

**aqesss**

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX

# POUR ASSURER LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Décembre 2014

### ***COORDINATION ET RÉDACTION***

Monick Coupal

### ***MISE EN PAGE***

Laila El Asri  
Lucie Lacasse

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014

### ***DISTRIBUTION***

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux  
505, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 400  
Montréal (Québec) H3A 3C2  
Téléphone : 514 842-4861  
[www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2014  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèques et Archives Canada  
ISBN : 978-2-89636-202-8 (PDF)

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.  
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

# L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) est le porte-parole de 125 établissements membres composés des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés, d'instituts universitaires et de centres affiliés universitaires ainsi que d'établissements non regroupés tels des centres hospitaliers et des CHSLD à vocation unique. L'AQESSS et ses membres sont des acteurs incontournables de la modernisation du système de santé et de services sociaux.

Nos membres desservent toutes les régions du Québec et offrent une très large gamme de services de santé et de services sociaux en première, deuxième et troisième lignes.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir ses membres en agissant comme chef de file pour améliorer la qualité des services et la performance du système de la santé et des services sociaux au bénéfice de la population du Québec.

Les membres de l'Association emploient plus de 230 000 personnes et gèrent de façon responsable et en toute transparence des budgets annuels s'élevant à près de 18 milliards de dollars.



# REMERCIEMENTS

La contribution de plusieurs personnes a permis la réalisation de ce document.

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur soutien et collaboration particulière à ces travaux :

## **Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO)**

Joanne Castonguay

Nathalie de Marcellis-Warin

## **Représentant de la population**

Guy Poulin

## **Équipe de l'AQESSS**

Luc Bouchard

Directeur

Direction conseil des ressources humaines, des services administratifs et des affaires juridiques

Michèle Pelletier

Directrice

Bureau des affaires médicales et universitaires

Anne Lemay

Directrice

Direction conseil de l'organisation des services et de la performance

Claire Jolicoeur

Directrice

Direction des ressources internes

Monick Coupal

Conseillère en organisation des services

Direction conseil de l'organisation des services et de la performance



# TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>MISE EN CONTEXTE ET DÉMARCHE.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>LA NÉCESSITÉ DE VOIR AUTREMENT.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>LES CONSTATS .....</b>  | <b>15</b> |
| LA PERTINENCE DES SERVICES ASSURÉS ET DE LEUR UTILISATION .....  | 15        |
| LA PRESTATION DES SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE .....  | 17        |
| LES TECHNOLOGIES .....   | 22        |
| LA GOUVERNANCE .....   | 27        |
| <b>DES MESURES STRUCTURANTES ESSENTIELLES.....</b>   | <b>29</b> |
| UNE GOUVERNANCE QUI INCITE À L'EFFICIENCE .....  | 29        |
| UNE MODERNISATION DU MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS .....  | 30        |
| DES MODES DE RÉMUNÉRATION MÉDICALE COHÉRENTS AVEC LES OBJECTIFS DE PERFORMANCE POURSUIVIS .....  | 32        |
| <b>DES VOIES DE SOLUTION RÉALISTES .....</b>   | <b>35</b> |
| AXE 1 ASSURER DES SERVICES PERTINENTS, DE QUALITÉ, CONFORMES AUX ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES AINSI QUE LEUR UTILISATION<br>JUDICIEUSE..... | 35        |
| AXE 2 OPTIMISER LA PRESTATION DES SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE .....  | 36        |
| AXE 3 INVESTIR ADÉQUATEMENT DANS LES TECHNOLOGIES BIOMÉDICALES ET DE L'INFORMATION .....   | 40        |
| <b>LES RECOMMANDATIONS EN BREF .....</b>   | <b>42</b> |
| <b>PRINCIPAUX DOCUMENTS ET SITES CONSULTÉS.....</b>  | <b>45</b> |



## MISE EN CONTEXTE ET DÉMARCHE

En septembre 2013, conscient de la situation extrêmement difficile de l'état des finances publiques et des pressions ainsi créées directement sur le système public de santé et de services sociaux, le conseil d'administration de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) donnait un mandat important à l'équipe de l'Association. Il s'agissait d'identifier les différentes mesures qui permettraient de relever le défi de la pérennité du système de santé et de services sociaux. La couverture des services, leur prestation, les technologies biomédicales et de l'information ainsi que les modèles de gouvernance ont été au cœur des réflexions.

Plus précisément, les objectifs à poursuivre se résumaient ainsi : faire le point sur la situation actuelle, mettre en lumière les enjeux, les opportunités et les tendances observés dans d'autres juridictions au regard des sujets ci-devant mentionnés et formuler des recommandations visant une gestion optimale et performante du système public de santé et de services sociaux. L'Association et les partenaires associés à la démarche désiraient, de plus, mobiliser la population sur les enjeux et influencer le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le gouvernement sur les actions à prendre pour assurer la pérennité et la performance du réseau.

Pour mener à bien ce projet, l'AQESSS s'est adjoint le groupe CIRANO<sup>1</sup>, ainsi qu'un représentant de la population. Ces partenaires ont choisi de se mobiliser et de s'élever au-dessus de leurs préoccupations et intérêts respectifs pour analyser la situation et mettre de l'avant des avenues de solution. En plus d'un comité directeur chapeautant la démarche, quatre groupes de travail se sont interrogés respectivement sur les aspects suivants du système de santé et de services sociaux : la pertinence des services assurés et leur bonne utilisation, les modes de prestation des services, l'innovation au chapitre des technologies biomédicales et de l'information et la gouvernance. Évidemment, d'autres dimensions importantes, telles que la contribution des ressources humaines et celle des utilisateurs de services (usagers), auraient pu faire l'objet de travaux dans le cadre de cette démarche. Compte tenu de l'échéancier prévu et du contexte, il nous a toutefois fallu prioriser. Nous avons donc fait le choix de travailler autour des dimensions les plus susceptibles de donner lieu à des voies de solution réalisables à court terme.

Comment améliorer la performance globale du système de santé et de services sociaux en agissant sur les quatre composantes étudiées de ce système? Le réseau est-il gouverné, structuré et géré de façon à encourager l'innovation, voire la recherche de solutions efficaces? Comment s'assurer que le citoyen du Québec continue à avoir des services sociaux et de santé de qualité en temps opportun? Voilà quelques questions sur lesquelles les quatre groupes de travail se sont penchés entre avril et juillet 2014. Ce document est le résultat des réflexions de ces quatre différents groupes.

---

<sup>1</sup> Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO).



## LA NÉCESSITÉ DE VOIR AUTREMENT

Force était de constater, dès le départ, que plusieurs experts ont analysé le sujet au cours des vingt dernières années, que de multiples recommandations avaient alors été faites (messieurs Clair en 2000, Ménard en 2005, Castonguay en 2008, puis Fortin, Godbout et Montmarquette en 2010) et que nous nous retrouvions toujours devant le même diagnostic de la situation : un système de santé et de services sociaux dont le budget ne cesse de croître<sup>2</sup> sans réelle amélioration de la performance générale et sans un meilleur accès aux services pour la population. Il fallait donc « changer de lunettes » pour analyser la situation différemment et mettre en lumière de nouvelles avenues plus garantes de succès.

Le modèle d'analyse axé sur l'innovation et sur l'ajout de valeur, comme développé par Michael E. Porter<sup>3</sup>, a inspiré notre lecture de l'environnement ainsi que notre recherche de voies de solution.

Selon ce modèle, la valeur est définie :

- du point de vue de l'utilisateur;
- comme étant « les résultats de santé par dollar dépensé ».

L'objectif du système de santé est d'améliorer cette valeur fournie. Il ne s'agit pas d'augmenter le nombre de services offerts, mais plutôt de maximiser les résultats compte tenu des ressources à notre disposition. Les résultats devraient couvrir le cycle de services complets de l'utilisateur, soit de l'évaluation jusqu'à la récupération complète ou la stabilisation de ce dernier.

L'innovation a pour but d'améliorer l'efficacité du système. Cela passe par l'amélioration des résultats de santé et de bien-être des usagers en fonction des ressources investies et par la mesure de ces résultats et des coûts des activités.

Selon Michael E. Porter<sup>4</sup> :

- La mesure devrait couvrir l'ensemble des activités ou services requis pour répondre avec succès aux besoins du patient, selon sa condition.
- Pour les soins primaires et préventifs, la valeur devrait être mesurée et définie pour des groupes de patients ayant les mêmes besoins.
- Puisque le succès d'un épisode de soins résulte de l'effort concerté de tous les prestataires impliqués dans un épisode de soins, la responsabilité devrait être partagée et le paiement aussi.

---

<sup>2</sup> Budget de la santé et des services sociaux passé de moins de 30 % du budget du Québec en 1984 à plus de 45 % en 2014.

<sup>3</sup> Porter, M. E., *What is Value in health care?*, décembre 2010.

<sup>4</sup> IDEM.

- Ne pas mesurer les résultats, limite le progrès.
- L'objectif de la mesure n'est pas de comparer les prestataires, mais de faciliter l'innovation.

Le modèle mis en place au Royaume-Uni par le *National Health Services* (NHS) a également été une source d'inspiration importante.

Le NHS<sup>5</sup> soutient que la santé contribue à l'économie :

- Une population active et en santé est plus productive et contribue ainsi à l'économie.
- L'appropriation des innovations permet d'améliorer la productivité et de fournir ainsi de meilleurs services de santé à la population.
- En favorisant l'appropriation et l'innovation, le NHS permet la croissance des sciences de la vie.
- L'exportation d'innovations, d'idées et d'expertises permet de créer des opportunités d'affaires dans l'ensemble de l'industrie au Royaume-Uni.
- Il faut utiliser l'innovation pour augmenter la valeur sans augmenter les coûts.

