

Du bon usage des paniers

Mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux.

Chaire de recherche Politiques Connaissances et Santé
www.pocosa.ca

Chaire de recherche du Canada - et amélioration du système de santé
www.crc-easy.ca

Montréal
Janvier 2016

Auteurs:

Damien Contandriopoulos ^(1, 2)

Astrid Brousselle ^(3, 4)

Mylaine Breton ^(3, 4)

Annie Carrier ^(2, 5)

Arnaud Duhoux ^(1, 4)

Sophie Pomerleau ⁽⁶⁾

Geneviève Champagne ⁽⁴⁾

Damien Sainte-Croix ⁽²⁾

Anne Lardeux ⁽¹⁾

1 - Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

2 - Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

3 - Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

4 - Centre de recherche de l'hôpital Charles-LeMoine

5 - École de réadaptation, Université de Sherbrooke

6 - École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

Illness is neither an indulgence for which people have to pay, nor an offence for which they should be penalised, but a misfortune, the cost of which should be shared by the community

Aneurin Bevan (1897-1960)

Homme politique à l'origine du développement du NHS britannique

Citer ce document :

Contandriopoulos, D. Brousselle, A. Breton, M. Carrier, A. Duhoux, A. Pomerleau, S. Champagne, G. Sainte-Croix, D. & A. Lardeux (2016) *Du bon usage des paniers: Mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux*. Chaires de recherche PoCoSa & CRC-EASY, Montréal.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Sommaire..... | 4 |
| Introduction..... | 6 |
| Comprendre la délimitation des services offerts..... | 8 |
| <i>Le panier de services assurantiel</i> | 8 |
| <i>Accessibilité aux services</i> | 9 |
| <i>Perspective globale</i> | 10 |
| Assurances maladie et offre globale de services | 10 |
| <i>Assurances maladie</i> | 10 |
| <i>Offre globale de services</i> | 11 |
| Pertinence des interventions | 14 |
| Approches cohérentes de maximisation de la pertinence | 16 |
| <i>Les institutions québécoises qui offrent un avis sur la pertinence</i> | 17 |
| <i>Mécanismes formels de priorisation des interventions</i> | 18 |
| <i>Autonomie professionnelle et pertinence</i> | 19 |
| Conclusion | 21 |
| Références..... | 23 |

Sommaire

Le présent mémoire a été produit dans le cadre de la consultation lancée à partir du mois d'août 2015 par le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE) relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Cette consultation porte sur le panier de services couverts par le système public d'assurance maladie pour tenir compte de l'évolution des besoins de la population, des technologies et des ressources financières limitées.

Dans ce mémoire nous défendons que:

- L'optimisation de l'offre de services est un exercice nécessaire: ne pas réfléchir à l'allocation des ressources revient à imposer de façon arbitraire certaines restrictions d'accès aux soins à certains groupes de personnes.
- Cette question doit être abordée dans l'optique d'une optimisation de la réponse aux besoins de la population et ne pas se limiter aux services actuellement assurés par le système public d'assurance maladie. Il faut rappeler que les dépenses de santé, qu'elles soient publiques ou privées, sont en totalité assumées par la population du Québec. Ce qui importe donc, tant sur le plan de la capacité de payer, du contrôle des coûts et de la compétitivité économique, ce sont les dépenses totales.
- Un exercice de réflexion sur l'optimisation de l'offre doit intégrer une réflexion sur la couverture des services, mais aussi sur l'accessibilité réelle aux services couverts. Couvrir des services essentiels qui restent peu accessibles en pratique est incohérent.
- L'optimisation de l'offre de soins et de service de santé ne doit pas être un exercice ponctuel de définition d'un panier de services. D'une part, l'évolution des technologies et des besoins fait que tout exercice ponctuel sous la forme d'une liste de services assurés sera désuet dès sa publication. D'autre part, nous craignons qu'un exercice ponctuel ne conduise à une privatisation du financement en santé et services sociaux.
- Le critère de pertinence des interventions doit être central pour guider l'allocation des ressources. La pertinence des interventions est un concept complexe qui intègre différentes dimensions dont l'efficacité, l'efficience de même que des principes éthiques et des préférences individuelles et collectives.
- Optimiser l'offre de soins et services revient à instaurer des critères, mais aussi, et de façon aussi importante, des processus de priorisation qui permettent des ajustements continus et adaptés aux différents contextes. Le *priority setting* est une forme de priorisation qui pourrait être implantée au Québec aux niveaux provincial et au niveau des établissements.

- Le Québec dispose déjà d'institutions dont la mission est de maximiser la pertinence des interventions en santé. Toutefois ces institutions ne semblent pas disposer des ressources et de l'indépendance politique leur permettant de réellement influencer l'offre de soins et services de santé.
- L'exercice d'optimisation doit prendre la forme de recommandations structurantes pour soutenir les choix organisationnels et cliniques: Quel service est approprié pour quel patient, à quel moment, offert par quel professionnel et dans quelle structure? De même, il doit être dynamique et inclure le monitoring des pratiques cliniques et organisationnelles ainsi que leur l'ajustement.

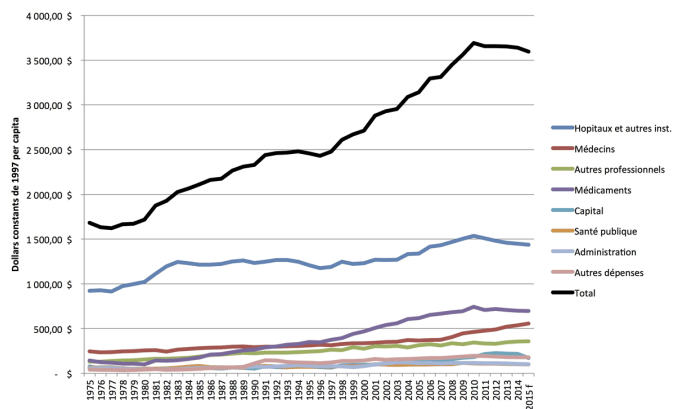
Introduction

Le présent mémoire a été produit dans le cadre de la consultation lancée à partir du mois d'août 2015 par le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE) relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Le mémoire porte sur les principes et les processus qui doivent être pris en compte dans la définition d'un panier de services assurés. **Il ne traite pas de services en particulier, mais bien des principes qui devraient guider l'exercice d'optimisation de l'offre de services au Québec.**

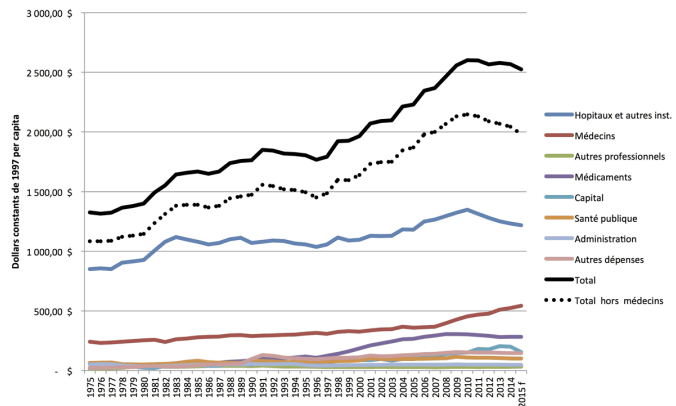
L'appel à mémoire rédigé par le CSBE [1] fait état d'une augmentation des coûts dans le secteur de la santé et des services sociaux. Or, si ce secteur a connu une hausse constante et marquée des dépenses jusque vers les années 2010, depuis cinq ans, les dépenses sont maîtrisées. Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent en effet que les dépenses de santé, tant publiques que privées, sont stables lorsqu'exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) et qu'elles sont en nette décroissance, lorsqu'exprimées en dollars constants par personne (voir graphiques ci-contre). **Il est donc faux de prétendre que des pressions financières ou fiscales créent une urgence de repenser le panier de services.**

Les ressources disponibles étant finies, tous les systèmes de santé et de services sociaux définissent – de manière plus ou moins formelle – des limites aux soins et aux services disponibles. Ces limites peuvent être explicitement formulées, comme dans le cas des règles entourant la couverture d'assurance pour des services spécifiques; ou bien elles peuvent correspondre à des barrières pratiques à l'accès comme des frais pour le patient, des délais d'attente ou la non-disponibilité des services sur le territoire. Quatre

