

Et si certains GMF devenaient une source de revenus pour un CSSS?

Par le Dr Alain Larouche le 20 juin 2012 pour [L'actualité médicale](#)

Mes associés et moi, du Groupe santé Concerto, avons eu le privilège, en mai dernier, de rencontrer le directeur de la Caisse Nationale d'Assurance maladie de France, son équipe de direction et le directeur de la Caisse primaire de Versailles.

Ils étaient curieux de nous entendre sur le projet-vitrine que nous coordonnons en gestion des maladies chroniques, plus particulièrement dans deux GMF du sud de Lanaudière.

Parmi les questions posées, l'une d'entre elles m'a paru fort pertinente : « Quel sera l'intérêt de vos établissements de délocaliser du personnel clinique dans les GMF de leur territoire afin de mieux s'occuper des patients les plus vulnérables, si leur financement à venir sera sur la base des activités faites dans leurs murs ? »

De fait, lui répondis-je, si l'établissement est payé à l'activité pour les patients qui se présentent à ses portes, il y aurait peu d'intérêt, à première vue, de délocaliser une partie de son personnel clinique dans les GMF en assurant, par exemple, le suivi des patients complexes ou à risque de complications bien qu'on éviterait ainsi pour ces patients des séjours répétés sur civière à l'urgence ou dans un lit sur les étages.

Mais avec un nouveau modèle de financement à l'activité, il y aurait ici une opportunité assez exceptionnelle pour la première ligne de devenir un lieu de production de services privilégiés

Un établissement qui doterait les GMF de son territoire en personnel clinique pour y prendre en charge l'ensemble de la clientèle inscrite, avec une priorité pour les patients les plus vulnérables, devrait bénéficier des gains d'efficacité ainsi dégagés par les coûts évités dans cet établissement et ailleurs dans le réseau.

Le ministre des Finances du Québec annonçait d'ailleurs, le 20 mars dernier¹, la mise en place d'un comité d'experts chargé d'évaluer des modèles de financement à l'activité, d'en présenter les modalités d'implantation le cas échéant et de proposer des expériences pilotes, pour une implantation graduelle dès le printemps 2013.

Pour faire image, le patient, actuellement une source de dépenses pour l'établissement, deviendrait aussi une source de revenus.

Sans être la panacée, j'appuie une telle approche, déjà utilisée dans d'autres pays, dont la France, tout en recommandant de prévoir des modalités pour prévenir certains effets pervers, dont, notamment, la sélection de la clientèle, le financement de la non-qualité et la production d'activités non requises selon les plus récentes lignes directrices professionnelles

Pour aller dans cette avenue, il faut revenir aux bases de notre réforme du réseau de la santé et des services sociaux, qui privilégie la prise en charge de la santé d'une population par le médecin de famille, dans sa clinique, bien entouré de personnel clinique et soutenu par un système d'information adapté à la pratique collaborative

Le comité d'experts annoncé par M. Bachand devrait être saisi de ce besoin afin qu'il puisse proposer des modalités visant à favoriser la conclusion d'ententes formelles CSSS-GMF qui soutiennent la délocalisation de personnel clinique en GMF, ainsi que le calcul de la rémunération à l'activité des professionnels du CSSS et des gains d'efficacité en découlant.

Que pensez-vous de ce financement à l'activité dans le réseau local de services?

Pourquoi ne pas aborder ces questions avec le DG de votre CSSS ou au sein de vos instances clinico-administratives ?

N'hésitez pas à utiliser mon blogue² pour faire valoir vos arguments.

1. Discours sur le budget, budget 2012-2013 , www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2012-2013/fr/documents/Discours.pdf
 2. www.professionsante.ca/medecins/opinions/blogues/blogue-a-part-le-dr-alain-larouche
-

Mots clés : CSSS, financement à l'activité, GMF