

Allocution de la
D^{re} Wendy Thomson
Présidente du Groupe d'experts
pour un financement axé sur les patients

au colloque international
« Repenser l'hôpital et les soins de demain »

Montréal
Le 11 juin 2013

LA VERSION LUE FAIT FOI

Je remercie les organisateurs de ce colloque de m'avoir invitée à présenter les travaux du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients(FAP). C'est une excellente occasion d'échanger avec un auditoire de cette qualité, riche de son expérience des soins de santé.

Plusieurs idées innovantes et porteuses ont déjà été soulevées dans le cadre de ce colloque : la métamorphose qui peut être attendue des trois moteurs de changements que sont les gens vivant avec des maladies chroniques, les technologies de l'information et les nouveaux modèles économiques, en lien non seulement avec les coûts mais aussi avec la valeur créée par les soins de santé.

Le Québec : deux visions

Cette conférence, qui se consacre sur ce que pourrait être une politique de santé radicalement différente, amène le Québec à se pencher sur deux visions. Nos idées et nos ambitions s'harmonisent avec les plus récentes pratiques et réflexions dans le monde; nous reconnaissons les défis que représentent les maladies chroniques, les technologies de l'information et l'évolution des attentes du public.

Parallèlement, nous sommes attachés à notre système de santé actuel, qui a été fondé à la fin des années 1960 sur la base de valeurs que nous avons toujours à cœur. Néanmoins, cet héritage porte avec lui certains aspects en porte-à-faux avec l'avenir – comme les « services médicalement nécessaires » tels les soins aigus centrés sur les hôpitaux et les budgets alloués aux établissements sur une base globale et historique.

Ce sont là des aspects difficilement conciliables avec l'avenir dont il est question à ce colloque. Le grand défi auquel notre système de santé fait face est le défi du changement. Comment susciter des changements positifs qui répondent aux défis à relever abordés ici, tout en garantissant au public la protection des valeurs clés qui sont au cœur de notre système de santé?

J'irai plus loin en disant que c'est en accélérant le rythme du changement que nous protégerons le mieux les principes fondamentaux d'équité et de solidarité qui forment l'esprit même des soins de santé québécois.

Le groupe d'experts

Ainsi, le groupe qu'on m'a demandé de présider se penche sur les deux visions. Il a le mandat de faire des recommandations sur la manière dont le Québec peut introduire le financement à l'activité (FAA) dans les soins de santé – maintenant et à plus long terme. Sur cet aspect du mandat, nous sommes plongés dans les défis opérationnels que les professionnels et gestionnaires de la santé vivent quotidiennement.

Mais notre mandat implique aussi que nous nous penchions sur les moyens de parvenir à un financement davantage centré sur le patient. Sur cette question, il faut reconnaître que l'avenir ne repose pas sur l'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui et l'avons connu par le passé. À mesure que les soins aigus cessent d'occuper une place centrale dans nos soins de santé, il devient

nécessaire d'élaborer des approches financières qui vont au-delà des murs du bloc opératoire et même de l'hôpital, des approches qui soutiennent les patients à domicile.

Avec les deux autres membres du groupe, Pierre Shedleur et Roger Paquet, nous poursuivons ce mandat : examiner la façon dont les nouveaux modèles financiers peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins de santé au Québec. À court terme, cela implique de s'attaquer aux problèmes de l'accès aux soins de santé, de la qualité incertaine des soins et de la variation des coûts. Dans un proche avenir, nous devons améliorer l'intégration des services et la qualité des soins et répondre à la demande d'un nombre croissant de personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques.

Nos réunions mettent à contribution plusieurs acteurs du réseau de la santé : l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), des établissements de santé, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), des groupes de patients, des syndicats, divers organismes et d'autres intervenants. Nous avons formé deux sous-comités : 1) un comité de la gestion de l'information; 2) un comité consultatif qui joue le rôle de groupe de rétroaction pour l'élaboration de nos questions et de nos propositions. Notre travail se conclura par le dépôt d'un rapport aux ministres de la Santé et des Services sociaux et des Finances et de l'Économie à l'automne 2013.

Une idée qui a des précédents

Les arguments pour un détachement des budgets globaux ont été articulés non seulement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais aussi dans plusieurs rapports québécois d'influence.