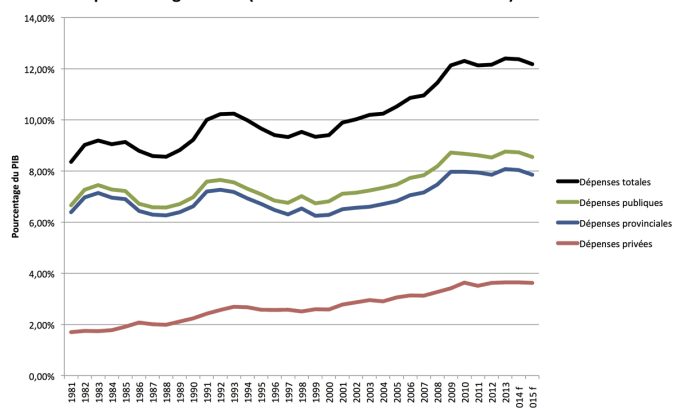
Dépenses totales de santé par secteur en dollars constants de 1997 per capita (Données de la base nhex de l'ICIS)



Dépenses publiques de santé par secteur en dollars constants de 1997 per capita (Données de la base nhex de l'ICIS)



Dépenses de santé du Québec par source de financement en pourcentage du PIB (Données de la base nhex de l'ICIS)



éléments sont importants à prendre en compte pour réfléchir à cette question.

Le premier est la maximisation de la santé et du bien-être de la population étant donné les ressources disponibles. Un système qui investirait une portion significative de ses ressources dans des services qui ne contribuent que marginalement au bien-être de la population et limiterait du même coup l'accès à des services de base serait sous-performant. Le terme technique utilisé pour décrire ces arbitrages est le coût d'opportunité. **L'allocation de ressources doit prioriser l'attribution des ressources à l'offre de services apportant la plus grande contribution au bien-être de la population.**

Ceci amène un second élément central à la réflexion sur le panier de services, la question de la pertinence des interventions. L'éventail des interventions de santé possibles croît continuellement. Parallèlement à cela, il existe des preuves de plus en plus robustes que certaines interventions actuellement offertes à grande échelle dans notre système de santé apportent des bénéfices nuls ou modestes. **Un système de santé et de services sociaux performant doit donc mettre en place des mécanismes efficaces et dynamiques pour limiter au maximum l'exposition des patients aux interventions inefficaces ou inutiles et maximiser la plus-value des interventions offertes.**

Le troisième élément fondamental consiste à ancrer l'analyse du coût d'opportunité et de la pertinence des interventions dans une approche systémique et populationnelle. Nous désignons par systémique le fait que l'analyse doit porter sur l'ensemble de l'offre de services et non pas uniquement sur les services offerts dans le secteur public ou en établissement public. Une analyse étroite et limitée à l'offre de services dans le secteur public entérinerait de facto le fait qu'il faille limiter l'offre publique et donc désassurer des soins et services plutôt que de réformer le système dans son ensemble de manière à améliorer sa viabilité économique. Or, d'un point de vue macroéconomique, ce qui importe ce sont les dépenses totales du système de santé. Par ailleurs, nous désignons par populationnelle le fait que l'analyse doit porter sur l'ensemble de la population et de ses besoins et non pas sur les seuls services actuellement offerts dans le secteur public. **En ce sens toute réflexion sur la minimisation du coût d'opportunité et la maximisation de la pertinence des interventions doit impérativement être systémique et ne pas se limiter aux seuls soins assurés publiquement.**

À ce sujet, il est important de rappeler que le Québec est actuellement en train de favoriser le déploiement à grande échelle de nombreuses technologies diagnostiques et curatives dans des structures de dispensation privées. À notre connaissance, aucune forme d'analyse de la cohérence du déploiement et du coût d'opportunité de ces investissements n'est actuellement conduite. De même, par le biais du projet de Loi n°20 [2], le gouvernement est en train de désassurer une portion significative des services offerts dans les structures ambulatoires privées et de créer de fait des barrières financières à l'accès pour ces services. Nous y reviendrons, **mais nous croyons que la population du Québec fait – et fera de plus en plus – face à des barrières financières et administratives dans l'accès aux services** [3-5]. Il s'agit là d'une tendance lourde qui a des conséquences importantes et potentiellement irréversibles. **Dans ce contexte, réfléchir au panier de services offerts**

doit être une occasion d'analyser l'accès réel aux services et pas un prétexte pour contribuer au processus de désassurance et de privatisation en cours.

Le dernier élément que nous voulons aborder est le mode d'intervention. Les expériences passées dans d'autres contextes tout comme les meilleures pratiques actuelles suggèrent que, **considérée comme un exercice ponctuel, la définition d'un panier de services assurés est futile et probablement nuisible.** L'analyse de l'accessibilité réelle aux services, de la minimisation du coût d'opportunité et de la maximisation de la pertinence des services doit être intégrée dans des processus institutionnels continus et dynamiques. De même, le résultat de ces processus doit prendre principalement la forme de recommandations destinées aux professionnels et aux institutions de soins, mais laisser ces derniers juger ultimement de quel patient bénéficierait de quel service à quel moment. L'inclusion ou non de services dans la liste des services assurés est un mécanisme beaucoup trop macro pour permettre une maximisation de la pertinence des interventions.

Comprendre la délimitation des services offerts

Soulever la problématique de la définition d'un panier de services implique de comprendre qu'en pratique il existe deux ensembles de services offerts. Le premier est défini selon une logique de couverture assurantielle, le second selon l'accessibilité à ces services.

Le panier de services assurantiel

Dans tous les pays riches, la vaste majorité des services de santé sont payés par des systèmes d'assurance. Tous les systèmes d'assurance maladie – tant privés que publics – vont déterminer un panier de services couverts pour un groupe ou une population donnée, ainsi que le niveau de couverture et les éventuels co-paiements que les patients doivent assumer. La majorité des systèmes d'assurance publics – en dehors du secteur du médicament – délimitent le panier de services par grands secteurs et non de manière fine sur la base d'interventions spécifiques. Le Québec ne fait pas exception et adopte aussi cette approche. La règle de base de l'assurance maladie au Québec (et au Canada) veut que les services médicalement nécessaires soient couverts par le régime public [6] sans spécifier précisément quels sont ces services. Une telle approche laisse aux cliniciens et aux institutions la responsabilité de l'évaluation de la pertinence et l'adaptation de l'offre de services aux besoins des patients. Par ailleurs, ces paramètres globaux peuvent être modulés de manière spécifique. Ainsi le Québec exclut spécifiquement certains services (par ex. la chirurgie esthétique) et assure différenciellement d'autres services selon le lieu de dispensation (par ex. la radiologie par IRM hors établissement) ou exclut des secteurs entiers (les soins dentaires hors chirurgie majeure après l'âge de 10 ans) [7].

Selon nous, la définition actuelle de ce qui est assuré par le régime public d'assurance maladie au Québec favorise les services offerts par les médecins au détriment des services offerts par d'autres professionnels. Il favorise également

les services offerts dans le secteur hospitalier par rapport aux services offerts dans la communauté ou dans d'autres institutions. Ces biais dans la couverture donnent actuellement lieu à des choix sous-optimaux sur le plan de la pertinence.

Accessibilité aux services

Le second paramètre important dans la délimitation des services offerts repose sur l'accessibilité réelle de ces services pour les patients. L'accessibilité est définie ici, à la suite de Donabedian [8, 9], comme l'adéquation entre les structures de production de services d'une part et les besoins de la société et leur répartition géographique d'autre part. Cette adéquation entre l'offre et la demande de service se décline en plusieurs dimensions, la facilité d'approche, l'acceptabilité, la disponibilité et l'accommodation, l'accessibilité économique et l'adéquation des services [10]. En pratique, ce n'est pas parce qu'un service est couvert qu'il est forcément accessible. L'avortement à l'Île-du-Prince-Édouard est un exemple frappant de services assurés, mais non accessibles. En effet, même si l'avortement est un service assuré par la province, il n'est pas offert sur l'Île-du-Prince Édouard [11]. Les femmes qui désirent se faire avorter doivent donc aller dans une autre province et, si l'avortement lui-même est assuré, il n'existe aucune couverture pour les frais de voyage. En pratique, même si la province prétend assurer l'avortement, à l'Île-du-Prince-Édouard des barrières géographiques et financières très importantes existent pour obtenir ce service.