Voici finalement six barrières à l'innovation identifiées par le NHS :

1. La difficulté d'accès aux données probantes.
2. Le manque de reconnaissance à l'égard de l'innovation et de ses précurseurs.
3. Le peu d'incitatifs à l'appropriation et à la diffusion des innovations.
4. Le manque d'outils pour bien diriger les projets innovants.
5. Une culture de soutien à l'innovation insuffisante et un manque de direction.
6. Le manque de structure d'innovation efficiente et systématique.

Par ailleurs, notre démarche se voulant constructive et réaliste, nous avons tenu compte du contexte actuel des finances publiques tout au long de la réflexion. Les voies de solution que nous avons formulées tiennent compte de la nécessité de mieux gérer les dépenses de l'État en continuant d'améliorer la performance générale du réseau de la santé et des services sociaux. Globalement, les voies de solution avancées ne requièrent donc pas l'ajout de budgets.

Le texte qui suit présente, dans un premier temps, les constats et l'identification de problèmes mettant en péril la pérennité des services, dans un deuxième temps, trois grandes mesures structurantes essentielles aux changements souhaités sont mises de l'avant. Suivent des voies de solution porteuses de gains à court terme.

---

<sup>5</sup> Innovation Health and Wealth, Accelerating Adoption and Diffusion in the NHS, 2011.

## LES CONSTATS

Avant de mettre de l'avant des voies de solution concernant les quatre dimensions choisies, soit la pertinence des services assurés, les modes de prestation des services, les technologies biomédicales et de l'information ainsi que le modèle de gouvernance, l'AQESSS et ses partenaires ont pris en considération la situation actuelle. Dans cette partie, sont mis en lumière les principaux constats et problèmes reliés à ces dimensions en tentant d'en identifier les causes pour être en mesure, par la suite, de proposer des solutions adaptées et réalistes.

### La pertinence des services assurés et de leur utilisation

Dès le départ, il nous est clairement apparu que l'État québécois ne pouvait plus continuer à augmenter le panier de services à la population sans que des choix se fassent afin que les ressources et les expertises soient utilisées à meilleur escient. Lors de son instauration, le système d'assurance maladie couvrait un nombre relativement limité d'interventions. Maintenant, un nombre quasi illimité d'activités sont couvertes par l'État. Pour mieux contrôler les dépenses de santé, il est donc nécessaire de faire le point sur la gestion actuelle du panier de services assurés (processus de détermination des services à assurer, évaluation et réévaluation, lignes directrices pour l'utilisation des services, etc.).

### Les constats

#### 1. Les critères actuellement utilisés pour l'inclusion d'un service de santé et de services sociaux dans le panier de services assurés ne sont pas toujours clairs ni toujours adéquats

La décision d'inclure ou non un nouveau service couvert n'est pas systématiquement basée sur des données probantes et sur une évaluation rationnelle de l'efficacité des services proposés.

L'ajout en 2012 des services de procréation assistée aux services couverts est un bon exemple d'une décision n'ayant pas été prise dans le cadre d'une analyse rigoureuse et scientifique selon un processus et des critères bien identifiés. De plus, le programme a coûté dix fois plus cher que prévu deux ans plus tard. Cette couverture fait d'ailleurs actuellement l'objet d'une révision et d'un resserrement des critères des clientèles y ayant accès.

On peut citer aussi les ajouts au formulaire de médicaments oncologiques coûteux, dont le coût/efficacité où la valeur clinique n'est pas encore parfaitement démontrée. Certains de ces ajouts sont autorisés par le ministre, malgré des avis contraires ou mitigés de l'INESSS.

Aux respects des critères de qualité scientifique, devraient aussi s'adjoindre une réflexion sur les enjeux éthiques aussi bien qu'économiques ainsi que sur les conséquences à long terme des

services couverts. Par exemple, la décision de déployer tous les soins et les technologies de pointe pour maintenir en vie des grands prématurés devrait-elle s'accompagner de celle d'allouer les sommes nécessaires aux services sociaux et de réadaptation à long terme qui seront requis tant par l'enfant que par sa famille.

Un processus non optimal de gestion du panier de services peut avoir comme conséquence de faire dévier les ressources financières et humaines vers des services coûteux (hospitalisations répétées, interventions chirurgicales de pointe, etc.) sans réelle valeur ajoutée pour la population, privant ainsi des clientèles prioritaires de l'accès aux services requis.

## **2. Certains services assurés ne sont plus pertinents ou ne sont pas utilisés de façon pertinente**

Nous croyons que le maintien de certains services est discutable, soit parce que la pratique ou le service couvert est devenu désuet en fonction des avancées scientifiques et technologiques et qu'il ne s'appuie pas sur des évidences cliniques ou encore parce que le service assuré induit de l'iniquité et qu'il tient davantage compte du lieu de prestation (par ex. : centre hospitalier) que du réel besoin de la personne.

On constate aussi souvent que des services assurés sont pertinents en soi, mais qu'ils ne sont pas offerts selon les meilleures pratiques, ce qui en compromet l'efficacité. Par exemple, parmi les services de réadaptation physique assurés, certains doivent être rendus à l'intérieur de délais limités pour être efficaces. Autrement, un recours à des services spécialisés beaucoup plus coûteux deviendra, par la suite, presque inévitable sans compter le risque de ne pas atteindre le niveau de recouvrement optimal. La chirurgie à la suite d'une fracture de hanche chez la personne âgée est un autre bon exemple, elle doit être faite dans les 24 heures sinon les risques de décès dans la première année augmentent de façon très significative. D'autres exemples : la mammographie de dépistage et le test de dépistage du cancer de la prostate. Pour qui, et selon quelle fréquence sont-ils pertinents? On parle de plus en plus de « surdiagnostic » et, selon certains spécialistes, il arrive qu'on prescrive des examens ou des médicaments simplement afin de rassurer des patients. De façon concrète, au Québec, des experts du groupe Optilab, mis sur pied par le MSSS pour évaluer la pertinence des analyses de laboratoire, ont scruté les prescriptions de quatorze analyses courantes<sup>6</sup>. Cette étude a mis en lumière, au printemps 2014, que 57 % des prescriptions n'étaient pas pertinentes<sup>7</sup>.

Certains examens, traitements et procédures ne sont pas nécessaires et n'ajoutent aucune valeur aux soins. En fait, il peut même arriver qu'ils nuisent à la qualité des soins, car ils exposent les patients à des préjudices potentiels. Ils peuvent mener à un plus grand nombre de tests pour éliminer de faux positifs, contribuer au stress et occasionner des coûts évitables pour les patients. Ces examens, traitements et procédures inutiles mettent une pression accrue sur les ressources de notre système de soins de santé.

---

<sup>6</sup> Analyses courantes pour lesquelles l'État dépense 20 M\$ par année.

<sup>7</sup> Optilab, *Usage judicieux de 14 analyses biomédicales*, 10 avril 2014.

Nous constatons que le panier de services de santé est encore principalement axé sur la maladie et sur les soins de courte durée malgré le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Il est également très axé sur les producteurs de services (principalement les médecins). Les données probantes et les meilleures pratiques sont mal connues et communiquées aux cliniciens qui ont d'ailleurs peu d'incitatifs à y adhérer.

Plusieurs facteurs peuvent en être la cause : le mode de rémunération à l'acte des médecins qui incite à augmenter l'offre, une connaissance insuffisante des données probantes sur les pratiques cliniques, l'influence de l'industrie pharmaceutique, la pression du patient et de la population, une pratique médicale défensive, une pratique axée sur la productivité (trop long d'expliquer au patient qu'il n'a pas besoin de cette prescription), une pression des pairs, etc.

La campagne canadienne *Choisir avec soin*<sup>8</sup>, qui s'inspire de la campagne américaine *Choosing Wisely*<sup>®</sup>, a mis en lumière des tests, des traitements et des procédures couramment utilisés dans chaque spécialité médicale, qui sont susceptibles d'exposer les patients à des risques inutiles s'ils ne sont pas indispensables. Cette initiative contribue à informer tant la population que les cliniciens des bonnes pratiques cliniques et des pratiques à éviter.

## La prestation des services en santé physique et mentale

Les modes de prestation des services en santé physique et mentale sont un déterminant majeur de la performance de ceux-ci. Il est important de s'assurer de la cohérence des modes choisis avec le type de services rendus, le lieu de prestation ainsi qu'avec les besoins prioritaires de la population (personnes âgées, maladies chroniques et santé mentale). L'utilisation optimale des compétences développées dans le système professionnel est également à considérer. Il est à noter que la prestation des services médicaux, surtout en 1<sup>re</sup> ligne, ayant un impact sur l'ensemble des services offerts, a fait l'objet d'une attention particulière dans cette section.

### Les constats

#### 1. L'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne continue d'être un problème majeur

L'accès à une équipe professionnelle en 1<sup>re</sup> ligne demeure difficile. Concrètement, malgré de grandes améliorations sur le plan de l'inscription des personnes vulnérables auprès d'un médecin de famille, l'accès en temps opportun afin d'obtenir des services représente toujours un défi de taille. Les modes d'organisation en cabinets médicaux privilégient encore la prise de rendez-vous périodiques au détriment de l'accès adapté et les plages horaires des CSSS (mission CLSC), des groupes de médecine familiale (GMF) et des cliniques réseau, variables d'une région à l'autre, ne couvrent pas toutes les heures requises particulièrement en soirée et la fin de semaine. Le Québec serait d'ailleurs la province canadienne où il est le plus difficile d'avoir accès

---

<sup>8</sup> *Choisir avec soin* est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*<sup>®</sup>, organisée par D<sup>re</sup> Wendy Levinson en partenariat avec l'Association médicale canadienne lancée par la Fondation ABIM en avril 2012.

