



**Confédération
des syndicats nationaux**

Commentaires de la
Confédération des syndicats nationaux

présentés au
ministre de la Santé et des Services sociaux

sur le 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.

Le 8 avril 2016

Confédération des syndicats nationaux
1601, avenue De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 4M5
Tél. : 514 598-2271
Télec. : 514 598-2052
www.csn.qc.ca

Table des matières

Avant-propos	5
Introduction.....	7
1. Projet de comparaison des coûts entre le privé et le public (chirurgies et procédures sous scopie)	9
2. D'une réforme à l'autre	10
3. Modification du mode d'attribution du financement des hôpitaux.....	11
• Le budget historique.....	11
• Le financement à l'activité.....	12
• Le mode de rémunération à l'acte des médecins.....	13
Conclusion	15

Avant-propos

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de près de 2 000 syndicats. Elle regroupe plus 325 000 travailleuses et travailleurs réunis sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations, ainsi que sur une base régionale dans treize conseils centraux, principalement sur le territoire du Québec.

Depuis toujours, la CSN s'intéresse au secteur de la santé et des services sociaux. En effet, un nombre important de ses membres œuvre dans le réseau public de santé. Aussi, conformément à ses valeurs et à ses engagements, la CSN milite pour une société solidaire, démocratique, juste, équitable et durable. En ce sens, elle s'engage dans plusieurs débats qui animent la société québécoise. C'est donc avec intérêt que nous avons rédigé les présents commentaires sur le 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 trois cliniques privées (ci-après « projet expérimental ») annoncé par le gouvernement du Québec.

Introduction

En février dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, a fait l'annonce du lancement de son projet expérimental qui doit débiter en mai 2016¹. Comme son nom l'indique, ce projet vise à comparer les coûts liés aux chirurgies d'un jour et aux procédures sous scopies, entre les hôpitaux et les cliniques privées. L'objectif étant d'obtenir des indicateurs qui permettront d'ajuster le financement des établissements publics de santé.

Ce projet expérimental se veut la troisième étape du plan de la réforme du système de santé mise en œuvre par le Parti libéral. La première étape de cette réforme a été l'adoption sous le bâillon, en 2015, de loi n° 10² qui visait l'abolition des agences régionales de la santé et des services sociaux, la réduction du nombre d'établissements de santé, et la création des centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) et de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). La deuxième étape fut le projet de loi n° 20³, qui visait à « optimiser l'utilisation des ressources médicales⁴ », notamment par l'imposition d'un système de quotas de patients. Des engagements pris avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont toutefois permis la non-application du volet coercitif de ce projet de loi, à condition que les médecins de famille mettent en place différentes mesures pour améliorer l'accès aux soins, et ce, d'ici 2018. La troisième étape amorcée par le projet expérimental est la modification du financement des hôpitaux. Le ministre Barrette veut remplacer le financement historique actuellement en vigueur, par le financement à l'activité aussi appelé « financement axé sur le patient ».

Nos commentaires portent, dans un premier temps, sur le projet expérimental qui vise à mettre en concurrence le public et le privé dans la détermination des coûts de certains actes médicaux. Dans un deuxième temps, il sera question de l'opportunité d'amorcer une énième réforme, dans un contexte de transition, où tant le système de santé que les travailleuses, les travailleurs et les patients peinent à s'y retrouver. Finalement, sachant que le projet expérimental se veut un prélude à la mise en place du financement à l'activité, nous nous intéresserons à ce mode de financement et particulièrement aux travers qu'il peut entraîner. Nous aborderons également la question de la rémunération à l'acte des médecins qui partage la même logique que le financement à l'activité des hôpitaux. Nos commentaires s'inscrivent dans une perspective d'amélioration de l'accès aux soins et services pour la population.

¹ 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. G.O. partie 2, 24 février 2016, 148^e année, n° 8, p. 1386.

² Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

³ Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

⁴ L.Q. 2015, c. 25, article 1.

1. Projet de comparaison des coûts entre le privé et le public (chirurgies et procédures sous scopie)

Selon l'annonce faite par le ministre Barrette, le projet expérimental doit être mis en œuvre à compter de mai 2016, dans les régions suivantes : Montréal, Montérégie, Laval, Laurentides et Lanaudière, et se terminer en décembre 2018. L'objectif est la comparaison des coûts des chirurgies d'un jour et des procédures sous scopie, entre les hôpitaux et les cliniques privées, afin d'obtenir des indicateurs. Ces indicateurs permettront la modification éventuelle du financement des hôpitaux.