Toujours en lien avec l'accessibilité, les délais d'accès ou les listes d'attente sont aussi un élément important à prendre en compte, particulièrement dans le contexte du Québec. De nombreux services sont inclus dans le panier de services assurés, mais l'accès réel est faible ou nul. Par exemple, les services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie et orthophonie-audiologie) fournis par les centres hospitaliers et de réadaptation pour les enfants atteints de troubles envahissants du développement (TED) font partie du panier de services assurés. Toutefois, dans plusieurs régions du Québec, ces services ne sont pas offerts dans des délais cliniquement acceptables. Plusieurs interventions de réadaptation pour les TED perdent de leur efficacité avec l'âge de l'enfant et doivent par conséquent être offertes le plus tôt possible. Or, il existe des régions où les listes d'attente dépassent deux ans [12, 13]. Dans ce cas, à l'instar de l'exemple précédent, le nonaccès aux services rend caduque leur inclusion théorique dans le panier de services assurés et entraîne des conséquences graves pour les populations concernées.

De manière moins spectaculaire, mais plus prévalente, les difficultés d'accès persistantes aux soins de première ligne au Québec sont un exemple du même phénomène. Il s'agit de services dont la couverture assurantielle ne pose pas problème dans le régime d'assurance maladie public du Québec. Pourtant en pratique, pour ce qui est de la première ligne, de nombreux Québécois n'ont pas accès au bon professionnel au bon moment. Encore une fois, ceci illustre qu'il serait fallacieux de prétendre analyser la pertinence de la couverture d'assurance sans égard à l'accessibilité réelle des services.

Perspective globale

Deux éléments nous semblent importants à mentionner ici. Le premier est que toute analyse de la cohérence ou de la désirabilité de l'offre de services doit porter non seulement sur le panier de services assurés, mais également sur l'accessibilité pratique de ces services. Les problèmes d'accessibilité à plusieurs services au Québec exercent de fait un rationnement des services disponibles qui a des conséquences bien réelles sur la santé des individus.

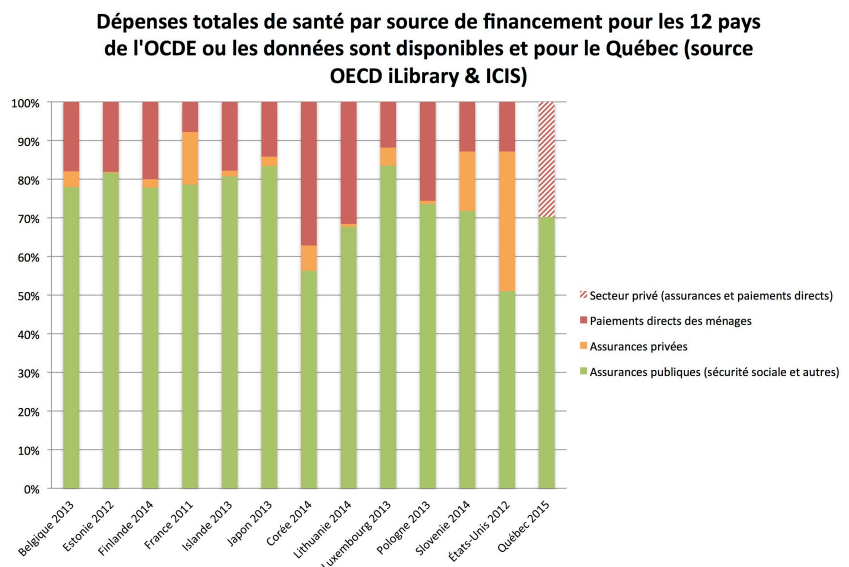
Le second élément, qui découle du premier, est qu'un système de santé doit viser à aligner autant que possible le panier de services et leur accessibilité réelle. Un système qui limite le panier de services assurés va diminuer l'équité d'accès à ces services [14, 15]. Les soins dentaires pour les enfants de 10 ans et plus au Québec sont un exemple de cette réalité. Ceux qui possèdent une assurance privée et/ou qui peuvent défrayer les frais ont accès rapidement à un vaste choix de soins dentaires tandis que les autres n'ont accès à rien. À l'inverse, un système de santé qui, sur le plan de l'assurance, couvre en théorie un vaste éventail de services, mais dans lequel l'accès est fortement contraint offre en réalité une étendue de services limitée. L'exemple extrême des services d'avortement à l'Île-du-Prince-Édouard illustre ce cas de figure.

Assurances maladie et offre globale de services

Assurances maladie

Dans presque tous les pays développés il existe une cohabitation de systèmes d'assurance publics et privés dans le domaine de la santé. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des différents types d'assurance ni dans l'analyse détaillée de leurs impacts sur l'accessibilité. Il suffit de dire que la nature des services de santé fait en sorte que la grande majorité des dépenses passe par des systèmes assurantiels [16, 17]. Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, plus de 80% des dépenses de santé sont financées par des assurances.

Or, la cohabitation de plusieurs systèmes d'assurance pour les services de santé implique qu'il y a aussi coexistence de plusieurs paniers de services



différents. À titre illustratif, au Québec, coexistent l'assurance maladie, l'assurance-médicaments, la CSST et des assurances privées qui couvrent différents services complémentaires. Selon sa couverture d'assurance, les services disponibles pour une personne donnée vont varier ainsi que les modalités d'accès (en fonction du type de professionnel, d'institution, avec ou sans co-paiements, etc.).

Selon la perspective d'un assureur particulier, ce qui importe est l'étendue des services pour lesquels une couverture est offerte : combien de personnes sont assurées? Pour quel panier de services ? Et, toujours selon cette perspective d'un assureur spécifique, l'élément central va consister à anticiper d'un point de vue actuariel quelles seront ses dépenses.

En revanche, selon une perspective de santé des populations – c'est-à-dire une perspective qui vise à maximiser la santé et le bien-être d'un groupe de personnes – la question est tout autre. Ce qui importe est de maximiser l'accessibilité à des services pertinents et de qualité pour toute la population, selon les besoins des personnes et non selon leur capacité de payer.

L'appel à mémoires du CSBE est clairement axé sur la redéfinition du panier de services assurés par le régime de santé public du Québec. À ce titre, il adopte la position d'un assureur particulier. **Or, désassurer un ou des services signifie, en pratique, le transfert de ces services du panier public vers des paniers de services assurés par le secteur privé. Un tel processus va avoir des impacts sur l'accessibilité, l'équité et la performance du système dans son ensemble [14, 15, 18-20].**

Une approche de santé des populations est beaucoup plus porteuse et structurante. En effet, **s'il existe des services qui ne procurent pas de gains significatifs pour la santé, ces services ne devraient pas être offerts, que ce soit dans le privé ou dans le public. À l'inverse, les services pertinents devraient être accessibles à tous, selon leurs besoins de santé, indépendamment de la capacité de payer de l'individu.** Si, du point de vue de l'assureur public, la désassurance de services non pertinents peut sembler une approche cohérente, du point de vue de la santé – tant du patient que de la population générale – cette approche est insuffisante et non-souhaitable. **Il faut rappeler que les dépenses de santé, qu'elles soient publiques ou privées, sont en totalité assumées par la population du Québec. Ce qui importe donc, tant sur le plan de la capacité de payer, du contrôle des coûts et de la compétitivité économique, ce sont les dépenses totales.**

Offre globale de services

Comme nous l'avons mentionné précédemment, limiter une analyse de la cohérence ou de la désirabilité de l'offre de services au seul panier de services assurés et encore plus au seul panier de services assurés publiquement est non souhaitable. Il est fondamental d'avoir une perspective centrée sur la maximisation de la santé des individus et des populations. **De la même manière, si on veut maximiser la pertinence des services réellement offerts il faut impérativement que l'action porte sur l'ensemble de l'offre de services et qu'elle ne se limite pas aux services assurés publiquement.**

Vignette n°1: Chirurgie de la cataracte et pertinence systémique

On peut illustrer en pratique l'importance d'adopter une perspective large sur l'offre de services par le cas de la chirurgie de la cataracte. Au début des années 2000, plusieurs provinces canadiennes ont été aux prises avec de longues listes d'attente pour cette chirurgie. Certaines provinces comme la Colombie-Britannique ont décidé de rembourser les interventions faites dans le secteur privé. D'autres, comme le Québec, ont attribué des enveloppes de financement additionnelles pour permettre aux établissements publics d'augmenter le volume de chirurgies de la cataracte réalisées. Dans les deux cas, ces approches ont produit une augmentation massive du volume d'intervention. En 2001, une vaste étude sur les résultats cliniques de six types d'interventions chirurgicales à Vancouver [21, 22] a montré que 26% des patients opérés de la cataracte avaient une moins bonne vue après qu'avant l'intervention selon l'index VF-14 [22]. Les auteurs interprètent ces résultats selon l'hypothèse que les médecins ont opéré des individus dont l'état clinique ne justifiait pas une intervention. Entre autres, les auteurs notent que 31% des patients opérés avaient une vue presque parfaite avant l'intervention. Or, aucune opération n'est totalement dénuée de risque et dans le cas de l'extraction de la cataracte, on estime entre 2% et 4% le taux de complications sévères [23, 24]. Des données de cette étude suggèrent aussi que certains ophtalmologistes opèrent les deux yeux même en l'absence de signes cliniques le justifiant. Au Québec, en 2006, le chef du département d'ophtalmologie d'un hôpital universitaire racontait à moitié à la blague que le fait d'avoir un cristallin naturel était devenu une raison clinique suffisante pour se le faire enlever. Ces exemples montrent que la maximisation de la pertinence est avant tout une question de jugement clinique, pas de couverture assurantielle.

