

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION D'ÉTUDE SUR
LES SERVICES DE SANTÉ ET
LES SERVICES SOCIAUX**

Institut national de santé publique du Québec

22 septembre 2000

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
INTRODUCTION	5
1. LA PERTINENCE DU CADRE D'ANALYSE DE L'OMS	6
2. UNE PRIORISATION DES SERVICES	8
3. LA RENTABILITÉ DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES.....	12
4. LA PARTICIPATION PUBLIQUE AU PILOTAGE DU SYSTÈME	15
5. L'ENCLenchement D'UN PROCESSUS DE CHANGEMENT	16
CONCLUSION ET ENGAGEMENTS DE L'INSPQ.....	20

RÉSUMÉ

La révision de l'organisation et du financement des services de santé et des services sociaux est devenue une démarche nécessaire à la préservation d'un système juste, efficace et abordable. La tâche est cependant complexe et les modifications à apporter à notre système de santé gagneraient à être définies et évaluées à l'aide d'un cadre d'analyse global comme celui développé par l'OMS dans son *Rapport sur la santé 2000*.

Dans ce cadre, le système de santé comprend non seulement les services personnels offerts aux malades mais aussi les interventions collectives, généralement de nature préventive, qui jouent un rôle important dans l'état de santé d'une population. Les systèmes de santé y sont évalués en fonction des nombreux objectifs qu'ils poursuivent : améliorer la santé de la population, réduire les écarts de santé, répondre aux attentes légitimes de la population et ce sans discrimination envers les groupes plus vulnérables et enfin répartir équitablement le financement. Le niveau de financement n'est pas un objectif du système mais un choix politique et social. Pour un niveau de ressources donné, un système de santé est d'autant plus performant qu'il réussit à bien atteindre les multiples objectifs fixés. Les premières estimations de l'OMS suggèrent que la performance du système de santé canadien pourrait être meilleure, c'est-à-dire qu'on pourrait mieux atteindre les objectifs avec les ressources que nous investissons en santé. La structure de la prestation de services et celle du financement, les deux questions examinées par la commission, sont identifiées comme deux déterminants fondamentaux de la performance d'un système de santé.

Dans son analyse, l'OMS insiste sur l'importance de bien choisir les services qui sont offerts par le système de santé. Les ressources étant limitées et les capacités d'intervention s'accroissant constamment, faire des choix est devenu inévitable. Ces choix doivent viser à maximiser les effets sur la santé qui peuvent être obtenus des ressources disponibles mais aussi prendre en compte les objectifs d'équité et les priorités que la société se donne. Optimiser la performance du système de santé demande d'opérer une priorisation " sociale " des services offerts par le système de santé. Ce type de régulation, expérimentée dans quelques pays, fait défaut dans notre système de santé caractérisé par un contrôle passif des dépenses globales. Une telle priorisation devrait s'appliquer tant aux services personnels offerts par les prestataires de soins qu'aux interventions collectives de prévention. La priorisation des services n'est pas la désassurance. Elle s'en distingue par l'application de critères de décision plus larges, la prise en compte explicite des valeurs sociales et une plus grande souplesse dans l'application des décisions. La priorisation exigerait une meilleure information que celle dont nous disposons actuellement et surtout une plus grande implication de la population dans les choix.

Les interventions collectives de prévention de même que les pratiques préventives intégrées à la pratique clinique sont souvent des approches efficaces et rentables. Des interventions contre les risques infectieux, environnementaux et occupationnels ainsi que des interventions pour modifier des habitudes de vie ou des conditions de vie nuisibles à la santé peuvent contribuer directement à l'amélioration de l'état de santé moyen et à la réduction des écarts de cet état de santé. Les changements apportés à l'organisation et au financement du système doivent favoriser leur intégration dans la prestation des services.

L'analyse de l'OMS identifie le gouvernement comme responsable de la performance d'ensemble du système de santé. Il doit en assumer le pilotage, incluant la conduite des actions intersectorielles, et assurer la viabilité du système de santé. Cette viabilité tient pour beaucoup à sa légitimité auprès de la population. À cet égard, il apparaît nécessaire qu'au-delà d'une prestation des services plus sensible aux attentes de la population, les processus centraux pour les décisions touchant les orientations nationales, l'allocation des ressources, l'évaluation et la gestion d'ensemble accordent plus de place et plus de poids aux préoccupations et aux valeurs de la population.

Au-delà des options soulevées par la Commission et des modalités éventuellement retenues, c'est la capacité d'enclencher et de gérer des changements qui sera déterminante. Le processus de changement est tout aussi important et tout aussi complexe que le processus actuel de formulation des changements visés. L'expérience des grandes réformes québécoises en santé et services sociaux illustre la complexité de ces processus de changement et les limites des approches administratives et planifiées. Pour le prochain épisode, on pourrait adopter une stratégie visant à enclencher le changement plutôt qu'à le définir en détail à l'avance. Dans une telle stratégie, il s'agit d'introduire un nombre limité de modifications qui soient susceptibles de faire évoluer l'ensemble du système vers les objectifs énoncés précédemment. Des modifications visant à accroître les responsabilités des groupes assurant les services de base ainsi que la capacité des citoyens à participer aux décisions centrales auraient une grande portée.

Finalement, l'Institut national de santé publique du Québec s'engage à favoriser l'implication de la population dans les choix. Il le fera à travers la production et la mise à profit des connaissances scientifiques dans le champ de la santé publique. Il participera à l'évaluation d'interventions préventives et collaborera à l'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé. Sa contribution se fera également en relation avec les stratégies d'ensemble touchant la promotion de la santé et du bien-être. Elle prendra la forme d'analyses prospectives sur l'état de santé de la population et sur des risques particuliers ainsi que d'évaluations de l'impact sur la santé des changements dans les services personnels et les interventions préventives. En plus, l'INSPQ pourra soutenir l'implantation des changements à travers son mandat de formation des intervenants en santé publique et celui d'information de la population.

INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un nouvel organisme, créé en 1998, afin de consolider, développer et rendre plus accessible l'expertise de santé publique. L'Institut est un organisme public doté d'un conseil d'administration autonome.

La mission de l'INSPQ, définie par sa loi constitutive, est de soutenir la ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les régions régionales dans l'exercice de leur mandat de santé publique. Il actualise cette mission:

- en développant, mettant à jour et diffusant des connaissances dans le domaine de la santé publique;
- en informant la ministre des impacts des politiques publiques sur l'état de santé et de bien-être de la population;
- en informant la population en matière de santé ;
- en administrant les laboratoires spécialisés dédiés à la santé publique;
- en favorisant la recherche, la formation et les échanges internationaux.