à un médecin de famille. L'argument d'une pénurie d'effectifs en médecine familiale ne peut tout expliquer. Le Québec a le ratio médecins/population le plus élevé au Canada. En 2011, le Québec comptait 114 médecins de famille par 100 000 habitants, par rapport à 95 en Ontario et 106 pour l'ensemble du Canada. En excluant les provinces de l'Atlantique et les territoires, seule la Colombie-Britannique compte plus d'omnipraticiens par 100 000 habitants que le Québec avec 117<sup>9</sup>.

Notre analyse nous porte plutôt à croire que plusieurs facteurs sont en cause. Au Québec, les médecins ont tendance à passer moins de temps au travail que leurs homologues ontariens. En fait, le Québec représente un cas exceptionnel dans la plupart des pays développés, car il s'agit de l'endroit où la semaine de travail du médecin est la plus courte, à savoir 34,9 heures par rapport à 43 en Ontario. Les médecins plus jeunes (âgés de moins de 45 ans) travaillent encore moins, avec 32,7 heures par semaine<sup>10</sup>.

De plus, la mise en place des activités médicales particulières (AMP)<sup>11</sup> au début des années quatre-vingt-dix pour favoriser la pratique médicale en établissement a probablement eu comme effet pervers de faire obstacle au développement de la 1<sup>re</sup> ligne médicale. Le fait aussi que, dans la majorité des établissements, les hospitalisations soient prises en charge par les omnipraticiens plutôt que par les médecins spécialistes, explique en partie la difficulté d'accès aux médecins en 1<sup>re</sup> ligne.

À cette difficulté d'accès en 1<sup>re</sup> ligne s'ajoute la faible disponibilité des services médicaux dans les milieux de vie pour les personnes résidant en CHSLD ou à domicile avec soutien (SAD, RNI, résidences privées semi-autonomes). Nous constatons encore aujourd'hui que le recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation de courte durée est trop fréquent pour ces personnes. À titre d'exemple, une personne âgée en CHSLD atteinte d'une pneumonie sera souvent transférée en centre hospitalier pour diagnostic et traitement.

La détérioration de l'autonomie des personnes à la suite d'un séjour hospitalier est pourtant bien documentée. Cela sans compter les risques pour la personne âgée de contracter une maladie nosocomiale. De plus, ces transferts contribuent à l'engorgement des lits de courte durée en CH. La détermination des niveaux de soins requis par les personnes en perte d'autonomie n'est pas systématiquement faite, si bien que des transferts en courte durée sont parfois effectués alors qu'ils ne sont pas recommandés pour la personne compte tenu de sa condition et surtout du respect de sa volonté. Cela nous ramène aussi au manque de médecins

---

<sup>9</sup> Source : CSBE 2014, *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014 – Résultats et analyses*, p. 35, [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/PerformanceGlobale/CSBE\\_Rapport\\_Global\\_2014\\_WebAcces.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/PerformanceGlobale/CSBE_Rapport_Global_2014_WebAcces.pdf).

<sup>10</sup> Source : FORGET 2014, Institut CD HOWE, *Le mystère des médecins québécois « évanouis » : comment améliorer l'accès aux soins*, p. 1, [http://www.cdhowe.org/pdf/Commentaire\\_410.pdf](http://www.cdhowe.org/pdf/Commentaire_410.pdf).

<sup>11</sup> AMP : La Loi oblige les médecins à exercer un certain nombre d'heures par semaine dans des activités médicales particulières (AMP) afin de contrer des pénuries sévères dans des secteurs prioritaires. Ce sont principalement les activités à l'urgence, en soins de longue durée, dans les unités de malades admis, en soins à domicile ou à la prise en charge et au suivi de clientèles vulnérables. Cette règle, dans les faits, ne s'applique que pour les médecins de famille.

pratiquant en CHSLD et à la mise à contribution non optimale des membres de l'équipe soignante.

## **2. L'organisation du travail lié à la prestation des services pourrait être améliorée**

### **Des professionnels qui ne sont pas mis à contribution de façon optimale**

Sachant que la 1<sup>re</sup> ligne concerne plusieurs professionnels de la santé, il nous semble que les infirmières et les pharmaciens, pour ne citer que ces exemples, ne sont pas pleinement mis à contribution et que leurs champs d'exercice ne sont pas complètement utilisés. Le médecin demeure le professionnel par lequel tout ou presque doit actuellement passer, ce qui crée un goulot à la fois coûteux et non pertinent. Nous sommes encore loin de la pratique collaborative où les compétences de tous sont mises à contribution pour la personne.

À titre d'exemple, le rôle des infirmières en GMF n'est pas optimisé. En effet, elles pourraient jouer un rôle beaucoup plus significatif dans les suivis de grossesse, le suivi des maladies chroniques ou dans les évaluations et traitements des conditions mineures (rhumes, otites, etc.). Toutes les possibilités entrevues par la Loi 90 et les ordonnances collectives ne sont pas encore exploitées.

Les pharmaciens, les travailleurs sociaux et les nutritionnistes pourraient aussi jouer un rôle beaucoup plus important. Ils possèdent des connaissances complémentaires que peu de médecins possèdent et leur contribution à la santé de la population mérite d'être exploitée à plus grande échelle.

En bref, il y a trop peu de référence du médecin vers d'autres professionnels ou de prise en charge en équipe d'une clientèle vulnérable. Les professionnels sont insuffisamment reconnus par les médecins qui invoquent souvent leur responsabilité professionnelle pour expliquer le peu de partage dans la prestation de services, et les autres professionnels recherchent encore une pratique autonome par opposition à un plan d'intervention en équipe.

### **Une meilleure coordination entre les professionnels de 1<sup>re</sup> ligne est nécessaire**

En plus d'un partage insuffisant des activités, le manque de coordination entre les professionnels nuit à l'efficacité de la 1<sup>re</sup> ligne. Le partage de l'information est difficile entre les professionnels tant pour des raisons humaines que technologiques. La réglementation sur la confidentialité des renseignements est souvent évoquée pour expliquer le manque d'intégration. Évidemment, les retards survenus dans le déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) et des dossiers cliniques informatisés ne favorisent pas ces communications.

De ce fait, les procédures diagnostiques et autres évaluations sont souvent multipliées de façon injustifiée, les communications entre les cabinets médicaux et les services professionnels du CSSS ainsi qu'avec les médecins spécialistes ne sont pas optimales, les liens sont difficiles entre les professionnels du soutien à domicile, des soins palliatifs et les médecins traitants. Ces

défauts de coordination entraînent des délais d'accès aux services, une discontinuité dans les soins, ainsi que de la « non-qualité ».

### **L'innovation mérite d'être encouragée et soutenue**

De façon générale, l'innovation dans la façon de rendre les services aux usagers est peu valorisée au Québec. Cela vaut tant en 1<sup>re</sup> qu'en 2<sup>e</sup> ligne, en courte et en longue durée. Des projets pilotes sont mis de l'avant et de belles initiatives voient le jour, mais trop souvent, ces projets n'évoluent pas ou, même s'ils sont couronnés de succès, ils ne sont pas généralisés<sup>12</sup>.

L'innovation, souvent jugée dérangeante est rapidement marginalisée. Des intérêts corporatistes ou associatifs sont en jeu; l'influence exercée par les fédérations médicales en matière de prestation de services est trop importante, et l'accent est souvent mis davantage sur les professionnels que sur l'utilisateur. Les pratiques novatrices ne sont pas soutenues autant qu'elles le devraient pour s'engager dans l'innovation et l'efficacité.

Ces tendances ont, entre autres, comme effet de démobiliser tant les leaders cliniques qui mettent en œuvre de tels projets, que les équipes en général. Au bout du compte, ce sont les usagers et la population qui ne bénéficient pas des meilleures pratiques et des meilleurs modèles de livraison de soins et services au moment opportun.

### **3. Une imputabilité et responsabilisation insuffisantes des organisations et des professionnels dans la prestation de services**

#### **Les services offerts en 1<sup>re</sup> ligne pourraient être mieux adaptés aux besoins de la population locale**

Malgré le principe de la responsabilité populationnelle comme étant un des fondements de la mise en place des CSSS et des réseaux locaux de services, nous observons un manque d'imputabilité des membres du réseau local de services (RLS). Les GMF et les organismes communautaires par exemple, qui font partie du réseau local, ne sont pas tenus de planifier leurs services en collaboration avec les CSSS et de leur rendre compte de leur réponse aux besoins de la population locale. Le fait que les clientèles ciblées, l'offre de service et le déploiement des professionnels dans les GMF ne soient pas systématiquement planifiés en collaboration avec les gestionnaires des CSSS, mais plutôt avec ceux des agences, ne favorise pas la réponse aux besoins spécifiques des populations locales, ni la complémentarité avec les services déjà disponibles sur le territoire.

---

<sup>12</sup> Par exemple : le programme de téléassistance en soins de plaie, développé par le RUIS de l'Université de Sherbrooke, ayant fait ses preuves et qui n'a pas été implanté ailleurs à ce jour.

## **Les établissements souhaitent une plus grande collaboration des médecins à l'amélioration de la performance**

L'organisation du système de santé fait en sorte que peu de médecins connaissent les coûts des services qu'ils offrent. Par conséquent, peu d'entre eux sont au fait de la performance de leurs services et plus largement de la performance de l'établissement dans lequel ils pratiquent.

Au Québec, contrairement à l'Ontario, les médecins n'ont pas d'objectifs de résultats à atteindre et, comme mentionné précédemment, le mode de rémunération à l'acte ne favorise pas leur collaboration à l'amélioration de la performance du système de santé. Payés par la RAMQ, les médecins ne se sentent pas imputables à l'égard de la performance des établissements qui sont financés par le biais d'enveloppes budgétaires sujettes à des règles gouvernementales différentes.