Le gouvernement du Québec vient d'adopter le projet de loi n°20 [2] par lequel il légalise un système de financement mixte par co-paiements complémentaires à l'assurance publique [25, 26]. Désormais, pour de nombreux services diagnostiques et thérapeutiques offerts hors établissement, les patients paieront une partie des coûts sous la forme de « frais accessoires » tandis que le régime d'assurance public défraiera le complément [25, 26]. Ceci risque d'accélérer le développement d'une capacité de production de soins de grande envergure dans le secteur privé. Par exemple, on observe actuellement le déploiement à grande échelle de technologies de dépistage du cancer colorectal dans le secteur privé. Or, les données disponibles montrent [26] que ces tests n'ont aucun effet sur la diminution de la mortalité et entraînent potentiellement une augmentation du nombre d'interventions chirurgicales inutiles [27]. **Dans ce contexte, la question ne devrait pas être de savoir si le régime public d'assurance couvre ces tests, mais de savoir si on devrait déployer ces technologies à grande échelle. Que le service soit offert en établissement public ou en cabinet privé, que le régime public paie le service ou que le patient défraie directement les coûts importe peu. Dans tous les cas ce qui compte est de faire en sorte que seuls les patients susceptibles d'obtenir un gain clinique soient exposés à l'intervention.**

Il est clair qu'une fois qu'il existe une vaste capacité de production de services privés, on se trouve dans un système de vases communicants. Si le régime public d'assurance couvre – en tout ou en partie – les services offerts dans le secteur privé, sans jugement sur leur pertinence, il se défausse alors de sa responsabilité. Mais si le régime public d'assurance refuse de couvrir certains services offerts dans le secteur privé, ceux-ci seront alors simplement défrayés par des assurances privées et des paiements directs, ce qui est tout aussi déplorable sur le plan de la

maximisation de la pertinence systémique. Ce système de vases communicants aura aussi un impact important sur la disponibilité des ressources humaines spécialisées.

Dans son appel à mémoires, le CSBE met de l'avant de nombreux éléments de réflexion qui se rapportent au concept de pertinence des services. Nous partageons cette préoccupation quant à la maximisation de la pertinence des interventions. En revanche, **comme nous le discutons ici, la définition d'un panier de services assurés est un moyen d'intervention inapproprié et probablement contreproductif pour maximiser l'accessibilité de la population à des services pertinents.**

Par ailleurs, la réflexion sur l'offre de services doit être bidirectionnelle et permettre autant de suggérer de limiter l'offre de certains services que de l'élargir. Par exemple la Loi sur l'assurance-hospitalisation et la Loi sur l'assurance maladie soutiennent en théorie les principes d'intégralité et d'accessibilité de la Loi canadienne sur la santé. Définies dans les années 70, ces lois étaient basées sur une vision médicale et hospitalo-centrique des services de santé. En conséquence, comme nous l'avons mentionné, certains services ne sont couverts qu'en milieu hospitalier ou s'ils sont délivrés par des médecins. Pourtant, les soins médicalement requis ne sont pas uniquement médicaux. Pour certains services offerts en clinique externe hospitalière ou en CLSC (physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes), les listes d'attente sont généralement si longues que soit les personnes les requérant n'y ont jamais accès, soit elles se tournent vers le privé. Ceci revient à limiter l'accès à ces services aux populations les plus vulnérables, qui sont aussi celles qui en bénéficieraient le plus. Un panier de services dans lequel des services médicalement requis ne sont pas couverts par le régime public, comme c'est le cas actuellement au Québec, consolide un système de santé à deux vitesses et contrevient à l'esprit de la Loi canadienne sur la santé. Ce sont des considérations de minimisation du coût d'opportunité et de maximisation de la pertinence qui devraient être à la base de ces choix et non pas des idiosyncrasies historiques. Par ailleurs, comme nous l'avons dit, la minimisation du coût d'opportunité et la maximisation de la pertinence n'ont de sens que si elles sont abordées de manière systémique et populationnelle.

Vignette n°2: Accès à la psychothérapie

Prenons l'exemple de la psychothérapie. Dans son rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux de 2012 portant sur la santé mentale, le CSBE recommandait de « diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale en garantissant un accès équitable à des services de psychothérapie »[28]. En effet, selon le CSBE, la psychothérapie est plus économique que la médication; elle réduirait l'utilisation ultérieure de services de santé (références vers les services spécialisés, hospitalisations, consultations chez les médecins généralistes et prescriptions de médicaments), ses coûts seraient compensés par la diminution des coûts liés à la perte de productivité qu'entraînent les troubles mentaux et, enfin, les patients préféreraient généralement cette option de traitement. En plus d'être efficace seule ou en combinaison avec la pharmacothérapie, elle serait sans effet secondaire et ses bénéfices se maintiendraient plus longtemps, car les patients acquièrent des compétences qu'ils continuent d'utiliser après le traitement. Pourtant, malgré son efficacité pour traiter les troubles mentaux courants et le fait qu'elle peut être dispensée par divers professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, médecins, infirmières, ergothérapeutes), elle n'est

couverte par le régime public que si elle est dispensée en CLSC (ou de longues listes d'attente existent) ou par un médecin (mais peu en font). L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a récemment repris à son compte les constats du CSBE, mais s'est abstenu d'en conclure quoi que ce soit quant à la couverture de ces services [29].

Pertinence des interventions

La pertinence des interventions est un concept complexe qui intègre différentes dimensions dont l'efficacité, l'efficience de même que des principes éthiques et des préférences individuelles et collectives [30].

Sur le plan individuel de la relation clinique entre un patient et un professionnel de la santé, la question de la pertinence est principalement une question d'**efficacité** : les interventions offertes devraient être les meilleures possible, étant donné les dernières données scientifiques disponibles, les capacités du professionnel, les ressources techniques disponibles et les préférences du patient [31].

Toutefois, quand la question de la pertinence est posée au niveau d'un système de santé, il faut, pour y répondre, intégrer la question de l'**efficience** et du coût d'opportunité [32]. En pratique, les ressources sont restreintes dans tous les systèmes de santé. Pour minimiser le coût d'opportunité – défini comme le coût de la meilleure alternative – on doit privilégier les interventions qui permettent les plus grands gains d'efficacité au moindre coût [33]. Le domaine de l'évaluation économique a développé des outils permettant d'intégrer le critère d'efficience dans les décisions concernant l'allocation des ressources, par les analyses coût-efficacité, coût-utilité et coût-bénéfice [32, 34]. L'évaluation économique est toutefois principalement utile pour comparer des interventions similaires.

Même si les techniques se sont perfectionnées avec les années, ces méthodes ne résolvent pas toujours les choix d'allocation. En particulier, un dilemme se pose pour les interventions qui sont certes plus chères, mais aussi plus efficaces. Dans ce cas-là, seul un critère arbitraire peut permettre de décider si cette intervention sera couverte ou si c'est plutôt l'option moins chère et moins efficace qui sera couverte. Différents outils sont utilisés pour aider à la prise de décision : le seuil d'acceptabilité du ratio coût-efficacité incrémental (*ICER- Incremental cost-effectiveness ratios*) ou les courbes d'acceptabilité [32, 35-37]. Mais ces outils restent arbitraires et imparfaits.

