

AUTEURS

France Filiatrault, conseillère en éthique
Secrétariat général

Alain Poirier, vice-président
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

REMERCIEMENTS

Geneviève Lapointe, experte en politiques publiques favorables à la santé
Lucie Lemieux, médecin conseil
Léo-Roch Poirier, agent de planification, de programmation et de recherche
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Gylaine Boucher, consultante
Danièle Francoeur, conseillère-cadre qualité
Pierre Bergeron, expert associé
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Maryse Beaudry, agente d'information
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

MISE EN PAGE

Royse Henderson, agente administrative
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2016
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-74979-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Avant-propos

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage. L'une des missions de l'Institut est d'informer le ministre de la Santé de l'impact de politiques publiques sur l'état de santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles.

Déposé dans le cadre de la consultation publique menée par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) au regard de la couverture publique des services en santé et en services sociaux, ce mémoire présente un cadre d'analyse qui positionne les questions soulevées parmi l'ensemble des décisions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Il tente principalement de soutenir la réflexion sur l'offre de services en situant cet objet parmi l'ensemble des décisions qui, à divers paliers du gouvernement, visent à assumer sa mission d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Sans une telle mise en perspective, la seule détermination d'une liste fermée de services assurés par l'État, dite un panier de services, est un exercice risqué. Pour l'Institut, la valeur qui devrait prioritairement guider cette réflexion est celle de l'équité, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé.

Afin de faciliter la lecture, le mot santé est parfois utilisé seul; il comprend toutefois toujours la notion de bien-être.

Table des matières

Messages clés.....	1
Introduction	3
1 Cadre d'analyse.....	5
2 La santé, ça prend plus que des soins.....	7
2.1 Déterminer les objectifs à atteindre	7
3 L'offre de services du système de santé et de services sociaux.....	9
3.1 Des objectifs propres au système de santé et de services sociaux	9
3.2 Les objectifs de services de santé et de services sociaux.....	10
3.3 Les objectifs de ressources en santé et en services sociaux	12
4 Les critères pour soutenir la décision et les valeurs qui les sous-tendent	13
Conclusion.....	17
Références.....	19

Messages clés

La consultation du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) sur la couverture publique des services en santé et en services sociaux se veut ouverte et transparente, ce que salue l'INSPQ. Pour être pleinement significative, une telle réflexion demande de situer l'offre de services dans l'ensemble des décisions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Une vision d'ensemble donnera tout son sens et assurera une plus grande cohérence entre les valeurs qui l'orientent, notamment la justice et l'équité, et les décisions prises à différents niveaux d'interventions. Pour l'INSPQ, cette perspective d'ensemble exige :

Au préalable, au palier de gouvernement central :

- Fixer et prioriser des objectifs de santé et de bien-être pour la population, incluant des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé (ISS);
- Identifier les déterminants de la santé sur lesquels les différents ministères et organismes publics (M/O) seront responsables d'agir pour contribuer à améliorer la santé de la population et réduire les ISS;
- Actualiser, dans l'esprit de la Loi sur la santé publique, une politique gouvernementale de prévention qui coordonne les actions intersectorielles ayant un impact sur la santé.

Pour la détermination même de l'offre de services au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- Concevoir l'offre de services dans une perspective continue d'interaction dynamique et de complémentarité entre les activités associées au « prévenir, guérir et soutenir » à l'intérieur des différents domaines de la structure de services et entre ces domaines;
- Concevoir l'universalité de l'offre de services en termes d'intensité variable, en fonction de la vulnérabilité de certains sous-groupes de la population (universalisme proportionné);
- Concevoir l'offre de services pour répondre équitablement aux besoins médicaux et psychosociaux;
- Concrétiser, partout au Québec, la vision des continuums de services par des trajectoires de services adaptées au contexte et aux transitions de vie des personnes;
- Identifier les indicateurs permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être et l'action sur les déterminants associés et s'assurer de la disponibilité des données permettant d'en faire la mesure (quantitative ou qualitative);
- Développer l'évaluation de l'offre de services et s'assurer d'alimenter une démarche d'amélioration continue basée sur ces résultats et sur les nouvelles connaissances;
- Assurer la participation des parties prenantes, en particulier de la population pour déterminer les objectifs de santé, les objectifs de services, les objectifs de ressources et le choix des indicateurs d'évaluation.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux cela signifie :

