répondre au besoin de transfert des données

Ces systèmes cohérents et intégrés permettront de répondre au besoin de transfert des données.

L'information circule et évolue constamment. Dans le réseau de la santé, une même donnée peut se retrouver successivement dans les banques de données des établissements, dans celles du Ministère et dans celles des autres organismes gouvernementaux.

Actuellement, ce transfert est long et fastidieux. L'information est évolutive et un retard pour y accéder peut compromettre la qualité et l'utilité de cette information.

Le transfert des données est facilité avec un minimum d'altérations lorsque les données sont normalisées à leur source même. De plus, les données se comparent plus facilement et sont de meilleure qualité.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 9

Le groupe d'experts recommande au gouvernement :

- d'effectuer des travaux de révision de l'architecture des données cliniques et financières, afin de disposer de systèmes cohérents et intégrés;
- d'augmenter le budget de fonctionnement des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux;
- de financer la transformation à partir d'une enveloppe dédiée;
- d'évaluer l'opportunité de créer une équipe stratégique de projet au Ministère en ressources informationnelles ayant les pouvoirs nécessaires pour coordonner la mise en œuvre des recommandations;
- d'évaluer l'opportunité d'instaurer au ministère de la Santé et des Services sociaux un centre d'expertise en traitement et en analyse des données.

1.2 Les données cliniques et financières

Indépendamment des ressources informationnelles, l'effort doit porter sur les données cliniques et financières proprement dites, qui permettront de déterminer les coûts par cas et de mesurer les résultats.

□ Les données cliniques

Les données cliniques sont les données de nature administrative portant sur les soins prodigués aux patients, telles que :

- les données sur les hospitalisations recueillies de l'admission jusqu'à la sortie des patients hospitalisés en soins de courte durée;
- les données concernant les patients des services d'urgence;
- les données sur les soins ambulatoires, par exemple les chirurgies d'un jour.

Comme on l'a vu précédemment, les systèmes de classification servent à regrouper des cas ou des épisodes de soins ayant des caractéristiques cliniques semblables et utilisant des ressources similaires⁴³.

■ Des données insuffisantes, insuffisamment vérifiées

Ces données ne couvrent pas l'ensemble des secteurs d'activités. Par exemple, peu de données sont disponibles sur la réadaptation physique ou intellectuelle, les interventions de nature sociale, la coordination régionale des admissions et les soins ambulatoires.

Aujourd'hui, les patients sont pris en charge par des équipes multidisciplinaires, impliquant plusieurs organisations qui interviennent auprès de ceux-ci dans un continuum de soins. L'échange d'information entre les soignants d'un même patient devient ainsi indispensable. Toutefois, actuellement, ces informations ne sont pas reliées entre elles. On ne peut donc suivre un patient dans le système de santé sans y mettre des efforts considérables.

Malgré l'usage de cadres normatifs pour certaines banques de données, on dénote l'absence de vérification systématique de la qualité de ces données. La capacité du réseau et du Ministère à mesurer les activités des établissements, y compris la qualité des soins, dépend de l'accès en temps opportun aux données.

■ Des données souvent inaccessibles pour des raisons juridiques

Les délais d'accès aux données cliniques pourraient être grandement réduits en révisant l'encadrement législatif et les processus d'alimentation en données. Comme on l'a souligné précédemment, les données cliniques sont souvent inaccessibles pour des raisons juridiques⁴⁴.

⁴³ Voir ci-dessus, page 42.

⁴⁴ Voir ci-dessus, page 61.

■ L'importance d'un identifiant unique anonyme

Les données cliniques concernant un patient proviennent de plusieurs sources. Ces données cliniques doivent pouvoir être jumelées entre elles.

L'un des principaux obstacles à ce jumelage est l'absence d'une clé commune, grâce à laquelle les données concernant un patient pourraient être compilées, comparées et croisées, quelle que soit leur origine. Une telle clé permettrait aux établissements et au Ministère d'exploiter les différentes banques de données concernant un patient, afin de repérer les clientèles cibles, de posséder une information complète sur les soins prodigués et d'attribuer un coût aux épisodes de soins.

La définition d'une clé de cette nature doit répondre à des besoins précis en matière de gestion de l'information. Il faut prendre en compte toute une série d'éléments, tels que le choix des progiciels, leur intégration dans les établissements, l'élaboration des passerelles informatiques entre les systèmes ainsi que la nature et la fréquence des interrogations des banques de données.

L'identifiant unique est la clé dont on a besoin pour assurer le jumelage des données cliniques entre elles. L'identifiant unique est en fait le seul moyen de reconstituer le continuum de soins. Cet identifiant unique doit être anonyme, afin de préserver la confidentialité des renseignements personnels.

Actuellement, un numéro de dossier local est utilisé pour représenter le patient à l'intérieur d'un établissement ou d'une installation⁴⁵. Il s'agit d'un numéro neutre produit par le système local propre à l'établissement. Ce numéro diffère d'un établissement à l'autre. Il est donc impossible de suivre le parcours des patients qui ont eu recours aux différents services de santé à partir de ce numéro.

Il est crucial de mettre en place un identifiant unique anonyme pour permettre le jumelage des données cliniques concernant un patient. Grâce à un tel jumelage, il sera possible de suivre le continuum de services prodigués à ce patient, mais également de mesurer l'accessibilité des services et d'établir des profils de consommation de services.

⁴⁵ Sauf dans la banque de données MED-ÉCHO, pour laquelle on utilise le numéro d'assurance maladie.

❑ Les données financières

Les données financières comprennent les données sur le coût des services offerts. Elles servent à gérer les ressources des établissements. Dans le cadre de l'implantation du financement axé sur les patients, les données financières doivent permettre de produire des coûts par cas et d'évaluer la qualité, leur accès et leur efficacité.

Les données financières permettent la production d'états financiers ou encore des coûts par centre d'activités. Les systèmes comptables du réseau et du Ministère sont la seule source de données financières pour ce secteur d'activité qui représente plus de 40 % du budget du gouvernement.

La place de ces systèmes dans le financement axé sur les patients est fondamentale. Ces données issues des rapports comptables sont nécessaires pour :

- établir des coûts par cas crédibles;
- permettre les comparaisons impliquant une dimension financière;
- favoriser la collaboration entre gestionnaires et cliniciens.

■ La nécessité de standardiser la structure d'information financière

Dans le rapport qu'il a déposé pour l'année financière 2010-2011, le vérificateur général a souligné la nécessité de rendre les rapports financiers des établissements comparables entre eux⁴⁶. Le vérificateur général a constaté que le niveau de précision des rapports financiers était insuffisant pour permettre une telle comparaison. D'importants écarts existent entre les rapports, parce que le niveau de précision nécessaire aux gestionnaires n'est pas le même que le niveau utilisé par le vérificateur externe. Les établissements n'ont pas d'autre choix que de communiquer directement entre eux, pour s'assurer que leurs données financières respectives puissent correspondre.

Les juridictions canadiennes autres que le Québec ont adopté les normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé – dénommées les normes SIG⁴⁷. Ces normes sont plus détaillées que ne l'exigent les règles de reddition de comptes québécoises. Elles permettent l'établissement de standards, et rendent donc possibles les comparaisons entre les juridictions et entre les établissements. La base de données canadienne est alimentée par une charte comptable normalisée en appliquant des procédures et des conventions comptables générales, des mesures de la charge de travail et des statistiques sur l'activité liée aux services. Chaque juridiction possède sa propre charte comptable, adaptée à ses besoins.

Un effort dans cette direction doit être engagé, en développant une application financière permettant de comparer les données financières à l'intérieur du système, sur la base d'indicateurs reconnus.

⁴⁶ *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011*, tome II, chapitre 7, « Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux », p. 7-3.

⁴⁷ Les normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada sont des normes concernant l'ensemble des systèmes de santé des juridictions canadiennes. Ces normes servent à recueillir et à présenter les données financières et statistiques concernant les activités quotidiennes des organismes de santé.

❑ Les audits

Le financement axé sur les patients nécessite le traitement d'une quantité importante de données cliniques et financières.

Plusieurs données cliniques et financières ne font actuellement pas l'objet d'un processus de vérification systématique. L'utilité de ces données dépend de l'exactitude et de la rapidité avec lesquelles les diagnostics, les gestes médicaux et les diverses informations sur le patient sont codifiés. Cela nécessite la mise en œuvre d'un audit systématique afin d'exercer une surveillance des pratiques indésirables potentielles et de s'assurer que les paiements soient justifiés.

■ La qualité de l'information disponible

L'enjeu principal causé par la non-réalisation d'audits se situe au niveau de la qualité de l'information disponible. En effet, dans certains cas, les informations peuvent être incomplètes puisque les pratiques de documentation et de classification peuvent varier entre les établissements.