Il y a plus de 10 ans, le rapport Bédard concluait que les budgets globaux n'étaient plus à même de répondre aux besoins, et que « l'objectif est de passer d'un financement organisationnel global à un financement plus ciblé de la production hospitalière. À la gestion des ressources pourra également se greffer une gestion de la pratique médicale¹. »

De manière similaire, le rapport Clair affirme : « Il faudra résolument adopter une culture de l'excellence basée sur la mesure de la performance. Tous les pays disposant de systèmes à financement public, en Europe et ailleurs, se sont tournés résolument vers de nouvelles stratégies qui incitent à performer et à mesurer les résultats. Nous devons faire de même². »

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers* (Rapport Bédard), [en ligne], p. 4, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/988078f1a78f4eb485256b95006a3910?OpenDocument> [consulté le 11 juin 2013].

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations* (Rapport Clair), [en ligne], p. 137, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/6c397fad530bc545852569d6006ef6ef?OpenDocument> [consulté le 11 juin 2013].

Le Dr Philippe Couillard, qui, en tant que ministre, a mis en place plusieurs des recommandations du rapport Clair, a ouvertement dit : « [Le FAA] sera la prochaine évolution³. »

Diane Lavallée, la directrice générale de l'AQESSS, a dit : « Pour nous, la mise en place d'un mode d'allocation basé sur le FAP permettrait de réduire les iniquités, de favoriser la transparence et d'accroître l'accès aux services⁴. »

Il y a plus de dix ans maintenant que l'on réclame le financement à l'activité dans notre système de santé. Plusieurs sont d'avis que sa mise en action n'a que trop tardé, qu'il est grand temps que nous payions pour les services et les résultats que nous voulons.

La majorité des autres pays a déjà entrepris cette démarche. Plusieurs systèmes de santé similaires à celui du Québec ont adopté le FAA – nous pouvons nous inspirer de 30 ans d'expérience. Même si, de manière générale, le Canada a été lent à faire des changements, la Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Alberta sont en voie d'implanter le FAA – par l'intermédiaire de scénarios novateurs conçus pour améliorer l'accès et la qualité ainsi que récompenser la performance. Ces scénarios couvrent principalement la chirurgie et les admissions hospitalières, mais aussi les soins de longue durée en Alberta et le financement des services intégrés pour les personnes aux prises avec des maladies chroniques complexes, par les maillons santé en Ontario.

Le contexte de notre point de départ

Présentement, le Québec finance ses soins de santé au moyen de budgets globaux déterminés pour une large part sur une base historique. Des premiers pas ont été faits vers un financement sur une base régionale avec une formule de financement populationnel. Il existe un système d'incitatifs relativement modestes pour financer l'augmentation marginale du volume de chirurgies basé sur des coûts moyens par cas. Par rapport aux réformes observables de par le monde, nous nous situons dans la partie la plus conservatrice du spectre. Nous avons l'ambition de faire de notre système de santé le meilleur au monde mais, jusqu'à présent, notre expérience dans le recours à la transparence et aux mécanismes de financement pour engendrer des changements est limitée. Ce profil nous distingue d'à peu près tous les autres systèmes de santé à financement public, qui en sont à leur deuxième ou troisième génération de réforme financière.

³ BOURGAULT-CÔTÉ, GUILLAUME. « Soins de santé – Couillard approuve le plan Legault sur le financement des hôpitaux », *Le Devoir*, 2 décembre 2011, [en ligne], <http://www.ledevoir.com/societe/sante/337423/soins-de-sante-couillard-approuve-le-plan-legault-sur-le-financement-des-hopitaux> [consulté le 11 juin 2013].

⁴ LAVALLÉE, Diane. Mode d'allocation du financement des établissements : une modernisation s'impose, 24 avril 2013, [en ligne], http://www.agesss.qc.ca/2522/Mode_d_allocation_du_financement_des_etablissements_une_modernisation_s_impose.agesss?postid=243 [consulté le 11 juin 2013].



Objectifs et stratégie

L'expérience du FAA démontre clairement l'importance de construire un système de financement en lien avec la stratégie et les objectifs poursuivis. Quels sont donc les principaux défis? Ceux-ci ne sont pas uniques au Québec.

