

**Mémoire**  
**sur**  
**l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux**  
**présenté à la**  
**Commission sur la santé et les services sociaux**

**Claude Castonguay,**  
**Ex-président du Comité d'implantation de l'INESSS**  
**Janvier 2010**

Le Comité d'implantation de l'INESSS a été créé par le ministre de la Santé et des Services Sociaux en avril 2008. Sa formation donnait suite à une recommandation du Groupe de travail sur le financement de la santé.

### **La composition du comité**

Le comité d'implantation, que j'ai présidé, était composé des membres suivants :

Dr Luc Boileau, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; le 1<sup>er</sup> décembre 2008, il a été nommé président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec;

M Jean-Pierre Duplantie, expert du secteur des services sociaux;

Dr Juan Roberto Iglesias, président-directeur général de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS);

Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec;

Mme Lucie Robitaille, directrice générale du Conseil du médicament;

Mme Angèle St-Jacques, directrice des soins infirmiers, de la qualité et de la gestion des risques du CHU Ste-Justine; le 15 septembre 2008, Mme St-Jacques a été nommée directrice des regroupements clientèles du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Comme on peut le constater, le Comité était composé de membres compétents, qui bénéficient d'une gamme d'expériences variées et qui sont reconnus par leurs pairs dans leur champ d'activité respectif.

### **Les travaux du comité**

Dans ses travaux, le Comité s'est inspiré de l'expérience acquise par l'AETMIS, le Conseil du Médicament et, également des enseignements découlant des expériences canadiennes et étrangères.

Les membres du comité ont en outre eu l'avantage de consulter les dirigeants d'organismes similaires réunis à Montréal à l'occasion d'un congrès international. Parmi ceux-ci, il faut souligner les rencontres avec :

M Laurent Degos, Président de la Haute Autorité de Santé de France(HAS);

Mme Carole Longson, Director, National Institute for Health and Clinical Excellence de Grande Bretagne (NICE).

Mme Julie Jones, Chief Executive, Social Care Institute for Excellence (SCIE)

Le comité a de plus consulté, dans la dernière phase de ses travaux, les représentants de vingt-et-une associations et organismes québécois. Au cours de ces consultations, nous avons présenté les orientations que nous entendions proposées concernant la mission de l'INESSS, ses valeurs, sa fonction et sa gouvernance.

Ceux-ci ont tous accueilli positivement les orientations proposées et leurs commentaires et suggestions nous ont permis d'ajuster nos propositions aux réalités de notre système de santé et de services sociaux.

Les membres du comité ont consacré, malgré les exigences de leurs fonctions, une somme considérable de temps aux travaux du comité. Tous les aspects sans exception de notre mandat ont fait l'objet de discussions à la satisfaction des membres du comité.

### **La signature du rapport**

Tous les membres du comité ont unanimement signé notre rapport.

Nous avons remis notre rapport au ministre le 3 décembre 2008 et chacun des membres a eu la possibilité d'insister sur les aspects du rapport qui leur apparaissaient particulièrement pertinents.

### **Les aspects faisant l'objet de commentaires**

Contre toute attente, c'est avec surprise et une profonde déception que j'ai constaté que le projet de loi est loin de correspondre au projet d'institut proposé par le Comité d'implantation.

Mes commentaires ne portent que sur les aspects du projet de loi qui ont trait à la nature de l'Institut et à ses fonctions. Il s'agit de questions qui touchent au caractère fondamental et à l'essence même et au du projet.

- la nature de l'Institut et son indépendance,
- la transparence,
- la composition du panier des services couverts,
- les services sociaux.

## La nature de l'Institut et son indépendance

Pour assumer pleinement sa mission et pouvoir exercer efficacement ses fonctions, l'INESSS doit être accepté pleinement par les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux et plus particulièrement par les médecins et les autres professionnels. L'action de l'Institut ne doit pas s'exercer par la voie de la réglementation.

Ses avis et recommandations doivent s'appuyer essentiellement sur sa crédibilité et son indépendance.

Les enseignements des expériences québécoises, canadiennes et étrangères sont clairs sur cette question. Cet aspect de l'INESSS représente un enjeu primordial.

C'est dans cette perspective que le Comité d'implantation a recommandé

- que le conseil d'administration établisse les priorités pour chacun des aspects de la mission de l'Institut,
- que l'Institut soit doté de moyens lui permettant d'émettre des avis de qualité, en quantité suffisante, au bon moment et dans les délais impartis,
- que l'Institut dispose d'un financement adéquat, indépendant et stable,
- que l'Institut soit doté d'un pouvoir d'initiative accru par rapport à la situation actuelle.

