



**Centrale des syndicats
du Québec**

**Centralisons
nos forces**

Projet expérimental visant à implanter le financement axé sur le patient : la grande illusion

Avis sur le projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient présenté à la ministre de la Santé et des Services sociaux

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Août 2019

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente près de 200 000 membres, dont plus de 125 000 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 des services éducatifs à la petite enfance, 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

Dans le libellé du projet expérimental¹, publié dans la *Gazette officielle du Québec* le 17 juillet dernier, nous apprenons que la ministre de la Santé et des Services sociaux souhaite :

- 1) Documenter, le plus précisément possible, les coûts de chaque service rendu aux usagers à l'aide des renseignements obtenus des établissements et des cliniques visés;
- 2) Normaliser les renseignements colligés par les établissements et les cliniques visés afin de permettre le meilleur calcul possible des coûts des services rendus aux usagers, ainsi que leur comparaison entre établissements;
- 3) Déterminer les coûts par parcours de soins et de services;
- 4) Développer des modèles d'analyse et de comparaison de ces coûts;
- 5) Procéder à des comparaisons intra et interétablissements afin d'établir les meilleures pratiques en vue d'améliorer la performance, l'efficacité et l'efficacité des pratiques cliniques et administratives en place;
- 6) Développer de nouveaux modèles de financement conformes au financement axé sur le patient, basés sur les résultats de coûts obtenus.

Plus de 500 installations de santé et de services sociaux², assurant des services dans plus de 80 types de centres, sous-centres et sous-sous-centres d'activités³, sont visés par le projet expérimental, de même que les trois cliniques privées participant au projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie, démarré en mai 2016.

¹ « Projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient » (2019). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, [En ligne], 151^e année, n^o 29 (17 juillet), p. 2889-2901. [publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=71009.pdf&fbclid=IwAR15q6HsExqma5tB_FJ35NDYaCmFKiKNNF-fkmLI7QvOAnpNnugGZHcWOuo].

² Le projet vise les services rendus par les établissements pour leur mission de centre local de services communautaires (CLSC), de centre hospitalier (CH) et de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (article 1), soit environ 300 CLSC, 110 CH et 120 CHSLD, selon le répertoire santé du Québec :

INDEX SANTÉ [s. d.] *Le répertoire Index Santé*, [En ligne]. [indexsante.ca].

³ Par exemple : biologie médicale, endoscopie, imagerie médicale, pharmacie, oncologie, dialyse, etc. (article 3).

Outre les milliers d'informations que les établissements doivent déjà transmettre à la ministre⁴, près d'une centaine de nouvelles données devraient désormais être comptabilisées pour l'ensemble des services donnés.

Concrètement, ce projet, rappelons-le, expérimental, vise à permettre à la ministre :

- De mesurer la consommation de soins et de services par usagère ou usager, soit l'**intégralité** des volumes de services rendus pour chaque parcours de soins et de services (article 3). Le coût de revient par usagère ou usager qui sera établi⁵ tiendra compte de quatre facteurs importants (épisode de soins par numéro de dossier d'usagère ou d'usager, identification des activités, données cliniques et données financières⁶);
- De faire l'évaluation des parcours dans les établissements et de comparer les pratiques cliniques et administratives entre ces derniers, et leurs répercussions sur les coûts (coûts de chaque parcours de soins et de services, détaillés par centre ou sous-centre d'activités, puis par service dispensé et fourniture utilisée, le cas échéant). Le détail des coûts des services qui sera établi pour l'ensemble des parcours de soins et de services détaillera les coûts par secteurs (administration, finances, ressources humaines, etc.). Plus de 30 secteurs sont identifiés dans le document (annexe 2, étape 7 de la méthodologie du coût de revient).
- De réformer globalement le modèle de financement du système de santé et de services sociaux.

Le projet expérimental lie les établissements publics, la ministre, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et la société PowerSolutions Santé Canada inc. qui a obtenu un contrat de 44 millions sur 3 ans pour développer et déployer un logiciel permettant d'établir le coût par parcours de soins et de services.

Le projet prendra fin au plus tard le 1^{er} septembre 2022, soit juste avant les prochaines élections provinciales.

⁴ En vertu du Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux (plus de 150 nouvelles données à saisir ont été ajoutées dans la dernière version du règlement, édictée le 17 juillet dernier).