Par ce mémoire, l'Institut veut apporter sa contribution aux débats visant à améliorer l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Le but est d'assurer la préservation d'un système efficace, efficient et équitable qui répond aux attentes de la population.

La Commission a soumis à la discussion plusieurs options pour améliorer l'organisation et le financement du système québécois. L'éventail et l'importance des choix soulevés sont remarquables : réaménagement des incitatifs financiers et des centres de décision, modification de l'allocation des ressources, décloisonnement du privé, du public et du communautaire, nouvelles modalités de dispensation des services sous régulation publique. La reconnaissance du caractère limité des ressources, l'ouverture et le pragmatisme caractérisent la démarche. Vue globalement, l'entreprise constitue une importante mise en cause des modalités du système actuel, en particulier de la régulation hiérarchique héritée des années 60.

Cette mise en cause paraît à la fois prometteuse et nécessaire. La tâche est cependant complexe. Les avantages et inconvénients associés à l'une ou l'autre option de même que leurs répercussions non attendues dépendront de nombreux facteurs :

- les modalités particulières choisies pour chaque option ;
- la façon dont les différentes options retenues seront harmonisées ;
- la stratégie choisie pour leur mise en œuvre ;
- la capacité d'adapter la gestion de l'ensemble à l'évolution du contexte québécois.

Il est donc important de discuter ces options particulières et de cerner leurs modalités à l'aide d'un cadre d'analyse global. Celui développé par l'OMS dans son *Rapport sur la santé 2000* nous semble particulièrement approprié.

1. LA PERTINENCE DU CADRE D'ANALYSE DE L'OMS

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* récemment publié par l'OMS est consacré à l'analyse des systèmes de santé. Dans son message introductif le Dr Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'organisation, indique que la raison d'être de ce rapport est l'amélioration de la performance des systèmes de santé dans le monde. Elle dit espérer que cette publication aidera à déterminer comment évaluer et améliorer les systèmes de santé. L'Institut juge que cette contribution de l'OMS est d'une grande qualité et fort pertinente pour les travaux de la Commission.

Le rapport propose un cadre d'ensemble pour analyser les systèmes de santé [encadré 1.1]. La définition de système de santé retenue par l'OMS est suffisamment large pour inclure à la fois les services personnels offerts aux malades et les interventions collectives, généralement de nature préventive, qui jouent un rôle majeur dans l'état de santé d'une population.

Améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement le financement sont les objectifs fondamentaux des systèmes de santé. Équité et qualité des services de santé sont les principes sous-jacents à ces objectifs et des valeurs qui font consensus au Québec. L'équité est recherchée dans la réduction des inégalités de santé, dans la façon dont le système de santé traite les différents groupes de la société et dans le partage du financement. La qualité se mesure par les résultats de santé que le système de santé permet d'atteindre et dans la façon dont il répond aux attentes légitimes des citoyens. Ce dernier élément, appelé réactivité, inclut le respect des droits des individus (dignité, confidentialité, autonomie) et l'attention portée aux patients (rapidité de prise en charge, installations adéquates, accès au réseau social et choix du prestataire). Inscrire la sensibilité aux attentes de la population comme un des objectifs fondamentaux des systèmes de santé est un élément novateur et important du cadre proposé par l'OMS.

Contrairement à la façon dont le débat est souvent posé chez nous, on remarquera que le niveau de financement n'est pas un objectif du système de santé. Les ressources consacrées à la santé sont plutôt considérées comme un intrant pour l'évaluation de la performance. Un système de santé est d'autant plus performant qu'il optimise le rendement de ces ressources, c'est-à-dire qu'il obtient un score élevé dans l'atteinte de

Encadré 1.1

Cadre de l'OMS pour l'analyse des systèmes de santé

Système de santé

- L'ensemble des activités dont le but premier est le maintien et l'amélioration de la santé.

Objectifs fondamentaux des systèmes de santé

- Santé : améliorer la santé et l'équité de sa distribution dans la population.
- Réactivité : répondre aux attentes de la population et ce sans discrimination pour les différents groupes qui la composent.
- Équité du financement : répartir équitablement le fardeau du financement.

Performance des systèmes de santé

- Le degré d'atteinte des objectifs compte tenu du niveau de développement social et des ressources investies.

Responsabilité

- Le gouvernement est responsable de la performance d'ensemble du système de santé.

ses objectifs avec un niveau de ressources donné. La détermination du niveau de financement est considérée comme un choix social et politique.

L'INSPQ adhère à cette façon de voir et **suggère que la Commission prenne en compte le cadre de l'OMS** pour définir et évaluer les changements qu'elle proposera à la ministre. Les objectifs fondamentaux du cadre OMS nous semblent d'autant plus pertinents qu'ils renvoient aux valeurs sociales qui ont été à l'origine du système actuel et ils s'accordent avec les valeurs de référence énoncées par la ministre et la Commission.

Le rapport de l'OMS présente aussi un classement des systèmes de santé des différents pays membres de l'organisation. Cet aspect du document, c'est-à-dire les indicateurs retenus et les données utilisées pour les mesurer, est préliminaire et les auteurs nous disent qu'il s'agit d'un premier essai susceptible d'être amélioré lors des prochaines publications. Malgré ces réserves, certains constats généraux peuvent être faits. Le système de santé canadien obtient de très bons résultats en terme d'atteinte des objectifs. Il arrive par exemple au 7^e rang de l'ensemble des pays lorsqu'on regarde l'indicateur évaluant les résultats globaux. Cet indicateur est une mesure combinée de l'atteinte des objectifs de santé, de réactivité et d'équité du financement. Par contre, au niveau de la performance globale, c'est-à-dire quand ces résultats globaux sont examinés en prenant en compte les ressources investies et le niveau de développement du pays, le Canada tombe au 30^e rang. Une meilleure utilisation de ses ressources ressort donc comme un enjeu important de notre système de santé et des propositions de changement que la Commission fera à la ministre.

Le rapport de l'OMS identifie les secteurs à améliorer et donne des exemples de pays plus performants dont il faudrait s'inspirer. Les Etats-Unis d'Amérique ne sont vraiment pas dans la course contrairement à ce que laissent penser les tenants de la privatisation sans encadrement. Ce pays est au 15^e rang en terme de résultats globaux et 37^e au niveau de la performance globale.

