



**aqesss**

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX

**RÉVISION DES PROGRAMMES :  
UNE OCCASION DE MODERNISER  
NOTRE SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ**

Mémoire présenté à la Commission de  
révision permanente des programmes

Septembre 2014



Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

505, boulevard de Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 842-4861

Site Web : [www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)

**©Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014**

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web de l'AQESSS.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>CE QUI MOTIVE NOTRE PARTICIPATION.....</b>	<b>2</b>
Des moyens qui doivent tenir compte de la réalité .....	2
Les principes qui motivent notre démarche et guident nos choix .....	3
<b>LE CONTEXTE FINANCIER DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS.....</b>	<b>6</b>
Des moyens réduits et des besoins grandissants .....	6
D'où provient le financement?.....	6
De nouvelles règles au Transfert canadien en matière de santé (TCS) .....	6
Tableau 1 : Impacts des changements apportés au TCS (M\$) au Québec .....	8
Où vont les dépenses? .....	8
Révision des programmes : le contexte particulier du secteur de la santé.....	8
Tableau 2 : Les dépenses de santé et de services sociaux (M\$).....	9
<b>CE QUE NOUS PROPOSONS POUR NOUS ASSURER DE LA PERTINENCE DES SOINS ET DES SERVICES OFFERTS.....</b>	<b>10</b>
Des milliards de dollars perdus .....	10
Le coût de l'inefficience.....	10
Le coût des événements indésirables .....	10
Le coût du « surdiagnostic ».....	11
Agir impérativement .....	12
Nos recommandations permettant de nous assurer de la pertinence des soins et des services offerts.....	12
Le patient-partenaire .....	14
<b>CE QUE NOUS PROPOSONS POUR ENCOURAGER L'EFFICIENCE DANS LA PRESTATION DES SOINS ET L'ORGANISATION DES SERVICES .....</b>	<b>15</b>
Nos recommandations permettant d'encourager et de favoriser l'efficacité dans la prestation des soins et dans l'organisation des services.....	16
Développer les services de première ligne permet de répondre aux besoins prioritaires pour les services aux personnes âgées.....	16
Développer les services de première ligne permet de poursuivre l'intensification de l'offre de service en soins à domicile.....	17
Développer les services de première ligne permet de poursuivre le déploiement de l'offre de service en soins palliatifs et en soins aigus.....	19
Développer les services de première ligne permet d'assurer une meilleure prise en charge de la clientèle aux prises avec des maladies chroniques .....	20
<b>CE QUE NOUS PROPOSONS POUR EN ARRIVER À UN MODE DE RÉMUNÉRATION MÉDICALE QUI FAVORISE LA PERTINENCE, LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE .....</b>	<b>23</b>
Une mauvaise utilisation des cliniques externes.....	24
Des solutions existantes .....	24
Le mode de rémunération à l'acte .....	25
La capitation .....	26

Nos recommandations permettant d'en arriver à un mode de rémunération médicale qui favorise la pertinence, la qualité et l'efficacité .....	26
<b>CE QUE NOUS PROPOSONS POUR RESSERRER LA GESTION DES MÉDICAMENTS.....</b>	<b>29</b>
Ériger un mur étanche.....	30
L'inscription de nouveaux médicaments liés à l'innovation et le partage des risques .....	30
Les mécanismes d'approvisionnement et de gestion des médicaments .....	31
Le recours aux médicaments génériques .....	31
Des changements législatifs et réglementaires souhaités et attendus .....	31
Pour soutenir notre proposition concernant la participation au RPAM .....	33
<b>CE QUE NOUS PROPOSONS POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX .....</b>	<b>34</b>
Maximiser la valeur des dollars investis .....	34
Nous recommandons une approche basée sur les principes suivants :.....	35
Un appel à la prudence.....	37
Un bel exemple de duplication : l'organisation de la santé publique .....	37
Notre recommandation pour l'organisation de la santé publique :.....	38
<b>CE QUE NOUS PROPOSONS POUR INSTAURER UNE VÉRITABLE STRUCTURE DE RÉVISION DES PROGRAMMES.....</b>	<b>39</b>
Un modèle inspirant.....	39
Un NICE québécois? .....	40
Nos recommandations pour instaurer une véritable structure de révision des programmes :.....	41
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>1</b>
Modes de rémunération : description et comparaison.....	1

## **L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) est le porte-parole de 125 établissements membres composés des 92 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés, des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires, de centres hospitaliers et de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les membres de l'AQESSS sont présents dans toutes les régions du Québec et offrent une très large gamme de services de santé et de services sociaux en première, deuxième et troisième ligne. Ils emploient plus de 200 000 personnes et gèrent de façon responsable et en toute transparence des budgets annuels s'élevant à plus de 17,6 milliards de dollars.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir ses membres en agissant comme chef de file pour améliorer la qualité des services et la performance du système de la santé et des services sociaux, et ce, au bénéfice de la population du Québec.

# CE QUI MOTIVE NOTRE PARTICIPATION

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) tient à remercier les membres de la Commission de révision permanente des programmes de lui donner l'occasion de présenter ses commentaires et ses recommandations au sujet des économies potentiellement réalisables à court et à moyen termes dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Notre volonté de participer à cette Commission est motivée par-dessus tout par la nécessité d'agir dès maintenant pour assurer la pérennité du système public actuel.

## **Des moyens qui doivent tenir compte de la réalité**

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le déséquilibre budgétaire actuel ne fait qu'exacerber la pression qui existait déjà sur le financement des services. Toutes les commissions qui se sont penchées sur le financement des programmes de santé et de services sociaux, dont les plus célèbres rapports sont ceux des travaux dirigés par messieurs Clair (2000), Ménard (2005), Castonguay (2008) puis Fortin, Godbout et Montmarquette (2010), ont déjà souligné le danger que les problèmes de financement faisaient courir au maintien de services de qualité, accessibles à l'ensemble de la population.

Au même titre que les autres composantes de la société québécoise, les artisans du réseau de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui conviés à apporter leur pierre à l'édifice de l'équilibre budgétaire. Nous voulons préserver nos services publics. Nous croyons qu'en tant que porte-parole d'établissements responsables de procurer les soins et les services à la population, nous possédons l'expertise et les connaissances pour offrir à la Commission une contribution exemplaire.

Nous proposons des moyens efficaces et équitables pour aider le Québec à retrouver l'équilibre budgétaire sans sacrifier le niveau ou la qualité des services. Nous le faisons en respectant les principes fondamentaux d'équité et de solidarité. Toutefois, les options ne sont pas illimitées. La stratégie pour retrouver l'équilibre budgétaire devra faire appel à une combinaison de mesures qui permettront d'agir sur les dépenses et sur les revenus.

La création récente d'une commission sur la révision de la fiscalité et d'une autre sur la révision des programmes permettra d'aborder les volets des revenus et des dépenses et leurs travaux pourraient servir de base au renouvellement de nos façons de faire en ce qui concerne le financement de la santé et des services sociaux. Un financement qui conduirait à pérenniser l'offre et la qualité des services publics dans ce secteur. Cela nous paraît tout à fait réalisable si l'on ose faire des choix qui exigent du courage. Les commissions sur la fiscalité et sur la révision des programmes nous semblent être des lieux privilégiés pour débattre de ces questions, pour sensibiliser la population et susciter son adhésion. Peu importe nos décisions, il faudra avoir les moyens de financer les services que nous souhaitons offrir.

C'est pourquoi nous accueillons favorablement la mise en place de cette Commission et souhaitons contribuer à ses travaux en insistant sur six éléments :

- La nécessité d'assurer la pertinence des soins et des services;
- La mise en place de mesures pour encourager l'efficience;
- La révision du mode de rémunération médicale;
- Le resserrement de la gestion des médicaments;
- La révision de la gouvernance;
- L'instauration d'une véritable structure d'évaluation et de révision des programmes qui soit propre au réseau de santé et de services sociaux.

### **Les principes qui motivent notre démarche et guident nos choix**

Notre intervention se veut contributive et constructive. Nous sommes d'avis que le retour à l'équilibre budgétaire doit s'amorcer dès maintenant. Chaque exercice financier déficitaire alourdit la dette publique et crée ainsi une charge inéquitable à l'endroit des générations qui devront l'assumer. Toutefois, nous estimons que le retour à l'équilibre budgétaire doit respecter des principes : l'accès équitable aux services de l'État, la protection des plus vulnérables, la solidarité avec les moins bien nantis, l'efficacité, la cohérence, la qualité, la pertinence et la transparence.

#### L'équité

Peu importe les choix qui devront être faits en matière de financement, la solidarité envers les plus vulnérables devra demeurer une préoccupation centrale advenant la mise en place de toute nouvelle politique de tarification. Des modalités d'atténuation des effets pour les plus vulnérables devront obligatoirement être liées aux propositions faites devant la Commission.

Le concept contemporain d'équité différencie ainsi équité d'égalité. Il en découle qu'il peut être légitime d'avantager certains individus et d'en désavantager d'autres afin de compenser les inégalités de départ, si cela ne porte pas préjudice à la collectivité dans son ensemble<sup>1</sup>. Ainsi, si les plus riches doivent contribuer davantage que les moins bien nantis, ces derniers ne peuvent pas non plus être entièrement dispensés de contribution – dans la mesure bien sûr où cette dernière est calibrée à la hauteur de leurs capacités<sup>2</sup>.

---

1 Mieux tarifier pour mieux vivre ensemble, Rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, Gouvernement du Québec, 2008, 347 p. (p. 29).

2 En avoir pour notre argent, Rapport Groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, 2008, 338 p. (p. 10).

## L'efficacité

L'AQESSS juge qu'il faut mettre en lumière le manque d'efficacité de certaines mesures dites « fiscales », notamment les tarifs des différentes formes de contribution des usagers qui ne sont pas indexés ou basés sur des coûts réels.

Le lien entre l'efficacité et le tarif est fondamental. Un des avantages majeurs de la règle de l'utilisateur-payeur est de permettre à celui qui utilise le bien ou le service d'évaluer correctement la valeur du bien ou du service qu'il reçoit<sup>3</sup>.

Cela signifie aussi que les usagers doivent en avoir pour leur argent. Il faut que le système produise des services de qualité en quantité suffisante pour répondre aux besoins, et cela au meilleur coût possible<sup>4</sup>.

## La cohérence

Pour nous, la cohérence des mesures dites « fiscales » avec les orientations et les grands objectifs cliniques propres au système de santé et de services sociaux est un principe déterminant. Plus que jamais, le financement doit être utilisé comme levier pour atteindre les objectifs dictés par l'évolution de l'état de santé de la population. Par exemple, pour effectuer un réel virage vers les soins à domicile, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devra s'assurer d'une certaine neutralité financière pour l'usager qui a le choix entre demeurer à domicile ou s'installer dans un établissement de longue durée.

## La qualité

Selon le Conseil québécois d'agrément, la qualité se réfère à la « capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des usagers, par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus. »

D'ailleurs, de plus en plus de recherches illustrent l'impact négatif de la non-qualité sur la performance d'un système de soins et de services sociaux. Ces études démontrent aussi que le fait de se préoccuper de la qualité des services permettrait d'améliorer plusieurs dimensions de la performance (accès, productivité, efficacité, continuité, impact sur la santé, etc.).

Pour l'AQESSS, la qualité est d'abord et avant tout un résultat à atteindre pour l'usager et la population. Elle comprend plusieurs dimensions, dont l'accessibilité, la sécurité, la satisfaction et l'expérience des patients tout autant qu'une gouvernance efficace.

---

3 Mieux tarifier pour mieux vivre ensemble, Rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, Gouvernement du Québec, 2008, 347 p. (p. 33).

4 En avoir pour notre argent, Rapport Groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, 2008, 338 p. (p. 10)

## La pertinence

Dans le contexte économique actuel et considérant la part importante des budgets consacrés à la santé et aux services sociaux, il est impératif de « garantir à la population que les meilleures ressources (p. ex. ressources financières, humaines et technologiques) sont utilisées au meilleur moment pour offrir les services qui généreront les meilleurs résultats en matière de santé. En fait, la pertinence soutient l'optimisation des ressources et la suppression des pertes<sup>5</sup>. »

## La transparence

Le citoyen payeur est en droit de savoir combien coûte chaque service de santé à l'État et de connaître ce qui motive les choix gouvernementaux en matière de panier de services couverts, de priorités de recherche, etc. L'État et les établissements de santé sont ainsi conviés à la transparence quant aux choix exercés et aux décisions prises en matière d'offre et d'organisation des services sociaux et de santé.

À l'AQESSS, nous n'avons pas attendu que l'on nous fasse un appel du pied pour nous lancer dans l'aventure de la transparence. Nous nous sommes dotés de définitions rigoureuses et complètes d'indicateurs qui nous permettent aujourd'hui, sur une base régulière, de témoigner publiquement de la performance globale de nos membres.

