



**Centrale des syndicats
du Québec**



**Fédération
de la
Santé
du
Québec**

**Centralisons
nos forces**

Microgestion croissante : même vision, même piège

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

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

Avril 2018

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

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

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

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

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

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

Article 19.

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

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

Article 431.

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

Plus particulièrement:

1° il établit les politiques de santé et de services sociaux et voit à leur mise en œuvre et à leur application par les agences, et à leur évaluation;

2° il élabore un plan stratégique pluriannuel conformément à l'article 431.1;

3° il répartit équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et voit au contrôle de leur utilisation;

4° il veille à la promotion de l'enseignement et de la recherche;

5° il élabore les cadres de gestion des ressources humaines, matérielles et financières;

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

6° il établit les politiques et les orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux, en suit l'application et en fait l'évaluation;

6.1° il prend les mesures propres à assurer aux usagers la *prestation sécuritaire de services* de santé et de services sociaux;

6.2° il constitue et maintient à jour, à partir du contenu des registres locaux visés à l'article 183.2, le registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux *aux fins d'assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu;*

7° il assure la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux en vue notamment de favoriser leur accessibilité par l'ensemble de la population des régions du Québec;

8° il prend les mesures propres à assurer la protection de la santé publique et assure la coordination nationale et interrégionale;

9° il détermine les orientations dont l'établissement doit tenir compte lorsqu'il adopte un protocole visé à l'article 118.1 ou à l'article 118.2;

10° il diffuse auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience;

11° il évalue les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau en fonction des orientations qu'il a diffusées;

12° il détermine les territoires de desserte des réseaux universitaires intégrés de santé;

13° il apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux.

Article 433.

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

Article 505.

Le gouvernement peut par règlement: [...]

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

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

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

Des millions de données à saisir annuellement

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

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

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

³ À titre d'exemple, le nombre de visites aux urgences comptabilisées (ambulatoires et sur civières) a atteint 3 743 707 pour l'année 2016-2017; plusieurs informations sont recueillies pour chacune de ces visites.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, [En ligne], Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf].

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

Tableau I
Comparatif des renseignements à recueillir

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- OBJECTIF 21

Implanter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient

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

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

- Le nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF [groupes de médecine de famille] en vigueur depuis le 16 novembre 2015 poursuit ce même objectif et vient renforcer le principe du financement axé sur le patient. En effet, les ressources allouées aux GMF sont proportionnelles au nombre de patients inscrits et suivis par les médecins de famille du groupe¹¹.
- La stratégie d'intervention du MSSS passe désormais par le financement axé sur le patient. Les travaux sont toujours en cours à cet égard [en matière d'imagerie médicale]¹².

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

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

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

¹² QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*, [En ligne], Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 118. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf].

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

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

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

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

Nourrir la bête informatique

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

- La classification et la codification des épisodes de soins constituent la pierre angulaire de tout système de financement axé sur les patients. Elles permettent la fixation des tarifs et, *de facto*, le choix des mécanismes de remboursement¹⁴.
- Peu importe les modèles de classification retenus, le financement axé sur les patients impose la transcription des actes médicaux dans une grille tarifaire souvent très élaborée qui doit tenir compte de la singularité et de la diversité des patientes et patients. *Ce travail croissant de codification des activités constitue une charge administrative qui restreint d'autant le*

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

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

temps consacré à la patiente ou au patient lorsqu'il est réalisé par le personnel soignant.

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

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

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

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

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

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

¹⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2018). *Le plan économique du Québec*, [En ligne], section A37 (mars). [www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/PlanEconomie_18-19.pdf#page=17].

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

de plus en plus cher au trésor public. Qui plus est, aucune amélioration significative de l'accès aux services de santé ne peut encore lui être attribuée.

Parmi les effets pervers du financement à l'activité

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

Parmi les effets problématiques, mentionnons :

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

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

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

De façon générale, l'implantation d'un système de FAA [financement à l'activité] s'est faite selon un éventail varié d'objectifs : établissement d'un

lien étroit entre l'activité et le financement [...], efficience des services, allocation équitable des ressources, transparence dans la gestion [...], création d'un contexte de concurrence pour les acheteurs de services, facilitation du choix des patients quant à l'établissement de soins, augmentation de l'activité, diminution des listes d'attente, réduction de la capacité hospitalière (lits), étalonnage, amélioration de la qualité. [...]

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

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

La mise en concurrence des établissements : une fausse solution

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rappelons que le PTI est une norme professionnelle obligatoire depuis le 1^{er} avril 2009; elle peut faire l'objet d'une inspection professionnelle visant à évaluer

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

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

son application (respect de celle-ci, conformité pour ce qui est de la forme et du contenu).

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

Trois principes de base sous-tendent cette norme :

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

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

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

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

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

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

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

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

urgences sont tels qu'il s'avère impossible pour le personnel de compléter les multiples formulaires et outils existants.

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

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

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

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

Nous ne le répéterons jamais assez. Les solutions organisationnelles à mettre de l'avant pour corriger les problèmes dans les urgences sont bien connues. Il n'est pas nécessaire d'alimenter davantage, et à grande échelle, les systèmes d'information sur le suivi clinique des usagères et usagers. La stabilisation des équipes de travail, en nombre suffisant, permettrait d'assurer la prise en charge

clinique telle qu'édictee dans les normes professionnelles. Augmenter les contrôles administratifs ne fera qu'alourdir le travail du personnel qui est déjà surchargé et épuisé. La qualité des soins ne ferait qu'en souffrir!

Les CHSLD : des témoignages troublants

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

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

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

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

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

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

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

Un point de rupture que le gouvernement ne peut ignorer

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

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

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

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

²⁶ Outil d'évaluation multiclientèle.

²⁷ Plan d'intervention.

²⁸ Tableaux d'aide individualisée.

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

Le gouvernement doit absolument revoir ses priorités et réinvestir davantage dans l'offre de soins et de services directs à la population, plutôt que dans des systèmes d'information de plus en plus onéreux qui ne font que complexifier et qu'alourdir

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

toujours davantage la gestion du système de santé, et que réduire toujours plus le temps consacré aux activités cliniques.

Recommandations

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ) recommandent au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- De revoir leurs priorités et de réinvestir dans l'offre de soins et de services directs à la population, plutôt que dans des systèmes d'information de plus en plus onéreux qui ne font que complexifier et qu'alourdir toujours davantage la gestion du système de santé, et que réduire toujours plus le temps consacré aux activités cliniques;
- De ne pas implanter largement le financement à l'activité et le financement axé sur le patient dans le système de santé québécois;
- De limiter la collecte d'informations aux données jugées essentielles pour évaluer l'efficacité clinique et la pertinence des soins, dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services;
- De mener une étude qualitative visant à déterminer et à mieux comprendre les causes organisationnelles et les enjeux professionnels pouvant expliquer l'incapacité du personnel à respecter la norme professionnelle PTI.