Ces pratiques occasionneront des problèmes de comparabilité entre les établissements qui conséquemment compromettent le jumelage des banques de données permettant de suivre les épisodes de soins. En 2002, le rapport Bédard recommandait notamment l'utilisation de nouveaux outils de vérification et la tenue d'audits sur la validité et la fiabilité de la codification et du traitement des données⁴⁸.

Cette absence de vérification systématique peut entraîner les problèmes suivants⁴⁹ :

- les pratiques de codage peuvent ne pas être homogènes d'un établissement à l'autre;
- les données peuvent ne pas être conformes avec celles du dossier médical;
- le système de codification peut être en retard par rapport aux pratiques médicales.

Les incitatifs associés au financement axé sur les patients peuvent aussi susciter des pratiques indésirables de la part des établissements qui pourraient compromettre la qualité du codage et influencer le paiement. Parmi les pratiques indésirables potentielles au sein des établissements, on peut mentionner la codification à la hausse, soit des choix subjectifs dans la codification susceptibles d'entraîner un paiement plus élevé.

■ Un audit systématique

L'utilisation des données cliniques et financières pour financer les établissements nécessite la mise en œuvre d'un audit systématique afin :

- d'exercer une surveillance des pratiques indésirables potentielles;
- de s'assurer que les données cliniques et financières soient de qualité et que les paiements soient justifiés.

Aux fins du processus d'audit, une équipe de vérificateurs devrait être constituée afin d'examiner un échantillon de dossiers et d'effectuer la reclassification de manière indépendante. L'échantillon peut être établi au hasard ou selon les écarts observés par rapport aux résultats prévus.

⁴⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux*, 2002.

⁴⁹ *Ibid.*

❑ Les recommandations du groupe d'experts

Recommandation 10

Le groupe d'experts recommande :

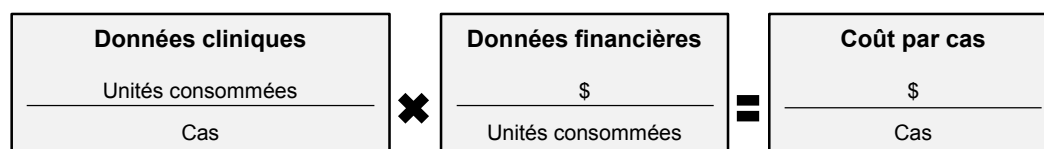
- de développer des banques de données afin de couvrir les secteurs d'activités pas ou peu couverts jusqu'à présent, notamment pour les soins ambulatoires et de réadaptation, à l'aide de systèmes de classification appropriés;
- d'apporter les changements nécessaires au cadre juridique pour accroître la capacité de recueillir des données plus rapidement et faciliter le jumelage des données cliniques;
- de consolider et d'accélérer les travaux relatifs à l'implantation d'un identifiant unique anonyme afin de permettre le jumelage des données cliniques;
- d'encourager la collaboration entre le Ministère et les établissements pour implanter des banques de données financières et des chartes comptables normalisées afin de faciliter les comparaisons entre elles et avec les établissements des autres provinces;
- de mettre au point une application clinique et financière pour les établissements et le Ministère, alimentée en temps opportun par les établissements du réseau et permettant la comparaison sur la base d'indicateurs reconnus;
- de procéder à des audits des données cliniques produites par les établissements, les vérifications étant réalisées sur une base aléatoire et de manière ciblée lors de présence d'écarts inexplicables.

1.3 L'utilisation des informations pour soutenir l'implantation et le développement du financement axé sur les patients : la détermination des coûts par cas

Les coûts par cas sont obtenus en croisant les données financières, qui sont de nature agrégées et non reliées directement au patient, avec les données cliniques, qui sont de nature unitaire et axées sur le service rendu au patient, mais sans lien avec les coûts associés aux services reçus.

ILLUSTRATION 7

Détermination des coûts par cas



❑ Peu de croisement entre les données cliniques et les données financières

Encore aujourd'hui, on constate peu de croisement entre les données cliniques et les données financières. Une majorité d'établissements hospitaliers ne sont pas en mesure de lier l'information sur le type de soins prodigués à un patient lors d'un séjour à l'hôpital (données cliniques) avec le coût de ces soins (données financières), pour ainsi établir le coût par cas ou le coût du séjour du patient en établissement.

La disponibilité des coûts par cas renforcerait le soutien à la gouvernance clinique en permettant des comparaisons inter-établissements, l'amélioration de l'efficacité de la prestation de soins et la collaboration entre les gestionnaires et les médecins.

Les obstacles au croisement de l'information clinique et de l'information financière constituent un frein à la mise en place de ressources informationnelles performantes pouvant servir d'intrant à la décision ou encore au fonctionnement du financement axé sur les patients.

Ce croisement est nécessaire afin que les données cliniques et les données financières aient un sens compréhensible par tous, qu'il s'agisse des analystes, des cliniciens ou des gestionnaires.

❑ La nécessité de ressources pour le traitement de l'information

Une fois les données cliniques et les données financières croisées entre elles, des ressources additionnelles sont nécessaires pour le traitement de l'information produite.

Cette information peut revêtir différentes formes. Par exemple, il peut s'agir d'une information servant à établir les coûts par cas ou à évaluer la performance. Cette information peut aussi servir aux prévisions budgétaires ou fournir de l'aide à la prise de décision.

Ce croisement des données financières et des données cliniques permettra des gains substantiels pour la gestion du réseau de la santé à tous les niveaux. C'est l'un des défis à relever pour améliorer la gestion du réseau, que ce soit en matière de financement axé sur les patients, de reddition de comptes, d'évaluation de la performance, de planification, d'organisation des services ou d'allocation des ressources.

❑ **Le croisement des données, pour améliorer l'efficience et la qualité**

Le croisement des données cliniques et financières devrait avant tout servir aux établissements afin de leur permettre d'établir un lien entre leurs résultats cliniques et les moyens qu'ils consacrent au traitement de leurs patients.

Le regroupement des données permettra d'estimer les coûts par cas que l'on peut comparer avec une tarification fixée par le Ministère ou avec les coûts par cas des établissements de même catégorie. C'est au terme de ces comparaisons que les administrateurs et les cliniciens pourront échanger ensemble sur les perspectives d'amélioration de l'efficience et de la qualité des soins.

Les données sur les coûts par cas devraient favoriser le développement d'indicateurs de performance et la fixation des cibles correspondantes, ainsi qu'inciter les établissements à comparer leurs résultats. Ces données devraient permettre aux établissements du réseau ainsi qu'au Ministère d'échanger de l'information avec les autres juridictions.

À titre de prestataires de soins de santé, les établissements doivent comprendre et maîtriser leurs coûts pour maintenir et augmenter le niveau d'efficience de leurs activités.

■ **Mieux comprendre l'utilisation des ressources pour un épisode de soins précis**

Les initiatives récentes des établissements confirment qu'un système de coûts par cas peut contribuer à alimenter les réflexions d'une gouvernance clinique, afin de mieux comprendre l'utilisation des ressources de l'établissement pour un épisode de soins précis.

Cette concertation peut conduire à des gains d'efficience et à une meilleure connaissance des marges de manœuvre au sein des unités de soins. L'expérience du Saguenay – Lac-Saint-Jean démontre l'utilité d'un tel système pour tracer le portrait d'une clientèle de grands consommateurs de soins et les coûts afférents. Le principal objectif de l'implantation d'un système de coûts par cas est de procurer une meilleure connaissance des coûts de production des soins de santé.

❑ La méthodologie

Le recensement des initiatives récentes en matière de coûts par cas au Québec permet d'identifier trois méthodologies actuellement utilisées au Québec :

- la méthodologie des coûts par cas du ministère de la Santé et des Services sociaux (approche descendante);
- l'estimateur de coûts par cas mis au point par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (approche descendante);
- un progiciel issu du privé (approche ascendante).

Tant le Ministère que les établissements ont recours à la méthode « descendante » pour estimer leurs coûts par cas. Cette méthode consiste à calculer le coût moyen par bénéficiaire de services en divisant le coût d'un centre d'activité par le nombre de patients qui y ont été traités. Cette approche donne des résultats limités en ce qui a trait à l'approfondissement des coûts par activité, par épisode de soins et par patient. En outre, s'appuyer uniquement sur un coût moyen par patient peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation des coûts par patient.

L'approche « ascendante » désigne le patient comme dénominateur commun au regroupement des coûts. Un système de coûts par cas inspiré de cette approche est apte à fournir les coûts complets et leur ventilation par épisode de soins se rapportant à un même patient. Il peut en outre fournir des données pertinentes en ce qui a trait à la consommation réelle ou plus précise des ressources par les patients.

L'établissement des coûts par patient procure une information financière par épisode de soins qu'on ne pourrait obtenir en puisant simplement dans les données financières et de gestion des centres d'activité.

