

# Le financement axé sur le patient : se sortir la tête du sable !

Par le Dr Alain Larouche le 6 novembre 2013 pour [L'actualité médicale](#)



Blogue à part  
par le Dr Alain Larouche

Les informations qui circulent indiquent que la prochaine année budgétaire sera caractérisée par des coupes majeures, dépassant le milliard de dollars. La question que j'entends le plus souvent est « comment on va faire », d'autant plus que les dépenses continuent d'augmenter, notamment les salaires. « On ne peut plus procéder à des coupes ! »

En effet, si l'on ne change rien à la situation actuelle, les deux seules manières de résoudre cette équation sont de rationner l'offre de services ou d'optimiser les façons de faire.

Pourquoi alors ne pas mettre à profit cette période de grand stress collectif pour opérer des transformations, non pas structurelles – cessez, la coupe est pleine – mais plutôt sur le plan des pratiques professionnelles et administratives ?

Ma vision de la situation est simple à comprendre : le taux d'augmentation des dépenses est directement lié au succès que connaissent les traitements de maladies chroniques et leurs complications. C'est le grand paradoxe : le système de soins risque d'être victime de ses propres succès dans le traitement de la maladie si des changements en profondeur ne sont pas mis en œuvre. Un récent article paru dans le Leader-Post<sup>1</sup> de Régina indique que 1 % des patients occasionne le tiers des dépenses. On y cite l'exemple d'un patient ayant coûté un million de dollars en visites à l'urgence et en hospitalisations répétées sur une période d'un an. Il me semble qu'un autre type de services serait sûrement plus approprié pour ce patient, n'est-ce pas ?

Le rationnement n'est pas une solution valable. Non seulement il ne règle pas le fond du problème, mais il l'aggrave en compromettant l'accès aux soins et services. Mais alors, que faire ? Premièrement, être au fait de deux évidences : comme le disait Einstein, on ne peut résoudre un problème avec la même façon de penser que celle qu'on a utilisée pour le créer; aussi, tout système est parfaitement conçu pour donner les résultats qu'il obtient. Ce n'est pas en lui faisant une cure minceur qu'on modifiera les résultats.

Un peu de recul, donc, pour se convaincre collectivement que nous avons donné naissance à un nouveau type de besoins en matière de santé, caractéristique des pays riches : les patients chroniques complexes. Et le système de santé, tel qu'il existe, n'est pas adapté pour répondre adéquatement à ce genre de problème.

À l'intérieur de leurs murs, les établissements devraient se consacrer à ce qu'ils font de mieux : les soins et les services de 2e et 3e lignes. À l'extérieur de leurs murs, ils devraient conclure des alliances stratégiques avec les acteurs du réseau de soins, particulièrement les médecins de famille, en première ligne, pour la prise en charge de la santé de la population, notamment pour le dépistage, la prévention et la gestion des maladies chroniques. C'est ce que la Loi sur les services de santé et les services sociaux leur demande de faire<sup>2</sup>.

Si le MSSS et l'AQESSS voulaient pousser plus loin leur raisonnement en matière de financement des établissements et opérer une réelle transformation, ils devraient miser sur le financement axé sur le patient à l'intérieur du réseau local de services, y compris l'établissement. Je m'explique : les soins aux patients ne sont pas limités au seul épisode de soins en établissement mais bien à tout le continuum de services. Si nous voulons vraiment cesser d'offrir des services de première ligne aussi morcelés et en silo, comme nous le faisons actuellement, pour les offrir plutôt dans la communauté, pourquoi alors continuer un financement en silo ?

On pourrait procéder par étapes. Le MSSS révisé justement son cadre de gestion des GMF. Pourquoi, comme je l'écrivais dans ma chronique du 19 juillet, ne pas en profiter pour demander aux CSSS d'actualiser le projet clinique et organisationnel de leur réseau local de santé et de conclure des ententes de services avec les GMF ? Cela permettrait aux médecins de famille d'assurer une prise en charge globale de leurs patients inscrits<sup>3</sup>, à l'aide d'une équipe interdisciplinaire, améliorant au passage l'accessibilité aux patients en quête d'un médecin. Et pourquoi ne pas en profiter aussi pour leur accorder un mode de financement adéquat ?

Axer le financement uniquement sur l'établissement risque de provoquer l'effet contraire à celui recherché, c'est-à-dire rendre notre système de soins plus efficace et efficient, de meilleure qualité. Pourquoi, en effet, confier les soins aux patients chroniques à la première ligne si ceux-ci sont payants pour l'établissement ?

Je ne suis pas le premier, et hélas pas le dernier, à revenir sur le sujet. C'est pourquoi je m'adresse à vous, chers collègues, comme collectivité : qu'attendons-nous pour convier nos décideurs à entendre notre vision, notre diagnostic et nos recommandations de traitement pour notre système de soins ?

- 
1. Numéro du 24 octobre 2013.
  2. Voir articles 99.2 et suivants.
  3. Pour vous faire une idée, vous pouvez visionner un document d'animation que nous avons publié dans notre site Web [www.groupe-santeconcerto.com](http://www.groupe-santeconcerto.com). Il s'agit du parcours de Mary dans le système de santé actuel et de ce que ce parcours serait si elle adhérait, à différentes étapes de l'évolution de son état de santé, au modèle que nous avons conçu