De plus, les données liées à la performance des médecins et des établissements ne sont pas suffisamment accessibles, tant pour les médecins que pour les gestionnaires, les professionnels et la population. Cela ne favorise pas une prise de conscience des coûts et un engagement vers l'efficience et la qualité.

### **4. Des activités médicales spécialisées offertes dans plusieurs établissements malgré des petits volumes d'usagers**

La dispersion de services spécialisés à travers le Québec doit être remise en question. Est-il souhaitable, par exemple, du point de vue de la qualité et de l'efficience, que la chirurgie cardiaque se fasse dans de multiples hôpitaux sur l'île de Montréal? Ou encore que soient répandues des activités d'obstétrique dans plusieurs hôpitaux en région, malgré de faibles taux de natalité sur certains territoires?

Nous faisons le constat d'une vision à court terme des décideurs susceptibles d'être influencés par les lobbys de toute sorte. Nous savons que les décisions devraient d'abord se prendre sur la base d'une planification rationnelle axée sur l'ajout de valeur pour les usagers. Le manque d'assises dans la prise de décision engendre une qualité moindre des actes réalisés et, par conséquent, des risques accrus pour les usagers. Moins l'activité spécialisée est effectuée, moins l'expertise peut se développer.

## Les technologies

Depuis trente ans, la société a connu l'une des plus grandes révolutions informationnelles et technologiques de son histoire. Internet, les réseaux sociaux, les modes de communication et l'accès rapide aux connaissances ont non seulement contribué à la démocratisation des technologies et au partage des connaissances, mais ont aussi suscité la croissance de l'innovation. Les progrès attendus au cours de la prochaine décennie s'annoncent tout aussi spectaculaires.

Dans le domaine de la santé, les progrès technologiques ont permis de créer des banques de données « populees » d'informations cliniques et administratives, qui, exploitées adéquatement, permettent d'améliorer la gestion du système de santé et, par conséquent, la prestation des services en découlant. En médecine, l'essor des biotechnologies, démontré entre autres par l'arrivée des nanotechnologies, a permis, dans plusieurs cas, de repousser les limites des interventions<sup>13</sup>. Le Québec accuse un retard important comparativement au reste du Canada et à d'autres pays industrialisés en matière de développement et d'implantation des technologies de l'information<sup>14</sup>. Des problèmes subsistent aussi du côté des biotechnologies.

Tout au long de cette partie sur les technologies, nous nous référons aux définitions suivantes :

- Technologie biomédicale : tout appareil, équipement, matière, produit (à l'exception des produits d'origine humaine), ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens<sup>15</sup>.
- Technologies de l'information : technologies de nature matérielle et logicielle, qui permettent d'enregistrer, de traiter, d'exploiter et de transmettre des informations.

---

<sup>13</sup> Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, *Énoncé de vision du système de santé et des services sociaux*, 2012.

<sup>14</sup> Commissaire à la santé et au bien-être, « Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012 », 21 janvier 2013.

<sup>15</sup> Définition inspirée – Code de la Santé publique à l'article L. 5211-1, Cinquième partie, Livre II, Titre I, Chapitre I.

## Les constats

### 1. Absence d'une réelle stratégie nationale d'innovation dans le domaine des technologies biomédicales et de l'information liées à la santé et aux services sociaux

Par *stratégie* d'innovation, nous entendons l'ensemble des actions à coordonner et des moyens à utiliser, du court au long terme, pour compléter le cycle de l'innovation en santé. Une stratégie d'innovation en matière de technologie en santé devrait englober tout le processus de développement, de l'implantation, d'intégration et de l'engagement des ressources humaines.

Il existe bien une politique nationale sur le plan de la recherche et de l'innovation<sup>16</sup>. Par ailleurs, cette politique, tout aussi pertinente soit-elle, demeure principalement axée sur la recherche et aborde peu le domaine des technologies de la santé.

Les appels à l'innovation sont rares et peu encouragés au Québec comparativement à d'autres provinces canadiennes telles que l'Alberta. Tout comme en organisation de services, les projets les plus innovants sont souvent écartés, car jugés dérangeants et l'observance des recommandations inspirées des meilleures pratiques est insuffisante.

### 2. Des choix technologiques insuffisamment axés sur des résultats d'amélioration de la santé et du bien-être des personnes, au meilleur coût

Actuellement, le choix des technologies biomédicales et de l'information, est souvent influencé par la portée de leur implantation auprès des médecins plutôt que par la valeur ajoutée possible pour la population. L'augmentation de la productivité médicale est alors davantage valorisée que l'amélioration des résultats de santé au meilleur coût. Les résultats anticipés en termes de valeur ajoutée pour les personnes ne sont pas clairement identifiés puis mesurés.

Il est de plus à noter que le cadre réglementaire actuel de la *Loi sur les contrats des organismes publics*<sup>17</sup> ne comporte aucune spécification en ce qui concerne les technologies biomédicales et que, en ce sens, il ne favorise pas l'acquisition des technologies susceptibles de donner les meilleurs résultats de santé à moyen ou long terme.

On constate aussi que les conditions qui inciteraient les professionnels de la santé et les médecins à utiliser les technologies afin d'améliorer leurs pratiques professionnelles et de mesurer les résultats ne sont pas mises en place. Même si certains programmes sont subventionnés par le ministère, il n'existe pas de mécanismes formels qui permettent d'apprécier les retombées de l'utilisation de ces technologies pour la population. En fait, la

---

<sup>16</sup> PNRI : Politique nationale de recherche et de l'innovation 2014-2019 – ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations, octobre 2013.

<sup>17</sup> LCOP chapitre C65.1 et ses règlements : *Loi sur les contrats des organismes publics*.

culture de mesure, tant des résultats de santé et de bien-être que de performance en général, est lente à s'installer au Québec.

Lorsqu'une innovation technologique a un impact sur la rémunération médicale, il arrive que l'avantage pour le patient ne soit pas suffisamment pris en compte dans la décision d'implanter ou non (ex. : l'utilisation d'une technologie moins invasive qui vient remplacer une activité médicale spécialisée, l'utilisation de la téléconsultation)<sup>18</sup>. L'offre de service devient ainsi peu adaptée aux besoins spécifiques des populations qui s'attendent à une utilisation moderne de la technologie.

Les choix technologiques sont souvent faits en silo, sans vue d'ensemble et sont encore trop peu axés sur les résultats de santé et de bien-être (valeur ajoutée pour la personne), malgré l'existence de données probantes.

### 3. Intégration et interopérabilité des technologies à améliorer

Les technologies de l'information et biomédicales ne sont pas planifiées et gérées dans leur ensemble. D'ailleurs, le plan actuel d'informatisation du réseau n'a pas été mis à jour depuis son élaboration en 2004. Il n'y a pas d'intégration des systèmes d'intelligence d'affaires tant cliniques, administratifs que financiers, ce qui entraîne une trop grande hétérogénéité de systèmes d'information aux niveaux local, régional et national. S'ensuit un éparpillement des informations et des données utiles à la prise de décision et à la prise en charge des personnes présentant des problèmes sociaux et de santé spécifiques. On sait à quel point les données sont importantes tant pour planifier, innover, offrir les bons services au bon moment, qu'évaluer les programmes.

Le manque d'intégration et d'interopérabilité nuit aussi à la collaboration interprofessionnelle et au continuum de services. De plus, le fait que les informations pertinentes ne circulent pas assez rapidement, ou que les banques de données « ne se parlent pas », augmente les délais d'intervention. Ceci crée des impacts sur la durée de l'épisode de services, sur la sécurité des patients et usagers et donc sur les résultats des traitements et interventions. Cela engendre des coûts plus élevés et vient inévitablement aussi influencer négativement l'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne.

---

<sup>18</sup> Ex. : Ablation thermique endoveineuse des varices, décentralisation des échographies.

#### **4. Technologies biomédicales : absence d'une vision nationale à l'égard du développement et de l'implantation**

En matière de technologie, une vision est un ensemble d'orientations à suivre pour atteindre un but et des objectifs bien précis en termes de développement et de déploiement à l'intérieur d'un plan global. En ce qui a trait aux technologies biomédicales, le Québec ne s'est pas doté d'une telle vision.

Conséquemment, la veille technologique n'étant pas exercée au niveau national, les établissements ont recours à leurs propres sources d'information. Cette situation crée de la disparité, de l'iniquité et des incohérences intra et interrégionales dans le déploiement des technologies biomédicales. Ainsi, deux CSSS d'une même région peuvent-ils être dotés tous les deux d'une même technologie biomédicale coûteuse pour répondre aux besoins de populations voisines.

Une vision, des objectifs précis, des indicateurs de résultats et un plan sont essentiels pour obtenir les bénéfices attendus des technologies biomédicales.

#### **5. Technologies de l'information**

- **Le MSSS multiplie les contrôles et s'insère dans la gestion locale des projets (acquisition-implantation)**

Le pouvoir décisionnel des établissements en matière de déploiement des technologies est très limité. À titre d'exemple, les travaux nécessaires à la réalisation du plan de gestion des ressources informationnelles (PGRI), issu du Conseil du trésor, auquel doivent se conformer les établissements, sont jugés beaucoup trop lourds et restrictifs par les gestionnaires. S'ajoute aussi le moratoire décrété par le MSSS en 2010 sur tout projet d'informatisation initié par les établissements.

Ainsi, les processus actuels freinent les initiatives et l'innovation en matière des technologies de l'information, et contribuent à créer des retards dans les projets et à faire perdre des opportunités d'amélioration significative des pratiques au sein des établissements. Selon Fortin, Sicotte et coll.<sup>19</sup>, chercheurs depuis la réforme du système de santé en 2003, l'approche ministérielle pour le développement des technologies de l'information s'avère beaucoup trop centralisée.