Malgré le fait que plusieurs établissements se préoccupent de leur performance et ont même investi auprès de firmes privées pour établir les coûts par cas et évaluer leur performance sur la base d'indicateurs personnalisés, très peu d'établissements ont pu tester l'approche ascendante dans l'implantation de leur système de coûts par cas.

❑ Les recommandations du groupe d'experts

Recommandation 11

Le groupe d'experts recommande :

- de faire en sorte que les travaux de révision de l'architecture des données cliniques et financières permettent un croisement entre les banques de données cliniques et les banques de données financières;
- d'instaurer une méthodologie standardisée de coûts par cas pour les établissements;
- d'identifier parmi les initiatives actuelles celles qui peuvent servir de modèles aux systèmes d'information requis pour faciliter la production de coûts par cas reproductibles par les établissements concernés;
- de mettre en place graduellement au Ministère une banque de données pour que les établissements puissent se comparer entre eux.

La démarche de la région du Saguenay – Lac-Saint-Jean
Gestion de l'information clinique et des coûts pour améliorer le système de santé

À la suite du dépôt du rapport Castonguay, le gouvernement a annoncé l'implantation d'un projet pilote dans trois régions pour l'achat de services sur leur territoire, soit les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et du Saguenay – Lac-Saint-Jean. L'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean a alors ouvert un vaste chantier pour mesurer les coûts par patient sur son territoire.

Ce projet s'appuyait sur la volonté partagée de l'agence et des établissements de contribuer à l'amélioration de la performance et de contrôler les coûts du système en apportant des changements de pratique sur le plan clinique comme sur celui de la gestion.

L'agence a financé l'implantation d'un système d'information sur les coûts par cas, intégré aux données cliniques pour tous les CSSS de la région.

Ces données sur les coûts par cas ont permis de présenter un portrait régional intégré des trajectoires de soins des patients et des ressources cliniques utilisées sur tout le territoire du Saguenay - Lac-Saint-Jean.

Ces données ont notamment permis :

- de déterminer l'effet sur l'utilisation des ressources des visites répétées à l'urgence, des hospitalisations multiples et des interventions en CLSC par fréquence;
- de dresser un portrait de consommation des clientèles de six grandes familles de maladies chroniques touchant les activités de l'urgence, des cliniques externes, de l'hospitalisation et du CLSC;
- de comparer les clientèles, les coûts par cas et les résultats selon la morbidité entre les CSSS et de mesurer des gains potentiels de performance clinique et financière;
- de définir et de mettre en place des trajectoires cliniques plus efficaces et efficientes et mieux adaptées aux patients.

2. LES RÈGLES TARIFAIRES ET BUDGÉTAIRES

L'introduction des formules de financement axé sur les patients – dont le financement selon l'activité – requiert des règles tarifaires et budgétaires précisant les modalités financières des initiatives à implanter.

Le financement selon l'activité a souvent eu pour conséquence d'augmenter les budgets consacrés à la santé, en raison de l'augmentation des volumes de soins.

L'implantation du financement axé sur les patients doit donc s'accompagner de mesures garantissant que les dépenses de santé respectent les budgets alloués globalement au secteur.

Les recommandations formulées par le groupe d'experts portent sur :

- les règles tarifaires à définir;
- les règles budgétaires à mettre en place.

2.1 Les règles tarifaires

□ Les tarifs fondés sur les coûts

Dans la plupart des systèmes de financement des hôpitaux fondés sur des tarifs, les coûts observés dans les hôpitaux forment la base de fixation des tarifs. Les données utilisées sont souvent un agrégat des données de plusieurs ou de la totalité des hôpitaux du système de santé. Il existe plusieurs types de coûts qui peuvent être utilisés pour déterminer les tarifs.

■ Les tarifs fondés sur le coût moyen

Les tarifs fondés sur la moyenne des coûts des hôpitaux constituent la méthode la plus répandue. Il s'agit d'une pratique relativement neutre, au sens où toutes les activités sont valorisées selon leurs coûts relatifs.

■ La tarification au coût marginal

Une autre approche consiste à utiliser une tarification au coût marginal. Cette approche part du fait qu'à partir d'un certain seuil, les coûts par activité baissent en raison des rendements croissants. À partir de ce seuil, le coût de traitement de chaque patient additionnel, que l'on dénomme coût marginal, est plus faible que le coût moyen de l'hôpital.

Selon cette approche, les hôpitaux sont remboursés à un tarif reflétant le coût moyen de traitement jusqu'à un volume donné considéré comme le seuil à partir duquel le coût de production diminue. À partir de ce volume, le tarif est réduit de sorte qu'il reflète mieux le coût marginal de production, comme le recommande la rationalité économique.

Bien que la tarification au coût marginal soit plus difficile à mettre en œuvre, cette approche incite davantage les hôpitaux à réduire leurs coûts de traitement qu'un tarif au coût moyen.

■ Les tarifs fondés sur les meilleures pratiques

Les tarifs fondés sur les meilleures pratiques sont établis de façon à encourager des traitements à la fois de haute qualité et efficaces.

Plutôt que d'être fondés sur la somme des coûts que doivent assumer les établissements du système de santé pour offrir un traitement, ces tarifs reflètent les coûts du traitement considéré comme la meilleure pratique médicale.

TABLEAU 7

Avantages et inconvénients des types de coûts comme base de fixation des tarifs

	Avantages	Inconvénients
Coût moyen	Méthode la plus répandue Mesure généralement mieux comprise	Sensibilité aux valeurs extrêmes
Coût moyen moins un certain pourcentage	Demande des gains d'efficacité plus importants que le coût moyen Peut être un moyen de contrôler les dépenses	Peut demander des efforts trop importants aux hôpitaux
Coût médian	Moins sensible que le coût moyen aux valeurs extrêmes	Mesure moins bien connue en général que le coût moyen Méthode peu répandue
Coût marginal	Méthode prescrite par la théorie économique	Estimation complexe Dépend des hypothèses sur les capacités des hôpitaux
Coût de meilleures pratiques	Encourage des traitements de haute qualité et efficaces	Difficulté à obtenir un consensus sur les meilleures pratiques médicales

❑ Des critères pour une bonne pratique tarifaire

Au-delà de la forme que peut prendre le tarif, des critères pour une bonne pratique tarifaire doivent être respectés :

- les données sur les coûts doivent être des données fiables;
- les tarifs de base devraient être déterminés en fonction du coût des meilleures pratiques, lorsque possible;
- pour les coûts reliés à l'enseignement, à la formation et à la recherche, des paiements forfaitaires peuvent être plus appropriés;
- il faut tester les tarifs afin de vérifier qu'ils sont alignés de façon adéquate avec les objectifs du gouvernement (p. ex. bonification pour les interventions prioritaires) ce qui permettra d'augmenter la confiance des intervenants du réseau de la santé en ces tarifs;
- il faut publier chaque année un document qui expose clairement les tarifs et la méthodologie de calcul de ceux-ci;
- il faut mettre en place un processus de consultation annuelle et d'évaluation continue des tarifs afin d'être en mesure d'effectuer les mises à jour requises.

❑ Les recommandations du groupe d'experts

Recommandation 12

Le groupe d'experts recommande :

- qu'un processus transparent de mise à jour des tarifs soit établi afin de susciter l'adhésion et la confiance des intervenants du réseau;
- qu'un document exposant clairement les tarifs et la méthodologie de calcul de ceux-ci soit publié chaque année;
- qu'un processus de consultation annuelle et d'évaluation continue soit mis en place afin de s'assurer que les tarifs soient alignés avec les objectifs du système de santé et que l'on soit en mesure d'effectuer les mises à jour requises.

2.2 Les règles budgétaires

Dans tous les pays ayant adopté le financement selon l'activité – tels l'Angleterre, l'Australie, et la France – l'enveloppe budgétaire unique a été séparée en deux composantes :

- la première composante budgétaire est reliée aux coûts fixes des établissements, soit les coûts qui ne varient pas avec l'activité (les infrastructures, le chauffage, les coûts d'administration, etc.);
- la deuxième composante est reliée aux coûts variables des activités (certaines dépenses salariales, les fournitures médicales, dont les médicaments, les services alimentaires, etc.).

Ainsi, l'hôpital reçoit deux types de revenus :

- un financement global pour compenser les coûts fixes des activités;
- un financement variable qui augmente selon un tarif prédéterminé.

❑ Trois principes

Trois principes de base doivent être retenus, dans la définition des règles budgétaires.

- Une fois définie, l'enveloppe budgétaire doit être respectée.
- Les tarifs définis doivent également être respectés au cours de leur année d'application.
- Le paiement doit être effectué là où le service est rendu.

Ces trois principes découlent de la philosophie même du financement axé sur les patients.

❑ Des règles budgétaires transparentes et claires

Dans les pays utilisant le financement axé sur les patients, on observe la mise en place de certaines règles budgétaires visant à assurer un contrôle des ressources à allouer, dans le cadre de ce mode de financement.