Pour la réalisation de ce projet, les médecins de onze établissements⁵ de santé iront opérer leurs patients dans l'une des trois cliniques privées sélectionnées par le ministre. Ces cliniques sont : Chirurgie DIX30 inc., Groupe OPMEDIC inc. et Centre de chirurgie RocklandMD.

D'une part, la prémisse de base de ce projet nous apparaît erronée dans la mesure où elle vise d'abord et avant tout, la diminution des coûts du système de santé. Il n'est d'ailleurs pas anodin que ce soit le ministre des Finances de l'époque, Raymond Bachand, qui lors du discours du budget de mars 2012, ait annoncé la formation du groupe d'experts sur le financement à l'activité. Présidé par Mme Wendy Thompson, ce groupe a été mandaté pour formuler des recommandations afin d'implanter le financement à l'activité dans les hôpitaux. S'il est certes vrai que la recherche d'efficacité est importante, elle doit d'abord viser la réalisation des principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité, pierres angulaires de notre système de santé. Ce sont ces principes qui, à notre avis, doivent guider toute réforme du système. Sans oublier les principes de gestion publique et de transférabilité, également énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*⁶ (LCS). De plus, cette comparaison des coûts entre les établissements du public et les cliniques privées laisse craindre une volonté gouvernementale de privatisation des soins de santé, ce qui irait à l'encontre des principes de la LCS.

D'autre part, le choix du Centre de chirurgie Rockland MD comme partenaire de ce projet nous apparaît plus que douteux. Rappelons que cette clinique a été au cœur de nombreuses controverses⁷, dont un démêlé encore actuel avec la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ), qui poursuit RocklandMD devant les tribunaux pour facturation illégale de 70 de ses patients⁸. La confiance du public envers cette clinique en est entachée et cela jette indubitablement un discrédit sur le projet expérimental et ses éventuels résultats.

⁵ Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill, les CIUSSS de l'Ouest, du Centre-Ouest, du Centre-Sud, du Nord et de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, et les CISSS de la Montérégie-Centre, de la Montérégie-Est, de la Montérégie-Ouest et de Laval.

⁶ L.R.C. (1985), ch. C-6.

⁷ La Presse.ca. Facturation illégale : la RAMQ poursuit la clinique Rockland, publié le 28 novembre 2013. www.lapresse.ca/actualites/sante/201311/28/01-4715372-facturation-illegale-la-ramq-poursuit-la-clinique-rockland.php

⁸ LaPresse.ca. RocklandMD : Le PQ et QS critiquent le choix de Barrette, la CAQ l'appuie, publié le 26 février 2016. www.lapresse.ca/actualites/sante/201602/26/01-4955070-rockland-md-le-pq-et-qs-critiquent-le-choix-de-barrette-la-caq-lappuie.php

Par ailleurs, malgré les dispositions prises pour permettre d'établir les coûts de façon semblable à ceux du secteur public (article 3 du projet de règlement), nous doutons que cet exercice permette une réelle comparaison entre le public et le privé. Comment les résultats obtenus dans le cadre d'un environnement contrôlé, tel qu'une clinique privée, pourront-ils être transposés avec justesse et exactitude aux établissements de santé? La comparaison s'avère difficile même entre les hôpitaux en raison des facteurs structureaux comme la taille et les activités d'enseignement qui diffèrent⁹.

2. D'une réforme à l'autre

Le ministre a été très clair à ce sujet, le projet expérimental se veut l'amorce d'une réforme du financement des hôpitaux. Pour évaluer l'opportunité de cette réforme, il importe de tenir compte du contexte dans lequel elle s'inscrit. La modification du mode de financement des hôpitaux est annoncée, alors que le système de santé n'en finit plus d'être réformé. Mentionnons, à titre d'exemple, la création en 1991, des régies régionales visant à décentraliser les budgets de la RAMQ. La fin des années 1990 au Québec a été marquée par le virage ambulatoire qui a occasionné la fermeture d'hôpitaux et de lits en institution. En 2001, le Rapport Clair proposait, entre autres, la création d'une assurance vieillesse, la mise sur pied de groupes de médecine familiale (GMF) ainsi que la fusion des établissements de première ligne. En 2003, le ministre de la Santé, Philippe Couillard, actuel premier ministre du Québec, a fait adopter, sous le bâillon, la loi n° 25 visant la création des agences de la santé et des services sociaux (aujourd'hui abolies par la loi n° 10 adoptée elle aussi sous le bâillon) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS), en plus de la fusion des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En 2005, un peu dans la même lignée que le Rapport Clair, le Rapport Ménard proposait également la création d'une assurance vieillesse, ainsi qu'un recours accru au secteur privé. En 2006, le gouvernement libéral faisait adopter la loi n° 33 créant les centres médicaux spécialisés (CMS). Ces derniers furent alors autorisés à effectuer les chirurgies prévues expressément dans la loi, à savoir hanche, genou et cataractes.

