



## Commission parlementaire des finances publiques

INFLÉCHIR LA COURBE DE DÉPENSES EN SANTÉ  
Des gains d'efficacité majeurs par une gestion optimale des maladies chroniques



Mémoire

concerto  
groupe santé

Le 20 janvier 2015

# Table des matières

- SOMMAIRE .....2
- PROFITER DU CONTEXTE BUDGÉTAIRE POUR AGIR SUR LES CAUSES LES PLUS IMPORTANTES DE LA MONTÉE DES COÛTS .....3
- STRUCTURER L’OFFRE DE SOINS SELON UNE APPROCHE BASÉE SUR LES RÉSULTATS ATTENDUS ET LES COÛTS .....5
  - Des gains d’efficience considérables* .....5
  - Un investissement de démarrage* .....6
- ÉTABLIR UNE ALLIANCE CLINIQUE STRATÉGIQUE ENTRE LE CSSS ET LES MÉDECINS DE FAMILLE .....8
- IMPLANTER UNE GESTION PROACTIVE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION .....8
- RECOMMANDATIONS.....9
  - 1. METTRE EN PLACE UNE NOUVELLE MODALITÉ BUDGÉTAIRE.....9
  - 2. INSTAURER UN NOUVEAU MÉCANISME DE FINANCEMENT .....9
  - 3. DÉPLOYER UN PLAN D’ACTION À SEPT VOLETS ..... 11
- ANNEXE 1 : des exemples à succès ..... 12

Le Groupe santé CONCERTO (CONCERTO) est une société privée fondée par des professionnels issus du système de santé québécois et dont l'expertise et les valeurs sont reconnues dans le réseau. Par son action, il veut contribuer à la viabilité d'un système de santé public et universel. En vue de réduire considérablement la courbe de croissance des dépenses en santé, il propose non seulement une méthode reconnue de gestion de la santé de la population, mais aussi des outils novateurs d'optimisation des soins aux patients chroniques complexes.

En 2010, CONCERTO signait une entente avec le MSSS, l'Agence de santé et de services sociaux de Lanaudière et le CSSS du Sud-de-Lanaudière pour faire la démonstration des impacts d'une méthode de prise en charge de la santé de la population, en priorité les maladies chroniques. Bien que la méthode de gestion de la santé de la population proposée soit déjà reconnue au sein de nombreux groupes d'experts canadiens, américains et européens, notons qu'il a été salué ici au Québec par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux et le Commissaire à la santé et au bien-être. Toutefois, les outils de mise en œuvre aux fins de l'optimisation des soins aux patients chroniques complexes, bien qu'ils aient fait l'objet d'un projet-vitrine en 2012-2013, n'ont pu être déployés dans d'autres régions compte tenu du déficit structurel dans lequel le réseau de la santé s'est enlisé.

En 2013, CONCERTO a eu l'occasion d'être entendu par le Groupe d'experts pour un financement axé sur le patient. À la lumière de son rapport, on observe que deux des trois applications recommandées par le groupe d'experts font déjà partie de notre méthode :

- la prise en charge des maladies chroniques : un financement favorisant l'intégration des soins;
- la qualité des soins : une démarche valorisant les meilleures pratiques.

De plus, des actions concrètes et des outils sont mis de l'avant afin d'accélérer leur déploiement sur le terrain.

## SOMMAIRE

Dans ce mémoire, nous exposons premièrement le fait qu'une portion significative des ressources financières consacrées à la santé et aux services sociaux ne produit pas les effets désirés parce qu'elles ne sont pas ciblées en fonction des clientèles reconnues pour leur grande consommation de services. De fait, plus de 75 % des coûts en santé sont en lien direct avec la maladie chronique dont souffre 50 % de la population. Parmi ce 50 %, un groupe de **3 % (la plupart sont des patients chroniques complexes) monopolise 1 lit d'hôpital sur 2**, en tout temps, et utilise à répétition des civières dans les unités d'urgence. Comme une majorité de ces journées d'hospitalisation et de séjours sur civière sont évitables, les gains d'efficacité sont substantiels. Nous exposons brièvement les raisons pour lesquelles le réseau tarde à réduire ce fardeau. Nous proposons une approche pour, concrètement et rapidement, adapter l'offre de soins axée sur les résultats attendus et sur les coûts des services.

Nous exposons deuxièmement l'urgence d'augmenter la performance des services de 1<sup>re</sup> ligne et de déployer une méthode plus rigoureuse de coordination et de prestation des soins. De fait, on observe qu'entre 18 % et 37 % des ressources financières ne produisent pas les effets désirés et sont considérés comme une perte.

Troisièmement, nous proposons une stratégie en vue d'établir une alliance stratégique entre les CSSS et les médecins de famille, et de dégager des gains d'efficacité notamment en évitant le recours aux ressources lourdes telles l'urgence et l'hospitalisation.

Le cadre financier proposé pour permettre la mise en œuvre de nouvelles façons de faire, basée sur les résultats et les coûts, ne nécessite pas d'ajout de ressources professionnelles à terme, mais plutôt leur relocalisation en 1<sup>re</sup> ligne. Les gains d'efficacité obtenus équivalent aux coûts générés vers le 18<sup>e</sup> mois et le rendement du capital investi est positif vers la fin de la 3<sup>e</sup> année, dans la mesure où ces professionnels sont préparés et outillés pour la pratique interdisciplinaire autour du médecin de famille.