Les deux exemples suivants montrent bien l'importance de doter l'Institut de suffisamment d'indépendance et de crédibilité pour qu'il puisse établir ses priorités sans l'intervention du ministre et de prendre, dans le cadre de ses fonctions, les initiatives qui lui apparaissent appropriées :

- la crise des examens du cancer du sein a fait la démonstration de la nécessité d'un organisme indépendant et crédible pour l'établissement de normes et de guides de pratiques acceptés par les médecins et capables de rassurer la population,
- seul un organisme crédible bénéficiant d'un large degré d'indépendance par rapport au ministre et à son ministère pourrait analyser objectivement le problème de la surconsommation de certains médicaments tels le ritalin et les anti-dépresseurs et émettre des guides de pratiques acceptables par les professionnels impliqués.

Or, selon le projet de loi,

- Au lieu de pouvoir établir ses priorités, l'Institut doit soumettre au ministre l'approbation de son plan triennal; il doit également transmettre chaque année au ministre une mise à jour annuelle de ce plan, (article 11)

- l'Institut ne possède aucun pouvoir d'initiative hors du cadre du plan triennal,
- Au lieu d'un financement adéquat, stable et qui lui confère un degré d'indépendance, l'Institut doit soumettre annuellement au ministre pour approbation ses prévisions budgétaires.

En ce qui a trait au conseil d'administration, le Comité d'implantation a recommandé, afin d'assurer l'indépendance et l'impartialité des membres, qu'exception faite de la nomination du premier conseil, les membres soient nommés par le gouvernement sur recommandation du conseil d'administration. Contrairement à cette recommandation, selon le projet de loi, le gouvernement nomme les membres après consultation d'organismes choisis par le ministère. En d'autres termes, le gouvernement se garde toute la latitude pour la nomination des membres du conseil.

Pour que le conseil assume pleinement son rôle, les membres vont devoir consacrer à leur fonction le temps nécessaire. L'on doit aussi tenir compte de la responsabilité que les membres doivent assumer. Le Comité d'implantation a en recommandé en conséquence que les membres du conseil d'administration reçoivent une rémunération fixée par le gouvernement.

Or, selon le projet de loi, les membres du conseil, autres que le président-directeur général, ne sont pas rémunérés. (Article 23)

## **La transparence**

Les innovations technologiques au cours des dernières décennies ont provoqué de profonds changements dans la pratique médicale. Les progrès remarquables qui en résultent en terme de santé sont évidents.

Ils soulèvent toutefois des préoccupations qui ne peuvent être ignorées. Sur le plan de la pratique médicale et clinique, l'intégration des nouvelles technologies représente en effet un défi constant pour les praticiens de la santé et des services sociaux.

L'ampleur du problème a été mis en relief par plus d'une études au cours des années. Les chercheurs ont en effet constaté qu'environ 30 à 40% des patients recevaient des soins non conformes aux données probantes en vigueur. De plus, 20 à 25% des soins prodigués n'étaient pas requis ou même étaient potentiellement nocifs.

Au Québec, cette question a fait l'objet en 2001 d'un rapport intitulé *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé- La gestion des risques, une priorité pour le réseau (Rapport Francoeur)*.

Au chapitre des constats, le rapport indique :

- qu'il n'y a aucune raison de penser que la nature, la gravité et la fréquence des accidents évitables au Québec soient substantiellement différentes de celles qui prévalent dans les pays qui ont procédé à un examen approfondi de la question;
- que le phénomène des accidents évitables reste occulté par un voile de malaise et de gêne;
- que de tels accidents représentent, pour les victimes ou pour leurs proches, un fardeau dont on semble sous-estimer la lourdeur sur le plan humain.

Cet aspect de la santé qui est peu connu est lourd d'implications.

Le besoin de mécanismes rigoureux de prises de décision et de transfert efficace des connaissances est évident. La population a le droit d'être informé au sujet des décisions touchant sa santé.

Afin de garantir la rigueur et la crédibilité des guides de pratique, des avis et des recommandations de l'Institut, le processus de transmission et décision utilisé doit être clair et transparent. Ainsi, les motifs justifiant un avis ou une recommandation devraient être publiés dans leur intégralité. Par ailleurs, les motifs invoqués par le ministre pour modifier ou rejeter un avis ou une recommandation devraient également être publiés dans leur intégralité.