⁵ Voir l'annexe I – Méthodologie du coût de revient.

⁶ Les coûts directs (dépenses de main-d'œuvre, fournitures, instruments, fournitures médicales et chirurgicales, etc.) et indirects (frais administratifs, frais de soutien, tels la gestion de l'information et l'entretien des installations, et les dépenses immobilières).

1. La réforme insensée se poursuit!

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (projet de loi n° 10) a été la première étape de la vaste réforme du système public de santé et de services sociaux entreprise par le précédent gouvernement. La révision des modalités d'accès aux services médicaux (projet de loi n° 20) et l'implantation d'un nouveau mode de financement des établissements de santé au Québec (financement axé sur le patient) devaient en constituer les autres volets.

Cette grande transformation du réseau visait, semble-t-il, 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'efficience du réseau de la santé et des services sociaux. Or, la hausse du nombre de plaintes et de signalements, l'augmentation du nombre d'incidents et d'accidents, de même que les difficultés organisationnelles croissantes démontrent plutôt une détérioration dans l'accès et la qualité des services. Au lieu de poursuivre aveuglément cette réforme insensée, nous croyons qu'un moment de réflexion s'impose et que le présent gouvernement doit faire preuve de sagesse.

Aussi, compte tenu de l'ampleur des changements escomptés, de l'importance des ressources à investir et, surtout, des conséquences que cette réforme du mode de financement aurait sur le réseau de la santé et des services sociaux, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et l'ensemble de ses affiliés ne peuvent d'aucune façon cautionner le présent projet.

Prétendre à un projet expérimental, alors qu'il s'agit en fait d'une tentative d'imposer un nouveau paradigme dans la gestion du réseau de la santé, en évitant la réflexion et le débat publics (consultations en été) et, surtout, omettre de considérer les impacts prévisibles sur la prestation des soins, mais également sur l'organisation du travail, et ce, dans un contexte de pénurie et d'épuisement professionnel pourtant reconnu par le gouvernement, nous apparaît malhonnête.

En raison des nombreux enjeux fondamentaux qu'elle soulève, la réforme du mode de financement des établissements de santé du Québec doit faire l'objet d'une vaste consultation publique.

2. Notre position quant au financement axé sur le patient

Lors d'un conseil général tenu en mai 2016, les affiliés de notre Centrale ont rejeté unanimement la mise en œuvre du financement axé sur le patient, comme proposé

alors par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et inspiré du rapport⁷ du groupe d'experts cité dans le présent projet.

Notre opposition ferme à ce mode de financement s'appuie sur une analyse des différentes initiatives réalisées ailleurs dans le monde, dont plusieurs ont été recensées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)⁸.

En fait, de nombreuses préoccupations à l'égard du financement axé sur le patient nous interpellent depuis longtemps. Elles ont fait l'objet d'un travail de réflexion sérieux au sein de nos rangs. Nous croyons pertinent de vous les rappeler brièvement et nous vous invitons à prendre connaissance des documents joints^{9 10 11 12} à cet avis.

2.1 Les enjeux qui nous interpellent

2.1.1 La complexité et la lourdeur administrative

La classification et la codification des épisodes de soins constituent la pierre angulaire de tout système de financement axé sur le patient. Elles permettent la

⁷ 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], 192 p [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

⁸ 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], 87 p. [inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf].

⁹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Les enjeux du financement axé sur les patients*, 21 p., A1314-CG-065. [Document déposé au Conseil général des 21, 22 et 23 mai 2014].

¹⁰ 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*, A1516-CG-044. [Document déposé au Conseil général des 18, 19 et 20 mai 2016].

¹¹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Un projet expérimental de comparaison des coûts 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 coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie*, Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 17 p., D12794. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12794.pdf].

¹² CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC. FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (2018). *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, [En ligne] (avril), 18 p. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2017-2018/D13088.pdf].

fixation des tarifs et, *de facto*, le choix des mécanismes de remboursement. Or, les systèmes de classification et de tarification s'avèrent très complexes.

Dans les systèmes de classification actuels, le nombre de groupes de patientes et patients est très variable d'un pays à l'autre, soit de quelques centaines à plusieurs milliers. Dans certains cas, ces groupes se déclinent en plusieurs niveaux de sévérité.