Mais, au-delà de cette reddition de comptes globale, il y a la nécessité que chaque établissement défende ses propres réalisations, fasse valoir sa bonne gestion et mette de l'avant la qualité de ses services. Ce n'est pas nous qui l'exigeons. Ce sont nos concitoyens. Cette nouvelle culture de transparence que nous imposent les événements n'est pas « à sens unique ». Puisque l'on exige de nous la transparence et la reddition de compte, nous pouvons à notre tour exiger la même chose de chacune des composantes du réseau de la santé et des services sociaux.

---

5 2013RP-10, Suzanne Bisailon et al., Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec, Rapport de projet, CIRANO, Montréal, Avril 2013, 69 p.

# LE CONTEXTE FINANCIER DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

## **Des moyens réduits et des besoins grandissants**

Plus des trois quarts du financement du système de santé et de services sociaux québécois provient des impôts et des taxes payés par les contribuables. Ce secteur évolue donc dans un environnement financier fortement influencé par la santé économique du Québec. Et puisqu'il accapare près de la moitié de l'ensemble des dépenses de programme du gouvernement et connaît année après année une croissance plus importante que celle de la richesse collective, il exerce une pression de plus en plus importante sur les finances publiques, devenant ainsi une cible de choix pour la réduction des dépenses gouvernementales.

Toutefois, l'augmentation de la population et son vieillissement accéléré, cumulée à l'étendue du panier de services, obligent une implication financière toujours plus importante de la part du gouvernement, et ce, même si sa marge de manœuvre est réduite par une croissance économique moins soutenue ou par la nécessité de combler les appétits d'autres secteurs d'activités. Le niveau élevé d'endettement du Québec fait aussi partie des éléments du contexte économique qui diminuent la marge de manœuvre du gouvernement en matière de financement et d'investissement en santé, notamment au niveau du développement de nouvelles politiques publiques.

## **D'où provient le financement?**

Près de la moitié (46 %) du financement des dépenses publiques en santé et services sociaux provient du Fonds consolidé du revenu (le « Fonds général » constitué des revenus autonomes du gouvernement – impôts, taxes, droits et permis, etc.). Les autres sources principales de financement sont les contributions du gouvernement fédéral (21 % - Transfert canadien en matière de santé et autres montants découlant d'ententes fédérales-provinciales), les revenus du Fonds des services de santé (18 % - une contribution des employeurs calculée selon leur masse salariale) et les différentes formes de contributions des usagers (7 %)<sup>6</sup>. En raison de ce mode de financement largement axé sur l'imposition générale, le système de santé québécois repose avant tout sur un principe de solidarité sociale, c'est-à-dire une « mutualisation des risques » liés à la santé.

## **De nouvelles règles au Transfert canadien en matière de santé (TCS)**

Le gouvernement fédéral imposait unilatéralement en 2011 de nouvelles règles s'appliquant au TCS. Les changements qui s'ensuivent imposés feront en sorte que la croissance des paiements

---

<sup>6</sup> Les pourcentages ont été obtenus en divisant les montants avec le total des dépenses publiques et non seulement le total des dépenses de programmes.

du fédéral en espèce sera de 6 % jusqu'en 2016-2017 et qu'ensuite elle dépendra du produit intérieur brut (PIB) nominal, avec un plancher de 3 % d'augmentation. Selon les estimations du ministère québécois des Finances dans le budget 2014-2015, ces changements engendreront des pertes financières de près de 10 G\$ pour le Québec d'ici 2024-2025.

Le TCS est une source de revenus qui permettait au gouvernement du Québec de maintenir ses investissements en santé sans trop affecter ses autres portefeuilles. Comme les montants versés sont « dédiés », le budget de la santé et des services sociaux en sera affecté directement. Indépendamment de la conjoncture économique, il sera très difficile de maintenir le niveau global de financement actuel avec une perte de revenus annuelle moyenne de 1,14 G\$<sup>7</sup>.

Les changements annoncés auront également une influence importante sur le financement des systèmes de santé des provinces à long terme. En effet, la part des paiements fédéraux (en espèces) en matière de santé versés aux provinces, qui s'élevait à près de 40 % dans les années 1970, passera de 20,4 % en 2011-2012 à 18,6 % en moyenne sur la période de 2011-2012 à 2035-2036, puis à 13,8 % pendant les 25 années suivantes<sup>8</sup>. Le TCS ne tiendra également plus compte de l'évolution de l'état de santé de la population et de son vieillissement, et ne sera pas indexé selon l'évolution réelle des dépenses des provinces dans ce secteur.

Selon une opinion émise par MM. Jean-Pierre Aubry, Pierre Fortin et Luc Godbout<sup>9</sup>, cette façon de calculer le TCS est inéquitable puisqu'elle ne tient pas compte du fait que « les coûts des soins de santé par habitant varient beaucoup d'une province à l'autre », notamment à cause de la structure d'âge de leur population. Ils affirment que soigner une personne de 65 ans et plus « coûte cinq fois plus cher que de soigner une personne plus jeune ». Pour eux, l'iniquité créée par le calcul de transfert par habitant pourrait être facilement corrigée. Il suffit de déterminer un transfert à deux volets, l'un pour la population des moins de 65 ans et l'autre pour celle des plus de 65 ans. Ainsi, plutôt que de verser un transfert uniforme de 815 dollars par habitant comme prévu, Ottawa pourrait attribuer aux provinces 525 dollars par personne de moins de 65 ans et 2 590 dollars par personne de 65 ans et plus, soit cinq fois plus.

L'enveloppe totale de 28,6 G\$ serait exactement la même que celle qui a été annoncée, mais elle serait partagée entre les provinces de façon à tenir compte de la pression exercée sur le coût des soins de santé par le poids des aînés, qui varie de façon significative d'une province à l'autre.

**Nous invitons par conséquent les autorités gouvernementales à intervenir auprès du ministre fédéral des Finances pour l'amener à corriger cette iniquité qui pénalise particulièrement le Québec.**

---

7 Budget 2014-2015, Plan budgétaire, Gouvernement du Québec, 2014, [En ligne] [<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>] (p. F-13 à F-16).

8 Bureau du directeur parlementaire du budget, Renouveau du Transfert canadien en matière de santé, Gouvernement du Québec, 2012, [En ligne] [[http://www.parl.gc.ca/pbo-dpb/documents/Renewing\\_CHT\\_FR.pdf](http://www.parl.gc.ca/pbo-dpb/documents/Renewing_CHT_FR.pdf)].

9 AUBRY, Jean-Pierre, Pierre FORTIN et Luc GODBOUT. Revoir le transfert fédéral en santé pour tenir compte du poids démographique des aînés, options politiques, juin-juillet 2012, [<http://archive.irpp.org/po/archive/jun12/aubry.pdf>] (p. 102-106).

**Tableau 1 : Impacts des changements apportés au TCS (M\$) au Québec**

	2014-2015	2017-2018	2020-2021	2024-2025	Cumulatif
Baisse de la croissance	-	-140	-694	-1793	- 6998
Répartition purement par habitant	-212 <sup>1</sup>	-245	-277	-332	- 2953
<b>TOTAL</b>	<b>-212</b>	<b>-385</b>	<b>-971</b>	<b>-2125</b>	<b>-9 951</b>

<sup>1</sup> Si l'engagement fédéral de 2007 avait été maintenu, le Québec recevrait un paiement de protection de 212 M\$ en 2014-2015, afin de ne subir aucune perte.

Source : Ministère des Finances du Québec, Plan budgétaire 2014-2015, p.F15

### Où vont les dépenses?

Les dépenses publiques en santé et services sociaux sont, de leur côté, constituées du financement versé aux établissements de santé et de services sociaux, des paiements pour les services médicaux (principalement la rémunération des médecins), des sommes affectées au financement de programmes particuliers (CSST, SAAQ, Fonds de recherche, etc.) ainsi que de celles consacrées aux médicaments. Sont incluses les dépenses de nature sociale, notamment la prestation de services psychosociaux pour les jeunes et les adultes, les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (soins de longue durée) et les services de soutien à domicile.

Quant aux dépenses privées, elles sont attribuables, en grande partie, aux services dentaires et d'optométrie non couverts par l'assurance maladie, aux médicaments consommés hors établissement, aux contributions des personnes en CHSLD, au transport ambulancier et à certains services offerts en clinique privée<sup>10</sup>.

### Révision des programmes : le contexte particulier du secteur de la santé

Dans un secteur comme celui de la santé, où chaque personne présente un caractère unique qui exige évaluation, diagnostic et considérations cliniques, nous croyons que les véritables économies se trouvent dans l'encadrement des pratiques, tant sur les plans clinique qu'administratif, dans la révision du financement des établissements et dans les modes de rémunération des professionnels, notamment des médecins, plutôt que dans une simple révision de programmes. Ces aspects sont porteurs, non seulement d'économies à court et moyen terme, mais aussi sur la durée, assurant du même coup la pérennité du système. C'est l'approche que nous avons choisi de mettre de l'avant dans ce mémoire.

---

<sup>10</sup> Budget 2010-2011, vers un système de santé plus performant et mieux financé, p.2, [En ligne] <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>

**Tableau 2 : Les dépenses de santé et de services sociaux (M\$)**

<b>Programmes budgétaires</b>	<b>2013-2014<sup>p</sup></b>
<b>1- Dépenses de programmes (31 159)</b>	
<b>Fonctions nationales</b>	377
<b>Fonctions régionales (total : 21 437)</b>	
ASSS	93
Établissements SSS	17 151
Organismes communautaires et autres organismes	493
Activités connexes	2 729
Service de la dette	971
<b>OPHQ</b>	13
<b>RAMQ</b>	9 259
<b>Condition des aînés et curateur public</b>	73
<b>2- Autres dépenses (6 223)</b>	
Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)	1 502
Régime d'assurance maladie du Québec	1 125
Franchises et coassurance du Régime d'assurance maladie du Québec	765
Autres dépenses	2 831
<b>Total (dépenses de programmes + autres dépenses)</b>	<b>37 382</b>

p : résultats préliminaires

Source : Comptes de la santé 2011-2012 à 2013-2014, p.10

# CE QUE NOUS PROPOSONS POUR NOUS ASSURER DE LA PERTINENCE DES SOINS ET DES SERVICES OFFERTS

## Des milliards de dollars perdus

Selon l'*Institute for Healthcare Improvement*, le gaspillage de toute nature représente au moins 20 % de toutes les dépenses en santé aux États-Unis. En appliquant au Québec la moitié de ce pourcentage considéré comme « conservateur » par plusieurs, ce pourrait être plus de 2,5 G\$ qui seraient mal dépensés chez nous, dans les secteurs de la santé et des services sociaux<sup>11</sup>. Ce calcul exclut le budget des services médicaux, consacré principalement à la rémunération des médecins. Les mêmes études indiquent qu'entre 17 % et 30 % des interventions médicales produites aux États-Unis sont inutiles et évitables<sup>12</sup>.

## Le coût de l'inefficience

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) va plus loin. Selon ce que rapporte *le Conference Board du Canada*<sup>13</sup>, l'OMS estime qu'entre 20 % et 40 % des dépenses en santé sont liées à du gaspillage et à de l'inefficience : séjours hospitaliers inappropriés et durées moyenne des séjours trop longues, erreurs médicales, qualité de soins sous-optimale, sous-utilisation des médicaments génériques et coûts des médicaments trop élevés.

## Le coût des événements indésirables

Un rapport<sup>14</sup> technique récent de l'Institut canadien pour la sécurité des patients indique que « le fardeau économique des événements indésirables au Canada pourrait avoir atteint 1,1 milliard de dollars en 2009–2010, dont 397 millions de dollars attribuables à des effets indésirables évitables. L'estimation n'inclut pas les coûts directs des soins après la sortie de l'hôpital, ni les coûts sociaux de la maladie, comme la perte de l'état fonctionnel ou de la productivité professionnelle. » Ces montants sont probablement sous-estimés, puisqu'ils ne représenteraient que 0,2 % des dépenses totales de santé au Canada (environ 207 G\$). Si l'on applique ce pourcentage au Québec, cela représenterait un coût de 74 M\$ attribuable à des

---

11 Selon une citation de l'AMQ dans le document suivant: AMQ, Optimisation de la pratique clinique. Mieux choisir, Avril 2013, 22 pages.

12 Selon une citation de l'AMQ dans le document suivant: AMQ, Symposium québécois sur le surdiagnostic. Le surdiagnostic : constats et plan d'action, Juin 2014.

13 Gabriela Prada, Kelly Grimes, and Ioulia Sklokina. Defining Health and Health Care Sustainability. Le Conference Board du Canada. Juillet 2014. 52 pages.

14 L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée, Rapport technique, [En ligne],

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/EconomicsofPatientSafety-%20AcuteCare-%20FinalReport-%20French.pdf>

événements indésirables. Une étude du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé réalisée en 2007 indique que de 5 % à 7 % des hospitalisations au Québec seraient dues à des événements indésirables évitables. Si cette réalité était encore la même en 2012-2013, le coût de ces hospitalisations « évitables » aurait pu ainsi atteindre 182 M\$, soit 7 % des 711 000 hospitalisations réalisées au Québec en 2012-2013, à un coût moyen de 3 695,07 \$ (pour un total de 2,6 G\$).

