



## **L'implantation du financement à l'activité dans le secteur de la santé et des services sociaux**

Avis de la  
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

---

---

**A**u nom de ses 600 000 membres, dont près de 50 000 travaillent dans les divers établissements de santé du Québec, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec remercie le **Groupe d'experts sur le financement à l'activité** de lui donner l'occasion de se faire entendre une fois de plus sur le financement de notre système de santé. Nos membres, à titre de contribuables et d'usagers, financent une partie de ce système grâce à leurs impôts et bénéficient de ses soins et de ses services. La FTQ a été de toutes les tribunes pour faire connaître son attachement au service public de santé et à son amélioration.

Le groupe d'experts invite « *ceux qui sont intéressés à l'implantation du financement à l'activité* » d'apporter leur contribution à l'exercice.

Tout d'abord, la FTQ ne souscrit pas d'emblée à l'implantation du financement à l'activité. Après les recherches que nous avons effectuées dans le temps qui nous a été imparti, il faut en effet constater que de nombreuses questions persistent quant à l'efficacité de ce mode de financement.

En même temps, nous ne sommes pas partisans du statu quo. Nous connaissons les problèmes subis par le système de santé. Sans limiter la question, prononcer les mots « accès à un médecin de famille », « listes d'attente » ou « engorgement des urgences » suffit maintenant à décrire l'état des lieux et il y a des lustres que, comité après comité, des réformes ont été amorcées pour repenser l'organisation, le fonctionnement et le financement du système de santé, sans qu'aucune avenue n'ait eu le temps suffisant de faire ou non ses preuves. On se croirait engagés dans une véritable course aux réformes, au gré des changements de gouvernements, de la nomination des ministres de la Santé ou des courants idéologiques qui traversent les divers groupes sociaux.

Nous voici donc à une nouvelle épreuve de cette course à relais, celle du financement par activité.

### **La définition**

Le document d'information explique que le financement à l'activité est une méthode selon laquelle « *les budgets sont alloués en fonction des cas traités* », en tenant compte du type de procédures et du volume des services fournis. Par comparaison, et la littérature sur le sujet en parle abondamment, on peut faire un rapprochement avec le système de rémunération à l'acte chez les

professionnels de la santé. Le recours à outrance au paiement à l'acte est souvent cité comme l'une des causes des ratés du système de santé, lorsqu'il est synonyme d'un niveau de prestation de services au-delà de ce qui est nécessaire<sup>1</sup>. Au fil du temps, plusieurs commissions de travail ont soulevé les problèmes de la rémunération à l'acte (Commission Castonguay-Nepveu en 1966, Commission Rochon en 1985, Commission Clair, en 2000) et proposé des modifications à ce système. À ce jour, elles ont été ignorées. Pourtant, on parle de plus en plus de travail d'équipes interdisciplinaires, d'épisodes et d'ensembles intégrés de soins, ce qui rend d'autant plus difficile une rémunération « à l'acte ». Il aurait été intéressant que le document d'information se penche sur cette question et tire un bilan qui aurait pu éclairer davantage la réflexion sur le financement à l'activité, puisque ce dernier vise précisément à accroître le nombre d'actes médicaux posés, comme le nombre de chirurgies de la hanche, par exemple.

## Les objectifs

Selon le document de consultation, les objectifs poursuivis par l'implantation du financement à l'activité sont d'améliorer les services aux patients, de mieux utiliser les fonds consacrés à la santé et de bonifier la gestion.

Nous partageons pleinement ces objectifs mais nous ne saurions affirmer que c'est le financement à l'activité qui permettra de les atteindre, surtout dans un contexte de coupes budgétaires de plus en plus indigestes. Il faudrait sans doute croire aux miracles pour penser que l'introduction d'un nouveau mode de financement de la « *quasi-totalité du système* » puisse être effectuée sans coût d'implantation.

Tout d'abord, l'établissement d'un lien budgétaire entre un service rendu par un établissement et les soins requis par un patient (ou un groupes de patients) exige une base de données fiable, complète et en temps réel. La saga du *Dossier de santé du Québec* ainsi que du *dossier local* est loin d'être terminée et aura durée des années. Peut-on sérieusement penser à court ou à moyen terme à la mise sur pied d'une banque de données pour l'ensemble ou la quasi-totalité du système de santé, et d'un système de surveillance et de contrôle des normes de qualité, sans que cela exige l'injection de sommes dont on n'a pas les moyens? Poser la question, c'est y répondre.