- Des soins et services s'appuyant sur les meilleures connaissances;
- Des données plus accessibles pour guider les décisions et mesurer l'efficacité et l'efficience des activités et des interventions;
- Des services individuels et des actions collectives conduites avec les secteurs et milieux concernés, tenant compte des différents déterminants de la santé;
- Des soins accessibles à tous tout en tenant compte de la vulnérabilité de certains groupes de la population (équité);

- Des trajectoires de soins permettant de maximiser la synergie entre prévenir, guérir et soutenir (culture organisationnelle de coopération entre disciplines et institutions) et s'inscrivant dans le parcours de vie de la personne;
- Des services de première ligne disponibles en temps opportun, accessibles aux niveaux géographique, économique et culturelle et compréhensibles compte tenu du niveau de littératie de la population.

Introduction

L'appel du commissaire invite à se prononcer sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux, plus particulièrement sur son contenu ainsi que sur les processus et les critères de prise de décision relative à la couverture publique des services. Par cette consultation, le CSBE veut connaître les valeurs et préoccupations de la population afin qu'elles soient prises systématiquement en considération dans les décisions relatives à la couverture publique des services en santé et en services sociaux.

Pour l'INSPQ, cette réflexion suscite plusieurs interrogations. S'agira-t-il de répondre aux besoins de soins principalement ou aussi aux besoins de santé? Quels choix collectifs seront faits et comment seront-ils justifiés? Sur quelles bases faire de tels choix? À terme, quelles sont les finalités de l'exercice : contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, réduire les ISS, réduire les dépenses publiques, baliser l'organisation des services? Ces finalités sont-elles compatibles entre elles ou s'opposent-elles? Si c'est le cas, est-il possible les réconcilier? Comment?

Cette réflexion, toute nécessaire qu'elle soit, s'avère difficile dans un contexte où, entre autres, les connaissances ou données sont parfois incomplètes, voire absentes; où le réseau de la santé et des services sociaux vit actuellement une transformation accompagnée d'incertitude quant à ses répercussions sur l'accès aux services et sur l'adaptation de ceux-ci aux besoins, où le discours de l'austérité prévaut sur la place publique, ce qui semble confirmer la primauté donnée à la valeur économique.

Avant d'aller plus loin, l'INSPQ souligne ici que les termes « panier de services » sont chargés de limites. Celles-ci s'expriment dans des pratiques et dans les textes normatifs, la Loi canadienne sur la santé, au premier chef. Ainsi, le panier de services est associé à un ensemble historiquement déterminé essentiellement par le corps médical et visant essentiellement les services donnés en milieu hospitalier. Pourtant, d'autres professionnels de la santé ont un apport significatif quant à la résolution de problèmes de santé, un apport qui demande à être reconnu et bonifié. De plus, la prestation de soins et services de proximité, dans le milieu de vie des personnes, est souvent la plus appropriée. En effet, les pratiques de proximité auxquelles participent des professionnels de différentes disciplines médicales ou sociales sont souvent considérées plus efficaces. L'intégration de nouvelles connaissances à la pratique rencontre aussi des barrières, même lorsque des pratiques ont été démontrées inefficaces.

Par ailleurs, plusieurs auteurs expriment aussi l'impossibilité d'une définition du « médicalement requis » alors que, sur le terrain, d'autres souhaiteraient un équivalent pour le « socialement requis » (Collier, 2012). Oberlander *et al.* mettent en lumière que l'approche de l'Oregon, avec la priorisation et le rationnement des services de santé, n'est ni viable ni désirable pour limiter les coûts dans le système de santé canadien (Oberlander J, Marmor T, Jacob L. Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. CMAJ. 2001 May 29; 164(11): 1583–1587). L'approche de l'Oregon reflète une compréhension largement répandue du « panier de services » comme correspondant à une liste fermée de soins ou de services précis qui, exposée à l'expression des besoins de la population, constituerait un puits sans fond. Cette vision nous semble peu appropriée et peu utile. Nous préférons en prendre distance en parlant « d'offre de services ».

