

**Comité consultatif du Groupe d'experts pour
un financement axé sur les patients**
Constats et principaux messages des rencontres
du 20 février et du 26 avril 2013

CONTEXTE

Le mandat du comité consultatif est d'associer les différents acteurs du réseau dans une démarche transparente de consultation, d'une part, sur les enjeux du financement axé sur les patients et, d'autre part, sur les secteurs d'activité à privilégier, sur le rythme d'implantation d'un nouveau modèle de financement, sur les facteurs de succès et autres sujets connexes.

Les membres du comité consultatif ont été sélectionnés pour représenter différents types d'établissements et de paliers (p. ex. : les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les établissements universitaires, les agences et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)) et différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (p. ex. : les directeurs d'établissements de santé, les gestionnaires du réseau de la santé et les médecins).

Une première rencontre du comité consultatif a eu lieu le 20 février 2013 dans les locaux de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Une deuxième rencontre a eu lieu le 26 avril 2013 au ministère de la Santé et des Services sociaux à Québec. Une troisième rencontre, qui portait sur le programme d'accès à la chirurgie a eu lieu le 5 juin 2013 à Montréal.

Une autre rencontre est planifiée d'ici le dépôt du rapport final du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients (GEFAP) prévu à l'automne 2013.

SYNTHÈSE DES MESSAGES

Ce document fait la synthèse des échanges qui ont eu lieu lors des deux premières rencontres. Les sujets abordés touchent principalement l'activité chirurgicale et les trajectoires de soins en maladies chroniques.

LA CHIRURGIE

Le Programme d'accès à la chirurgie a été implanté au Québec en 2004-2005 afin de récompenser la réalisation de chirurgies excédentaires par rapport au seuil de 2002-2003 dans les établissements hospitaliers. L'objectif principal est d'améliorer l'accès aux services de façon à ce que le temps d'attente ne dépasse pas les délais médicalement requis.

Dans la perspective d'une amélioration du programme d'accès à la chirurgie, l'option d'étendre le financement à l'activité à l'ensemble des chirurgies a été discutée. Le comité consultatif reconnaît que le financement axé sur le patient peut influencer la dispensation des soins. D'après l'expérience des dernières années, cette option est reçue positivement.

Voici les principaux points qui font l'objet d'un consensus des participants :

- Des règles du jeu claires et connues qui prévoient le partage de l'information nécessaire à la planification des services, avec l'engagement qu'elles seront maintenues pour leur période d'application. Les règles doivent être les mêmes pour tous, tout en prévoyant des mécanismes de financement alternatifs pour les petits volumes, la mission universitaire et les autres missions particulières.
- La perspective du parcours de soins est une orientation privilégiée et est identifiée comme un facteur d'appui à l'intégration des services. À court terme, il a été déterminé qu'il est plus réaliste d'entreprendre l'élargissement du programme sur la base de l'épisode de soins, puis d'aller progressivement vers tout le parcours.
- Le caractère essentiel de la gestion médico-clinico-administrative qui se traduit par le partage d'expertise et la collaboration entre les médecins, le personnel clinique et les gestionnaires. Pour y parvenir, les intervenants auront besoin d'une information fiable et accessible sur le fonctionnement et les résultats du réseau, et ce, dès le départ, et pour pouvoir faire des ajustements à mesure que le programme progresse.
- Des mécanismes de gestion du changement sont essentiels à une démarche de cette envergure. Ces mécanismes doivent se traduire à la fois par une gestion intégrée au niveau ministériel (p. ex : le dépistage du cancer colorectal qui impliquait les médecins) et par une communication soutenue au réseau avec des outils adaptés, afin de comprendre les cibles de coûts par cas, la méthode de fixation des tarifs et les indicateurs qui servent à l'évaluation.
- Une mise en œuvre progressive prévoit une phase de transition et une stratégie de communication. Il est primordial d'octroyer du temps aux établissements afin de faire les ajustements nécessaires sans toutefois déstabiliser l'offre de services.
- Une fixation des objectifs avec une préoccupation particulière sur les notions de pertinence, de qualité et d'efficacité.
- Les systèmes d'information doivent être bonifiés afin de fournir une information clinique et de gestion complète et à jour. Les outils informatiques doivent être en mesure de faciliter la gestion du programme et d'aider à procéder aux ajustements de manière rapide.