Le manque de transparence

Malgré les nombreux rapports médiatiques et les sommaires de résultats, une lacune systématique dans la collecte et la publication des données fait du réseau de la santé québécois un réseau opaque. Ce fait peut surprendre les intervenants du système qui ont l'impression de passer une part disproportionnée de leur temps à remplir des formulaires statistiques. Les données de ce type traitent principalement d'activités et de volumes, mais elles disent peu en ce qui concerne la qualité des soins, les résultats, les coûts ou les trajectoires de soins entre les paliers du réseau. En conséquence, ce que l'on sait sur la performance du réseau est limité.

Les problèmes d'accès

- L'inégalité : malgré la priorité mise sur la réduction des listes d'attente, plus de 106 000 Québécois passent encore plus de six mois à attendre une chirurgie électorive⁵.
- Et le délai d'attente dépend aussi de l'endroit où l'on vit. Alors que dans la région de Chaudière-Appalaches, 5 % de la population attend plus de six mois, cette proportion monte à 22 % dans la région de Québec et à 32 % à Montréal.
- Le Commissaire à la santé et au bien-être rapporte les résultats d'une étude internationale menée par le Commonwealth Fund, où sont présentés des exemples de délais d'attente plus longs au Québec que dans d'autres pays⁶.

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. [en ligne], <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/SommaireAttente.asp>. [consulté le 11 juin 2013], [anglais seulement].

⁶ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. [en ligne], <http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=402> [consulté le 11 juin 2013].

Le point sur la qualité

- La sécurité des services hospitaliers suscite elle aussi certaines inquiétudes, qui découlent de problèmes comme les taux d'infections. Non seulement ces taux atteignent parfois des niveaux dangereux, mais ils représentent un risque variable en fonction du lieu de résidence des patients et de l'hôpital visité⁷.

Un rapport récent de l'Alliance canadienne pour des soins de santé durables a octroyé au système de santé québécois une note de « C » au niveau de sa performance, en grande partie à cause de problèmes d'accès et de centrage des soins sur le patient⁸. Ces deux problèmes peuvent être reliés aux budgets globaux, où le contrôle des coûts est la logique qui régit le système.

Le défi des maladies chroniques

Stratégiquement, le défi ne se limite pas aux pressions auxquelles font face les services actifs; il s'agit aussi de développer des services qui correspondent aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé de longue durée, mis en lumière dans le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie⁹. Les personnes qui vivent avec des maladies chroniques complexes représentent nos plus grands consommateurs de services de soins de santé.

Des services intégrés qui stimulent un engagement plus actif des patients à l'égard de leur propre santé constituent la clé du soutien aux personnes ayant des problèmes de long terme. Cette solution passe par des trajectoires de soins bien construites et respectées, un accès facile au point d'entrée, des soins de première ligne, des services diagnostiques et spécialisés, des soins à domicile et, selon les circonstances, des périodes en services de réhabilitation. Actuellement, le point d'entrée et de sortie de chacun de ces services est problématique. Plusieurs personnes butent sur des obstacles et font face à des délais d'attente entre les différentes ressources. Pendant ce temps, l'état de santé des patients se détériore.

Les pressions se font sentir dans tout le système. Il est urgent de renforcer les soins de première ligne et communautaires pendant que les patients attendent d'accéder à des services spécialisés et chirurgicaux. Comment réorienter le système lorsque la simple injection de fonds supplémentaires n'est pas une option?

Le financement à l'activité au Québec

Notre groupe d'experts est sensible à la fois aux défis immédiats d'une plus grande transparence, d'un meilleur accès et à des soins de qualité, ainsi qu'à la nécessité de proposer des façons d'utiliser

⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance Data on Clostridium difficile: Associated Diarrhea in Québec Hospitals*, [en ligne], http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-209-05A_no29.pdf [consulté le 11 juin 2013], [anglais seulement].