S'il est important de tenir compte de l'efficience dans les décisions concernant l'allocation des ressources, pris seul, ce critère est insuffisant. En effet, un jugement basé sur le seul critère de l'efficience est souvent inacceptable socialement [33, 38, 39]. La meilleure illustration demeure l'expérience de l'Oregon (voir la vignette ci-dessous) [40-43]. L'expérience nous montre que le critère d'efficience est applicable pour comparer des interventions similaires entre elles, mais ne peut être utilisé à l'échelle macro-systémique pour décider du panier de services.

Vignette n°3: L'expérience de l'Oregon

Dans les années 1980, les dépenses de Medicaid accaparent une part croissante des budgets publics des États-Unis. En réaction à cette situation, de nombreux États décident de baisser le niveau de revenu associé à l'éligibilité à l'assurance publique en dessous du seuil de pauvreté fédéral ; ils choisissent ainsi de résoudre le déficit budgétaire en réduisant l'accès à la couverture publique. À la fin de cette décennie et avec de telles politiques, le programme d'assurance maladie Medicaid ne couvre plus que 42 % des individus vivant sous le seuil de pauvreté.

C'est dans ce contexte spécifique de restriction de l'accès à l'assurance médicale publique que survient l'affaire du petit Coby. En 1987, Coby Howard, garçon de 7 ans assuré par Medicaid, décède des suites d'une leucémie alors qu'il aurait pu être sauvé par une greffe de moelle osseuse. La greffe ne faisant plus partie des soins pris en charge par l'état, la mère doit rassembler l'argent nécessaire à l'opération, mais ne réussit pas à le faire à temps. Cette triste affaire illustre dramatiquement la notion de la *Rule of rescue* : cette règle relève d'une réaction éthique qui veut qu'on souhaite tout faire pour sauver une personne – surtout quand le relais médiatique du cas est important – sans égard à la façon dont pourrait par ailleurs être investi l'argent pour sauver plus de personnes au niveau populationnel.

L'état de l'Oregon décide en 1987 de lancer un programme de réforme de l'assurance Medicaid qui propose une réponse différente des autres états américains : il s'agit plutôt d'étendre la couverture de Medicaid à toute personne vivant sous le seuil de pauvreté (élargissement horizontal de l'assurance pour garantir l'universalité de l'accès), mais de réduire les soins concernés par cette prise en charge (désassurance verticale). On décide d'établir une liste de soins prioritaires et de fixer une ligne départageant les soins assurés (au-dessus de la ligne) de ceux exclus de la prise en charge publique (au-dessous de la ligne). Il est par ailleurs prévu de compléter la couverture publique avec l'assurance d'un employeur pour les travailleurs de l'Oregon et leurs familles (ce qui en pratique ne se fera pas) [44].

Le projet a été lancé en 1988 avec la création d'une commission de 11 experts (la Oregon Health Services Commission, OHSC) chargés d'établir une liste de services de santé et de soins prioritaires ordonnés du plus au moins important. Une première liste est établie selon une perspective stricte d'efficacité : chaque service ou soin est classé selon son ratio coût-utilité. Les effets sont calculés en années de vie pondérées par la qualité de vie (QALY) pour intégrer les impacts sur la longévité et sur la qualité de vie [45]. La Commission OHSC a appliqué cette méthode pour classer les soins selon leur ratio de coût-utilité, du plus faible au plus élevé.

Or ce cadre strictement utilitaire peut s'avérer socialement et cliniquement inacceptable, voire même dangereux. La première liste établie en 1988 par l'OHSC devra rapidement être rejetée du fait de son classement aberrant : des soins non essentiels s'y trouvent classés prioritaires au détriment d'autres soins vitaux. Ainsi, les scellants dentaires (prévention des caries) sont pris en charge alors que le traitement de l'appendicite se voit exclu des soins prioritaires de cette première liste [42]. Entre 1989 et 1993, plusieurs listes vont être successivement élaborées, reprises, corrigées selon des catégories de soins et le critère d'efficacité dans l'allocation des soins et services de santé sera finalement abandonné.

Cette expérience démontre que le critère d'efficacité ne peut être appliqué de façon globale, à l'échelle d'un système. Si la notion d'efficacité est importante pour minimiser les coûts

d'opportunité, d'autres critères doivent être pris en compte pour rendre l'allocation des ressources socialement et cliniquement acceptable. Cette expérience souligne également le besoin de tenir compte de façon imbriquée des niveaux macro (populationnel), méso (institutionnel) et micro (du patient) dans les décisions d'allocation, et d'adopter des mécanismes adaptatifs qui permettront aux praticiens d'ajuster les recommandations d'allocation à la pertinence clinique pour le patient.

Il est donc très important de comprendre que le jugement sur la pertinence de services spécifiques doit intégrer des informations sur l'efficacité et l'efficience, mais aussi intégrer d'autres critères qui permettent des allocations souhaitables et acceptables au niveau populationnel [46, 47].

Cette façon de procéder est implantée, avec certaines variantes dans le choix et la pondération des critères, dans tous les pays qui se sont dotés d'organismes d'évaluation des technologies avec comme mission de formuler des recommandations sur la couverture des services (NICE au Royaume-Uni ; l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé au Canada, etc.). C'est aussi le cas au Québec où l'INESSS a établi des processus qui intègrent, par exemple, les questions éthiques et qui permettent de contextualiser les données d'efficacité et d'efficience des interventions pour en apprécier la pertinence.

Approches cohérentes de maximisation de la pertinence

Nous avons discuté dans les sections précédentes d'un certain nombre de principes que nous croyons fondamentaux. Les interventions sur l'offre de services doivent être systémiques. Elles doivent d'une part porter sur les services réellement offerts – pas juste sur le panier de services assurés – et, d'autre part, elles doivent porter sur l'ensemble de l'offre de services, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Par ailleurs, les notions de pertinence et de coût d'opportunité doivent être au cœur de l'analyse.

Nous croyons donc qu'une redéfinition du panier de services assurés par le régime public est une approche inappropriée pour maximiser l'accessibilité de la population à des interventions pertinentes. En effet, les avenues d'actions susceptibles de maximiser l'accessibilité de la population à des interventions pertinentes ont deux caractéristiques.

Premièrement, elles sont continues et intégrées dans le fonctionnement naturel du système de santé. Tout exercice ponctuel de définir un panier de services sous la forme d'une liste de services assurés sera désuet dès sa publication. Le rythme d'évolution des technologies et des connaissances implique d'insérer, au cœur du système, des procédures intégrées et cohérentes d'évaluation et d'optimisation de la pertinence. Pour ce faire, il faut se doter d'institutions et de mécanismes qui ont à la fois le mandat, la capacité et la liberté d'intervenir sur l'optimisation de la pertinence.

Deuxièmement, elles laissent aux professionnels une grande latitude pour adapter les services aux besoins spécifiques des patients. Nous croyons que la liste des interventions actuellement réalisées à grande échelle au Québec qui ne produisent aucun bénéfice à quiconque est anecdotique. Dans la grande majorité des cas où il existe des problèmes de pertinence significatifs, le vrai problème réside en ce que des interventions potentiellement utiles sont offertes aux mauvais patients (voir par exemple la vignette n°1). Or, on ne peut intervenir sur ce type de problème par la définition d'un panier de services assurés.

Les institutions québécoises qui offrent un avis sur la pertinence

Il existe déjà au Québec plusieurs institutions qui ont une mission en lien avec l'évaluation et la maximisation de la pertinence. L'INESSS est l'organisation provinciale qui a le rôle le plus central dans cet exercice. L'INESSS a fusionné ce qui était le Conseil des médicaments et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). « *L'Institut a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux* »[48]. En autres, il « *évalue les avantages cliniques, les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux* »[48].

D'autres institutions ont aussi un rôle à jouer. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a des fonctions de surveillance, de développement de nouvelles connaissances en promotion, prévention et protection de la santé ainsi que d'analyse des politiques publiques et de transfert de connaissances. De même, le CSBE a pour mandat d'analyser la performance du système de santé. Autres acteurs importants quant à la pertinence des services, les ordres professionnels ont eux pour mission d'assurer la protection du public [48]. Pour ce faire, leurs responsabilités incluent notamment de contrôler la compétence de leurs membres, d'assurer la surveillance de l'exercice de la profession et de favoriser le développement et la qualité de celle-ci [49]. Finalement, les établissements hospitaliers et universitaires disposent d'unités d'Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) dont la mission est d'évaluer et de prioriser les interventions en santé.