Trois mécanismes sont particulièrement utilisés :

- la gestion par les volumes consiste à rembourser le volume de soins à un prix donné, jusqu'à une cible annuelle prédéfinie;
- la gestion par les tarifs consiste à ajuster les tarifs après qu'ils ont été définis, pour respecter des objectifs de dépenses;
- les réserves budgétaires sont des réserves établies en diminuant les tarifs, afin de se prémunir contre un dépassement des objectifs budgétaires.

Le groupe d'experts ne recommande pas l'adoption d'un de ces mécanismes. Pour le groupe d'experts, une telle adoption serait pour le moins prématurée. Il importe de respecter les principes découlant de la définition même du financement axé sur les patients. Ces principes imposent des règles budgétaires transparentes et claires.

■ Gérer le risque financier

Il est certain que la gestion du risque financier est une question centrale, lors de l'implantation du financement axé sur les patients. Pour réduire ce risque, le financement axé sur les patients a souvent été introduit de façon progressive, et ce, uniquement pour les activités considérées comme adaptées à ce mode de financement.

Le Ministère doit poursuivre ses travaux pour préciser ses contours financiers et développer sa budgétisation par programme et par service. En effet, le passage de l'approche des budgets globaux vers une budgétisation axée sur les activités réalisées requiert une connaissance plus fine de ses budgets.

Il est également important d'assurer un suivi rigoureux et fréquent des volumes d'activités réalisées dans le réseau de la santé afin de signaler les écarts par rapport aux prévisions.

Enfin, les pratiques budgétaires ne cessent d'évoluer. Les connaissances au Québec en matière de contrôle budgétaire dans un contexte de financement axé sur les patients en sont à leurs balbutiements. Il est opportun que le ministère de la Santé et des Services sociaux assure une veille des expériences en cours dans les autres pays en matière de financement axé sur les patients et de meilleures pratiques de gestion budgétaire.

❑ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 13

Le groupe d'experts recommande :

- d'effectuer des prévisions rigoureuses des volumes d'activités assujetties à un financement axé sur les patients et de bien déterminer les tarifs pour respecter l'enveloppe fermée;
- d'assurer un suivi rigoureux des volumes d'activités, des tarifs et des budgets afin de raffiner les règles tarifaires et budgétaires et d'apporter rapidement les corrections nécessaires pour bien gérer les budgets;
- de suivre l'évolution des règles budgétaires utilisées dans d'autres juridictions pour encadrer le risque financier tout en respectant les principes du financement axé sur les patients.

3. LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS : DES PONTS ENTRE LE CLINIQUE ET L'ADMINISTRATIF

L'existence d'une véritable cogestion entre le clinique et l'administratif est une condition à remplir, lorsque l'on implante le financement axé sur les patients.

- L'établissement de ponts entre le clinique et l'administratif amène à rappeler la distance existant entre le concept traditionnel d'imputabilité médicale et la logique organisationnelle.
- Cette distance doit être réduite en développant une vision partagée de l'imputabilité de tous les partenaires du secteur de la santé.
- Une telle vision conduit à plusieurs implications concrètes, venant illustrer les ponts ainsi établis entre le clinique et l'administratif.

3.1 Le concept d'imputabilité médicale et la logique organisationnelle

❑ L'imputabilité médicale

Le concept d'imputabilité médicale traditionnellement admis fait référence à la responsabilité du médecin envers le patient qui le consulte dans le cadre de la relation patient-médecin⁵⁰.

Dans cette vision, seule la santé du patient compte aux yeux du médecin. Les standards de compétence et d'éthique sont élaborés et évalués par les pairs, ce qui en fait une profession dite « autonome » et peu sujette aux contrôles externes.

Dans cette conception de la gouvernance clinique, les préoccupations de responsabilité populationnelle, de performance quant à l'utilisation des ressources et d'adoption de pratiques cliniques offrant le meilleur rapport qualité-coût sont relativement absentes⁵¹.

❑ La logique organisationnelle

L'évolution des connaissances scientifiques, la montée des préoccupations pour la santé de diverses populations, les besoins et les exigences de la société moderne et la nécessité de contrôler la croissance des coûts rendent nécessaires l'introduction d'imputabilités d'ordre plus organisationnel.

La logique organisationnelle s'appuie sur le principe qu'il est possible d'améliorer les soins et les services à la population en donnant plus d'importance aux pratiques de gestion et d'organisation, et fait valoir le rôle positif du contexte organisationnel sur le développement des pratiques professionnelles.

⁵⁰ CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis : Imputabilité médicale et gouvernance clinique, bâtir sur la qualité et la performance des pratiques*, 2003, 93 p., [En ligne], [\[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/2003_04_av_fr.pdf\]](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/2003_04_av_fr.pdf)

⁵¹ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : État des connaissances*, 2012, 81 p.
N., EDWARDS, « Doctors and managers: Poor relationship may be damaging patients – what can be done? », *Quality & Safety in Healthcare*, 2003, vol. 12, p. :i21-i24.
Jean-Louis DENIS, ENAP, Émilie GIBEAU, HEC Montréal, Ann LANGLEY, HEC Montréal, Marie-Pascale POMEY, Université de Montréal et Nicolas VAN SCHENDEL, HEC – Université de Montréal, *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif*, [En ligne], [\[http://expertise.hec.ca/pole_sante/wp-content/uploads/2011/09/S%C3%A9minaire-du-P%C3%B4le-sant%C3%A9-HEC-Montr%C3%A9al-Ann-Langley-21-f%C3%A9vrier-2012-partenariat-m%C3%A9dico-administratif.pdf\]](http://expertise.hec.ca/pole_sante/wp-content/uploads/2011/09/S%C3%A9minaire-du-P%C3%B4le-sant%C3%A9-HEC-Montr%C3%A9al-Ann-Langley-21-f%C3%A9vrier-2012-partenariat-m%C3%A9dico-administratif.pdf)

3.2 Développer une vision largement partagée

Le financement axé sur les patients ne peut être mis en place dans de bonnes conditions sans qu'un lien étroit soit établi entre les responsables cliniques et les gestionnaires administratifs. Le pont à construire ainsi entre le clinique et l'administratif suppose une vision de l'imputabilité conciliant l'approche médicale traditionnelle et les préoccupations des gestionnaires.

☐ Quelques idées pour une vision largement partagée

Cette vision largement partagée pourrait se construire autour des idées suivantes :

- l'implication des médecins dans la gestion est un prérequis pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins;
- les médecins gestionnaires peuvent jouer un rôle clé dans la mobilisation de l'ensemble de la profession médicale;
- les organisations de santé considérées comme hautement performantes ont adopté un ensemble cohérent de stratégies, dont le développement du leadership médical et de l'engagement des médecins dans la gestion des établissements;
- une participation accrue des médecins dans la gestion nécessite une conciliation ou une cohésion des visions, de telle sorte que les médecins et les gestionnaires puissent travailler en collaboration et de manière productive au bénéfice des patients. Il y a donc un besoin de convergence des cultures.

☐ Une vision largement partagée est nécessaire

Une telle vision partagée est nécessaire lorsque l'on met en œuvre le financement axé sur les patients, car l'amélioration de la qualité et le contrôle des coûts ne peuvent se faire isolément.

Il revient aux médecins de déterminer les tests diagnostiques à réaliser, le traitement à offrir et les médicaments à prescrire pour chacun des patients.

Ces choix devraient cependant prendre en compte tous les facteurs influençant la prestation des soins. 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 judicieusement.

Le financement axé sur les patients implique ainsi la création d'une structure organisationnelle permettant de faciliter les discussions sur l'amélioration des services et l'utilisation des ressources.

Plus globalement et plus fondamentalement, le financement axé sur les patients suppose une relation plus étroite entre médecins et gestionnaires.

3.3 Les implications concrètes

De façon concrète, les modifications à apporter à la gouvernance clinique et administrative dans les établissements devraient aller dans les directions suivantes :

- les cliniciens doivent faire partie intégrante de la gestion de la qualité et des coûts des services offerts. On pourrait s'appuyer sur un modèle de gouvernance clinique, défini et diffusé par le Ministère;
- les cliniciens comme les gestionnaires devraient avoir accès à des systèmes d'information cliniques et financière transparents, ainsi qu'aux informations pertinentes concernant la qualité et les coûts;
- la philosophie et les habiletés de la gouvernance clinique devraient être enseignées aux gestionnaires, aux médecins et aux autres professionnels de la santé, en tant qu'éléments de leur formation et de leur perfectionnement continu.

☐ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 14

Le groupe d'experts recommande de soutenir la gestion intégrée entre le clinique et l'administratif à tous les niveaux – ministère, agences, établissements et unités de soins.

Plus précisément, le groupe d'experts recommande :

- d'élaborer et de proposer un modèle de gestion intégrée entre le clinique et l'administratif à tous les niveaux – ministère, agences, établissements et unités de soins – et d'aligner les incitatifs en appui à ce modèle;
- de faire en sorte que les cliniciens et les gestionnaires aient accès à l'information clinique et financière.