Selon l'OMS, la performance dépend de la façon dont le système de santé s'acquitte de **quatre fonctions fondamentales** : la prestation de services, la gestion des ressources, le financement et l'administration générale. Brièvement, les principaux messages sur ces fonctions peuvent être résumés de la façon suivante :

- ♦ *Au niveau de la prestation de services*, le rapport fait ressortir l'importance de bien choisir et organiser les services. Les ressources étant limitées, elles doivent être affectées aux interventions efficaces et rentables en conformité avec des priorités clairement établies. Concernant l'organisation des services, les structures hiérarchiques et les marchés non-réglés sont jugés déficients. Le recours à une intégration souple des prestataires des soins, particulièrement médecins et hôpitaux, via des contrats établis avec le gouvernement apparaît une approche plus prometteuse. L'important est qu'avec ces arrangements les services soient rendus de façon efficiente et que les priorités soient respectées. L'échange d'information permis par les techniques modernes de communication favorise l'intégration tout en préservant l'autonomie des prestataires de soins.

- ♦ *Au niveau des ressources*, le rapport souligne qu'un système de santé repose sur une grande diversité d'apports : une variété de ressources humaines quelquefois très spécialisées et longues à former, des installations physiques, des équipements, des fournitures, des médicaments et des connaissances. La qualité de ces ressources doit être maintenue et le financement bien réparti entre les dépenses de fonctionnement et les investissements. Une bonne performance du système de santé demande de bien planifier et équilibrer le dosage de ces divers types de ressources en fonction de l'évolution des besoins, des attentes et de la technologie. Cette adaptation devrait être recherchée par l'élaboration d'orientations et la mise en place de régimes d'incitation adéquats.
- ♦ *Au niveau du financement*, pour garantir l'équité et la protection contre le risque financier, il faut instaurer un niveau de prépaiement élevé (impôt, taxe, cotisation, prime d'assurance), répartir le risque, subventionner les pauvres, éviter la fragmentation du financement et instaurer des mécanismes de paiement incitant à améliorer la qualité des services et la réactivité du système.
- ♦ *L'administration générale* englobe la définition de la structure d'ensemble du système de santé, des finalités et de l'orientation des politiques sanitaires, l'action intersectorielle, l'exercice d'une influence via la réglementation et le plaidoyer ainsi que la collecte et l'exploitation de l'information. En dernier ressort, c'est au gouvernement qu'incombe la responsabilité de la performance d'ensemble du système de santé.

Trois thèmes prenant appui sur l'analyse de l'OMS seront développés dans les sections qui suivent. **La recherche d'une meilleure utilisation des ressources et un système plus sensible aux attentes d'une population bien informée** constituent la trame de fond de l'examen qui est fait. Ces thèmes sont :

- ♦ une priorisation des services
- ♦ la rentabilité des interventions préventives
- ♦ la participation publique au pilotage du système

2. UNE PRIORISATION DES SERVICES

Chaque année, de nouveaux moyens deviennent disponibles pour prévenir, diagnostiquer ou traiter les maladies. De façon très juste, la commission a identifié le progrès technologique, très rapide dans le domaine de la santé, comme l'une des principales causes des fortes pressions s'exerçant sur les dépenses de santé. En effet, la technologie ajoute sans cesse aux capacités d'intervention du système de santé. La variété et le nombre d'interventions produites par le système s'accroissent constamment et il en est de même pour les attentes de la population. Les interventions de santé n'ont cependant pas toute la même valeur, certaines sont plus efficaces que d'autres et leur coût-efficacité peut grandement varier. De plus, pour une intervention donnée, l'efficacité et le coût-efficacité varieront de façon importante en fonction des circonstances d'utilisation.

Dans son rapport, l'OMS porte une attention particulière à la question du choix des interventions de santé [encadré 2.1]. L'organisme dont le slogan a été pendant de nombreuses années "La santé pour tous" parle maintenant de nouvel universalisme. Le mot rationnement est souvent utilisé dans ce rapport qui semble marquer un tournant dans sa réflexion. La pensée exprimée peut être résumée comme suit. Optimiser la performance du système de santé demande de choisir les interventions de santé qui seront offertes. Les ressources commandées par la technologie actuellement disponible sont telles qu'il n'est plus possible d'offrir tout pour tous. **Les interventions devraient être choisies sur la base de critères de coût, d'efficacité mais aussi des valeurs de la société.** L'OMS souligne que la responsabilité de définir et de faire appliquer une enveloppe de prestations appartient au gouvernement. À la page 65 du document, on peut lire : "Tous les pays doivent instaurer une politique claire de rationnement des interventions et veiller à ce que leurs ressources dont le montant est limité soient affectées à des domaines considérés comme hautement prioritaires."

Encadré 2.1

Orientations de l'OMS quant au choix des interventions de santé

Justification

- ♦ Un rationnement inévitable : il n'est plus possible d'offrir tous les services à tous.

Concept

- ♦ Nouvel universalisme : dispenser à tous ceux qui en ont besoin des soins essentiels de haute qualité choisis sur la base de critères de coût, d'efficacité et d'acceptabilité sociale.

Responsabilité

- ♦ Gouvernement : responsable de la performance d'ensemble du système de santé, il doit s'assurer qu'une enveloppe de prestations est définie et appliquée.

Principe pour le choix des interventions:

- ♦ Optimisation : maximiser les effets sur la santé pouvant être tirés des ressources disponibles sous réserve des objectifs de réduction des inégalités et des problèmes de santé prioritaires qui ont été retenus.

Vivre avec des ressources limitées est une réalité de tout système de santé. Chez nos voisins du Sud, dont la dépense de santé par habitant est pourtant deux fois plus élevée que la nôtre, le rationnement s'exprime en particulier par l'absence de couverture d'assurance pour plusieurs dizaines de millions de personnes. Chez nous, ses principales manifestations sont l'engorgement des services et les files d'attente. Il en est ainsi parce que nos mécanismes de régulation s'appliquent surtout à contrôler la quantité totale de ressources consommées par le système et interviennent peu pour sélectionner les interventions plus rentables.

Une exception à cette règle générale de contrôle par enveloppe globale est le secteur des services ultraspecialisés requérant des installations coûteuses, l'imagerie par résonance magnétique par exemple. Dans ce domaine, il y a un mécanisme de micro-contrôle, tout projet devant faire l'objet d'une autorisation ministérielle. On constate toutefois, dans ce cas, l'absence d'énoncé formel sur les critères qui sont appliqués pour accepter ou refuser un projet. L'adoption de critères cohérents avec les orientations mises de l'avant par l'OMS

donnerait plus de crédibilité et de transparence au processus et serait susceptible d'améliorer la performance du système de santé.

