



## **La création de l'INESSS, quelle pertinence ?**

**Mémoire présenté à la Commission de la Santé et des Services sociaux lors des auditions publiques sur le projet de loi n° 67 créant l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)**

**Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)**

**Janvier 2010**



## Présentation du projet de loi

Le gouvernement crée l'INESSS pour « promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux ». Dans ce but, il confère à l'INESSS le mandat d'évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux, d'élaborer des recommandations et des guides de pratique visant l'utilisation optimale des technologies, médicaments et interventions, de déterminer les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et de faire des recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la mise à jour de certaines listes de médicaments.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plusieurs catégories de personnel œuvrant dans les agences régionales et dans différents types d'établissements du réseau. Ces membres sont regroupés au sein des deux fédérations présentant les orientations de ce mémoire.

La CSQ place au premier plan la promotion et le développement de services publics de qualité, notamment en santé et services sociaux et la construction d'une société plus juste et équitable. C'est donc avec une préoccupation certaine envers l'avenir de notre système public de santé et de services sociaux que la CSQ prend part aux différents débats de société le mettant en jeu. La CSQ est également membre de la Coalition Solidarité Santé et a souscrit à son *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux*.

<b>Orientations :</b>	Centrale des syndicats du Québec (CSQ) Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ) Fédération des syndicats de la santé et des services sociaux (F4S-CSQ) AREQ (CSQ), Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec
<b>Responsable politique :</b>	Louise Chabot, 1 <sup>re</sup> vice-présidente CSQ et responsable politique des dossiers de la santé et des services sociaux
<b>Rédaction :</b>	Hélène Le Brun, conseillère, CSQ
<b>Secrétariat :</b>	Jocelyne Sylvestre
<b>Révision :</b>	Andrée Bérubé

*La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente quelque 175 000 membres, dont près de 100 000 font partie du personnel de l'éducation.*

*La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent environ 230 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.*

*Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien) de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire et des communications.*

*De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 33 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.*

## Table des matières

Mise en contexte .....	7
Une fusion, un prétexte .....	8
Un mandat d'excellence ou de rationalisation .....	8
Les questions soulevées au regard de la gouvernance publique .....	10
Les questions soulevées au regard des priorités publiques .....	11
Les questions soulevées au regard des pratiques professionnelles dans le champ des services sociaux .....	12
Le statu quo serait plus pertinent .....	14
Conclusion .....	15

## Mise en contexte

Au moment de la sortie du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé en février 2008, la CSQ avait fortement réagi à cette idée de Claude Castonguay de créer un Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). La Centrale s'était montrée d'autant plus indignée que le ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors retienne ce chantier à titre de priorité pour le Québec et en confie de nouveau le développement à ce même Claude Castonguay.

Il faut dire que mis à part M. Castonguay et quelques autres idéologues d'influence de la nouvelle gestion publique, peu d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont émis des appétits à instaurer une sorte « d'Hydro-Québec de la santé », indépendant de la fonction publique pour « monitorer » la performance ou le rendement coût-efficacité des soins et services dispensés.

Le Comité d'implantation de l'INESSS n'a effectué que des consultations très limitées et très privées pour étoffer son rapport. La publication de celui-ci, en décembre 2008, ne présentait rien pour diminuer les craintes. L'intention de Claude Castonguay a toujours été claire, il l'a maintes fois exprimée sur la place publique. Pour lui, il est impératif de dépolitiser les décisions au regard des services offerts dans le domaine de la santé et des services sociaux, particulièrement au regard du panier de services lui-même. Il a souvent répété qu'il y avait lieu de réviser ce panier financé par l'État.

Comme premier pas à la création de l'INESSS, le ministre, encore une fois sans consultation publique, ni même des principaux acteurs du réseau, a élargi par décret le mandat de l'Agence d'évaluation des technologies et mode d'intervention en santé (AETMIS) au volet des services sociaux. Pourtant, aucune démonstration de la nécessité d'évaluer, sous de mêmes modalités, les interventions en matière de services sociaux n'a préalablement été effectuée. Également, c'est dire qu'on présumait déjà, selon les recommandations du Comité d'implantation, que cet organisme serait intégré à un éventuel INESSS.

