

LA QUALITÉ DES SOINS

Une démarche
valorisant les
meilleures pratiques



Groupe d'experts
pour le financement
axé sur les patients

LA QUALITÉ DES SOINS

Une démarche
valorisant les
meilleures pratiques

Groupe d'experts
pour un financement
axé sur les patients



Le générique masculin n'est utilisé que pour alléger le texte.

Document technique 2

LA QUALITÉ DES SOINS – Une démarche valorisant les meilleures pratiques
Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Février 2014

ISBN 978-2-550-69949-1 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-69950-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2014

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Pourquoi la qualité compte-t-elle?	3
1.1 Différentes approches d'incitation à la qualité par le financement.....	5
1.1.1 Le financement selon les meilleures pratiques	5
1.1.2 Le paiement à la performance	8
1.1.3 La rémunération au rendement	10
1.2 Synthèse des enjeux concernant les paiements à la qualité	12
2. Un programme de financement selon les meilleures pratiques	13
2.1 Diffuser les meilleures pratiques	13
2.2 Un programme de financement aux meilleures pratiques	14
2.3 Les critères de sélection des services pour l'application d'un programme de financement aux meilleures pratiques	15
2.4 Le processus proposé pour le programme de financement aux meilleures pratiques.....	16
3. L'élargissement du programme québécois de dépistage du cancer colorectal	21
3.1 Étude de cas : le programme québécois de dépistage du cancer colorectal	21
3.1.1 Le projet pilote	22
3.2 Le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients : des recommandations en trois étapes	28
3.2.1 Établir une analyse coûts/avantages	28
3.2.2 Première étape : la mise à niveau des établissements	28
3.2.3 Deuxième étape : le financement en fonction des activités et de la performance.....	31
3.2.4 Troisième étape : le paiement aux meilleures pratiques	33
4. La gestion des risques et du changement	37
5. Synthèse des recommandations	39

INTRODUCTION

La viabilité du système de santé québécois requiert l'augmentation de la valeur des soins pour le patient, notamment grâce à une amélioration de la qualité de ces soins.

Ce fascicule est un complément au rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, qui décrit de manière plus détaillée comment implanter des incitatifs financiers pour valoriser la qualité dans les services de santé. Le présent fascicule fournit un cadre conceptuel pour la compréhension des différents modèles de paiement et des objectifs qui leur sont associés, tout en ciblant particulièrement les tarifs de meilleures pratiques¹, qui en constituent le sujet principal.

L'objectif des tarifs de meilleures pratiques (aussi appelés paiements à la qualité) est de bonifier les résultats de santé pour les patients par la mise en place d'incitatifs pour l'exécution des meilleures pratiques cliniques, par l'intermédiaire d'un remboursement adéquat pour des soins de haute qualité. Ce lien entre un avantage financier, la qualité et la prestation de soins a pour but de promouvoir des soins cliniquement efficaces et financièrement efficaces, de manière à universaliser les meilleures pratiques.

Au cours de ses travaux, le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients a pu observer sur le terrain plusieurs initiatives qui ont été implantées sur la base d'objectifs similaires, c'est-à-dire l'augmentation de la valeur des soins par la standardisation et la généralisation des meilleures pratiques de soins. Les résultats positifs de ces expériences au Québec, de même que dans d'autres juridictions, ont convaincu le groupe d'experts des bienfaits de l'implantation du financement aux meilleures pratiques et de la nécessité d'agir en ce sens selon une logique plus planifiée et systématique, dans les secteurs qui offrent le plus de promesses de meilleurs résultats sur la santé, à meilleur coût.

La section 1 aborde la définition de la qualité des soins, la raison de son importance pour accroître la valeur des services de santé et les différentes façons de concevoir les modèles de paiement pour valoriser les différentes facettes de la qualité ou inciter à leur mise en œuvre.

La section 2 décrit les propositions du groupe d'experts pour l'implantation graduelle d'un programme de financement aux meilleures pratiques dans le système de santé québécois.

La section 3 présente un exemple de cette approche dans l'expérience de la coloscopie et la section 4 traite de la gestion des risques et du changement.

Le fascicule se termine par un sommaire des recommandations.

¹ Pour les fins du document, les meilleures pratiques sont celles fondées sur des données probantes et scientifiques.

1. POURQUOI LA QUALITÉ COMPTE-T-ELLE?

Un ensemble de preuves grandissant tend à montrer que la façon de garantir une plus grande valeur des résultats des soins en santé et d'assurer la viabilité du système de soins passe par une amélioration de la qualité des services^{2,3,4}. Les résultats de recherches démontrent que dans les systèmes de santé qui sont souvent cités en exemple, les gouvernements ont clairement énoncé qu'une amélioration de la qualité des soins est une pierre angulaire de leur stratégie centrale⁵. Les gouvernements ont aussi recours à des améliorations dans les soins de santé pour contrer l'escalade des coûts et trouver des moyens de réinvestir les économies dans le réseau⁶.

Pour ces raisons, le groupe d'experts recommande que l'amélioration de la qualité en santé devienne une priorité explicite pour le système de santé québécois, et que des mécanismes de paiement soient conçus pour la promouvoir.

Une définition de la qualité

La qualité dans les soins de santé correspond à la manière dont les services de santé dispensés aux patients et aux populations améliorent leurs résultats pour la santé, par la prestation de soins fondés sur les connaissances scientifiques, reflétée dans des dimensions techniques. Plusieurs organisations, dont Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, ont défini les dimensions de la qualité.

- Efficacité : les services de santé sont fondés, dans la mesure du possible, sur des données probantes, rigoureuses et scientifiques ou issues de la recherche.
- Accès : les services de santé sont offerts au moment opportun dans le cadre approprié.
- Capacité : le système de santé possède les ressources nécessaires pour offrir les services appropriés.
- Sécurité : le patient ne doit pas subir d'effet néfaste découlant des soins, ni être exposé à des risques inutiles.
- Orientation du patient : les services de santé sont offerts dans le cadre d'un partenariat entre les praticiens et le patient avec bienveillance, empathie et sensibilité aux besoins, aux valeurs et aux préférences du patient.
- Équité : les services de santé sont offerts selon les besoins cliniques, sans égard aux caractéristiques personnelles tel l'âge, le sexe, la race, l'origine ethnique, la langue, la situation socioéconomique ou le lieu, de manière à aplanir les disparités en matière de santé et de résultats de santé entre divers sous-groupes.

Sources :

1. INSTITUTE OF MEDICINE, Committee on the Quality of Health Care in America, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, in Brief*, Washington, National Academy Press, 2001.
2. ACCREDITATION CANADA, *Accreditation Canada International: Driving Quality Health Services*, Ottawa, Accreditation Canada, 2008.
3. CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, *A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System*, Ottawa, CIHI, 2012.
4. S. LEATHERMAN et K. SUTHERLAND, *Quality of Healthcare in Canada: A Chartbook*, Ottawa, Canadian Foundation for Healthcare Improvement, 2010.

² COMMISSION DE LA RÉFORME SUR LES SERVICES PUBLICS DE L'ONTARIO, présidée par D. Drummond, *Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence*, 2012, 562 p.

³ HEALTH COUNCIL OF CANADA, *Which Way for Quality? Key Perspectives on Quality for Canadian Healthcare Systems*, 2013, [En ligne] http://healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=455.

⁴ H. MILLER, The Commonwealth Institute, *Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Healthcare*, Londres, 2007.

⁵ G. R. BAKER et J. L. DENIS, Canadian Health Services Research Foundation, *A Comparative Study of Three Transformative Healthcare Systems: Lessons for Canada*, Ottawa, 2011.

⁶ HEALTH COUNCIL OF CANADA, *Health Care Renewal in Canada: Progress Report 2013*, 2013, [En ligne] http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=481.

Considérant leur importance, la qualité et les mécanismes de paiement qui l'encouragent sont au cœur des stratégies d'amélioration des systèmes de santé et de recherche de l'efficacité opérationnelle.

□ Le lien entre la qualité et les paiements

Le rapport du groupe d'experts illustre en quoi les mécanismes financiers sont devenus des éléments critiques de la gestion des politiques de santé. L'intérêt s'est affirmé au fur et à mesure que des systèmes de santé de par le monde ont tenté de contrôler l'augmentation des dépenses et des coûts en santé, d'améliorer la qualité des soins et d'utiliser les ressources disponibles de manière optimale.

Notamment, l'utilisation de systèmes de paiements pour promouvoir certains comportements fait de plus en plus partie d'une tendance générale à décentraliser la prise de décision, tout en assurant que les objectifs généraux des politiques sont atteints (comme par exemple, parvenir à l'efficacité financière et clinique). La gestion et le contrôle hiérarchique descendants (*top-down*) sont remplacés par des décisions locales ascendantes (*bottom-up*), influencées par des systèmes de paiement sensibles aux besoins des patients et à leurs préférences⁷.

Les systèmes de paiement à l'activité prospectifs, qui sont l'intérêt principal de notre travail, peuvent jouer un rôle important dans les changements apportés au système. Cependant, ils ne sont pas sans problème. Il existe des risques potentiels que les activités encouragées aient un effet préjudiciable sur la qualité à mesure que les fournisseurs de soins cherchent à maximiser leur rémunération. Pour pouvoir gérer ces risques, il faut d'abord les reconnaître. Les fournisseurs de soins peuvent aussi chercher à transférer des coûts à d'autres secteurs du système de santé ou aux patients.

Un intérêt s'est donc développé envers des systèmes de paiement qui font la promotion à la fois de l'efficacité et de la qualité. Les efforts pour concilier ces deux objectifs ont généré les systèmes de paiement qui « paient pour la performance » en liant une partie du paiement à l'activité aux résultats qui en découlent. Dans le cas où les résultats sont difficiles à mesurer ou les données ne sont pas disponibles, les paiements sont liés au respect des processus standards (ou protocoles de soins) associés aux meilleurs résultats.

L'objectif premier de ces systèmes de paiement est d'améliorer la qualité des soins en alignant les récompenses financières sur la qualité et les mesures de la performance.

⁷ J. APPLEBY, T. HARRISON, L. HAWKINS et A. DIXON, *Payment by Results: How Can Payment Systems Deliver Better Health Care?*, Londres, King's Fund, 2012, p. 2.

1.1 Différentes approches d'incitation à la qualité par le financement

Plusieurs modèles différents ont été conçus pour parvenir à une meilleure qualité des soins avec l'aide de leviers financiers. Des terminologies variées ont été adoptées dans différentes administrations pour décrire des politiques pourtant similaires. Le groupe d'experts recommande que les tarifs⁸ de meilleures pratiques soient adoptés comme une des trois directions prioritaires qui constituent une stratégie par étapes vers l'implantation d'un financement axé sur les patients. Avant de faire une proposition quant à l'implantation des tarifs de meilleures pratiques, la section suivante positionne cette approche comparativement à d'autres modèles de paiement orientés sur la qualité afin que tous puissent comprendre la proposition par rapport aux expériences internationales.

1.1.1 Le financement selon les meilleures pratiques

Dans la majorité des modèles de financement à l'activité, les tarifs sont fondés sur le coût moyen national. Pour mettre à contribution l'influence des leviers financiers, plusieurs administrations ont implanté des tarifs normatifs pour encourager l'adoption des meilleures pratiques, réduire les variations indésirables, améliorer les résultats sur la santé des patients et réduire les coûts. Ces méthodes portent plusieurs noms et présentent des caractéristiques différentes selon le contexte, comme par exemple « tarifs de meilleures pratiques » ou « paiements fondés sur la qualité ». L'expression « financement aux meilleures pratiques » est celle qu'a adoptée le groupe d'experts.

Le financement aux meilleures pratiques a souvent eu l'approbation des praticiens là où il a été implanté, car son approche repose davantage sur des preuves et est considérée comme un système de paiement plus juste.

Le but est de structurer et de concevoir les tarifs de meilleures pratiques de manière à rembourser adéquatement des soins de haute qualité à un coût efficient, tout en faisant le lien entre le tarif et la conformité aux protocoles. Le financement aux meilleures pratiques peut répondre à différents objectifs :

- encourager l'utilisation d'une approche moins invasive (par exemple, la chirurgie d'un jour plutôt que l'hospitalisation);
- rationaliser la trajectoire de soins (par exemple, la réduction du nombre de rendez-vous après la chirurgie ou une amélioration de la coordination);
- augmenter la prestation de soins de haute qualité fondée sur les données probantes disponibles (par exemple, en encourageant les fournisseurs de soins à traiter les patients en respectant les interventions cliniques recommandées de manière à garantir une sélection appropriée des patients et une augmentation de l'efficacité du diagnostic). À cet égard, voir la section 3 sur le programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

⁸ Le tarif réfère à un indicateur du paiement versé par le gouvernement en contrepartie des soins offerts à un patient.