Dans le présent mémoire, l'INSPQ propose un cadre d'analyse situant la réflexion sur l'offre de services dans une perspective plus globale. La détermination de l'offre de services s'inscrit dans une chaîne de décisions portant, par exemple sur : des objectifs de santé et de bien-être, l'identification des déterminants associés à ces objectifs, les acteurs ayant les leviers d'action requis, les services à déployer, les ressources humaines et financières, l'évaluation et l'ajustement continu. Après la présentation générale du cadre d'analyse proposé, le mémoire aborde la mission santé au sein de l'appareil gouvernemental, l'offre de services, les critères pour soutenir les décisions et les valeurs qui les sous-tendent. L'INSPQ espère ainsi offrir des pistes pour réfléchir l'offre de services en santé et services sociaux en cohérence avec un ensemble de décisions en amont et en aval et avec les valeurs proposées, valeurs qui demeurent à partager avec l'ensemble des acteurs concernés et la population.

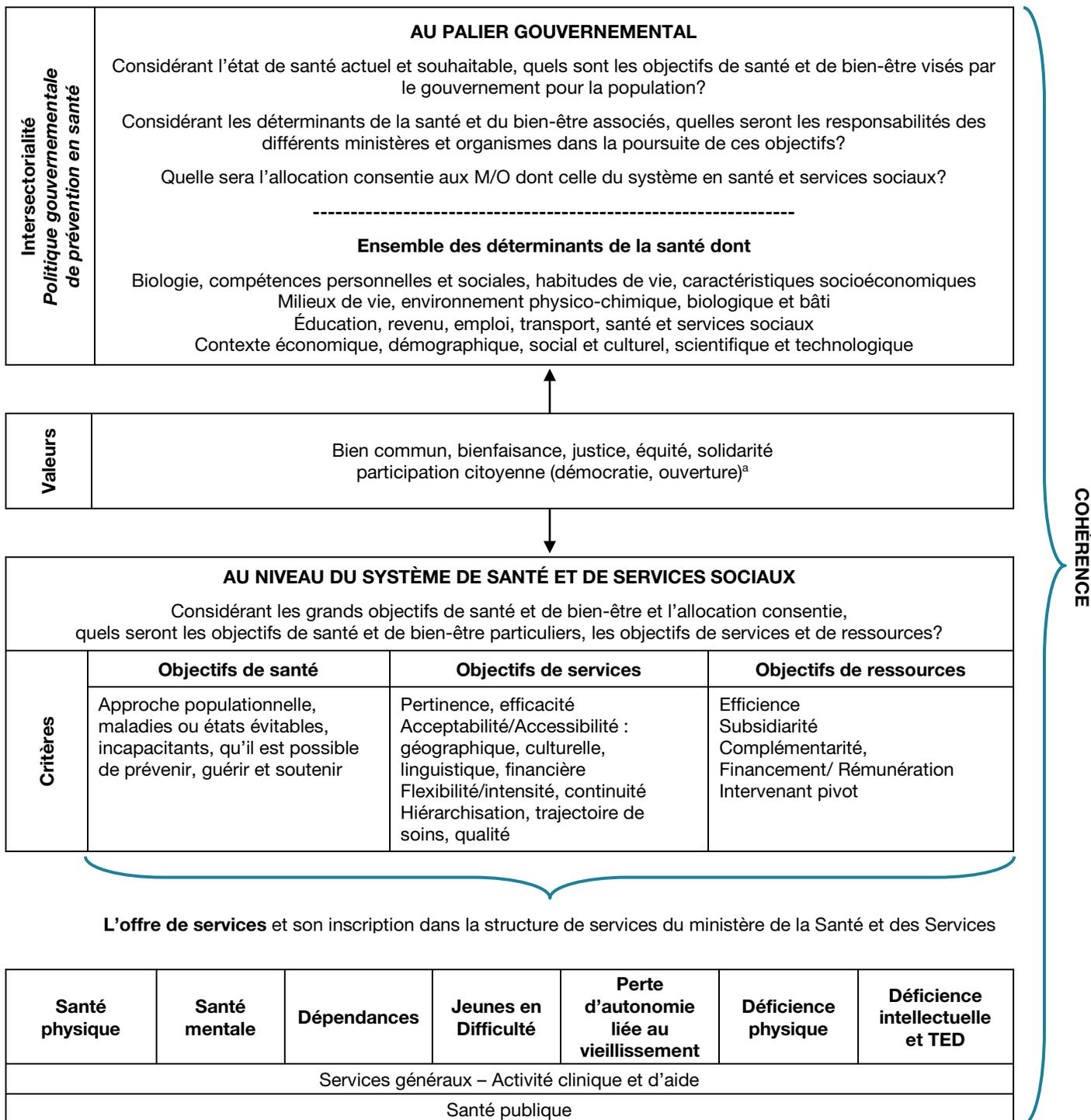
1 Cadre d'analyse

La santé « ... permet à chacun de s'accomplir et d'agir dans son milieu, représentant par le fait même un capital essentiel au dynamisme et à la prospérité de la société. » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015b, p. 9), une perspective en phase avec la visée de la Loi sur la santé et les services sociaux. La santé n'est donc pas qu'un bien individuel, elle est un bien pour l'ensemble de la société, un bien commun; elle est influencée par un ensemble de déterminants qui sont en interaction constante.

La réflexion proposée par le CSBE suppose des choix à différents paliers décisionnels et dans des systèmes touchant divers secteurs d'activité qui ont une influence sur les déterminants de la santé et du bien-être. Les déterminants sont de nature et de niveaux diversifiés : les caractéristiques individuelles (la biologie et les habitudes de vie), les milieux de vie, les grands systèmes administrés par l'État et ses partenaires ainsi que le contexte global qui influence la vie en société (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015b, p. 28). Dans un premier temps, l'État déterminera ses grands objectifs d'ensemble, dont ceux portant sur la santé et le bien-être de la population; il mobilisera l'ensemble des M/O afin de répondre à ces objectifs et déterminera la proportion de ressources qui sera accordée au système de santé et de services sociaux.