Une évaluation récente du Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS) illustre de façon frappante les pressions engendrées sur notre système de santé par les nouvelles technologies coûteuses¹. **Les dispositifs d'assistance ventriculaire implantables (DAVI)** sont des nouvelles technologies qui permettent d'ajouter plusieurs mois à la vie de certains patients souffrant d'insuffisance cardiaque [encadré 2.2]. Dans son rapport, le CETS indique que cette technique n'est plus considérée comme expérimentale et qu'elle se développe rapidement.

Utilisés chez les candidats à la transplantation cardiaque pour faire le pont jusqu'à la transplantation, les DAVI permettent de faire passer le taux de survie à cinq ans des patients transplantés de 70% à 90%. Le coût total d'une implantation de DAVI est de 138 000 \$. Tenant compte du fait que 30% des patients chez qui un DAVI est implanté ne survivront pas jusqu'à la transplantation, le CETS calcule que les DAVI ajoutent 200 000 \$ au coût d'une transplantation cardiaque. Il estime qu'avec cette technique il en coûte, selon les applications, de 50 000 \$ à 186 000 \$ pour ajouter une année de vie. Par comparaison, le rapport coût-efficacité du dépistage du cancer du sein a été estimé à environ 5 000 \$ par année de vie ajoutée².

Encadré 2.2

Les dispositifs d'assistance ventriculaire implantables (DAVI)

Description

- ♦ Pompe miniature implantable utilisée pour prolonger la vie de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque

Coût unitaire

- ♦ Appareil : 90 000 \$
- ♦ Implantation de l'appareil : 48 000 \$
- ♦ Total : 138 000 \$

Rapport coût-efficacité

- ♦ De 50 000 \$ à 186 000 \$ par année de vie ajoutée

Impact sur les dépenses annuelles de santé

- ♦ 3,8 M\$ pour un programme limité à 10 cas par an
- ♦ 570 M\$ pour un programme de 1 500 cas par an

Selon les estimés du CETS, les DAVI pourraient avoir un impact majeur sur les dépenses de santé. Un programme restreint aux candidats à la transplantation et limité à 10 implantations par année entraînerait des dépenses annuelles d'environ 4 millions \$. Mais un programme de 1 500 cas par an, ce qui correspond à des estimations de besoins déjà publiées, ajouterait 570 millions \$ aux dépenses des hôpitaux. Cette somme est très importante pour une seule innovation. Elle correspond à plus de 10% du budget total des hôpitaux de soins généraux et spécialisés du Québec qui, en 1998-99, s'élevait à 5,2 milliards \$.

Au moins trois implantations de DAVI ont été réalisées au Québec sans qu'une décision formelle d'inclure ou non ce service parmi les prestations assurées ait été prise. Lorsque

¹ Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. *Les dispositifs d'assistance ventriculaires implantables : devraient-ils être employés au Québec ?* (CETS 2000-1 RF). Montréal : CETS, 2000, viii - 40p.

² Conseil d'évaluation des technologies de la santé. *Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé*. CETS, Montréal, novembre 1990.

cela se produit, le programme ne reçoit pas de financement du gouvernement. Les ressources du système de santé sont dirigées vers ces nouvelles activités et ne sont par conséquent plus disponibles pour d'autres services pouvant possiblement apporter de meilleurs résultats de santé par dollar investi. Selon l'OMS, cette situation n'est pas optimale. Pour de tels cas, il serait préférable de se donner des mécanismes de décision collective. Ceux-ci reposeraient sur des critères de décision précis et un processus de décision transparent dans lequel une large place serait faite aux valeurs de la société.

Des propositions récentes du côté de **l'assurance médicaments** montrent une adaptation intéressante aux difficiles problèmes de décision posés par les technologies coûteuses. Le programme d'assurance médicaments connaît une croissance de coût très rapide, environ 15% par année, et l'arrivée de médicaments coûteux, des coûts annuels de traitement supérieurs à 10 000 \$ voire 100 000 \$ par patient, sont devenus une réalité de plus en plus fréquente. Dans son document de consultation³, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose une refonte du cadre décisionnel pour déterminer les médicaments couverts par le régime.

Les modifications proposées touchent tant les critères que le processus de décision [encadré 2.3]. La perspective individuelle qui sous-tend les critères actuels est remplacée par des critères s'appuyant sur une perspective plus collective et globale : effets sur la santé de la population, coût-efficacité, impact net sur les dépenses de santé et valeurs de la société. La recommandation de couvrir ou non un médicament qui, à présent, relève d'un groupe restreint d'experts serait confiée à un comité composé à la fois d'experts et de non-experts représentant la population. Les experts sont essentiels pour l'application et l'interprétation adéquates des critères objectifs mais faire une recommandation, dans les cas difficiles, demande aussi d'appliquer des choix de valeur. Ajouter des représentants de la société pour appliquer ces choix accroît la transparence et la légitimité du processus.

Encadré 2.3

Évolution récente des paramètres pour décider de la couverture offerte par l'assurance médicaments

Situation actuelle

- ♦ Critères : valeur thérapeutique et justesse du prix
- ♦ Recommandation de couverture : faite par un petit groupe d'experts.

Proposition avancée

- ♦ Critères : effets sur la santé (efficacité et sécurité), coût-efficacité, impact net sur les dépenses de santé et valeurs de la société.
- ♦ Recommandation de couverture : faite par un groupe formé d'experts et de non-experts chargés d'incorporer les valeurs de la société dans les choix.

Un autre axe majeur de la réforme proposée pour l'assurance médicaments est le renforcement des revues d'utilisation des médicaments. Le conseil, formé d'experts et de représentants de la population, chargé de faire des recommandations sur la couverture des médicaments aurait aussi le mandat de favoriser leur utilisation optimale. L'information aux professionnels de la santé et les revues d'utilisation des médicaments seraient les deux principales stratégies employées pour actualiser ce mandat. Toutes deux demandent

³ Ministère de la santé et des services sociaux. *Les pistes de révision du Régime général d'assurance médicaments*. Québec, 2 février 2000.

une grande implication des professionnels de la santé dans l'élaboration et l'application de guides d'utilisation des médicaments.