Le financement aux meilleures pratiques doit refléter le coût réel lié à la prestation des soins. Donc, l'incitatif financier dépend non seulement de la mesure dans laquelle le tarif est lié au coût réel engagé par le fournisseur de soins (un coût qui est variable), mais aussi des conséquences de la production de services à un coût différent du tarif de meilleures pratiques. Selon cette logique, quatre modèles sont associés à cette approche :

- les tarifs différentiels – où le tarif de meilleures pratiques est plus élevé que le tarif de base et habituellement (mais pas toujours) plus bas que le tarif standard;
- les paiements additionnels – où le tarif de meilleures pratiques est plus élevé que le tarif standard, mais une utilisation des services plus appropriée favorise le respect du budget;
- les paiements retenus – où le tarif de meilleures pratiques est une part conditionnelle du tarif standard;
- les tarifs regroupés – où le tarif de meilleures pratiques est composé de la somme des tarifs associés à un nombre spécifique d'interventions dans la trajectoire de soins.

Lorsque le tarif est utilisé pour influencer la prestation des soins, il est déterminé prospectivement. Le but est d'inciter à offrir des soins qui sont définis comme étant souhaitables et à décourager l'offre des services inappropriés. Les tarifs de meilleures pratiques peuvent aussi servir à inciter à la prestation de soins dans des plateaux techniques alternatifs tels que les cliniques externes et les soins à domicile. Dans la pratique, les tarifs normatifs ne peuvent être utilisés que lorsqu'il y a un consensus sur ce que constituent des soins souhaitables et non souhaitables.

Une revue de littérature réalisée par des chercheurs universitaires australiens présente des données probantes en faveur d'une série de facteurs à considérer dans l'implantation de tout programme pilote ou d'essai sur le terrain⁹. En voici un résumé :

- les incitatifs doivent être assez substantiels pour avoir un effet significatif;
- les incitatifs doivent être versés au niveau des départements cliniques pour avoir un effet;
- l'impact de tout modèle proposé doit être modélisé et évalué attentivement avant l'implantation, et à intervalles réguliers pendant l'implantation;
- l'analyse d'impact doit prendre en considération le potentiel de disparités régionales, car la littérature met en évidence un désavantage pour les hôpitaux en milieu rural dans l'application de certains paiements à la performance;
- en priorité, les incitatifs doivent engendrer une amélioration dans tous les établissements plutôt que d'encourager uniquement les plus performants;
- les effets pervers potentiels doivent être considérés avec attention;
- des méthodologies d'ajustement au risque doivent être développées et incorporées.

Le groupe d'experts a pris ces facteurs en compte dans le développement de ses recommandations pour l'implantation d'un programme de financement aux meilleures pratiques au Québec.

⁹ K. EAGAR, J. SANSONI, C. LOGGIE *et al.*, *A Literature Review on Integrating Quality and Safety into Hospital Pricing Systems*, Centre for Health Service Development, University of Wollongong, 2013, p. 3.

Exemples de paiements aux meilleures pratiques

1) Les best practice tariffs en Angleterre

Depuis le 1^{er} avril 2010, le National Health Service (NHS) en Angleterre a substitué au coût moyen un coût optimal dans son système de financement. Le coût optimal est calculé sur la base des meilleures pratiques médicales, pour certains problèmes de santé et types de soins (dont la cataracte, la fracture de la hanche, l'accident vasculaire cérébral, la dialyse rénale et la cholécystectomie). Ce tarif est fondé sur le coût de la pratique la plus efficace. Selon le NHS, ce tarif à la meilleure pratique peut être inférieur ou supérieur au coût moyen et être conditionnel à certaines exigences.

Il n'existe pas de modalité de calcul unique. Les tarifs sont calculés selon des modalités spécifiques à chaque intervention, en fonction des meilleures pratiques reconnues et de la disponibilité des données sur la qualité.

Les critères de sélection de ces interventions sont fondés sur :

- une incidence élevée, c'est-à-dire un volume élevé, des variations importantes dans les pratiques et un impact significatif en termes de résultats de santé;
- la disponibilité de données probantes sur ce qui constitue les meilleures pratiques;
- un large consensus d'experts sur les caractéristiques de la meilleure pratique.

En règle générale, le tarif doit s'appliquer non seulement à l'intervention chirurgicale, mais également aux étapes de la prise en charge en amont et en aval, du diagnostic jusqu'au suivi postopératoire. Par exemple, pour le traitement de la cataracte, la meilleure pratique consiste à effectuer tous les examens préopératoires au même moment, la chirurgie en ambulatoire et tous les examens de suivi sur une seule journée, deux semaines après l'intervention.

2) Les actes médicaux fondés sur la qualité en Ontario

En Ontario, les « actes médicaux fondés sur la qualité » visent à rembourser les fournisseurs de soins pour le type et le nombre de patients traités par les établissements en ayant recours à des tarifs établis sur la base de données probantes et ajustées à la lourdeur des cas et à la qualité des soins.

Des experts développent des trajectoires de soins cliniques de meilleures pratiques pour chacune des « actes médicaux fondés sur la qualité » et doivent établir un tarif en fonction des coûts réels de chaque intervention. Pour définir et prioriser les actes médicaux fondés sur la qualité, un cadre de travail axé sur les données cliniques et la qualité a été utilisé en s'appuyant sur quatre principes : l'existence d'une variation de la pratique, la disponibilité des données cliniques, la faisabilité du changement et l'infrastructure nécessaire.

En 2012-2013, le tarif des actes médicaux fondés sur la qualité correspondait au 40^e centile des coûts encourus en moyenne sur une période de trois ans pour les établissements participants. Avec le temps, ce tarif sera remplacé par un « tarif de meilleures pratiques » qui reflétera davantage les considérations de qualité des soins.

Les tarifs doivent financer l'ensemble de la trajectoire de soins. Si on prend l'exemple d'une arthroplastie complète du genou, le patient aura besoin de chirurgie et de réadaptation. Les actes médicaux fondés sur la qualité précisent le montant d'argent que chaque fournisseur de santé recevra pour sa contribution au parcours de santé du patient.

Actuellement, les dix interventions ciblées sont l'arthroplastie de la hanche, l'arthroplastie du genou, la chirurgie de la cataracte, le traitement de la néphropathie chronique, l'endoscopie gastro-intestinale, la chimiothérapie – thérapie générale, la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque congestive, le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique et les interventions vasculaires (non cardiaques). Au cours des trois prochaines années, il est prévu de se pencher sur d'autres interventions ciblées.

Sources :

1. Pour une évaluation des résultats plus détaillée, voir : R. MACDONALD, S. ZAID, S. TODD, F. KONTEH, K. HUSSAIN, J. ROE, T. ALLEN, E. FICHERA et M. SUTTON, *A Qualitative and Quantitative Evaluation of the Introduction of Best Practice Tariffs*, Londres, Grande-Bretagne, Department of Health, 2012, 81 p.
2. RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU SUD-EST, *Patient-Based Funding, Quality-Based Procedures*, 2012, [En ligne], [http://www.southeasthth.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Health_System_Funding_Reform/HSFR%20QBP%20presentation%20for%20HPAC%20-%202012Oct%2010%20\(3\).pdf](http://www.southeasthth.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Health_System_Funding_Reform/HSFR%20QBP%20presentation%20for%20HPAC%20-%202012Oct%2010%20(3).pdf).
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, *Plan d'amélioration de la qualité 2013-2014 : Document d'orientation pour les hôpitaux de l'Ontario, Annexe D, Harmonisation de la qualité et de la Réforme du financement du système de santé (RFSS)*, 2012. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, *Réforme du financement du système de santé. Actes médicaux fondés sur la qualité*, [En ligne], http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding_qbp.aspx.

1.1.2 Le paiement à la performance

Le paiement à la performance est probablement le concept le mieux connu en matière d'incitatifs financiers pour améliorer la qualité. Dans cette approche, des incitatifs ou des éléments dissuasifs, sont appliqués conditionnellement à des résultats précis afin d'encourager la qualité et la sécurité. Ce modèle crée un lien direct entre le financement, d'une part, et la qualité et la sécurité, d'autre part. Habituellement, le tarif est ajusté rétrospectivement en fonction des résultats pour les indicateurs choisis. Il est possible de valoriser une bonne performance en bonifiant un tarif de base, ou de pénaliser une mauvaise qualité de soins en retenant le paiement¹⁰.

La structure de paiement peut prendre plusieurs formes. Les indicateurs de performance peuvent être fondés sur la qualité clinique, l'expérience du patient, le respect des procédures, etc. Ces indicateurs peuvent récompenser l'atteinte d'une cible de performance prédéterminée tout comme le degré d'amélioration par rapport à un point de référence, à un autre établissement ou aux résultats antérieurs.

Plusieurs critères sont associés à la réussite de l'élaboration et de l'implantation d'une politique de paiement à la performance. Il faut des données précises et fiables, tirées des systèmes d'information clinique et financière appropriés. Ces données doivent être transparentes et sujettes à une évaluation indépendante pour assurer la confiance envers le système d'incitatifs et décourager toute forme de manipulation. Il sera aussi nécessaire de prendre certaines décisions quant à la valeur de la récompense. Que l'atteinte ou non des cibles débouche sur des paiements supplémentaires ou sur des pénalités, ceux-ci doivent être suffisamment significatifs pour générer un incitatif réel.

Dans les exemples les plus draconiens, on établit une liste d'événements qui ne devraient jamais arriver (*never events*). Par exemple, une chirurgie effectuée sur le mauvais patient ou la mauvaise partie du corps pour laquelle aucun paiement n'est fait, selon l'argument voulant qu'il n'y ait pas lieu de financer des soins préjudiciables. Une telle politique est attrayante, mais pour implanter cette approche, il serait nécessaire d'harmoniser le financement des établissements avec la rémunération des médecins. Dans les systèmes où les établissements et les médecins sont remboursés par l'entremise d'enveloppes séparées, comme la rémunération à l'acte pour les médecins québécois, il faudrait trouver un moyen d'appliquer cette approche dans les deux enveloppes. Comme la question de la rémunération des médecins ne fait pas partie du mandat du groupe d'experts, la possibilité de ne pas rémunérer le responsable d'un événement de ce genre ne sera pas abordée davantage.

En résumé, lorsque des mécanismes de financement sont mis en place pour promouvoir et valoriser la qualité, cinq facteurs¹¹ sont à prendre en compte, soit le choix des indicateurs, la cible à atteindre, la précision des données, le bénéficiaire de l'incitatif financier et l'ampleur de l'incitatif financier.

Ce type de paiement fondé sur les résultats est proposé en partie dans le fascicule sur le Programme d'accès à la chirurgie, la première direction prioritaire recommandée dans le rapport du groupe d'experts. Le paiement à la performance a l'avantage de pouvoir être implanté pour une grande variété d'interventions chirurgicales, en fonction d'un ensemble général d'indicateurs de qualité. Dès que les données nécessaires au suivi des indicateurs seront disponibles et accessibles aux cliniciens, aux gestionnaires et aux patients, les paiements pourront être liés aux résultats.

¹⁰ DEEBLE INSTITUTE, *Is It Possible to Incorporate Quality into Hospital Pricing Systems?* No. 11, Australian Healthcare and Hospital Association, 2013, [En ligne], <http://ahha.asn.au/deeble-institute>.

¹¹ Anita CHARLESWORTH *et al.*, *Reforming Payment for Health Care in Europe to Achieve Better Value*, Londres, Nuffield Trust, 2012, p. 18-19.

Quelques exemples de paiements à la performance

1) Le désencombrement des services des urgences en Colombie-Britannique

En vertu de ce programme, les hôpitaux reçoivent une prime de 100 \$ à 600 \$ par patient traité ou admis lorsqu'ils respectent des cibles prédéterminées de temps de passage à l'urgence. Pour se qualifier à ce programme, un hôpital doit traiter ou admettre un nombre minimal de patients aux urgences. Ce seuil minimal de visites est déterminé sur l'avis d'experts à partir des données observées l'année précédente.

Ainsi, les cibles et les primes à la performance sont les suivantes :

- pour un patient dont le cas est bénin et qui reçoit son congé de l'urgence dans les deux heures, le service obtient une prime de 100 \$;
- pour un patient dont le cas est grave et qui reçoit son congé de l'urgence dans les quatre heures, le paiement est de 100 \$;
- pour un patient du service des urgences qui doit être admis à l'hôpital et qui obtient un lit dans les dix heures à compter de l'heure de son arrivée, le paiement est de 600 \$.

Ce programme fait actuellement l'objet d'une évaluation; il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions. Cependant, les résultats d'expériences indiquent que les services d'urgence qui ont participé à ces deux projets pilotes ont répondu de sorte qu'une amélioration cumulative du nombre de patients (de toutes catégories) vus dans les limites des temps de passage ciblés, malgré une hausse globale du volume et de l'acuité.

2) Le programme *Value-Based Purchasing* en milieu hospitalier

Lié à la *Patient Protection and Affordable Care Act* des États-Unis, le programme *Value-Based Purchasing* (VBP) finance les hôpitaux en fonction de leur performance par rapport à des mesures de qualité. Le programme est financé en réduisant les tarifs de 1 % à 2 % et en redistribuant la somme retenue aux hôpitaux les plus performants. Le budget est neutre, mais il est prévu qu'il engendre une redistribution de l'ordre de 963 millions de dollars entre les hôpitaux au cours de l'année financière 2013. La réduction sur les tarifs doit augmenter progressivement à tous les ans passant de 1 % en 2013 pour atteindre 2 % en 2017.