Nous remettons par ailleurs en question l'idée que c'est « à terme » qu'on disposera de données complètes et fiables sur les coûts des soins prodigués. Bien sûr, l'expérience implique une mise à jour régulière et en temps réelle, comme nous l'avons dit, mais l'implantation elle-même d'un nouveau système relié aux activités implique une connaissance relativement exhaustive du coût de ces activités. Sinon, on nage dans l'incertitude, l'approximation et le risque d'erreur.

À ce titre, le document d'information explique avec justesse qu'il faudra « *définir des stratégies particulières pour s'assurer que l'augmentation du volume de soins entraîne effectivement une amélioration des résultats pour les patients* ». Si le fonctionnement à l'activité incite les établissements à accroître le volume des soins prodigués — « *l'argent suit le client* » —, il incite également à la manipulation. Toutes les expériences citées dans la littérature relèvent de tels cas. Pis encore, là où existe une concurrence entre établissements publics et établissements privés, on observe une tendance des établissements privés à ne retenir que les cas plus légers et plus payants, forçant ainsi les établissements publics à s'occuper des cas plus lourds et plus coûteux. D'un côté,

on encourage le sur-traitement des cas à faible risque et de l'autre, le sous-traitement des cas à risque élevé. Les fraudes sont multiples et les États ont maille à partir avec nombre de grands bandits à cravate<sup>ii</sup>. Aussi serait-il nécessaire, si le gouvernement faisait un tel choix, de mettre en place des mécanismes de prévention contre l'éventualité de surcodage et de surfacturation.

Le document mentionne que le financement à l'activité crée de l'émulation entre les établissements et de là, une meilleure allocation des ressources et l'amélioration des services. Dans un système complètement public, cette affirmation est sans aucun doute indiquée. Mais on assiste à une privatisation croissante du système de santé et c'est là que le bât blesse. L'histoire de la concurrence nous montre que là où des intérêts privés agissent, celle-ci mène à l'évincement des moins performants, porte en elle une monopolisation croissante et l'instauration d'un pouvoir économique finissant par prévaloir sur la qualité des soins et des services. Or, ce dont on entend de plus en plus parler dans notre système de santé, c'est de la nécessaire coopération et du tissage de liens étroits entre les équipes de soins et entre les établissements, afin d'établir un corridor continu qui va de l'accès au système de santé jusqu'à la réhabilitation, en passant par la première ligne et les soins plus spécialisés. On parle évidemment ici d'un corridor bien pourvu en ressources humaines, matérielles et financières.

Car si une modification à la méthode de financement vise notamment à accroître la prestation de certains services, rien ne dit qu'elle arrivera automatiquement à lever les obstacles qui se dressent face à cet objectif. Par exemple, on pourrait bien se fixer comme objectif d'accroître le nombre d'interventions chirurgicales, mais si on n'a pas réglé le problème de la disponibilité limitée des anesthésistes — ce cas a été souvent cité dans le passé —, on aura beau expérimenter toutes sortes de méthodes de financement, on n'atteindra pas l'objectif!

Rien ne dit non plus que l'accroissement de la prestation de certains services ne siphonnera pas les ressources déjà rares des autres sphères d'activité<sup>iii</sup>. Le financement à l'activité ne vient-il pas renforcer le fonctionnement en « silos » de notre système de santé, alors qu'une partie des problèmes actuels provient précisément d'un tel fonctionnement?

Selon le document d'information, le financement à l'activité serait également garant d'une bonification de la gestion des établissements. En exigeant d'une part une banque d'informations sûres, détaillées et ventilées, et d'autres part une rigueur accrue du codage des activités et de comptabilisation des coûts, il est évident que la fonction administrative exigera davantage de ressources.

Il est intéressant, à titre d'exemple, de citer l'évolution du personnel du système de santé public en Angleterre entre 1997 et 2005, après l'implantation d'un système de financement à l'activité visant à mettre en concurrence les secteurs privé et public.