### **Le coût du « surdiagnostic »**

Il est important d'ajouter le *surdiagnostic* à cette liste des causes de mauvais usage des ressources. Selon l'Association médicale du Québec (AMQ), qui regroupe près de 10 000 médecins généralistes et spécialistes, « le *surdiagnostic* survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement. Le surdiagnostic survient aussi quand on prescrit des examens ou des tests qui n'apportent aucun élément pertinent pour établir un diagnostic et amorcer un traitement. »

Selon une enquête réalisée par le magazine l'Actualité<sup>15</sup> « si le surdiagnostic est si fréquent, c'est surtout parce qu'il profite aux puissants industriels de la santé, fabricants de tests, d'appareils médicaux et de médicaments, qui influencent largement la rédaction des guides de pratique clinique. »

Les modes de rémunération des médecins seraient aussi associés au surdiagnostic. Une étude de Pierre-Thomas Léger<sup>16</sup> a mis en évidence certaines pratiques cliniques non optimales. Il indique par exemple que le paiement à l'acte, même s'il incite à voir plus de patients, « n'encourage pas ou peut même décourager une bonne qualité de soins et une bonne gestion de la santé des patients (aucune rémunération pour le temps, l'effort, la qualité du contact avec le patient, gestion d'horaire, soins de haute qualité, précision du diagnostic, traitement approprié, résultat, bonne gestion des maladies chroniques et prévention). »

Une étude de CIRANO<sup>17</sup> démontre de plus que depuis cinq ans, 24 % des médecins répondants ont augmenté le nombre de tests de laboratoire ou d'examens demandés pour leurs patients. Pour expliquer ce « comportement clinique », les médecins ont invoqué différents motifs, notamment :

- La volonté de poser un meilleur diagnostic;
- La volonté de respecter les normes de pratique;
- La complexité croissante de la médecine;

---

15 L'Actualité, mensuel, Montréal, Québec, volume 39, n. 12, septembre 2014, p. 33

16 Pierre Thomas Léger, Ph.D. Professeur agrégé Professorship en économie de la santé, HEC Montréal, CIRANO, CIRPÉE, Modes de rémunération : théorie et Pratique, [En ligne], <https://www.amq.ca/images/stories/amq-en-action/congres-annuel/congres2013/presentation-pierre-thomas-leger.pdf>

17 2013RP-10, Suzanne Bisailon et al., Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec, Rapport de projet, CIRANO, Montréal, Avril 2013, 69 p.

- La volonté d'éviter les thérapies inutiles;
- La volonté de répondre aux attentes des patients;
- Une meilleure accessibilité des tests;
- La crainte des poursuites pour faute professionnelle.

Les usagers exercent également une pression qui conduit à multiplier les examens diagnostiques. Elle est motivée par leurs convictions, leurs valeurs et leurs besoins individuels :

- La certitude qu'une intervention diagnostique ou pharmacologique est nécessaire;
- L'accès à l'information en ligne;
- La peur du vieillissement;
- Les antécédents familiaux;
- « Pour en avoir le cœur net ».

### **Agir impérativement**

À la lumière de ces informations, il nous paraît impératif de se pencher sur la pertinence de certains services ou soins offerts. Selon Prada, Grimes et Sklokin<sup>18</sup>, la pertinence des soins et des services offerts permet de « garantir que les meilleures ressources (p. ex. ressources financières, humaines et technologiques) sont utilisées au meilleur moment pour offrir les services qui généreront les meilleurs résultats en matière de santé. La pertinence soutient l'optimisation des ressources et la suppression des pertes. » Il est tout aussi impératif que la qualité soit au rendez-vous à chaque étape du processus de production d'un soin ou d'un service pour éviter les erreurs et réduire le nombre d'événements indésirables.

### **Nos recommandations permettant de nous assurer de la pertinence des soins et des services offerts**

**Recommandation 1**

**Conférer un caractère exécutoire aux recommandations de l'INESSS pour favoriser les meilleures pratiques**

Nous recommandons que le mandat confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) soit modifié pour accorder un caractère exécutoire à ses recommandations portant sur les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux. Il faut permettre à l'INESSS d'examiner et d'évaluer les services offerts par le réseau de santé public et d'en questionner la pertinence, l'efficacité et la qualité. Ce pouvoir permettrait d'associer une pratique clinique basée sur des données probantes à la dimension coût-bénéfice.

---

18 idem

L'INESSS devrait détenir le pouvoir d'obliger les cliniciens à adopter les pratiques recommandées. Les ordres professionnels devraient être mis à contribution dans cette démarche et la rémunération de certains professionnels, particulièrement celles des médecins et des pharmaciens, devrait être revue pour favoriser les meilleures pratiques recommandées par l'INESSS.

Cette approche a l'avantage de faire reposer la démarche sur des données probantes et de la soustraire des pressions exercées par différents groupes d'intérêt.

## **Recommandation 2**

### **Sensibiliser la population à la pertinence clinique des soins et des services**

L'enquête de CIRANO sur l'augmentation des tests diagnostiques demandés par les médecins<sup>19</sup> démontre qu'un pourcentage significatif de cette hausse résulte de demandes exprimées par les patients. Comme le souligne l'AMQ<sup>20</sup> dans un document militant en faveur de l'optimisation de la pratique clinique : les patients « peuvent influencer le médecin et l'inciter à prescrire des tests ou des examens qui ne sont pas toujours appropriés compte tenu du tableau clinique présenté. »

Les auteurs du document suggèrent ainsi que « dans cette optique, toute initiative visant l'utilisation plus rationnelle des tests ou examens par les professionnels doit nécessairement s'accompagner d'une vigoureuse campagne d'information à l'intention de la population. Les patients doivent percevoir que cette recherche de qualité et de pertinence n'est pas une opération visant à diminuer la quantité de services, mais plutôt de mieux utiliser les ressources en commandant des tests et des examens dans des situations appropriées. »

Visant à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité, une campagne de sensibilisation du type de « Choisir avec soin » (Choosing Wisely Canada) pourrait servir de modèle pour le Québec.

Certains examens, traitements et procédures ne sont pas nécessaires et n'ajoutent aucune valeur aux soins. En fait, ils réduisent la qualité des soins en exposant les patients à des préjudices potentiels. Ils peuvent mener à un plus grand nombre de tests pour éliminer des faux positifs, contribuent au stress et occasionnent des coûts évitables pour les patients. De plus, les examens, traitements et procédures inutiles mettent une pression accrue sur les ressources de notre système de soins de santé.<sup>21</sup>

---

19 2013RP-10, Suzanne Bisailon et al., Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec, Rapport de projet, CIRANO, Montréal, Avril 2013, 69 p.

20 AMQ, Optimisation de la pratique clinique – Mieux choisir, Avril 2013, 22 pages.

21 AMQ et Université de Toronto, Campagne Choisir avec soin, [En ligne], <http://www.choisiravecsoin.org/a-propos/au-sujet-de-choisir-avec-soin/>

## **Le patient-partenaire**

Dans plusieurs établissements québécois, des équipes ont mis en place une approche dite de patient-partenaire. En fait, c'est une relation de coopération et de collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux.

Le patient est non seulement un acteur incontournable comme membre à part entière de son équipe de soins et de services, mais aussi un contributeur à forte valeur ajoutée dans la réflexion sur l'évolution des soins et des services.

Un programme du type « Choisir avec soin » est le type d'outil qui permettrait de soutenir le partenariat mis en place dans certains établissements du Québec.

# CE QUE NOUS PROPOSONS POUR ENCOURAGER L'EFFICIENCE DANS LA PRESTATION DES SOINS ET L'ORGANISATION DES SERVICES

Les salles d'urgence sont devenues, au fil du temps, l'alternative à des services de première ligne mal adaptés aux besoins des gens. La population se tourne vers ce service afin de recevoir des soins médicaux en sachant que l'accès aux services diagnostiques et spécialisés en sera également facilité.

Or, une visite à l'urgence ou encore dans une clinique sans rendez-vous ne permet généralement pas de bien contrôler les problèmes de santé ou encore de recevoir des services de professionnels pouvant motiver l'adoption de saines habitudes de vie. Selon une enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), près d'une personne sur quatre mentionne que la consultation à l'urgence a peu - ou pas du tout - contribué à régler son problème de santé<sup>22</sup>.

Au Québec, les services pour les personnes qui sont aux prises avec des maladies chroniques reposent encore trop souvent sur les équipes spécialisées au sein des services hospitaliers, engorgeant du même coup ces services, qui peinent à répondre à l'accroissement de la demande. De plus, une approche « par maladie » demeure souvent la manière la plus courante de traiter les personnes atteintes de maladies chroniques. Les patients naviguent dans un parcours de soins complexe en consultant des équipes multiples, selon leur condition de santé.

Ces constats nous indiquent clairement que le statu quo n'est plus possible et qu'un virage s'impose. Il est temps de se concentrer sur des solutions porteuses de changement et d'amélioration qui impliquent tous les partenaires dans un esprit de collaboration et de travail concerté.

Pour optimiser les services, les établissements ont notamment créé des équipes de suivi systématique et assigné des gestionnaires de cas complexes aux personnes qui sont de grandes utilisatrices de services. Ces modalités sont toutefois insuffisantes et ne favorisent pas toujours une intervention précoce et coordonnée permettant d'éviter l'aggravation de la condition de la personne malade. Parallèlement, de plus en plus d'initiatives prometteuses se développent au sein des établissements du Québec. C'est en s'appuyant sur ces expériences que l'AQESSS propose une façon différente d'organiser les services.

---

22 Institut de la statistique du Québec, 2013a, 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, Québec, Vol. 2, 73 p.

## **Nos recommandations permettant d'encourager et de favoriser l'efficacité dans la prestation des soins et dans l'organisation des services**

### **Recommandation 3**

#### **Intensifier la mise en place des services de première ligne; en faire la priorité**

Il est essentiel de contenir l'accroissement des dépenses en favorisant une utilisation judicieuse et coordonnée des services de santé, notamment pour les personnes vieillissantes, présentant des maladies chroniques ou des problèmes de santé mentale.

L'organisation actuelle des soins et des services est davantage axée sur la réponse à des problèmes de santé aigus, dont la prise en charge est ponctuelle et limitée dans le temps. L'offre de service est peu adaptée à la prévention et à la gestion coordonnée et globale que ces situations exigent. Les changements requis, appuyés par une littérature exhaustive, reposent sur l'accessibilité et sur une meilleure organisation des services de première ligne. Notons que le Québec figure parmi les provinces et les pays qui obtiennent les pires résultats au regard de la plupart des indicateurs comme l'accès à un rendez-vous, le délai d'attente pour une consultation, la transmission de renseignements vers le médecin de famille, etc.

Devant le vieillissement de la population, une réorganisation des services de première ligne est incontournable et urgente. Dans sa récente publication « Agir là où ça compte », l'AQESSS propose une vision accompagnée de pistes de solutions concrètes dans le sens d'un arrimage plus étroit avec les médecins œuvrant en première ligne. Appuyée sur des modèles éprouvés, la mise en place d'équipes interdisciplinaires de première ligne qui agissent comme point d'entrée régulier et centre de coordination des différents services constitue une pierre angulaire. Ces équipes privilégient la qualité et la sécurité des soins ainsi que le soutien à l'autonomie des personnes dans une perspective de soins intégrés. Elles utilisent des systèmes d'information clinique afin de les soutenir dans leur pratique.

Une organisation efficace, coordonnée et plus fluide des services de première ligne permettra d'intensifier, à moindres coûts, les soins et les services de proximité. La mobilisation essentielle des partenaires du Réseau local de services dans un contexte de responsabilité populationnelle vers le développement de services complémentaires ne pourra se développer qu'en présence de services de première ligne accessibles et coordonnés.

### **Développer les services de première ligne permet de répondre aux besoins prioritaires pour les services aux personnes âgées**

Depuis une dizaine d'années, la plupart des politiques et des plans d'action gouvernementaux ont encouragé – du moins sur papier – le maintien à domicile des personnes âgées. Les coûts importants engendrés par l'utilisation inappropriée de ressources plus lourdes et coûteuses, telles que les ressources hospitalières et l'hébergement, ont confirmé la pertinence de ces orientations.

Vieillir à domicile, c'est aussi le premier choix des aînés. Divers sondages viennent en effet confirmer le souhait des personnes âgées de demeurer chez elles le plus longtemps possible. Une tendance qui est là pour rester s'il faut en croire le point de vue des baby-boomers sur la question.<sup>23</sup>

Malgré cette volonté affirmée et la pression que cela exercera sur la demande pour des services de proximité, l'investissement dans les services à domicile ne comptait que pour 2 % des dépenses totales du MSSS en 2008-2009. Plus significatif encore, ces services ne représentaient que 18 % des dépenses totales du programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) comparativement à 82 % consacré à l'hébergement<sup>24</sup>.

Déjà, sur le terrain, le sous-développement des services de première ligne se fait sentir. Les directeurs des programmes eux-mêmes confirment la difficulté des équipes de soutien à domicile à répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Le défi semble particulièrement grand lorsqu'il s'agit d'intensifier les services en amont pour éviter les séjours inappropriés à l'urgence et le recours prématuré à l'hébergement de longue durée.