En réalité, peu importe les modèles de classification retenus, le financement axé sur le patient impose la transcription des actes médicaux (et autres en ce qui a trait au projet actuel) 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 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 révisés. En effet, tant le coût des technologies médicales et des pratiques cliniques, que l'organisation des services et des équipes de soins qui influe directement sur la masse salariale, par exemple, nécessiteraient des ajustements constants. Cette approche nous apparaît inefficace, voire insoutenable. Une telle vision nous enferme dans un processus de microgestion croissante qui nous coûtera de plus en plus cher et qui nous éloigne d'une approche globale et préventive en matière de santé.

2.1.2 Les coûts de gestion importants

Comme en fait foi l'ampleur du projet expérimental présenté par le gouvernement, la gestion efficace d'un système de financement axé sur le patient 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. De plus, diverses mesures de contrôle doivent être instaurées afin de garantir le respect des règles de codage et de facturation, l'exactitude des informations médicoadministratives produites et la conformité du système aux normes et aux législations existantes.

En fait, pour réaliser une telle réforme du mode de financement, le support informationnel doit être fiable, hautement sécuritaire, interopérable, conçu et développé spécifiquement pour réaliser toutes les opérations d'enregistrement, d'extraction et d'archivage des données sous toutes leurs formes et toutes leurs déclinaisons.

Déjà en 2014, le groupe d'experts proposait un vaste chantier sur la refonte des ressources informationnelles et l'adoption d'une stratégie d'investissement qui

permettraient de doter le Québec des structures informationnelles nécessaires pour réussir l'implantation du financement axé sur le patient.

Or, 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; des milliards de dollars seront investis d'ici 2028¹³. L'informatisation des données de santé semble devenue un gouffre économique sans fond coûtant 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.

2.1.3 Les pratiques indésirables potentielles et la qualité des soins

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.

¹³ QUÉBEC. MINISTÈRE DES FINANCES (2018). *Le plan économique du Québec*, [En ligne], section A37 (mars). [budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/PlanEconometique_18-19.pdf].

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 soulevés.

Déjà en 2015, les effets négatifs de la réforme du mode de financement des établissements s'observaient en oncologie.

Un coût moyen par traitement en radio-oncologie, basé sur la moyenne des coûts du réseau, a été établi et présenté comme une mesure d'optimisation. Les établissements dont les coûts dépassaient ce montant ont vu leur financement diminuer. Or, les établissements concernés auraient souhaité que le MSSS tienne compte de la complexité relative des cas pour ajuster le financement sur la base des besoins des patientes et patients. Certains hôpitaux souhaitant boucler leur budget envisageaient même de revenir à des traitements moins raffinés, avec plus d'effets secondaires, mais moins coûteux¹⁴.

2.1.4 La protection des renseignements personnels

Le gouvernement l'a reconnu lui-même, la collecte exhaustive de données requise par l'instauration d'un système de financement axé sur le patient¹⁵ nécessiterait des ajustements au cadre légal en matière d'accès à l'information. Dans leur rapport, les experts faisaient explicitement référence aux règles de la Commission d'accès à l'information du Québec et à la protection des renseignements personnels visant à protéger la confidentialité des informations privées, et aux contraintes mises en place par le MSSS pour baliser davantage l'accès à l'information¹⁶.

Ces experts recommandent « d'apporter les changements nécessaires au cadre juridique pour accroître la capacité de recueillir des données plus rapidement et pour faciliter le jumelage des données cliniques¹⁷ ».

¹⁴ LACOURSIÈRE, Arianne (2015). « Financement à l'activité : Québec tente l'expérience en radio-oncologie », *La Presse*, [En ligne] (5 juin) [lapresse.ca/actualites/sante/201506/04/01-4875448-financement-a-lactivite-quebec-tente-lexperience-en-radio-oncologie.php].

¹⁵ Notamment pour procéder aux croisements des données cliniques et financières requises pour la construction d'une structure tarifaire.

¹⁶ 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], p. 67. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

¹⁷ 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], p. 148. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

Rappelons que les travaux officiels visant la révision et la modernisation de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels sont toujours attendus et que cet enjeu suscite toujours de vifs débats.