4. LA GESTION DU CHANGEMENT

La façon dont les changements seront communiqués et menés est d'une grande importance et conditionne l'atteinte des objectifs poursuivis.

Les personnes rencontrées par le groupe d'experts ont insisté sur le fait qu'il était primordial de s'assurer de l'appui du personnel quant aux changements apportés aux méthodes de financement et d'accompagner le personnel dans ce changement.

Il importe d'expliquer aux intervenants comment les changements sont liés aux objectifs stratégiques et sont importants pour les patients, de même que les répercussions potentielles du financement axé sur les patients.

Il est nécessaire de présenter une vision du système de santé de l'avenir, en établir les objectifs et concevoir un système de financement pour soutenir cette vision.

La gestion du changement implique ainsi :

- des objectifs clairs;
- une compréhension partagée des objectifs;
- une équipe dédiée;
- des systèmes d'information;
- un plan de communication.

Miser sur les acquis, utiliser les leviers financiers

La stratégie recommandée par le groupe d'experts mise sur des acquis du réseau, par exemple le Programme d'accès à la chirurgie et les initiatives de qualité menées par des cliniciens et des équipes qui ont une expérience de travail au sein d'un modèle de gestion en santé.

Il est recommandé de commencer avec des intervenants qui sont prêts à débiter, qui peuvent agir à titre de premiers adeptes et qui sont à même de fournir le leadership nécessaire et d'inspirer un effet d'entraînement sur les autres.

Il est possible d'utiliser les leviers financiers pour faire émerger une stratégie progressive de soins de santé et construite autour des patients afin de rendre le système pérenne. Un changement dans les modes de financement n'est pas une démarche dont l'objectif vise à réduire massivement les budgets ou à privatiser les services.

L'objectif est de parvenir à une meilleure valeur des soins en améliorant la qualité et l'efficacité de ceux-ci. Les systèmes d'information et la mise à jour dans les pratiques cliniques sont à la fois des éléments clé de la stratégie et des outils que les professionnels de la santé peuvent utiliser pour gérer le changement.

4.1 Des objectifs clairs

L'argumentaire pour un changement dans les approches financières doit être légitime et communiqué aux intervenants concernés, afin que le système y soit préparé et appuie ce changement. L'implantation du financement axé sur les patients ne constitue pas un simple changement financier ou administratif.

Il s'agit d'adopter une budgétisation axée sur les résultats, ce qui implique :

- une culture managériale orientée vers les résultats;
- une information suffisante et fiable concernant les services rendus, les résultats obtenus et les coûts assumés;
- une planification stratégique comprise et acceptée de tous, cette planification étant communiquée à tous les niveaux administratifs et décisionnels.

Les objectifs du changement engagé doivent être clairement expliqués – ce qui signifie que l'on doit introduire une pratique et une culture de gestion nouvelles centrées sur le patient, afin de relever les défis de l'accessibilité aux soins, du contrôle des coûts, de la qualité des soins dispensés et du respect des critères d'équité.

4.2 Une compréhension partagée de ces objectifs

Il faut s'assurer d'une compréhension commune de ces objectifs par les patients, par les décideurs et par les professionnels de la santé. Il faut être explicite à propos de ce qui doit faire l'objet d'un changement, de ce à quoi on doit accorder de la valeur.

- Il faudra par exemple expliquer aux patients que leur utilisation des hôpitaux sera appelée à diminuer, si leurs soins sont offerts à domicile de façon intégrée.
- Il faudra expliquer au personnel que le changement du mode de financement est nécessaire, et que les changements pourront contribuer à offrir de meilleurs soins aux patients.
- Il faudra clairement expliquer les conséquences de l'accent mis sur le renforcement de la première ligne et des soins à la communauté.

4.3 Une équipe dédiée

Pour mener à bien le changement, il est nécessaire de réunir une équipe dédiée afin de communiquer les orientations et de coordonner l'implantation du nouveau mode d'allocation des ressources. La mise en place d'une équipe dédiée est effectivement l'un des premiers gestes posés dans les juridictions ayant implanté le financement axé sur les patients.

Cette équipe doit être multidisciplinaire. Elle doit réunir des compétences dans les domaines clinique, financier, technologique et en communications, afin de soutenir et de coordonner tous les aspects de la démarche.

Cette équipe doit disposer de la latitude et de l'autorité nécessaires pour mener à bien son mandat. Le financement axé sur les patients implique l'engagement soutenu des autorités politiques. La reddition de comptes sur l'avancement du projet devrait ainsi être effectuée directement auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Cette équipe devrait être composée de personnes à même d'incarner le changement de culture voulu.

4.4 Des systèmes d'information

Un des avantages du financement axé sur les patients est qu'il s'appuie sur les preuves obtenues de données vérifiées. Il est donc primordial d'implanter des systèmes d'information rendant compte des résultats sur la santé des patients, de la performance par rapport aux indicateurs ou à la conformité par rapport aux meilleures pratiques.

Ces systèmes d'information sont très utiles pour la prise de décisions de gestion. Lorsque les données sont publiées, elles envoient un signal clair de l'importance accordée à la qualité des soins dans la stratégie globale du réseau de la santé.

Les systèmes d'information axés sur les résultats et les pratiques peuvent même aider à redéfinir les mécanismes de contrôle et devenir un outil pour mieux revoir l'imputabilité au sein du système.

4.5 Un plan de communication

L'implantation du financement axé sur les patients doit s'accompagner d'un bon plan de communication.

Le plan de communication doit exposer et diffuser non seulement les changements, mais aussi les raisons sous-jacentes à l'introduction du financement axé sur les patients, ces raisons s'articulant autour de la qualité et des bénéfices pour les patients.

Le plan de communication doit bien véhiculer le rôle et l'impact possibles de chacun – cliniciens, gestionnaires à chacun des trois paliers de gouvernance ainsi que les patients – de même que la vision à terme portant l'ensemble de la démarche.

☐ La recommandation du groupe d'experts

Recommandation 15

Le groupe d'experts recommande :

- de mettre en place une équipe intégrée de projet ayant l'autorité nécessaire pour coordonner l'implantation des changements proposés;
- de prévoir des moyens pour développer les compétences et la capacité des intervenants à mettre en place les changements engagés;
- d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de communication concernant l'implantation des mesures;
- de constituer une enveloppe ou provision globale, bien identifiée et dédiée au financement de l'implantation graduelle des changements;
- d'établir un processus rigoureux d'évaluation continue et de rétroaction afin de maximiser les résultats des changements proposés.

5. UN ÉCHÉANCIER

Afin d'implanter le financement axé sur les patients dans le système de santé du Québec et d'en élargir l'utilisation, le groupe d'experts recommande une démarche pragmatique étalée sur plusieurs années.

L'échéancier proposé par le groupe d'experts s'étalerait sur une période de quatre ans, l'implantation du financement axé sur les patients commençant dès 2014-2015.

Cet échéancier vise à engager simultanément les initiatives concernant les trois directions prioritaires – soit l'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie, la mise en place d'un programme de financement selon les meilleures pratiques, la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques avec un financement favorisant l'intégration des soins et les premiers investissements concernant les systèmes d'information et les autres conditions requises pour réussir l'implantation du nouveau mode d'allocation des ressources.

ILLUSTRATION 8

Échéancier d'implantation du financement axé sur les patients 2014-2018

	Élargissement du Programme d'accès à la chirurgie	Programme de financement aux meilleures pratiques	Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques avec un financement favorisant l'intégration des soins	Systèmes d'information et autres conditions requises à mettre en place
2014-2015	Simuler le financement selon les volumes et les tarifs Publier les données sur la qualité et l'accès	Identifier 4 à 6 interventions annuellement pour l'implantation des meilleures pratiques Élaborer les guides de meilleures pratiques	Identifier les populations cibles et les systèmes de classification	Identifier les besoins de développement et de transformation des ressources informationnelles et d'ajustement au cadre légal Mettre en place les équipes requises pour piloter le changement du financement axé sur les patients
2015-2016	Financer selon les volumes et les tarifs Simuler le financement selon la qualité et l'accès	Mettre à niveau les établissements pour les interventions approuvées en vertu du programme de financement selon les meilleures pratiques	Suivre les expériences au Québec et ailleurs Poursuivre les analyses pour utiliser le financement en appui aux expériences québécoises	Produire l'architecture des données et des analyses sur les travaux à réaliser suivants : - le système de classification pour les principales clientèles - un dépôt de données centralisées - un système comptable normalisé - les outils d'analyse et de croisement des données
2016-2017	Payer la trajectoire de soins complète intraétablissement	Payer les établissements à la performance pour les nouvelles interventions choisies	Appuyer, avec des outils financiers, les initiatives les plus prometteuses de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques	Réaliser la mise à niveau des données cliniques et financières, notamment pour les coûts par cas et l'étalonnage
2017-2018	Payer la trajectoire de soins complète interétablissements	Payer en fonction des meilleures pratiques pour les nouvelles interventions choisies		Développer et implanter, sur quelques années, selon les conclusions des analyses

CINQUIÈME PARTIE : RECOMMANDATIONS

On trouvera ci-après les quinze recommandations formulées par le groupe d'experts, dans le cadre du mandat qui lui a été confié par le gouvernement.⁵²

❑ L'objectif poursuivi

Recommandation 1

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement procède à un changement majeur dans les modes d'allocation des ressources au sein du système de santé du Québec, en implantant largement le financement axé sur les patients.