Le problème n'est donc pas l'absence d'institutions. Les organismes que nous avons mentionnés ont un mandat qui leur permet théoriquement d'intervenir pour optimiser la pertinence des services. Toutefois, en pratique, leur influence sur la pertinence des soins et des services reste timide ou inexistante. Nous croyons que le problème est triple. Premièrement, ces organismes disposent de ressources limitées. Avoir un impact sur les pratiques demande une capacité d'action forte, en effectifs et en compétence. Deuxièmement, ces organismes sont beaucoup trop soumis au pouvoir politique et sensibles aux pressions des groupes d'intérêt. Intervenir à grande échelle sur la pertinence des services entraînera une réaction immédiate de nombreux acteurs politiquement puissants. Il faut donner aux institutions publiques une grande indépendance par rapport au politique et la capacité de résister aux pressions de groupes d'intérêt. Troisièmement, il faut agir à la fois de manière systémique et microclinique, c'est-à-dire accompagner la pratique par des recommandations scientifiquement robustes et cliniquement utiles. Pour ce

faire les institutions en cause doivent mettre en œuvre les meilleures pratiques du domaine du transfert de connaissances [50-64].

Mécanismes formels de priorisation des interventions

Pour intervenir sur l'optimisation de la pertinence des services offerts selon une perspective systémique, il importe de mettre en place des mécanismes institutionnels continus à chacun des paliers du système qui lui permettent de s'adapter, d'intégrer les nouvelles pratiques et d'éliminer celles qui ne sont plus pertinentes, tout en laissant aux professionnels une autonomie clinique leur permettant de proposer à leurs patients les meilleures options.

La démarche de *priority setting* est une illustration du type de processus qui peut être utilisé pour implanter des allocations pertinentes. Cette démarche peut être déployée au niveau provincial, régional ou de l'établissement [65, 66]. Cette démarche permet d'explicitier les choix d'allocation des ressources, de prioriser les interventions selon un processus éclairé afin de rendre plus rationnels les choix politiques. Le *priority setting* s'appuie sur deux composantes principales : premièrement, un processus délibératif structuré et, deuxièmement, des critères de priorisation prédéfinis.

Le processus délibératif est effectué par un comité multipartite constitué d'experts, d'administrateurs et de professionnels. Parfois, des représentants politiques locaux peuvent faire partie de ce comité, comme c'est le cas en Suède [67]. Ce comité est responsable d'analyser ce qu'impliquerait, pour le système, d'introduire de nouvelles interventions (modes d'organisation, interventions cliniques, nouvelles technologies ou médicaments). Il examine les conséquences de l'introduction d'une nouvelle intervention, mais aussi identifie les interventions qui ne devraient plus être prescrites ou réalisées étant donnée l'introduction de la nouvelle intervention [68, 69]. En effet, trop souvent, les recommandations quant à l'introduction de nouvelles interventions ne conduisent qu'à des ajouts, sans que les interventions qui ne sont plus pertinentes soient supprimées, ce qui, en fin de compte, conduit à des inefficiences et une inflation des coûts. Les études sur les impacts des démarches de priorisation montrent d'ailleurs que les décisions de désinvestissement ont permis des économies substantielles en ce qui a trait aux dépenses publiques de santé [68].

La priorisation s'effectue en utilisant des pondérations entre des critères d'alignement stratégique, d'impact sur la santé et d'impact organisationnel (voir l'article de Mitton et al. 2011 pour des exemples de grilles de priorisation) qui intègrent des questions de pertinence clinique, d'efficacité économique et de justice sociale [68]. Des outils d'intégration des éléments éthiques dans la priorisation ont été développés (*accountability for reasonableness*, [70, 71]) Le *priority setting* permet ainsi aux administrateurs d'adapter l'offre de services aux besoins particuliers de la population qu'ils desservent et, aux cliniciens, de conserver une marge de décision nécessaire au jugement clinique, tout en adaptant le panier de services selon l'évolution des avancées technologiques et les contraintes budgétaires.

Ce mécanisme de priorisation a été introduit, entre autres, en Nouvelle-Zélande et au Canada (Alberta, Colombie-Britannique, Ontario) [66, 72-75]. La Suède, qui est à l'avant-garde dans ce domaine, a d'ailleurs mis sur pied un organisme spécialement chargé de conduire les exercices

de priorisation (*National Center for Priority Setting in Healthcare*). Leur expérience souligne l'importance de la transparence du processus pour consolider l'acceptabilité sociale des décisions, en particulier l'importance de la communication aux citoyens des priorités et des considérations éthiques [76].

Les trois fondements de *priority setting*, une démarche délibérative structurée et systématique, l'intégration de notions éthiques de justice et d'équité et la transparence du processus et des résultats de priorisation sont cités, y compris par les décideurs [41], comme des éléments essentiels.

Autonomie professionnelle et pertinence

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous croyons qu'éliminer des interventions du panier de services assurés publiquement est une approche qui n'a que très peu de potentiel pour minimiser le coût d'opportunité ou maximiser la pertinence des soins. **Les approches de priorisation que nous avons décrites ne visent donc pas principalement à déterminer ce qui est assuré ou ce qui ne l'est pas, mais à réellement influencer les pratiques cliniques et organisationnelles. Les recommandations devraient avoir une forme permettant de mieux juger quel patient devrait recevoir quelle intervention, à quel moment, à quelle condition, par quel professionnel dans quel type de structure.**

Nous croyons fondamental qu'un système de santé et de services sociaux se dote d'institutions capables d'offrir des recommandations scientifiquement crédibles et socialement acceptables pour orienter la pratique des professionnels et des organisations. Mais il est tout aussi fondamental de comprendre qu'il s'agit de recommandations et non d'interdictions ou d'obligations.

Les patients présentent tous un portait de besoins différents et des caractéristiques différentes. Une intervention peut être la plus pertinente pour certains patients dans certaines circonstances, mais inappropriée dans la majorité des cas. Ultiment, la décision doit être confiée à des professionnels qui connaissent en détail la spécificité de chaque cas.

Vignette n°4: Un cas clinique de chirurgie bariatrique [77-80]

Une femme diabétique ayant subi une gastrectomie verticale (*Sleeve*) il y a 8 mois attend d'être opérée pour une dérivation gastrique. Elle raconte que lors du suivi avec son chirurgien, ce dernier constate qu'après une perte de poids initiale de 90 livres, elle a repris 40 livres. La patiente est préoccupée par cette reprise de poids. Son chirurgien lui affirme qu'elle reprendra le poids perdu et lui propose donc de l'opérer de nouveau pour son problème d'obésité morbide. Actuellement son indice de masse corporelle (IMC) est de 43.

Cette situation clinique soulève plusieurs questions. D'abord, au niveau individuel, il est possible de s'interroger sur le recours à une deuxième chirurgie bariatrique dans un délai aussi court. Est-ce que cette deuxième chirurgie constitue la meilleure option pour cette patiente, compte tenu des risques de complications inhérents à ce type de chirurgie ? Est-ce que la préparation préchirurgicale et le suivi post-chirurgical sont appropriés et adaptés aux besoins des patients ? Est-ce que le financement actuel des services de santé permet à ces

patients d'avoir en pratique accès à des soins et services complémentaires tels que les suivis en psychologie, en nutrition, en activité physique ?

On peut se demander ensuite si, au niveau populationnel, le fait d'opérer cette patiente une deuxième fois constitue une utilisation judicieuse des ressources de santé. L'obésité est un problème de santé publique dont la prévalence augmente au Québec et dont le fardeau économique est important. Le programme de chirurgie bariatrique du Québec a vu le jour en 2009 suite aux recommandations émises dans un rapport publié par l'AETMIS [77]. Les auteurs y soulignent l'absence d'une démonstration économique probante de l'efficacité du traitement chirurgical de l'obésité morbide, mais considèrent que la mise en place d'un programme provincial, dont l'efficacité devra être évaluée, risque d'avoir des retombées positives là où les approches traditionnelles (*counseling*, nutrition, activité physique) s'avèrent inefficaces.