Bien que la ministre ait prévu de mettre en place « un ensemble de mesures et de mécanismes de sécurité visant à assurer l'intégrité et la confidentialité des renseignements qu'elle obtient dans le cadre du projet expérimental » et qu'elle dise vouloir « s'assurer du fonctionnement adéquat de ces mécanismes » (article 13), le fait de confier la sécurité du système d'information provincial des coûts par parcours de soins et de services (SI-CPSS) et le développement du portail provincial à une firme privée (article 22) est loin de nous rassurer.

À l'instar de nombreuses organisations québécoises, nous croyons que sans un renforcement des lois et une réglementation plus stricte du secteur privé, notre système de santé québécois est vulnérable à une fuite de données comme celle survenue chez Desjardins. Des brèches dans la protection des informations médicales très sensibles pourraient causer des préjudices majeurs pour la population québécoise. Les experts en cybercriminalité nous rappellent régulièrement les menaces et les attaques informatiques qui touchent de plus en plus fréquemment nos réseaux publics¹⁸.

2.1.5 Les impacts néfastes sur les travailleuses et travailleurs du secteur de la santé

La budgétisation axée sur les résultats implique une culture managériale où l'évaluation des services rendus, des résultats obtenus et des coûts assumés est prioritaire. Les systèmes d'information doivent pouvoir rendre compte des résultats sur la santé des patientes et patients, de la performance par rapport aux indicateurs ou de la conformité par rapport aux meilleures pratiques. La mise en place de processus rigoureux d'évaluation continue et de rétroaction est recommandée.

En 2014, le groupe d'experts préconisait un nouveau concept d'imputabilité médicale intégrant les défis administratifs et organisationnels. « Les cliniciens doivent reconnaître la réalité des limites financières, ce qui met l'accent sur la responsabilité éthique de s'assurer que les ressources sont utilisées judicieusement¹⁹ ». Selon les experts, cette approche fait valoir le rôle positif des pratiques de gestion et d'organisation sur le développement des pratiques professionnelles.

¹⁸ LACHANCE, Nicolas (2018). « Les menaces informatiques explosent au Québec », *TVA Nouvelles*, [En ligne] (20 novembre). [tvanouvelles.ca/2018/11/20/les-menaces-informatiques-explosent-au-quebec-1].

¹⁹ 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], p. 165. [groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf].

Une telle approche de contrôle des coûts inspirée du secteur privé est tout à fait inappropriée lorsqu'il est question d'assurer une offre de soins intégrés de qualité, dans une perspective globale et préventive.

Or, comme présenté, le financement axé sur le patient met l'accent sur la productivité (volume de services), la standardisation des interventions et les mesures de reddition de comptes se manifestant par des microcontrôles, une augmentation des indicateurs quantitatifs et des procédés normatifs, sans égard à la qualité d'exercice du travail ni au respect de l'autonomie professionnelle et du jugement clinique du personnel.

Selon notre analyse et notre compréhension des enjeux, parce qu'il accentuerait la pression au nom de la performance et entraînerait une diminution du temps consacré aux patientes et patients, ce mode de gestion amplifiera la perte de sens au travail, la surcharge, l'épuisement professionnel, le désengagement, les congés pour invalidité et, ultimement, il contribuera à accroître les problématiques de pénurie organisationnelle qui éprouvent déjà durement notre réseau de la santé et des services sociaux.

2.2 Un projet irréaliste et contraire à l'intérêt public

Les conclusions de notre avis²⁰ sur le premier projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie présenté par l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, et intégré aujourd'hui au nouveau projet expérimental, étaient sans équivoque :

- La CSQ ne croit pas que la mise en concurrence des établissements, des équipes de soins ou des intervenantes et 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;
- Cette approche comptable lourde et coûteuse 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;

²⁰ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Un projet expérimental de comparaison des coûts 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 coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie*, Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 17 p., D12794. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12794.pdf].

- 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, la négociation de 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 [...] et qui plus est, dont la prise de risques est plutôt limitée, apparaissent plutôt indécents;
- 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.

Notre critique de ce premier projet expérimental se résumait en une simple question dont la réponse était somme toute évidente.