### **Développer les services de première ligne permet de poursuivre l'intensification de l'offre de service en soins à domicile**

Si rien n'est fait pour modifier l'offre de service de première ligne aux personnes âgées, la hausse de la demande en hébergement fera littéralement exploser les coffres. De fait, les projections quant à l'augmentation des demandes d'hébergement sont telles que le manque à gagner pourrait atteindre 7 124 lits de longue durée d'ici 2017. Avec des frais de fonctionnement annuels moyens de 60 000 \$ par lit (excluant la contribution de l'utilisateur), ce sont 427 M\$ supplémentaires que l'État devrait investir pour répondre à la demande, en ajoutant à ce montant les sommes nécessaires à la construction de nouvelles installations pour accueillir les personnes en perte d'autonomie. Des dépenses difficilement justifiables dans le contexte budgétaire actuel.

Considérant l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées d'ici 2030, l'accroissement des demandes d'hébergement sera considérable. L'attente prévisible pour une place en hébergement congestionnera davantage les lits de courte durée et les lits post hospitaliers, au risque de paralyser le système.

Si l'on n'effectue pas un réel virage vers la première ligne, les personnes âgées qui vivent à domicile (85 % des personnes de 65 ans et plus) continueront d'être limitées dans la possibilité d'exercer leur choix de demeurer à domicile. Elles seront contraintes d'opter précocement pour l'hébergement de longue durée.

---

23 Sondage CROP AQESSS – 2010

24 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Contour financier 2008-2009. Programme perte d'autonomie liée au vieillissement, 2010, [En ligne],

<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Listes.aspx?Name=y9M4IcKgjFYapz02jKwkUg==&Key=hhKpcdsNkJJ+eg2gWNwm7A==&OrderByClause=8jnVPckjxX8dPG+Ajs/DIA==&idDimension=xzRYLDqWyHI=>

Du point de vue de l'AQESSS, tous ces éléments militent en faveur du maintien des personnes âgées le plus longtemps possible dans la communauté. Certaines conditions sont toutefois préalables, dont celle de s'assurer, par souci d'équité, qu'il n'en coûte pas plus cher pour la personne de demeurer à la maison que d'être hébergée. On doit également investir de façon urgente dans le soutien à domicile afin de freiner l'utilisation inappropriée de ressources plus coûteuses et de mettre fin à la tendance actuelle favorisant l'adoption de l'hébergement comme solution.

Malgré l'urgence d'investir dans le développement des services de première ligne et dans les soins à domicile, le gouvernement actuel a pris la décision de limiter à 25 M\$ en 2014-2015 la hausse des budgets consacrés au PALV, allant ainsi à l'encontre de ses engagements électoraux de hausser ces investissements de 150 M\$.

En plus de favoriser une meilleure accessibilité, la continuité des services, le maintien de l'autonomie fonctionnelle et une augmentation de la qualité de vie et de la sécurité des personnes âgées, le développement de la première ligne et des services à domicile auront des impacts significatifs sur :

- La réduction des durées de séjour (17,5 M\$) et sur l'utilisation plus appropriée de l'urgence;
- La réduction du nombre de lits d'hébergement additionnels requis (1 350 nouveaux lits requis d'ici 2017, représentant 427 M\$ excluant les coûts de construction);
- Une utilisation plus efficiente des sommes investies dans les services à domicile.

L'AQESSS défend depuis plusieurs années la nécessité d'investir davantage dans le soutien à domicile afin de freiner l'utilisation inappropriée de ressources plus coûteuses. Nous souhaitons notamment une augmentation de l'intensité de ces services de façon à obtenir des impacts plus significatifs sur le choix et la capacité de la personne de demeurer chez elle. En plus de favoriser une meilleure accessibilité et la continuité des soins, les services à domicile aident au maintien de la qualité de vie et de l'autonomie fonctionnelle de la personne. Les intensifier aurait un impact significatif sur l'utilisation des ressources et donc sur le rythme de croissance des coûts.

Parmi les mesures à mettre en place pour amener les personnes en perte d'autonomie à demeurer davantage à domicile, nous avons proposé à la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise de hausser la contribution des adultes hébergés en CHSLD. Notre proposition est motivée par le fait qu'en ce moment, il est financièrement beaucoup plus avantageux pour un usager de recevoir des soins et des services dans un CHSLD plutôt qu'à la maison.

Par exemple, une personne qui nécessite une surveillance permanente devra défrayer en moyenne entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois,<sup>25</sup> et cela, uniquement pour recevoir les soins et les

---

25 Les soins de longue durée au Québec, Sun life financial, 2011, 9 p.

services requis à la maison. La contribution mensuelle maximale en CHSLD de la même personne serait de 1 743 \$<sup>26</sup> incluant, en plus, le gîte et le couvert.

En 2013-2014, selon les données préliminaires disponibles, la contribution totale des adultes hébergés s'élève à 777 M\$. Les personnes hébergées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) fournissent 141 M\$ de ce montant. La part restante, 636 M\$, représente la contribution des personnes hébergées en CHSLD.

L'AQESSS propose à court terme d'augmenter de 25 % la contribution financière des adultes hébergés en CHSLD dans l'optique d'accroître la cohérence entre le virage nécessaire vers les soins à domicile et la politique tarifaire. Ce désir de cohérence nous amène à exonérer de cette hausse les personnes hébergées en RI-RTF.

Une augmentation de 25 % de la contribution des adultes hébergés en CHSLD permettrait d'accroître de 159 M\$ les revenus générés par ces services et de diminuer d'autant la contribution gouvernementale (636 M\$ x 25 % = 159 M\$).

### **Développer les services de première ligne permet de poursuivre le déploiement de l'offre de service en soins palliatifs et en soins aigus**

La proportion de lits de courte durée occupés par des patients en fin de soins actifs est très préoccupante. Les clientèles qui les occupent sont principalement les personnes âgées de plus de 75 ans en attente de soins post-aigus ou d'hébergement, les personnes présentant un besoin en santé mentale, les usagers en attente de réadaptation et les personnes en attente de soins palliatifs.

Ne nécessitant plus le plateau technique et ayant reçu leur congé médical, ces usagers qui occupent des lits de soins aigus contribuent à l'encombrement des urgences. Le coût de leur séjour en soins aigus est également plus onéreux qu'ailleurs dans le continuum de services dans lequel ils devraient évoluer.

Le développement d'un continuum efficace et suffisant en soins post-aigus, en ambulatoire et en soins palliatifs contribuerait grandement à générer une efficacité globale permettant au système de santé québécois de faire face au vieillissement de la population et à la pression accrue sur les services hospitaliers.

Un réinvestissement des économies dans l'offre de service plus globale (ressources non institutionnelles, chirurgie ambulatoire, soutien à domicile, etc.) est également essentiel pour éviter une flambée des coûts hospitaliers.

Ainsi, chaque jour, 1 600 usagers en fin de soins actifs globaux occupent un lit de courte durée. Considérant que le coût moyen d'un jour/présence au taux de la courte durée est de 984 \$, il

---

<sup>26</sup> RAMQ, *Hébergement en établissement public*, 2014, [En ligne], [http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/pages/hebergement-etablissement-public.aspx]

s'agit de 1,57 M\$ investi quotidiennement de façon inefficace. Annuellement, cette perte d'efficacité correspond à 574,6 M\$. En développant le continuum de services, le flux de la clientèle pourrait grandement s'améliorer. À titre d'hypothèse, une amélioration de la fluidité du continuum entraînant une diminution de 50 % de cette mauvaise utilisation des lits de courte durée, soit 800 par jour/présence, représente un gain en efficacité de 287 M\$. Ces ressources pourraient être libérées pour développer le continuum de services.

### **Développer les services de première ligne permet d'assurer une meilleure prise en charge de la clientèle aux prises avec des maladies chroniques**

L'amélioration de l'espérance de vie, le vieillissement de la population et les mauvaises habitudes de vie ont entraîné, au cours des dernières années, un accroissement important des maladies chroniques. Cette nouvelle réalité engendre une plus grande utilisation des services de santé et constitue un fardeau de plus en plus important pour les établissements du réseau.

Les dépenses publiques de santé représentant près de la moitié des dépenses de programmes du gouvernement québécois, il est important d'en contenir l'accroissement en favorisant une utilisation judicieuse des services de santé, notamment pour les personnes présentant une ou plusieurs maladies chroniques. Or, l'organisation actuelle des soins et des services est davantage axée sur la réponse à des problèmes de santé aigus, dont la prise en charge est ponctuelle et limitée dans le temps. En d'autres termes, l'offre de service est peu adaptée à la prévention et à la gestion coordonnée et globale exigées par les malades chroniques. Des changements sont donc requis.

Un geste essentiel doit être posé pour permettre une meilleure prise en charge des personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques. Il faut privilégier la première ligne pour le faire. Cela nécessite de mettre en œuvre des équipes interdisciplinaires qui travailleront en collaboration avec les médecins de famille et les partenaires présents sur un territoire donné et de clarifier les modalités organisationnelles à mettre en place en première ligne. Déjà, plusieurs établissements ont mis sur pied ce type d'équipes qui œuvrent étroitement avec les cabinets de médecins et les services de première ligne. Partout où ces efforts sont déployés, on note une diminution de l'achalandage des services d'urgence et un relâchement de la pression sur le système, notamment en ce qui concerne les hospitalisations et les réadmissions.

#### **Recommandation 4**

**Adopter une politique de prévention et de promotion de la santé**

Considérant que le vieillissement de la population entraînera une hausse du nombre des personnes atteintes de maladies chroniques, que les dépenses en santé représentent près de 49 % du budget de l'État québécois et qu'une augmentation des coûts en santé fragiliserait les autres secteurs, l'AQESSS estime incontournable de déployer une politique nationale de prévention afin d'améliorer l'état de santé global des Québécois et de freiner les impacts de la maladie sur le système de santé.

Bien que son élaboration relève du MSSS, une telle politique viserait avant tout à mobiliser l'ensemble des ministères autour d'objectifs communs. Par conséquent, les actions qui en découleraient ne seraient pas déployées exclusivement dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais dans tous les secteurs d'activité de la société. Catalyseurs de l'action sociale sur leur territoire, les CSSS auraient toutefois un rôle majeur à jouer dans l'adhésion des partenaires intersectoriels aux objectifs de santé de la population.<sup>27</sup>

#### **Recommandation 5**

**Utiliser le financement axé sur les patients comme levier pour améliorer la qualité et l'efficacité dans l'ensemble de la chaîne de services**

Aucun mode d'allocation des ressources n'est parfait. Toutefois, les experts qui ont analysé les expériences réalisées par d'autres systèmes de santé et de services sociaux ont constaté, tout comme l'AQESSS et ses membres, que la reconduction historique du budget global comme mode dominant d'allocation des ressources ne permet plus de répondre aux impératifs actuels du système. Dans ce contexte, nous recommandons l'adoption d'un mode de financement qui permettra notamment d'offrir des incitations à l'atteinte des cibles de performance et de qualité (efficacité, sécurité, qualité, accessibilité et continuité) et d'induire plus de transparence dans la gestion.

Nous considérons que le financement axé sur les patients peut répondre à ces attentes, pourvu que certaines conditions de succès soient respectées, notamment le recours à une structure de tarification qui repose sur une évaluation des coûts réels des activités et la mise en place d'incitatifs à la qualité et à la performance.

Dans ce contexte, nous recommandons l'adoption d'un mode de financement qui permettra :

- De mieux répondre aux besoins des patients et de la population du Québec;
- D'être plus équitable en reconnaissant mieux les activités de soins et services et les activités académiques;
- D'offrir des incitations à l'atteinte des cibles de performance et de qualité (efficacité, sécurité, qualité, accessibilité et continuité);
- D'induire plus de transparence;
- De respecter les différences géographiques et populationnelles ainsi que l'occupation du territoire et;
- De favoriser la viabilité financière des établissements et du système.

---

27 Voir à ce sujet, [En ligne],

[http://www.aqesss.qc.ca/docs/public\\_html/document/Documents\\_deposes/Politique\\_nationale\\_prevention\\_2013\\_1128\\_F.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/Politique_nationale_prevention_2013_1128_F.pdf)

Le financement axé sur les patients doit constituer un moyen privilégié d'effectuer une transition vers un financement plus approprié pour améliorer à la fois la performance et la qualité, et ceci, en considérant que l'enveloppe des ressources consacrées au système de santé et de services sociaux restera à peu près la même.

Une fois connus les coûts réels des activités, il y aurait lieu d'en informer le public, le personnel clinique et l'ensemble des artisans du réseau. La connaissance du coût d'une journée d'hospitalisation, de l'utilisation de tel appareil diagnostic ou de tel type de chirurgie permet de sensibiliser les gens à la valeur du service rendu. Elle peut aussi conduire à guider les prestataires de soins et de services à choisir avec parcimonie parmi les différentes options menant à un même résultat (choisir le meilleur rapport qualité/prix).