Pour le groupe d'experts, le financement axé sur les patients doit ainsi être utilisé comme un levier dans un processus de réforme visant à :

- rendre les soins plus accessibles;
- mieux contrôler les coûts;
- améliorer la qualité des soins dispensés;
- respecter les principes d'équité.

❑ La démarche recommandée

Recommandation 2

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement adopte une approche pragmatique dans la mise en place du financement axé sur les patients, comprenant plusieurs étapes.

Cette implantation en plusieurs étapes prendrait la forme d'une stratégie pluriannuelle, alignée sur les objectifs stratégiques en santé, soutenue par une gestion du changement.

La stratégie retenue tiendrait compte :

- de la méthode présente d'allocation des ressources;
- des caractéristiques actuelles des systèmes d'information clinique et financière;
- de la disponibilité des données sur les résultats et les coûts par cas;
- de la capacité organisationnelle d'introduire les changements requis.

La stratégie d'implantation du financement axé sur les patients respecterait les budgets disponibles et la capacité de payer du gouvernement.

⁵² Les recommandations formulées dans les trois fascicules peuvent être plus détaillées que les recommandations du rapport.

❑ **Trois directions prioritaires**

Recommandation 3

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement engage immédiatement l'implantation du financement axé sur les patients en introduisant la méthode dans trois secteurs :

- le financement selon le volume et la qualité pour toutes les chirurgies, grâce à l'élargissement du programme actuel;
- le financement en fonction des meilleures pratiques, par l'établissement d'un programme d'implantation des meilleures pratiques en commençant par la coloscopie;
- le financement pour la prise en charge des patients ayant des maladies chroniques, en commençant par des expérimentations concrètes accompagnées de l'appui requis.

❑ **Un Programme d'accès à la chirurgie élargi et intégré**

Recommandation 4

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement élargisse le Programme d'accès à la chirurgie et qu'il fasse de cet élargissement la première direction prioritaire du financement axé sur les patients.

Le nouveau Programme d'accès à la chirurgie couvrirait la quasi-totalité de la production chirurgicale.

Ce nouveau programme pourrait s'inscrire dans une stratégie nationale de la chirurgie.

Le groupe d'experts vise un meilleur arrimage des soins dans le domaine chirurgical aux grands objectifs poursuivis par le gouvernement dans le système de santé, soit :

- l'accès aux soins;
- la pertinence et la qualité des soins;
- l'équité;
- l'efficacité dans la prestation des services.

Recommandation 5

Le groupe d'experts recommande que le nouveau Programme d'accès à la chirurgie s'applique à toutes les chirurgies réalisées dans les établissements ayant un volume de production chirurgicale annuel d'au moins 1 000 cas pondérés.

L'implantation du financement axé sur les patients s'appliquerait graduellement à l'ensemble de la trajectoire du patient, de façon à ce que le nouveau mode de financement couvre la trajectoire de soins complète en 2017-2018.

Le financement des activités chirurgicales au sein d'un établissement serait déterminé par le nombre de chirurgies effectuées et par le tarif établi au niveau national pour chaque type de chirurgie. À cette fin, le groupe d'experts recommande des modalités précises concernant :

- la détermination des coûts par cas;
- la définition de l'enveloppe budgétaire consacrée au nouveau programme;
- la détermination du tarif pour chaque groupe de chirurgies.

L'implantation du nouveau mode de financement ne pourra être effectuée que graduellement.

Pour ce qui est de la prise en compte de la qualité des soins et de leur accès, le groupe d'experts propose un certain nombre d'indicateurs. Cette prise en compte devrait elle aussi être effectuée graduellement.

Le groupe d'experts recommande une approche pragmatique pour ce qui est du développement des systèmes d'information clinique et financière.

Le groupe d'experts précise la stratégie de communication et de collaboration devant accompagner l'implantation du nouveau programme.

Le groupe d'experts recommande une stratégie de suivi et d'évaluation des résultats.

Le groupe d'experts recommande plusieurs démarches pour gérer les risques liés à l'implantation du financement axé sur les patients à l'ensemble des activités chirurgicales.

❑ Une démarche valorisant les meilleures pratiques

Recommandation 6

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement applique le financement axé sur les patients dans le cadre d'une deuxième direction prioritaire, visant la qualité des soins.

Le gouvernement procéderait à l'élargissement et au financement en fonction des meilleures pratiques du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

Le gouvernement étendrait le financement en fonction des meilleures pratiques à d'autres secteurs cliniques prioritaires, dans le cadre d'un programme de financement selon les meilleures pratiques. Les secteurs cliniques prioritaires seraient choisis notamment en fonction de l'ampleur des résultats attendus.

Recommandation 7

Le groupe d'experts recommande que l'implantation du financement axé sur les patients ait pour objectif explicite d'améliorer la qualité des soins.

Le groupe d'experts recommande que le programme de financement selon les meilleures pratiques s'appuie sur un leadership clinique, des structures, des processus et des habiletés garantissant que les meilleures pratiques ciblées seront diffusées et soutenues par le financement.

Le groupe d'experts recommande d'élaborer un plan pour un financement selon les meilleures pratiques en consultation avec des cliniciens et des experts.

Le groupe d'experts recommande qu'un nombre significatif de secteurs cliniques soit inclus dans le programme chaque année, en fonction de l'ampleur des résultats attendus et sur la base des critères proposés.

❑ La prise en charge des maladies chroniques, afin de favoriser l'intégration des soins

Recommandation 8

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement applique le financement axé sur les patients dans le cadre d'une troisième direction prioritaire visant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, afin de favoriser l'intégration des services.

Le groupe d'experts recommande que le gouvernement commence par des expérimentations concrètes, accompagnées de l'appui requis.

Le gouvernement mettrait en place un programme favorisant la création de consortiums composés de médecins et d'autres professionnels de la santé, consacrés à la prise en charge des personnes aux prises avec de multiples maladies chroniques et une condition instable.

Le financement de ces consortiums serait pondéré en fonction du profil de risque des patients ciblés et déterminé sur la base des résultats obtenus.

❑ Les informations cliniques et financières

Recommandation 9

Le groupe d'experts recommande au gouvernement :

- d'effectuer des travaux de révision de l'architecture des données cliniques et financières, afin de disposer de systèmes cohérents et intégrés;
- d'augmenter le budget de fonctionnement des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux;
- de financer la transformation à partir d'une enveloppe dédiée;
- d'évaluer l'opportunité de créer une équipe stratégique de projet au Ministère en ressources informationnelles ayant les pouvoirs nécessaires pour coordonner la mise en œuvre des recommandations;
- d'évaluer l'opportunité d'instaurer au ministère de la Santé et des Services sociaux un centre d'expertise en traitement et en analyse des données.

Recommandation 10

Le groupe d'experts recommande :

- de développer des banques de données afin de couvrir les secteurs d'activités pas ou peu couverts jusqu'à présent, notamment pour les soins ambulatoires et de réadaptation, à l'aide de systèmes de classification appropriés;
- 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 cliniques;
- de consolider et d'accélérer les travaux relatifs à l'implantation d'un identifiant unique anonyme afin de permettre le jumelage des données cliniques;
- d'encourager la collaboration entre le Ministère et les établissements pour implanter des banques de données financières et des chartes comptables normalisées afin de faciliter les comparaisons entre elles et avec les établissements des autres provinces;
- de mettre au point une application clinique et financière pour les établissements et le Ministère, alimentée en temps opportun par les établissements du réseau et permettant la comparaison sur la base d'indicateurs reconnus;
- de procéder à des audits des données cliniques produites par les établissements, les vérifications étant réalisées sur une base aléatoire et de manière ciblée lors de présence d'écarts inexpliqués.

Recommandation 11

Le groupe d'experts recommande :

- de faire en sorte que les travaux de révision de l'architecture des données cliniques et financières permettent un croisement entre les banques de données cliniques et les banques de données financières;
- d'instaurer une méthodologie standardisée de coûts par cas pour les établissements;
- d'identifier parmi les initiatives actuelles celles qui peuvent servir de modèles aux systèmes d'information requis pour faciliter la production de coûts par cas reproductibles par les établissements concernés;
- de mettre en place graduellement au Ministère une banque de données pour que les établissements puissent se comparer entre eux.