Catégoriser les clientèles, personnaliser les soins, standardiser les processus et les pratiques, coordonner les actions, intégrer les services. Toutes ces actions sont possibles grâce à l'utilisation d'outils validés, standardisés et intégrés, conçus et déjà déployés au Québec.

**Par notre exposé nous cherchons à démontrer que le statu quo est de loin l'option la plus onéreuse. Si les gestes à poser pour corriger la situation sont bien connus, il est plus que temps de passer à l'action. Notre représentation vise la mise en place de modalités budgétaires pour permettre une mise en œuvre rapide et durable, qui de plus, est en droite ligne avec les projets de loi 10 et 20 actuellement sur la table à dessin.**

**Le projet de loi 28 contient des dispositions qui, si elles étaient modulées, peuvent produire un effet levier assuré sur un investissement initial sans compromettre l'objectif principal visé, soit celui d'un redressement des finances de l'État.**

Nous proposons une démarche fortement structurée, qui respecte les plus hauts critères internationaux en la matière et qui fournit en tout temps aux décideurs une information détaillée pour les soutenir dans la prise de décision.

## PROFITER DU CONTEXTE BUDGÉTAIRE POUR AGIR SUR LES CAUSES LES PLUS IMPORTANTES DE LA MONTÉE DES COÛTS

Tous les systèmes de santé des pays dont le niveau de développement est comparable au nôtre font face au même défi : maintenir, voire améliorer l'accès à des services de santé intégrés, continus, bien coordonnés et de qualité tout en maintenant la capacité de payer des gouvernements ou des assureurs privés, selon le cas.

Dans la littérature, il est fait mention des frontières que les systèmes de santé dits modernes doivent franchir s'ils veulent relever ce défi. La 1<sup>re</sup> frontière a été franchie durant la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle à l'aide des mesures d'hygiène publique, l'immunisation et l'apparition des premiers antibiotiques. La 2<sup>e</sup> frontière a été traversée à partir de la fin des années 50 par un meilleur contrôle des maladies infectieuses. La 3<sup>e</sup> frontière, pas encore franchie celle-là, est le résultat de l'arrivée et du développement spectaculaires des technologies – informatique, pharmacologique, d'imagerie, des modes d'intervention, etc. – qui ont repoussé les limites de plus en plus loin. L'espérance de vie s'est accrue de manière importante.

Le corps humain est fait de nombreux systèmes complexes qui, laissés à eux-mêmes, finissent tôt ou tard par faire défaut. La compréhension de la biologie humaine, les nouvelles façons de diagnostiquer et de traiter les grandes défaillances des systèmes physiologiques majeurs et de prévenir les complications comme les maladies cardiaques, le cancer et le diabète ont donné naissance au **patient chronique complexe**. C'est là le grand paradoxe : si nous n'adaptions pas nos façons de faire, les coûts rattachés aux maladies chroniques – en croissance plus rapide que l'accroissement des revenus – finiront par compromettre la viabilité des systèmes de santé.

**La nature même de la 3<sup>e</sup> frontière consiste à résoudre l'équation suivante : comment faire face à l'augmentation des coûts générés par la réponse apportée aux besoins des patients chroniques complexes tout en maintenant la capacité de payer de l'assureur?**

Il est reconnu que le pourcentage des dépenses totales en santé occasionné par les maladies chroniques est supérieur à 75 %. Or, notre système de soins est très mal adapté pour répondre à ce type de besoins. Conçu et découpé en fonction de maladies, de secteurs spécialisés précis, il est très fragmenté et cloisonné, réactif plutôt que proactif. Il est très difficile pour un patient porteur de deux maladies chroniques ou plus – 40 % de la population adulte – de s'y retrouver dans un tel environnement.

### UNE RÉALITÉ COÛTEUSE

Pour le système	Pour le patient
Système fragmenté et cloisonné	Patients qui naviguent d'un point de service à l'autre
Réseau réactif plutôt que proactif	Absence de plan d'action global pour le patient
Manque de coordination et d'intégration des services	Résultats de santé pauvres
Erreurs médicales fréquentes	Complications nombreuses
Absence de soutien continu d'une équipe de soins	Faible adhésion du patient à son plan de soins

Le résultat est que le patient chronique complexe navigue d'un point de services à l'autre, reçoit des informations souvent contradictoires, ne reçoit pas de plan d'action global en fonction de son état de santé, tout cela en raison d'un manque de coordination et d'intégration de l'offre de services. Les résultats de santé sont

pauvres – nous n’avons aucune idée du nombre de patients diabétiques qui contrôlent leur maladie et encore moins des autres maladies chroniques dont ils souffrent – et les complications nombreuses. Les erreurs médicales sont fréquentes – sur 8 à 12 hospitalisations selon les juridictions, au moins une est en lien avec une mauvaise prise de médication. L’adhésion au plan de soins est faible – 50 % des patients n’y adhèrent plus après un an en l’absence d’un soutien continu d’une équipe de soins. Les coûts sont énormes.