Le score des établissements par rapport aux 12 mesures cliniques de la qualité doit être publié pendant au moins un an dans l'*Inpatient Quality Reporting Program* (IQR) avant qu'un établissement puisse vraiment participer au VBP. La performance par rapport aux mesures de qualité représente 70 % du score total. Les 30 % restants proviennent des résultats d'un sondage sur le niveau de satisfaction des patients.

Près de 3 000 établissements participent au programme. En date du 20 décembre 2012, près de 1 milliard de dollars ont été redistribués.

Sources :

1. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ, *Modèle incitatif de désencombrement des services des urgences : Récompenser les temps de passage cibles qui améliorent l'accès et réduisent l'attente dans les services des urgences*, [En ligne], <http://innovation.healthcouncilcanada.ca/fr/innovation-practice/mod%C3%A8le-incitatif-de-d%C3%A9sencombrement-des-services-des-urgences-r%C3%A9compenser-les> [page consultée le 3 novembre 2013].
2. RAU, J., *How Hospitals' Quality Bonuses and Penalties Were Determined and How to Use the Data*, 2012, [En ligne], www.kaiserhealthnews.org/stories/2012/december/21/medicare-hospitals-value-based-purchasing.aspx [page consultée le 18 novembre 2013].

1.1.3 La rémunération au rendement

Une autre des approches les plus connues pour lier la rémunération aux activités des médecins est de rendre la rémunération conditionnelle à l'atteinte d'objectifs de performance précis. Adoptée au départ dans le secteur privé, cette pratique a été observée de plus en plus fréquemment au cours des 20 dernières années dans les services publics et dans une grande diversité de professions.

Dans le domaine de la santé, plusieurs modèles ont été conçus de manière à encourager l'octroi prioritaire de certaines interventions ou de certains services soit à des médecins de famille, soit à des spécialistes. Avec le temps, une attention s'est portée sur des approches conjointes vers une réforme simultanée des modes de rémunération des médecins et de la conception des programmes de paiement. Les programmes de rémunération au rendement dans le secteur de la santé sont devenus un mode commun de rémunération dans de nombreuses administrations. Jusqu'à 19 pays de l'OCDE utilisent ces programmes pour améliorer la qualité des soins¹².

Au Québec, les médecins omnipraticiens et spécialistes sont principalement payés à l'acte et, parfois, selon une rémunération mixte. Les médecins omnipraticiens ont une part de paiements par capitation pour l'inscription de patients dans un groupe de médecine familiale. La rémunération des médecins ne faisant pas partie du mandat du groupe d'experts, les recommandations sur l'utilisation de tarifs pour améliorer la qualité des services (à la fois dans le Programme d'accès à la chirurgie et dans la proposition sur un programme de financement aux meilleures pratiques) s'appliquent au financement du réseau de la santé et des services sociaux et non aux médecins.

¹² Joan SUTHERLAND *et al.*, *Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012, 56 p.

Quelques exemples de rémunération au rendement

1) Le *Quality and Outcomes Framework* en Angleterre

Le *Quality and Outcomes Framework* (QOF), introduit en 2004 en Angleterre, est un programme volontaire de rémunération à la performance destiné aux médecins de soins de santé primaires. Le QOF propose un ensemble d'indicateurs au regard desquels les médecins accumulent des points en fonction de leur niveau de réalisation. Le résultat atteint détermine la récompense financière à laquelle le médecin a droit. Le paiement final est ajusté pour tenir compte du nombre de patients inscrits auprès du médecin et de la prévalence des maladies chroniques dans la zone de pratique.

Les indicateurs se déclinent dans quatre domaines : clinique, organisationnel, expérience patient et services additionnels. Chaque domaine est constitué d'un ensemble de mesures de rendement, appelées indicateurs. Le QOF 2012-2013 contient 148 indicateurs, pour un nombre maximum de points de 1 000 points.

Les résultats sont publiés chaque année. Ces données sont utilisées par les organismes de réglementation, les professionnels de la santé et les décideurs politiques, ce qui contribue à améliorer les connaissances et l'efficacité du programme. Un site Internet permet également aux patients de consulter facilement ces données.

2) Le paiement par capitation en Ontario

Les médecins de famille ontariens sont de plus en plus nombreux à passer d'une rémunération à l'acte vers la capitation. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario affirme que c'est une bonne nouvelle à la fois pour les médecins et pour les patients, tout en précisant qu'un tel système est parfois compliqué et difficile à opérer dans la pratique.

Depuis 2009, près du quart des médecins de famille ontariens sont payés par capitation; plusieurs n'ont abandonné que dernièrement le paiement à l'acte. On estime que les deux tiers des patients ontariens sont inscrits auprès de médecins payés par capitation ou sous un système dit « mixte », qui contient toujours des éléments de paiement à l'acte.

Le gouvernement ontarien a entrepris ses premiers essais avec la capitation dans les années 1970 dans le *Health Services Organization Program*. En 2002, les médecins avaient la possibilité de participer au modèle des réseaux de santé familiale, lui aussi fondé sur une rémunération globale annuelle. Cependant, c'est uniquement en 2005 qu'a débuté le programme des organismes de santé familiale, qui couvre plus de services et offre un meilleur niveau de rémunération par capitation, et qu'en l'adoptant, les médecins ontariens sont passés en plus grand nombre à ce nouveau mode de rémunération.

Dernièrement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Association médicale ontarienne ont élaboré un ensemble de modèles de rémunération attrayants et novateurs, qui récompensent les médecins de famille pour la dispensation de soins complets à leurs patients. La rémunération est basée sur des paiements mixtes. Cela signifie qu'un modèle composé principalement à partir d'une forme de rémunération spécifique (par exemple la capitation) contiendra aussi un mélange d'incitatifs financiers, de primes et d'autres types de paiements.

Sources :

1. Health and Social Care Information Center (HSCIC), *Quality and Outcome Framework*, 2013, [En ligne], <http://www.hscic.gov.uk/gof>, [page consultée le 20 novembre 2013].
2. R. COLLIER, «Shift toward Capitation in Ontario», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n° 10, 2009, p. 668-669, [En ligne], <http://www.cmaj.ca/content/181/10/668.short>.
3. PROFESSIONSSANTÉONTARIO, *Modèles de rémunération de la médecine familiale*, [En ligne], <http://www.healthforceontario.ca/>, [page consultée le 20 novembre 2013].

1.2 Synthèse des enjeux concernant les paiements à la qualité

Pour développer sa stratégie et ses recommandations sur l'implantation d'un financement axé sur les patients au Québec, le groupe d'experts a pris en considération l'expérience d'autres juridictions, des entrevues et des discussions avec des intervenants clés, la recherche et d'autres publications^{13,14}. L'importance de faire de la qualité un engagement explicite et une partie intégrante des approches de paiement axées sur les patients est une thématique cohérente avec les expériences dans ce domaine. L'accent sur la qualité est primordial pour arriver à des soins de plus grande valeur et un système de santé viable à long terme.

Les programmes de financement fondés sur la qualité implantés à travers le monde présentent certains objectifs et principes communs, mais aussi des différences significatives dans leur élaboration détaillée. Par conséquent, les programmes ne sont pas tous identiques et il est important de noter qu'ils sont implantés à l'intérieur de systèmes de santé souvent très différents, à différents moments, et dans des buts politiques variés. Ces modèles financiers sont souvent implantés en complémentarité avec d'autres éléments, comme l'analyse comparative (*benchmarking*), le développement des professionnels, les changements organisationnels et les initiatives liées à l'expérience des patients. Donc, il n'est pas possible d'attribuer les changements à un seul facteur.

Néanmoins, certains constats¹⁵ des expériences de paiement à la qualité sont suffisamment forts pour pouvoir guider l'implantation des futures initiatives. Parmi ceux-ci figurent l'importance d'un leadership clinique et l'offre d'incitatifs en première ligne qui sont suffisamment substantiels pour générer un quelconque effet. L'implantation doit être suffisamment bien conçue et suivie pour que l'impact puisse être évalué et amélioré en continu. Il faut prévoir les conséquences possibles pour les établissements en régions éloignées et éviter que la population qu'ils desservent soit désavantagée. Par ailleurs, la structure des incitatifs doit être conçue pour engendrer des améliorations dans tous les établissements, en récompensant ceux qui performant bien ainsi que ceux qui s'améliorent. Ces facteurs sont pris en compte dans le développement des recommandations pour établir une démarche structurée pour un financement aux meilleures pratiques.

Recommandation 1

L'amélioration de la qualité des soins doit être un objectif explicite de l'implantation du financement axé sur les patients dans le système de santé et de services sociaux québécois.

La deuxième section de ce fascicule expose l'argumentaire sous-jacent à la recommandation d'implanter une démarche structurée pour un financement aux meilleures pratiques et propose des objectifs, une planification, les personnes à impliquer et les processus nécessaires à sa mise en place.

¹³ F. EIJKENAAR, «Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives», *Medical Care Research and Review*, vol. 69, n° 3, 2012, p. 251-276.

¹⁴ F. EIJKENAAR, M. EMMERT, M. SCHEPPACH et O. SCHOFFSKI, «The Effect of Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review of Systematic Reviews», *Health Policy*, vol. 110, n° 2-3, 2013, p. 115-130.

¹⁵ DEEBLE INSTITUTE, *ibid.*

2. UN PROGRAMME DE FINANCEMENT SELON LES MEILLEURES PRATIQUES

2.1 Diffuser les meilleures pratiques

La capacité des fournisseurs de soins et de leurs organisations à diffuser les innovations et les nouvelles idées est un facteur clé pour réduire l'écart entre la « meilleure pratique » et la « pratique commune ». Bon nombre de recherches et d'initiatives prometteuses visent l'amélioration des soins cliniques. Lorsque ces initiatives sont mises en pratique par un regroupement de cliniciens inspirés et motivés, elles produisent souvent des gains sur les résultats de santé pour les patients. Mais la connaissance de ces bonnes idées et de ces bonnes pratiques demeure souvent isolée¹⁶.

En fait, plusieurs experts affirment que si le transfert de connaissances est laissé à lui-même sans l'aide d'un programme dédié aux meilleures pratiques, il faut en moyenne neuf ans pour que les meilleures pratiques soient entièrement implantées dans l'ensemble d'un système de santé. Même à ce point, des variations significatives dans la pratique continuent d'être observées. Dans le cadre d'une mise à niveau, il faut souvent plusieurs années de plus avant que ces changements ne soient incorporés et saisis dans les modèles de coûts par cas et que le financement soit révisé. Il est donc clair que la diffusion rapide et à grande échelle des avancées cliniques est un défi majeur pour les systèmes de santé¹⁷. Alors, malgré la difficulté de changer les pratiques cliniques, les gains cliniques et financiers qui peuvent être réalisés grâce à l'implantation rapide et constante des meilleures pratiques sont significatifs.

L'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients est une responsabilité importante partagée par plusieurs intervenants dans notre système des soins (au ministère, dans les agences et au niveau des CSSS, autant que chez les associations professionnelles). Reconnaisant le besoin d'une source indépendante de connaissances sur les meilleures pratiques, le Québec a créé en 2011 l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), dont le rôle est de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le groupe d'experts a bénéficié du travail de l'INESSS sur un certain nombre de dossiers, en particulier avec sa revue des expériences étrangères sur le financement axé sur les patients¹⁸, produite en réponse à un mandat octroyé par le Ministère.

Néanmoins, ces organismes semblent opérer en l'absence d'un programme global sur la qualité et de priorités sur l'ensemble du système. Chacun fonctionne selon une logique propre et en fonction des besoins ressentis dans son secteur d'activités et d'intérêts, sans qu'il y ait nécessairement de cohérence entre les efforts de ces groupes d'excellence et de moyen systématique de favoriser un leadership clinique en provenance d'autres sources professionnelles. Les avis de nombreux experts reconnus, par exemple ceux de l'Institute for Healthcare Improvement, montrent les limites de laisser foisonner les initiatives les plus diverses. Bien que l'innovation ait sa place à tous les niveaux du système, elle n'est pas suffisante en soi pour réaliser tous les avantages potentiels des avancées cliniques. L'établissement de priorités claires et la mobilisation d'organisations capables de faire campagne sont désormais reconnus comme les facteurs clés du succès.

¹⁶ INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, *How-to Guide: Sustainability and Spread*, 2011, [En ligne], <http://www.ihc.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideSustainabilitySpread.aspx>.

¹⁷ C. YUAN, I. NEMBARD, A. STERN, J. BRUSH, H. KRUMHOLZ et E. BRADLEY, *Blueprint for the Dissemination of Evidence-Based Practices in Health Care*, Issue Brief, The Commonwealth Fund, vol. 86, 2010, [En ligne], <http://www.commonwealthfund.org>.

¹⁸ J.M.R. LANCE, *Le financement axé sur les patients. Revue de littérature sur les expériences étrangères*, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013, 103 p.

