



**Un projet expérimental de comparaison
des couts irréaliste et contraire à
l'intérêt public**

**Observations déposées par la Centrale
des syndicats du Québec sur l'avis
présentant les conditions de mise en
œuvre du projet expérimental de
comparaison des couts liés aux
chirurgies et autres procédures sous
scopie**

**Avis présenté au ministère de la Santé et des
Services sociaux**

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Avril 2016



La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plus 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.

Introduction

Le 23 février dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient¹, soit le troisième volet de la réforme du réseau public de la santé et des services sociaux entreprise il y a plus d'un an, les premiers volets ayant modifié les structures et la gouvernance du réseau public de la santé et des services sociaux (projet de loi 10 adopté) et les modalités d'accès aux soins et services de santé (projet de loi 20 adopté).

Un avis² publié dans la *Gazette officielle du Québec* du 24 février 2016 précise les conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts de chirurgies d'un jour entre les établissements publics et les trois cliniques privées sélectionnées.

Les intentions et les prétentions du ministre sont nombreuses; la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) considérait important de les rappeler avant de soumettre ses principales observations.

Afin d'instaurer un nouveau modèle de financement axé sur le patient, le gouvernement :

- A l'intention de déployer une méthode afin d'assurer le **suivi du cout par trajectoire de soins et de services** offerts aux usagères et usagers dans le réseau public de la santé et des services sociaux³;
- Compte recueillir le **maximum d'informations cliniques et financières** qui permettront de meilleures bases comparatives dans le réseau public de la santé et des services sociaux;

¹ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Le ministre Gaétan Barrette annonce un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient* (23 février). Repéré au msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1083.

² « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n^o 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1386. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

³ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Le ministre Gaétan Barrette annonce la publication d'un avis d'intention concernant une solution informatique assurant le suivi par trajectoire des soins et services aux patients* (3 février). Repéré au msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1075.

- Souhaite définir les **bons indicateurs** qui lui permettront éventuellement d'ajuster le financement des établissements publics et d'améliorer la performance du réseau public de la santé et des services sociaux.

Les visées du ministre Barrette sont très explicites : « Les coûts générés pour chaque patient, pour chaque service reçu, seront évalués et serviront de référence pour la mise en place ultérieure du financement à l'activité dans le réseau public... Ces trois cliniques [privées] nous offrent un **environnement propice à l'étalonnage**, un préalable essentiel pour établir de manière uniforme les coûts associés au **parcours de soins** selon la nature du diagnostic et l'état de fragilité des patients. »

D'emblée, ces prétentions et ces affirmations soulèvent trois limites majeures, selon la CSQ :

- Un projet-pilote réalisé dans trois cliniques privées ne peut refléter la **réalité du réseau public de la santé et des services sociaux** : le ministre ne peut espérer obtenir des données concluantes à partir d'environnements privés, comme il le dit lui-même, très fermés, petits et contrôlés, et en appliquer les conclusions par la suite dans le système public, un milieu ouvert, vaste et cumulant de multiples responsabilités, notamment dans la prise en charge et le suivi de patients présentant de multiples problèmes sociaux et de santé.
- **L'uniformisation des coûts** entre les établissements grâce au financement à l'activité n'est aucunement réaliste : « ... la variabilité des coûts par épisode de soins dépend de nombreux paramètres dont l'âge et l'état de santé du patient, la localisation de l'hôpital, les installations ainsi que les ressources déjà en place⁴ ».
- Documenter le volet financier de quelques chirurgies d'un jour (**épisode de soins**), en excluant les soins préopératoires et le suivi postopératoire de l'usager, y compris les urgences nécessitant une hospitalisation (article 10⁵), ne constitue que l'un des maillons de la **trajectoire de soins**. En effet, « seule la portion unité d'intervention dans chaque clinique est prise en considération » dans l'établissement du coût de revient. Nous sommes très loin de l'implantation d'une méthode qui permettrait le suivi des coûts dans l'ensemble du système de santé.

⁴ MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC (2016). *MQRP rejette la concurrence en santé* (5 février). Repéré au mqrp.qc.ca/communiqués/2016/02/05/mqrp-rejette-la-concurrence-en/.