**Au Québec, entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et le 31 mars 2009<sup>1</sup>, 224 128 personnes distinctes ont été hospitalisées à 3 reprises ou plus et ont monopolisé un lit sur deux (2,9 % de la population pour 47 % des journées d’hospitalisation). Le même phénomène se produit quant à l’utilisation des civières à l’urgence. Or une majorité de ces hospitalisations pourraient être évitées étant donné qu’il s’agit de patients chroniques complexes pour la plupart d’entre eux. Cela représente, selon un scénario très conservateur qui ne tient compte que des coûts directs reliés à l’hospitalisation (300 \$/j.) et au séjour sur civière à l’urgence (500 \$/j.) des coûts d’environ 2,3 MM\$ par année.**

Vue sous un autre angle, l’importance des dépenses évitables est tout aussi marquée. Une étude américaine sérieuse<sup>2</sup> publiée par la très réputée *Robert Wood Johnson Foundation* fait état de dépenses inutiles (pertes) allant de 18 % à 37 % selon que le calcul est bas ou haut.

#### ESTIMATION DES PERTES DANS LES DÉPENSES DE SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS EN 2011, PAR CATÉGORIE

Catégorie	Coûts totaux pour le système de santé US (en milliards\$)		
	Calcul bas	Calcul médian	Calcul haut
Les défaillances de la prestation des soins	102	128	154
Les défaillances de la coordination des soins	25	35	45
Le « surtraitement »	158	192	226
La complexité administrative	107	248	389
Le gonflement des prix	84	131	178
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>734</b>	<b>992</b>
<b>%</b>	<b>18 %</b>	<b>27 %</b>	<b>37 %</b>

En raison de notre connaissance fine du réseau et de notre participation dans des travaux portant sur les coûts de la non-qualité, nous sommes en mesure d’affirmer que ces pourcentages s’appliquent sûrement au Québec. Il s’agit là d’un potentiel énorme de gains d’efficacité et, surtout, de gains de santé pour notre population.

Le contexte budgétaire du Québec nous offre une occasion à ne pas rater pour amorcer un virage vers le système de santé du XXI<sup>e</sup> siècle non seulement pour préserver nos acquis, mais aussi les bonifier.

<sup>1</sup> MedEcho, Ministère de la Santé et des Services sociaux

<sup>2</sup> [www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue\\_briefs/2012/rwjf403314](http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf403314)

## STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS SELON UNE APPROCHE BASÉE SUR LES RÉSULTATS ATTENDUS ET LES COÛTS

Les percées les plus spectaculaires pour franchir la 3<sup>e</sup> frontière seront sous l'égide des soins primaires, en 1<sup>re</sup> ligne, dans un contexte de travail en interdisciplinarité. Les défis sont nombreux, mais ceux qui sont cités le plus souvent sont la capacité de s'attaquer à la complexité – plusieurs problèmes chez une même personne – et la capacité de coordonner les soins et les services. Une nouvelle façon de faire sera instaurée : la conjonction des expertises et le partage des rôles. Un nouveau tandem verra le jour : un patient et ses proches informés, engagés et motivés et une équipe de soins bien formée et proactive. La préoccupation commune d'œuvrer dans un environnement de services intégrés, l'information et les technologies de l'information constitueront le système nerveux du nouveau modèle organisationnel.

Or il existe un consensus international à l'effet que la méthode pour répondre au défi des soins aux patients chroniques complexes, la prévention y inclus, passe par une 1<sup>re</sup> ligne de soins forte et très bien organisée. En effet, le patient chronique complexe nécessite une approche globale et intégrée. C'est le médecin de famille et une équipe interdisciplinaire en soutien, qui sont le mieux à même de répondre à ce type de besoins. Un article<sup>3</sup> tout récemment publié dans « *Annals of Family Medicine* » énumère les 10 composantes essentielles pour le bon fonctionnement d'un système de soins primaires à haute performance, les 4 premiers servant de fondement aux 6 autres :

- Leadership engagé
- Amélioration basée sur des données par l'utilisation des technologies de l'information
- Appariement des patients avec les soignants
- Équipe de soins interdisciplinaire
- Partenariat patient/équipe de soins
- Gestion de la santé de la population
- Continuité des soins
- Accès rapide ou ponctuel aux soins
- Globalité et coordination des soins
- Organisation du futur

L'approche que nous préconisons pour le Québec comprend ces 10 composantes ainsi que les éléments du « *Chronic Care Model*<sup>4</sup> » référence internationale en matière de gestion des maladies chroniques.

### **Des gains d'efficacité considérables**

Si plus de 25 % de la population déclare ne pas avoir de médecin de famille, ce n'est pas le cas de la vaste majorité des personnes hospitalisées et sur civière à l'urgence à répétition. Un peu moins de 225 000 Québécois sont hospitalisés 3 fois ou plus sur une période de 3 ans. Le Québec compte environ 4 500 médecins de famille ETC œuvrant en 1<sup>re</sup> ligne, ce qui donne en moyenne environ 50 patients par médecin ETC.

Pour un groupe de médecine de famille (GMF) moyen, on compte environ 10 à 12 médecins ETC et environ 12 000 à 18 000 patients inscrits. Parmi ceux-ci on retrouve donc environ 500 à 600 personnes hospitalisées à

<sup>3</sup> <http://www.annfammed.org/content/12/2/166.full>

<sup>4</sup> Edward Wagner et coll.

répétition. Ce chiffre correspond à la situation réelle pour au moins deux raisons : les médecins de famille rencontrés témoignent que le nombre de patients très vulnérables est dans cet ordre de grandeur et le pourcentage qu'ils représentent dans un GMF correspond à ce qu'on observe à l'échelle nationale.

Les expériences très documentées au Québec ou ailleurs en Amérique-du-Nord<sup>5</sup> démontrent clairement qu'une large majorité de ces hospitalisations et séjours à l'urgence peuvent être évités, de l'ordre de 70 % à 90 % selon les expériences. De manière tout aussi conservatrice que pour établir les coûts, nous ne retiendrons que 50 % des coûts reliés à des hospitalisations et des séjours sur civière à l'urgence évitables comme gains d'efficacité potentiels dans les projections présentées un peu plus loin dans le texte.

### ***Un investissement de démarrage***

**L'investissement requis est non-récurrent** et sert essentiellement pour deux aspects : le financement pour l'ajout temporaire d'effectifs, le temps de réorganiser la 1<sup>re</sup> ligne de procéder à la relocalisation des ressources, et les coûts de la transformation elle-même : gestion de projet, gestion de changement, formation et coaching post-formation, acquisition d'outils.

**Dans certains milieux, le CSSS est prêt à délocaliser son personnel de 1<sup>re</sup> ligne directement dans les GMF, sans que cela n'affecte ses charges globales.** Lorsque les gains d'efficacité viennent compenser ces coûts, l'établissement a alors le choix d'améliorer l'accessibilité à ses services ou de diminuer sa croissance de dépenses.

Comme la montée en charge de l'équipe est plus rapide que l'arrivée des gains – il faut les former, cibler les patients et amorcer le suivi – c'est vers le 18<sup>e</sup> mois que les gains d'efficacité équivalent aux coûts et vers la fin de la 3<sup>e</sup> année que le rendement du capital investi depuis le début se traduit par un solde positif. Au final, il n'y a pas d'ajout de postes, mais bien une relocalisation des professionnels.

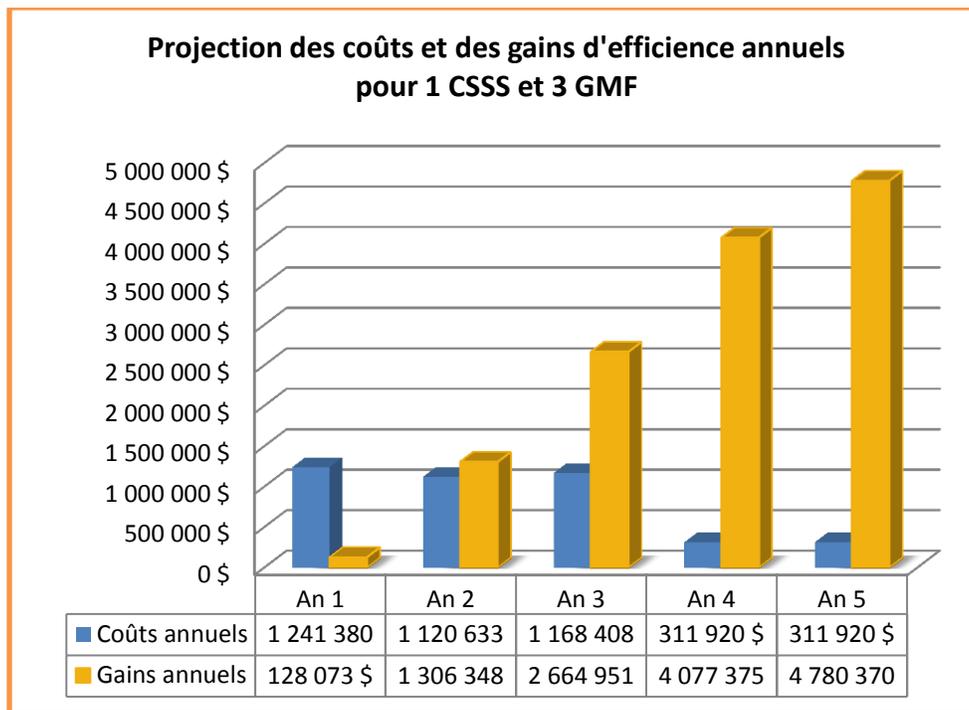
Afin d'avoir une idée plus précise des gains potentiels, nous nous servons d'un modèle type de référence constitué de 1 CSSS et de 3 GMF dont chacun a 12 000 à 18 000 patients inscrits. Voici donc deux graphiques qui illustrent la progression des coûts et des gains d'efficacité sur une base annuelle et sur une base cumulative.

Dans le premier graphique, on remarque que les gains d'efficacité équivalant aux coûts surviennent au cours de la 2<sup>e</sup> année, soit vers le 18<sup>e</sup> mois selon notre expérience. Les gains d'efficacité ne tiennent compte que des coûts directs pour une journée d'hospitalisation et pour un séjour de 24 heures sur civière à l'urgence. Ils ne tiennent pas compte de ceux générés par une prise optimale de la médication, par un rehaussement de la pertinence pour la demande de tests de laboratoire et d'imagerie médicale, par la diminution de demande d'évaluation (déjà faites) par les professionnels de la santé, par l'évitement de complications, etc.

---

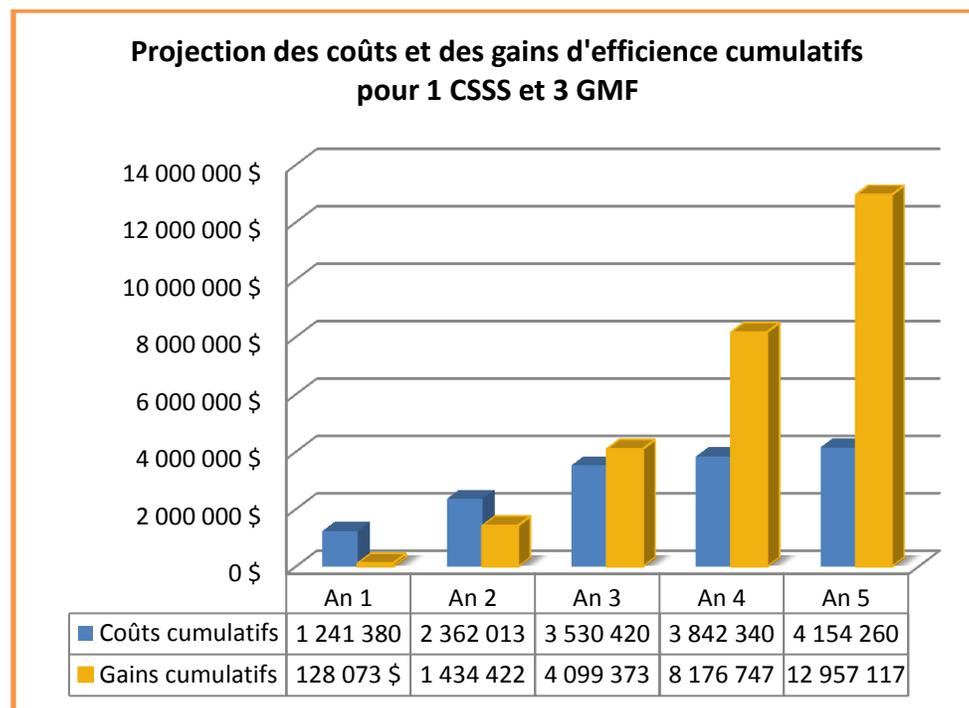
<sup>5</sup> Voir les données du réseau des Vétérans aux É.-U. (VHA) en annexe 1

Figure 1



Lorsque nous considérons les coûts cumulatifs, le rendement du capital investi affiche un solde positif vers la fin de la 3<sup>e</sup> année.

Figure 2



### ÉTABLIR UNE ALLIANCE CLINIQUE STRATÉGIQUE ENTRE LE CSSS ET LES MÉDECINS DE FAMILLE

La stratégie la plus réaliste pour augmenter la performance des services de 1<sup>re</sup> ligne consiste à établir une alliance entre le CSSS – qui a notamment pour mission de coordonner les soins et les services dans son réseau local de santé – et les médecins de famille œuvrant en 1<sup>re</sup> ligne. Les modalités de cette alliance sont relativement simples à établir:

- le CSSS relocalise une équipe de professionnels auprès des médecins de famille;
- une meilleure adhésion au traitement et un lien solide avec un professionnel de la santé procurent rapidement de meilleurs résultats de santé chez les patients ciblés, lui évitent des complications et, par conséquent, le tiennent loin des ressources lourdes que sont l’unité d’urgence et le lit d’hôpital;
- les médecins de famille peuvent ainsi suivre leur clientèle de manière plus structurée et continue, surtout les patients chroniques complexes.

Conséquemment, le CSSS voit diminuer l’achalandage à son urgence et le nombre d’admissions. L’organisation du travail en médecine de famille est grandement bonifiée, ce qui a pour effet d’augmenter rapidement la capacité des médecins de famille de voir un volume plus important de patients.

### IMPLANTER UNE GESTION PROACTIVE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Bien gérer la santé d’une population, en priorité les soins aux patients chroniques complexes est un grand défi. Il est de trois ordres :

- **Tenir compte de la présence de plusieurs maladies chez un même individu** : la littérature est éloquente à ce sujet à savoir que c’est une approche qui n’est pas encore enracinée dans les pratiques courantes, les soignants ayant tendance à s’occuper d’un problème à la fois. À l’aide de trajectoires de soins basées sur les lignes directrices et les consensus canadiens, informatisées à l’aide de la même technologie que celle utilisée pour le DSQ, CONCERTO a relevé ce défi. Il s’agit d’une innovation québécoise qui suscite l’intérêt de groupes d’experts nationaux et internationaux.
- **Coordonner les actions, gérer le partage des rôles** : les trajectoires de soins nous permettent d’assurer une continuité dans la prestation des services et de rehausser l’adhésion au plan de soins par le patient. Cependant, la coordination entre les membres de l’équipe interdisciplinaire, y compris le médecin de famille, et entre les membres de l’équipe et les autres acteurs du milieu – CSSS, médecins spécialistes, pharmacies communautaires, organismes communautaires – constitue un enjeu de taille décrit comme celui qui est le plus problématique. Grâce à la standardisation des processus cliniques et administratifs et grâce aux données générées par les interventions des différents intervenants, la coordination des activités est optimisée.
- **Gérer le changement** : il s’agit ici d’une transformation des rôles des différents professionnels de la santé, y compris le médecin de famille, œuvrant en équipe avec le patient. Le travail en interdisciplinarité en 1<sup>re</sup> ligne est un domaine nouveau et il doit être très bien encadré pour que les changements espérés soient au rendez-vous.

Ceci étant, il faut que les organisations qui veulent aller de l'avant aient un niveau suffisant de préparation pour ce faire. Nous ne préconisons pas une approche ouverte à tous sans critères d'admissibilité et de suivi bien établis.

Nous recommandons une évaluation initiale et des mesures de conversion précises avant d'autoriser un établissement à procéder à une transformation de son offre de services en ayant accès aux modalités budgétaires que nous recommandons.

## RECOMMANDATIONS

Nous souhaitons formuler 4 recommandations en respect de l'objectif principal du présent projet de loi et introduisant des économies réelles et des gains d'efficacité récurrents.

### 1. METTRE EN PLACE UNE NOUVELLE MODALITÉ BUDGÉTAIRE

Nous l'avons dit en introduction et le diagnostic est partagé : le statu quo est l'option la plus onéreuse qui soit et les changements cosmétiques, pour paraphraser le Premier ministre, ne sont pas des avenues prometteuses.

Si tous les acteurs de tous les horizons s'entendent sur la nécessité de mieux organiser la 1<sup>re</sup> ligne de soins pour une gestion optimale des soins aux patients chroniques complexes et l'urgence d'assurer la viabilité du système de soins, les modalités budgétaires pour aller de l'avant doivent être au rendez-vous.

#### **Recommandation 1.**

**Nous recommandons que le gouvernement autorise les établissements choisis par le ministre de la Santé et des Services sociaux à pouvoir procéder à l'inscription à leur bilan d'un « compte à recevoir » en contrepartie d'un crédit des charges engagées et autorisées pour réorganiser leur 1<sup>re</sup> ligne. Ce compte à recevoir serait remboursé durant les 3 années subséquentes par des gains d'efficacité réels et documentés.**

Il est possible de mieux gérer l'utilisation de nos ressources dans le cadre des moyens existants et surtout pour assurer une meilleure qualité de service. Si nous ne faisons rien, les personnes hospitalisées à répétition continueront à l'être, et cette cohorte continuera à croître ou du moins à ne pas diminuer du fait de notre inaction pour ces patients et pour ceux qui sont à risque de devenir, à leur tour, des grands utilisateurs de services de santé.

### 2. INSTAURER UN NOUVEAU MÉCANISME DE FINANCEMENT

Les articles 172 à 179 du projet de loi introduisent la notion d'entente d'inscription qui permet au ministre de la Santé et des Services sociaux de s'entendre avec un fabricant de médicaments aux fins d'inscrire un médicament dont les coûts sont jugés importants en contrepartie d'une ristourne ou d'un rabais consentis par le fabricant.

Dans un cas, il est prévu que les ristournes ou rabais soient versés au fonds de l'assurance médicament dans le cas des médicaments relevant du régime d'assurance médicament et au fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FFESS) relevant de la loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cas des médicaments inscrits au formulaire des établissements tel qu'indiqué par le ministre.

Ce type d'entente dans l'objectif de mettre en œuvre certaines dispositions du budget de juin 2014 pour le retour à l'équilibre budgétaire est un pas dans la bonne direction en terme de contrôle budgétaire. **Nous croyons cependant qu'il pourrait s'agir aussi d'une mesure qui pourrait offrir un effet levier significatif en termes de gains d'efficience, d'économies, de qualité, d'innovation et de meilleur accès aux soins pour notre population.**

**Recommandation 2.**

**Nous recommandons que le ministère des Finances et le Conseil du Trésor permettent que les sommes versées en vertu des ententes d'inscription d'un médicament visés aux articles 173 et 179 du projet de loi 28 conclues entre un fabricant de médicaments et le ministre de la Santé et des Services sociaux puissent être versées par le ministre au Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux visé aux articles 11.2 à 11.5 de la Loi du ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Il faut aussi s'assurer que les fonds versés au FFEISS soient utilisés pour créer un réel effet levier évoqué précédemment. Trop souvent, nous avons observé que ces fonds pouvaient servir à combler des manques à gagner des établissements ou à financer des mesures dont les résultats attendus n'étaient pas clairement exprimés et encore moins mesurés.

**Recommandation 3.**

**Nous recommandons qu'en vertu des dispositions visées à l'article 11.7 de la loi du ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministre des Finances sur approbation du Conseil du Trésor, introduise une modalité prévoyant que ces fonds soient affectés, notamment, à l'organisation des services de santé de la 1<sup>re</sup> ligne médicale.**

L'exemple du rendement attendu en GMF cité précédemment illustre le type d'effet levier atteignable et mesurable. En annexe 1, nous estimons à 410 M\$ par année et de manière récurrente les gains obtenus en prenant en charge en 1<sup>re</sup> ligne une majorité de ceux qu'on décrit comme de grands utilisateurs, soit moins de 3% de la population.

L'intention ici est d'instaurer un mécanisme incitatif, sous forme d'accès à des services professionnels et à des outils normalisés pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, ainsi que la promotion de saines habitudes de vie; et cela, pour faire en sorte que les CSSS se dotent d'une approche structurée et standardisée et puissent capitaliser :

- sur les **économies** en déplaçant les activités requérant des ressources lourdes, vers des activités coordonnées en milieu communautaire (exemple : suivi de plusieurs pathologies simultanément chez un même patient en 1<sup>re</sup> ligne plutôt qu'un suivi morcelé dans différentes cliniques spécialisées dans un seul domaine);
- sur les **gains d'efficience** pour améliorer l'accessibilité ou infléchir la courbe de croissance des dépenses (exemple : jours-civière et jours-lits évités par la prise en charge en 1<sup>re</sup> ligne de grands utilisateurs, de patients à haut risque de complication et de cas complexes);

- sur les **gains de productivité** pour améliorer l’accessibilité aux services, l’efficacité des interventions, la qualité des résultats cliniques (exemple : encadrement clinique et normalisation des pratiques professionnelles en GMF);
- sur l’**amélioration de l’état de santé** et de la **satisfaction** des patients, pour obtenir de meilleurs résultats, susciter l’autosoins et améliorer l’expérience de soins du patient.