Le choix des bons incitatifs financiers sert aussi à accélérer la diffusion rapide des meilleures pratiques. Dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie, qui est la première direction prioritaire recommandée par le groupe d'experts, les tarifs seront déterminés à partir des données sur les coûts moyens des soins obtenus selon une approche descendante (*top down*). Dans une étape ultérieure, lorsque le Québec aura implanté un système de coûts par cas selon une approche ascendante (*bottom up*), des données en provenance des établissements permettront de mieux comprendre la consommation de ressources et l'organisation de services et, incidemment, fourniront un éclairage précieux pour mieux déterminer les tarifs.

Une autre façon de raffiner la méthodologie serait de s'attaquer aux variations dans les pratiques qui sont à même de causer des variations dans les coûts et des effets négatifs potentiels sur les résultats sur la santé. C'est précisément à ce stade qu'il est important de mettre en place une démarche systématique pour favoriser l'adoption des meilleures pratiques dans les secteurs de soins prioritaires et de modifier les mécanismes de financement afin d'en encourager l'utilisation.

2.2 Un programme de financement aux meilleures pratiques

Pour implanter plus rapidement et systématiquement des pratiques fondées sur des données probantes, un effort concerté est nécessaire. Cet effort doit permettre de réunir les bons acteurs dans l'implantation d'un leadership clinique engagé. Pour pousser cet objectif encore plus loin, le groupe d'experts recommande la création d'un programme pour un financement aux meilleures pratiques. L'approche de ce programme à mettre en place s'inspire de l'exemple du programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) présenté dans la prochaine section du présent fascicule.

L'essentiel du travail de diffusion et d'adoption des meilleures pratiques consiste à identifier un leadership clinique engagé qui travaille en collaboration avec les experts du ministère ainsi qu'avec les experts et les gestionnaires de services spécifiques à chaque secteur clinique. Ces équipes seraient soutenues par un responsable de projet chargé de la mise en place et de la planification du programme au niveau ministériel.

Les buts et objectifs du programme de financement aux meilleures pratiques seraient les suivants :

- systématiser la sélection des interventions qui offrent le plus de potentiel d'accroissement de la valeur, en y appliquant des critères convenus pour identifier les secteurs cliniques prioritaires;
- insérer les secteurs cliniques prioritaires à l'intérieur de la planification pluriannuelle de l'implantation d'un programme de financement selon les meilleures pratiques, appuyée par une gestion de projet au ministère;
- d'un secteur d'activité à l'autre et au fil des expériences réalisées, faire ressortir les leçons apprises afin de développer les compétences nécessaires à l'identification et à la diffusion des meilleures pratiques partout au Québec, et ce, au sein même du système de santé et chez les acteurs impliqués;
- permettre au système de santé de développer des acquis dans l'ensemble de ses organismes et à tous les paliers, et d'assurer leur harmonisation;
- obtenir des résultats plus marquants que ceux que peuvent apporter des expériences ponctuelles et isolées, afin d'amorcer un changement de culture.

Ces buts et objectifs requièrent le leadership du ministère pour l'avancement des meilleures pratiques soutenues par le financement.

Recommandation 2

Établir un programme d'implantation des meilleures pratiques. Ce programme devra s'appuyer sur un leadership clinique, les structures, les processus et les habiletés qui garantissent que les meilleures pratiques ciblées sont diffusées et sont soutenues par le financement.

2.3 Les critères de sélection des services pour l'application d'un programme de financement aux meilleures pratiques

Le travail de diffusion des meilleures pratiques étant exigeant, il est proposé d'implanter cette approche à un nombre restreint d'interventions chaque année, en suivant dans chaque intervention une démarche en trois étapes. Dans cette perspective, certains critères devraient guider la sélection des priorités et l'évaluation des résultats.

La logique principale du programme de financement aux meilleures pratiques réside dans l'idée que les résultats anticipés devraient justifier les efforts investis. Toutes les initiatives ne présentent pas le même degré d'opportunité, et les interventions prioritaires doivent être sélectionnées là où il y a un potentiel de faire avancer les pratiques cliniques à l'intérieur d'un plan de travail réaliste en termes de temps et de coûts.

Dans le but de trouver un équilibre entre l'amélioration de la qualité, le temps nécessaire pour implanter ces améliorations et l'exécution aux meilleurs coûts, les critères suivants, inspirés de l'expérience d'autres administrations, sont proposés comme point de départ dans la sélection de secteurs cliniques prioritaires pour le programme de financement aux meilleures pratiques :

- la présence de variations importantes dans les pratiques;
- la possibilité de démontrer des gains sur la santé sans coût additionnel, ou à un rapport coûts-bénéfices positif;
- l'importance de l'impact, soit la possibilité de renforcer la coordination des soins et des trajectoires de soins cohérentes, le potentiel d'amélioration de l'expérience du patient et l'importance du secteur clinique en termes de volume et du nombre de patients affectés;
- la rigueur des données probantes tirées de la recherche scientifique et la possibilité d'établir des cibles à atteindre à partir de consensus d'experts au niveau clinique et organisationnel;
- le niveau de motivation et d'engagement en faveur du changement de pratiques au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

L'équipe de projet du programme serait la mieux placée pour déterminer le nombre de secteurs cliniques à inclure chaque année. L'étendue, la complexité et le degré de préparation au changement que représentent les meilleures pratiques à développer et à implanter dans un secteur seront des facteurs déterminants. Néanmoins, pour obtenir suffisamment d'impact à l'intérieur d'un délai raisonnable, au moins quatre à six interventions devraient être planifiées annuellement.

Recommandation 3

Élaborer un plan pour un financement selon les meilleures pratiques en consultation avec des cliniciens et des experts pour qu'un nombre significatif de secteurs cliniques soit sélectionnés pour le programme annuellement en fonction de l'ampleur des résultats attendus, sur la base des critères proposés par le groupe d'experts.

2.4 Le processus proposé pour le programme de financement aux meilleures pratiques

Un équilibre doit être atteint dans la recherche d'innovations fondées sur des données probantes et la volonté de changer rapidement le système. Le processus d'implantation des meilleures pratiques doit éviter une charge administrative disproportionnée et rechercher un équilibre entre l'effort requis et les avantages qui peuvent en résulter.

❑ Un leadership clinique et administratif essentiel

Toutes les preuves d'une diffusion réussie des meilleures pratiques insistent sur la présence nécessaire d'un leadership clinique et administratif, aux paliers local, régional et provincial. Les soins cliniques sont un domaine médical qui ne peut être abordé sans des experts cliniques; il en est de même pour le domaine organisationnel relatif à l'accès et la révision des processus. Le programme de financement aux meilleures pratiques doit mettre à profit et à contribution le vaste réseau d'expertise existant.

Chaque secteur prioritaire retenu devrait avoir ses « leaders cliniques et administratifs », appuyés par une équipe interdisciplinaire appropriée, par la direction générale de l'établissement et par l'agence de la santé et des services sociaux. Le programme serait développé et soutenu par le Ministère afin de garantir que les paramètres sont clairement communiqués et harmonisés avec les autres initiatives. Chaque équipe de projet serait composée d'un représentant du ministère en charge du programme. L'INESSS pourrait également être mis à contribution dans ce programme.

❑ L'analyse coûts-avantages

Par ailleurs, les interventions choisies devraient présenter un potentiel d'amélioration des soins et un ratio coûts-avantages positif. Il devrait donc être nécessaire de préparer une analyse coûts-avantages convaincante illustrant les bénéfices escomptés.

Le but est de fournir un document plus quantitatif que qualitatif, s'appuyant sur des données probantes, afin de démontrer les gains à obtenir et présenter des cibles de résultats au regard desquelles il serait possible d'évaluer le succès du projet en fin de course. Différents types de gains sont possibles :

- les bénéfices liés au choix de plateau technique : certaines interventions peuvent se faire au bloc opératoire, en chirurgie d'un jour ou en ambulatoire, en cohérence avec l'avis médical. Le coût associé à chacun des plateaux techniques peut différer et le choix entre l'un ou l'autre peut générer des économies;
- les bénéfices liés à l'avancement technologique : les avancées technologiques, par exemple au niveau de la technique d'opération ou dans le type de fourniture utilisé, peuvent réduire la durée de l'opération, les taux de complication ou le temps de récupération, etc;
- les bénéfices liés à la standardisation du processus : lorsque des protocoles de meilleures pratiques sont introduits, sur des normes cliniques certifiées par un comité de cliniciens experts, une meilleure organisation et une efficience accrue peuvent également avoir un impact sur le coût de l'intervention et ses résultats pour le patient;
- les bénéfices liés à l'amélioration de la qualité, de la satisfaction des patients et la réduction des complications.

Un exemple concret concerne la cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire), qui peut se faire avec hospitalisation ou en chirurgie d'un jour. Cette intervention pratiquée en chirurgie d'un jour coûte 1 350 \$¹⁹ comparativement à 5 170 \$ en hospitalisation. Pour un même résultat sur la santé des patients, la prise en charge en chirurgie d'un jour peut être considérée comme la pratique à favoriser. En 2011-2012, les trois quarts des cholécystectomies pratiquées au Québec se sont faites avec hospitalisation (425 des 563 cas). Par exemple, en haussant le taux de chirurgie d'un jour de 25 % à 50 %, des ressources appréciables seraient dégagées sans nuire à la qualité des soins aux patients. Les ressources libérées dans ce secteur (estimées à près de 540 000 \$ pour 2011-2012) deviendraient disponibles pour la prestation d'autres services, que ce soit pour un volume supérieur de cholécystectomies ou pour d'autres soins prioritaires.

L'idée ici n'est pas de produire un document volumineux. Par ailleurs, bien qu'ils présentent un potentiel bien réel, plusieurs bénéfices indirects sont malheureusement très difficilement mesurables.

Un exemple d'une analyse coûts-avantages			
Une analyse coûts-avantages convaincante, illustrant les bénéfices anticipés et les coûts prévus, doit justifier des investissements à court terme permettant de dégager des bénéfices quantifiables à moyen et à long terme.			
Illustration d'une analyse coûts-avantages (en dollars)			
	Année 1	Année 2	Année 3
Bénéfices anticipés			
Réduction des interventions non pertinentes		Bénéfices	Bénéfices
Amélioration de la qualité, analyse coûts-avantages de la satisfaction des patients et réduction des complications		Bénéfices	Bénéfices
Amélioration de l'efficience		Bénéfices	Bénéfices
Autres bénéfices		Bénéfices	Bénéfices
Coûts prévus			
Mise à niveau des établissements (rédaction de guides, développement de logiciels, installation d'équipements, formation, etc.)	Coûts		
Rattrapage dans les listes d'attente (s'il y a lieu)	Coûts		
Autres coûts	Coûts		
Adoption des meilleures pratiques lorsque les bénéfices surpassent les coûts			

Il s'agit donc de réaliser une revue de littérature de la recherche pertinente appliquée à l'activité clinique visée, y compris l'expérience du patient, et ainsi être en mesure d'obtenir des données sur les résultats de santé des patients traités. Il doit exister un argumentaire en faveur du changement, et cet argumentaire doit inclure une analyse des coûts et bénéfices anticipés sur la base des coûts, des volumes et de l'impact probable de l'implantation des meilleures pratiques.

¹⁹ Les coûts présentés sont basés sur le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) moyen provincial pour tous les cas de cholécystectomies (typiques et atypiques) et le coût unitaire provincial calculé à partir des coûts directs réels.

Dans un contexte de rareté des ressources, les secteurs qui voudraient bénéficier d'investissements devront désormais considérer le facteur « efficacité ». La présence de variations notables dans les pratiques est souvent un indice de variation dans la qualité des soins également; cette piste peut être un point de départ intéressant.

❑ **Le choix des interventions visées par le programme**

Chaque année, un nombre ciblé d'interventions pourrait être financés aux meilleures pratiques. Afin de concevoir le financement, les étapes suivantes doivent être franchies. Il y a un certain nombre de gestes à poser pour sélectionner les interventions qui seront visées, préparer une analyse coûts/avantages, réunir une équipe interdisciplinaire et élaborer les guides de meilleures pratiques. Ces actions sont des préalables aux étapes suivantes. Ce processus s'appuie sur les leçons tirées de l'expérience du PQDCCR.

❑ **Première étape : les premiers adhérents**

Une cohorte de premiers adhérents pourrait entamer le projet et démarrer la mise à niveau de leurs façons de faire en fonction des guides de meilleures pratiques et des normes et cibles déterminées. À cette étape, il est nécessaire de mettre en œuvre les mesures suivantes :

- annoncer les secteurs cliniques ciblés pour un financement aux meilleures pratiques;
- identifier des « leaders cliniques et administratifs » accompagnés d'une équipe interdisciplinaire en soutien;
- lancer un appel d'offres, par le Ministère, pour recruter la cohorte de départ des premiers adhérents pour chaque intervention;
- identifier les personnes au ministère en charge de colliger les leçons apprises tout au long du projet auprès de tous les collaborateurs impliqués.

Par ailleurs, les premiers adhérents pourraient bénéficier d'un financement à l'implantation temporaire afin de soutenir l'adoption des systèmes standardisés pour la collecte des données cliniques et financières qui serviront à documenter les normes cliniques, les coûts et le calcul du tarif. Cette première cohorte de participants pourrait aussi obtenir un financement incitatif si cela est jugé nécessaire, par exemple afin de réduire le nombre de cas hors délai sur les listes d'attente ou fournir un appui sur une problématique précise. Cette aide financière temporaire ne serait disponible que pour la première cohorte ayant accepté de se lancer dans le projet.