Recommandation 12

Le groupe d'experts recommande :

- qu'un processus transparent de mise à jour des tarifs soit établi afin de susciter l'adhésion et la confiance des intervenants du réseau;
- qu'un document exposant clairement les tarifs et la méthodologie de calcul de ceux-ci soit publié chaque année;
- qu'un processus de consultation annuelle et d'évaluation continue soit mis en place afin de s'assurer que les tarifs soient alignés avec les objectifs du système de santé et que l'on soit en mesure d'effectuer les mises à jour requises.

❑ **Les règles tarifaires et budgétaires**

Recommandation 13

Le groupe d'experts recommande :

- d'effectuer des prévisions rigoureuses des volumes d'activités assujetties à un financement axé sur les patients et de bien déterminer les tarifs pour respecter l'enveloppe fermée;
- d'assurer un suivi rigoureux des volumes d'activités, des tarifs et des budgets afin de raffiner les règles tarifaires et budgétaires et d'apporter rapidement les corrections nécessaires pour bien gérer les budgets;
- de suivre l'évolution des règles budgétaires utilisées dans d'autres juridictions pour encadrer le risque financier tout en respectant les principes du financement axé sur les patients.

❑ **La gestion des établissements : des ponts entre le clinique et l'administratif**

Recommandation 14

Le groupe d'experts recommande de soutenir la gestion intégrée entre le clinique et l'administratif à tous les niveaux – ministère, agences, établissements et unités de soins.

Plus précisément, le groupe d'experts recommande :

- d'élaborer et de proposer un modèle de gestion intégrée entre le clinique et l'administratif à tous les niveaux – ministère, agences, établissements et unités de soins – et d'aligner les incitatifs en appui à ce modèle;
- de faire en sorte que les cliniciens et les gestionnaires aient accès à l'information clinique et financière.

❑ **La gestion du changement**

Recommandation 15

Le groupe d'experts recommande :

- de mettre en place une équipe intégrée de projet ayant l'autorité nécessaire pour coordonner l'implantation des changements proposés;
- de prévoir des moyens pour développer les compétences et la capacité des intervenants à mettre en place les changements engagés;
- d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de communication concernant l'implantation des mesures;
- de constituer une enveloppe ou provision globale, bien identifiée et dédiée au financement de l'implantation graduelle des changements;
- d'établir un processus rigoureux d'évaluation continue et de rétroaction afin de maximiser les résultats des changements proposés.

ANNEXES

ANNEXE I – LE GROUPE D’EXPERTS

❑ Les membres du groupe d’experts

■ M^{me} Wendy Thomson, présidente du groupe d’experts

Diplômée de l'Université McGill et titulaire d'une maîtrise en travail social, M^{me} Wendy Thomson s'est installée en Angleterre pour obtenir un doctorat en administration sociale de l'Université de Bristol. Elle a occupé en Angleterre de nombreux postes supérieurs dans des services publics, dont ceux de chef exécutif d'un gouvernement local à Londres et d'inspectrice en chef des gouvernements locaux en Angleterre et au Pays de Galles. En tant que directrice générale fondatrice de l'Office de la réforme des services publics, elle a servi comme conseillère du premier ministre Tony Blair. Pour sa contribution au service public, elle a été nommée Commander of the British Empire par la reine Elizabeth II, en 2005.

Madame Thomson est maintenant directrice de l'École de travail social de l'Université McGill, où elle enseigne la politique sociale. Dans le cadre de ses recherches, elle continue de conseiller les gouvernements du Canada et internationalement sur la gouvernance et la performance des services tels que la santé, l'éducation et les services pour les enfants. Elle est membre du conseil d'administration du CSSS de la Montagne à Montréal.

■ M. Roger Paquet

Diplômé de l'Université Laval et titulaire d'une maîtrise en service social, M. Roger Paquet a amorcé sa carrière professionnelle dans le domaine de la réadaptation sociale dans divers centres s'adressant aux jeunes et aux adultes de 1970 à 1993. Par la suite, il a travaillé au gouvernement du Québec, particulièrement au ministère de la Santé et des Services sociaux, où il a occupé plusieurs postes importants, dont celui de sous-ministre en titre, de 2006 à 2009.

Il s'est établi depuis comme consultant et assume des mandats touchant la planification, l'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des établissements de santé et de services sociaux. Il intervient dans la planification, le développement et la performance des systèmes de santé.

■ M. Pierre Shedleur

M. Pierre Shedleur est diplômé de l'École des hautes études commerciales, comptable agréé depuis 1972 et Fellow de l'Ordre des comptables agréés depuis 1996. Après avoir travaillé dans le secteur privé, M. Shedleur a amorcé une carrière dans le secteur public en 1980. Il a notamment collaboré au ministère de l'Éducation et au Secrétariat du Conseil du trésor, et il a été président-directeur général de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) de 1993 à 1997. Il a également été président-directeur général de la Société générale de financement du Québec de 2004 à 2010.

De 2004 à 2010, il a coprésidé les Forums régionaux sur l'avenir du Québec ainsi qu'un groupe consultatif sur l'état des finances publiques.

❑ L'équipe de soutien

■ Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Michel Fontaine, sous-ministre à la Coordination, financement, immobilisations et budget

M. François Dion, directeur général du Budget et des politiques de financement

M. Normand Lantagne, directeur par intérim, Directeur des politiques de financement et de l'allocation des ressources

M. Nizar Ghali, économiste à la Direction de l'allocation des ressources en santé physique

■ Ministère des Finances et de l'Économie

M. Simon Bergeron, secrétaire du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients et sous-ministre adjoint à la Politique budgétaire

M. Marc Sirois, directeur général à la politique budgétaire

M. Alain Boisvert, directeur à la Direction de la prévision des dépenses et de la modélisation

M^{me} Marie-Pier Fortin, économiste à la Direction de la prévision des dépenses et de la modélisation

M^{me} Anny Gagnon, technicien en administration, bureau du sous-ministre adjoint à la Politique budgétaire

M^{me} Jacynthe Létourneau, adjointe administrative à la Direction générale de la politique budgétaire

■ Ministère du Conseil exécutif

M. Jean-Pierre Pellegrin, secrétaire adjoint et responsable de la Direction des politiques publiques et des perspectives, Secrétariat aux priorités et aux projets stratégiques

M^{me} Claude Bertrand, technicienne en administration, adjointe administrative, Secrétariat aux priorités et aux projets stratégiques

❑ Les autres collaborateurs

■ Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Martin April, Direction de la main-d'œuvre médicale

M. Richard Audet, sous-ministre associé, Direction générale des technologies de l'information

M^{me} Naomi Ayotte, Direction des affaires juridiques

M^{me} Marie Bellavance, Direction des études et des analyses

M^{me} Sylvie Bernier, Direction de la qualité

M^{me} Vivianne Cantin, Direction des études et des analyses

M^{me} Lise Caron, Service des mécanismes d'accès

M. Taha Chaabouni, Direction québécoise de cancérologie

M^{me} Marlène Champagne, Direction québécoise de cancérologie

M. Harold Côté, Directeur, Direction de l'évaluation

M. Jacques Cotton, président-directeur général, Régie de l'assurance maladie du Québec

M^{me} Linda Cyr, Direction de la gestion financière – réseau

M^{me} Martine Désilets, Service de l'allocation des ressources

M^{me} Gisèle Drapeau, Service de l'allocation des ressources

M. François Dubé, Direction de l'organisation des services de premières lignes

M^{me} Lynda Fortin, Direction de la planification et des orientations stratégiques

M. Éric Fournier, Direction générale adjointe de la performance

M. John Gauvreau, Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

M. Martin Hébert, Direction des études et des analyses

M. René Kirouac, Service de l'allocation des ressources

M^{me} Guylaine Lajoie, Direction générale adjointe de la gestion financière et des politiques de financement

M^{me} Geneviève Landry, Direction de l'organisation des services de premières lignes

Dr Jean Latreille, Direction québécoise de cancérologie

M. André Lévesque, Direction de la gestion intégrée de l'information

M. André Lussier, Service de l'allocation des ressources

M. Louis Martel, Service de l'allocation des ressources

M. Pierre Martin, Direction de la gestion financière – réseau

M^{me} Suzanne Morency, Direction de la planification et des orientations stratégiques

M^{me} Mélanie Rainville, Direction adjointe de l'analyse et du soutien informationnel

M^{me} Michèle Rompré, Direction québécoise de cancérologie

M. Laurier Samson, bureau du sous-ministre associé, Direction générale des technologies de l'information

M. Alain Saucier, Direction de la gestion intégrée de l'information

M. Simon Tremblay, Service des mécanismes d'accès

■ **Ministère des Finances et de l'Économie**

M. Rufin Baghana, Direction de l'organisation financière et des sociétés d'État

M^{me} Karine Barrette, Direction générale de la politique budgétaire

Mme Françoise Beaulieu, Direction des communications

M. Roger Caire, Direction de l'analyse des dépenses, des infrastructures et de la tarification

M^{me} Angie-Kim Chiasson, Direction de la prévision des dépenses et de la modélisation