Entre 1997 et 2005, le personnel soignant<sup>iv</sup> a augmenté de 24,7 % et le personnel administratif<sup>v</sup>, de 49,3 %, soit deux fois plus rapidement. Parmi le personnel administratif, la palme revient au nombre de gestionnaires qui s'est accru de 77,7 %. Alors que le personnel soignant comptait pour 67,7 % de l'ensemble du personnel en 1997, leur part était passée à 63,7 % en 2005. L'inverse est vrai pour le groupe administratif, dont la proportion est passée de 32,3 % à 36,3 %. C'est ce qu'on appelle une augmentation relative du groupe administratif, au détriment du groupe de soins<sup>vi</sup>. Il s'en est suivi une hausse importante des coûts administratifs. De plus, les dépenses globales ont

augmenté rapidement et le déficit du système public s'est creusé. Sachant que le Québec dépense déjà beaucoup plus en frais administratifs (87 \$ par habitant contre 63 \$ et 62 \$ respectivement en Ontario et en Colombie-Britannique), on peut légitimement se poser la question de l'opportunité de les voir gonfler encore davantage!

Une dernière préoccupation nous anime : celle d'une privatisation encore plus grande du système de santé québécois, alors que le secteur privé occupe déjà plus de 30 % de l'espace des soins et des services. S'appuyant sur l'exemple japonais, une étude récente de Nadeem Esmail pour l'Institut Fraser<sup>vii</sup> en faveur du financement à l'activité lie ce dernier à l'existence d'un système de santé privé parallèle et de l'assurance privée. Esmail parle de prestation privée des services hospitaliers et chirurgicaux de même que d'un système privé pour les soins médicaux (*medically necessary care*).

Deux mois plus tôt, Nadeem Esmail avait publié une autre étude, celle-là à partir de l'expérience australienne. À la lecture des deux analyses, on pourrait croire qu'il y a du « copier-coller », tellement les observations et les conclusions sont identiques.

Les recommandations de Nadeem Esmail peuvent se résumer à trois points principaux :

- Une offre importante de soins hospitaliers privés et de cliniques chirurgicales privées;
- L'existence d'un système parallèle d'assurances privées.
- Le financement à l'activité.

Quant au partage des coûts (avec contribution des patients), il suffirait de modifier la Loi canadienne sur la santé pour lui ouvrir toutes grandes les portes.

On peut comprendre que dans cette « construction » de modèle, le financement à l'activité n'est pas accessoire. C'est LE moyen de financement privilégié pour ce qu'il faut bien appeler « un chat, un chat », c'est-à-dire la privatisation pure et simple du système de santé.

## **La situation actuelle**

Nous l'avons déjà dit : la FTQ n'est pas pour le statu quo. Tout en reconnaissant que certaines améliorations ont été apportées au système basé sur les budgets historiques, notamment en introduisant une partie du financement basé sur les besoins de la population, il reste que cela n'a pas contribué à résoudre les problèmes actuels du système de santé du Québec, du moins pour l'instant. Il ne faut pas oublier que la transition de la budgétisation globale vers une budgétisation populationnelle n'est pas terminée, chaque réforme du système de santé exigeant, avec sa complexité spécifique, des modifications et des ajustements. Il est certain que des enveloppes budgétaires ou des budgets globaux versés uniquement sur la base de l'expérience passée ne peuvent, même indexés, tenir compte efficacement d'innovations à venir, de réorganisation renouvelée du travail, de changements dus à l'évolution technique, technologique et informatique.

On ne peut donc plaider en faveur du statu quo, bien que le financement par enveloppe budgétaire comporte un certain niveau de prévisibilité, de contrôle et de plafonnement budgétaire. Mais il l'est parfois au détriment de l'accès et à la qualité des soins et des services.

Plutôt que de tout jeter par-dessus bord, nous croyons par contre qu'il serait utile de travailler à concrétiser une meilleure coordination de l'ensemble des niveaux de soins, tout en commençant à constituer une base de données utile en tout temps, quel que soit le mode de financement privilégié, voire la combinaison de divers modes. Qui peut douter de la pertinence de constituer des indicateurs efficaces pour mesurer la qualité des soins et des services, pour colliger l'appréciation des patients et pour apprécier les résultats cliniques?

Nous croyons que si le groupe d'experts a bien identifié les problèmes du système, ses faiblesses et ses carences, il va peut-être trop vite dans l'implantation d'un nouveau mode de financement, sans disposer et sans maîtriser l'ensemble des données nécessaires à une telle transformation.