Comment le ministre peut-il espérer obtenir des données concluantes en réalisant le projet pilote dans des cliniques privées, des environnements – comme il le dit lui-même – très fermés, petits et contrôlés, et en appliquer les conclusions aux établissements publics qui sont des milieux ouverts, vastes et cumulant de multiples responsabilités, notamment la prise en charge et le suivi de patients présentant plusieurs problèmes sociaux et de santé²¹?

Le recours au secteur privé est loin d'être une panacée. Bien que le ministre Barrette affirmait qu'avec l'implantation du financement axé sur le patient, des centaines de millions de dollars pourraient être économisés chaque année²², ce premier projet pilote impliquant trois cliniques privées a rencontré de nombreux ratés.

À l'été 2016, la clinique de Chirurgie DIX30, à cette époque la seule clinique opérationnelle sur les trois ciblées, a reçu deux mises en demeure et une requête

²¹ GOULET, Lise (2016). « Projet pilote de financement à l'activité – irréaliste, biaisé et contraire à l'intérêt public », *Nouvelles CSQ*, (été), [En ligne]. [lacsq.org/publications/nouvelles-csq/ete-2016/optimisee-mobile/single/news/projet-pilote-de-financement-a-lactivite-irrealiste-biaise-et-contraire-a-linteret-p/].

²² BARRETTE, Gaétan (2016). *Le financement axé sur le patient*, Conférence de presse de M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, [En ligne], Québec, Assemblée nationale (23 février). [www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-28297.html].

visant à la forcer à acquitter ses loyers impayés. Une équipe ministérielle est même intervenue afin de s'assurer que le nombre de chirurgies réalisées puisse augmenter rapidement.

Le projet qui a été prolongé d'une année, soit jusqu'en mai 2020, aurait permis à 50 000 personnes qui attendaient depuis plus de 6 mois dans le réseau public d'être opérées plus rapidement! Mais, à quels coûts? Et, surtout, avec quels impacts sur les établissements publics?

Onze établissements publics **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.

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 silence²³.

La décision d'inclure ce premier projet pilote en cours, et qui plus est, dont l'évaluation n'a pas été réalisée, dans un deuxième projet expérimental de plus grande envergure, nous semble insensée.

En somme, plus globalement, nous aimerions savoir sur quelles études probantes la ministre appuie sa décision d'implanter largement le financement axé sur le patient dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, alors que d'autres pays qui l'ont expérimenté ont décidé de reculer²⁴.

2.3 Plusieurs questions sans réponses

Selon notre analyse, vouloir établir précisément les coûts par parcours de soins et de services (coût de revient par usagère ou usager) serait une entreprise hasardeuse qui ne pourra jamais rendre compte de la complexité et de la multitude de situations vécues et, pire, qui pourrait occulter de nombreux besoins.

En fait, plusieurs questions fondamentales demeurent, selon nous, sans réponses. Parmi celles-ci :

²³ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Un projet expérimental de comparaison des coûts 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 coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie*, Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (avril), 17 p., D12794. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12794.pdf].

²⁴ « Hôpital : la tarification à l'activité, un mode de financement décrié », *La Croix*, [En ligne] (16 septembre 2018). [la-croix.com/France/Hopital-tarification-activite-mode-financement-decrie-2018-09-16-1300969075].

- Comment les parcours de soins et de services seraient-ils définis adéquatement, par exemple, dans un contexte de comorbidité impliquant une intervention clinique multidisciplinaire?

Le cheminement de l'usagère ou l'utilisateur est divisé en différentes étapes reflétant la réalité propre à chaque établissement. Il y a donc un « début » à cette trajectoire et une « fin » (annexe 2).

- Comment les services et les soins seraient-ils codifiés, par exemple, pour tenir compte d'une approche globale et préventive?

Plusieurs gestes invisibles (non comptabilisés dans les systèmes) pourraient ne jamais être reconnus, donc rémunérés, par une telle approche comptable (rassurer une patiente ou un patient, diriger une personne proche, expliquer une procédure, aider une ou un collègue, etc.).

- Quelle serait la période de référence, c'est-à-dire la durée d'une trajectoire de soins et de services quand on souffre de maladie chronique ou que l'on cumule divers problèmes sociaux?
- En quoi le chronométrage des activités contribue-t-il réellement à la quête d'efficacité, notamment économique?