Également, discrètement et avant même tout débat public sur la question, le ministre a nommé un conseil provisoire de l'INESSS dirigé par M. Léonard Aucoin. Rappelons que M. Aucoin a été coprésident de la Commission Clair en 1985 et l'auteur de plusieurs travaux visant la rationalisation du panier de services. Ce conseil provisoire avait pour mandat de déterminer les priorités de l'INESSS et de lancer les travaux dans les nouveaux secteurs d'activités qui lui seront dévolus, soit les services sociaux, l'élaboration de guides de pratique et l'évaluation de la performance. Ce conseil provisoire devait également coordonner les travaux de rapprochement entre l'AETMIS et le Conseil du médicament. Tout cela avant qu'un débat de pertinence n'ait lieu. Même les membres de la Table de concertation du Conseil du médicament n'ont jamais été informés, encore moins consultés, sur la

fusion des deux organismes et la création de l'INESSS. C'est tout dire ! Il s'agit là d'un déni démocratique flagrant.

Pour la CSQ, la création de l'INESSS a toujours été et demeure un projet idéologique d'officine n'émergeant aucunement des milieux. L'idée même qu'il était nécessaire de créer un nouvel institut national au Québec s'est construite en catimini, en l'absence de tout débat de pertinence.

Pour la Centrale, la question demeure donc entière. Le projet de loi est présenté comme étant la simple fusion de deux organismes. Est-ce vraiment le cas ? La création de l'INESSS constitue-t-elle une simple fusion de mandats ? L'intention sous-jacente est-elle transparente ? La Centrale en doute. Quelle est la pertinence de créer un tel institut et d'ainsi confier des mandats relevant de politiques publiques à un organisme péripublic ? La Centrale a examiné cette pertinence suivant trois angles, la gouvernance publique, les priorités publiques et les pratiques professionnelles.

### **Une fusion, un prétexte**

Le projet de loi retient que l'INESSS remplacera l'actuel Conseil du médicament et l'AETMIS avec son volet social décrété. Or, ces deux organismes déjà existants n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation publique de leur fonctionnement ou de leurs résultats, ni même de critiques ouvertes sur leur efficacité ou inefficacité. Jamais il n'a été soulevé sur la place publique qu'un modèle autre, meilleur, devrait avantageusement les remplacer.

Une simple fusion aurait été de créer un Conseil du médicament, des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux sous la même structure et le même mode de gouvernance, soit un organisme relevant de la fonction publique. Ce n'est pas ce que fait le gouvernement par le projet de loi. Il prend assise sur une soi-disant fusion administrative de deux organismes déjà existants pour mettre sur pied un organisme péripublic, régi par une nouvelle forme de gouvernance, hors du champ de la fonction publique. Cela équivaut à mettre sur pied une fonction publique parallèle chargée de documenter et d'influencer les décisions politiques et l'administration publique à la fois sur la qualité, la pertinence et la rationalisation de l'offre de services.

### **Un mandat d'excellence ou de rationalisation**

Les mandats de l'INESSS conférés par le projet de loi mettent toujours sur le même pied la nécessité de redéfinir régulièrement la qualité en fonction du contrôle des coûts et d'éclairer les décisions en ce sens.

Même si le texte du projet de loi n'est pas explicite dans le sens d'une révision du panier de services, cette relation entre les « avantages pour ces personnes et les

coûts pour le système de santé et de services sociaux », omniprésente, en reflète l'intention.

M. Aucoin a d'ailleurs été plus explicite sur cette question dans sa présentation du projet de loi au plus récent Forum de l'industrie de la santé de Québec tenu tout juste après son dépôt à l'Assemblée nationale<sup>1</sup>.

À la question pour qui l'INESSS ? Il répond :

Pour les décideurs :

- décideurs politiques qui doivent déterminer la couverture des services et la façon de les financer ;
- gestionnaires qui doivent allouer les ressources et organiser les services ;
- cliniciens qui doivent choisir les interventions et élaborer les protocoles de soins.

L'intention est on ne peut plus claire. Il explique plus loin que la prise en compte des avantages en rapport avec les coûts s'appuiera sur les données cliniques probantes, mais également sur des évaluations économiques.

La CSQ convient que lorsqu'il est question de médicaments et de technologies, particulièrement dans le cas d'une innovation, la mesure de la valeur clinique ou technologique ajoutée doit être rigoureuse. Ces postes représentent une part importante et inflationniste du budget de la santé. Les décisions au regard de ces questions s'avèrent sensibles aux lobbys des entrepreneurs du domaine. Elles doivent être prises, certes, sur la base de données probante au regard du rapport coût/qualité et au regard d'une utilisation optimale. Mais est-il besoin, pour cela, de créer une nouvelle superstructure, péripublique de surcroît ?

Par contre, cette vision économiste dominante doit-elle prévaloir systématiquement dans l'évaluation des interventions et des pratiques de santé et de services sociaux ? La professionnelle ou le professionnel de la santé n'est-il pas le mieux qualifié pour juger de l'approche ou du mode d'intervention représentant le plus de bénéfices pour son patient ? La vision globale de la santé et du bien-être, une vision à long terme, n'a-t-elle pas une primauté ?