Depuis sa réélection en 2013, le gouvernement libéral a enclenché une série de réformes en santé. L'adoption, sous le bâillon, de la loi n° 10, a particulièrement chamboulé le système de santé en créant des superstructures qualifiées de mammoth, accentuant ainsi l'hospitalo-centrisme et occasionnant des délais administratifs importants. L'heure est encore à la transition, et tant le personnel soignant que le personnel administratif et les patients ont du mal à naviguer à travers tous ces chambardements. Cela crée de l'angoisse, de l'épuisement et de la démotivation chez le personnel du réseau, ce qui ne favorise en rien la prestation de soins et services de qualité. S'ajoutent à cela les impacts du projet de loi n° 20, notamment en matière de frais accessoires dans les cliniques privées.

Le réseau québécois de la santé n'a donc eu de cesse depuis les 30 dernières années, d'être transformé, réaménagé, réformé. Pourtant, un constat s'impose. Cette succession effrénée de réformes n'a pas apporté de réponses adéquates aux besoins de la population et l'accessibilité aux soins demeure problématique. Année après année, le Protecteur du citoyen

⁹ Institut canadien d'information sur la santé, *Introduction au financement fondé sur les activités*, octobre 2010, page 2. www.cihi.ca/fr/primer_activity_based_fund2_fr.pdf

fait état de l'effritement de l'offre publique de services dans le secteur de la santé en général et particulièrement dans celui des services sociaux¹⁰. Les services de soutien à domicile ne répondent pas suffisamment aux besoins de la population, alors que les places d'hébergement pour aînés se font rares dans le réseau public. Bien peu de choses sont faites du côté du gouvernement pour améliorer l'accès et la qualité des soins et services en santé mentale, alors que les besoins sont immenses, ce que déplore le Protecteur du citoyen¹¹. Les longues listes d'attente de services pour les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme démontrent à quel point il est difficile d'obtenir l'aide de professionnels en réadaptation (orthophonistes, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, etc.). Il ne s'agit là que de quelques illustrations des problèmes d'accessibilité qui persistent au Québec, et ce, malgré toutes les réformes du système de santé. La question qui se pose et s'impose est : la réforme du financement à l'activité permettra-t-elle une amélioration de l'accès et de la qualité des soins et services? Nous ne le pensons pas, surtout dans un contexte d'austérité budgétaire, et ce, malgré l'annonce dans le budget 2016-2017, d'un investissement de 88 millions de dollars qui s'avère dans les faits, insuffisant pour couvrir l'augmentation naturelle des coûts du système¹².

3. Modification du mode d'attribution du financement des hôpitaux

Dans la littérature, plusieurs méthodes sont proposées pour l'allocation des budgets aux centres hospitaliers. Certains auteurs les regroupent en deux catégories : l'une prospective, l'autre rétrospective. Dans la première, le financement se fait de façon anticipée pour des services qui n'ont pas encore été rendus, alors que dans la deuxième catégorie le paiement s'effectue après la livraison du service¹³. De manière plus courante, il est question de financement historique des hôpitaux, de financement basé sur le remboursement des coûts et de financement à l'activité, avec des variantes différentes dépendamment du pays. Si le financement historique se rapporte à la méthode prospective, les deux autres sont plutôt du type rétrospectif étant donné que le financement se fait *ex post*.

Le budget historique

Le budget historique, aussi appelé budget global, est actuellement utilisé comme mode de financement des hôpitaux du Québec. Cette méthode d'allocation budgétaire est simple quant à son application. Le budget de l'année courante d'un centre hospitalier, fixé en début d'exercice, correspond à celui de l'année précédente auquel on ajoute une augmentation. Cette augmentation peut, elle-même, dépendre de plusieurs paramètres tant politiques qu'économiques tels que l'inflation, l'évolution des salaires négociés dans les ententes collectives ou autres.

¹⁰ Protecteur du citoyen du Québec, *Rapport annuel d'activités 2014-2015*, p. 80.

¹¹ *Idem*, p. 82.