Plusieurs juridictions ont tenté des **exercices de priorisation** des services de santé. L'Oregon (Etats-Unis), les Pays-Bas, la Suède et la Nouvelle-Zélande sont les expériences les mieux connues. L'OMS souligne que de ces essais constituent un net progrès par rapport à la démarche classique que constitue le contrôle passif des dépenses. Aucune de ces expériences n'apparaît comme une réponse définitive mais des leçons en ressortent sur les éléments essentiels d'une telle approche :

- se donner des critères de décision clairs qui mettent l'accent sur le besoin d'optimiser l'effet sur la santé pouvant être tiré des ressources disponibles ;
- utiliser des processus de décision transparents qui incorporent à la fois le savoir des experts et les valeurs des citoyens ;
- disposer d'une meilleure information sur les besoins de santé et l'utilisation des services ;
- développer l'évaluation des technologies et autres interventions de santé ;
- impliquer les cliniciens via l'élaboration et l'application de protocoles de soins.

L'approche proposée ici ne se réduit pas à la désassurance de services qui n'est souvent qu'un acte administratif visant uniquement à réduire les coûts et qui, dans les faits, ne fait que les transférer aux individus avec les problèmes d'équité que cela implique. Cette forme "technocratique" de désassurance donne la plupart du temps des résultats contraires aux objectifs d'équité prônés par l'OMS. Ce qui est proposé ici, c'est une priorisation "sociale" des services à offrir axée sur l'objectif d'optimiser l'effet sur la santé de la population pouvant être tiré des ressources disponibles mais qui prend aussi en compte les objectifs d'équité et les autres priorités que la société se donne.

La priorisation se distingue donc de la désassurance par des critères de décision plus larges et un processus qui fait explicitement appel aux valeurs de la société. La priorisation offre aussi l'avantage d'une plus grande flexibilité de décision. La décision de couverture est généralement binaire : un service est couvert ou il n'est pas couvert. La priorisation peut permettre l'application de décisions plus nuancées. Considérant les coûts, l'efficacité et les autres implications d'un service, on pourrait juger que la décision la plus raisonnable est de l'offrir de façon restreinte, par exemple pour certaines indications où son apport pour la santé est le plus grand. On pourrait aussi décider qu'il sera offert mais que le volume total d'interventions ou l'enveloppe globale d'argent qui y sera consacrée seront plafonnés. La recommandation du CETS concernant l'emploi des DAVI est essentiellement de cette nature. Dans tous ces cas et pour l'efficacité de l'utilisation des services dans son ensemble, l'implication des professionnels via le développement de protocoles de soins sera requise.

3. LA RENTABILITÉ DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

Le rapport de l'OMS identifie les interventions collectives de prévention auprès de la population comme une composante de la prestation des services au même titre que les services personnels. Des interventions contre les risques infectieux, environnementaux et

occupationnels ainsi que des interventions pour modifier des habitudes de vie ou des conditions de vie nuisibles à la santé peuvent contribuer directement à l'amélioration de l'état de santé moyen et à la réduction des écarts de cet état de santé.

La vaccination est l'exemple classique de programme de prévention efficace et rentable. Il s'agit d'une intervention à la fois collective sur le plan de l'organisation et individuelle en terme de prestation de service. L'exemple récent de la vaccination contre l'*haemophilus influenzae* B montre que, même à l'heure actuelle, des résultats spectaculaires en terme de diminution de la morbidité et de la demande de soins de santé peuvent être obtenus par la réalisation de ce type de programme. L'introduction en 1992 de ce programme de vaccination pour les nouveaux-nés québécois a permis de faire disparaître les infections invasives à *haemophilus* responsables de nombreux cas de méningites et d'épiglottites chez les jeunes enfants.⁴

Des approches éducatives combinées aux activités dans la communauté et auprès des médias peuvent retarder ou prévenir l'initiation au tabagisme chez 20 à 40% des adolescents. Les expériences de la Californie et de la Floride en constituent des exemples fort inspirant. En Floride, après deux années d'implantation d'un programme conçu par les jeunes et financé à même une taxe sur le tabac, on a observé une baisse de 54% chez les jeunes du premier cycle du secondaire et de 24% chez ceux du deuxième cycle. De simples conseils par les médecins qui ont accès à plus de 70% des fumeurs chaque année entraînent des taux de cessation de 5 à 10%. Des interventions variées de support et les aides pharmacologiques peuvent augmenter les taux de succès jusqu'à 30 et 50%.

De même, **des interventions précoces et intensives en milieu défavorisé** peuvent avoir un impact préventif sur une multitude de difficultés d'adaptation des enfants et des jeunes et les bénéfices de ces interventions se prolongent jusqu'à l'âge adulte. En réduisant, très tôt dans la vie, les situations de victimisation (abus et négligence), les troubles de comportements en bas âge, en soutenant les parents dans leur rôle, en renforçant leurs compétences et en agissant sur leurs conditions de vie, on peut obtenir des résultats positifs. Les bénéfices observés à l'adolescence touchent la délinquance et la violence, la toxicomanie, la grossesse précoce, les échecs et le décrochage scolaire. On peut ainsi réussir à briser le cercle vicieux de la défavorisation, associée notamment, à l'âge adulte, à une consommation plus importante de tabac et d'alcool, à une moins bonne santé mentale, à une propension plus grande à développer des maladies cardio-vasculaires, des cancers, etc. Plusieurs programmes américains ont été l'objet d'études de rentabilité. Il a été démontré, pour le célèbre programme de prévention de la violence High/Scope Perry Preschool que chaque dollar investi par les contribuables américains a entraîné des économies de plus de 7\$ en raison de la réduction de la criminalité et des prestations d'assistance sociale.⁵

Par ailleurs, **la combinaison des interventions préventives avec la prestation des services cliniques personnels** apparaît de plus en plus comme un trait commun des stratégies de lutte à l'égard des problèmes de santé et de bien-être. Ainsi, le récent

⁴ MMWR, vol 48, no 12 avril 1999.

⁵ SCHWEINHART, L.J., BARNES, H.V., et WEIKART, D.P. avec BARNES, W.S. et EPSTEIN, A.S., Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Through Age: Monographies de la High/Scope Educational Research Foundation; no 10. Ypsilanti, Michigan: High/Scope Press, 1993.

programme québécois de lutte au cancer associe des activités de prévention, de dépistage précoce, de services diagnostiques et thérapeutiques, de soutien social et de soins palliatifs. Les plans de lutte contre les maladies chroniques et pour la réduction des incapacités et des inégalités sanitaires vont dans le même sens.