« Bien que [les] coûts [de la chirurgie bariatrique] soient relativement élevés, notamment en raison du coût de l'intervention chirurgicale elle-même et de la prise en charge des complications précoces ou tardives qui peuvent en résulter, de la nécessité d'un suivi annuel et des besoins éventuels en chirurgie plastique, les effets positifs associés à la réduction pondérale qu'elle entraîne semblent les compenser. En effet, elle diminue la prévalence des maladies associées (maladies cardiovasculaires et diabète, par exemple) et leurs conséquences sur l'utilisation des ressources (hospitalisations, dépenses en médicaments), réduit les pertes de productivité causées par les congés de maladie et l'incapacité, et améliore la qualité de vie (MSSS, 2009, p. 4) » [79].

Or, à notre connaissance, l'évaluation du programme de chirurgie bariatrique n'a jamais été effectuée ou n'a pas été rendue publique. Considérant le caractère limité des ressources en santé et les récentes coupes dans la santé publique, ce cas vise à rappeler le caractère multifactoriel des problématiques de santé dont les solutions ne devraient pas se limiter aux traitements proposés par les avancées de la science médicale. L'obésité est un problème dont l'origine est complexe et multifactorielle. Aussi, il importe d'investir dans sa prévention par la mise en place de stratégies ciblant les habitudes de vies et les aspects socioculturels aux niveaux individuel, communautaire et des politiques publiques, afin de limiter le nombre de personnes souffrant d'obésité morbide nécessitant un traitement chirurgical.

Il est plausible que la chirurgie bariatrique soit la meilleure avenue d'intervention pour certains patients et il est tout aussi certain que, selon le cas clinique présenté, les frontières de la couverture publique font qu'actuellement cette intervention est offerte selon des modalités sous-optimales.

Comme les vignettes n°1 et n°4 permettent de le voir, il n'existe pas de substitut au jugement professionnel. Il est évident que la majorité des patients opérés de la cataracte bénéficient du traitement, mais cela ne veut pas dire que cette intervention ne pose pas de problèmes de pertinence.

Il faut donc premièrement que tous les professionnels et intervenants dans le système de santé et de services sociaux – dans son ensemble, c'est-à-dire tant dans le secteur privé que public – puissent s'appuyer sur des recommandations scientifiquement crédibles et socialement acceptables leur permettant de déterminer quelle intervention est la plus appropriée pour quel

patient et à quel moment. Deuxièmement, il faut qu'il existe une capacité – ici encore systémique – de communiquer ces recommandations, de monitorer les pratiques et d'intervenir pour réajuster les situations sous-optimales.

Conclusion

Le message central de l'analyse que nous avons proposée ici est qu'un exercice ponctuel de redéfinition du contenu du panier de services assurés publiquement, comme celui lancé par le CSBE, n'a pas le potentiel d'améliorer la pertinence des interventions ou l'efficacité du système.

Nous sommes profondément inquiets que l'exercice débouche en pratique sur la désassurance de services, ce qui produirait exactement le contraire des objectifs mis de l'avant par le CSBE: augmentation des inégalités dans l'accès, diminution de la pertinence de l'offre globale de services et augmentation des dépenses totales de santé.

Sur le fond, nous sommes convaincus que les objectifs mis de l'avant par le CSBE – augmenter la pertinence des soins, minimiser le coût d'opportunité des investissements en santé et ultimement améliorer la soutenabilité du système de santé public – sont importants et désirables. Le problème vient du moyen d'intervention proposé, soit la redéfinition du panier de services assurés publiquement.

Nous croyons que l'atteinte de ces objectifs passe par des interventions qui sont continues et non ponctuelles, qui sont multiniveaux et systémiques plutôt que centralisées et qui soutiennent le jugement clinique plutôt que de l'assujettir à la capacité de payer des patients.

Le Québec possède déjà les structures institutionnelles nécessaires pour mettre en place une telle approche (INESSS, INSPQ, Ordres professionnels, CSBE, ETMIS). Ce qui fait cruellement défaut est de leur donner la capacité d'intervention et la place qui leur revient. On peut prendre comme exemple pratique la question de la couverture publique de la psychothérapie. Plus de trois ans après le dépôt du rapport du CSBE [28] qui recommandait la couverture publique de ce service et un très long travail d'analyse de l'INESSS [29] qui ne débouche sur aucune conclusion, rien n'a bougé. Si c'est pour ne rien en conclure, il est inutile d'analyser. Cet exemple illustre bien qu'il ne suffit pas d'avoir les institutions, encore faut-il que celles-ci aient les capacités, l'indépendance nécessaire et l'intention de remplir leur mandat. Nous croyons que malheureusement le Québec échoue actuellement sur les trois plans.

Pour optimiser l'accès aux soins et l'utilisation efficace des ressources disponibles, il faut soutenir les choix organisationnels et cliniques par des recommandations sur les meilleures pratiques. Quel service est approprié pour quel patient, à quel moment, offert par quel professionnel et dans quelle structure? Il est impossible de réussir cette optimisation par la définition d'un panier de services assurés publiquement. Les processus en cause sont beaucoup trop subtils et dépendants du jugement professionnel.

La solution passe par le soutien à la pratique, par le monitoring des pratiques cliniques et organisationnelles, par la rétroaction et l'ajustement et par l'intégration d'une analyse populationnelle des besoins à tous les niveaux du système. Pour réussir à mettre en œuvre cette solution, les ingrédients principaux sont le courage politique et l'intégration des données scientifiques au processus.

Références

1. Commission à la santé et au bien-être. *Consultations publique 2015 - Panier de services*. 2015; Available from: www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PanierServices/CSBE_Guide_consultation_Panier_services.pdf.
2. *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. 2014.
3. Chouinard, M.-A., *FRAIS ACCESSOIRES EN SANTÉ: Les patients s'estiment toujours pris en otage*. 2012. **December 14th 2012**: p. A5.
4. Daoust-Boisvert, A., *Dégénérescence maculaire – Québec devra rembourser plus de six millions de dollars à des patients*. Le Devoir, 2013. **17 janvier 2013**
5. Daoust-Boisvert, A.L., *Frais accessoires croissants en clinique privée: En plus de la carte soleil, les patients doivent déboursier plus de 500\$ pour une colonoscopie*. Le Devoir, 2011. **Oct 24th 2011**.
6. *Loi sur l'assurance maladie*. L.R.Q. A-29 art.3.
7. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Assurance maladie - services médicaux*. 2015; Available from: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-medicaux.aspx>.
8. Donabedian, A., *The Quality of Care. How can it be assessed?* Journal of the American Medical Association, 1988. **206**(12).
9. Wilson, K. and M.W. Rosenberg, *Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities*. Health Policy, 2004. **67**: p. 137-148.
10. Levesque, J.-F., M.F. Harris, and G. Russell, *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. International Journal for Equity in Health, 2013. **12**(18).
11. Bissett, K., *Debate over access to abortion in Prince Edward Island intensifies*, in *The Globe and Mail*. 27 mai 2014.
12. Dionne, C., *L'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec : Portrait de son implantation et mesure de ses effets chez l'enfant ayant un trouble envahissant du développement, sa famille et ses milieux*. 2013.
13. Rivard, M., et al., *Perceptions du personnel des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement quant aux troubles du comportement chez les jeunes enfants*. Revue de psychoéducation, 2013. **42**(1): p. 115-133.
14. Evans, R.G., *Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1997. **22**(2): p. 427-465.
15. Evans, R.G., *Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance*, in *Access to Care Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, C.M. Flood, K. Roach, and L. Sossin, Editors. 2005, University of Toronto Press: Toronto. p. 347-368.