Or, le projet de loi ne contient aucune procédure claire et transparente de transmission et de publication des décisions du ministre. (Article 8)

### **La composition du panier de services couverts**

Tous les pays ont connu au cours des vingt dernières années des augmentations des coûts de leurs systèmes publics de santé plus rapides que celles des revenus de leurs gouvernements. La pression à la hausse s'est même accentuée au cours des cinq dernières années et tout indique que cette tendance va se maintenir.

Les gouvernements sont en conséquence confrontés par le défi difficilement conciliable de rendre accessibles des soins innovateurs et de qualité à l'intérieur d'inévitables contraintes budgétaires, tout en maintenant les principes d'accessibilité, d'équité et de liberté de choix. Ils doivent également faire en sorte que des soins abordables, efficaces et sécuritaires soient produits. Enfin, les gouvernements se trouvent tous dans l'obligation d'investir leurs ressources limitées dans les soins et services qui produisent les meilleurs résultats en termes de santé.

La tendance selon laquelle les dépenses publiques de santé augmentent plus vite que la richesse collective et les revenus du gouvernement est bien connue.

La ministre des finances qualifiait ce déséquilibre chronique, dans son discours du budget de mars 2007, de problème numéro un des finances publiques du Québec. Pour contrer les écarts entre revenus et dépenses, les gouvernements successifs ont eu recours à plus d'une reprise au rationnement de l'offre de services malgré les aspects négatifs inhérent à cette approche.

Cette approche a fait en sorte que la couverture actuelle de notre système de santé et de services sociaux pourrait être améliorée à plusieurs égards. À titre d'exemple, elle met bien souvent l'accent sur l'hospitalisation plutôt que les soins à domicile. Autre exemple, les examens radiologiques en cliniques privées ne sont pas couverts alors que d'autres soins bien moins importants le sont.

Pour passer du rationnement à la rationalisation, il faut assurer que les services couverts par le système public soient ceux qui répondent le mieux aux besoins des citoyens et qui correspondent à l'utilisation la plus efficace des ressources. Ce qui implique qu'il faut pouvoir faire des choix éclairés tenant compte de tous les éléments essentiels.

L'OMS souligne à cet égard qu'un système national de santé doit obligatoirement faire des choix et établir des priorités et se doter de mécanismes appropriés à cette fin.

C'est dans cet esprit que le Comité d'implantation a recommandé que l'institut donne au ministre des avis et des recommandations sur la composition du panier des services couverts. Il appartiendra au ministre et au gouvernement de prendre les décisions appropriées.

Pour être crédible et acceptable, ce processus doit être encadré par un mécanisme structuré et connu des acteurs impliqués. Il doit être transparent et permettre d'impliquer un large éventail d'intervenants et de soumettre à l'examen public tous les facteurs pris en considération.

Il s'agit là de la plus importante recommandation du Comité d'implantation de l'INESSS. Or, le projet de loi ne contient aucune disposition au sujet de cet aspect fondamental de l'Institut.

### **Les services sociaux**

Dans la plupart des pays, la santé et les services sociaux sont encadrés par des ministères distincts. Ceci explique que les mécanismes d'évaluation ont été développés, le plus souvent, dans le seul secteur de la santé.

Il est intéressant de rappeler qu'au Québec, la santé et les services sociaux sont depuis 1971 la responsabilité d'un seul ministère. L'intégration à l'INESSS d'un volet social marquera une étape importante dans la reconnaissance des services

sociaux et confirmera la volonté de maintenir et développer une vision globale de la santé et du bien-être des personnes.

Or, le projet de loi traite les services sociaux comme s'ils étaient de la même nature que les services de santé. Non seulement ils diffèrent à bien des égards des services de santé, mais bien souvent il s'agit de services encore à l'étape du développement.

Le rapport du comité recommande d'ailleurs que la loi sur l'Institut tienne compte de ces réalités à l'égard des services sociaux.

### **Conclusion**

Comme on peut le constater, le projet de loi 67 n'est qu'un pâle reflet du projet d'Institut proposé par le Comité d'implantation. Il s'agit d'un projet timide qui ne correspond en aucune manière avec celui proposé.

Compte tenu du sérieux des deux rapports qui ont recommandé la création de l'INESSS et de la somme considérable de travail que leur préparation a exigée de la part de leurs membres, je suis d'avis que d'importants amendements changements au projet de loi s'imposent.

**Claude Castonguay CC, OQ, FICA**  
**Ex-Président du Comité d'implantation de l'INESSS**