Cette combinaison est tout aussi essentielle pour faire face à des problèmes de santé émergents. La résistance aux antibiotiques est un de ces problèmes émergents et elle risque de ramener les maladies infectieuses à l'avant-plan des problèmes de santé en terme d'importance et de coûts. En effet, les antibiotiques ont permis d'atteindre des résultats spectaculaires dans le traitement des infections, et ce, à des prix minimes, si l'on considère, par exemple, ce qu'il en coûtait auparavant pour traiter dans de longs séjours en sanatorium les malades tuberculeux. Mais cette situation risque de changer radicalement avec le phénomène de résistance aux antibiotiques aggravé, en partie, par leur utilisation inappropriée dans le traitement des infections humaines et animales.

Désormais, le traitement approprié d'une maladie transmise sexuellement (MTS) nécessite l'emploi d'antibiotiques de dernière génération beaucoup plus coûteux et la tuberculose doit être attaquée avec un cocktail de quatre antibiotiques. Les infections acquises en milieux hospitaliers représentent une sérieuse menace à la santé des malades en raison de l'importante concentration de bactéries résistantes aux antibiotiques que l'on retrouve dans ces milieux. L'exemple actuel, des infections à entérocoque résistant à la vancomycine qui ont commencé à se manifester dans plusieurs des hôpitaux du Québec, montre clairement les coûts importants qui doivent être assumés pour gérer convenablement ces infections et les coûts financiers et humains encore plus importants, si on ne les prévient ni ne les gère adéquatement.

Ces différents exemples rappellent que les interventions collectives de prévention de même que les pratiques professionnelles préventives intégrées à la pratique clinique sont des composantes indispensables de la prestation des services et qu'elles contribuent aux résultats en terme de mortalité et de morbidité. Par contre, au même titre que les services cliniques, il faut s'assurer de la meilleure utilisation des ressources de prévention. Certes, plusieurs programmes de vaccination comptent parmi les services de santé les plus rentables en terme de coûts-efficacité. Cependant, l'analyse de leur rentabilité doit être faite en fonction des différentes maladies contre lesquelles on implante ces programmes de vaccination. Pour les maladies les plus fréquentes, les plus morbides ou pour lesquelles nous disposons de vaccins hautement efficaces, le coût d'une année de vie préservée en bonne santé est inférieur à 10\$.

Au cours des prochaines années, les nouvelles technologies de production de vaccins permettront de cibler de nouvelles maladies ou d'obtenir des meilleurs résultats en terme d'immunogénicité ou de diminution des effets secondaires. Mais les vaccins qui permettront d'obtenir ces gains marginaux seront beaucoup plus dispendieux. Actuellement, on évalue qu'un vaccin conjugué contre les infections à pneumocoque coûtera plus de 200\$ par enfant et ne donnera qu'une protection partielle contre les infections. Le développement d'un vaccin conjugué contre les infections à méningocoque va relancer, dans les prochains mois, le débat sur l'opportunité d'introduire un programme de vaccination universelle contre cette maladie puisque ce vaccin donnera une protection de plus longue durée que celui actuellement disponible. Dans les prochaines années, on

devrait être en mesure de fournir un vaccin contre les infections à VIH responsables du SIDA, mais son coût sera très élevé et il ne confèrera probablement qu'une protection très partielle pour une durée d'immunité inconnue. Il faudra décider si ces programmes de vaccination doivent faire partie de la gamme de services du système de santé au Québec et quelles sont les personnes qui peuvent en bénéficier.

Devant la multiplication de ces nouveaux vaccins, de nouveaux programmes de promotion/prévention, de nouveaux tests de dépistage, entre autres génétiques, il est évident qu'il se fera des choix, de façon implicite ou explicite. À cet égard l'approche de priorisation " sociale " proposée pour la couverture des services cliniques pourrait être adaptée pour les interventions préventives, en particulier le recours à des critères de décision mettant l'accent sur l'optimisation des effets sur la santé en regard des ressources allouées et des processus de décision transparents incorporant à la fois le savoir des experts et les valeurs des citoyens.

4. LA PARTICIPATION PUBLIQUE AU PILOTAGE DU SYSTÈME

Selon le cadre de l'OMS, **la responsabilité de la performance du système et de la poursuite des objectifs revient essentiellement au gouvernement.** L'administration générale ou le pilotage du système est alors la fonction clé qui renvoie aux divers leviers dont disposent les pouvoirs publics pour assumer cette responsabilité. La modification des modalités touchant l'organisation et le financement des services de santé constitue un de ces leviers. Mais ces leviers tiennent aussi aux stratégies d'ensemble auxquelles les gouvernements peuvent recourir pour améliorer les chances de santé et de bien-être des moins favorisés.

Dans la plupart des sociétés modernes, l'évolution de la technologie et une meilleure connaissance des facteurs de risque ont procuré une plus grande capacité de prévention et de traitement des maladies, elles n'ont toutefois pas permis d'éliminer **les disparités entre les classes sociales.** Si toute la population adoptait de saines habitudes de vie, l'espérance de vie globale serait assurément augmentée, mais le gradient de l'état de santé entre les classes sociales persisterait parce que la maladie est aussi liée à l'environnement social, économique et culturel des gens. Il existe effectivement une concentration de problèmes sociaux et de santé chez les populations défavorisées et cette concentration n'est pas sans exercer d'importantes pressions sur l'organisation et le financement du système. Ces pressions sont liées aux coûts de l'assistance sociale, des services sociaux et de santé et au manque à gagner en matière d'impôt et de productivité. Mais plus dramatiques encore sont les diverses formes d'exclusion sociale : l'incapacité à s'intégrer au marché du travail, la délinquance, la toxicomanie, les grossesses précoces.

Or, les données disponibles pointent deux grands axes prioritaires pour des stratégies gouvernementales de réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté : d'une part, **investir dans la petite enfance et la famille** et, d'autre part, **promouvoir le développement de la cohésion sociale** afin de favoriser le développement du sentiment de contrôle sur sa destinée, tant individuel que communautaire. Des programmes précoces d'intervention et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé ainsi qu'un système

d'éducation compensatoire peuvent favoriser l'égalité des chances de réussite et ainsi contribuer largement à la réduction du gradient social de santé et de bien-être.