---

<sup>19</sup> J-P. Fortin, C. Sicotte, J. Huot, Bulletin dans Perspectives - Les TI et la santé, un système à réinventer!, volume 8, numéro 1, 2010, page 3.

- **Le financement pour répondre aux exigences du ministère quant au déploiement n'est pas au rendez-vous**

Il est difficile pour les établissements de se conformer aux exigences du MSSS lorsque les sommes nécessaires ne sont pas au rendez-vous. Le meilleur exemple est certainement l'obligation à laquelle sont tenus les établissements d'implanter le dossier clinique informatisé (DCI) sans qu'aucun financement n'y soit rattaché. De plus, le déploiement d'une technologie de cette envergure nécessite des travaux préparatoires importants et coûteux : mise à jour ou remplacement des systèmes actuels, normalisation des tables, remplacement des équipements, modifications des processus et formation du personnel. S'ajoutent à ces exigences, les coûts récurrents d'entretien des systèmes et de gestion, incluant ceux reliés à la gestion du changement. Malheureusement, l'innovation technologique, particulièrement dans le domaine de l'information, est encore trop souvent perçue comme une dépense plutôt que comme un investissement permettant des gains d'efficacité.

## La gouvernance

La définition précise de la gouvernance en santé est difficile à établir. Il existe une multitude de définitions de la gouvernance souvent limitées aux aspects traités dans un document donné. Il est plus facile de définir la gouvernance en santé en identifiant ses mécanismes, composantes ou activités stratégiques et opérationnelles ou leurs dimensions (politique, financière, économique, etc.).

La gouvernance actuelle du réseau est construite autour de trois paliers distincts de pouvoir et de responsabilités : le MSSS, les agences régionales et les établissements. Il apparaît que le partage des rôles et des responsabilités entre ces trois paliers n'est pas optimal. Il y a tantôt confusion tantôt dédoublement sur le plan des responsabilités et de l'imputabilité. Sur le plan local, le constat est fait que les établissements ne possèdent pas toujours les marges de manœuvre nécessaires à leur bon fonctionnement. On peut questionner l'existence même de certains de ces leviers et paliers.

## Les constats

Des experts du domaine de l'économie et de la gestion des organisations se sont penchés sur le modèle québécois de gouvernance en 2009. Leurs constats sont toujours d'actualité et nous y souscrivons. Castonguay, Montmarquette et Scott<sup>20</sup> considèrent que le système de santé du Québec est fortement centralisé. Ils notent entre autres que la prise de décision sur l'organisation des services, la budgétisation, la répartition des fonds et les négociations avec les syndicats et les fédérations des médecins sont toutes des tâches centralisées au niveau du ministère et que toutes les autres organisations doivent mettre en œuvre ce qui a été décidé centralement.

Toujours selon ces auteurs, le ministère perçoit le système comme étant décentralisé puisque chaque établissement a son propre conseil d'administration et une certaine latitude au niveau de sa gestion budgétaire. Mais dans les faits, les leviers dont disposent les gestionnaires pour améliorer leur performance sont bien minces. À titre d'exemple, les médecins sont des travailleurs autonomes rémunérés par un tiers et dont les conditions de travail sont en majeure partie négociées centralement. Donc, les gestionnaires doivent conjuguer avec de multiples contraintes et ne disposent que d'une faible marge de manœuvre sur les mécanismes de rémunération et d'incitation. Les règles de gestion budgétaire ne permettent pas de réaliser certains changements dans l'organisation du travail ou dans la prestation des services, changements qui requièrent souvent un investissement de transition (formation, acquisition de technologies, etc.). Le manque de flexibilité constitue un frein à la responsabilisation et à l'imputabilité locale.

Les auteurs observent de plus que les mécanismes de gouvernance mis en place depuis le début des années 2000 n'incitent pas à la productivité. Puisque le système de santé du Québec est

---

<sup>20</sup> Tiré et adapté du rapport CIRANO (février 2008) par Joanne Castonguay, Claude Montmarquette et Iain Scott – *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*.

fortement centralisé, le MSSS définit les objectifs, les stratégies et évalue certains aspects de la performance des établissements en fonction de l'atteinte de ces objectifs. L'ennui est que ces objectifs sont le plus souvent normatifs plutôt qu'incitatifs. Les indicateurs de performance ne sont pas liés aux résultats de santé pour la population, mais plutôt aux activités réalisées par les organisations. Il n'y a pas d'évaluation des stratégies gouvernementales. L'information sur les coûts est déficiente. Les incitatifs économiques découragent les prestataires (CH, CSSS, professionnels et médecins) à améliorer leurs pratiques en fonction des évidences cliniques. Ils concluent en affirmant que les gestionnaires ne peuvent pas être tenus imputables de ce qu'ils ne contrôlent pas.

Voici enfin quelques éléments supplémentaires que notre exercice de réflexion nous a amenés à identifier comme faisant partie des problématiques majeures à résoudre sur le plan de la gouvernance :

- La vision d'ensemble du système mériterait une meilleure coordination : les acteurs n'ont pas toujours les objectifs et les stratégies prioritaires pour y arriver.
- Deux systèmes différents coexistent sans réelle interface entre eux : une offre de service par les établissements et leur personnel d'une part (LSSSS et *Loi sur l'administration financière*) avec des budgets limités et une offre de services médicaux, d'autre part, services offerts par vingt mille médecins sans réelle limitation budgétaire (*Loi sur l'assurance maladie*).
- Trop peu d'intégration entre la gouvernance médicale et la gouvernance administrative.
- Les impératifs budgétaires et financiers sont tels qu'il devient difficile de maintenir la personne au centre des préoccupations pour les principaux acteurs.
- La performance du système est davantage mesurée par les processus et les volumes que par les résultats obtenus (valeur ajoutée) pour la personne.
- Le financement du système, tel qu'il existe actuellement, n'encourage pas la responsabilisation et la qualité.
- La contractualisation avec les prestataires de services est découragée.

## DES MESURES STRUCTURANTES ESSENTIELLES

Pour être en mesure de mener à bien l'ensemble des voies de solution et ainsi favoriser la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, nous croyons que certaines assises de ce système doivent évoluer significativement.

Un système doit être cohérent en soi. Pour améliorer la pertinence des services offerts et de leur utilisation, pour optimiser la prestation de ces services, pour encourager l'innovation relativement aux plans clinique et technologique, nous croyons qu'il est important d'agir à court terme sur trois aspects fondamentaux.

Tout au long des travaux ayant mené au présent document, trois aspects du système de santé et de services sociaux se sont imposés comme étant à revoir : le modèle de gouvernance, le modèle de financement des établissements et enfin le mode de rémunération des médecins.

### Une gouvernance qui incite à l'efficience

Il est reconnu que dans le secteur public les mécanismes de gouvernance ont pour objectif d'assurer que le gouvernement joue son rôle de manière à maximiser la valeur des dollars dépensés. Des mécanismes de gouvernance adéquats examinent donc, sur une base continue, si le système est géré le plus efficacement possible compte tenu de ses objectifs, ceux des parties affectées par ses projets et des moyens dont le gouvernement dispose. Les mécanismes de gouvernance sont de quatre ordres : la planification, le contrôle, les incitatifs et l'évaluation.

Plusieurs publications portant sur les divers modèles de gouvernance qui ont été mis en place ou qui sont en voie de l'être, sous d'autres juridictions (Royaume-Uni, Australie, USA), mettent en lumière les objectifs, les mécanismes et les résultats escomptés ou atteints. Il en ressort quelques éléments intéressants :

- Les rôles et structures au niveau national sont simplifiés et clarifiés. Ils portent davantage sur la planification, la diffusion des connaissances, le soutien à l'amélioration de la qualité, la gestion et la diffusion de l'information.
- Les transferts des responsabilités du niveau national vers les instances régionales et locales sont de plus en plus courants.
- On observe un allègement important des composantes décisionnelles dans les structures.
- On observe une tendance généralisée à la décentralisation des structures, des processus de décision et de l'information.
- Les structures administratives centralisées ou décentralisées sont indépendantes des structures politiques.

- Tous se préoccupent des mécanismes d'allocation des ressources, des réformes hospitalières, de l'amélioration de la performance et de la qualité, des soins intégrés, de la participation citoyenne.
- Les gouvernements et les agences sont des composantes importantes derrière les réformes, mais les autres partenaires (professionnels, syndicats, assurances, population) contribuent de façon aussi importante au succès de la mise en œuvre des réformes portant sur la gouvernance.
- La coordination des services au niveau régional et local est favorisée.
- La plus grande résistance aux changements se situe au niveau des responsables des structures nationales.
- Il y a eu beaucoup de réformes portant sur la gouvernance qui n'ont pas fonctionné du premier coup. Des ajustements sont à prévoir et des mécanismes de monitoring doivent être mis en place afin d'apporter rapidement les correctifs requis.
- L'évolution est continue et l'on se questionne sur la rentabilité des solutions de gouvernance mises en place. Certaines « agences nationales » créées par les juridictions lors de refontes de gouvernance (Angleterre) sont questionnées quant à leur efficience.

Les expériences canadiennes en matière de réorganisation de la gouvernance (Alberta, Colombie-Britannique, Ontario) nous enseignent à peu près les mêmes leçons. Il y a lieu d'alléger les structures, de rapprocher les processus décisionnels des prestataires de soins et des gestionnaires terrain et de simplifier et d'améliorer les processus de planification, de coordination et de contrôle de la performance et de la qualité.

Nous constatons que les initiatives de regroupement sur la base d'instances locales, afin de mieux répondre aux besoins de la population, commencent à faire leur chemin dans les juridictions préoccupées par la gouvernance des systèmes de santé.