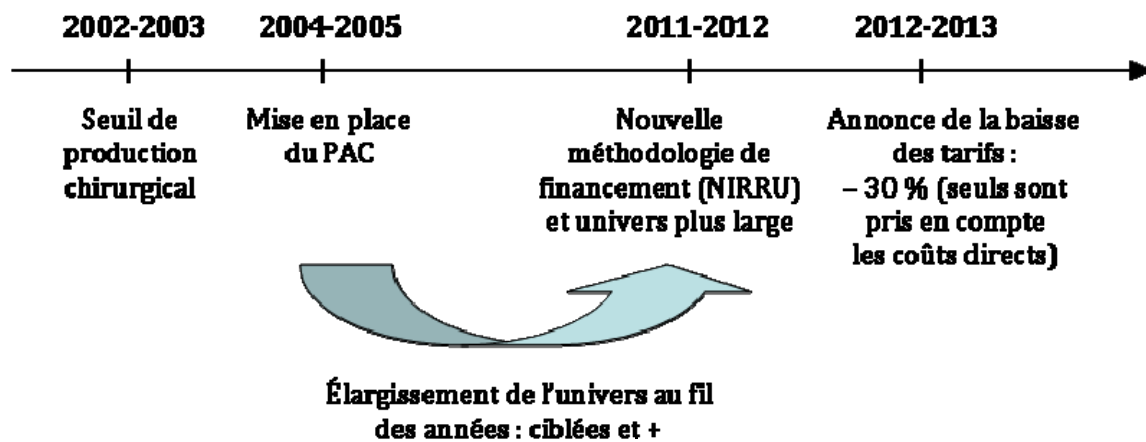
⁸ LE CONFERENCE BOARD DU CANADA. [en ligne], <http://www.conferenceboard.ca/francais/francais.aspx> [consulté le 11 juin 2013].

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'autonomie pour tous – Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, [en ligne], <http://www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf> [consulté le 11 juin 2013].

des leviers financiers pour améliorer la qualité des services et leur intégration dans l'ensemble du continuum de soins.

La chirurgie

Pour ce qui est des soins aigus, nous tirons des leçons du Programme d'accès à la chirurgie (PAC) implanté dans les hôpitaux du Québec en 2004-2005. Selon ce programme, les hôpitaux sont remboursés à l'activité pour les chirurgies additionnelles réalisées par rapport aux volumes de référence de 2002-2003.



À la suite de cette initiative, on a observé une croissance significative des chirurgies électives ciblées et une baisse du nombre de personnes en attente plus de six mois. Malheureusement, cette amélioration a eu un coût sans toutefois procurer davantage d'information sur la qualité.

Nous avons formé des groupes de discussion composés de personnes qui fournissent des services liés au PAC. Ces intervenants ont formulé des améliorations qu'ils aimeraient voir intégrées au programme. Selon eux, le système de paiement n'est pas transparent et ils ne disposent pas des systèmes d'information nécessaires au suivi de la performance et des paiements reçus. Ils ne croient pas être payés justement pour le travail rendu. Ils considèrent que trop peu de personnes dans les hôpitaux sont au courant de l'existence du programme et encore moins en comprennent bien les règles. De plus, le versement d'un tarif uniquement pour les chirurgies qui dépassent le seuil de référence ne constituerait pas un incitatif suffisant. Dans nos recommandations sur le prochain programme, nous tenterons de tenir compte de ces attentes.

La gestion du risque

Nous sommes également conscients des risques associés au FAA. Il est difficile de commencer à payer pour des services qui, jusqu'à maintenant, n'étaient rattachés à aucun coût. La plupart des juridictions qui l'ont fait se sont adaptés et améliorés avec le temps, et nul doute que ce sera notre cas aussi.

Certains risques connus sont associés à toutes les formes de systèmes financiers, comme c'est le cas pour les budgets globaux. L'instauration de tarifs devra donc inclure des pistes de solution pour les aspects suivants :

- le contrôle des coûts;
- les services médicaux non pertinents;
- le surcodage;
- la sélection des patients;
- la fragmentation des trajectoires de soins;
- le suivi des résultats plutôt que des intrants.

Plusieurs de ces risques sont présents dans notre système financier actuel, où les hôpitaux sont financés sans égard aux services rendus. Ce n'est pas suffisant. Nous devons faire un suivi de la qualité, par des indicateurs comme les taux de réadmission, de complication et de guérison et la fréquence des maladies. Nous devons assurer le suivi des coûts et des taux d'utilisation par rapport aux données historiques et à l'évaluation des besoins de la population. Le tarif doit être ajusté afin de garantir la qualité et les services désirés.