---

<sup>1</sup> AUCOIN, Léonard (2009). *Projet INESSS*, Présentation au 3<sup>e</sup> Forum de l'industrie de la santé de Québec, (3 décembre), 36 p.

Quand un organisme péripublic évalue la performance d'interventions médicales ou psychosociales, elle le fait pour qui ? Pour les finances publiques ? Pour les usagers ? La tendance est souvent d'estimer l'efficacité et les coûts à courte vue plutôt qu'à long terme. Cela amène souvent les administrateurs à ne retenir que des approches à court terme pour en délaisser certaines autres, peut-être plus efficaces à long terme pour la personne.

Plus largement, le projet de loi dote l'INESSS de mandats reliés à l'évaluation des interventions en santé et services sociaux, de leurs résultats, de leur pertinence et de leur performance. N'est-ce pas là le mandat principal du Commissaire à la santé et au bien-être d'évaluer « l'ensemble des éléments du système de santé et de services sociaux afin d'en déterminer la pertinence » ? Ce dernier ne doit-il pas également « apprécier périodiquement les résultats obtenus par le système en fonction des ressources qui y sont affectées<sup>2</sup> » ? Le Commissaire ne doit-il pas proposer des changements afin d'en améliorer l'efficacité ou l'efficience ? Pourquoi confier l'opérationnalisation de ces mandats à un organisme péripublic dirigé par un nombre restreint de personnes ?

## **Les questions soulevées au regard de la gouvernance publique**

Le fait de confier de tels mandats intimement liés aux politiques publiques à un organisme péripublic semble en droite ligne avec les nouvelles formes de gestion publique dans lesquelles l'État se départit de certaines de ses responsabilités.

Il existe un danger que des recommandations concernant des décisions publiques échappent ainsi au débat démocratique d'une part, et au domaine du champ de responsabilité étatique d'autre part. C'est confier à des ressources d'expertise externes certains savoirs et compétences propres à déterminer les politiques publiques. C'est confier à un conseil d'administration restreint (11 membres nommés par le gouvernement) le pouvoir de recommandations sur des politiques publiques qui s'adressent à l'ensemble de la société.

Cette nouvelle forme de gestion publique renverse les principales conventions admises depuis longtemps.

« La nouvelle gestion publique nie toute différence entre le secteur privé et le secteur public. Elle accorde une importance majeure aux résultats (en particulier aux résultats financiers) quand le service public accorde une importance principale au processus (respect de la légalité, de la neutralité, de la continuité). Elle dénie toute utilité [...] aux statuts des fonctionnaires et préconise la création d'unités autonomes dirigées par des managers disposant de la même autonomie qu'un chef d'entreprise privée. Elle confie

---

<sup>2</sup> QUÉBEC (2005). *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*. Éditeur officiel du Québec.

les services de l'État-providence à des organismes décentralisés sous contrat tout en renforçant le contrôle sur les résultats et sur le budget<sup>3</sup>. »

Par ailleurs, le projet de loi insiste sur le caractère majoritairement indépendant des membres du conseil d'administration. D'abord, cette majorité n'exclut pas la présence de membres hautement dépendants sur les autres postes qu'ils soient issus directement de l'industrie concernée, par exemple. Aussi, les membres de ce conseil d'administration, indépendants ou non, sont nommés par le gouvernement et non, minimalement, par l'Assemblée nationale. La politique partisane étant ce qu'elle est, rien ne garantit ce caractère d'indépendance, au point de vue de l'idéologie du moins.

De plus, selon Léonard Aucoin<sup>4</sup>, il semble qu'une bonne gestion des questions publiques passe par une « logique de gouvernance stratégique et non une logique de représentation ». Suivant cette vision, il vaut mieux n'être pas issu du domaine pour décider de ses orientations stratégiques, niant ainsi l'apport actif des organismes représentatifs. Pour se donner bonne conscience, le projet de loi les relègue d'ailleurs à siéger à une Table de concertation aux pouvoirs de consultation fort limités.

## **Les questions soulevées au regard des priorités publiques**

Quelle valeur ajoutée apporterait l'INESSS au regard de l'organisation ou de la prestation des services de santé et des services sociaux ?

Le constat principal faisant consensus actuellement au Québec montre que le gouvernement peine à répondre adéquatement aux besoins criants que sont l'accessibilité à un médecin de famille et autres services de première ligne, la réduction des délais d'attente pour les examens diagnostiques et la chirurgie, le développement de services à domicile et de services de longue durée. Rien dans les mandats qu'il entend conférer à l'INESSS ne s'adresse directement à ces cibles.