⁵ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1389. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

En somme, le fait que trois cliniques privées soient considérées comme un « environnement propice à l'étalonnage » pour ajuster le financement des établissements publics et, qui plus est, sur la base d'un projet-pilote, à certains égards irréaliste et contraire à l'intérêt public, nous y reviendrons, est inadmissible. Tel que présenté, le projet-pilote nous apparaît être plus un exercice visant à favoriser la sous-traitance, par des prestataires privés de services publics de santé, qu'un réel exercice visant à améliorer l'efficacité globale du système de santé.

La CSQ dénonce le fait que le projet-pilote soit réalisé dans trois cliniques privées. La CSQ travaille à contrer la privatisation du système public de santé et agit pour défendre les grands principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité. Tout projet-pilote visant la révision du financement des établissements publics de santé doit être réalisé avec, pour et au sein de ces mêmes établissements. Un projet-pilote qui laisse beaucoup trop de questions en suspens.

1. Un projet-pilote qui laisse beaucoup trop de questions en suspens.

Rappelons, dans un premier temps, les objectifs du projet expérimental :

- **Documenter l'ensemble du volet financier** lié à la production de services de chirurgies et de procédures sous scopie, lesquelles sont les interventions visées par le projet expérimental, afin de détailler les coûts générés pour chaque usager pour une intervention visée (article 2, paragraphe 1⁶);
- **Améliorer l'accès à une intervention visée** pour les usagers des centres intégrés de santé et de services sociaux des régions de la Montérégie, de Laval et de Montréal ainsi que de certains autres établissements de cette dernière région (article 2, paragraphe 2⁶).

C'est le ministre qui déterminera la nature des interventions visées, dont les coûts feront l'objet d'une évaluation, l'ordre dans lequel ces interventions seront évaluées et la période pendant laquelle cette évaluation sera faite (article 6⁷). Le projet-pilote

⁶ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n^o 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1387. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

prendra fin à la date fixée par le ministre ou au plus tard le 31 décembre 2018. Ajoutons qu'en vertu du Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé⁸, près d'une cinquantaine de traitements médicaux et de chirurgies peuvent être réalisés en cliniques spécialisées privées.

Le ministre justifie le recours à un projet expérimental de comparaison des coûts en vertu du premier alinéa de l'article 434 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁹ :

Le ministre peut, dans l'exercice des fonctions qui lui sont conférées par la présente loi, malgré toute disposition inconciliable, mettre en œuvre, dans la mesure et aux conditions déterminées par le gouvernement, tout projet expérimental concernant l'organisation des ressources humaines ou matérielles des établissements aux fins de favoriser l'organisation et la prestation intégrées des services de santé et des services sociaux.

(Nos soulignements)

Il nous apparaît donc essentiel de soulever des questionnements et des préoccupations à l'égard de ces considérations. Si le ministre dit vouloir améliorer l'accès à certaines interventions visées et réduire ainsi les listes d'attente, nous ne comprenons toujours pas en quoi déterminer un coût optimal pour chaque intervention améliorera globalement l'organisation et la prestation intégrée des services de santé et des services sociaux. Tout projet-pilote ayant la prétention de vouloir contribuer à améliorer l'efficacité du système de santé devrait être envisagé globalement et non en milieu fermé, comme l'a prévu le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, étant donné que :

- La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, vise à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacité du réseau de la santé;
- L'accès aux chirurgies d'un jour et la prise en charge des patients s'inscrivent dans la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux,

⁸ QUÉBEC (2016). *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, chapitre S-4.2, r. 25, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/S_4_2/S4_2R25.htm].

⁹ QUÉBEC (2016). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2016, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html].

- notamment dans la définition des nouveaux projets cliniques et organisationnels, et l'établissement des corridors de services;
- Plusieurs études¹⁰ ont démontré que l'implantation de nouveaux modèles de financement des systèmes de santé soulève de multiples enjeux éthiques et organisationnels, que ce soit en termes d'accessibilité, d'équité, de qualité et de sécurité des services et des soins;
 - L'absence de suivi de la qualité des soins, par la mise en place d'indicateurs et de cibles de résultats, est l'un des problèmes identifiés par le groupe d'experts s'étant penché sur le financement axé sur le patient, dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie (PAC), implanté au Québec en 2004-2005¹¹;

La CSQ considère qu'un comité d'éthique et d'évaluation indépendant devrait identifier les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus et encadrer le processus d'évaluation de tout projet-pilote réalisé dans le cadre de la révision du financement des établissements publics de santé.