Des épisodes de soins plus longs et plus intégrés

Nous savons que, stratégiquement, nous devons nous donner les moyens de financer des épisodes de soins, en commençant par les soins pré- et postopératoires pour en arriver au financement de toute la trajectoire de soins. Certaines initiatives novatrices, actuellement en cours d'implantation, soutiennent les trajectoires des patients au moyen d'une approche de type FAA.

L'initiative « Year of Care » au Royaume-Uni permet d'apprendre comment le processus de soins peut être repensé et financé pour fournir une approche personnalisée, incluant du soutien à l'autogestion pour les personnes qui vivent des problèmes de santé chroniques. D'abord mise à l'essai en projet-pilote dans trois localités, cette approche est désormais étendue plus globalement. À la base, on y trouve : un examen systématique du profil de risque des populations; des équipes locales de soins intégrés qui incluent les soins sociaux, les services communautaires, des professionnels de la santé et les omnipraticiens; la maximisation du nombre de patients capables de s'autogérer grâce à un transfert systématique de connaissances; la planification des soins.

Il s'agit d'un modèle parmi plusieurs qui touchent le financement des soins de longue durée. Par exemple, à Valence, le modèle Alzira fournit des paiements capitalisés à un seul fournisseur de soins intégrés. Il existe d'autres exemples de modèles de contractualisation de soins capitalisés sur la base d'un profil ajusté au risque, notamment en Lombardie (le projet CREG, encore à l'étape du projet-pilote), aux Pays-Bas, ainsi qu'en Allemagne avec le projet Gesundes Kinzigtal (qui a instauré en 2007 des paiements capitalisés pour des épisodes de soins regroupés).

Plus près de chez nous, les actes médicaux fondés sur la qualité en Ontario financent les fournisseurs de soins de services sur la base du type et du nombre de traitements hospitaliers et en fonction de la complexité et de la qualité des soins offerts aux patients. Ce programme a débuté

avec quelques interventions (le remplacement de la hanche ou du genou, les chirurgies de la cataracte et le traitement de l'insuffisance rénale), mais il est prévu de l'étendre à six interventions additionnelles en 2013-2014, dont les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et la chimiothérapie. Au cours des trois prochaines années, la proportion des paiements sur les actes médicaux fondés sur la qualité devrait ainsi passer de 6 % à 30 %¹⁰.

Les préalables à l'instauration de ces changements

L'instauration réussie de ces changements passe par la mise en place de conditions qui ne sont pas encore toutes présentes :

- des systèmes informatiques et financiers;
- des objectifs et des tarifs transparents et bien communiqués;
- des ressources humaines informées et équipées;
- l'établissement de normes de qualité et de systèmes de suivi indépendants.

Ici encore, il faudra travailler à plusieurs niveaux, en évaluant ce qui peut être fait compte tenu des données et capacités existantes, et en recommandant les modifications nécessaires au système actuel pour nous permettre d'apporter des changements encore plus importants à notre système de santé d'ici quelques années.

La transparence

En planifiant et en implantant des approches financières propres à réduire les délais d'attente, en reconnaissant les meilleures pratiques pour améliorer la qualité, ou en intégrant les soins en payant pour des épisodes de soins toujours plus longs, nous augmenterons du même coup la transparence dans notre système de santé.

Nous en saurons davantage sur les services que les patients et l'ensemble des Québécois reçoivent en échange de l'argent investi.

Nous en saurons davantage sur la qualité des soins offerts et les résultats sur la santé obtenus.

Tous – cliniciens, patients et gestionnaires – disposeront d'une information orientée sur le patient qui leur permettra de prendre de bonnes décisions et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Conclusions

Le financement axé sur les patients ne sera pas implanté dans un grand « big-bang ». Nous ferons des recommandations qui porteront sur le court et le moyen terme. Le PAC, par exemple, est une base sur laquelle on peut tirer des leçons, identifier des zones d'amélioration possibles et faire des plans pour l'avenir.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. [en ligne], <http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/> [consulté le 11 juin 2013].

À mesure que progresseront les acquis découlant de l'expérience à l'échelle mondiale, le Québec pourra choisir sa façon d'implanter des modèles de financement aptes à soutenir la qualité et l'intégration de soins offerts sur la base de coûts efficaces. Les bons services, à la bonne place, au bon moment : voilà un objectif simple, qu'un financement plus ciblé aidera à concrétiser.

D^{re} Wendy Thomson, Université McGill
Présidente du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients