



COMMISSION PARLEMENTAIRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ, LA CONTINUITÉ ET LA FLUIDITÉ DES SERVICES MÉDICAUX
Miser sur une approche collective et des modalités innovantes de financement

Mémoire sur la première partie du projet de loi no 20

concerto
groupe santé

Le 12 février 2015

Contenu

Résumé	2
Qui sommes-nous ?	3
Pourquoi voulons-nous nous faire entendre ?	4
En quoi le projet de loi devrait être rehaussé pour assurer un bénéfice direct et mesurable aux patients ?	6
Les médecins de famille	6
Recommandation 1	6
Recommandation 2	7
Recommandation 3	8
Les médecins spécialistes	8
Les coûts et le financement	10
Mettre en place de nouvelles modalités budgétaires	12
Recommandation 4	12
Un financement axé sur le patient	13
Investir dans l'innovation	13
Recommandation 5	14
Annexe 1	15
VERS DES ÉCONOMIES RÉELLES – exemple d'un GMF	15
Annexe 2	18
Les effets de l'ajout de modalités d'organisation de services et de financement en soutien à une pratique optimale en 1 ^{re} ligne médicale	18

Résumé

Le diagnostic au sujet du problème de l'accès aux services médicaux, notamment à ceux des médecins de famille, fait consensus. Comme l'objectif du projet de loi vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé en vue d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée à la population de toutes les régions du Québec, nous ne pouvons être en désaccord, du moins sur le fond.

Nous croyons cependant que l'occasion est belle de conjuguer cet objectif à ceux poursuivis par la loi 10 en favorisant des initiatives concrètes d'amélioration de l'offre de services de santé dans le contexte du regroupement des établissements et de ses structures décisionnelles, incluant celles des médecins.

Le réseau de la santé est en ce moment convié à une adaptation de l'offre de soins aux patients, actuellement morcelée, compartimentée, mal coordonnée et trop souvent discontinue. Le rôle des médecins dans cette adaptation est majeur et requiert une approche innovante caractérisée par la collégialité, ainsi que par le travail interdisciplinaire et en réseau de services.

C'est pourquoi nous prôtons l'ajout de mesures axées sur la rentabilité d'une approche collective de la pratique des médecins.

Concrètement, Il s'agit d'établir une alliance stratégique entre les établissements et les médecins en vue d'une offre de services pertinente, structurée et pratico-pratique auprès des clientèles les plus coûteuses pour notre système de santé, les malades chroniques. Les maladies chroniques touchent 50 % de la population, occasionnent plus de 75% des coûts et augmentent à une vitesse fulgurante, ce qui met en cause la pérennité de notre système de santé public.

Nous proposons aussi de créer un effet levier majeur, non seulement sur l'accessibilité, sur la continuité et la fluidité des services, leur efficacité et leur efficience, mais aussi sur les résultats de santé des patients, sur leur satisfaction et la participation à leurs soins.

Nous croyons que le contexte budgétaire actuel favorisera ce type d'alliance pour autant que des modalités budgétaires et d'allocation de ressources soient mises en place, ce qui fait également l'objet de recommandations.

Qui sommes-nous ?

Le Groupe santé CONCERTO (CONCERTO) est une société privée – constituée de médecins de famille, de gestionnaires et d'infirmières issus ou encore en pratique au sein du réseau de la santé et qui épousent les valeurs d'un système de santé public, universel, viable et de qualité.

Au cours des dernières années, nous avons eu le privilège de participer aux réformes de notre système de santé. Malgré certains succès, nous avons pu assister à de nombreux rendez-vous manqués en raison d'une incapacité du réseau et de ses médecins d'assurer sa viabilité et de s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population.

Pour cette raison, nous avons conçu et financé un modèle de soins basé sur les meilleures pratiques professionnelles observées dans le monde pour s'attaquer au défi de l'heure, celui des maladies chroniques. Nous y priorisons les personnes les plus vulnérables de notre société, non seulement en raison de leurs besoins, mais parce que le fait de bien coordonner les soins et les services de ces patients permet de générer des gains d'efficience significatifs.

Ces gains sont suffisamment importants pour dégager une marge de manœuvre permettant de bien s'occuper aussi des besoins de santé du reste de la population : promotion de saines habitudes de vie, prévention des maladies chroniques, dépistage, suivi, et prévention des complications.

Une gamme d'outils avant-gardistes permet non seulement d'optimiser les pratiques de 1^{re} ligne, mais aussi de personnaliser les soins aux patients. Par des méthodes éprouvées et largement reconnues dans la littérature¹ portant sur la gestion des services de santé, les besoins des patients sont catégorisés et l'offre de services est adaptée aux caractéristiques de chaque individu, notamment lorsque plusieurs maladies chroniques sont présentes chez une même personne, ce qui est le lot de 40 % de la population adulte au Québec et ailleurs au Canada.

Dans le cadre d'un projet-vitrine tripartite (médecins de famille, réseau de la santé, partenaires privés), nous avons testé les outils sur le terrain, dans deux groupes de médecine de famille, évalué les risques inhérents aux résistances des différents acteurs. Nous avons pu tester notre approche selon la culture propre à chaque GMF, constaté l'ouverture et le bon vouloir des professionnels qui y œuvrent lorsque les modalités de collaboration sont clairement établies et mises en œuvre. Enfin, nous avons pu apprécier la satisfaction des patients quant à leur expérience de soins et quant à l'amélioration de leurs résultats de santé.

Les outils sont aujourd'hui suffisamment matures pour susciter l'intérêt d'autres provinces et d'autres pays. Nous pensons toutefois que c'est au Québec que leurs bénéfices doivent être exploités.

¹ Modèle de soins chroniques de Wagner, pyramide de gestion des maladies chroniques de Kaiser Permanente, Patient Centric Medical home.

Pourquoi voulons-nous nous faire entendre ?

Nous appuyons l'objectif du projet de loi qui est de d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé en vue d'améliorer l'accès aux médecins. Nous partageons le diagnostic à l'effet d'un problème d'accessibilité aux médecins, notamment les médecins de famille.

Nous remarquons par ailleurs que, même si l'ensemble des médecins sont visés (nombre de patients inscrits, nombre d'heures de disponibilité, nombre de consultations, etc.), les mesures annoncées par le projet de loi 20 et la portée du règlement qui en découlera s'adressent d'abord à l'offre de services des médecins sur une base individuelle (et non collective).

Il nous apparaît aussi que l'accent est mis sur l'accès aux médecins, un certain degré de continuité, mais peu sur la coordination des services.

Nous souhaitons donc formuler des propositions afin que les objectifs visés par le projet de loi 20 soient davantage centrés sur les problèmes prioritaires dans la perspective des patients ainsi que sur des approches qui ont déjà fait leur preuve ici comme ailleurs dans le monde.

Nous souhaitons ici porter à votre attention que notre modèle a fait l'objet d'un audit ministériel. La plus-value clinique du modèle été soulignée ainsi que la qualité de l'encadrement fourni par CONCERTO. Nous avons déjà rencontré des groupes d'intérêts de patients et reçu un accueil favorable : Regroupement provincial des comités des usagers, Conseil pour la protection des malades. Les principaux ordres professionnels québécois dont la mission première est de protéger le public et d'assurer les meilleures pratiques professionnelles auprès de leurs membres, sont d'accord avec le modèle et les principes qui le soutiennent : le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers, l'Ordre des pharmaciens. L'INESSS a souligné le fort potentiel de notre initiative.

Cet intérêt et ces appuis reflètent un consensus à l'effet que l'offre de services actuelle est organisée en fonction de pathologies ou de problèmes de santé spécifiques, ce qui fait que l'organisation des services est morcelée, compartimentée, mal coordonnée et trop souvent discontinue. En conséquence, à défaut de prévenir l'apparition des maladies chroniques et de leurs complications, de suivre les patients aux prises avec de multiples pathologies concomitantes, nous faisons une mauvaise utilisation des ressources, notamment les unités d'urgence et les lits d'hospitalisation. À titre d'exemple, un lit sur deux est monopolisé pour à peine 3 % de la population québécoise.

Si le réseau s'occupait adéquatement des patients diabétiques – qui sont la plupart du temps hypertendus et dyslipidémiques entre autres problèmes de santé – on a peine à s'imaginer le nombre de complications et de souffrances évitées telles les maladies coronariennes, les maladies cérébro-vasculaires, la cécité, les amputations, les insuffisances rénales, etc., que ce soit à court, moyen ou long terme.

Tous les experts le disent : la solution pour faire face à un tel défi réside dans une 1^{re} ligne bien organisée et surtout bien outillée, avec des médecins de famille œuvrant dans un contexte d'interdisciplinarité, au sein d'un réseau de services bien coordonné et bien soutenu par une 2^e et une 3^e ligne. Nous croyons que les objectifs du projet de loi 20 seraient mieux atteints autour de moyens et de modalités visant davantage une action collective des médecins et de tous les autres professionnels devant être mis à contribution pour mieux répondre aux besoins des patients.

La spécialisation des soins a créé une fragmentation de l'offre de soins entre les 2e et 3e lignes et la 1^{re} ligne. Le médecin de famille doit retrouver un rôle central de coordination pour l'ensemble des soins de tous ses patients. Appuyé par une équipe interdisciplinaire structurée, le médecin de famille peut et doit répondre à cet objectif primordial. Il en découlera une pertinence et une utilisation rationnelle des soins et services.

En quoi le projet de loi devrait être rehaussé pour assurer un bénéfice direct et mesurable aux patients ?

Les médecins de famille

1. La liste des activités médicales devant être dressée par l'Agence sur recommandation du DRMG ne comprend pas de mention spécifique pour le suivi des patients chroniques en 1^{re} ligne médicale, en lien étroit avec les 2^e et 3^e lignes de soins. La solution la plus efficace pour ce type de problème est celle d'une 1^{re} ligne bien organisée, bien outillée et bien mesurée.

Recommandation 1

Ajouter après le paragraphe 4^e du 2^e alinéa de l'article 4 du projet de loi le paragraphe suivant :

« 5^e le suivi médical en 1^{re} ligne médicale d'une clientèle inscrite auprès de médecins de famille aux fins de promotion de saines habitudes de vie, prévention des maladies chroniques, dépistage, suivi, et prévention des complications.

Numéroter le paragraphe 5^e de cet article en paragraphe 6^e.

2. Réduire progressivement à 10 ans l'obligation de répondre à des activités médicales en établissement afin de créer un changement de culture qui incitera les médecins de famille à faire plus de prise en charge en 1^{re} ligne. Cela aura pour effet de réduire progressivement de 40 % vers 20 % les activités médicales exercées en 2^e ligne par les médecins de famille, rendant ainsi le Québec comparable aux autres provinces.
3. La pertinence d'une responsabilité collective (gestion du respect des règles par les pairs et mécanismes de reddition de compte) au lieu d'une responsabilité individuelle devrait être évaluée en vue de favoriser le travail en collégialité. Nous croyons qu'une population inscrite auprès d'un groupe de médecins de famille, dont le total de personnes inscrites serait au moins égal à la somme des inscriptions, tel que demandé dans le règlement à venir, de chacun des médecins qui le composent, serait une approche plus attrayante pour les médecins.

Les GMF et les cliniques-réseau pourraient se prêter à cette formule. Cependant la reconnaissance de cette responsabilité collective devrait être rendue dans le cadre du projet clinique et organisationnel du réseau local de services.

Dans les milieux où la population consomme la majorité de ses soins de santé de médecine familiale à proximité, tant en 1^{re} ligne qu'en établissement, des règles communes d'attribution des rôles et de fonctionnement pourraient être convenus entre les groupes de médecins de famille et le département clinique de médecine générale

visé à l'article 185 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* ou d'un service médical visé à l'article 186 cette même loi.

Ce modèle d'organisation devrait également permettre à un médecin de famille œuvrant en pratique solo ou en petit groupe de s'affilier à un tel groupe de médecins de famille et être soumis aux mêmes règles.

Recommandation 2

Ajouter un article 4.1 au projet de loi

« **4.1** Nonobstant les dispositions prévues à l'article 4, une agence peut approuver comme activité médicale la participation d'un groupe de médecins de famille à la mise en œuvre du projet clinique et organisationnel d'un réseau local de services de santé et de services sociaux en conformité avec les dispositions visées aux articles 99.2 à 99.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Afin d'approuver les activités médicales d'un groupe de médecins de famille visées au premier alinéa, l'agence doit s'assurer que le projet clinique et organisationnel visé à l'article 99.5 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux est en vigueur. De plus, elle doit s'assurer que les mécanismes ou les ententes visés au 2^e paragraphe du 1^{er} alinéa de l'article 99.7 de cette même loi et que les conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux visés au paragraphe 4^e du 1^{er} alinéa de cet article, tel qu'amendé à l'article 27.2 de la présente loi, sont en place.

4. Cette approche ouvrirait sans doute la porte à des discussions afin d'implanter un nouveau mode de rémunération pour les médecins œuvrant dans un tel contexte. La rémunération devrait tenir compte du modèle d'organisation et comprendre possiblement 2 volets :
 - a. un paiement global pour l'inscription d'une clientèle auprès des médecins du groupe, comprenant le suivi tant par les médecins que par les professionnels travaillant en interdisciplinarité avec le médecin;
 - b. un paiement à l'acte pour le diagnostic et le traitement de problèmes ponctuels (au sans rendez-vous par exemple).
5. Nous croyons que les groupes de médecins doivent être soutenus par une équipe interdisciplinaire de proximité. Celle-ci doit être outillée avec des approches standardisées de soins et de suivi et des outils permettant de suivre des patients chroniques dont les patients chroniques complexes, laissant ainsi plus de temps aux médecins de famille pour faire du diagnostic et du traitement, ce pourquoi ils sont les mieux formés.

6. Des résultats en lien avec l'état de santé des patients et avec l'efficacité et l'efficience des processus devraient être fixés tant à l'établissement du territoire qu'au réseau de services de santé et de services sociaux et être inclus dans le projet clinique et organisationnel du réseau local visé aux articles 99.2 à 99.8 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux.
7. Ces résultats devraient être mesurés tant pour des fins d'adaptation de l'offre de services que pour des fins de reddition de compte.

Recommandation 3

Ajouter un article 27.1 au projet de loi

« **27.1.** L'article 99.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) est modifié par l'ajout, après le paragraphe 4^e du 1^{er} alinéa, des paragraphes suivants :

« 5^e les résultats de santé attendus pour les principaux problèmes de santé visés au paragraphe 1^e du présent alinéa ainsi que les résultats d'efficacité et d'efficience des mesures visées à l'article 99.7.

« 6^e les modalités et les indicateurs afin de mesurer l'atteinte des résultats et d'apporter des correctifs nécessaires à l'organisation de services.

Ajouter un article 27.2

« **27.2.** L'article 99.7 de cette loi est modifié par l'ajout, après le paragraphe 4^e du 1^{er} alinéa, du paragraphe suivant :

« d) à une équipe de professionnels de la santé dans une perspective de prévention des maladies chroniques, de dépistage, de suivi des personnes porteuses d'une ou plusieurs maladies chroniques et de prévention des complications reliées aux maladies chroniques.

Les médecins spécialistes

La compréhension que nous avons des articles 10, 11 et 12 du projet de loi est de rendre l'accès aux services de consultation des médecins spécialistes plus facile, que ce soit à l'unité d'urgence ou en mode électif. Ils visent également à faire en sorte que, lorsque le nombre le justifie, les médecins spécialistes reprennent la responsabilité du suivi des patients hospitalisés.

Une conséquence souhaitable de ces mesures est de soulager la tâche des médecins de famille en milieu hospitalier – beaucoup plus élevée que leurs collègues du reste du Canada – rendant

notamment leurs services plus disponibles en 1^{re} ligne de soins. Nous sommes d'accord avec cette approche.

Il faut toutefois tenir compte des impacts de la loi 10, dont l'un des principaux résultats sera la création d'un seul établissement régional – le CISSS – par la fusion de tous les autres établissements de ce territoire (sauf certaines exceptions pour les régions 06, 11 et 16) et par conséquent, amenant la création d'un seul CMDP par établissement et d'un département régional par spécialité ou groupe de spécialités. L'un des grands défis à relever est celui de s'assurer de l'équité dans le partage des tâches entre les spécialistes d'une même spécialité pour l'ensemble de la population desservie.

Il semble déjà acquis que la nomination d'un médecin sera automatiquement transposée dans le nouvel établissement ainsi créé, plus particulièrement dans le ou les milieux de pratique où ce médecin exerce habituellement.

Les médecins réalisent toutefois que la responsabilité populationnelle de couverture de services par le CISSS s'étend désormais à toute la région (ou territoire), et que le conseil d'administration devra s'assurer que l'ensemble de la population aura un accès équitable aux services, en fonction de ses besoins de santé.

Deux préoccupations des médecins émergent de ce constat:

- Est-ce qu'un médecin sera obligé de se déplacer pour offrir ses services?
- Le cas échéant, est-ce que le partage des tâches entre les collègues de différents sites sera équitable?

Nous observons sur le terrain deux types de situations :

- celle où les médecins d'une même spécialité ou d'un même groupe de spécialités ont des rapports harmonieux avec leurs collègues des autres sites du territoire et qui envisagent un dialogue constructif et des solutions concrètes;
- celle où des tensions existent entre les médecins de différents sites pour différentes raisons, dont des conflits antérieurs ou des sentiments d'iniquité sur les obligations à respecter par l'un ou l'autre des médecins.

Nous croyons que l'élément clé pour gouverner la plupart de ces situations et faciliter la prise de décision est la portion du plan d'organisation du CISSS portant sur l'organisation des services médicaux de l'établissement. Dès lors que la prise en charge et le suivi des malades chroniques deviennent une priorité en plus des autres services à rendre accessibles à la population, le nombre de médecins nécessaires pour rendre les différents services accessibles doit être déterminé. L'adoption du plan d'organisation est la responsabilité du conseil d'administration, sous recommandation du CMDP, pour ce qui est de la partie sur l'organisation des services médicaux, dentaires et de pharmacie.

Tout comme pour les médecins de famille, nous croyons que le projet de loi 20 devrait miser sur la reconnaissance de la participation d'un médecin à un effort collectif d'un groupe de médecins pour rencontrer les obligations reliées aux privilèges accordés à chacun de ces médecins. Une telle disposition permettrait à un groupe de médecin d'en arriver à une répartition des tâches et des privilèges qui ferait consensus.

Recommandation

Ajouter un article 12.1 au projet de loi

« 12.1 Tout médecin spécialiste qui est titulaire d'une nomination lui permettant d'exercer sa profession dans un centre hospitalier exploité par un établissement doit respecter les obligations rattachées à ses privilèges accordés lors de sa nomination ou lors du renouvellement de sa nomination.

Lorsqu'un groupe de médecins spécialistes d'un même département ou d'un même service s'engagent à respecter collectivement les obligations de chacun des membres de ce groupe, chaque médecin est réputé respecter les mesures visées au premier alinéa. Cet engagement doit être écrit et signé par chacun des membres de ce groupe.

Remplacer au premier alinéa de l'article 17 du projet de loi les mots « articles 11 ou 12 » par « articles 11, 12 ou 12,1 »

Les coûts et le financement

Nous sommes conscients du contexte budgétaire auquel fait face le Québec, ayant été nous-mêmes confrontés à cette contrainte. Nous croyons toutefois que le Gouvernement dispose d'outils lui permettant à la fois de respecter ses objectifs budgétaires et de répondre à la priorité numéro un de la population, soit celle d'avoir accès aux soins et aux services de santé.

D'entrée de jeu, nous affirmons que le scénario le plus onéreux entre tous est celui du statu quo. Affirmer le contraire serait de conclure que les fonds affectés actuellement aux soins et aux services le sont de manière optimale, ce qui n'est évidemment pas le cas.

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.

Une pratique collective des médecins de famille, encadrée par des modalités législatives que nous proposons en amendement au projet de loi 20, permettrait de diminuer les énormes coûts découlant de la situation actuellement observée dans notre réseau.

Vu sous un autre angle, l'importance des dépenses évitables serait tout aussi marquée. Une étude américaine sérieuse² 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

Coûts totaux pour le système de santé américain (en milliards\$)			
Catégorie	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
Total	476	734	992
%	18 %	27 %	37 %

² www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf403314

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.

Mettre en place de nouvelles modalités budgétaires

Ces coûts évitables peuvent servir de base budgétaire pour permettre à un établissement de mettre en place une équipe interdisciplinaire en soutien au travail des médecins de famille tel que nous le recommandons dans le présent mémoire. Ces coûts sont reliés à leur salaire, aux frais de relocalisation et d'opération.

Si tous les acteurs de tous les horizons s'entendent sur la nécessité de mieux organiser la 1^{re} 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 4

Que le Conseil du Trésor permette au ministre de la Santé et des Services sociaux d'autoriser des établissements désignés à inscrire à leur bilan un « compte à recevoir » en contrepartie d'investissements encourus par la mise en place d'équipes interdisciplinaires en 1^{re} ligne médicale, en priorité pour le dépistage des maladies chroniques et le suivi optimal des patients qui en sont porteurs, au premier chef les cas complexes et à risque de complications.

Que ce compte à recevoir soit remboursé par des gains d'efficacité réels et documentés dans les 3 ans suivant l'inscription du « compte à recevoir » au bilan de l'établissement.

Un financement axé sur le patient

Pour être en mesure d'implanter un mode de financement axé sur les patients, le Gouvernement doit du même coup établir des mécanismes de paiement pour soutenir le développement de la 1^{re} ligne, notamment dans sa capacité à améliorer le continuum de soins et la connaissance des coûts et des résultats. 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^{re} 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^{re} 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'autosoin et améliorer l'expérience de soins du patient.

Investir dans l'innovation

Le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux institué en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* donne au ministre de la Santé et des Services sociaux la possibilité d'allouer des fonds à différents intervenants dont les établissements et les groupes de médecine familiale ou pour des initiatives d'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux.

Nous croyons que l'allocation de ces fonds aurait un effet levier majeur si elle s'inscrivait dans un plan de match où, pour chaque dollar investi, il y aurait un rendement du capital investi dans un délai convenu et selon des résultats mesurables. Les gains d'efficience provoqués par une bonne organisation de la 1^{re} ligne médicale en évitant, notamment le recours aux ressources lourdes telles l'unité d'urgence et les lits d'hospitalisation, et en instaurant des mécanismes robustes de coordination et de continuité des services sont tels, qu'on peut faire rapidement la démonstration de cet effet levier.

Un autre projet de loi (28) prévoit même des dispositions permettant au ministre de conclure avec les fabricants de médicaments des ententes d'inscription de nouveaux médicaments et de

dégager des fonds, soit sous forme de ristourne ou de rabais. Nous croyons qu'il serait possible de multiplier l'effet de ces gains en permettant au ministre de la Santé de verser la totalité de ces fonds au Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, lui donnant ainsi une marge de manœuvre supplémentaire pour investir dans des initiatives pour la réorganisation de la 1^{re} ligne médicale.

Recommandation 5

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 sur ministère de la Santé et des Services sociaux.

Qu'en vertu des dispositions visées à l'article 11.7 de la même loi, le ministre des Finances sur approbation du Conseil du Trésor autorise une modalité prévoyant que ces fonds soient affectés à l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne médicale en maladies chroniques.

Annexe 1

VERS DES ÉCONOMIES RÉELLES – exemple d'un GMF

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^{re} 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 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.

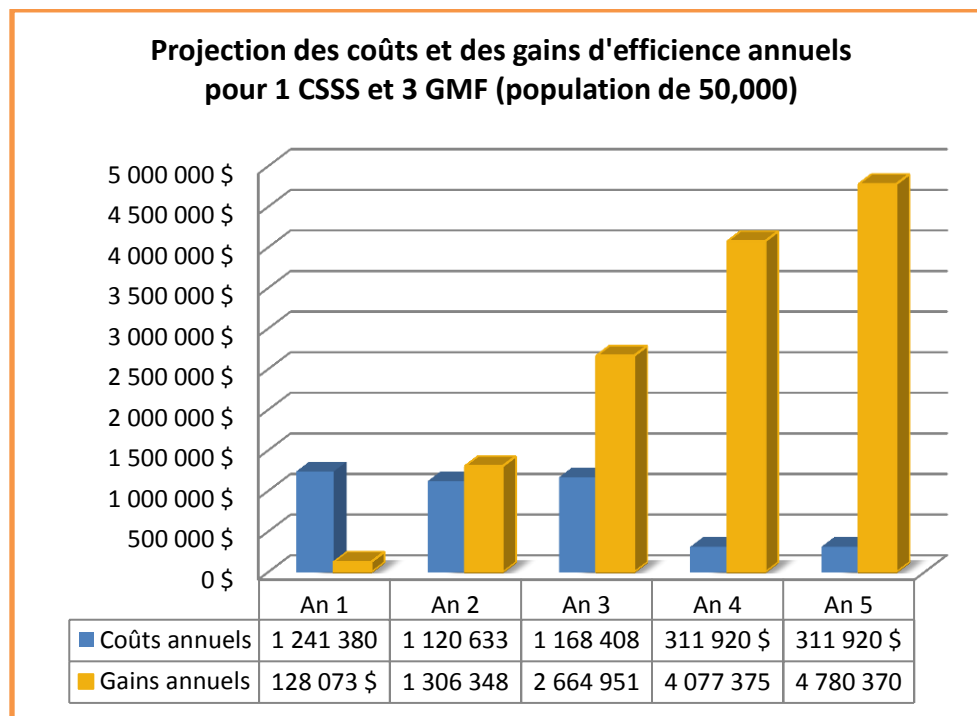
Les expériences très documentées au Québec ou ailleurs en Amérique-du-Nord³ démontrent clairement qu'une large majorité de ces hospitalisations et séjours à l'urgence peuvent être évités, de l'ordre de 70 % à 90 % selon les expériences. De manière tout aussi conservatrice que pour établir les coûts, 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.

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^e année, soit vers le 18^e 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.

³ Voir les données du réseau des Vétérans aux É.-U. (VHA) en annexe 1

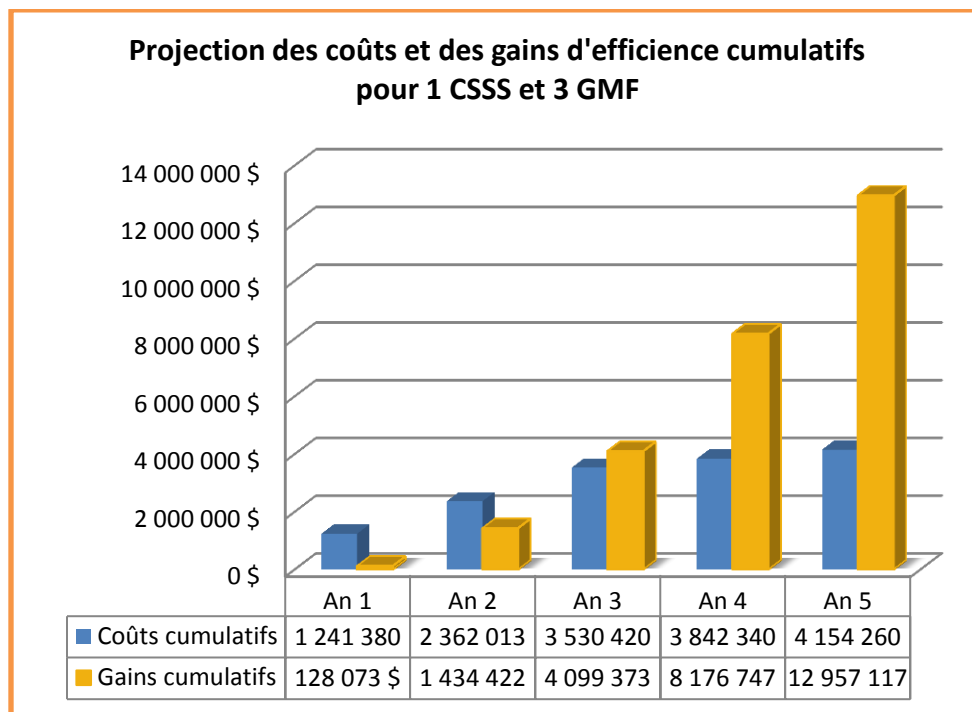
Figure 1



Les coûts comprennent les professionnels supplémentaires au-delà des 2 infirmières déjà présentes dans un GMF moyen, les coûts récurrents (soutien informatique, locaux...) et non récurrents (mobilier, équipement médical).

Après 2 ans de fonctionnement du modèle, en raison des gains d'efficience générés (fermeture de lits, réduction du personnel affecté aux civières), le CSSS peut commencer à fermer les postes équivalents à ceux qui ont été délocalisés vers la première ligne, réduisant ainsi les coûts de transition associés au transfert de l'équipe interdisciplinaire de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne.

Figure 2 Pour une population de 50 000



Commentaire sur le graphique

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

Ainsi, après une période de 5 ans, les gains générés équivalent à 3 fois les coûts investis. Pour chaque année supplémentaire, les gains équivalent à plus de 10 fois les coûts.

Extrapolé sur une période de 10 ans, cela équivaldrait à des coûts cumulatifs de 5,7 M\$ comparés à des gains cumulatifs de 35,5 M\$, et ce pour une population de 50,000 habitants.

Ces économies représentent une réduction du coût per capita de 15 % des soins de santé, sur 10 ans, que pourrait générer une transformation optimale de la première ligne.

ESTIMATION DES GAINS D'EFFICIENCE PER CAPITA

Population du Québec	8 M
Coût actuel du système de santé	32 MM\$
Per capita	4 K\$
Population (3 GMF)	50 K
Coûts du système de santé	200 M\$
Gains nets sur 10 ans	30 M\$
Per capita	3,4 K\$

Annexe 2

Les effets de l'ajout de modalités d'organisation de services et de financement en soutien à une pratique optimale en 1^{re} ligne médicale

1. MESURE DES RÉSULTATS – PÉRENNITÉ DU SYSTÈME

- Indicateurs de processus : connaissance fine des activités en 1^{re} ligne et de celles en 2^e et 3^e lignes en soutien à la 1^{re} ligne.
- Indicateurs d'effets : résultats de santé (Utilisation des services de santé - \$\$ sauvés en maladie chronique).
- Gains d'efficacité substantiels – séjours sur civière et hospitalisations évitées. Meilleurs résultats de santé pour les patients.
- Amélioration de la capacité des patients et de leurs proches pour la prise en charge de leur état de santé.
- Prévention des complications.

2. ACCÈS ET CONTINUITÉ DES SOINS

- Meilleur accès aux médecins de famille en déchargeant ceux-ci du suivi des patients les plus lourds (vulnérables) grâce à un meilleur accès aux services spécialisés des membres de l'équipe interdisciplinaire en raison de trajectoires de soins standardisées, de protocoles de soins, d'ordonnances collectives, d'une formation sur mesure, d'une coordination de haut niveau.
- Meilleur accès aux médecins de famille en les rendant disponibles pour les clientèles qui nécessitent un diagnostic et un traitement, ce pourquoi les médecins sont formés, **et à renforcement de la collaboration avec les infirmières praticiennes spécialisées en 1^{re} ligne**).
- Meilleur accès aux médecins spécialistes en raison d'un cheminement des patients bien organisé lorsque les besoins le requièrent, et retour vers la première ligne des patients qui ne nécessitent pas de suivi en 2^e ligne.
- Meilleur arrimage avec les services de l'établissement (ex. : soins à domicile).

3. STANDARDISATION DES PRATIQUES EXEMPLAIRES

- Trajectoires de soins appuyées sur les lignes directrices.
- Mise à niveau des connaissances cliniques.
- Formation sur le travail en interdisciplinarité.

4. LES CONDITIONS DE SUCCÈS – LA DÉMARCHE

- Évaluation préalable de la capacité d'un milieu à adhérer à de nouvelles pratiques (Indices de maturité).
- Obtention du consentement du patient et de sa participation active à ses soins.
- Accompagnement des équipes sur le terrain par une bonne gestion du changement.