Actuellement, la trajectoire de soins à l'urgence compte près d'une vingtaine d'étapes²⁵ qui doivent faire l'objet d'un chronométrage et d'une collecte d'informations détaillées. Les dates, les heures, les minutes et les secondes doivent être inscrites au dossier de l'usagère ou l'utilisateur²⁶.

- Pourquoi exclure d'emblée les déboursés liés à la rémunération médicale du calcul du coût de revient par usagère ou utilisateur (annexe 2, A – Principe du coût de revient)?

Si 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, il serait logique et plus responsable de considérer

²⁵ 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, 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'usagère ou l'utilisateur à la zone d'évaluation rapide, fin de la dernière période d'occupation d'un fauteuil par l'usagère ou l'utilisateur à la zone d'évaluation rapide, demande d'examen diagnostique, début de l'examen diagnostique.

²⁶ QUÉBEC (2019). Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2,%20r.%2023/].

également la rémunération des services médicaux qui s'élève à près de huit milliards de dollars annuellement.

Tous les objectifs de cette quête exponentielle de renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services nous sont-ils révélés? Nous en doutons...

Peu importe, le principe que nous défendons demeure le même : tout modèle de financement des établissements de santé doit favoriser, réellement, le partage des expertises et la collaboration entre les professionnelles et professionnels ainsi qu'entre les établissements.

Aucun mode de financement des établissements de santé ne doit introduire une vision mercantile des soins, contribuer à la création d'un nouveau marché des services de santé et mettre les établissements en concurrence.

Si une saine émulation dans un esprit de coopération peut apporter certains effets positifs, la marge qui nous ferait tomber vers une concurrence malsaine est bien mince. Elle entrainerait tôt ou tard un nivellement par le bas de la qualité des soins, ce qui est contraire à l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

C'est pourquoi 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 de santé et de services sociaux.

3. Le point de rupture

Est-il nécessaire de rappeler que le personnel de la santé souffre chaque jour de l'effet des réformes incessantes sur ses 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) s'est 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'enquête et un nouveau phénomène d'autodénonciation auprès du syndicat, reliés à la qualité des

soins, l'OIIQ réclame depuis plusieurs mois la mise en œuvre immédiate de conditions d'exercice sécuritaires²⁷.

Le dépôt du présent projet expérimental de grande envergure, imposant de nouvelles saisies administratives, déjà pourtant très nombreuses et souvent problématiques²⁸, en situation de crise et malgré le fait que le gouvernement reconnaisse la lourdeur de la tâche du personnel de la santé 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.

Conclusion

La CSQ et l'ensemble de ses affiliés s'opposent fermement à l'implantation du financement axé sur le patient dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, comme préconisé dans le présent projet expérimental.

Ce mode de financement des établissements de santé est irréaliste et insensé à plusieurs égards. Prétendre pouvoir établir le coût de revient par usagère ou usager pour chacun des services reçus, et pour tous les parcours de soins, et ce, dans un environnement scientifique, clinique, social, territorial et organisationnel en constante mutation, nous semble aberrant.

Le gouvernement doit sortir de sa logique d'efficience, contreperformante.

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 s'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

²⁷ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2018). *L'OIIQ s'inquiète de la sécurité des soins infirmiers*, (26 février). Repéré au oiiq.org/l-oiiq-s-inquiete-de-la-securite-des-soins-infirmiers.

²⁸ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC. FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (2018). *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, [En ligne] (avril), 18 p. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2017-2018/D13088.pdf].

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

Bref, nous croyons qu'un changement de vision s'impose, plus qu'un nouveau modèle de financement des établissements de santé. Voilà le vrai défi que la ministre doit relever!

Recommandations

Attendu que le présent projet expérimental vise ultimement l'implantation à grande échelle du financement axé sur le patient dans le réseau de la santé et des services sociaux;

Attendu que le financement axé sur patient soulève de nombreuses préoccupations et difficultés : complexité et lourdeur administrative, coûts de gestion très importants, pratiques indésirables, risques de nivellement par le bas de la qualité des soins, protection des renseignements personnels, augmentation de la pression et de la surcharge de travail sur le personnel de la santé;

Attendu que le premier projet expérimental de comparaison des coûts n'a toujours pas été évalué;

Attendu les nombreuses questions toujours sans réponse;

Attendu que l'implantation du financement axé sur le patient impose la quête exponentielle de renseignements clinico-administratifs qui entraîne une surcharge de travail croissante pour le personnel de la santé;