Les stratégies gouvernementales peuvent aussi s'appuyer sur la **législation et la réglementation**. À titre d'exemple, diverses études ont mis en évidence les causes et les conséquences du tabagisme sur le plan social, économique et culturel et les efforts se sont tournés vers des actions plus globales. Les grandes agences internationales (OMS, Banque mondiale..) et la majorité des pays membres ont adopté des réglementations et des politiques de lutte au tabac. Cet engagement des gouvernements s'est imposé à la lumière des données qui placent le tabac loin en avant sur la liste des causes évitables de maladies et de décès. Le Québec a adopté une législation d'importance lui permettant de mieux protéger les non-fumeurs de la fumée des autres, de contrôler la vente aux mineurs, de réduire la publicité et la commandite et de réglementer le produit. Cette approche est reconnue efficace quand elle s'accompagne de mesures éducatives, fiscales et pharmacologiques s'adressant à la fois aux futurs fumeurs et aux fumeurs réguliers.

Enfin, **une plus grande participation des citoyens à ce pilotage** apparaît comme un élément majeur pour la viabilité d'un système public. L'érosion de la confiance des citoyens à l'égard de notre système de santé le rend vulnérable à des remises en cause majeures. Il est important d'améliorer le respect des droits et l'attention portée aux patients à travers une meilleure gestion de la prestation des services et cette amélioration pourra contribuer à maintenir ou à rétablir la confiance du public. Toutefois, la perte de confiance semble aussi liée à un déficit de participation publique dans les décisions touchant les orientations, les allocations de ressources, l'évaluation et la gestion d'ensemble. La participation actuelle de la population au pilotage du système est trop limitée en regard de l'ampleur des ressources collectives consacrées à la santé et aux services sociaux, de la multiplicité et de la complexité des enjeux à la fois sanitaires, sociaux, économiques et éthiques, des objectifs sociaux poursuivis et de la portée des décisions. Il faut donner plus d'informations aux citoyens et intégrer davantage leurs préoccupations et leurs valeurs dans les processus de décision centraux. La Commission d'étude est un mécanisme permettant cette prise en compte. Mais après le rapport de la Commission, il y aura encore beaucoup de questions à débattre et beaucoup de décisions nécessitant un éclairage provenant à la fois des experts et des citoyens.

5. L'ENCLenchement D'UN PROCESSUS DE CHANGEMENT

La commission a soumis plusieurs options à la discussion, huit sur l'organisation des services et autant sur le financement. Ces options sont davantage des cibles ou des principes d'action que des actions bien définies. Les résultats de leur mise en application dépendront fortement des modalités d'application qui seront retenues.

De plus, il est probable que plusieurs options seront mises en branle simultanément, chacune avec leurs modalités propres. Les répercussions croisées de ces changements sont difficiles à prévoir et à gérer. Pour cette raison, la Commission doit se préoccuper non seulement des modalités d'organisation ou de financement visés mais aussi de la stratégie pour initier et encadrer les changements.

Nos commentaires sur les options visent à illustrer la pertinence du cadre de l'OMS et des thèmes que nous avons développés. En même temps, nos thèmes, comme une sensibilité accrue aux attentes et aux valeurs de la population et le recours aux stratégies de promotion de la santé et du bien-être, débordent la liste des options.

Responsabilité clinique et financière à une équipe de professionnels pour les services de base

- En théorie, réorganiser les soins primaires sur la base d'un tel principe pourrait améliorer la performance du système de santé. Si appliqué dans un cadre structurel adéquat, un tel arrangement basé sur une capitation offre la possibilité de gains d'efficience.
- Une capitation laisse beaucoup d'autonomie aux professionnels, elle leur remet une grande partie du pouvoir de décision dans l'affectation des ressources.
- La responsabilité financière incite à l'usage judicieux des ressources, elle peut favoriser l'utilisation des protocoles recourant davantage aux infirmières cliniciennes et aux pratiques préventives efficaces.
- Il est essentiel de prévoir la jonction et l'interaction entre une telle équipe de professionnels et les équipes de professionnels qui réalisent les interventions collectives de prévention.
- Pour ce qui est de la réactivité du système, il faut noter que la plupart des formules de capitation demandent que la personne s'inscrive pour un certain temps auprès d'une équipe, ceci limite la liberté de choix qui existe actuellement. En dehors des grands centres urbains, il n'y aurait souvent qu'une seule équipe pour les personnes vivant dans un territoire donné.
- Les modalités d'application de cette formule sont très importantes. Si elles sont déficientes, il y a risque de sélection des clientèles moins malades et de sous-dispensation de services. Pour une capitation de population ou de clientèle cible, le choix des modalités devrait s'appuyer sur les résultats des expériences réalisées ailleurs avec de telles formules (ex : Royaume-Uni, Suède et HMO aux Etats-Unis).
- Il faudra bien outiller les professionnels de la santé pour la prise en charge de leur nouvelle responsabilité financière. À cet effet, une information juste sur le coût, le coût-efficacité et la qualité des différents services qu'ils achètent pour le compte de leurs patients sera importante.
- Le succès d'une telle approche dépend entre autre : de l'établissement d'un montant de capitation adéquat, d'une délimitation claire des services couverts par cette enveloppe, d'un haut degré de coordination à l'intérieur de l'équipe de professionnels, de la souplesse d'action qui leur est donnée et d'une articulation adéquate avec les services de niveau secondaire et tertiaire.
- Une capitation pour une population ou pour une clientèle cible (ex : personnes âgées en perte d'autonomie) pose des problèmes de mise en œuvre différents. Les différences dans l'organisation actuelle des services entre les régions (ex : importance relative des cliniques privées et CLSC) posent aussi un défi pour la mise en œuvre.

Organisation des services spécialisés sur une base régionale ou nationale

- Pour les services de soins tertiaires, une responsabilité de gestion située au niveau central paraît un principe d'organisation souhaitable pour la performance du système de santé. À cause du volume d'activités et de la masse critique de ressources nécessaires pour assurer la qualité et la rentabilité de ces services, leurs bases d'organisation dépassent la taille de la plupart des régions.
- Ce niveau de soins est celui où le problème des technologies coûteuses illustré par le DAVI se pose le plus souvent. Une responsabilité d'organisation clairement placée au niveau central favoriserait le développement de critères de décision plus explicites et d'un processus de décision plus transparent pour faire les choix. Ce processus devrait inclure de façon explicite la prise en compte des valeurs sociales.
- Un remboursement par cas semblable aux DRG, possiblement assorti d'un plafonnement global correspondant au volume total d'interventions planifiées, pourrait être considéré pour le financement de ces services.
- La concentration de ces services dans quelques établissements ne doit pas réduire l'équité d'accès à ces soins pour les personnes vivant loin de ces centres. Des mécanismes de référence adéquats ainsi que des mesures de soutien pour leur déplacement et leur hébergement doivent être prévus.
- Il serait souhaitable que les établissements offrant les mêmes services de soins tertiaires (exemple : chirurgie cardiaque) fonctionnent en réseau et gèrent de façon conjointe les listes d'attente sur la base de critères de priorisation uniformes.