¹² L'investissement annoncé est de 2,4 %, alors que l'augmentation des coûts du système est estimée à au moins 5 %.

¹³ Johanne CASTONGUAY, *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, 2013, Montréal : CIRANO, 176 pages. www.cirano.qc.ca/files/publications/2013RP-06.pdf

Il convient aussi de mentionner un autre élément non moins important. Au Québec comme au Canada, et contrairement à la plupart des pays développés, les médecins, principaux prestataires de soins dans un hôpital, ne sont pas considérés comme salariés, mais plutôt comme travailleurs indépendants de l'hôpital. Ils sont rémunérés à l'acte et sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ainsi, le recours au budget historique dans les hôpitaux du Québec ne se fait que partiellement. La rémunération des médecins qui y travaillent se rapproche beaucoup plus de la rémunération à l'activité qui vise à établir un coût pour le service rendu; nous y reviendrons plus loin.

L'application du budget historique dans les hôpitaux connaît une certaine remise en question depuis quelques années, tant au Québec que dans plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En 2012, certaines critiques émanaient même de l'ancienne Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Selon l'AQESSS, malgré ses avantages reliés notamment au contrôle des coûts et à une simplicité d'administration, cette forme d'allocation demeure problématique à bien des égards. Mis à part un manque de flexibilité en cas d'accroissement soudain de la demande et vue l'absence d'information reliée au coût de la production d'un épisode de soins, le budget historique ne présente aucune incitation à améliorer l'accès et à fournir des services de qualité aux patients. Et, comme le budget d'une année dépend de celui de l'année précédente, plus le niveau de dépenses d'une année est élevé, plus celui de l'année suivante le sera. Il se révèle aussi moins équitable pour les établissements dans la mesure où il ne permet pas de tenir compte de leurs particularités¹⁴.

Devant le constat des faiblesses du financement historique, il est légitime de chercher un mode de financement pouvant permettre l'amélioration de l'accès aux soins. Que propose le financement à l'activité?

Le financement à l'activité

Le financement à l'activité, aussi appelé budget à prix fixe, a été développé aux États-Unis vers la fin des années 1970 par les chercheurs R. B. Fetter et J.D. Johnson de l'Université Yale. Cette méthode consiste à accorder un prix à chaque épisode de soins réalisé à l'intérieur d'un centre hospitalier. Ce mode de financement sous-tend la logique suivante : puisque le revenu global de l'hôpital dépend directement des cas traités, l'hôpital sera plus enclin à produire des soins.

Toutefois, pour être opérationnelle, cette méthode nécessite la mise sur pied d'une comptabilité des services médicaux et la négociation d'un tarif pour chacun des services faisant partie du panier couvert par l'assurance publique, une démarche qui peut se révéler ardue¹⁵.

¹⁴ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2012), *Allocation des ressources aux établissements de santé et services sociaux : Pistes et balises pour implanter le financement à l'activité*. Montréal : AQESSS, février 2012, 34 pages.

www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/Rapport_financement_activite.pdf

¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *Introduction au financement fondé sur les activités*, octobre 2010, page 8. www.cihi.ca/fr/primer_activity_based_fund2_fr.pdf

En l'occurrence, le projet expérimental ne s'intéresse qu'aux chirurgies d'un jour et aux procédures sous scopie. Le même exercice devra être répété pour chacun des services médicaux¹⁶.

Le mode de financement à l'activité qui vise à intégrer des mécanismes de marché dans la production de soins de santé ne fait pas l'unanimité. Certains sont d'avis que les résultats reliés à cette méthode, qui s'avère très complexe dans la pratique, ne sont pas toujours à la hauteur des attentes. Mis à part son impact sur la croissance rapide des coûts administratifs, elle aurait tendance à accroître le nombre d'actes sans pour autant diminuer le coût unitaire des épisodes de soins; ce qui finit par entraîner en bout de piste une augmentation des coûts globaux, y compris des dépenses en médicaments¹⁷. En outre, ce mode de financement peut engendrer des problèmes de surcodage qui consistent à surclasser certains actes dans le but d'augmenter les revenus de l'hôpital¹⁸. Il en est de même pour les risques de surtraitement ou de surprestation de soins, qui consistent en une prestation excessive de services non justifiés sur le plan médical, mais profitable financièrement¹⁹. De plus, cette méthode semble présenter un risque de sélection adverse, que l'on retrouve dans le domaine des assurances, où les hôpitaux seraient tentés de choisir les cas les moins lourds ou les cas les plus rentables, sans tenir compte des réels besoins de la population.