2. Une comparaison des coûts irréaliste et contraire à l'intérêt public

Le principe de coût de revient d'une intervention constitue la trame de fond du projet-pilote. Or, tout le processus visant à le définir soulève de multiples préoccupations, questionnements et enjeux éthiques.

D'emblée, le ministre affirme qu'il veut déterminer et catégoriser les coûts d'une intervention (dépenses d'exploitation et d'immobilisation¹²) **de façon semblable** à celle du secteur public (article 3¹³) : nous ne croyons pas qu'il pourra le faire de

¹⁰ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). *Le financement axé sur les patients. Revue de littérature sur les expériences étrangères*, [En ligne], 103 p. [insss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf].

¹¹ GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS (2014). *Pour que l'argent suive le patient - L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, [En ligne], 210 p. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

¹² Voir annexe « Informations financières nécessaires afin de juger de la pertinence de l'inclusion au coût de revient ».

¹³ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1387. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

façon complète, équitable et dans le respect de la Loi canadienne sur la santé. C'est ce que nous démontrerons.

L'évolution constante des pratiques et des coûts directs et indirects, la nécessité de constituer des bases de données très détaillées ainsi que les transformations majeures qui ont cours actuellement dans l'organisation des services de santé rendront très difficile, voire impossible, le processus de comparaison des coûts souhaité par le ministre.

Plusieurs éléments nous apparaissent nébuleux. Par exemple, la dernière étape de la méthode retenue pour établir le coût de revient prévoit « une comparaison des coûts obtenus (avec quoi?) afin de valider le calcul et de s'assurer de la pertinence des hypothèses (lesquelles?) et des coûts inclus dans ce calcul ». Le projet-pilote s'appuierait donc sur des hypothèses que le ministre n'a pas daigné rendre publiques. Et pourquoi?

De plus, plusieurs choix méthodologiques dans la façon de « documenter l'ensemble du volet financier » nous apparaissent tendancieux. En voici quelques-uns.

2.1 Déduction des frais accessoires de santé du coût de revient

Parmi les informations financières que chacune des cliniques devra transmettre au ministre, mentionnons « les revenus provenant des sommes payées par un usager pour une fourniture médicale **ou autre** » (article 3¹⁴). Or, « lorsqu'il y a des revenus des usagers, ceux-ci sont déduits du coût de revient pour obtenir le coût net de production des services » (article 3¹⁴).

Ce choix pose plusieurs problèmes éthiques :

- Les frais accessoires de santé pour des services médicalement requis et assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont toujours interdits en vertu de la Loi canadienne sur la santé.
- Le coût de revient d'une intervention réalisée en clinique privée ainsi sous-évalué servira de base de comparaison pour les interventions réalisées en établissements publics où l'ensemble des coûts aura été imputé et comptabilisé dans le coût de revient (base de comparaison biaisée et déloyale).

¹⁴ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n^o 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1387. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

- Cette approche induit indirectement l'idée que certaines contributions des usagers sont légitimes et pourraient possiblement être réclamées en établissements publics.
- On peut aussi estimer que ces interventions ne se feront éventuellement plus en établissements publics et que la facturation de frais accessoires de santé aux usagers sera largement admise dans les cliniques privées.

Dans tous les cas, cette approche nous apparaît illégitime, car contraire à l'esprit de la Loi canadienne sur la santé. La CSQ dénonce largement toute forme de tarification des services de santé qui en limite leur accessibilité. L'accès à des services de santé de qualité doit être assuré, peu importe le lieu où les services sont offerts et sans égard à la capacité de payer des individus¹⁵. Pour la CSQ, la privatisation des services de santé et la recherche de profits induisent une logique marchande qui réduit d'emblée l'accès universel aux services de santé.

2.2 Exclusion de la rémunération médicale dans le calcul du cout de revient

Sans surprise, nous apprenons que « les déboursés reliés à la rémunération médicale sont exclus du calcul » du cout de revient (annexe 1 A. Principe du cout de revient).