---

<sup>3</sup> MERRIEN, F.-X. (1999). « La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique », *Lien Social et Politiques – RIAC*, 41, (printemps), p. 96.

<sup>4</sup> AUCOIN, Léonard, *op. cit.*

La valeur ajoutée aux services directs, n'est-ce pas là un des premiers principes de l'approche Toyota si chère au ministre<sup>5</sup> ? « Le concept des activités à valeur ajoutée se concrétise par l'effort continu d'éliminer les gaspillages de toute nature » : éliminer le superflu, se centrer sur les interventions directes qui ont un impact réel sur les personnes qui reçoivent le service. De plus, l'approche Toyota implique « le respect des personnes et du travail d'équipe : ce sont les acteurs en place qui sont les mieux placés pour trouver des solutions aux problèmes ». Il ne semble pas que l'INESSS réponde à ces critères.

## **Les questions soulevées au regard des pratiques professionnelles dans le champ des services sociaux**

À la création du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Québec montrait une vision très enviable du système en accordant une place de choix au concept de santé globale qui incluait le bien-être de la population et les facteurs psychosociaux le déterminant. Au moment de l'implantation des CLSC, l'offre de services sociaux s'avérait satisfaisante. Il était possible pour une famille d'avoir accès à un psychologue en CLSC si elle redoutait les impacts d'un divorce chez leurs enfants par exemple. La chose n'est guère possible aujourd'hui. Les mandats sociaux ont été rétrécis aux cas lourds et aux clientèles vulnérables. Depuis la fusion des CLSC dans les grandes structures que sont les centres de santé et services sociaux (CSSS), il s'en trouve plusieurs pour remarquer que la mission sociale est le plus souvent noyée par les priorités de la mission hospitalière. Les services sociaux sont devenus le parent pauvre de notre système de santé. Est-ce que le récent projet de loi 67 instaurant l'INESSS y changera quelque chose ?

Comme ce nouvel organisme fusionne le Conseil du médicament et l'AETMIS, on peut douter que les services sociaux y trouvent une source de développement. Le volet social de sa mission risque d'être complètement noyé par les enjeux médicaux, les médicaments et les technologies.

Pour sa part, l'élaboration par des ressources expertes externes de guides de pratique accentue généralement l'uniformisation, la standardisation de celles-ci. L'utilisation de données probantes dans l'approche scientifique privilégie souvent

---

<sup>5</sup> Les 5 principes pour faire du Lean Thinking (selon Womack and Jones) :

### **1. Établir l'utilité ou le produit ou service désiré par le « client » (*Value*)**

C'est établir ce qui est requis par le client ou le demandeur et seulement ce qui est demandé. Donc, c'est cibler les besoins du client ou demandeur le plus précisément possible et cela en se positionnant de son point de vue. On prétend que 95 % des processus exécutés sont sans valeur ajoutée (*value adding*) pour le client.

Source : Site Internet de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).

des méthodes ou approches de nature plus « mesurable » qui sont davantage « opératoires » que d'autres. Les guides de pratique ont tendance également à contraindre l'autonomie professionnelle. Or, le jugement clinique professionnel qui s'adapte aux caractéristiques personnelles et sociales souvent complexes de l'utilisateur s'avère souvent plus garant de qualité qu'un guide de meilleures pratiques.

S'il y a nécessité de guides pour des problématiques spécifiques, il est important que ceux-ci soient élaborés en partenariat avec les milieux de pratique, à partir de l'analyse des besoins, en passant par l'expérimentation jusqu'à l'évaluation. La forme hiérarchique, du haut vers le bas, n'est guère favorable. Les chercheurs en sciences de la santé n'ont généralement pas les mêmes lunettes que les chercheurs en sciences sociales. Les modalités participatives, la collégialité, l'importance accordée aux processus sont au cœur des façons de faire des sciences sociales. Il ne faut pas que des guides de pratique évacuent les savoirs du terrain. Il ne faut pas, non plus, que les guides empêchent les initiatives locales, l'évolution des pratiques de l'équipe d'intervention. Il faut qu'ils laissent de la place à des approches alternatives et, en aucun cas, ils ne doivent contraindre l'autonomie professionnelle, garante de l'adaptabilité et de la qualité du service offert.

La chercheuse Lucie Gélinau du Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval a une large expérience de cette forme de recherche évaluative avec le CSSS de la Vieille-Capitale. Ses travaux soulignent cette importance de respecter ces façons de faire issues des sciences sociales.