### 3. DÉPLOYER UN PLAN D’ACTION À SEPT VOILETS

Sept actions prioritaires sont proposées pour la coordination d’une nouvelle offre de services dans la perspective de ces nouvelles modalités budgétaires et financières.

1. **Catégoriser les patients en GMF** en vue d’adapter l’offre de services aux besoins individuels.
2. **Implanter des trajectoires de soins et de suivi** pour assurer une qualité optimale (résultats de santé attendus et pertinence de l’utilisation des ressources);
3. Optimiser la coordination en vue d’améliorer la **productivité, l’efficacité et la fluidité** – entre la 1<sup>re</sup> ligne et les services spécialisés et entre les partenaires du réseau – dont les cliniques médicales et les pharmacies communautaires;
4. Offrir des **services d’accompagnement** pour la gestion du changement et le transfert des connaissances;
5. Donner accès à un programme de **formation clinique et de coaching** destiné à l’équipe interdisciplinaire.
6. Instaurer un **tableau de bord pour la mesure et l’analyse des données** sur les processus et les résultats obtenus tels l’amélioration de la qualité, la satisfaction de la clientèle, les coûts, les gains d’efficacité.
7. Mettre en place un mécanisme de **reddition de comptes** exhaustif sur :
  - a. la productivité des services;
  - b. la qualité des soins donnés;
  - c. les activités et leurs coûts;
  - d. les effets sur l’amélioration de la santé de la population à court, moyen et long termes.

#### **Recommandation 4**

**Nous recommandons que ministre de la Santé et des Services sociaux autorise un établissement à déployer un plan d’action en fonction de leur niveau de préparation mesuré à l’aide de deux outils : un outil de mesure de leur indice de maturité – pour procéder à la transformation – et un plan de conversion pour passer à l’action.**

**ANNEXE 1 : des exemples à succès**

Résultats de gains d'efficacité sur une période de 3 mois (scénario très conservateur puisque les grands utilisateurs tenus en compte ont été pris en charge graduellement durant le même trimestre et non en bloc au début de ce trimestre)

**PROJET VITRINE DE PRISE EN CHARGE DE MALADES CHRONIQUES (grands utilisateurs), DANS 2 GMF  
RÉGION DU SUD DE LANAUDIÈRE**

Nombre de grands utilisateurs suivis sur 3 mois	53
Gains d'efficacité totaux sur 3 mois	25 890 \$
56 jours d'hospitalisation	17 370 \$
16 jours-civières à l'urgence	8 520 \$
Gain annuel	1 954 \$ / grand utilisateur
Gain potentiel annuel pour les 2 GMF	1,7 M\$
Gain potentiel annuel à l'échelle provinciale	410 M\$

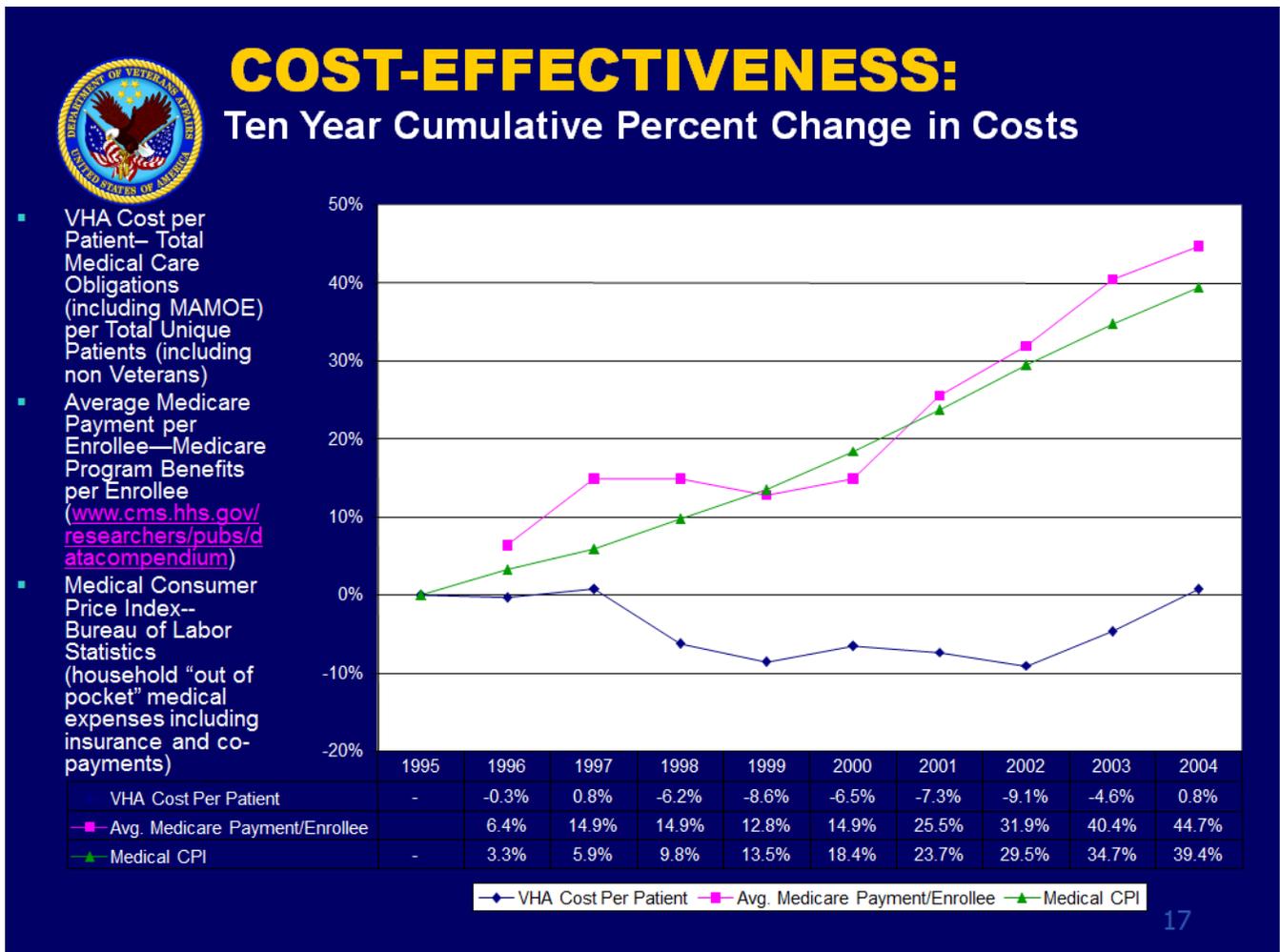
Source : Luc Sauriol, pharmacoeconomiste