M. Alexandre Desmeules, Direction de l'analyse des dépenses, des infrastructures et de la tarification

M. Patrick Dutoy, Direction de l'analyse des dépenses, des infrastructures et de la tarification

M. Harold Fortier, Direction du suivi des opérations budgétaires et non budgétaires

M^{me} Véronique Fournier, Direction de l'analyse, de la planification et de l'information budgétaire

M^{me} Brigitte Giguère, Direction de la prévision des dépenses et de la modélisation

M. Samir Hareb, Direction de l'analyse des dépenses, des infrastructures et de la tarification

M. François Leclerc, Direction de l'analyse, de la planification et de l'information budgétaire

M. Alexandre Montelpare, Direction de l'analyse, de la planification et de l'information budgétaire

ANNEXE II – LES PERSONNES RENCONTRÉES ET LES RAPPORTS COMMANDÉS

❑ Le comité consultatif

M^{me} Caroline Babir, Centre de santé et de services sociaux de Laval

M. Luc Bouchard, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Alexandra Constant, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M. François Côté, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

M. Raymond Coulombe, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

M^{me} Martine Couture, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean

M. Jean Déry, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Geneviève Dufresne, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M^{me} Yolaine Galarneau, Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

M. Yvan Gendron, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M^{me} Anne Gervais, Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

M. François Latreille, Centre hospitalier universitaire de Québec

M^{me} Anne Lauzon, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec

M. François Lemoyne, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M^{me} Lucie Malo, Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme

M^{me} Louise Potvin, Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher

M. Jacques Ricard, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Dr Hartley Stern, Hôpital général juif de Montréal

Dr Stéphane Tremblay, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

❑ Les personnes rencontrées

■ Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Lise Caron, Service des mécanismes d'accès

M^{me} Marlène Champagne, Direction québécoise de cancérologie

Dr Louis Couture, sous-ministre adjoint, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

M. François Dubé, Direction de l'organisation des services de premières lignes

M. Éric Fournier, Direction générale adjointe de la performance

M^{me} Pauline Gervais, conseillère cadre – Assurance autonomie

M. Pierre Laflamme, Direction générale adjointe à la coordination et aux ententes de gestion

M. Pierre Lafleur, Direction générale adjointe à la coordination et aux ententes de gestion

M^{me} Andrée Quenneville, Direction de la planification et des orientations stratégiques

Dr Jean Rodrigue, sous-ministre adjoint, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

M. Alain Saucier, Direction de la gestion intégrée de l'information

M^{me} Isabelle Savard, Direction de la main-d'œuvre médicale

M. Marco Thibault, sous-ministre adjoint, Direction générale du personnel réseau et ministériel

M^{me} Lise Verreault, sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux

■ Réseau de la santé et des services sociaux

M. Denis Beaudoin, Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

M. Jocelyn Boucher, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Dr Fabrice Brunet, Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine

M^{me} Gynette Caillé, Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher

M. Michel Ferland, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

M. Yves Fortin, Centre Hospitalier Universitaire de Québec

M^{me} Danielle Fournier, Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi

M^{me} Pascale Gagné, Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière

M. Michel Martel, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean

M^{me} Danielle McCann, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M^{me} Christine Mimeault, Centre de santé et de services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean

M^{me} Carole Muir, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean

M. Christian Paire, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M. Claude Paradis, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M^{me} Micheline Riverin, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Dr Lawrence Rosenberg, Hôpital général juif de Montréal

M. Gilles Simard, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean

M^{me} Valérie Vandal, Hôpital général juif de Montréal

■ **Autres organismes publics du portefeuille santé**

Dr Luc Boileau, Institut national de la santé publique du Québec

M^{me} Joanne Gaumond, Régie de l'assurance maladie du Québec

M. Daniel Labbé, Commissaire à la santé et au bien-être

M^{me} Nicole Lefebvre, Régie de l'assurance maladie du Québec

M. Jean-Frédéric Lévesque, Institut national de la santé publique du Québec

M. Bruno Rainville, Régie de l'assurance maladie du Québec

Dr Juan Roberto Iglesias, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

M^{me} Anne Robitaille, Commissaire à la santé et au bien-être

Dr Jean Rochon, Institut national de santé publique du Québec

Dr Denis Roy, Institut national de santé publique du Québec

M. Robert Salois, Commissaire à la santé et au bien-être

■ **Ordres professionnelles du secteur de la santé**

Dr Charles Bernard, Collège des médecins du Québec

Dr Yves Robert, Collège des médecins du Québec

M^{me} Lucie Tremblay, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

■ **Fédérations médicales**

Dr Gaétan Barrette, Fédération des médecins spécialistes du Québec

M. Richard-Pierre Caron, Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dre Diane Francoeur, Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dre Michèle Francoeur, Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dr Louis Godin, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

M^{me} Patricia Kéroack, Fédération des médecins spécialistes du Québec

M^{me} Nicole Pelletier, Fédération des médecins spécialistes du Québec

■ Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M. Luc Bouchard, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Lise Denis, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M. Jean Déry, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Catherine Gervais, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Diane Lavallée, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Anne Lemay, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Michelle Pelletier, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

■ Autres organismes du secteur de la santé

M^e Paul Brunet, Conseil pour la protection des malades

M. Normand Laberge, Association médicale du Québec

Dr Laurent Marcoux, Association médicale du Québec

M. Robert Nadon, Association médicale du Québec

■ Organisations syndicales

M^{me} Michèle Boisclair, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

M. Jean Dalcé, Confédération des syndicats nationaux

M. Jean Lacharité, Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Andrée Lapierre, Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Régine Laurent, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

M. Marco Lutfy, Syndicat canadien de la fonction publique

M^{me} Julie Martin, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

M^{me} Lucie Mercier, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

M^{me} Anne Pineau, Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Caroline Valiquette, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

M^{me} Jennifer Whiteside, Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

■ Secteur universitaire

M. Claude Castonguay, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

M^{me} Joanne Castonguay, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

M. Jean-Louis Denis, École nationale d'administration publique

M. André Fortier, École nationale d'administration publique

M^{me} Erin Strumpf, Université McGill

■ Entreprises privées

Dr Gerry Bédard, Groupe santé Concerto

M^{me} Guylaine Chabot, Groupe santé Concerto

M. Daniel Handfield, MédiaMed Technologies

Dr Alain Larouche, Groupe santé Concerto

M. Louis Larouche, Groupe santé Concerto

Dr Jean Mireault, MédiaMed Technologies

M. Pierre Rhéaume, Consultant

■ Consultants et experts d'autres juridictions

■ Angleterre

M. Paul Corrigan, Special advisor to Foundation Trusts and consultant

M. Jamie Day, Head of IT, N A Wilson Associate LLP

Sir John Oldham, Quest 4 Quality (former director, Year of Care, NHS)

M. Neil Wilson, N A Wilson Associate LLP

■ Australie

M. Stephen Duckett, Grattan Institute

■ Colombie-Britannique

Dr Doug Cochrane, University of British Columbia, BC Patient Safety & Quality Council

M. Jason Sutherland, University of British Columbia, Center for Health Services and Policy Research

■ France

M. Alain Cordier, Collège de la Haute autorité de santé

M^{me} Zeynep Or, Institut de recherche et documentation en économie de la santé

■ Ontario

M^{me} Miin Alikhan, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

M^{me} Helen Angus, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

M^{me} Anna Greenberg, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

M. David Lamb, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

M. Danny Purcell, Hôpital Montfort

M. Don Young, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

□ Les rapports commandés

■ Rapports commandés par le groupe d'experts

Anne, LEMAY, *Perspective et réflexion sur les outils nécessaires à l'implantation d'un financement axé sur le patient au Québec*, Rapport final, juillet 2013.

Madeleine, BRETON, *Avis sur le financement de la prise en charge des maladies chroniques*, Document technique, décembre 2013.

Joanne, CASTONGUAY, *Le financement des soins chroniques*, Rapport de projet, CIRANO, Montréal, octobre 2013.

Erin, STRUMPF, Samer FARAJ et Vedat VERTER, *Prise de décisions relatives au financement fondé sur les activités dans le domaine des soins de santé : Mécanismes de paiement et objectifs stratégiques*, Université McGill, 20 mai 2013.

Zeynep, OR, *DRG Payment in France*, IRDES, 2013.

CIM, *Focus groups sur l'appréciation de l'approche de financement par activité utilisée par le MSSS*, Rapport final, 10 octobre 2012.

Jordan, ISENBERG, *Moving Towards Activity-Based Financing: Interjurisdictional Experience and Outlook for Quebec*, août 2012.

■ Rapport commandé par le ministre de la Santé et des Services sociaux

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

www.santefinancementactivite.gouv.qc.ca