Au cours de cette étape, il est suggéré de suivre l'avancement du projet à l'aide d'un ensemble d'indicateurs permettant de juger du respect du protocole et des résultats obtenus. En effet, il faut tester si les indicateurs sont applicables et si la mise en pratique débouche sur les résultats voulus.

La première étape pourrait aussi être l'occasion de réaliser une simulation financière donnant aux établissements une idée du financement qui serait obtenu si l'intervention était financée en fonction de leur niveau de conformité aux indicateurs de qualité choisis.

❑ Deuxième étape : le paiement à la performance et le calcul du coût des meilleures pratiques

Une fois parvenus à la deuxième étape, les premiers adhérents ont eu l'occasion de s'acclimater aux normes de pratiques et aux cibles. À ce stade, il devient possible de rendre le tarif conditionnel au taux de conformité au guide des meilleures pratiques et à la rencontre des cibles établies.

La deuxième étape permet, pour les interventions désignées et dans les établissements des premiers adhérents, de remplacer officiellement l'enveloppe de financement globale par un financement à la performance. À ce titre, il est nécessaire qu'un mécanisme soit prévu pour la captation des budgets liés aux interventions en cause. À partir de ce moment, et au fur et à mesure que les meilleures pratiques s'implantent, les données sur les coûts traduisent de façon de plus en plus précise la différence entre le coût moyen de départ et le « coût des meilleures pratiques ».

Les résultats des établissements qui sont les premiers adhérents seront publiés. Au même moment, le Ministère pourrait lancer un appel de candidatures pour une deuxième cohorte d'établissements qui voudraient se joindre au projet, entamer la première étape du processus et entreprendre eux aussi la mise à niveau. Avec l'avancement du projet, les résultats de tous les établissements seraient publiés. Les établissements non participants continueront d'être payés au coût moyen à l'intérieur du budget global.

❑ Troisième étape : le paiement en fonction des meilleures pratiques

La dernière étape s'amorce lorsque que les données disponibles sont suffisantes pour concevoir un tarif de meilleures pratiques. À ce stade, le tarif n'est plus nécessairement conditionnel, bien qu'il puisse le redevenir. L'objectif est d'en arriver aux meilleures pratiques et de s'assurer que celles-ci sont appliquées et que le protocole est respecté dans tous les secteurs cliniques. Il demeure primordial de maintenir un suivi de la qualité, des volumes et de l'évolution des coûts afin d'optimiser le résultat pour les patients. Il faut cependant éviter un processus d'audit trop lourd et effectuer un suivi qui permettra plutôt de cibler les établissements dont les résultats des indicateurs divergent des résultats souhaités.

❑ L'évaluation du programme

L'implantation de meilleures pratiques devrait toujours faire l'objet d'une évaluation permettant de comparer les résultats à l'analyse coûts/avantages initiale. Il est possible que des changements soient nécessaires et qu'un réalignement s'impose. Les leçons apprises tout au long de l'expérience vécue par les premiers adhérents permettent de revoir certains points afin que les cohortes suivantes s'insèrent dans le processus sans heurt. De plus, une évaluation permet aussi d'enrichir le savoir et l'expertise du réseau dans le cadre du même processus, mais pour d'autres interventions. À ce stade, il est escompté que tous les praticiens auront adopté les meilleures pratiques.

Recommandation 4

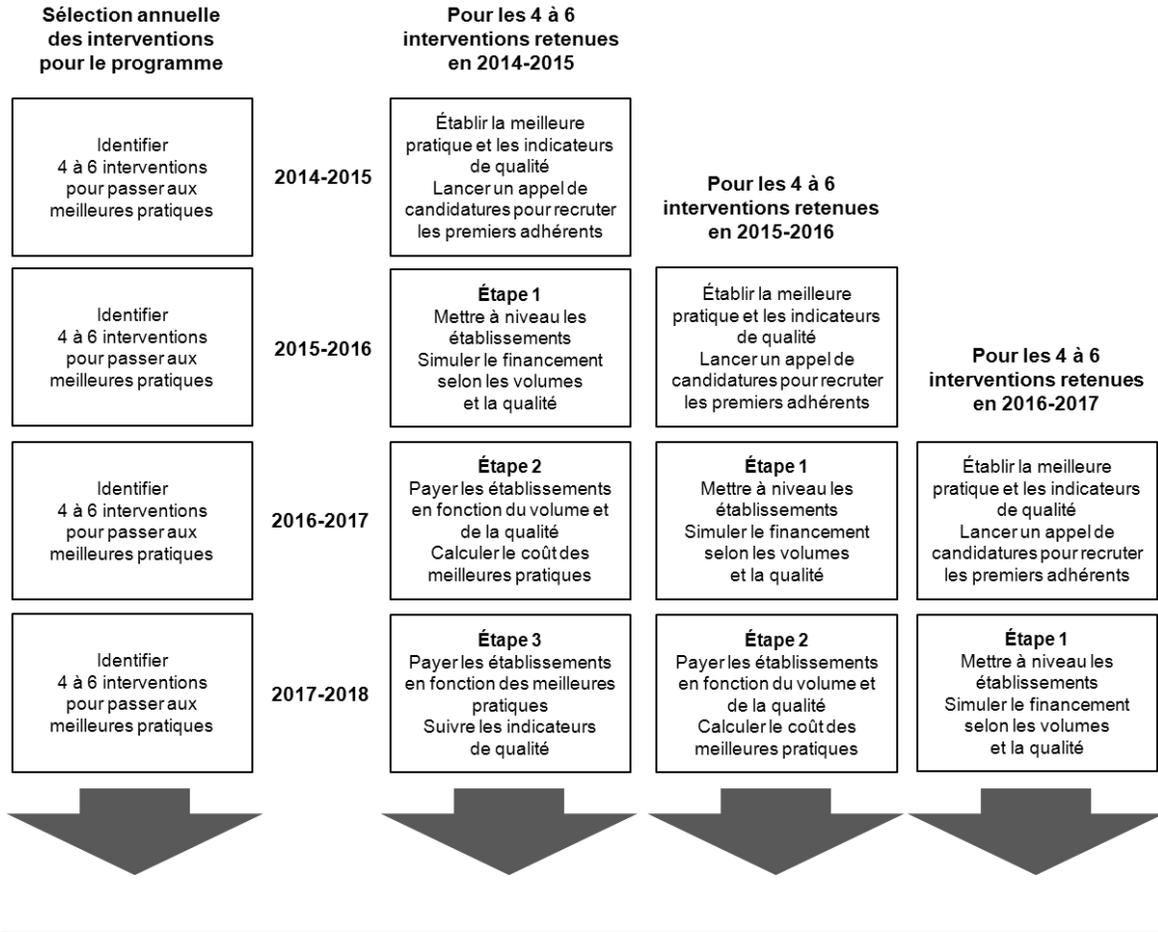
Implanter les meilleures pratiques pour les soins cliniques sélectionnés par l'intermédiaire de l'approche en trois étapes du programme de financement selon les meilleures pratiques.

« La seule vraie mesure de la qualité, ce sont les résultats sur la santé qui comptent pour le patient. Quand les données sur ces résultats sont colligées et publiées, les fournisseurs de soins font face à une pression importante et à des incitatifs forts pour s'améliorer et adopter les meilleures pratiques, ce qui mène à de meilleurs résultats. »

Michael E. Porter et Thomas H. Lee, « The Strategy That Will Fix Health Care », *Harvard Business Review*, octobre 2013 (traduction libre).

ILLUSTRATION 1

Synthèse de la démarche proposée : le programme de financement selon les meilleures pratiques



3. L'ÉLARGISSEMENT DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Au cours de ses travaux, le groupe d'experts a pu observer sur le terrain plusieurs initiatives d'implantation de meilleures pratiques fondées sur des données probantes. Parmi ces initiatives, le programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) a particulièrement retenu notre attention. Ce programme, qui consistait à définir et implanter les meilleures pratiques en matière de coloscopie, a bénéficié d'un support logistique et financier du ministère, ainsi que d'un leadership clinique et administratif engagé.

La démarche réalisée jusqu'à maintenant par ce programme ainsi que les premiers résultats obtenus sont présentés ci-dessous. Le groupe d'experts s'est penché sur ce projet en se demandant si un mécanisme de financement à la qualité pourrait le soutenir. En consultation avec les acteurs responsables de ce programme, le groupe d'experts propose l'élargissement du PQDCCR à l'ensemble du Québec et sa transition graduelle à partir des éléments inclus dans la proposition de programme de financement aux meilleures pratiques.

3.1 Étude de cas : le programme québécois de dépistage du cancer colorectal

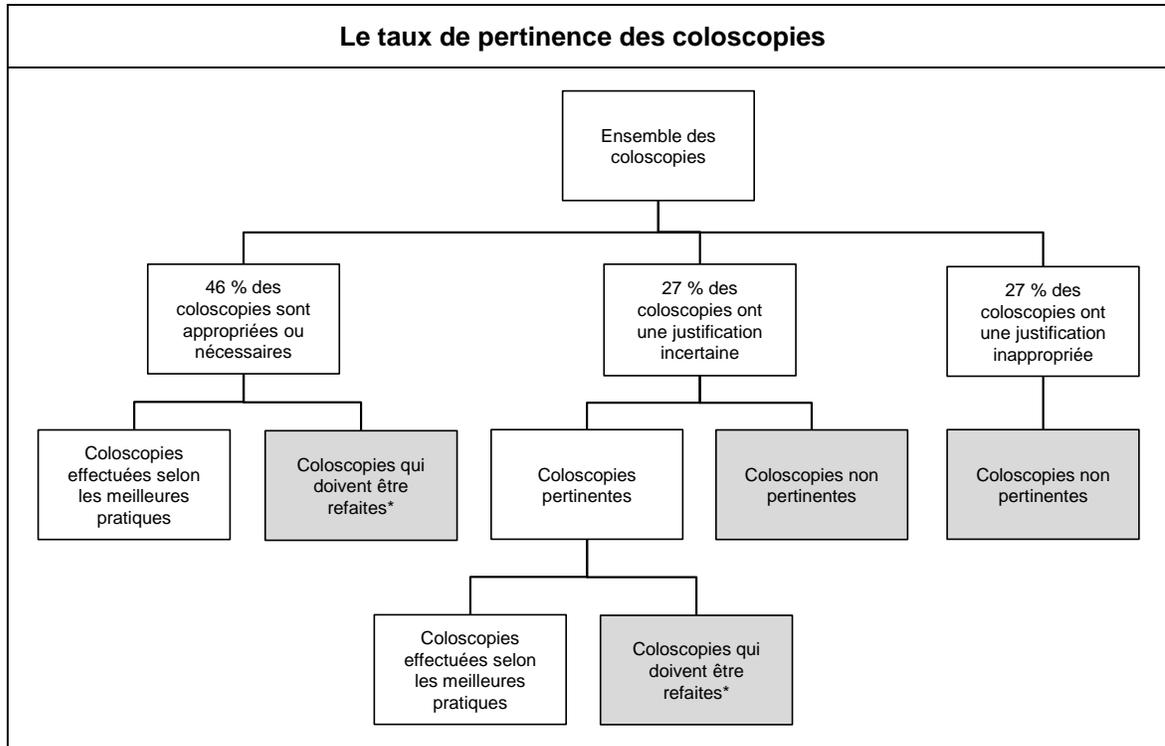
Au Québec, le cancer colorectal arrive au deuxième rang des causes de mortalité dues au cancer. Bien que la coloscopie ait connu une hausse importante de la production au cours des dernières années, de longues listes d'attente ont été observées dans certains établissements.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié en 2008 un rapport qui fait état de « l'hétérogénéité des procédures de prise des rendez-vous et de suivi, l'absence de mécanismes institutionnels pour établir la priorité des demandes de coloscopie et l'absence de documentation adéquate dans bien des services de coloscopie²⁰ ».

Plus précisément, le rapport de l'INSPQ rapporte les résultats d'une étude réalisée dans plusieurs pays d'Europe²¹. On y souligne que seulement 46 % des coloscopies chez les patients référés étaient appropriées ou nécessaires. En contrepartie, 27 % des références ont une justification incertaine et 27 % des cas ont une justification inappropriée. Ces résultats sont importants puisqu'ils pourraient révéler la non-pertinence d'une fraction significative des tests diagnostiques en coloscopie, occasionner des risques pour la sécurité des patients et engendrer des dépenses non justifiables.

²⁰ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008), *Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec*, p. 43, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/882_PertinFaisPrograCcColo.pdf (consulté le 30 janvier 2014).

²¹ J.K. HARRIS, F. FROELICH, J.J. GONVERS, V. WIETLISBACH, V. BURNAND et J.P. VADER (2007). «The Appropriateness of Colonoscopy: A Multi-center, International, Observational Study», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, p. 150-157.



* En raison de mauvaises pratiques.

Source : J.K. HARRIS, F. FROELICH, J.J. GONVERS, V. WIETLISBACH, V. BURNAND et J.P. VADER, *The Appropriateness of Colonoscopy : A Multi-center, International, Observational Study*, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, 2007, p. 150-157.