Sans s'y limiter, les données cliniques, financières et administratives à recueillir sont nombreuses :

- mesures qualitatives et diagnostiques (état de santé, maladie);
- données sociales et démographiques (âge, sexe, statut socio-économique);
- données géographiques;
- données spatiales sur les établissements et les distances à parcourir;
- caractéristiques des établissements de services de santé et des unités selon leur spécialisation;
- mesures d'efficacité;
- mesures incitatives et d'économies d'échelle;
- regroupements de patients;
- intensités d'utilisation et données temporelles;
- coûts associés;
- données administratives et systèmes globaux de comptabilité.

Il faut de plus se doter d'instruments permettant d'évaluer l'exactitude de telles données ainsi que leur comparabilité inter-établissements et inter-régions.

L'annonce récente de l'allocation d'une enveloppe de 500 000 \$ pour la mise en place du registre québécois du cancer visant à tracer un portrait de la maladie par région est à première vue un pas positif dans la constitution d'une banque de statistiques sur le cancer d'ici deux ans. La méthode utilisée jusqu'ici — et c'est sans doute le cas pour d'autres types d'intervention — calculait le nombre de cancers selon le nombre d'hospitalisations. Résultat : plusieurs types de cancer (prostate, colon, sein) étaient sous-représentés. D'où une perception faussée de la réalité.

Un autre sujet nous préoccupe : nous avons assisté à tellement de réformes et de modifications dans les décennies précédentes qu'il est de plus en plus difficile d'identifier la véritable source des phénomènes observés. Quelle est la portée exacte de la réorganisation géographique, de la fusion des établissements, de l'introduction du mode de financement populationnel, de la réorganisation du travail, des changements structurels ?

La mise en œuvre souvent simultanée des changements nous empêche de bien déterminer les relations de cause à effet. Le recours à un nouveau mode de financement laisse croire que le mode actuel est la source des problèmes vécus par le système de santé? En sommes-nous sûrs? Pour notre part, nous sommes loin d'en être convaincus!

## Les projets-pilote

Nous ne sommes pas contre le « testage » d'expériences (les projets-pilote), mais là encore, il nous semble à première vue qu'on ait multiplié ces pratiques sans en tirer ou en faire connaître les conclusions.

Par ailleurs, dans le cas qui nous intéresse ici, l'expérimentation du financement à l'activité, il nous semble qu'une expérience dans un seul domaine, ou dans une seule région, ou dans un seul type d'établissement, ne pourra être entreprise en l'absence de données fiables et ne pourra pas, non plus, être généralisée à l'ensemble du système de santé.

Les rapports d'analyse publiés à ce sujet nous expliquent en effet, à partir d'un éventail d'expériences étrangères, que le financement à l'activité n'est pas « normalisable » et qu'il se différencie selon qu'il s'agit des soins continus, des soins de réadaptation, des soins de longue durée, des soins à domicile, des soins ambulatoires, des soins liés à la santé mentale ou des soins spécialisés.

Une étude commandée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé<sup>viii</sup> (FCASS) explique entre autres que le financement à l'activité serait plus facile pour les affections aiguës, les épisodes des patients étant relativement plus faciles à observer. Dans les autres domaines, les résultats seraient moins probants.

L'étude de la FCASS a le mérite de présenter les points faibles du financement à l'activité : il serait associé à une augmentation globale des dépenses hospitalières, il exigerait un degré considérable d'informations, il pourrait favoriser des comportements non souhaitables (sur-prestations ou sous-prestations) et enfin, il permettrait une certaine manipulation des données cliniques. D'où la conclusion de la FCASS : « *Peu importe le système, des méthodes et des vérifications perfectionnées sont des éléments nécessaires de tout mécanisme de FBA [financement basé sur l'activité] pour maintenir l'intégrité et la validité des données utilisées dans le financement...* ». L'étude note qu'aucun système de vérification ou de surveillance exhaustive n'existe, ni au Canada, ni dans aucune des provinces.

## Que faire?

On a entendus à plusieurs reprises que certaines initiatives d'amélioration des services (le fonctionnement des salles d'opération, pour ne prendre qu'un exemple), avaient fait leur preuve sans qu'on ait toutefois procédé à leur application ou à leur généralisation. Pourquoi ne pas commencer par là?