# CE QUE NOUS PROPOSONS POUR EN ARRIVER À UN MODE DE RÉMUNÉRATION MÉDICALE QUI FAVORISE LA PERTINENCE, LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE

Les coûts relatifs à la rémunération des médecins<sup>28</sup> représentaient 15,5 % des dépenses de programmes de santé du Québec en 2000-2001. Ils comptent aujourd'hui pour 20,1 % de ces dépenses. La rémunération totale des médecins est passée de 2,5 G\$ en 2000-2001 à 6,5 G\$ en 2014-2015, soit une augmentation totale de 160 % (hausse moyenne annuelle de 11,4 %).

Cette croissance est principalement due au rattrapage salarial consenti aux médecins québécois pour rejoindre la rémunération moyenne de leurs homologues du reste du Canada. Pourtant, selon un document de Pierre-Thomas Léger<sup>29</sup>, spécialiste en économie de la santé, les médecins du Québec passent moins d'heures par semaine en cabinet que leurs collègues canadiens et le nombre moyen de patients par médecin est également inférieur. Autre fait à noter, contrairement à ce qui se fait ailleurs au Canada, peu de médecins au Québec voient leur performance clinique comparée à celle de leurs collègues ou liées à l'atteinte de cibles de performance.

Une autre étude, réalisée par Damien Contandriopoulos et publiée en 2013 dans la revue *Healthcare Policy*<sup>30</sup>, révèle que la productivité des médecins québécois, soit le nombre d'actes médicaux, a suivi ces dernières années une courbe inverse à la hausse de la rémunération. Une étude récente du MSSS fait d'ailleurs le même constat. En dépit des sommes importantes en jeu, il est très difficile de démontrer l'impact positif du rehaussement de la rémunération des médecins sur l'accès aux services et sur la qualité du suivi du patient puisqu'aucun objectif de performance contraignant ni mécanisme de reddition de comptes n'a été prévu dans les ententes conclues avec les fédérations de médecins.

On note aussi des lacunes importantes en matière d'accessibilité et de continuité, et ce, de manière plus marquée au Québec que pour le Canada, dans les résultats provenant de différentes enquêtes tant auprès des médecins que des personnes nécessitant des soins :

---

28 Comptes publics du ministère des Finances du Québec, Volume II, Compilation par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la gestion intégrée de l'information, juillet 2014.

29 Pierre Thomas Léger, PhD, Professeur agrégé en économie et titulaire du Professorship en économie de la santé, HEC Montréal. Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011. 13 p.

30 Damien Contandriopoulos et Mélanie Perroux, Hypothèses sur la hausse des tarifs et les revenus ciblés : données sur les volumes de services et la rémunération des médecins au Québec, *Healthcare Policy*, Vol. 9, No 2, 2013.

- Délais plus grands pour l'obtention d'examen diagnostiques spécialisés ou pour voir un spécialiste;
- Difficulté à obtenir un rendez-vous avec le médecin le jour même ou le suivant, tout comme à accéder à une réponse téléphonique rapide;
- Peu de médecins ont mis en place des mesures d'accès pour les patients lorsque leur clinique est fermée. L'accès à un médecin pendant les heures défavorables est plus difficile au Québec.

Notons également que certains éléments modulent également la pratique médicale (féminisation, âge des médecins, disponibilité des plateaux techniques pour les spécialistes, évolution des données probantes, etc.).

### **Une mauvaise utilisation des cliniques externes**

Il existe dans les CSSS et les centres hospitaliers une multitude de « cliniques externes » : oncologie, hématologie, soins palliatifs, chirurgie, orthopédie chirurgicale, cardiologie, gastrologie, neurologie, urologie, ophtalmologie, dermatologie, psychiatrie, gynécologie, etc. Munies de plateaux techniques et jouissant de la présence de l'ensemble des professionnels de la santé et de cliniciens, elles ont été conçues pour offrir des soins et des services spécifiques.

On remarque toutefois que plusieurs médecins spécialistes utilisent ces cliniques externes plutôt que leur cabinet privé pour faire des consultations auprès de leurs patients, même lorsque l'utilisation des plateaux techniques hospitaliers n'est pas requise. Il y a là une utilisation inappropriée des infrastructures, des ressources humaines, matérielles, informatiques et technologiques fournies par les établissements.

Par souci d'efficacité (compte tenu des coûts affiliés à l'utilisation de ces installations), il y aurait lieu de remettre en question la pertinence d'une telle pratique de la part des spécialistes.

Nous avons calculé qu'une diminution de 20 % de ces consultations en cliniques externes pour les rediriger vers les cabinets privés des médecins mènerait à un gain net de 35,3 M\$.

Les établissements auront besoin de soutien (réglementations, politiques, directives) pour convaincre les médecins de mettre fin à cette façon « traditionnelle » d'utiliser les ressources de façon non pertinente ni efficace.

### **Des solutions existantes**

Certains établissements ont entrepris de mobiliser les médecins et les équipes de soin autour d'un partenariat orienté vers des résultats de meilleure qualité. L'expérience démontre que la mobilisation des médecins et des chefs de département est acquise d'autant plus facilement qu'ils reçoivent l'assurance que les gains d'efficacité réalisés seront réinvestis en totalité ou en partie dans les services et serviront à améliorer la qualité des soins et leur accessibilité.

De même, l'expérience du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, au Royaume-Uni, indique clairement qu'il est possible d'encourager les médecins à adopter les pratiques éprouvées et à abandonner les pratiques moins productives en établissant des liens directs entre rémunération et modes de pratique. Le système québécois doit maintenant aller plus loin et faire en sorte que la rémunération des médecins ait un rapport direct avec l'organisation efficiente des services et la performance clinique.

### **Le mode de rémunération à l'acte**

Les modes de rémunération ont des effets sur la pratique médicale. Il importe donc de bien définir les objectifs que l'on souhaite atteindre afin de choisir le mode de rémunération médical adéquat.

Selon Pierre-Thomas Léger<sup>31</sup>, le recours à outrance au paiement à l'acte comme mode de rémunération des médecins est fréquemment pointé du doigt pour expliquer l'inefficience du système canadien. Dans son étude, il indique que « *le paiement à l'acte est un incitatif financier qui pousse les médecins à encourager la surconsommation de services de santé, étant donné qu'ils sont récompensés pour un volume de services plus élevé. En d'autres termes, les médecins touchent un revenu plus élevé lorsque leurs patients utilisent davantage de services. En outre, le paiement à l'acte n'incite pas les médecins à tenir compte du coût des traitements et leur rémunération n'est pas associée aux résultats de santé des patients.* »

L'Association médicale du Québec (AMQ) estime quant à elle que le surdiagnostic serait une des conséquences du mode de rémunération à l'acte. Dans un document produit lors de son Symposium québécois sur le surdiagnostic, l'AMQ indique « *qu'il faut prendre le temps de discuter avec le patient et la rémunération à l'acte ne favorise pas des entretiens plus en profondeur pour lui expliquer les interventions de façon plus complète et ainsi éviter des demandes d'examen et de traitements moins pertinents.* »

Pierre-Thomas Léger indique toutefois que la rémunération à l'acte aurait pour effet « positif » de faire en sorte d'inciter à voir plus de patients en consultation. Ses principaux impacts négatifs seraient de décourager une bonne qualité de soins et une bonne gestion de la santé des patients (aucune rémunération pour la durée, l'effort, la qualité du contact avec le patient, notamment). L'offre de soins de qualité en souffrirait également, tout comme la précision du diagnostic, le choix du traitement approprié, la bonne gestion des maladies chroniques et la prévention. Finalement, ce mode de rémunération met l'accent sur le volume en ignorant les coûts du traitement. On note aussi l'absence d'incitatifs en faveur d'une offre de soins de santé appropriés et de qualité (préventifs ou thérapeutiques).<sup>32</sup>

---

31 Pierre Thomas Léger, PhD, Professeur agrégé en économie et titulaire du Professorship en économie de la santé, HEC Montréal. Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, 13 p.

32 Voir à ce sujet le tableau en annexe : Modes de rémunération : description et comparaison

Le taux de médecins avec un mode de rémunération à l'acte est plus élevé au Québec qu'en Ontario où un mode mixte est prédominant pour les omnipraticiens. Pour ce qui est des médecins spécialistes, le taux de ceux payés à l'acte est similaire au Québec et dans le reste du Canada.

### **La capitation**

La capitation est un mode de rémunération prospectif. On verse au médecin un montant fixe correspondant aux dépenses attendues (traitements appropriés) du patient (plus une marge raisonnable) en échange de la prise en charge du patient pour une période donnée.

Parmi les impacts favorables de ce type de rémunération, mentionnons le fait que le médecin n'a plus intérêt à viser le volume (et surtout pas d'intérêt à induire la demande) car il n'obtient aucun remboursement à la marge à cet effet. De fait, la capitation incite le médecin à se soucier des coûts des traitements ou diagnostics prescrits car toute dépense réduit son revenu net. Cela a aussi pour résultat d'encourager la prévention (un patient en santé consomme moins de soins et de services). Ainsi, la capitation met l'accent sur la gestion des ressources et ne pénalise pas le médecin pour des dimensions non observables (effort, temps, prévention). En fin de compte, il y a bénéfice tant pour le cabinet du médecin que pour l'État, puisqu'on n'a plus besoin de gérer des milliers de taux différents de remboursement selon les actes posés.

Paradoxalement, ce type de rémunération peut décourager le volume et l'utilisation de soins coûteux, mais appropriés. Il peut conduire à une sélection de patients plus en santé ou provenant d'un secteur plus favorisé et à une utilisation excessive des soins spécialisés et d'hospitalisation.

### **Nos recommandations permettant d'en arriver à un mode de rémunération médicale qui favorise la pertinence, la qualité et l'efficience**

Pierre-Thomas Léger rappelle que différents modes de rémunération visant à réduire les dépenses de santé en mettant un frein à la prestation excessive (c'est-à-dire inefficente) de services ont été proposés et mis en œuvre au Canada et à l'étranger. Ces mécanismes englobent le système de paiement à forfait (capitation), mixte, par enveloppe budgétaire (une forme plus complète de paiement à forfait), la rémunération au rendement et le régime d'intéressement collectif.

Il souligne que bien que les systèmes de paiement à forfait et par enveloppe budgétaire soient des moyens assez simples de limiter les coûts des services de santé (en associant le revenu du médecin à l'utilisation des soins par son patient), ces modes de paiement peuvent inciter les médecins à lésiner sur la quantité et la qualité des soins et entraîner des problèmes d'accessibilité.

Finalement, pour Pierre-Thomas Léger la formule mixte (rémunération à l'acte combinée au système de capitation) constitue une solution prometteuse. L'instauration d'un mode de rémunération mixte parallèlement à une surveillance des médecins incitera ces derniers à tenir

compte des coûts et des avantages des différentes possibilités de traitement, engendrant ainsi un niveau et une qualité des soins efficaces.<sup>33</sup>

#### Recommandation 6

**Accélérer la mise en place d'un système de rémunération mixte pour les omnipraticiens (capitation et acte), assorti d'exigences liées à la performance et à la qualité**

Pour que le mode de rémunération mixte produise les résultats souhaités on doit faire en sorte qu'il permette :

- un accès réel et en temps opportun pour les patients;
- une pratique interdisciplinaire et de groupe;
- une saine gestion et une utilisation appropriée des ressources disponibles;
- une obligation de résultats (cliniques, administratifs et financiers) et de reddition de comptes;
- des impacts (incitatifs ou pénalisants) sur la rémunération liée aux résultats.

Dans un article paru dans Le médecin du Québec en novembre 2007<sup>34</sup>, on indique qu'en Ontario « un nombre croissant de médecins optent pour une pratique de groupe et transfèrent ainsi la rémunération à l'acte pour la rémunération mixte. Cette dernière fait référence à la capitation (soit une somme versée mensuellement aux médecins pour la clientèle inscrite) et au paiement de 10 % du montant de l'acte. C'est la nécessité d'assurer le continuum de soins qui aurait motivé ce transfert d'un mode de rémunération à l'autre. »

Selon le docteur William Hogg, professeur et directeur de recherche au Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa et chercheur à l'Institut Élisabeth-Bruyère, la rémunération mixte « est LE modèle qui permet d'améliorer la prise en charge des patients. L'accessibilité s'en trouve aussi facilitée puisque des incitatifs liés à l'ouverture des cliniques pendant les heures défavorables sont proposés<sup>35</sup>. » La rémunération mixte constituerait donc la pierre angulaire de la continuité des soins de première ligne. Elle favoriserait la responsabilisation collective, la prise en charge des clientèles, la continuité des soins et la fidélisation des patients. Elle offrirait aussi de meilleurs salaires et conditions de travail à ceux qui l'adoptent.

Selon la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), 35% de la rémunération des omnipraticiens est en mode forfaitaire (captation) et 65% est en mode « à l'acte ».

---

33 Pierre Thomas Léger, PhD, Professeur agrégé en économie et titulaire du Professorship en économie de la santé, HEC Montréal. Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, 13 p.