Par ailleurs, qu'on le veuille ou non, le financement à l'activité contribue à créer un marché pour les services hospitaliers, modifiant ainsi les interactions entre les établissements de santé en plus de créer une concurrence potentielle au sein même du réseau public et aussi entre le secteur public et le secteur privé. En mettant l'accent sur la performance et en prônant la concurrence entre les prestataires de soins, ce mode de financement néglige la prévention et ne milite pas en faveur de la coopération et de l'interdisciplinarité, deux éléments essentiels dans la prise en charge globale du patient. Ainsi, puisqu'il met beaucoup plus l'accent sur le volume que sur la qualité des soins, l'intégration du mode d'allocation à l'activité ne permettra pas au système de santé québécois d'être plus optimal dans la livraison des soins et services à la population²⁰.

Le mode de rémunération à l'acte des médecins

Le mode de rémunération à l'acte qui s'applique au Québec dans le cas des médecins a les mêmes fondements théoriques que le mode de financement à l'activité dans les hôpitaux.

¹⁶ De manière générale, à cause de la multitude de services médicaux existants, on procède à un regroupement de services jugés homogènes. Deux services nécessitant les mêmes ressources seront considérés comme identiques. Les centres hospitaliers recevront alors le même montant dans les deux cas.

¹⁷ Institut de recherche et d'informations socio-économiques. *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?* juin 2012, pages 2 et 3.
www.vgq.gouv.qc.ca/fr/publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf

¹⁸ Médecins québécois pour un régime public.
www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/financementparactivite_mqrp.pdf

¹⁹ Ettelt, S. et coll. *Reimbursing highly specialized hospital services : the experience of Activity based funding in eight countries*. London school of hygiene and tropical medicine, 2006. www.international-comparisons.org.uk/summary-funding.pdf

²⁰ Alain VADEBONCOEUR, *Privé de soins*, 2012, Lux Éditeur, 304 pages.

Contrairement au budget historique, ces méthodes se rapprochent de la logique de marché et font appel au jeu d'incitatifs.

La rémunération à l'acte consiste à rémunérer un médecin en fonction du nombre de consultations ou d'actes fournis. Une cote est attribuée à chaque acte médical. On compte aujourd'hui plus de 11 000 cotes, ce qui rend d'autant plus fastidieuse la facturation des médecins dont plusieurs font appel à une firme d'optimisation de la facturation. Cela crée également une réelle difficulté de contrôle de la rémunération des médecins par la RAMQ. C'est d'ailleurs ce qui ressort du dernier Rapport du Vérificateur général du Québec²¹.

En mettant l'accent uniquement sur le volume de soins, la rémunération à l'acte des médecins contribue peu à la prévention et aux objectifs de la médecine familiale. Ce mode de paiement n'aide pas non plus la prise en charge globale du patient dans la mesure où il encourage une fragmentation des services²².

En ce sens, nous nous expliquons mal que le gouvernement veuille implanter le financement à l'activité au moment même où le mode de rémunération des médecins est grandement remis en question.

²¹ Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016, automne 2015, chapitres 2 et 3.

²² Claude CASTONGUAY, *Santé : L'heure des choix*, Éditions Boréal, 208 pages.

Conclusion

En résumé, par le biais de son projet expérimental, le gouvernement amorce une réforme majeure qui s'ajoute aux nombreuses autres déjà mises en place. Cela risque de perturber, une fois de plus, la pratique médicale et le fonctionnement hospitalier sans toutefois permettre un plus grand accès aux soins de santé et services sociaux ni une diminution des listes d'attente. En outre, le passage au financement à l'activité semble dicter uniquement par la politique d'austérité gouvernementale. Or, notre système de santé a déjà subi de lourdes compressions. C'est d'un investissement massif dont il a besoin afin de renforcer la première ligne, d'améliorer l'accès aux soins à domicile, d'offrir des services en matière de santé mentale et de répondre de manière adéquate aux besoins de la population.

Étant donné l'instabilité vécue dans le réseau de la santé, alors que les structures d'organisation du travail, à la suite de la loi n° 10, sont encore incomplètes, il serait particulièrement néfaste d'implanter une telle réforme.

Finalement, un débat public s'impose quant à la pertinence même d'adopter un tel système de financement. Le gouvernement doit tenir une commission parlementaire sur cet enjeu crucial. Les choix qui sont faits aujourd'hui quant au mode de financement sont majeurs; ils auront des répercussions à long terme. Il est inacceptable que le gouvernement décide seul et sans consultation d'une telle question.