Or depuis 40 ans, plusieurs commissions, rapports et spécialistes ont suggéré d'effectuer une révision du mode de rémunération des médecins en raison de l'augmentation exponentielle des couts. Est-il nécessaire de rappeler que le dernier rapport de la vérificatrice générale du Québec¹⁶ concernant l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins est dévastateur et illustre l'impact de ce poste budgétaire sur la santé des finances publiques?

Voici quelques-uns des principaux constats :

- La RAMQ ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur, ou de fraude, relatifs à la rémunération des médecins, alors que celle-ci représente 62 % de ses dépenses de programmes.
- La RAMQ n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.

¹⁵ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2015). *Multiplication des frais accessoires de santé. La mise en péril du système public de santé*, [En ligne]. [lacsq.org/publications/nouvelles-csq/hiver-2016/optimisee-mobile/single/news/multiplication-des-frais-accessoires-de-sante-la-mise-en-peril-du-systeme-public-de-sante/].

¹⁶ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2015). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources*, [En ligne] (automne), 192 p. [www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf].

- Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas sur le contrôle exercé à l'égard de la rémunération des médecins.

Or, au-delà de ces difficultés administratives, voire des risques d'erreur ou de fraude, c'est l'ensemble du modèle de rémunération des médecins québécois qui doit être évalué et révisé. La nécessité de faire cet exercice fait maintenant largement consensus dans l'opinion publique.

Même l'Association médicale du Québec, qui représente près de 10 000 médecins, reconnaît l'urgence de réviser les modèles de rémunération actuels. Dans son mémoire déposé dans le cadre des consultations sur la couverture publique des services en santé et en services sociaux au mois de janvier dernier¹⁷, elle affirme que « certaines composantes systémiques très structurantes (par exemple, les modes de rémunération) peuvent influencer tant les politiques de santé que la culture médicale elle-même [...] La culture de notre système pousse les différents acteurs à multiplier les interventions, tout en minimisant les risques, en amplifiant les bénéfiques et en considérant peu les coûts qui y sont associés [...] Il faut résolument réduire l'importance du paiement à l'acte et privilégier un mode de rémunération mixte où la capitation et le salariat sont davantage valorisés. Il s'agit là d'une condition *sine qua non* pour assurer la responsabilité et l'imputabilité des médecins ». Voilà des propos qui font réfléchir!

Un projet de recherche¹⁸ mené par l'Université de Montréal, en partenariat avec le Commissaire à la santé et au bien-être et le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), met justement sur la table cette problématique que semble vouloir écarter du débat public le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Résumé du projet de recherche

La rémunération des médecins, par le fait qu'elle est un des déterminants importants de la pratique médicale, a une influence sur la performance des systèmes de santé. Les données montrent aussi que la rémunération, bien que très influente, n'est pas le seul déterminant de la pratique médicale. Dans ce contexte, on doit se demander quelles seraient les modalités de rémunération des médecins, qui permettraient de renforcer l'adéquation entre les besoins de la population et l'offre de services à l'intérieur de paramètres de production efficaces et efficients. Pour ces raisons, nous croyons que le présent projet doit être ancré dans une

¹⁷ ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2016). *D'abord la pertinence. Consultation du Commissaire à la santé et au bien-être. Révision du panier de services*, [En ligne] (janvier), 30 p. [www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/AMQ.pdf].

¹⁸ QUÉBEC. FONDS DE RECHERCHE SOCIÉTÉ ET CULTURE (2014). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*, [En ligne]. [www.frqsc.gouv.qc.ca/parteneriat/nos-projets-de-recherche/projet?id=yjoo5ctz1428505877772].

perspective d'analyse systémique afin de mieux comprendre l'influence de la rémunération des médecins et des autres facteurs d'interaction sur la pratique médicale et la performance du système de santé.