Par ailleurs, l'observation d'une variabilité dans les pratiques a mené à l'identification, par le Collège des médecins, de pratiques non optimales et à la publication de normes d'exercice en matière de coloscopie en mars 2010²². Dans le même ordre d'idées, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a également publié des lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie en septembre 2011²³. Au-delà de la question de la pertinence, ces événements témoignent d'une variation dans les pratiques, et par conséquent, dans la qualité des soins.

La situation était propice à une révision de la prise en charge des patients et de la pratique médicale. En novembre 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé le déploiement progressif d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal. Le leadership dont a fait preuve le Ministère à ce stade du projet a été important; il devrait être présent à nouveau dans le cadre du programme proposé de financement aux meilleures pratiques qui est recommandé par le groupe d'experts.

La planification de ce programme offrait l'occasion de développer des mécanismes d'assurance qualité entourant la coloscopie au Québec et de les tester au sein de huit sites pilotes avant d'implanter un programme de dépistage à l'échelle provinciale.

3.1.1 Le projet pilote

Afin d'entreprendre la démarche, les sites pilotes devaient répondre à un appel de candidatures. Par la suite, ils devaient s'engager, avec la collaboration de leur agence et des leaders cliniques et administratifs, à fournir l'information relative au projet et à compléter un état de situation sur les

²² COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Normes d'exercice en matière de coloscopie*, volume 50, numéro 2, 2010, p. 15.

²³ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte*, 2011, 36 p.

services de coloscopie et les secteurs associés, dont le retraitement des dispositifs médicaux et l'accès à la chirurgie oncologique. Les sites pilotes ont répondu à l'appel de candidatures issu du ministère sur une base volontaire, mais les établissements qui ont été sélectionnés sont ceux qui satisfaisaient aux critères requis.

Huit sites pilotes ont ainsi été sélectionnés par le Ministère depuis 2011 et se sont engagés à respecter les exigences du projet en termes de critères de disponibilité des données pour assurer le suivi de la performance et des travaux en matière d'accès et de qualité.

TABLEAU 1

Établissements participants ayant intégré le PQDCCR en 2011-2012

Région sociosanitaire	Nom de l'établissement
Bas St-Laurent	CSSS de Rivière-du-Loup
Capitale-Nationale	Centre hospitalier universitaire de Québec
Capitale-Nationale	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
Mauricie et Centre-du-Québec	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Montréal	CSSS du Sud-Ouest-Verdun
Montréal	Centre universitaire de santé McGill
Montréal	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Chaudière-Appalaches	CSSS Alphonse-Desjardins
Montérégie	CSSS Pierre-Boucher

La Direction québécoise de cancérologie a coordonné les travaux d'un comité d'experts provincial qui a élaboré le document *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*. Ce document tient compte des normes du Collège des médecins du Québec et de celles de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Des normes organisationnelles relatives au cheminement optimal des personnes nécessitant une coloscopie ont aussi été élaborées par un autre comité ministériel, notamment les délais d'accès à respecter selon les indications cliniques. Des mécanismes d'assurance qualité ont aussi été proposés. Les associations médicales concernées ont adopté ces normes et en ont fait la promotion. Des forums d'échanges médicaux et infirmiers coordonnés par la Direction québécoise de cancérologie afin d'implanter les normes élaborées ont contribué à leur implantation.

❑ L'engagement du réseau

Concrètement, l'engagement du réseau s'est traduit par :

- la transmission du formulaire de candidature suite à une concertation entre l'agence, les établissements et les partenaires du territoire, de manière à obtenir un engagement clair de la part de tous les acteurs impliqués;
- la pertinence et la solidité du projet régional présenté en lien avec toutes les zones d'intervention.

Au niveau de l'agence, il a été nécessaire de mettre en œuvre les mesures suivantes :

- nommer un responsable régional et une équipe de projet inter-directions;
- désigner un médecin et une infirmière « leader » qui ont participé aux forums téléphoniques et ont été chargés de communiquer l'information et de soutenir les bonnes pratiques;
- assurer le suivi du dossier avec les tables médicales territoriales et confirmer que la coordination dans les établissements se fait;
- réaliser un état de situation sur l'offre de service et mettre en place un mécanisme d'accès régional ou des guichets régionaux;
- mettre en place les outils informatiques et assurer l'atteinte des indicateurs du projet;
- informer le Ministère de tout problème susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs.

Au niveau des établissements, l'engagement impliquait les gestes suivants :

- nommer un chargé de projet disponible et qui possède l'expertise pour faire avancer le projet;
- mettre en place et coordonner les comités de travail qui travaillent à la complétion des grilles d'évaluation et l'élaboration et la réalisation du plan d'action;
- assurer le suivi et collaborer à l'implantation du projet.

❑ L'engagement du ministère

Une fois obtenue l'assurance de la mobilisation des acteurs du réseau, une équipe de projet au ministère a fourni :

- de l'information pour les responsables de projet afin d'assurer un partage des connaissances;
- une évaluation de l'application des normes au début et au terme du projet;
- des outils de référence sur les normes et les critères à appliquer avec un suivi approprié;
- des forums téléphoniques pour les cliniciens, mais aussi pour assurer la gestion de l'accès;
- des conférences téléphoniques statutaires;
- un programme de développement professionnel continu en coloscopie (en élaboration);
- un soutien financier au rattrapage pour éliminer les cas hors délai des listes d'attente et l'implantation d'outils informatiques au besoin.

❑ L'informatisation des unités d'endoscopie

La nécessité d'informatiser les unités d'endoscopie émane de plusieurs exigences exprimées par les parties prenantes du projet pilote. Les exigences informationnelles encadrent l'exploitation de toutes les données saisies par les cliniciens pour produire et calculer des indicateurs afin de mesurer la performance des sites pilotes et le respect des normes cliniques au moment opportun. L'informatisation des unités d'endoscopie est un prérequis essentiel pour amener la pratique de la coloscopie au financement à la performance.

Les établissements retenus comme sites pilotes ont bénéficié d'un financement pour l'implantation des progiciels endoscopiques. Les sommes qui ont été déboursées en association avec cette partie du projet totalisent un peu plus de 730 000 \$²⁴, soit une moyenne de 91 250 \$ par établissement.

❑ Un rattrapage nécessaire dans les listes d'attente

Un financement a aussi été dédié à soutenir l'effort temporaire nécessaire pour résorber les cas hors délai des listes d'attente. La pertinence et la désuétude des demandes non traitées ont été révisées et, dans le cas où elles étaient encore requises, ces demandes ont été priorisées. Cette démarche permet d'équilibrer l'offre de service en fonction des volumes réels pour assurer la pertinence des demandes, mais aussi d'instaurer un réflexe de planification des examens à intervalles réguliers pour éliminer les personnes hors délai de la liste d'attente.

Les établissements participants étaient admissibles à un financement selon les activités pour leurs volumes excédant un certain seuil à 50 % du coût unitaire de la coloscopie afin d'accélérer le processus de traitement des cas hors délai. Le coût unitaire de la coloscopie a été déterminé sur la base d'une méthodologie rigoureuse et standardisée. Des travaux ont été réalisés avec la collaboration des huit sites pilotes et de trois CSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean.

Présentement, les coûts disponibles sont ceux produits pour les sites pilotes du PQDCCR ainsi que pour les établissements du Saguenay – Lac-Saint-Jean. Les résultats affichent une variation dans les coûts d'un établissement à l'autre. Après calcul, il y a eu consensus afin d'utiliser le coût moyen observé comme base pour définir le tarif.

TABLEAU 2

Total des coûts directs pour une coloscopie

(en dollars)

Établissements	Main-d'œuvre	Fournitures	Médicaments	Scopes	Réparation des scopes	Total des coûts directs
Établissement 1	114,85	47,36	4,76	29,80	25,15	221,92
Établissement 2	83,44	42,30	3,15	22,32	12,88	164,09
Établissement 3	126,11	43,64	3,11	14,92	10,64	198,42
Établissement 4	124,71	27,29	10,23	21,32	17,93	201,48
Établissement 5	108,76	31,72	1,88	21,76	8,29	172,41
Établissement 6	98,43	48,88	3,03	25,29	11,42	187,05
Établissement 7	88,19	57,66	1,77	38,29	—	185,91
Établissement 8	83,48	42,30	13,30	25,75	12,83	177,66
Établissement 9	84,53	22,00	7,34	21,96	21,06	156,89
Établissement 10	102,73	30,56	1,54	12,17	20,44	167,44
Établissement 11	101,95	46,73	6,21	14,09	11,74	180,72
Établissement 12	81,91	52,93	8,15	26,15	12,19	181,33
Moyenne du groupe	99,92	41,11	5,37	22,82	14,96	182,94
Moyenne pondérée du groupe	96,22	44,13	5,63	23,01	13,06	182,06
Médiane normalisée	100,19	42,97	3,96	22,14	12,83	181,03

Source : MEDIAMED TECHNOLOGIES, *Estimation des coûts de la coloscopie du réseau de la santé et des services sociaux*, 2012, p.28

Afin d'aider à éliminer les cas hors délai des listes d'attente, les sites pilotes ont reçu un financement additionnel. Le tarif associé aux volumes excédentaires visant à éliminer les cas hors

²⁴ Données du ministère de la Santé et des Services sociaux.

délai des listes d'attente couvre 50 % des coûts directs de la main-d'œuvre, des fournitures, des médicaments, de la stérilisation, du laboratoire et de la réparation de scopes. Jusqu'à présent, les sommes associées à ce financement additionnel pour les établissements participants est d'un peu plus de 608 000 \$²⁵ pour l'année 2012-2013, ce qui représente près de 6 755 cas de coloscopie sur les 45 000 réalisées au total.

❑ Deux éléments pour une assurance-qualité

■ Le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi)

Le test RSOSi, aussi appelé le test FIT (*Fecal Immunochemical Test*), est un examen de dépistage de haut niveau, économique et facile à utiliser.

Le dépistage du cancer colorectal, qui était surtout effectué par coloscopie jusqu'à maintenant, peut désormais être réalisé par ce test afin d'éviter d'imposer des coloscopies en première intention aux patients qui n'en ont pas besoin. Seuls les patients dont le test RSOSi est positif auront ensuite besoin d'une coloscopie, ce qui élimine les examens inutiles et, à terme, devrait éliminer les cas hors délai des listes d'attente.

Puisque les établissements qui ont terminé leur mise à niveau ont préalablement éliminé de leurs listes d'attente les cas hors délai, le test RSOSi est un des éléments importants qui permettra de veiller à la pertinence des futures références en coloscopie. La pertinence est aussi un facteur qui agit sur l'accès en garantissant des temps d'attente plus courts.

■ Le programme de développement professionnel continu

Un groupe d'experts mandaté par la Direction québécoise de cancérologie a élaboré des outils à l'intention des praticiens et des professionnels qui travaillent dans les unités de coloscopie pour favoriser le maintien et l'adoption, le cas échéant, de pratiques cliniques fondées sur les données probantes et le respect des normes souhaitées.

Ces outils incluent un algorithme de prise en charge des personnes en fonction du niveau de risque, un formulaire de demande qui indique les délais d'accès à respecter selon la priorité clinique ainsi que les normes de qualité élaborées par le groupe d'experts mandaté par la Direction québécoise de cancérologie.

Un programme de développement professionnel continu est en élaboration et est mis à l'essai auprès des sites pilotes. Ce programme comprendra, à terme, une équipe responsable du programme, des outils de formation en ligne, un site Web, une équipe de formateurs-experts en coloscopie, deux centres d'expertise en coloscopie dotés d'une unité de formation et une adaptation canadienne de la *Global Rating Scale* qui permet une autoévaluation de la qualité des soins et une évaluation de l'expérience de l'utilisateur.

Principalement, cette approche en parallèle permet de suivre la performance et l'atteinte des normes de pratique et donne aux coloscopistes la possibilité d'établir leurs propres objectifs de perfectionnement et d'obtenir du soutien.

Recommandation 5

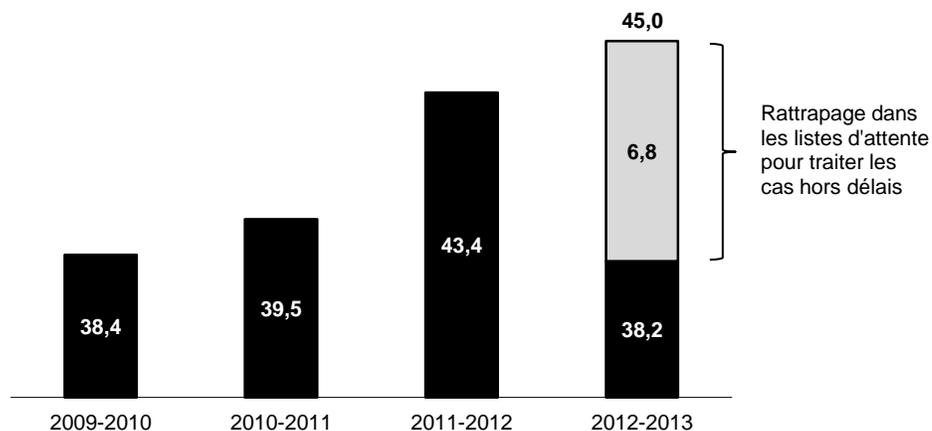
Le groupe d'experts appuie la recommandation de l'équipe responsable du PQDCCR afin que les normes de meilleures pratiques élaborées auprès des huit sites pilotes dans le cadre du PQDCCR soient étendues à l'ensemble du Québec.