34 Le médecin du Québec, Mensuel, volume 42, numéro 11, novembre 2007.

35 idem

### **Recommandation 7**

**Mettre en place, pour les médecins spécialistes, des mesures incitatives liées à l'accessibilité aux services spécialisés et au soutien à la première ligne**

Dans l'optique de tout mettre en œuvre pour le développement d'une réelle première ligne, nous croyons également qu'il y a lieu d'assortir la rémunération des médecins spécialistes à des incitatifs liés à l'accessibilité aux services spécialisés et au soutien à la première ligne. De telles mesures favoriseraient notamment l'installation de médecins spécialistes répondants pour soutenir la première ligne.

Parmi les objectifs visés par ces incitatifs, soulignons la possibilité d'encourager et de développer la téléconsultation pour favoriser l'accès partout sur le territoire et celle de réduire les délais trop longs pour une consultation auprès du spécialiste ainsi qu'entre les examens diagnostics et l'intervention du médecin à proprement parler.

### **Recommandation 8**

**Prévoir une évaluation régulière des ententes liant les médecins et le gouvernement basée sur le modèle utilisé en Ontario**

Par souci de transparence et pour assurer la pérennité du système de santé ontarien, les associations de médecins et le gouvernement de l'Ontario ont conclu des ententes visant à engendrer des économies dans les dépenses liées à la santé. L'utilisation efficace des ressources est au cœur de ces mesures basées sur la surveillance et la reddition de comptes. Les parties se sont notamment entendues sur les changements à effectuer pour favoriser de meilleures pratiques dans la prestation des soins et répondre aux besoins cliniques des patients.

Ils ont convenu d'établir un processus bilatéral visant à surveiller les initiatives de réduction des coûts. Si une cible prévue dans le cadre d'une initiative n'est pas atteinte, cette dernière est évaluée à nouveau par les parties afin de la rendre efficace.

Le rendement des placements et des économies prévus dans l'entente est géré dans le cadre d'un processus de mesure et d'évaluation réalisé conjointement. À la fin d'une année complète de mesure et d'évaluation, les parties voient aux changements à apporter si le processus ne donne pas de résultats satisfaisants.

Des groupes de travail ont ainsi été créés afin d'examiner les moyens de minimiser la surutilisation des ressources et des procédures en matière de soins de santé. Ils se penchent notamment sur la mauvaise utilisation des ressources, c'est-à-dire le défaut d'exécuter convenablement les plans et les procédures en matière de soins cliniques. Finalement, la non utilisation des pratiques de soins de santé dont les avantages ont été prouvés est également sous la loupe des experts.

# CE QUE NOUS PROPOSONS POUR RESSERRER LA GESTION DES MÉDICAMENTS

Les coûts relatifs aux services pharmaceutiques et aux médicaments au Québec<sup>36</sup> représentaient 7,2 % des coûts des programmes de santé et de services sociaux en 2000-2001 (1,17 milliard \$). En 2012-2013, ce taux avait grimpé à 7,6 % (2,3 milliards \$).

Un récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être<sup>37</sup> (CSBE) précise que le Québec se trouve parmi les provinces canadiennes ayant les dépenses en médicaments par personne les plus élevées, ce qui dépasse largement la moyenne nationale. Depuis 1999, le Québec occupe la première place du groupe des provinces dont la part des dépenses en médicaments exprimées en fonction des dépenses en santé est la plus élevée. Ces résultats s'expliquent principalement par la mise en place de la couverture universelle imposée par le RGAM et le nombre important de médicaments inscrits sur sa Liste des médicaments.

Ce même rapport précise que « l'augmentation des dépenses en médicaments s'explique de moins en moins par une augmentation des prix des médicaments. » Les raisons de cette inflation sont l'augmentation des volumes de médicaments prescrits et le choix de prescrire des médicaments plus coûteux parce qu'ils ont une valeur thérapeutique plus grande. Selon le Commissaire, « les économies réalisées au cours des prochaines années par une plus grande accessibilité des médicaments génériques pourraient ainsi être annulées par l'utilisation accrue d'une panoplie de médicaments plus coûteux (médicaments anticancéreux/antinéoplasiques, immunodépresseurs, etc.), qui pourraient continuer à faire croître les dépenses en médicaments prescrits (ICIS, 2012a et 2012b). »

Dans le contexte actuel, axé sur le contrôle des dépenses et sur l'efficacité dans l'allocation des ressources de santé, il importe de s'attarder aux coûts associés aux médicaments et aux façons de les contenir. Voici les principaux enjeux qu'il nous semble importants de considérer à ce sujet :

- L'inscription de nouveaux médicaments liés à l'innovation et le partage des risques
- Les mécanismes d'approvisionnement et de gestion des médicaments
- Le recours aux médicaments génériques et la méthode fixation du prix de ceux-ci

## Recommandation 9

**Donner à l'INESSS l'autorité de revoir le mécanisme d'inscription des médicaments sur la liste des médicaments remboursés par le régime d'assurance public**

36 Comptes publics du ministère des Finances du Québec, Volume II, Compilation par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la gestion intégrée de l'information, juillet 2014.

37 CSBE, Les médicaments d'ordonnance : État de la situation au Québec, 2<sup>e</sup> version, 2014, 313 p.

L'INESSS estime que l'ajout constant de nouveaux médicaments sur la Liste des médicaments du RPAM soulève des questions quant à leur processus d'évaluation. D'une part, la valeur thérapeutique des innovations médicamenteuses est de plus en plus difficile à évaluer, particulièrement pour les médicaments onéreux, souvent porteurs d'espoir, et les nouveaux produits biologiques. D'autre part, l'allongement continu de la liste des médicaments remboursés suscite également des questions, les modalités du RPAM engendrant parfois une iniquité entre ses bénéficiaires ou encore entre ces derniers et ceux des régimes privés d'assurance collective.

### **Ériger un mur étanche**

Pour éradiquer les pressions exercées par différents groupes d'intérêt pour faire inscrire des médicaments sur la liste des médicaments remboursables par le RPAM, nous estimons que l'INESSS devrait détenir l'autorité de les incorporer à la liste dans la mesure où le rapport coûts/efficacité/bénéfices est démontré. Comme l'indique Johanne Brosseau, conseillère principale chez Mercer (entreprise qui conçoit et gère notamment des régimes de soins de santé et de retraite), « il doit y avoir un mur étanche, afin que les décisions de l'INESSS restent imperméables aux lobbys pharmaceutiques et aux décisions politiques. »

### **L'inscription de nouveaux médicaments liés à l'innovation et le partage des risques**

Une des raisons de la hausse de nos dépenses liées aux médicaments est l'introduction de l'innovation médicamenteuse, notamment dans le domaine du cancer. Ces nouveaux produits amènent parfois des bénéfices modestes sur la santé tout en étant associés à des coûts de traitement très élevés.

Dans un rapport diffusé en 2012, l'INESSS<sup>38</sup> propose différentes mesures afin d'assurer l'accessibilité aux médicaments à caractère jugé prometteur. Il recommande notamment que le MSSS mette en place, en collaboration avec l'INESSS, les mécanismes nécessaires pour assurer un meilleur accès aux médicaments à caractère jugé prometteur, en se dotant d'une expertise dédiée à la négociation des ententes de partage de risque avec les compagnies pharmaceutiques qui les développent.

En effet, selon l'INESSS « les coûts induits par l'introduction de l'innovation en oncologie exerceront une pression accrue sur l'ensemble des budgets du système de santé et du Québec, si des mesures ne sont pas mises en place pour l'encadrer et limiter son impact, telles des ententes de partage de risque, soit financier, soit pour le développement de la preuve. Les économies qui seront réalisées grâce à ces ententes pourraient compenser l'investissement limité associé à leur mise en place. »

---

38 INESSS, Accessibilité à des médicaments anticancéreux à caractère jugé prometteur, État des lieux et bilan du projet pilote, Septembre 2012.

## **Les mécanismes d’approvisionnement et de gestion des médicaments**

Les médicaments et les services pharmaceutiques ont aussi fait l’objet d’un chapitre dans le dernier rapport du Vérificateur général du Québec<sup>39</sup>. Ces travaux visaient notamment à évaluer le soutien du ministère offert aux établissements dans la gestion des médicaments et des services pharmaceutiques. Ils visaient également la gestion efficiente et économique de ces ressources par les établissements. Plusieurs des recommandations du Vérificateur général du Québec portaient sur la mise en place de mécanismes d’approvisionnement optimaux et de suivi des prix des médicaments, ainsi que sur le recours à des modalités assurant une utilisation optimale de ceux-ci.

## **Le recours aux médicaments génériques**

Le recours aux médicaments génériques est un autre enjeu. Selon un rapport du CSBE<sup>40</sup>, le Québec demeure la province où se prescrit la plus faible proportion de médicaments génériques au Canada alors que leur prix est généralement inférieur à celui des médicaments brevetés. Selon ce même rapport, le Québec aurait avantage à revoir les modalités de fixation des prix des médicaments génériques afin de réaliser des économies substantielles.

Ces différentes avenues nous semblent pertinentes et méritent d’être analysées plus en détail par la Commission de révision permanente des programmes afin d’assurer une utilisation efficiente des ressources en santé.

## **Des changements législatifs et réglementaires souhaités et attendus**

- Mettre en place de nouvelles politiques d’encadrement des prix des médicaments génériques et d’envisager leur potentiel d’adaptation au contexte législatif et réglementaire québécois.
- Appliquer une tarification dégressive aux médicaments génériques les plus coûteux en matière de dépenses totales pour le RPAM.<sup>41</sup>

Il faut également favoriser l’entrée en vigueur de la Loi 41. Son application permettra notamment au pharmacien de prolonger une ordonnance, de prescrire des médicaments lorsqu’aucun diagnostic n’est requis, notamment à des fins préventives, et de prescrire et d’interpréter des analyses de laboratoire.

---

39 Vérificateur général du Québec, Rapport du Vérificateur général du Québec à l’Assemblée nationale pour l’année 2014-2015, Vérification de l’optimisation des ressources, Printemps 2014.

40 Caroline Cambourieu Aidan Hollis Paul Grootendorst Marie-Pascale Pomey, Fixation des prix des médicaments génériques au Québec, Juin 2013, Éditeur CSBE, 2013.

41 En ce moment, environ 20 fabricants de génériques approvisionnent le marché de ces médicaments. L’utilisation de la tarification dégressive aurait probablement pour effet de réduire ce nombre. Selon la présente étude, même s’il ne restait que quatre fabricants, les prix baisseraient jusqu’à 15 % de ceux des médicaments d’origine, soit une diminution par rapport aux prix payés actuellement. Caroline Cambourieu Aidan Hollis Paul Grootendorst Marie-Pascale Pomey, Fixation des prix des médicaments génériques au Québec, Juin 2013, Éditeur CSBE, 2013, p. 51.

Après avoir suivi une formation de type réglementaire, il pourra également ajuster certaines ordonnances, substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement et prescrire des médicaments pour certaines conditions mineures lorsque le diagnostic et le traitement sont connus. Le pharmacien souhaitant administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié devra suivre une formation à cet effet avant d'exercer cette activité.

Certains proposent d'élargir le rôle des pharmaciens en matière d'émission et de renouvellement d'ordonnances. Ils auraient également plus de pouvoir dans le choix des médicaments à prescrire selon les symptômes identifiés par le médecin.

Les allocations professionnelles provenant de la vente de médicaments génériques inscrits sur la liste du Régime général d'assurance maladie (RGAM) permettent aux pharmacies d'offrir des services supplémentaires à leur clientèle (prise en charge du diabète, de l'hypertension ou du cholestérol, prestation de services professionnels visant l'usage optimal des médicaments tels le soutien à l'observance thérapeutique ou la gestion de la pharmacothérapie, etc.<sup>42</sup>)

Ces modifications faciliteraient l'accès près du domicile aux personnes plus vulnérables qui consomment des médicaments et qui sont familières avec leur pharmacie de quartier. Il faut également souligner que les cliniques sans rendez-vous, vers lesquelles les citoyens se dirigent pour obtenir des prescriptions de médicaments, sont plus coûteuses à opérer que les pharmacies d'officine. Les visites à l'urgence pour obtenir une prescription de médicaments seraient elles aussi évitées.

#### **Recommandation 10**

**Réviser la contribution au RPAM par souci de cohérence et d'équité**

**268 M\$ de revenus supplémentaires**

Par souci de cohérence et d'équité, nous proposons de hausser la contribution au RPAM des personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti au même niveau que celle des adhérents de 18 à 64 ans non couverts par un régime privé.

La contribution gouvernementale au RPAM est passée de 696 M\$ à sa création en 1997-1998<sup>43</sup> à 2,41 G\$ en 2013-2014<sup>44</sup>. Une partie importante de cet argent sert à couvrir la contribution des personnes dépendantes ou démunies. Mais elle couvre aussi 45,3 % des coûts du régime pour les personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti (537 M\$)

---

42 Caroline Cambourieu Aidan Hollis Paul Grootendorst Marie-Pascale Pomey, Fixation des prix des médicaments génériques au Québec, Juin 2013, Éditeur CSBE, 2013. p. 17

43 En avoir pour notre argent, Rapport Groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, 2008, 338 p (p. 143).

44 Gouvernement du Québec, 2014 [En ligne], [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-614-02F.pdf], 31p. (p. 23).

alors que l'État ne couvre que 22,7 % (196 M\$) du coût de la quote-part des adhérents de 18 à 64 ans non couverts par un régime privé<sup>45</sup>.