**Une histoire à succès d'un système public et universel**

**Un exemple de contrôle des coûts dans un système de santé public et universel pour ses assurés (vétérans et leurs dépendants) soit environ la population du Québec**

Au début des années 90, le réseau des Vétérans américains (VHA) était coté l'un des pires systèmes de santé américains. Entièrement public (financé par Washington) et universel, il couvre un nombre de personnes comparable à la population du Québec. Une réforme radicale, axée sur la gestion des maladies chroniques a propulsé ce dernier de classe au rang de 1<sup>er</sup>, sur tout le territoire américain.

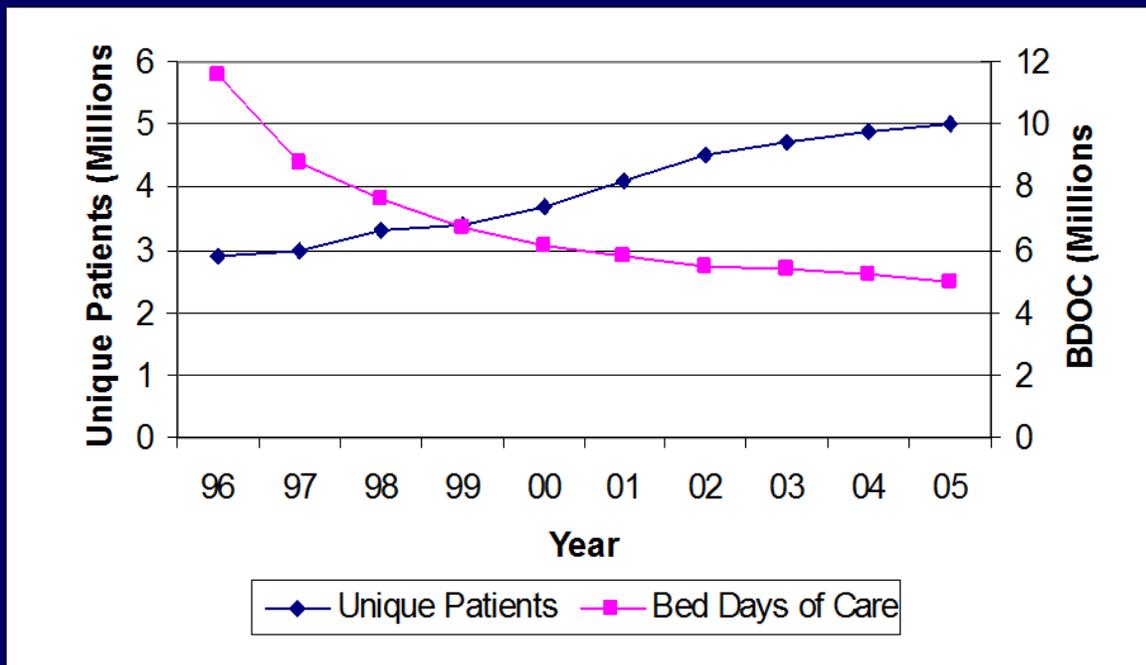
Le premier graphique nous montre l'évolution du coût moyen par patient sur une période de 10 ans. Alors que les coûts des autres grands systèmes publics américains explosaient, ceux du VHA sont restés stables, autour du 0 % de croissance.



La réforme engagée alors était axée sur l'objectif de mieux gérer la santé de leur population couverte notamment et surtout par une meilleure prise en charge en 1<sup>re</sup> ligne et en médecine ambulatoire. Le prochain graphique montre que le nombre de journées d'hospitalisation (en rose) a chuté d'un peu moins 12 millions par année à environ 5 millions. Pendant ce temps, alors que leur réputation se rétablissait, le nombre de patients inscrits (en bleu) passait d'un peu moins 3 millions à 5 millions par année.



## Unique Patients VS BDOC



18

Parallèlement à la diminution des journées d'hospitalisation, on a assisté à une croissance très forte des visites en externe (bleu) soit d'environ 29 millions à 52 millions.