Une chose est certaine. Quelle que soit l'avenue retenue, il faudra réunir autour de la même table les intervenants directs : les professionnels de la santé, les techniciens, le personnel de soins, celui du soutien administratif, celui de l'entretien général et les cadres à tous les niveaux. On pourrait ainsi examiner ensemble la possibilité, par exemple, d'intégrer l'ensemble des étapes des épisodes de soins, d'expérimenter le travail d'équipe et en continu et d'ajuster en conséquence les processus, en fonction de critères et d'objectifs clairement préétablis.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, plusieurs rapports ont soulevé la question de la rémunération des médecins. Ce n'est pas un sujet anodin, entre autres parce que les sommes liées à la rémunération (des médecins et de l'ensemble du personnel) occupent une bonne partie des budgets, mais surtout parce que les décisions des médecins ont une influence énorme et déterminante sur la façon dont le système de santé fonctionne et performe. Il serait intéressant de se pencher une fois pour toutes ces questions et d'examiner avec l'ensemble des intéressés l'existence, s'il y a lieu, d'avenues de substitution ou de complémentarité (mixité de divers modes de rémunération).

Une autre étude de la FCASS<sup>ix</sup> explique qu'on ne peut vraiment s'attendre à un financement supplémentaire important des dépenses de santé dans un proche avenir (l'histoire récente des coupes budgétaires répétitives en témoigne). Nous n'avons donc aucune difficulté à partager ce point de vue. Ne serait-il pas possible, dans ce cadre, de considérer les méthodes de financement qui s'attachent moins à accroître à tout prix le nombre de prestations et qui privilégient l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Pour certains, il peut aller de soi que l'augmentation du nombre de cas traités pourrait diminuer les listes d'attente et désengorger les urgences, mais rien ne dit que cette augmentation sera garante de qualité, d'efficacité et de durabilité. Inversement, axer plutôt sur la qualité et travailler à l'intégration et à la coordination des soins et services pourraient être des facteurs de succès et améliorer l'accès aux soins et aux services.

C'est cette voie que la FTQ privilégie.

MA/  
06-05-2013

---

<sup>i</sup> Thomas Léger, P., *Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada*, Fédération canadienne de recherche sur les services de santé, Ottawa, Ontario, 2011.

<sup>ii</sup> Le cas des États-Unis est patent. Depuis mai 2009 seulement, la création d'une équipe de lutte contre la fraude dans le secteur de la santé et des assurances a permis à l'administration Obama de récolter plus de 10 milliards de dollars en amendes, et d'inculper plus de 800 personnes pour escroquerie. Plusieurs études ont également fait état de fraudes dans plusieurs provinces canadiennes. Voir Broadman Joan, *La fraude commise par les professionnels de la santé à l'encontre des fonds publics : différence en fonction de l'emplacement*, Commission du droit du Canada, mai 2005.

<sup>iii</sup> Voir le rapport de Sutherland, J.M., Repin, N., Crump, R.T., *Financer des services de santé et sociaux à Montréal (Québec) – un examen des mécanismes de financement et du rôle des incitations*, (février 2013), qui explique que le financement à l'activité dans le secteur hospitalier de Montréal entraînera une augmentation des volumes de soins de courte durée, avec une pression accrue dans le secteur des soins post-aigus (p. 46).

<sup>iv</sup> Professionnels, techniciens, personnel ambulancier et personnel infirmier.

<sup>v</sup> Personnel de bureau, admission, triage et gestion.

<sup>vi</sup> Rudolf Klein, *The new model NHS : performance, perceptions and expectations*, British Medical Bulletin, n° 81-82, 2007, p.41. Cité par IRIS, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?*, Note socio-économique, juin 2012.

<sup>vii</sup> Esmail, N., *Health Care Lessons from Japan*, Institut Fraser, Avril 2013

<sup>viii</sup> Sutherland, J.M., Repin, N et Crump, R.T., *Examen du potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé du Canada*, Fondation canadienne pour l'amélioration de services de santé, Décembre 2012

<sup>ix</sup> Sutherland, J.M., Repin, N., Crump, R.T., *Financer des services de santé et sociaux à Montréal (Québec) – un examen des mécanismes de financement et du rôle des incitations*, Février 2013.