## Une modernisation du mode de financement des établissements

### Les constats

Le financement des établissements repose presque entièrement sur un budget global qui est indexé et reconduit annuellement sur une base historique. Cette situation ne permet pas de tenir compte des changements populationnels, de l'évolution et de l'organisation des services et de la clientèle des établissements. Il n'y a donc pas de liens directs avec le nombre de patients qui seront traités ou la qualité des soins qui seront offerts.

De plus, le système engendre un manque de transparence dans l'utilisation des ressources, une faible incitation à être plus efficace, une imputabilité limitée et des problèmes d'iniquité qui sont actuellement reproduits d'année en année, autant à l'échelle des régions qu'à celle des

établissements<sup>21</sup>. Le réseau a besoin d'outils financiers permettant d'assurer la pérennité du système de santé en ayant des effets documentés sur l'accessibilité aux soins, le contrôle des coûts, la qualité des soins dispensés et le respect des critères d'équité.

## Les voies de solution

Le financement axé sur le patient (FAP), sans être une panacée, constitue un premier pas vers une modernisation du mode de financement des établissements, car il établit un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement. L'objectif étant de considérer l'épisode de soins dans son ensemble, les ressources y sont allouées en fonction du type et du volume de services fournis et sont ajustées pour tenir compte de la complexité, de la qualité des soins et des caractéristiques des patients.

En raison du rôle crucial de la fiabilité des données cliniques et financières dans le déploiement du FAP, le champ d'application privilégié est le domaine hospitalier. L'application aux soins de longue durée et à des secteurs autres que le milieu hospitalier ou incluant un volet social ou communautaire, en est encore à ses balbutiements. Un modèle de financement mixte avec des composantes populationnelles, historiques et axées sur le patient demeure actuellement le modèle le mieux adapté aux besoins des établissements québécois.

Le financement des établissements doit être utilisé comme un levier qui permettra aux établissements d'améliorer la qualité et la pertinence des services rendus et d'atteindre les objectifs de santé et de bien-être de la population. Les établissements ont besoin d'un mode de financement qui permet :

- d'être centré sur le patient/usager et sur sa trajectoire de services;
- de tenir compte des standards de qualité reconnus dans la structure de paiement;
- de passer d'un mode de reddition de comptes à un mode de gestion;
- de passer d'un cycle de budgétisation annuel à un cycle de budgétisation triennal;
- d'être financé en fonction du volume, de la nature et de la qualité des services rendus et des caractéristiques de la clientèle;
- d'être cohérent avec l'évolution des pratiques professionnelles.

Le mode de budgétisation en place doit permettre aux gestionnaires de passer d'un modèle d'allocation des ressources centré sur une perspective strictement financière vers une perspective stratégique et clinique. Un modèle de financement mixte faisant une grande place au financement axé sur le patient, lorsque possible et pertinent, est recommandé.

---

<sup>21</sup> LANCE 2013, INESSS, Le financement axé sur les patients - Revue de littérature sur les expériences étrangères, p.7, [http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS\\_Financement\\_axe\\_patients.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/EtudeEconomique/INESSS_Financement_axe_patients.pdf).

## Des modes de rémunération médicale cohérents avec les objectifs de performance poursuivis

La nécessaire révision des modes de rémunération des médecins s'est imposée tout au long des présents travaux. Ainsi, outre la modernisation de la gouvernance et du mode de financement des établissements, un des piliers de nos propositions pour accroître la valeur pour la population est certainement la révision du mode de rémunération des médecins.

Il ne s'agit aucunement ici de mettre en question le niveau de rémunération des médecins de famille et des médecins spécialistes. Il s'agit plutôt de s'assurer que le ou les modes de rémunération retenus soient cohérents avec les objectifs d'innovation et de performance quant à la santé de la population.

Plusieurs modes de rémunération existent : le paiement à l'acte, la capitation (à forfait), le salariat, le paiement à la performance (au rendement), les formules de paiement mixtes et les régimes d'intéressement collectif.

### Les constats

Au Canada et au Québec, les dépenses médicales occupent le second rang des dépenses totales du secteur public pour les services de santé, derrière les dépenses hospitalières. Au Québec, 70,2 % des médecins sont principalement rémunérés à l'acte. C'est une proportion un peu plus élevée qu'au Canada (63,3 %), mais beaucoup plus qu'en Ontario (38,4 %) où un mode mixte de rémunération est prédominant pour les omnipraticiens.

Le recours important au paiement à l'acte comme mode de rémunération des médecins est donc un des éléments majeurs pouvant expliquer l'inefficience du système de santé canadien et québécois<sup>22</sup>.

Le mode de rémunération à l'acte, qui est le mode fortement majoritaire chez les médecins spécialistes, incite les médecins à :

- faire eux-mêmes certains actes qui gagneraient sur le plan de l'efficience à être rendus par d'autres professionnels;
- faire plus d'actes que nécessaire (ex. : multiplication de requêtes diagnostiques, répétition ou prescription d'actes inutiles) (par ex. : mammographies annuellement, examen annuel périodique, test « pap » plus souvent que nécessaire);
- contourner régulièrement les règles des établissements;
- faire de l'autoréférence;
- faire de la consultation sans rendez-vous plutôt que du suivi de clientèles vulnérables;

---

<sup>22</sup> Pierre Thomas Léger, Ph. D, Professeur agrégé en économie et titulaire du Professorship en économie de la santé, HEC Montréal. *Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada*©, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, 13 pages.

- orienter leur pratique vers les soins aigus (problèmes de santé de courte durée);
- freiner certaines innovations technologiques susceptibles de remplacer des activités médicales lucratives;
- exiger la consultation en personne plutôt que l'utilisation des technologies de communication simples.

De façon générale, le mode de paiement à l'acte encourage, tant chez les médecins spécialistes que généralistes, le volume et les soins à remboursement élevé. Ce mode n'encourage ni la qualité des soins ni une bonne gestion de la santé des patients. Il n'y a aucune rémunération pour le temps, l'effort, la qualité du contact avec le patient, la gestion de l'horaire, les résultats de santé, la prévention, etc.

## Les voies de solution

Les modes de rémunération ont des effets sur la pratique, et il importe de bien définir les objectifs afin de choisir le ou les modes de rémunération qui vont permettre de les atteindre. Nous recommandons au gouvernement d'explorer le ou les modes de rémunération qui inciteraient les médecins à :

- améliorer les résultats de santé par dollar dépensé;
- adhérer aux bonnes pratiques;
- rechercher l'efficacité (faire les activités médicales requises au bon moment pour le bon patient, et au meilleur coût);
- donner accès en temps opportun aux patients;
- atteindre des objectifs mesurables de santé et de bien-être chez les patients (qualité/performance);
- contribuer à la performance des établissements;
- adopter une réelle pratique collaborative;
- déléguer et partager davantage d'activités avec d'autres professionnels compétents (infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes, pharmaciens, psychologues, etc.);
- s'impliquer dans l'implantation de modèles de services intégrés (maladies chroniques, etc.);
- prendre en charge de façon continue des personnes vulnérables;
- choisir la pratique de la médecine familiale;
- faire de la téléconsultation auprès des confrères et auprès des personnes.

La grande majorité des experts s'étant questionné sur le sujet s'entendent pour dire que les modes de rémunération mixtes sont à privilégier. Ces modes favorisent l'atteinte des objectifs de qualité et d'efficacité. Ils permettent d'encourager les médecins à prendre en considération autant les coûts que les avantages des différentes possibilités de traitement. De plus, les modes de paiement mixtes sont susceptibles de favoriser la prestation conjointe de composantes de soins observables (tels les tests et les traitements) et non observables (tels le temps et les

efforts). En outre, ces modes de paiement peuvent être mis en œuvre de manière à récompenser les tâches non cliniques comme la recherche et l'enseignement, lesquelles peuvent s'avérer coûteuses pour les médecins étant donné le mode de rémunération en vigueur.

Les modes de rémunération peuvent différer entre les médecins de famille et les spécialistes, car les objectifs sont un peu différents. Il faut donc démontrer de la souplesse. Par ailleurs dans les deux cas, des modes mixtes sont recommandés. Du côté des médecins de famille, l'ajout de forfaits, en particulier depuis 2008, est une amorce intéressante de l'introduction de la capitation et du mode de rémunération mixte. Actuellement, 35 % de la rémunération des médecins de famille provient de forfaits de type capitation. Cette voie doit être accentuée et accélérée afin d'assurer une prise en charge de la population, en particulier des personnes les plus vulnérables.

En Ontario, on constate que les médecins adhèrent de plus en plus à un mode de rémunération mixte. Ceux qui y adhèrent connaissent une augmentation de leur rémunération plus que ceux avec paiement à l'acte (nullement associée à une augmentation de leur charge de travail) ainsi qu'une plus grande satisfaction au travail<sup>23</sup>.

La solution gagnante, tant pour les patients que pour les médecins et autres professionnels, doit donc passer par une formule mixte de rémunération incluant le forfait quotidien ou la capitation pour la médecine de famille, et des incitatifs à la productivité, à la qualité et à la performance.

---

<sup>23</sup> Isabelle Paré, Jacques Ricard. *Plus satisfait de leur pratique et mieux payés? L'exemple des médecins ontariens*. Le médecin du Québec, volume 42, numéro 11, novembre 2007.

## DES VOIES DE SOLUTION RÉALISTES

À partir des constats et de l'analyse des enjeux mis en cause, nous avons identifié des voies de solution réalistes ayant le mérite d'être cohérentes entre elles, d'être pratiques ou « concrètes » et de pouvoir être mises de l'avant rapidement pour une implantation à court ou à moyen terme. Nos propositions se déclinent selon trois axes : la pertinence des services, l'optimisation de leur prestation et l'investissement dans les technologies.