²⁵ Données du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Des premiers résultats révélateurs

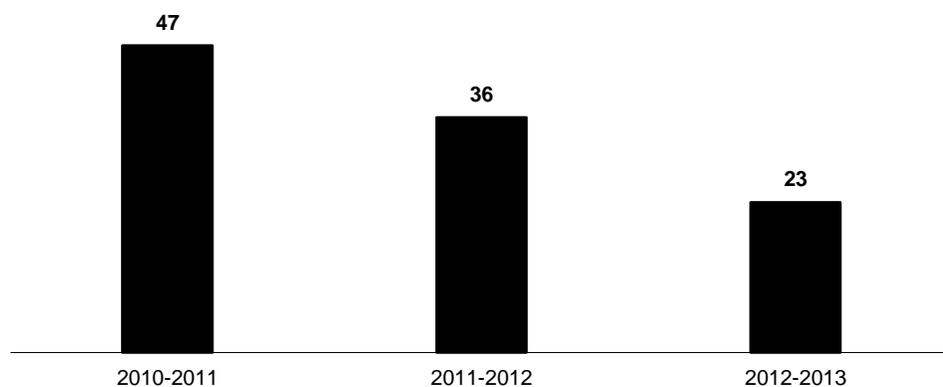
Dans les huit sites pilotes, les volumes de coloscopie ont augmenté entre 2009-2010 et 2011-2012, passant de 38 400 à 43 400. Cependant, on anticipe une réduction du nombre de coloscopies puisqu'une bonne part des coloscopies réalisées en 2012-2013 s'explique par le rattrapage temporaire destiné à traiter rapidement les cas hors délai toujours inscrits aux listes d'attente. Les gains reliés à la pertinence pourraient donc couvrir une partie des frais engagés.

Évolution des volumes de coloscopies entre 2009-2010 et 2012-2013 dans les sites pilotes (en milliers)



Dans les mêmes sites pilotes, le délai d'attente pour un examen coloscopique a diminué de moitié entre 2010-2011 et 2012-2013, passant de 47 à 23 jours.

Évolution du délai d'attente pour un examen coloscopique entre 2010-2011 et 2012-2013 dans les sites pilotes (en jours d'attente)



Sources : Données partielles de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

3.2 Le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients : des recommandations en trois étapes

Le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients reconnaît le grand intérêt de la démarche du PQDCCR et s'est penché sur ce projet pilote en se demandant si un mécanisme de financement à la qualité pourrait le soutenir. En consultation avec les acteurs responsables de ce projet, le groupe d'experts propose l'élargissement du PQDCCR à l'ensemble du Québec et sa transition graduelle à partir des éléments inclus dans la proposition de programme de financement aux meilleures pratiques.

3.2.1 Établir une analyse coûts/avantages

La démarche entamée dans le cadre du PQDCCR a débuté indépendamment des activités du groupe d'experts. À ce moment, une analyse coûts/avantages n'avait pas été élaborée. Parmi les bénéfiques facilement quantifiables, la réduction des pratiques non pertinentes apparaît significative.

- Selon l'étude rapportée par l'INSPQ, 27 % des cas de référence pour une coloscopie ont une justification inappropriée. Au Québec, le nombre de coloscopies effectuées annuellement est de l'ordre de 200 000 cas, au coût unitaire de 290 \$ (incluant les coûts directs et indirects). Selon ces paramètres, l'économie associée aux 27% de cas non pertinents est estimée à 15,6 millions de dollars.
- Jusqu'à présent, certains des sites pilotes ont effectivement affiché une diminution de leur production pouvant atteindre 30 % après l'effort de mise à niveau.

Des gains ont probablement aussi été réalisés par une amélioration de la qualité. De nombreuses reprises d'examen coloscopiques ont dû être effectuées au cours des dernières années en raison d'écarts de pratique dans quelques régions du Québec. Ces reprises ont généré un coût, mais celui-ci n'a pas été chiffré à ce jour.

3.2.2 Première étape : la mise à niveau des établissements

Suivant la recommandation de l'équipe du PQDCCR, les unités d'endoscopie de toute la province pourraient bénéficier d'une démarche de mise à niveau. Les nouvelles cohortes d'établissements entameraient un processus similaire, tandis que les établissements de la première cohorte ayant terminé la première étape pourraient passer à la deuxième étape après une évaluation qui confirmerait leur conformité aux critères de qualité et de performance.

□ Le soutien financier à l'implantation

Les huit sites pilotes qui ont participé au projet du PQDCCR ont reçu un soutien financier afin de couvrir les coûts d'implantation de la nouvelle approche (équipement et perfectionnement professionnel). Advenant l'élargissement du programme aux autres unités d'endoscopie au Québec, le Ministère devra déterminer si ce même appui financier sera disponible ou non. L'objectif devrait être de financer les coûts d'implantation temporaires à même les économies récurrentes générées par l'adoption des meilleures pratiques.

Une estimation des économies générées par les meilleures pratiques n'a pas encore été officiellement réalisée. Il est donc hasardeux de proposer la poursuite de l'appui financier. Par ailleurs, les coûts d'implantation temporaires pourraient se décliner comme suit :

- Un coût moyen estimé à environ 91 250 \$ pour l'implantation du progiciel dans chaque unité d'endoscopie, pour une somme totale de 6,2 millions de dollars²⁶ pour l'étendre au reste de la province. Il est aussi envisageable que le coût de l'implantation des progiciels baisse avec l'évolution du marché pour ce genre de progiciels endoscopiques. La concurrence sur le marché québécois s'est accentuée avec l'arrivée de nouvelles marques offrant des progiciels conformes et en français.
- À ce montant s'ajoutent des coûts pour le déploiement et la gestion d'une banque de données centralisée qui sert à la production des indicateurs pour l'ensemble des cliniciens et des établissements. Ces coûts, estimés à 1,4 million de dollars²⁷, incluent les interfaces requises.
- Un engagement avait été pris auprès des huit sites pilotes afin de financer une partie des coûts nécessaires pour éliminer les cas hors délai des listes d'attente. Si un même engagement était pris dans le cadre de l'élargissement du programme au reste de la province, on estime que les coûts seraient de l'ordre de 4,4 millions de dollars²⁸ pour traiter les patients qui sont sur les listes d'attente depuis plus longtemps que le délai recommandé.
- Il incombera au ministère de déterminer le cadre financier à l'intérieur duquel l'élargissement du programme pourrait être fait. L'implantation des meilleures pratiques cliniques dans ce secteur ne devrait pas dépendre d'un financement additionnel.

²⁶ Données du ministère de la Santé et des Services sociaux.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*

□ L'accès à un suivi de l'information clinique et financière

Une fois que les établissements sont en mesure d'appliquer les meilleures pratiques, ils doivent également disposer de l'information clinique et financière essentielle au suivi du programme.

À cet égard, la Direction québécoise de cancérologie a déjà élaboré un ensemble d'indicateurs de qualité de soins, d'accès aux services et d'efficacité productive. Ces indicateurs sont nombreux et il est possible de les consulter dans le *Guide sur la mise à niveau des unités de coloscopie du Québec*. Parmi ces indicateurs, ceux qui ont été sélectionnés pour être intégrés au tarif, et qui deviennent primordiaux pour le financement à la deuxième étape, sont présentés dans le tableau suivant.

TABLEAU 3

Indicateurs de suivi en coloscopie dans le cadre du PQDCCR

Norme d'accès	<p>≥ 90 % des demandes de coloscopies reçues à l'unité d'endoscopie respectent l'indication et la priorité médicale (≤ 10 % hors délai).</p> <p>90 % des chirurgies oncologiques doivent être réalisées à l'intérieur de 28 jours et 100 % doivent être réalisées à l'intérieur de 56 jours.</p>
Normes de qualité	<p>Taux de détection des polypes et des adénomes : ≥ 95 % des polypes détectés doivent être récupérés et envoyés en pathologie.</p> <p>Taux de complications :</p> <p>Taux de perforation < 1/1 000 pour toutes les coloscopies, < 1/2 000 pour les patients asymptomatiques et < 1/1 500 pour les coloscopies avec polypectomie.</p> <p>Taux d'hémorragie < 1/1 000; peut atteindre 10 % pour les polypes de plus de 2 cm.</p> <p>Taux de complications liées à la sédation ≤ 1/100 pour les complications mineures, taux de complications liées à la sédation < 1/300 pour les complications sérieuses, taux de complications pour les cas d'arythmie cardiaque nécessitant une intervention et les cas d'aspiration pulmonaire des résidus gastriques ≤ 1/1 000.</p> <p>Aucun décès attribuable à la coloscopie.</p> <p>Taux d'intubation cœcale (atteinte du cœcum) : ≥ 90 % pour les personnes asymptomatiques et ≥ 80 % pour les personnes symptomatiques.</p>
Norme de productivité	Minimum de 12 coloscopies par salle par jour (à expérimenter au sein des sites pilotes).

Afin de permettre aux établissements de se préparer, il est préférable que ceux-ci puissent simuler ce qui leur arrivera à la deuxième étape. La diffusion des indicateurs de performance et une simulation de leur capacité à les atteindre sont des renseignements précieux quand vient le temps de déceler les zones de forces et de faiblesses dans les pratiques. Il est donc nécessaire qu'avant de passer à la deuxième étape, les établissements aient déjà une idée des éléments qui pourraient être améliorés chez eux.

Recommandation 6

Le groupe d'experts recommande l'ajout de mécanismes financiers au programme québécois de dépistage du cancer colorectal pour atteindre un financement selon les meilleures pratiques.

3.2.3 Deuxième étape : le financement en fonction des activités et de la performance

Actuellement, les établissements admis à passer à la deuxième étape sont ceux du projet pilote qui ont atteint les objectifs de la première étape. La deuxième étape comprendrait un financement en fonction des activités réalisées et un tarif fondé sur le coût moyen. Ce tarif serait ajusté en fonction de la performance par rapport aux indicateurs de performance diffusés à la première étape.

Pour les huit sites pilotes, les implications sont les suivantes :

- calculer les coûts liés à l'intervention et établir un coût standard ajusté au risque pour la prestation des soins en ligne avec le guide des meilleures pratiques;
- colliger les données sur les indicateurs de qualité et commencer à publier les résultats en vue de permettre une analyse comparative;
- faire confirmer un tarif national unique par le Ministère, sur la base des coûts calculés auprès des huit sites pilotes et en consultation avec l'équipe en charge du PQDCCR.

Paiement en fonction des indicateurs de performance

Le financement selon le tarif fondé sur les coûts moyens encouragera la réduction des variations dans les pratiques et incitera les établissements qui produisent à coût élevé à entreprendre des démarches pour réduire leurs coûts. Les ajustements commencent à se faire et le système apprend peu à peu à s'adapter aux nouvelles règles du jeu.

Ce tarif serait rajusté en fonction des résultats par rapport aux indicateurs de performance. L'atteinte de chacune des cinq cibles énumérées précédemment pourrait permettre à l'établissement de recevoir un supplément financier.

Un exemple de calcul pour une coloscopie

Prenons un tarif hypothétique de 97,50 \$. L'établissement recevrait 0,50 \$ pour chaque bonne performance reliée à sa cible correspondante, pour un maximum de 2,50 \$, soit 100,00 \$ au total.

Les bonis à la performance seront connus en fin d'exercice, après la réception des résultats aux indicateurs de performance sélectionnés, et appliqués à l'ensemble des coloscopies effectuées par l'établissement dans l'année.

Simulation du tarif en fonction de l'atteinte des cibles

(en dollars)

Catégories	Cible à atteindre	Résultat	Atteinte de la cible	Valeur des ajustements	Tarif
Tarif payé selon les volumes					97,50
Norme d'accès à la coloscopie	≥ 90 %	91 %	Oui	0,50	0,50
Taux de détection des polypes	≥ 95 %	97 %	Oui	0,50	0,50
Taux de complications	<i>Taux de perforation</i> toutes les coloscopies : < 1/1 000; patients asymptomatiques : < 1/2 000; coloscopies avec polypectomie : < 1/1 500. <i>Taux d'hémorragie</i> toutes les coloscopies : < 1/1 000; ≤ 10% pour polypes de 2 cm et plus. <i>Sédation</i> complications mineures ≤ 1/100; complications sérieuses < 1/300; cas d'arythmie cardiaque nécessitant une intervention et cas d'aspiration pulmonaire des résidus gastriques ≤ 1/1 000. <i>Aucun décès lié à la coloscopie</i>	—	Non	0,50	—
Taux d'intubation	patients asymptomatiques : ≥ 90 % patients symptomatiques : ≥ 80 %	92 %	Oui	0,50	0,50
Norme d'accès à la chirurgie oncologique	90 % des chirurgies en 28 jours 100 % en moins de 56 jours	85 %	Non	0,50	—
Supplément financier lié à l'atteinte des cibles					1,50
Tarif payé					99,00

❑ Coût des meilleures pratiques

Il est recommandé de faire évoluer la connaissance des coûts en coloscopie de manière à pouvoir utiliser les coûts par cas pour la totalité des établissements et de produire un document de référence pour la déclaration des coûts par patient.