**L'AQESSS remet en question cet avantage et juge que, par souci d'équité, la contribution des personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu devrait être augmentée pour couvrir 77,3 % de leur quote-part, comme c'est le cas pour les adultes de 18 à 64 ans non couverts par un régime privé.**

Cet ajustement permettrait de générer des revenus supplémentaires de 268 M\$.

**Recommandation 11**

**Faire en sorte que les adhérents au régime public assument la totalité du coût de leur participation au RPAM**

Pour accroître l'équité de ce programme, l'AQESSS recommande de faire en sorte que les adhérents au régime public assument la totalité du coût de leur participation au RPAM.

**Pour soutenir notre proposition concernant la participation au RPAM**

Puisque les dépenses liées au RPAM ne cessent de grimper, la contribution des adhérents est constamment ajustée à la hausse, de façon arbitraire, par le gouvernement. Toutefois, lorsque l'augmentation des coûts est trop importante, la contribution des usagers est fixée à un niveau jugé acceptable par le gouvernement. Ce dernier prend alors la décision de financer à même son budget le déficit du régime<sup>46</sup>.

En défrayant une portion importante du coût du régime public, le gouvernement crée une iniquité à l'endroit des contribuables qui paient des impôts et assument l'entièreté des primes de leur propre régime privé.

---

45 Gouvernement du Québec, 2014 [En ligne],  
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-614-02F.pdf>], 31p. (p. 24)

46 Mieux tarifer pour mieux vivre ensemble, rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, p.161

# CE QUE NOUS PROPOSONS POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Depuis la création de l'AQESSS en 2005, la gouvernance des établissements et du réseau de la santé et des services sociaux est au cœur de nos réflexions et a fait l'objet de nombreux travaux. Nous nous sommes notamment associés à l'Institut sur la gouvernance des organisations privées et publiques (IGOPP) pour enrichir notre démarche en plus de réaliser en 2011 un sondage auprès de plus de 1 600 administrateurs d'établissement.

Nous en sommes venus à la conclusion que les modifications importantes apportées au réseau au cours des dix dernières années (fusion des établissements, création des CSSS et responsabilité populationnelle) militaient en faveur de la mise en place d'une gouvernance moderne, qui s'appuie sur les valeurs de transparence, d'intégrité, de responsabilité, d'imputabilité et d'efficacité. À celles-ci, peuvent s'ajouter la confiance et la crédibilité.

Il nous apparaissait également nécessaire de jeter un œil critique sur les lourdeurs, duplications et dysfonctions dans les strates administratives de la gouvernance du réseau. Nous croyons qu'il est primordial que chacun des acteurs exerce pleinement son rôle sans empiéter sur celui des autres.

Nous émettons le souhait que nos réflexions soumises à la Commission de révision permanente des programmes soient considérées avec toute l'attention qu'elles méritent, notre objectif étant de rendre le réseau plus efficace grâce à une répartition claire des responsabilités entre les différents niveaux de gouvernance.

## **Maximiser la valeur des dollars investis**

Il est reconnu que dans le secteur public les mécanismes de gouvernance ont pour objectif de maximiser la valeur des dollars dépensés. On examine sur une base continue si le système est géré le plus efficacement possible, s'il atteint ses objectifs et respecte les moyens mis à sa disposition. Ces mécanismes : la planification, le contrôle, les incitatifs et l'évaluation.

L'amélioration de l'efficacité du système est donc conditionnelle à la transformation de sa gouvernance. Les expériences canadiennes en matière de réorganisation de la gouvernance (Alberta, Colombie-Britannique, Ontario) nous enseignent qu'il y a lieu d'alléger les structures, de rapprocher les processus décisionnels des prestataires de soins et des gestionnaires sur le terrain et de simplifier et d'améliorer les processus de planification, de coordination et de contrôle de la performance et de la qualité.

L'initiative de regroupement en instances locales, afin de mieux répondre aux besoins de la population, commence à faire son chemin dans les juridictions qui s'attaquent au problème de la gouvernance des systèmes de santé.

Une nouvelle organisation de la gouvernance devrait s'appuyer sur les prémisses suivantes :

- Une réelle valorisation de la notion de responsabilité populationnelle;
- Une gouvernance simplifiée, décentralisée, avec moins d'acteurs;
- Une reddition de comptes véritablement axée sur les résultats et des leviers décisionnels le plus près possible des services (subsidiarité);
- Une interaction convenue entre les producteurs principaux des services, les médecins et les organismes responsables des services ;
- Un véritable partenariat avec les médecins, à la fois quant à la pertinence, à la qualité et aux coûts des services;
- Un financement axé sur les patients, qui suit la trajectoire de soins, notamment la décentralisation en région du budget lié à la rémunération des médecins.

**Nous recommandons une approche basée sur les principes suivants :**

#### La décentralisation (la subsidiarité)

L'AQESSS comprend et reconnaît que la gouvernance des établissements se situe dans un contexte de délégation de pouvoirs et de responsabilités. Toutefois, les paliers supérieurs doivent respecter l'autorité consentie à l'établissement et n'intervenir que lorsque ce dernier a démontré son incapacité d'agir. L'établissement doit bénéficier d'un large degré d'autonomie lui permettant de prendre ses propres décisions dans le respect des orientations nationales et selon les ressources qui lui sont confiées.

#### L'intégration des services primaires, secondaires, cliniques et sociaux

Il y a lieu de mettre en place les conditions permettant à l'ensemble des prestataires de soins et de services de coordonner leurs pratiques. Il faut arriver à ce qu'il y ait un processus d'intégration de leurs pratiques qui soit cohérent et durable.

Pour réussir cette intégration des soins et des services, en plus de l'espace nécessaire à son déploiement, il faut que l'organisation y soit favorable et l'encourage, qu'elle soit perçue par la plupart des acteurs comme étant le moyen de réaliser un projet collectif excitant, qu'elle ne soit pas imposée de l'extérieur et, finalement, qu'elle soit placée sous le signe du leadership. L'intégration doit valoriser la mobilisation de ressources favorables à l'émergence du

changement (compétences, mécanismes de coordination, organisation, valeurs) nécessaires pour assurer de meilleures pratiques, le continuum de soins et la prévention.<sup>47</sup>

### La transparence (la responsabilisation)

L'établissement est imputable, mais pour ce faire, il doit aussi être responsable. Il faut donc que la reddition de comptes respecte ce principe, qu'elle porte sur les résultats au regard des objectifs fixés. Le système actuel est axé sur la microgestion, sur le chevauchement des responsabilités et des pouvoirs et sur une reddition de comptes axée davantage sur les moyens que sur les résultats. Cela entraîne la déresponsabilisation des acteurs.

### Une performance orientée sur la création de valeur pour la population

Les bonnes décisions doivent s'appuyer sur des notions de performance globale, incluant la qualité et la sécurité des soins. L'investissement dans la qualité et la performance est, par conséquent, un choix judicieux, créateur de valeur.

### Une gouvernance « évolutive » (dont on mesure les résultats à intervalles réguliers)

Il faut établir un processus visant à surveiller l'atteinte, ou non, des objectifs visés. Si une cible prévue n'est pas atteinte, cette dernière est évaluée à nouveau afin de la rendre efficace. À la fin d'une année complète de mesure et d'évaluation, les parties impliquées voient aux changements à apporter si le processus ne donne pas de résultats satisfaisants.

### La participation citoyenne

La participation des citoyens et des usagers à la prise de décisions doit être favorisée pour améliorer la performance du système et l'atteinte des objectifs fixés concernant l'accès, la qualité et la pertinence.

Pour stimuler la participation citoyenne à la gouvernance du réseau québécois de santé et de services sociaux, il y a lieu de miser sur la tendance du public à fonder sa participation sur des enjeux précis et sur sa connaissance des objectifs poursuivis.

**Note : L'AQESSS consulte en ce moment ses membres au sujet d'une transformation possible de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Nous proposerons bientôt aux autorités un modèle de gouvernance basé sur les principes que nous énonçons plus haut dans ce chapitre.**

---

<sup>47</sup> Inspiré de André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Nassera Touati et Rosario Rodriguez, Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre publié dans Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 8, no 2, 2001 pp. 38 à 52.

## **Un appel à la prudence**

La Commission de révision des programmes doit cependant être très prudente dans ses recommandations à ce sujet. Un réseau complexe comme celui de la santé et des services sociaux ne peut modifier son fonctionnement instantanément. Les établissements disent avoir mis au moins cinq ans à intégrer les changements initiés par la dernière réforme mise en place par le ministre Philippe Couillard.

Au moment où le gouvernement souhaite mobiliser le réseau dans l'atteinte d'objectifs financiers importants, il ne faut pas paralyser les organisations avec des débats de structure.

## **Un bel exemple de duplication : l'organisation de la santé publique**

L'organisation ministérielle et régionale de santé publique compte 20 organismes au Québec, soit 18 directions régionales de santé publique, un Institut de santé publique (INSPQ) et une direction ministérielle.

- Direction générale de santé publique (MSSS) : 77 personnes;
- INSPQ : 713 personnes en lien d'emploi direct, dont 94 médecins<sup>48</sup>;
- Ressources humaines en santé publique dans les agences : 624 , dont 146 médecins prévus aux plans régionaux d'effectifs médicaux<sup>49</sup>;
- Dépenses en santé publique dans les agences : 58 M\$<sup>50</sup> (excluant les dépenses de la RAMQ, notamment pour la rémunération des médecins et celles de l'INSPQ).

Est-il vraiment nécessaire, dans le contexte financier actuel, de maintenir des directions de santé publique dans chacune des régions (en plus d'une direction nationale et de l'Institut) alors que les ressources manquent pour réaliser concrètement le travail sur le terrain?

On note plusieurs recherches ou études produites sur un même sujet par les organismes de santé publique. Par exemple, les punaises de lit sont l'objet de documentation sur les sites internet du MSSS, de l'INSPQ, de l'Agence de Montréal et de celle de la Montérégie pour ne citer que ceux-ci.

Soulignons également que les sommes investies en santé publique ne donnent pas toujours les résultats escomptés. Par exemple, depuis quelques années, on remarque une recrudescence des infections transmises sexuellement, un taux élevé d'infections nosocomiales, l'apparition de certaines épidémies (rougeole en 2012), etc.

Dans une logique d'organisation efficace, le palier régional devrait maintenir exclusivement, en ce qui concerne la santé publique, les responsabilités de coordination. La détermination des

---

48 INSPQ, Rapport annuel de gestion 2012-2013, p. 11.

49 MSSS, Direction de la main-d'œuvre médicale, août 2014.

50 Études des crédits, MSSS, 2013-2014.

orientations et des balises devrait être prise en charge par le MSSS et l'exécution des activités devrait être confiée aux établissements.

**Notre recommandation pour l'organisation de la santé publique :**

**Recommandation 13**

**Revoir la structure de la santé publique au Québec en ayant pour objectifs de :**

- Favoriser une gouvernance à deux paliers : provinciale et locale;
- Décentraliser le palier régional pour le rapprocher du palier local;
- Favoriser le développement d'un palier local fort dans sa mission de prévention et de promotion et en proximité avec les services de première ligne;
- Favoriser une gouvernance qui permet concrètement au palier local de santé publique de jouer un rôle actif dans le développement de la santé et du bien-être de la population de chaque territoire;
- Établir des priorités en lien avec des objectifs de santé publique concrets et mesurables.

# CE QUE NOUS PROPOSONS POUR INSTAURER UNE VÉRITABLE STRUCTURE DE RÉVISION DES PROGRAMMES

La Commission de révision permanente des programmes, selon le mandat qui lui octroie le gouvernement, doit notamment s'assurer « que les programmes répondent à un besoin prioritaire des citoyens, qu'ils soient administrés de manière efficace et efficiente, qu'ils soient cohérents avec la capacité de payer des contribuables et qu'ils soient soumis à un processus d'évaluation continue. »

L'AQESSS est tout à fait d'accord pour qu'un mécanisme de suivi permanent des programmes se mette en place au Québec et dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le caractère clinique des programmes placés sous la responsabilité des administrateurs, des gestionnaires et des cliniciens du réseau public exige toutefois un traitement particulier, ne serait-ce que pour leur incidence directe sur la santé des gens et sur celle de la population en général. Évaluer et revoir les programmes dans notre secteur ne peut être qu'un exercice comptable. Cela doit s'appuyer sur des critères d'efficacité clinique en tout premier lieu.

## **Un modèle inspirant<sup>51</sup>**

Le NICE, responsable d'établir les standards cliniques du système de santé britannique (NHS), figure parmi les principaux modèles suivis par l'INESSS pour évaluer les technologies de la santé et des médicaments, pour élaborer des guides cliniques et, éventuellement pour revoir ou évaluer le panier de services offerts aux Québécois. Le NICE est chargé d'établir les guides cliniques officiels du système britannique de santé sur la base de critères d'efficacité clinique et de coût/efficacité.