Les savoirs issus de la pratique et les savoirs issus de l'expérience de vie sont légitimes en soi. [Ils permettent de] mieux comprendre les phénomènes complexes.

Penser l'évaluation « avec » : ce n'est pas le fait de donner la parole, mais vraiment le fait de dialoguer sur les méthodes ;

Saisir l'occasion de la production de connaissances pour mieux questionner et réaligner des pratiques et des interventions tout en mettant à contribution le regard des sciences sociales, comportements individuels.

Favoriser ce travail « avec » qui passe notamment par la reconnaissance, voire la légitimation des savoirs de vie et de pratique.<sup>6</sup>

D'autre part, plusieurs instances s'occupent déjà d'élaborer des guides de pratique, les chaires universitaires, les associations patronales, les ordres professionnels,

---

<sup>6</sup> GÉLINEAU, Lucie (2009). *L'évaluation des interventions en vue de réduire les inégalités*, Présentation faite lors du Forum de la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), Montréal, (8 octobre).

etc. Ne serait-il pas plus pertinent que le Ministère lui-même ou l'actuel AETMIS favorise le réseautage de ces connaissances et expertises provenant de ces milieux ? Les intervenantes et les intervenants ont davantage besoin d'un effet de levier pour le transfert des connaissances, de soutien de leurs nouvelles pratiques, du maillage des expériences vécues dans différents établissements que de guides tout faits provenant d'en haut. Pour que les milieux puissent s'approprier des guides de pratique et les adapter à leur réalité, un accompagnement est nécessaire. Pour cela, il faut que les équipes de travail puissent bénéficier de temps dégagé pour se concerter.

### **Le statu quo serait plus pertinent**

De l'avis de la CSQ, la création de l'INESSS ne repose que sur une vision idéologique. Ni Claude Castonguay, ni le ministre de la Santé et des Services sociaux n'en ont démontré les preuves de pertinence.

Dans un contexte où la création d'un tel institut est loin de correspondre aux priorités de la population et des intervenants du réseau, la CSQ s'oppose à la création de l'INESSS sous la forme proposée par le projet de loi. La Centrale recommande plutôt de bonifier l'action des deux organismes déjà existants, soit le Conseil du médicament et l'AETMIS. Si d'autres mandats doivent vraiment être couverts en termes d'évaluation du système, ce sont les ressources du bureau du Commissaire à la santé et au bien-être qui devraient être renforcées.

Au regard des médicaments, poste le plus inflationniste des dépenses de santé et de services sociaux, le gouvernement du Québec a jusqu'à ce jour échoué à mettre en place des solutions pour en contrôler les coûts. Plusieurs acteurs ont avancé qu'un régime universel d'assurance médicaments, plutôt que le régime mixte que nous connaissons, garantirait un meilleur contrôle des coûts. D'autres ont signalé la nécessité de mieux encadrer les pratiques de marketing de l'industrie pharmaceutique pour contrer les tendances inflationnistes. Le gouvernement du Québec a toujours ignoré ces questions. Pourquoi n'en confierait-il pas le mandat maintenant au Conseil du médicament ? Ce serait là certainement une valeur ajoutée.

Dans le cas de l'AETMIS, l'organisme se voyait tout à fait prêt à entreprendre des réflexions lui permettant d'assumer son nouveau mandat d'évaluation des interventions dans le domaine des services sociaux. Il a déjà envisagé de tenir un colloque sur la question à la fin d'avril 2010<sup>7</sup>. Pourquoi ne pas le laisser faire son travail avant de mettre sur pied une nouvelle structure avec toutes les complications inhérentes à ce type de création ?

---

<sup>7</sup> Sous le thème *Les guides de pratique dans le secteur des services sociaux - Du pourquoi au comment*, l'AETMIS tiendra une journée de réflexion le 30 avril 2010, à Montréal.  
Source : site Internet de l'AETMIS.

## **Conclusion**

La création d'un nouvel institut national est loin d'être une évidence ni pour répondre aux priorités actuelles des besoins connus de la population ni pour répondre aux besoins des intervenantes et intervenants du milieu. Le gouvernement n'en a pas démontré les preuves de pertinence.

La CSQ s'oppose donc à la création de l'INESSS sous la forme proposée par ce projet de loi. La Centrale recommande plutôt de bonifier l'action des deux organismes déjà existants, soit le Conseil du médicament et l'AETMIS et de renforcer les ressources dévolues au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être afin que celui-ci puisse assumer de façon pleine et entière sa mission à l'intérieur de son mode de gouvernance.

