

Budget du Québec en santé – Comment limiter la croissance des dépenses de santé

Par Dr Alain Larouche le 25 juin 2014 pour [L'actualité médicale](#)



Blogue à part
par Dr **Alain** Larouche

Les restrictions budgétaires en santé et les moyens pour les mettre en oeuvre font couler beaucoup d'encre ces jours-ci. Par ailleurs, de nombreux écrits émanant du réseau sont publiés sur le suivi des malades chroniques en première ligne, considéré comme une éventuelle solution à la croissance des dépenses^{1,2}.

À chacune de ces lectures, je demeure perplexe car, si ces cadres de référence ou guides sont bien faits, ils sont totalement exempts d'outils concrets de formation professionnelle et de suivi standardisé des patients chroniques, dont la majorité présente des problèmes complexes ou à risque de complications. Non plus que d'outils de mesure de la pertinence et de la productivité pour chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire en GMF ni d'évaluation structurée de l'expérience des patients.

J'ai déjà discuté de l'importance de bien gérer la santé d'une population, en priorité les soins dispensés aux patients chroniques complexes. C'est vrai qu'il s'agit d'un grand défi, mais comme notre ministre, le Dr Barrette, l'affirme ces jours-ci, il faut revoir les façons de faire et restructurer l'offre de soins. Pour ma part, je réitère l'importance des trois facteurs de réussite que voici :

1. Tenir compte de la présence de plusieurs maladies chez un même individu : la littérature médicale est éloquent à ce sujet. Cette approche n'est toutefois 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 Dossier Santé Québec (DSQ), Concerto a relevé ce défi. Il s'agit d'une innovation québécoise qui suscite l'intérêt de groupes d'experts nationaux et internationaux.
2. Coordonner les actions et 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 du patient au plan de soins. 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 étant le plus problématique. Grâce à la standardisation des processus cliniques et administratifs, et aux données générées par les interventions des différents intervenants, la coordination des activités est optimisée.
3. Gérer le changement : il s'agit ici d'une transformation des rôles des différents professionnels de la santé, y compris le médecin de famille, oeuvrant en équipe avec le patient. Le travail en interdisciplinarité en première ligne est un domaine nouveau et il doit être très bien encadré pour faire réellement face aux défis cliniques et organisationnels que représente la réelle prise en charge des patients chroniques complexes.

Cela 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 première ligne et, par conséquent, à profiter d'un mécanisme de financement cohérent, avec des objectifs précis et chiffrés du potentiel réel de diminution de la croissance des dépenses.

INSTAURER DE NOUVEAUX MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Pour être en mesure d'implanter un mode de financement axé sur les patients, le gouvernement doit établir des mécanismes de paiement pour soutenir le développement de la première 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, afin de prévenir et de gérer des maladies chroniques, ainsi que de promouvoir de saines habitudes de vie; l'objectif étant 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 (p. ex. : suivi de plusieurs pathologies simultanément chez un même patient, en première ligne, plutôt qu'un suivi morcelé dans différentes cliniques spécialisées dans un seul domaine);

- sur les gains d'efficacité, pour améliorer l'accessibilité ou infléchir la courbe de croissance des dépenses (p. ex. : jours-civiliers et jours-lits évités par la prise en charge en première 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 (p. ex. : 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.

DÉPLOYER UN PLAN D'ACTION ET DES OUTILS CONCRETS

Quelques actions prioritaires sont incontournables pour coordonner une nouvelle offre de services dans la perspective d'un mode de financement axé sur les patients :

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 première 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 que l'amélioration de la qualité, la satisfaction de la clientèle, les coûts et 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.

1. Maladies chroniques : là où ça compte, AQESSS, mai 2014.

2. Guides d'intégration des professionnels en GMF (infirmière clinicienne, nutritionniste, travailleur social). Info-GMF, MSSS, 21 mai 2014.