Il est à noter que les voies de solution proposées peuvent interpellier plusieurs acteurs du système : le gouvernement et le MSSS d'abord, mais aussi les ordres professionnels, les établissements, les gestionnaires et les professionnels incluant les médecins.

### AXE 1 Assurer des services pertinents, de qualité, conformes aux évidences scientifiques ainsi que leur utilisation judicieuse

#### 1. Le Québec doit bonifier l'actuel Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour en faire une structure de gestion du panier de services assurés qui soit impartiale, transparente et apolitique (de type NICE)<sup>24</sup>

- Le rôle et les pouvoirs de l'actuel INESSS sont élargis, et cette structure produit des évaluations des services et des technologies selon des critères connus et bien définis.
- Cet « INESSS élargi » est composé à 50 % de professionnels multidisciplinaires et à 50 % de représentants de la population et d'usagers.
- Un mécanisme de révision du panier de services assurés, incluant la possibilité de désinvestir dans certains services devenus non pertinents (évolution scientifique et technologique) ou dont la valeur ne s'appuie ni sur des évidences scientifiques, ni sur une volonté et une acceptabilité sociale claires, doit être prévu<sup>25</sup>.
- La structure doit prioriser les recherches à faire pour s'assurer des évidences scientifiques et de l'acceptabilité sociale. Des critères de priorisation sont clairement établis.
- Les pouvoirs de cette structure qui gère le panier de services assurés dépassent le simple pouvoir de recommandation et sont de nature « contraignante » (quasi-loi).

---

<sup>24</sup> National Institute for Health and Care Excellence – NHS.

<sup>25</sup> Prasad, V. et Loannidis, J. (2014). *Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices*. Implementation Science. [<http://www.implementationscience.com/content/9/1/1>].

## **2. Les guides nationaux de pratique clinique doivent s'accompagner de modalités de transfert des connaissances et d'activités d'appropriation par les professionnels de la santé et des services sociaux**

- Les guides de pratique clinique doivent être connus, disponibles et accessibles facilement pour les professionnels incluant les médecins et la population par le biais d'Internet (transparence).
- Des formations, des conférences et des ateliers sur les meilleures pratiques sont rendus disponibles aux professionnels par les ordres professionnels et par les établissements.
- Des pénalités financières et autres moyens sont utilisés auprès des professionnels lorsque leurs services, incluant l'utilisation des technologies, ne sont pas donnés selon les bonnes pratiques cliniques et guides en vigueur.
- Les visites d'inspection des ordres professionnels visent, entre autres, à évaluer l'utilisation des bonnes pratiques.

## **AXE 2 Optimiser la prestation des services en santé physique et mentale**

Les voies de solution relatives à l'optimisation de la prestation des services s'appuient sur les principes suivants qui caractérisent les systèmes efficaces :

- La qualité des services est le meilleur moyen d'améliorer la valeur de l'organisation (en commençant par l'accès, la prévention primaire et secondaire).
- Le patient accède aux services de santé par une porte unique (un point de contact pour l'ensemble des services intégrés).
- Les services sont offerts à proximité (localement).
- La transparence (les résultats sont mesurés, comparés et publiés).
- Les incitatifs encourageant la responsabilisation populationnelle.
- L'utilisateur est un partenaire de premier plan.
- L'organisation des soins contribue à l'engagement du patient dans son plan de traitement.
- Les pratiques collaboratives génèrent de meilleurs résultats et contribuent à soutenir l'amélioration des services.
- Il faut avoir des lignes directrices.
- Une certaine concurrence intra publique doit être encouragée.

## Améliorer l'accès aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne

- Assurer la cohésion entre les responsabilités des GMF<sup>26</sup> et des cliniques réseau<sup>27</sup> avec celles des CSSS (responsabilité populationnelle); financer une offre de services intégrés.
- Garantir l'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne des CLSC et des GMF en temps opportun pour la clientèle inscrite, incluant l'accès aux services sans rendez-vous en situation d'urgence; implanter des incitatifs (positifs et punitifs) financiers pour assurer.
- Garantir l'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne des CLSC, des GMF et des cliniques réseau les soirs et les fins de semaine lorsque la densité de population le requiert.
- S'assurer que la pratique médicale en CSSS (CLSC) comporte les mêmes exigences de performance qu'en GMF en y incluant des cibles de performance.
- Faire connaître l'offre de service des GMF, des CLSC et des cliniques réseau auprès de la population.
- Soutenir le développement et l'utilisation des technologies de communication pour obtenir certains services (ex. : renouvellement de prescriptions par courriel, prise de rendez-vous médicaux, conseils téléphoniques, consultations virtuelles).
- Prévoir une garde territoriale dans la communauté.
- Assurer un monitoring des résultats de santé et non seulement du volume de patients inscrits et vus.
- Imposer des pénalités lorsque les résultats visés ne sont pas atteints, tant pour les médecins que pour les établissements.
- Réviser la pertinence des activités médicales particulières (AMP) surtout celles liées à l'hospitalisation.
- Adopter des modes de rémunération favorisant le partage et la délégation des activités.
- Faire en sorte que les médecins spécialistes prennent en charge les hospitalisations pour disposer davantage de médecins omnipraticiens en 1<sup>re</sup> ligne (responsabiliser les médecins spécialistes pour les hospitalisations).
- Assurer des processus de collaboration entre les pharmaciens communautaires et les médecins de 1<sup>re</sup> ligne.

---

<sup>26</sup> GMF : une organisation fonctionnelle composée de médecins de famille travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières. Les membres du GMF travaillent également avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment avec les travailleurs sociaux et les pharmaciens.

<sup>27</sup> Cliniques réseau : offrent des services 7 jours/7, dont le soir et la fin de semaine. Les cliniques réseau offrent des services sur rendez-vous, mais leur particularité consiste à offrir également des services sans rendez-vous aux personnes n'ayant pas de médecin de famille.

## 1. Mettre à contribution l'ensemble des professionnels des équipes de façon optimale selon leurs compétences

- Faire en sorte que les ordres professionnels travaillent ensemble et jouent un rôle de « leaders » pour faire évoluer les modèles de prestation de services et faire connaître l'apport de chaque professionnel au sein des équipes.
- Exiger que les ordres ou les associations professionnelles offrent des activités de formation continue interdisciplinaires obligatoires (médecins-pharmaciens-infirmières-psychologues, etc.).
- Revoir l'organisation du travail des équipes en utilisant au maximum les forces de chacun.
- Accroître le rôle et les responsabilités des infirmières et autres professionnels dans le traitement de certains problèmes (IPS<sup>28</sup> ou infirmières avec ordonnances collectives<sup>29</sup>, pharmaciens, travailleurs sociaux, nutritionnistes).
- Soutenir (inciter) la collaboration entre les pharmaciens communautaires et les médecins de 1<sup>re</sup> ligne.
- Rendre obligatoire l'utilisation des ordonnances collectives nationales.

## 2. Garantir la pertinence et la qualité des services médicaux

En plus des pistes de solution émises concernant le panier de services et les technologies, il est proposé de :

- faire en sorte que les technologies de l'information permettent de créer et de suivre des indicateurs de qualité et de performance de la pratique professionnelle;
- favoriser l'auto-évaluation;
- rendre publics certains indicateurs de qualité et de performance afin d'informer la population et de susciter une saine concurrence pour améliorer la qualité des services; (ex. : pouvoir trouver sur internet quelle est la clinique d'un territoire donné qui obtient les meilleurs résultats avec sa clientèle diabétique, l'établissement présentant le moins d'événements indésirables);
- inciter à la conformité aux lignes directrices et aux guides de pratiques cliniques par les médecins et en tenir compte dans la rémunération et dans les inspections professionnelles;

---

<sup>28</sup> IPS : infirmière praticienne spécialisée.

<sup>29</sup> Ordonnance collective : prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de patients ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles.

- intensifier le rôle et surtout les obligations des chefs de département et du CMDP<sup>30</sup> à l'égard de la qualité et de la pertinence des actes médicaux (reddition de comptes au ca en ce qui a trait au respect des bonnes pratiques);
- évaluer la qualité des services en fonction de l'adoption et de l'application des plans d'intervention interdisciplinaires pour certaines clientèles plus complexes (santé mentale, maladies chroniques, personnes âgées en perte d'autonomie);
- exiger des médecins un minimum d'actes par année pour autoriser une pratique particulière (ex. : obstétrique, chirurgie thoracique, vasculaire, endoscopie). (Ex. : exigences de l'American college of radiology (ACR) pour les mammographies).

### **3. Améliorer la performance et la qualité des services médicaux spécialisés**

- Faire le portrait et le monitoring des résultats des services spécialisés rendus à la population (ex. : obstétrique, cardiologie, etc.).
- Rendre les résultats de performance des services facilement accessibles à la population (Internet) – transparence et étalonnage (benchmarking).
- Répartir ces services en fonction des besoins et des masses critiques de clientèles.
- Réduire le nombre d'établissements appelés à fournir des services spécialisés de 3<sup>e</sup> ligne.

### **4. Diminuer le recours à l'hospitalisation des personnes âgées vivant en CHSLD, à domicile avec soutien (SAD) et en résidences privées**

- Accroître le rôle des infirmières en CHSLD (IPS en hébergement par exemple).
- Favoriser la disponibilité des médecins en CHSLD et développer des stratégies d'attraction, inciter les médecins, voire exiger, à couvrir les CHSLD.
- Se doter de lignes directrices claires sur la pertinence des transferts en soins de courte durée.
- Intensifier les services à domicile pour les personnes âgées.
- Déterminer systématiquement, avec la personne et ses proches, le niveau d'intervention médicale requis pour chaque personne vivant en CHSLD, à domicile avec soutien (SAD) ou en résidences privées semi-autonomes.

---

<sup>30</sup> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : Selon la Loi SSSS, un CMDP est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.