Aussi :

- puisque le ministre reconnaît, dans le préambule du projet-pilote :
 - que la situation des finances publiques impose une réflexion, notamment sur les façons efficaces de dispenser les services dans le réseau public de la santé et des services sociaux,
 - que, pour pouvoir développer des outils permettant d'améliorer la performance du réseau, il est nécessaire d'obtenir des données probantes pour des fins de comparaison et d'élaboration d'un financement favorisant l'efficacité,
 - que le gouvernement, avant de pouvoir mettre en place de nouvelles façons de faire ou de modifier celles existantes, doit évaluer différentes possibilités;
- parce que la rémunération versée aux médecins spécialistes québécois en 2013-2014 s'élevait à près de quatre milliards de dollars et qu'entre 2008-2009 et 2012-2013, la rémunération moyenne brute des spécialistes chirurgicaux a augmenté de près de 27 %;

La CSQ considère que tout projet-pilote réalisé dans le cadre de la révision du financement des établissements publics de santé doit intégrer un volet visant à documenter les déboursés liés à la rémunération des médecins et à évaluer leurs incidences sur la pratique médicale et sur la performance du système de santé québécois.

2.3 Contribution des ressources publiques pour atteindre le volume d'interventions visées au privé

Afin de documenter adéquatement l'ensemble du volet financier lié à la production des services, un volume d'interventions réalisées au sein des cliniques privées est requis (article 7¹⁹).

¹⁹ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1388. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

Onze établissements publics²⁰ **devront** participer et présenter le projet expérimental « aux équipes médicales reliées aux interventions visées et demander aux médecins intéressés à y participer de transmettre leur demande au président-directeur général » de l'établissement (article 8²¹). Les établissements transmettront aux trois cliniques privées les noms et les disponibilités des médecins intéressés. Tous les trimestres, ces cliniques feront connaître leur calendrier des priorités en indiquant, notamment, le nombre et le type d'interventions visées, et les noms des médecins qui y participeront (article 9²¹).

Pour la CSQ, utiliser les ressources publiques dans un projet visant à évaluer les coûts de production des cliniques privées est très contestable et induit un biais d'analyse qu'elle ne peut passer sous silence.

Si assurer un volume d'interventions minimum permet de documenter adéquatement l'ensemble du volet financier lié à la production des services, cela permet également de répartir l'ensemble des coûts indirects sur un plus grand nombre d'interventions et de réduire, par le fait même, le coût de revient de chaque intervention réalisée dans les cliniques privées.

L'inverse est malheureusement vrai pour les établissements publics, qui pourraient voir leurs coûts indirects répartis sur un nombre moindre d'interventions, en raison d'une disponibilité plus limitée des médecins qui participeront au projet-pilote ou tout simplement à cause des multiples compressions budgétaires imposées au réseau public de la santé et des services sociaux. À noter, le projet-pilote prévoit des clés de répartition des coûts indirects établis en fonction d'hypothèses qui seraient bien définies (annexe 1, A. Principe du coût de revient). Or, ces hypothèses et ces clés de répartition qui pourraient faire une grande différence sur l'établissement du coût de revient sont, elles aussi, inconnues. Nous sommes en droit de les connaître pour mieux comprendre les mécanismes d'évaluation et de comparaison des coûts que compte utiliser le gouvernement.

Pour atteindre ses objectifs, le ministre crée artificiellement des conditions optimales de rendement pour les cliniques privées qui serviront d'étalonnage pour les établissements publics. Ces derniers se verront ainsi amputés de ressources médicales, du moins partiellement ou temporairement, et devront, de plus, ajuster

²⁰ Le CHUM, le CUSM et les cinq CIUSSS de Montréal, les trois CISSS de la Montérégie et le CISSS de Laval.

²¹ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1389. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

leurs activités aux calendriers de production des cliniques privées puisqu'ils devront assurer la prise en charge des patients.

Pour la CSQ, priver le réseau public de la santé et des services sociaux de certaines ressources professionnelles et le contraindre aux obligations organisationnelles du secteur privé est un non-sens, qui plus est, dans le cadre d'un projet visant à comparer l'efficacité des milieux respectifs.

La CSQ réclame que les conditions optimales d'intervention soient plutôt implantées dans le secteur public, où tous les acteurs du continuum de soins sont présents.

2.4 Acquisition des fournitures médicales : aucune économie d'échelle envisagée

Chacune des trois cliniques devra acquérir les fournitures médicales requises pour les interventions visées (article 21²²)²³.

Or, en vertu de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, le ministre « peut, dans la mesure où il estime que les besoins d'optimisation des ressources le justifient et après avoir consulté l'établissement public ou privé conventionné concerné, **obliger** un tel établissement à utiliser les services d'un groupe d'approvisionnement en commun ou à participer à un processus d'appel d'offres mené par un tel groupe ».