LA PRISE EN CHARGE DES MALADES CHRONIQUES

L'évolution des problèmes de santé de la population met l'accent sur l'importance de la première ligne, où des bris de continuité dans la trajectoire de soins sont notés. Afin de se doter d'outils pour mieux comprendre et mieux gérer la prise en charge de patients dont la trajectoire de soins dépasse les limites de l'hôpital, des points de départ potentiels ont été discutés.

La question des maladies chroniques a été discutée, dans une moindre mesure, et les commentaires témoignent de la complexité de développer une formule de financement axé sur le patient. Néanmoins, les principaux points qui font l'objet d'un consensus des participants sont les suivants :

- les maladies chroniques sont d'une importance reconnue et il faudra circonscrire le domaine en faisant un choix sur une pathologie ou une intensité de services en particulier;
- il devient de plus en plus important de préciser les modes de dispensation de services et les intervenants visés, tout en maintenant le lien entre la première et la deuxième ligne.

De manière très globale, les commentaires sur le financement axé sur le patient s'orientent sur la nécessité de faire preuve de leadership et de courage. Il y a un potentiel pour le développement d'une nouvelle culture dans le réseau qui apportera une plus grande transparence et qui mettra l'accent sur la gestion par résultats.

Les éléments suivants ont aussi fait l'objet de discussions :

- les protocoles de soins et les guides de pratique;
- les technologies et notre manière de les intégrer dans le cadre d'un nouveau mode de financement;
- la prise en compte éventuelle de l'amortissement;
- la rémunération des médecins et la cohérence recherchée entre les deux enveloppes; et
- les outils de suivi et de surveillance sur la sécurité et la qualité.

PROCHAINE RENCONTRE

La prochaine rencontre aura lieu le 2 octobre 2013. Le sujet de discussion portera sur la gestion intégrée des maladies chroniques.

ANNEXE

LISTE DES PARTICIPANTS

Cinq représentants des centres de santé et de services sociaux (CSSS)

- Caroline Barbir, directrice générale, CSSS de Laval, Laval
- Raymond Coulombe, directeur général, CSSS Alphonse-Desjardins, Chaudière-Appalaches
- Louise Potvin, directrice générale, CSSS Pierre-Boucher, Montérégie
- Anne Gervais, directrice des services professionnels, CSSS de Gatineau, Outaouais
- Lucie Malo, directrice des ressources financières, performance et gestion de l'information, CSSS de Saint-Jérôme, Laurentides

Quatre représentants universitaires

- Hartley Stern, directeur général, Hôpital général juif, Montréal
- Yvan Gendron, directeur général associé, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Montréal
- Stéphane Tremblay, directeur des services professionnels et codirecteur des services cliniques, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Estrie
- François Latreille, directeur général adjoint aux affaires administratives, Centre hospitalier universitaire de l'Université Laval, Québec

Quatre représentants des agences de la santé et des services sociaux (ASSS)

- Martine Couture, présidente-directrice générale, ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Saguenay–Lac-Saint-Jean
- François Lemoyne, directeur des finances, ASSS de Montréal, Montréal
- Yolaine Galarneau, présidente-directrice générale, ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Gaspésie
- François Coté, adjoint au président-directeur général, ASSS de la Montérégie, Montérégie

Un représentant de l'Association québécoise de santé et de services sociaux (AQESSS)

- Luc Bouchard, adjoint à la direction générale et directeur du financement, des investissements et des technologies de l'information, AQESSS

Une représentante de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)

- Anne Lauzon, directrice générale, AERDPQ

ONT AUSSI ÉTÉ PRÉSENTS :

Des membres du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients

- Wendy Thomson, présidente
- Pierre Shedleur, membre
- Roger Paquet, membre

Les équipes de soutien

- Normand Lantagne, directeur, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Nizar Ghali, professionnel, MSSS
- Alain Boisvert, directeur, ministère des Finances et de l'Économie (MFEQ)
- Marie-Pier Fortin, économiste, MFEQ