Dossier clinique informatisé par patient

- L'efficacité du système de santé et la qualité des services peuvent grandement bénéficier d'une meilleure intégration des soins. La mise sur pied d'un dossier clinique informatisé par patient est, en théorie, un moyen très approprié pour favoriser des soins intégrés tout en préservant l'autonomie des professionnels.
- Dans la pratique, il est impératif que les modalités respectent les droits fondamentaux des citoyens que sont le respect de la vie privée, de la dignité et de l'autonomie de décision des personnes.

Création de caisses spéciales pour le financement des services de santé

- Créer une caisse spéciale pour le financement d'un grand secteur de services (ex : assurance médicaments) ou même l'ensemble des services peut rendre plus transparents les arbitrages à faire entre les services offerts et les sommes demandées aux citoyens pour le financement du système de santé.
- Cette transparence favorise une meilleure information et une plus grande implication de la population dans les choix. Ceci est un élément majeur pour la réussite d'une approche explicite dans la détermination des services offerts par le régime nécessaire à l'amélioration de la performance du système de santé.
- Une mécanique de financement plus ouverte est susceptible de rendre les décisions d'allocation des ressources moins vulnérables aux pressions conjoncturelles des groupes d'intérêts.

Participation du privé et du communautaire

- ♦ La participation du privé et du communautaire ne devrait pas être décidée sur une base idéologique. L'important est que la gouverne publique demeure et que ceux qui donnent le service le fassent de façon efficiente et en respectant les priorités définies par la société.
- ♦ La participation du privé sans but lucratif et du communautaire est essentielle à la réalisation de nombreuses interventions de santé publique, services sociaux et soins de santé.

Mais au-delà des modalités éventuellement retenues et même formellement adoptées, c'est **la capacité d'enclencher et de gérer des changements** qui sera déterminante. Le processus de changement est tout aussi important et tout aussi complexe que le processus actuel de formulation des changements visés. L'implantation de changements majeurs dans un système de santé met en jeu un grand nombre d'éléments. Ces éléments ont trait au contexte social, économique et organisationnel de l'implantation, à la nature du changement implanté, notamment sa complexité ; aux convergences et divergences des intérêts des acteurs individuels ou institutionnels impliqués ; à la stratégie et à la gestion de l'implantation. La réussite de l'implantation tient à une combinaison favorable de ces éléments alors que les décideurs n'ont qu'une prise partielle sur ces mêmes éléments.

L'expérience des grandes réformes québécoises en santé et services sociaux illustre la complexité de ces processus de changement et les limites des approches administratives et planifiées. Pour le prochain épisode, on pourrait adopter une stratégie visant à enclencher le changement plutôt qu'à le définir en détail à l'avance. Dans une telle stratégie, il s'agit d'**introduire un nombre limité de modifications** qui soient susceptibles de faire évoluer l'ensemble du système vers les objectifs énoncés précédemment. La stratégie de changement est ainsi directement reliée à la discussion des modalités d'organisation et de financement. En effet, dans la perspective de l'enclenchement d'un processus de changement, la Commission pourrait cibler les modifications les plus porteuses au regard du cadre d'analyse énoncé précédemment. Pour l'INSPQ, des modifications visant à **accroître les responsabilités des groupes assurant les services de base** (services personnels et interventions préventives) ainsi que **la capacité des citoyens à participer aux décisions centrales** auraient une grande portée.

CONCLUSION ET ENGAGEMENTS DE L'INSPQ

L'Institut national de santé publique du Québec partage la conviction que le système de santé québécois doit être amélioré tant du côté de l'organisation des services que de celui du financement. Ces paramètres sont deux déterminants majeurs de la performance d'un système de santé. Le Canada obtient de très bons résultats en termes d'atteinte des objectifs. Là où il y a nettement place à l'amélioration c'est dans sa performance économique, c'est-à-dire sa capacité à utiliser efficacement les ressources pour atteindre ses objectifs. Améliorer l'efficacité demande de revoir les mécanismes de régulation actuels qui peuvent être largement qualifiés de hiérarchiques et passifs.

L'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux tient ainsi largement à son pilotage d'ensemble. Ce pilotage doit être assumé par le gouvernement et s'inspirer du cadre d'analyse de l'OMS. La pertinence de ce dernier tient à ce qu'il s'appuie sur les valeurs de qualité et d'équité que nous partageons, qu'il met à jour la formulation des objectifs et des fonctions des systèmes de santé, qu'il est applicable aux systèmes des différents pays et qu'il prend en compte la limitation des ressources.

Par ailleurs, le pilotage du système doit recourir à des mécanismes collectifs plus explicites pour décider des services personnels et des interventions préventives fournis par notre système de santé. Parmi les critères de décision à considérer, les effets sur la santé, le coût-efficacité et l'acceptabilité sociale nous semblent incontournables. Les processus de décision devront être précisés et rendus beaucoup plus transparents. Ils devront faire une place tant aux experts pour l'utilisation des connaissances qu'à la population pour l'inclusion des valeurs. Des mécanismes semblables doivent soutenir les autres processus centraux de décision. Enfin, les stratégies de changements pour enclencher et implanter de nouvelles modalités d'organisation et de financement constituent un défi aussi difficile que la formulation des changements visés.

Au-delà de ses positions sur les changements envisagés, l'Institut national de santé publique du Québec s'engage à favoriser l'implication de la population dans les choix. Il le fera à travers la production et la mise à profit des connaissances scientifiques dans le champ de la santé publique. Il participera à l'évaluation d'interventions préventives et collaborera à l'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé. Sa contribution se fera également en relation avec les stratégies d'ensemble touchant la promotion de la santé et du bien-être. Elle prendra la forme d'analyses prospectives sur l'état de santé de la population et sur des risques particuliers ainsi que d'évaluations de l'impact sur la santé des changements dans les services personnels et les interventions préventives. En plus, l'INSPQ pourra soutenir l'implantation des changements à travers son mandat de formation des intervenants en santé publique et celui d'information de la population.