En faisant affaire avec le secteur privé, le gouvernement semble ne pas pouvoir ou ne pas vouloir appliquer ses principes de saine gestion des finances publiques, notamment en ce qui a trait aux économies d'échelle qu'il est possible de réaliser grâce aux achats groupés dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Bien que cela pourrait augmenter le coût de revient des interventions, certaines dépenses pourraient également être refilées aux usagers et usagères sous forme de tarifications, et réduire d'autant l'accès aux services pourtant médicalement requis.

²² « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1390. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

²³ Fournitures périssables ou jetables, de base, spécialisées, de laboratoires, médicales, chirurgicales, toutes prothèses ou implants ainsi que les frais de transport de ces fournitures.

3 Prise en charge des usagers et qualité des soins : des enjeux secondaires?

Rappelons que deux centres hospitaliers universitaires, quatre CISSS et cinq CIUSSS représentant de multiples installations et points de services de la grande région de Montréal, ainsi que trois cliniques privées, participeront au projet expérimental.

3.1 Reconnaître l'importance de l'intégration des soins

Voyons comment un projet visant à améliorer l'accès à certaines interventions pourrait occasionner en fait de nombreuses autres difficultés.

Lorsqu'une usagère ou un usager est en attente de services pour une intervention visée :

- Il se verra offrir par son établissement (exemple : CISSS de Laval) la possibilité de recevoir les services de son médecin à la clinique sélectionnée par celui-ci (exemple : la clinique Groupe Opmedic inc. de Montréal) ou de les recevoir d'un autre médecin participant au projet, possiblement dans une autre clinique (article 9²⁴);
- Il sera avisé de la date de son intervention par la clinique choisie par le médecin;
- Son établissement (CISSS Laval) acheminera les informations nécessaires de son dossier d'usager à la clinique sélectionnée (article 10²⁴);
- Son établissement (CISSS de Laval) ou celui d'un autre médecin participant au projet, mais ne détenant pas de privilèges dans le même établissement (exemple : CISSS de la Montérégie-Est) sera responsable de ses soins préopératoires et du suivi postopératoire, y compris toute urgence nécessitant une hospitalisation.

Ainsi, un usager de Laval pourrait théoriquement être opéré à Montréal et être pris en charge par un établissement de la Montérégie. Un tel scénario pourrait poser de nombreux problèmes d'accessibilité, mais également de protection des renseignements personnels de santé. Les informations du dossier de l'usager pourraient devoir transiter entre plusieurs intervenants et établissements (groupes de médecine familiale [GMF], centres hospitaliers, cliniques privées).

²⁴ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1389. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

Pourtant, une circulaire²⁵ sur les normes et les pratiques de gestion, émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux le 16 novembre dernier, présente de nouvelles règles sur la tenue des dossiers patients dans les GMF mixtes ou privés :

- Au regard de la tenue de dossier, les actes posés par les professionnels en GMF devront être consignés dans le dossier du GMF. Toute forme de double saisie (dans le dossier GMF et celui de l'établissement) pour un même service est proscrite.
- Afin de favoriser la qualité et la continuité des soins et des services offerts, notamment pour la clientèle vulnérable, et de pouvoir répondre à ses obligations professionnelles, des informations pertinentes **pourraient être transmises à l'établissement**, en plus des renseignements administratifs. Pour ce faire, un consentement valide de chacun des usagers concernés devra être obtenu.
- Contrairement à la pratique en établissement, le GMF n'a pas l'obligation de mettre en place de mesures de sécurité particulières, proportionnelles au niveau de sensibilité des renseignements qu'il conserve dans ses dossiers.

Dans ce projet expérimental impliquant de multiples partenaires, les mécaniques administratives pour assurer le consentement éclairé de l'utilisateur, la protection des renseignements personnels et la prise en charge efficiente de l'utilisateur ne sont pas définies. Si améliorer l'accès à certaines chirurgies d'un jour signifie complexifier la prise en charge globale du patient, la CSQ ne voit aucun gain d'efficacité globale pour le système public de santé, bien au contraire.