Attendu la situation de crise qui prévaut dans le réseau de la santé et le fait que le gouvernement reconnaisse la lourdeur de la tâche du personnel et la nécessité de revoir certains éléments de l'organisation du travail;

Attendu que 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;

Attendu que certains pays qui ont expérimenté ce mode de financement le remettent en question;

Attendu que le financement axé sur le patient nous éloigne d'une approche globale et préventive en matière de santé et est donc contraire à l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- De ne pas aller de l'avant avec la mise en œuvre du projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient;

- De faire l'évaluation complète du premier projet expérimental, le projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et autres procédures sous scopie, et de rendre public l'ensemble des résultats et des conclusions;
- De ne pas implanter largement le financement à l'activité et le financement axé sur le patient dans le système de santé québécois;
- De mener une vaste consultation publique sur la nécessité de réformer globalement le mode de financement des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Annexe I

Méthodologie du coût de revient

Étapes²⁹ pour l'établissement du coût de revient

Étape 1 : cheminement de l'utilisateur pour un épisode de soins

Cette étape consiste à cerner l'ensemble des activités ou dépenses engendrées par l'utilisateur. Cette trajectoire comporte plusieurs étapes. Le cheminement de l'utilisateur est divisé en différentes étapes reflétant la réalité propre à chaque établissement. Il y a donc un « début » à cette trajectoire et une « fin ». Pour chacune des activités, il faut définir les fournitures et dépenses directement liées à l'épisode de soins.

Étape 2 : définition de l'ensemble des coûts

Cette étape permet de définir l'ensemble des coûts à prendre en considération dans le calcul du coût de revient. Les coûts directs comprennent tout ce qui se rapporte aux activités et dépenses qui se produisent durant l'épisode de soins. Les coûts indirects sont les coûts qui se rapportent aux éléments suivants : les équipements; les immobilisations; les coûts directs liés à l'administration et au soutien.

Étape 3 : cuillette d'information clinique et financière selon ce qui a été défini aux deux étapes précédentes

Étape 4 : calcul des coûts unitaires pour chacune des activités

Ventilation des salaires par activité et par titre d'emploi à travers le système; identification des indicateurs de coût pour chacune des activités; calcul du coût unitaire par activité. Cette étape consiste à diviser les salaires totaux d'une activité par l'unité de mesure correspondante.

Étape 5 : calcul du coût unitaire de chaque activité par usager

Il s'agit de multiplier la consommation de chaque activité générée par l'utilisateur (ou la quantité de chaque générateur) par son coût unitaire.

Étape 6 : calcul du coût total par usager

²⁹ « Projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient » (2019). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, [En ligne], 151^e année, n^o 29 (17 juillet), p. 2889-2901.

Cette étape consiste en la sommation du coût de toutes les activités réunies. Une fois le coût total obtenu, on ajoute le coût des fournitures identifiées en fonction du numéro du type de service.

Étape 7 : comparaison des coûts obtenus afin de valider le calcul et de s'assurer de la pertinence des hypothèses et des coûts inclus dans le calcul

Le détail des coûts des services qui sera établi pour l'ensemble des parcours de soins et de services détaillera les coûts par secteurs, établis selon la charte comptable des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Parmi ces secteurs, on compte notamment : administration; finances; ressources humaines; ressources informationnelles; communications; service d'urgence; approvisionnement; salle de réveil; salle d'opération et salle de réveil combinées; buanderie et lingerie; unité de soins infirmiers en gériatrie; unité de soins palliatifs en centre hospitalier; unité de soins de longue durée en centre hospitalier; unité d'hôtellerie hospitalière; hémato-oncologie externe; unité de dialyse rénale; endoscopie; électrophysiologie et hémodynamie interventionnelle; médecine de jour; hôpital de jour; cliniques externes; services d'alimentation des usagers; gestion des soins aux usagers hospitalisés; ressources médicales, soins infirmiers aux usagers hospitalisés; unité de soins en médecine; unité de soins en chirurgie; unité de soins médicaux et chirurgicaux combinée; unité de soins intensifs; unité de soins en obstétrique; radio-oncologie.

Ce détail est essentiel pour faire l'évaluation de la qualité des données, l'étalonnage et l'élaboration.