Dans le domaine des services cliniques, le NICE produit trois types de guide : des guides d'utilisation de médicaments ou autres technologies (TA), des guides sur l'introduction des innovations comportant des risques (IPG) et des guides de pratique clinique (CG). Selon l'INESSS, le NICE et ses produits sont bien acceptés par les professionnels de la santé et la plupart des autres acteurs du NHS. Plusieurs évaluations, dont certaines formelles réalisées sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), attestent de la qualité des guides du NICE.

Les principaux reproches faits au NICE sont les délais trop longs associés à la production de certains rapports, son manque d'efforts pour identifier des pratiques désuètes, la variabilité dans l'implantation de ses guides et surtout l'absence d'un cadre de financement pour assurer que ses recommandations soient abordables.

---

51 Tiré de NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE), Une analyse en lien avec les mandats prévus pour l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, Résumé pp. I et II, INSPQ, 2008.

Le NICE permet le développement de guides qui sont crédibles à la fois comme guides de bonne pratique pour les professionnels de la santé, comme standards de qualité pour les gestionnaires du système de santé et comme politiques officielles du gouvernement quant aux services offerts par le NHS.

Plusieurs caractéristiques de structure et de fonctionnement contribuent à la crédibilité scientifique et à la légitimité politique du NICE et de ses guides. Concernant la crédibilité scientifique, il y a l'utilisation de méthodes standardisées à la fine pointe des connaissances pour la revue systématique des données probantes sur l'efficacité des interventions de santé ou pour l'évaluation de leur coût/efficacité. Il y a aussi le recours à des ressources externes reconnues pour leurs compétences scientifiques.

La légitimité politique est l'autre facteur important. Les guides du NICE sont les standards de soins du NHS, ils représentent l'engagement politique quant aux soins offerts dans ce système public de santé. Les caractéristiques du NICE qui favorisent la légitimité politique des guides sont :

- Un organisme indépendant, un mandat donné par une autorité légitime (le ministre de la Santé);
- L'utilisation de critères de décision acceptables (besoins des patients, efficacité clinique et coût/efficacité);
- Des mécanismes pour incorporer les vues du public;
- Des processus de décision ouverts et transparents;
- Des consultations larges;
- Des droits de contestation des décisions;
- Des recommandations issues des délibérations de comités indépendants composés de patients/public, cliniciens, scientifiques et gestionnaires du système de santé.

Le NICE indique clairement que ses intentions ne sont pas de remplacer les connaissances et les habiletés des cliniciens, mais bien de les soutenir en leur fournissant des guides fondés sur l'appréciation la plus juste et actuelle possible des technologies et des connaissances disponibles.

### **Un NICE québécois?**

S'il était responsable de formuler les guides cliniques du système de santé québécois, l'INESSS pourrait gagner beaucoup à établir une entente de collaboration avec le NICE, et possiblement avec d'autres organisations (comme le Cochrane Institute, organisme indépendant qui collabore avec plus de 120 pays pour produire des données probantes).

Pour la dimension plus politique des choix sociaux inhérents à la formulation de recommandations, les caractéristiques associées à la légitimité politique des guides du NICE

énumérées au paragraphe précédent pourraient servir de repères pour formuler un processus québécois.

Étant donné les pratiques actuelles de régulation professionnelle, des guides de type TA et IPG faits par l'INESSS seraient probablement plus acceptables pour les professionnels de la santé québécois que des guides de type CG.

De plus, définir le panier de services via l'élaboration des standards cliniques d'un système de santé est une façon de faire novatrice qui a le mérite d'intégrer la régulation politique, professionnelle et administrative. Prioriser les services offerts par le système de santé est nécessaire. La façon de faire du NICE est en accord avec le nouvel universalisme prôné par l'OMS qui vise à ce que tous ceux qui en ont besoin reçoivent des soins de haute qualité choisis sur la base de critères de coûts, d'efficacité et d'acceptabilité sociale.<sup>52</sup>

**Nos recommandations pour instaurer une véritable structure de révision des programmes :**

**Recommandation 14**

**Conférer à l'INESSS un mandat d'évaluation permanente des programmes de santé et de services sociaux ainsi que du panier de services en tenant compte de la pertinence, des coûts, de la valeur ajoutée de chacun des services, de même que des ressources disponibles.**

**Recommandation 15**

**Conférer un caractère exécutoire aux recommandations de l'INESSS dans ces matières**

---

52 Tiré de NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE), Une analyse en lien avec les mandats prévus pour l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, Résumé pp. I et II, INSPQ, 2008.

## CONCLUSION

Notre motivation à améliorer le système public de santé et de services sociaux et à le moderniser nous a menés à travailler avec enthousiasme à élaborer les recommandations contenues dans ce mémoire. Nous estimons que tout moyen mis en place pouvant participer à la sauvegarde et à la protection de nos services publics mérite notre soutien. C'est pourquoi nous souhaitons mettre notre expertise au service de la Commission de révision permanente des programmes.

Les moyens de moderniser notre système public de santé et de services sociaux que nous soumettons à la Commission n'ont pas été choisis au hasard. Ils répondent à des impératifs d'équité, de cohérence, d'efficacité, de qualité, de pertinence et de transparence. Ils ont de plus l'avantage de tenir compte de la réalité budgétaire à laquelle l'ensemble de la société doit faire face. Ils s'inscrivent également dans la foulée des multiples rapports et commissions qui se sont penchés sur les façons d'offrir les meilleurs services tout en étant efficient, en évitant le gaspillage et en respectant les principes de solidarité et d'universalité qui sont les piliers de notre système public.

Nous réitérons ici que notre intervention se veut contributive et constructive. Elle respecte les grands principes que sont l'accès équitable aux services de l'État, la protection des plus vulnérables et la solidarité avec les moins bien nantis.

Dans un secteur comme la santé, où chaque personne présente un caractère unique qui exige évaluation, diagnostic et considérations cliniques, nous croyons que les véritables économies se trouvent dans l'encadrement des pratiques, tant sur les plans clinique qu'administratif, dans la révision du financement des établissements et dans les modes de rémunération des professionnels, notamment celle des médecins, plutôt que dans une simple révision de programmes. Ces aspects sont porteurs, non seulement d'économies à court et moyen terme, mais aussi sur la durée, assurant du même coup la pérennité du système. C'est l'approche que nous avons choisi de mettre de l'avant dans ce mémoire.

Partant de ces assises, nous sommes disponibles pour collaborer plus avant avec la Commission et pour participer à toute initiative destinée à faire en sorte que le citoyen en ait pour son argent et que les services qu'il reçoit soient pertinents et de qualité.

## ANNEXE

### Modes de rémunération : description et comparaison<sup>53</sup>

Mode de rémunération	Description et caractéristiques	Impacts favorables	Impacts défavorables	Autres commentaires
Paiement à l'acte (Fee-for-service models (FFS))	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode rétrospectif</li> <li>• Rembourse les éléments observables de la visite</li> <li>• Seule façon d'augmenter le revenu est d'augmenter le volume</li> <li>• Aucune mesure incitative à la bonne gestion des ressources</li> <li>• Mets l'accent sur le volume en ignorant les coûts et peu d'incitatifs à l'offre de soins de santé appropriés et de haute qualité (préventifs ou thérapeutiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de patients vus en consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourage le volume et les soins à remboursement élevé</li> <li>• N'encourage pas ou peut même décourager une bonne qualité de soins et une bonne gestion de la santé des patients (aucune rémunération pour le temps, l'effort, la qualité du contact avec le patient, gestion d'horaire, soins de haute qualité, précision du diagnostic, traitement approprié, résultat, bonne gestion des maladies chroniques et prévention)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
Capitation (à forfait)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode prospectif</li> <li>• Montant fixe correspondant aux dépenses attendues (traitements appropriés) du</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y a plus d'intérêt à viser le volume (et surtout pas d'intérêt à induire la demande), car aucun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut décourager le volume</li> <li>• Peut décourager l'utilisation de soins coûteux, mais appropriés, la sélection des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effets pervers peuvent être réduits par la concurrence (capacité de quitter son médecin pour un autre et</li> </ul>

<sup>53</sup> Pierre Thomas Léger, Ph.D. Professeur agrégé Professorship en économie de la santé, HEC Montréal, CIRANO, CIRPÉE *Modes de rémunération : théorie et Pratique*.

Mode de rémunération	Description et caractéristiques	Impacts favorables	Impacts défavorables	Autres commentaires
	patient (plus une marge raisonnable) en échange de la prise en charge du patient pour une période donnée et sans remboursements marginaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>remboursement à la marge</li> <li>• Intérêt à se soucier des coûts, car toute dépense réduit le revenu net ce qui peut également encourager la prévention (un patient en santé consomme moins)</li> <li>• Plus besoin de gérer des milliers de taux de remboursement</li> <li>• Met l'accent sur la gestion des ressources et ne pénalise pas le médecin pour des dimensions non observables (effort, temps, prévention)</li> </ul>	patients (plus en santé ou provenant d'un secteur plus favorisé) et l'utilisation excessive des soins spécialisés et d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>système de responsabilité médicale, ce qui est peu présent au Québec)</li> <li>• Davantage performant en présence de concurrence</li> </ul>
Salaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salaire selon un mutant négocié pour une période fixe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de précisions dans la littérature à ce sujet</li> </ul>
Paiement à la performance (au rendement) (P4P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalité de récompense des médecins selon la qualité de leur pratique, en fonction d'activités particulières à privilégier ou de cibles de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Récompenser la structure : présence de certaines ressources, des installations médicales, du personnel, des instruments</li> <li>• Récompenser le processus : atteinte d'objectifs reliés au taux de dépistage, le suivi...</li> <li>• Récompenser des résultats objectifs : taux d'infection, satisfaction des patients...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure : ne garantit pas que ces ressources sont utilisées efficacement ou dans les circonstances appropriées</li> <li>• Processus : peut encourager le médecin à se concentrer sur les processus visés et éviter les autres</li> <li>• Résultats : peut encourager le médecin à se concentrer sur les résultats ciblés et sélectionner les patients qui suivent les conseils et qui répondent bien aux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être greffé à n'importe quel mode de rémunération</li> <li>• Malgré des dépenses croissantes en matière de santé, toujours des problèmes de qualité (taux de dépistage et immunisation faibles, pauvre gestion des maladies chroniques, taux d'infection trop élevé...), alors pourquoi ne pas récompenser les médecins en fonction de la qualité de</li> </ul>

Mode de rémunération	Description et caractéristiques	Impacts favorables	Impacts défavorables	Autres commentaires
			traitements <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut récompenser des soins uniformisés plutôt qu'appropriés</li> <li>• Peut décourager certains si les cibles sont trop difficiles à atteindre (et récompenser ceux qui avaient déjà ou pouvaient facilement les atteindre)</li> <li>• Peut récompenser les objectifs déjà atteints</li> </ul>	leurs services <ul style="list-style-type: none"> <li>• Études canadiennes qui démontrent que les médecins répondent aux incitatifs de P4P (taux de dépistage du cancer plus élevé, taux de mammographie plus élevé, meilleure gestion des maladies chroniques)</li> <li>• Médecins avec rémunération mixte répondent plus aux incitatifs de P4P que ceux à l'acte (pas surprenant, car la qualité n'est pas en conflit avec le paiement mixte, mais peur l'être avec le paiement à l'acte)</li> <li>• D'autres programmes ont tout simplement récompensé les objectifs déjà atteints (en Ontario pour la gestion du diabète), d'où l'importance de revoir régulièrement les cibles</li> </ul>
Mixte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinaison de modes ou d'éléments de différents modes de rémunération</li> <li>• Juste milieu entre la conscience de la qualité, de la quantité et des coûts</li> <li>• Partie forfaitaire pour la prise en charge du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin a intérêt à se soucier de sa qualité pour attirer et garder ses patients (conscience de la qualité) et encaisser le montant forfaitaire, mais aussi se soucier des coûts, car le remboursement n'est pas complet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut mener à la sélection des patients et taux de remboursements redeviennent importants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au Québec, paiement mixte chez les chirurgiens a mené à une réduction dans le nombre de services facturables, une augmentation du temps consacré par patient et une augmentation du temps consacré à l'enseignement</li> </ul>

Mode de rémunération	Description et caractéristiques	Impacts favorables	Impacts défavorables	Autres commentaires
	et rémunération à l'acte, mais en dessous du coût marginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut avoir des effets importants sur l'accessibilité des soins en encourageant moins de volume, plus de temps et augmentation de l'offre de travail</li> <li>• Peut encourager la bonne gestion des ressources tout en encourageant une bonne qualité et composition des soins</li> </ul>		et aux tâches administratives <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats semblables pour les omnipraticiens en Ontario (diminution de services par jour, mais même nombre de patients et de jours)</li> <li>• Davantage performant en présence de concurrence</li> </ul>
Régime d'intéressement collectif (participation aux gains)	•	•	•	•

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

505, boulevard de Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 842-4861

Site Web : [www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)