Il y a plusieurs façons possibles de calculer le tarif associé à la coloscopie. La deuxième étape prévoirait un tarif fondé sur la moyenne des coûts directs des établissements participants. Si les données sur les coûts de tous les établissements participants sont disponibles comme prévu en 2016-2017, c'est à ce moment qu'il serait possible de financer les établissements sur la base des tarifs de meilleures pratiques que les établissements auront adoptés.

Les cohortes d'établissements qui suivront les huit sites pilotes pourraient même passer directement de la première à la troisième étape, puisque les tarifs de meilleures pratiques seront déjà connus.

Il est probable que les mécanismes liés au financement, de même que la présence du nouveau test RSOSi pour assurer la pertinence des examens à venir, permettent des économies par rapport à la demande de services actuelle. Par ailleurs, la connaissance des coûts se raffinerait avec le temps, et une réévaluation annuelle de ceux-ci en fonction de l'amélioration constante du réseau ainsi que de l'évolution des pratiques et des technologies utilisées devrait permettre de revoir le tarif pour qu'il demeure représentatif de la réalité.

■ L'estimation budgétaire

Lorsque les établissements passent à la deuxième étape et que les coloscopies sont payées entièrement au financement selon les activités, il faut recenser les dépenses associées à l'activité de coloscopie. Ces dépenses représentent l'estimation budgétaire.

Cette estimation budgétaire qui correspond à l'argent actuellement consacré aux coloscopies sera récupérée. Ces montants seront ensuite reversés aux établissements sous la forme d'un financement selon les activités. À cette étape, il n'est pas possible d'obtenir de l'argent neuf. En fait, il peut même se créer un enjeu financier. Si les coloscopies produites sont faites à un coût plus élevé que celui qui est remboursé, l'établissement devra réduire ses coûts, modifier ses pratiques ou subir une perte. D'un autre côté, les établissements qui produisent à coût efficient pourront réinvestir les économies générées dans la prestation d'un nombre accru de coloscopies ou réaffecter les ressources à d'autres secteurs de soins prioritaires.

Les ententes entre les agences et les établissements qui définiront les clauses de paiement pour l'activité de la coloscopie devront être précises et bien tenir compte de ces enjeux.

3.2.4 Troisième étape : le paiement aux meilleures pratiques

La deuxième étape aura permis aux praticiens d'adapter leurs façons de faire et de s'aligner sur les meilleures pratiques. Par la suite, le tarif de meilleures pratiques pourra être appliqué. Le tarif de meilleures pratiques peut s'éloigner du tarif fondé sur les coûts moyens de manière à encourager encore davantage les fournisseurs de soins à calquer leur pratique sur des critères de qualité élevés préalablement établis et qui font consensus. Il n'est pas rare que les coûts associés à cette pratique soient plus bas que le tarif moyen, ce qui incite aussi à la recherche d'efficience.

À ce stade, il devient nécessaire :

- d'identifier et de saisir le budget lié à la coloscopie dans les sites pilotes et de l'utiliser en paiement par le Ministère pour rembourser les coloscopies au tarif de meilleures pratiques;
- de convenir d'un volume annuel de coloscopies pour chaque site pilote, à partir d'une entente entre les sites pilotes et leur agence ou CSSS respectif;
- de prévoir que l'entente sur les volumes et le tarif comprend des cibles de réduction des temps d'attente et des listes d'attente dans chaque région, des cibles liées aux indicateurs de qualité pour les taux de réadmission, etc.;
- d'évaluer si les sites pilotes ont réussi à réaliser les résultats escomptés dans le cadre de l'initiative du PQDCCR.

Au-delà de ce qui est fait dans les sites pilotes, il est recommandé :

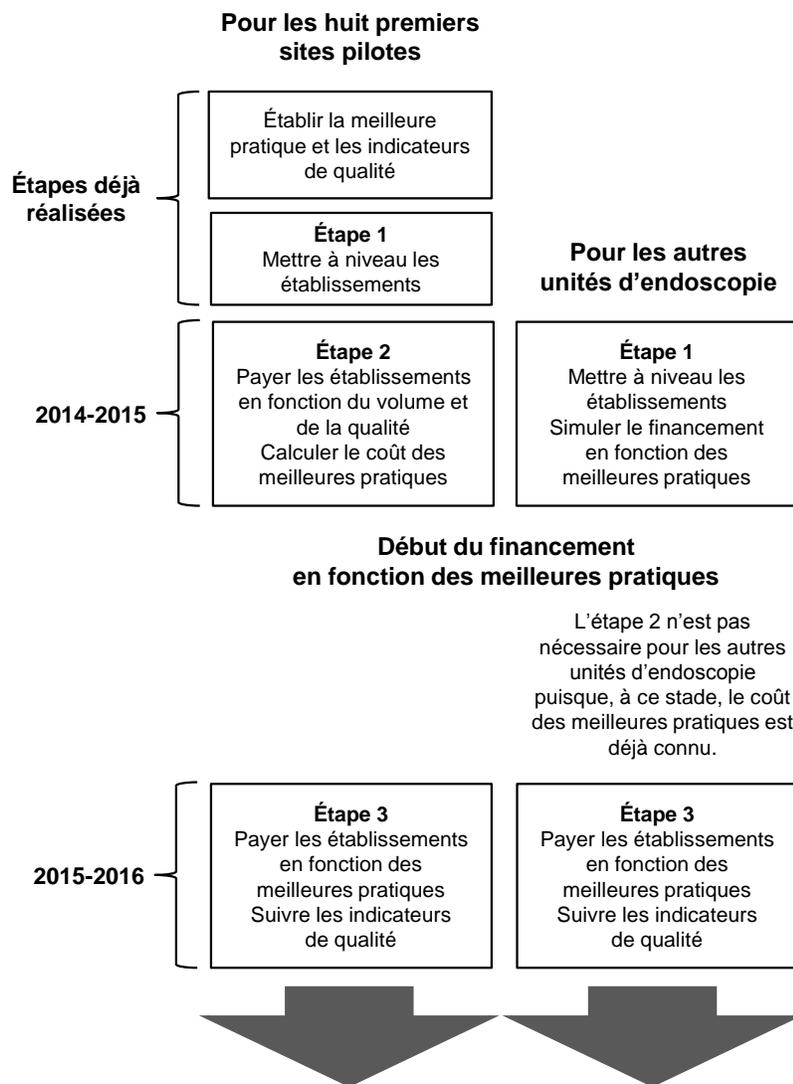
- de sélectionner des cohortes additionnelles d'établissements qui auront répondu à l'appel de candidatures lancé par le Ministère assez rapidement pour assurer l'adoption des meilleures pratiques dans toutes les unités d'endoscopie au Québec;
- de mettre en place toutes les infrastructures et les équipes de soutien nécessaires nommées précédemment pour entamer le processus dans les établissements qui se sont joints au programme.

□ La publication des résultats et l'évaluation

La troisième étape consiste donc à financer les coloscopies avec un tarif aux meilleures pratiques. Lorsqu'il est établi que les établissements ont fait les ajustements nécessaires pour aligner leurs pratiques aux normes et que leurs coûts sont efficaces, il n'est plus nécessaire de maintenir la facette conditionnelle du paiement par rapport aux indicateurs.

Par contre, un suivi des éléments de contrôle permet de s'assurer qu'il n'y ait pas de relâchement dans les pratiques et que la qualité des soins continue d'être observée. La performance des établissements continue d'être publiée afin que les participants puissent comparer leurs résultats entre eux, et le maintien du programme de développement professionnel continu en coloscopie contribue à soutenir la pratique médicale. La surveillance se ferait en continu, avec une révision annuelle et des ajustements au besoin.

Résumé de la proposition pour la coloscopie



4. LA GESTION DES RISQUES ET DU CHANGEMENT

Comme pour l'implantation de toute approche nouvelle dans un système aussi complexe que celui des soins de santé, il existe des risques associés au financement aux meilleures pratiques. Ceux-ci doivent être anticipés et gérés tout au long de l'implantation du programme. Le risque lié à l'inaction doit aussi être pris en considération, ainsi que les coûts associés aux neuf ans ou plus que représente la période de temps normale pour que les changements fondés sur des données probantes soient diffusés et adoptés dans l'ensemble du système.

Offrir un leadership clinique et administratif suffisant

Le plus grand risque lié à l'implantation est d'échouer à garantir le leadership clinique et administratif nécessaire pour assurer un appui suffisant aux meilleures pratiques dans un secteur clinique donné. Dans les cas où cette situation se produit, les données probantes sont contestées ou ambiguës et il est difficile d'arriver à un consensus avec certitude. Grâce à l'apport de sources reconnues internationalement et de cliniciens réputés pour leur expertise et avec l'appui du ministère, il devrait être possible de réduire ce risque.

Sélectionner les secteurs cliniques offrant un potentiel d'amélioration

Si le programme doit produire les bénéfices attendus, les interventions doivent être choisies en accord avec les critères convenus (énoncés à la section 2.3) et l'exercice doit être réalisé à l'intérieur des paramètres financiers et cliniques établis par le Ministère.

Une efficacité bureaucratique essentielle

Les protocoles de soins peuvent devenir non viables et cesser d'intéresser les cliniciens et les administrateurs s'ils sont exagérément détaillés et onéreux à adopter et à évaluer. Avant que soit approuvée l'adoption d'un guide des meilleures pratiques, celui-ci devrait faire l'objet d'une évaluation afin de confirmer que la procédure bureaucratique recommandée est acceptable et nécessaire.

Limiter l'inflation des coûts

Il existe un risque que le concept de meilleures pratiques se traduise par une trajectoire de soins associée des standards de qualité très élevés, qui peuvent être disproportionnés par rapport aux gains anticipés. Cette situation peut survenir en présence de craintes du risque ou d'un conservatisme dans l'adoption de nouvelles façons de travailler. L'analyse coûts/avantages initiale devrait limiter ce risque en présentant un argumentaire pour la sélection d'une intervention dont les gains excèdent les coûts. Des gains d'efficacité peuvent être atteints grâce à la prestation de soins plus appropriés, à une utilisation plus ciblée des services ou à des interventions cliniques plus efficaces.

L'importance du suivi de la qualité

Les processus cliniques et les indicateurs de qualité doivent être bien choisis, avec beaucoup d'égard pour leur validité, leur fiabilité et la possibilité d'accéder à des données au niveau du patient afin de suivre le taux de conformité aux normes de meilleures pratiques. Il est accepté que la qualité des données s'améliore au fur et à mesure qu'elle est diffusée et mise à contribution dans la pratique. À partir du moment où la démarche structurée pour un financement aux meilleures pratiques arrivera dans sa troisième étape et où les paiements seront conditionnels à l'atteinte de normes de qualité, il sera particulièrement important de s'assurer que la qualité est bien au rendez-vous.

□ **Un contrôle budgétaire adéquat**

Le financement aux meilleures pratiques doit être implanté à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire fermée et déterminée par le Ministère. L'intention à la base du programme est de fournir de meilleurs soins en plus grande quantité par l'adoption des meilleures pratiques qui, elles, réduisent les variations non désirées dans la pratique clinique, les complications évitables et la durée des séjours. Il faut y arriver avec un volume de ressources fixe. Tout comme plusieurs initiatives de paiement axé sur les patients, le budget devra être géré par un suivi serré des volumes de services, de la pertinence (qui se reflète dans les taux d'utilisation) et des coûts.

5. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

L'amélioration de la qualité des soins doit être un objectif explicite de l'implantation du financement axé sur les patients dans le système de santé et de services sociaux québécois.

Recommandation 2

Établir un programme d'implantation des meilleures pratiques. Ce programme devra s'appuyer sur un leadership clinique, les structures, les processus et les habiletés qui garantissent que les meilleures pratiques ciblées sont diffusées et sont soutenues par le financement.

Recommandation 3

Élaborer un plan pour un financement selon les meilleures pratiques en consultation avec des cliniciens et des experts pour qu'un nombre significatif de secteurs cliniques soit sélectionnés pour le programme annuellement en fonction de l'ampleur des résultats attendus, sur la base des critères proposés par le groupe d'experts.

Recommandation 4

Implanter les meilleures pratiques pour les soins cliniques sélectionnés par l'intermédiaire de l'approche en trois étapes du programme de financement selon les meilleures pratiques.

Recommandation 5

Le groupe d'experts appuie la recommandation de l'équipe responsable du PQDCCR afin que les normes de meilleures pratiques élaborées auprès des huit sites pilotes dans le cadre du PQDCCR soient étendues à l'ensemble du Québec.

Recommandation 6

Le groupe d'experts recommande l'ajout de mécanismes financiers au programme québécois de dépistage du cancer colorectal pour atteindre un financement selon les meilleures pratiques.