3.2 Assurer le suivi et le contrôle de la qualité

Bien :

- que le projet-pilote précise que chaque clinique :
 - est responsable de la qualité des services dispensés par son personnel aux usagers (article 18²⁶),
 - doit, en tout temps, respecter et appliquer toute règle, toute norme ou tout standard relatif à l'entretien et à la sécurité des installations, équipements ou instruments (article 19²⁶),

²⁵ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Normes et pratiques de gestion. Tome II, Répertoire*, [En ligne], 4 p. [msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/6e298cc8108c11fd85257f010059e0b9/\$FILE/2015-024.pdf].

²⁶ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1390. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

- doit informer les médecins des protocoles, manuels ou procéduriers relatifs à l'utilisation des équipements et instruments mis à leur disposition (article 20²⁷);
- que les services dispensés par un médecin soient considérés être des services dispensés dans les installations de son établissement pour les fins relatives à l'évaluation de leur qualité (article 23²⁷);

La CSQ réclame, dans la mise en œuvre de tout projet-pilote, la définition explicite de standards de qualité qui permettront d'évaluer globalement la pertinence des choix et l'efficacité des interventions réalisées.

Rappelons les propos du groupe d'experts ayant étudié le Programme d'accès à la chirurgie (PAC) : « La mesure de la qualité est aussi importante que le suivi des volumes réalisés. La prise en compte de la qualité permet d'évaluer la pertinence de la production chirurgicale, tout en s'assurant que la chirurgie est effectuée avec une préoccupation constante pour la sécurité du patient. »

Pour l'Association médicale du Québec, la qualité des services aux patients doit demeurer la pierre angulaire de tout travail de réflexion sur la nouvelle méthode de financement envisagée²⁸. Selon elle, « il est impératif de mettre en place des mécanismes qui feront en sorte que les éventuels gains d'efficacité ne se réalisent pas au détriment de la qualité ». Malheureusement, de tels mécanismes n'ont pas été prévus dans le projet expérimental que nous propose le ministre Barrette.

3.3 Remettre l'individu au centre de l'équipe de soins

La chirurgie d'un jour n'est qu'un maillon de la trajectoire de soins de l'utilisateur. Plus qu'une simple intervention à optimiser, elle est d'abord et avant tout une expérience humaine pouvant susciter beaucoup d'inquiétude et de questionnements.

²⁷ « Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic inc. »(2014). *Gazette officielle du Québec, Partie 2, Avis*, [En ligne], 148^e année, n° 8 (24 février), Éditeur officiel du Québec, p. 1390. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=2016F%2F64493.PDF].

²⁸ ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2013). *La profession médicale et le financement à l'activité : la qualité d'abord et avant tout*. [En ligne], 15 p. [amq.ca/images/stories/documents/financement-a-lactivit.pdf].

Les guides d'enseignement remis lors de chirurgies d'un jour révèlent la multitude de consignes, de mises en garde, de contre-indications et de préparatifs que la personne doit suivre attentivement. Tant les directives pour gérer la douleur, retrouver la mobilité, prévenir les complications, que les modalités administratives exigent une compréhension et une attention soutenue de la part de l'individu.

Les besoins d'explications, les craintes et les questionnements peuvent s'exprimer tout au long du processus et nécessiter de multiples interventions de la part du personnel soignant, notamment auprès des personnes plus vulnérables. Aussi, la qualité de l'enseignement, de l'écoute et du soutien contribue favorablement au rétablissement de l'utilisateur.

L'efficacité des chirurgies d'un jour ne peut pas se mesurer qu'à partir de leur coût de revient, car tant un volume élevé d'activités que la réduction de certains coûts de production peuvent compromettre la qualité globale des soins.

Pour la CSQ, la qualité des soins est directement liée à la qualité et à l'expertise de l'équipe professionnelle qui accompagne l'utilisateur ou l'utilisateur dans sa trajectoire de soins. Multiplier le nombre d'intervenants et de lieux d'intervention dans cette trajectoire de soins ne nous apparaît pas être la solution optimale pour la prise en charge du patient et l'intégration des soins.

Plutôt que de créer des conditions artificielles d'optimisation des chirurgies d'un jour en cliniques privées, au détriment de la prise en charge globale des patients, la CSQ revendique de meilleures conditions qui permettraient d'optimiser ces chirurgies en milieu hospitalier, où tous les acteurs du continuum de soins sont présents.