16. Colombo, F. and N. Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD HEALTH WORKING PAPERS. 2004, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
17. OECD, *Private Health Insurance in OECD Countries*. The OECD Health Project. 2004, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
18. Evans, R.G., *Strained mercy: The Economics of Canadian Health Care*. 1984, Toronto: Butterworths.
19. Evans, R.G., *Raising the Money: Options, Consequences, and Objectives for Financing Health Care in Canada. Discussion paper n°27*. 2002, Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.
20. Evans, R.G., et al., *Who are the Zombie Masters, and What do They Want (Discussion paper HPRU 93:13D)*. 1993, Vancouver: CHSPR
21. Wright, C.J., G.K. Chambers, and Y. Robens-Paradise, *Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery*. CMAJ, 2002. **167**(5): p. 461-466.
22. Wright, C.J. and Y. Robens-Paradise, *Evaluation of indications and outcomes in elective surgery*. 2001, RESIO: Vancouver.
23. Corey, R.P. and R.J. Olson, *Surgical Outcomes of cataract extractions performed by residents using phacoemulsification*. Journal of Cataract Refraction Surgery, 1998(24): p. 66-72.
24. Schein, O.D., et al., *Variation in Cataract Surgery Practice and Clinical Outcomes*. Ophthalmology, 1994(101): p. 1142-1152.
25. Brousselle, A., et al., *Why Trudeau must save medicare in Quebec. Doctors and health experts from Quebec plead with the new Prime Minister to stop the unraveling of medicare before it's too late.*, in *Toronto Star*. 5 novembre 2015: Opinion / Commentary.
26. Brousselle, A., et al., *Éviter la privatisation à tout prix: Le gouvernement de Justin Trudeau doit intervenir pour défendre le caractère public du système de santé au Québec.*, in *La Presse*. 10 novembre 2015: Opinion.
27. National cancer institute. *Colorectal Cancer Screening—for health professionals (PDQ®)*. 2016 january 15, 2016; Available from: <http://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colorectal-screening-pdq>.
28. Commissaire à la santé et au bien-être, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. 2012: Gouvernement du Québec. p. 192.
29. Institut national d'excellences en santé et en services sociaux. *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie*. 2015; Available from: <https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/avis-sur-lacces-equitable-aux-services-de-psychotherapie.html>.
30. World Health Organization, *Appropriateness in health care services*. 2000.
31. DiCenso, A., N. Cullum, and D. Ciliska, *Chapter 2: Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconceptions*, in *Evidence-based Nursing*, N. Cullum, et al., Editors. 2008, Blackwell Publishing Ltd: Oxford. p. 9-17.
32. Drummond, M.F., et al., *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*. Second Edition ed. 1998: Economica.

33. Veatch, R., *The Role of Ethics in Quality and Accountability Initiatives*. Medical care, 1995. **33**(1): p. JS69-JS76 supplément.
34. Brady, B., et al., *Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies: Canada 2004*. 2003.
35. Brousselle, A. and C. Lessard, *Economic evaluation to inform health care decision-making: Promise, pitfall and a proposal for an alternative path*. Social science & medicine, 2011. **72**: p. 832-839.
36. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), *Guide to the methods of technology appraisal*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008.
37. (CADTH), C.A.f.D.a.T.i.H., *Guidelines for the economic evaluation of health technologies*. 2006, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health: Ottawa.
38. Brunet-Jailly, J., *L'évaluation économique des programmes de santé est-elle éthique?*
39. Williams, A., *Cost-effectiveness analysis: is it ethical?* Journal of medical ethics, 1992. **18**: p. 7-11.
40. Tengs, T.O., et al., *Oregon's Medicaid ranking and cost-effectiveness: is there any relationship?* Medical decision making, 1996. **16**(2): p. 99-107.
41. Tengs, F., C. Mitton, and J. MacKenzie, *Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers*. BMC Health Services Research, 2007. **7**(84).
42. Hadorn, D.C., *Setting Health Care Priorities in Oregon. Cost-effectiveness Meets the Rule of Rescue*. Journal; of the american medical association, 1991. **265**(17): p. 2218-2225.
43. Hadorn, D.C., *The Oregon Priority-setting Exercise: Cost-Effectiveness and the Rule of Rescue, Revisited*. Medical decision making, 1996. **16**(2): p. 117-119.
44. Jacobs, L., T. Marmor, and J. Oberlander, *The Oregon Health Plan and the Political Paradox of Rationing: What Advocates and Critics Have Claimed and What Oregon Did*. Journal of health politics, policy and law, 1999. **24**(1): p. 161-180.
45. Weinstein, M.C. and W.B. Stason, *Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices*. The new england journal of medicine, 1977. **296**: p. 716-721.
46. Klein, R., *From evidence-based medicine to evidence-based policy?* J Health Serv Res Policy, 2000. **5**(2): p. 65-6.
47. Peterson, M.A., *How Health Policy Information Is Used in Congress.*, in *Intensive care: How Congress shapes health policy*, T.E. Mann and N.J. Ornstein, Editors. 1995, American Enterprise Institute: Washington, D.C. p. 79-125.
48. *Loi sur l'institut national d'excellence en santé et en services sociaux*. L.R.Q. c I-13.03 art.5.
49. Office des professions. *Ordres professionnels*. 2016; Available from: <http://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/>.
50. Boaz, A., et al., *Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature*. BMC Research Notes, 2011. **4**.
51. Cabana, M.D., et al., *Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement*. JAMA, 1999. **282**(15): p. 1458-1466.
52. Contandriopoulos, D., et al., *Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature*. Milbank Quarterly, 2010. **88**(4): p. 444-483.

53. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implementation Science, 2009. **4**(50): p. 1-15.
54. Davidoff, F., *On the Undiffusion of Established Practices*. JAMA Internal Medicine, 2015. **Published online March 16**: p. E1-E3.
55. Fisher, E.S., J.P. Bynum, and J.S. Skinner, *Slowing the Growth of Health Care Costs – Lessons from Regional Variation*. New England Journal of Medicine, 2009. **360**(9): p. 849-852.
56. Greenhalgh, T. and J. Howick, *Evidence based medicine: a movement in crisis?* BMJ, 2014. **348**(3725).
57. Grimshaw, J., et al., *Toward Evidence-Based Quality Improvement: Evidence (and its Limitations) of the Effectiveness of Guideline Dissemination and Implementation Strategies 1966–1998*. Journal of General Internal Medicine, 2006. **21**(Special): p. S14-20.
58. Hadler, N.M., *Worried Sick: A Prescription for Health in an Overtreated America*. 2008: p. 1-32.
59. King's Fund, *Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature*. 2006: King's Fund.
60. Mitton, C., et al., *Knowledge Transfer and Exchange: Review and Synthesis of the Literature*. The Milbank Quarterly, 2007. **85**(4): p. 729-768.
61. NICE, *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. 2007, London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
62. Oborn, E., M. Barrett, and G. Racko, *Knowledge translation in healthcare: A review of the literature*. 2010.
63. Prewitt, K., T.A. Schwandt, and Miron L. Straf, *Using Science as Evidence in Public Policy*. 2012, Washington: Committee on the Use of Social Science, Knowledge in Public Policy, National Research Council of the National Academies.
64. RNAO, *Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.)*. 2012, Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
65. Barasa, E.W., et al., *Setting healthcare priorities in hospitals: a review of empirical studies*. JHealth policy and planning, 2015. **30**: p. 386-396.
66. Mitton, C. and C. Donaldson, *Priority Setting Toolkit: A Guide to the Use of Economics in Health Care Decision Making*. 2004: BM.
67. Aucoin, L., *Le choix des priorités du "panier de services", la pertinence/efficacité/efficience des soins : des enjeux de financement*. 2007, info veille santé.
68. Mitton, C., et al., *Difficult decisions in times of constraint: criteria based resource allocation in the Vancouver Coastal Health Authority*. BMC Health Serv Res, 2011. **11**: p. 169.
69. Danjoux, N.M., et al., *Adoption of an innovation to repair aortic aneurysms at a Canadian hospital: a qualitative case study and evaluation*. BMC Health services research, 2007. **7**(182).
70. Gibson, J., et al., *Ethics and economics: does programme budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting?* Journal of Health Services Research & Policy, 2006. **11**(1): p. 32-37.

71. Walton, N.A., et al., *Priority setting and cardiac surgery: A qualitative case study*. Health policy, 2007. **80**: p. 444-458.
72. Singer, P.A., et al., *Priority setting for new technologies in medicine: qualitative case study*. BMJ, 2000. **321**: p. 1316-1319.
73. Mitton, C. and C. Donaldson, *Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers*. Health Policy, 2002. **60**: p. 39-58.
74. Mitton, C. and C. Donaldson, *Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA)*. Health policy, 2003. **64**: p. 335-348.
75. Mitton, C., et al., *Priority setting in health authorities: a novel approach to a historical activity*. Social science & medicine, 2003. **57**: p. 1653-1663.
76. National center for priority setting in healthcare, *National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care, Revised version*. 2011.
77. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), *Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : mise à jour*. 2005. p. xvi-116.
78. Blouin, C., et al., *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales*. 2015, Institut national de santé publique du Québec. p. 22.
79. Agence de la santé publique du Canada and Institut canadien d'information sur la santé, *Obésité au Canada. Rapport conjoint de l'agence de la santé publique du Canada et de l'institut canadien d'information sur la santé*. 2011. p. 70.
80. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec*. 2009. p. 20.