## **AXE 3 Investir adéquatement dans les technologies biomédicales et de l'information**

### **1. Se doter d'une stratégie nationale d'innovation technologique pour améliorer les résultats de santé de la population**

- S'assurer d'intégrer les différentes politiques et mesures existantes en matière d'innovation technologique en santé en une stratégie nationale globale.
- S'assurer que cette stratégie soit élaborée par plusieurs partenaires provenant des milieux de la clinique, de la recherche et des affaires.
- S'assurer de la diffusion et de l'appropriation de cette stratégie.
- Soutenir la recherche évaluative sur les technologies tant biomédicales que de l'information ainsi que la diffusion des résultats.
- Revoir le mode de rémunération médicale qui, actuellement, n'incite ni ne soutient l'innovation technologique.
- Revoir le mandat des CHU, des RUIS et des instituts en matière d'innovation et rehausser leur contribution à l'innovation.
- Soutenir les établissements dans l'appropriation des innovations technologiques, organisationnelles et fonctionnelles, par le biais de guides, de transfert de connaissances, de soutien de proximité et d'évaluation continue.

### **2. Prioriser les critères liés à l'atteinte de résultats de santé et de bien-être, au meilleur coût lors de l'acquisition des technologies biomédicales et de l'information**

- S'assurer que les décisions en matière de choix technologiques liés à la santé soient prises à la lumière des évaluations de santé et d'efficience réalisées.
- Mettre en place des mécanismes formels d'évaluation et de diffusion des résultats de santé obtenus chez les usagers grâce à l'utilisation des technologies.
- Revoir le cadre réglementaire de la *Loi sur les contrats des organismes publics*<sup>31</sup> en ce qui concerne le réseau de la santé, afin de favoriser la valeur, la performance et l'innovation technologique en santé.

---

<sup>31</sup> LCOP chapitre C65.1 et ses règlements : *Loi sur les contrats des organismes publics*.

### **3. Faire en sorte que l'État oblige les fournisseurs de technologies à s'assurer de l'interopérabilité de leurs produits**

- Mettre à jour le plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux élaboré en 2004, en tenant compte de l'évolution de l'environnement technologique des dernières années et des nouveaux enjeux contextuels.
- Accélérer en priorité les travaux visant l'interopérabilité des systèmes d'information soutenant les services sociaux et de santé de 1<sup>re</sup> ligne.
- Soutenir les établissements dans les travaux d'intégration des technologies et dans les efforts de maintien des fonctions d'interopérabilité des systèmes.

### **4. Technologies biomédicales : se doter d'une vision nationale**

- Identifier clairement le porteur national sur le plan des technologies biomédicales.
- Exercer une vigilance quant au déploiement des technologies biomédicales afin d'optimiser les investissements.
- Reconnaître l'importance du volet technologique dans l'amélioration de la performance des services de santé.
- Arrimer cette vision en matière de technologies biomédicales avec celle concernant les technologies de l'information pour une intégration et utilisation optimale de l'ensemble.

### **5. Technologies de l'information : s'assurer que les établissements aient les pouvoirs décisionnels suffisants, les moyens financiers et le soutien nécessaire à la mise en œuvre des actions**

- Réviser les rôles et responsabilités des paliers de gouvernance en matière d'acquisition, de développement et de déploiement des technologies de l'information, dans une optique de décentralisation accrue.
- Accorder aux établissements les investissements nécessaires à l'évolution technologique et leur procurer le soutien dont ils ont besoin pour assurer la pérennité des technologies.
- Mettre en place des mécanismes d'évaluation, de suivi et de mise à jour des systèmes d'information.

## LES RECOMMANDATIONS EN BREF

### DES MESURES STRUCTURANTES ESSENTIELLES

- Se doter d'un modèle de gouvernance qui incite à l'efficacité.
- Se doter d'un modèle de financement mixte faisant une grande place au financement axé sur le patient, lorsque possible et pertinent.
- Revoir les modes de rémunération des médecins pour les rendre cohérents avec les objectifs de performance poursuivis. Des modes de rémunération mixtes sont à penser tant pour les médecins spécialistes que pour les médecins de famille.

### Assurer des services pertinents, de qualité, conformes aux évidences scientifiques ainsi qu'une utilisation judicieuse

1. Le Québec doit faire évoluer l'existant INESSS vers une structure de gestion des services assurés qui soit impartiale, transparente et apolitique (de type NICE).
2. Les guides nationaux de pratique clinique doivent s'accompagner de modalités de transfert des connaissances et d'activités d'appropriation par les professionnels de la santé et des services sociaux.

### Optimiser la prestation des services en santé physique et mentale

3. Améliorer l'accès aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne.
4. Mettre à contribution l'ensemble des professionnels des équipes de façon optimale selon leurs compétences.
5. Garantir la pertinence et la qualité des services médicaux.
6. Améliorer la performance et la qualité des services médicaux spécialisés.
7. Diminuer les recours non pertinents à l'hospitalisation des personnes âgées vivant en CHSLD, à domicile avec soutien (SAD) et en résidences privées.

## **Investir adéquatement dans les technologies biomédicales et de l'information**

8. Se doter d'une stratégie nationale d'innovation technologique à laquelle participent plusieurs partenaires provenant des milieux cliniques, de la recherche et des affaires.
9. Prioriser les critères liés à l'atteinte de résultats de santé et de bien-être, au meilleur coût, lors de l'acquisition des technologies biomédicales et de l'information.
10. Faire en sorte que l'État oblige les fournisseurs de technologies à s'assurer de l'interopérabilité de leurs produits.
11. Se doter d'une vision nationale en technologie biomédicale.
12. S'assurer que les établissements aient les pouvoirs décisionnels suffisants, les moyens financiers et le soutien nécessaire à la mise en œuvre des actions en matière de technologie de l'information.



## PRINCIPAUX DOCUMENTS ET SITES CONSULTÉS

ALLAIRE, Y. « Une gouvernance bric-à-brac », Institut sur la gouvernance (IGOPP), *La Presse*, 9 décembre 2013.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Énoncé de vision du système de santé et des services sociaux*, 2012.

BORDE, V. *Halte au surdiagnostic!*, Magazine *L'actualité*, septembre 2014.

CASTONGUAY, J. *Le financement des soins chroniques*, CIRANO, 2013.

CASTONGUAY, J. *Analyse comparative des mécanismes de gestion de services*, CIRANO, [<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2011RP-16.pdf>], 2011.

Choisir avec soin : <http://www.choisiravecsoin.org>

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, « Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012 », 21 janvier 2013.

DRUMMOND, M. F., S. J. « Key principles for the improved conduct of Health technology assessments for resource allocation decisions », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, pp. 244–258, 2008, 3.

FONDS DU COMMONWEALTH SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ AUPRÈS DES MÉDECINS DE SOINS PRIMAIRES. Résultats du sondage international 2012 du Conseil canadien de la santé, janvier 2013.

HUYNH, T.M. G. B. *Exploring accountable care in Canada, Integrating financial and Quality Incentives for physicians and hospitals*, Canadian Foundation for HealthCare Improvement, 2014.

JAKUBOWSKI E., S. R. « *The Changing National Role in Health System Governance a case-based study of 11 European countries and Australia* », European observatory of Health systems and policies, janvier 2013.

LA PORTA R., F. L.-d.-S. « Investor protection and corporate governance », *Journal of Financial Economics*, 58, 3-27, 2000.

LEVESQUE, J.-F. et al. *Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques*. Pratiques et organisation des soins, volume 40, n° 4, 2009.

LITTLEJOHNS, P., T. SHARMA et K. JEONG. « Social values and health priority setting in England: “values” based decision making ». *Journal of Health Organization and Management*, [<http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=17032062>], 2012.

MARTINEAU, F. *Healthcare Governance Models in Canada a provincial perspective*, IPAC, MNPLLP and Fasken Martineau DuMoulin LLP, mars 2013.

MEDTECH EUROPE. *Creating Value in European Healthcare*,

[<http://www.medtecheurope.org/uploads/documents/MedTech%20Europe%20-%20Value-based%20Innovations%20-%20Brochure%2028%20Sep.pdf>], 2012.

NADEAU, M. « Déficit d'autorité », Institut sur la gouvernance (IGOPP), *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 9, n° 1, printemps 2013.

NHS, N. H. *Integrated care and support: Our National Commitment*, mai 2013.

OECD HEALTH MINISTERIAL MEETING. *Health system priorities when money is tight*, OCDE, 2010.

PORTER, M. E., L. T. *The strategy that will fix health care*, Harvard Business Review. 2013.

PORTER, M. E. « What is Value in Health Care », *New England Journal of Medicine*, 2010.

PRASAD, V. et, J. LOANNIDIS. « Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices », *Implementation Science*, [<http://www.implementationscience.com/content/9/1/1>], 2014.

PWC. *The new science of personalized medicine: Translating the promise into practice*, [<http://capitalgroupholdings.com/files/The-New-Science-of-Personalized-Medicine.pdf>], 2009.

SNOWDON A., S. K. *It's all about me : the personalisation of health systems*, Ivey Business school, International Center for Health Innovation, 2014.

SORENSEN C., D. M. *Ensuring Value for Money in Health Care : The role of health technology assessment in the European Union*. WHO on behalf of European Observatory on Health systems and policies, 2008.

STRIJLS J.N., d. J.-v. *Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands, impact on quality of care delivery process and the quality of care*, RIVM, 2012.

The better care faster coalition. *Putting innovation to work, Improving Chronic Disease Management and Health System Sustainability in Ontario*, [<http://www.bettercarefaster.ca/BFCPuttingInnovationtoWork.pdf>], 2013.

THOMSON S, O. R. *International profiles of Health care systems profiles, 2012*, Commonwealth Fund, 2012.