Un changement de culture s'impose!

Contrairement aux prétentions du ministre, la CSQ ne croit pas que la mise en concurrence des établissements, des équipes de soins ou des intervenants travaillant dans le secteur public améliorera globalement l'efficacité du système de santé, pas plus qu'elle ne croit qu'il est possible d'établir de manière uniforme les coûts associés aux divers parcours de soins.

Une telle approche comptable est lourde et coûteuse, et n'a pas démontré l'ensemble des bénéfices escomptés, bien au contraire. Si certaines études ont rapporté des améliorations certaines dans les secteurs prioritaires, cela s'est souvent fait au détriment des autres secteurs alors négligés. Aussi, il serait intéressant de savoir sur quelle étude probante le ministre appuie ses décisions stratégiques et pourquoi. Comme le mentionnait Médecins québécois pour le régime public,

« est-ce que l'objectif inavoué de cette réforme du financement serait plutôt de fournir une formidable étude de marché aux prestataires privés et aux assureurs? ».

Quoi qu'il en soit, pour la CSQ, l'implantation d'un tel modèle de financement dans un contexte de compressions budgétaires incessantes ne pourra se faire à moyen et à long terme qu'au détriment de la qualité et de l'accessibilité de plusieurs services dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Dans un tel contexte, que le ministre négocie des marges bénéficiaires au profit d'acteurs privés constitue un affront et une autre attaque à l'endroit de notre réseau public de la santé et des services sociaux. Les profits versés à certains professionnels et professionnelles déjà très bien rémunérés, détenant un statut d'entreprise privée leur permettant de profiter d'avantages fiscaux, autorisés à facturer certains frais aux usagères et usagers et, qui plus est, dont la prise de risques est plutôt limitée, apparaissent plutôt indécents. Rappelons que des compressions budgétaires sans précédent mettent en péril notre système public de santé et de services sociaux : plus d'un milliard deux cents millions de dollars au cours des deux dernières années auxquels s'ajouteront entre cinq cents et six cents millions de dollars additionnels en 2016-2017.

Selon André-Pierre Contandriopoulos, professeur à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, « les pouvoirs publics auraient intérêt à développer la collaboration, l'interdépendance et la confiance réciproque entre les professionnels ».

Pour offrir des services intégrés, sans rupture entre la prévention, les soins et les services sociaux, il faut implanter davantage de collaboration et cesser de placer les professionnelles et professionnels de la santé en situation de concurrence. Le partage des bonnes pratiques cliniques peut se réaliser dans un environnement de confiance, mais pas dans la crainte de perdre les ressources qui nous permettent d'exister.

Un changement de culture nécessaire qu'il faudrait au plus vite implanter dans le système de santé, voilà le vrai défi que le ministre devrait relever!

Annexe

Informations financières nécessaires afin de juger de la pertinence de l'inclusion au cout de revient :

- Les revenus provenant des sommes payées par une usagère ou un usager pour une fourniture de nature médicale ou autre;
- Les salaires versés par la clinique, comprenant l'ensemble des heures payées;
- Les immobilisations;
- L'amortissement;
- Les investissements;
- Les fournitures (incluant les fournitures médicales);
- Les autres charges directes;
- Les emprunts remboursés;
- Les marges de profits;
- Les services achetés ou loués par la clinique.

Catégorisation des couts directs :

- Dépenses en main-d'œuvre : salaires, primes, avantages sociaux généraux, avantages sociaux particuliers, charges sociales;
- Fournitures médicales : fournitures périssables ou jetables, de base, spécialisées, de laboratoires, médicales, chirurgicales, toutes prothèses ou tous implants ainsi que les frais de transport de ces fournitures;
- Médicaments.

Catégorisation des couts indirects :

- Frais administratifs : papeterie, impressions, articles de bureau, frais de déplacement, de séjour et d'inscription du personnel;
- Frais de soutien : gestion de l'information, entretien ménager, buanderie et lingerie, entretien des installations;
- Immobilier : location des locaux, rénovation ou amélioration majeure des locaux;
- Équipements : location d'équipements et achat d'équipements médicaux.



D12794
Avril 2016