Ces objectifs ont pour visée ultime l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et les actions en ce sens sont guidées par le bien commun, la justice et l'équité. Elles impliquent une responsabilité partagée au sein de l'appareil gouvernemental et une responsabilité de pilotage pour animer la poursuite de ces objectifs avec les acteurs de la société et la population.

Figure 1 L'offre de services dans l'ensemble des décisions gouvernementales relatives à l'amélioration de la santé et du bien-être, aperçu des valeurs et des critères associés

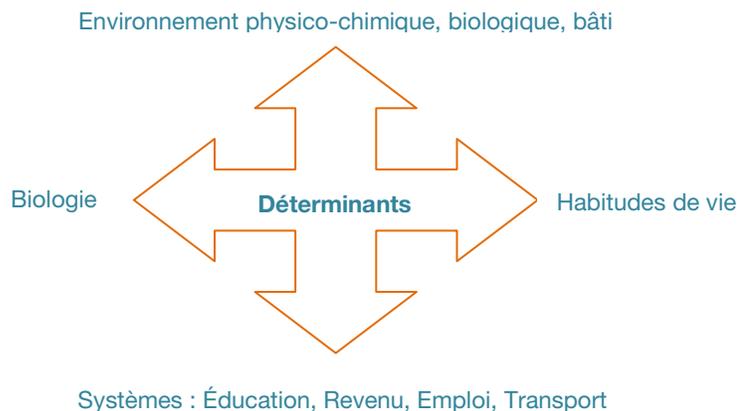


^a Les valeurs et les critères sont discutés plus en détail dans la section 3. Certains apparaissent sous les objectifs de services ou de ressources.

2 La santé, ça prend plus que des soins

Toute importante et fondamentale qu'elle soit, l'offre de services en santé et services sociaux est donc une composante parmi d'autres pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Qui plus est, la proportion grandissante des sommes consacrées aux soins de santé dans le budget de l'État mine indirectement les investissements dans des secteurs comme le développement des enfants, la persévérance scolaire et la réduction de la pauvreté, alors que de telles actions réduiraient des problèmes de santé à la source. La figure 2 illustre de manière différente le champ d'action du palier gouvernemental au regard des orientations sur les déterminants ayant une influence sur la santé et le bien-être de la population.

Figure 2 Les déterminants de la santé qui orientent les responsabilités d'ensemble des acteurs



2.1 Déterminer les objectifs à atteindre

Comme il a été mentionné plus haut, déterminer l'offre de services dépend d'une première réflexion d'ensemble quant à la manière de considérer le facteur santé et bien-être de la population parmi l'ensemble des missions de l'État. Plusieurs interrogations se soulèvent à cet égard : Quel poids relatif sera accordé à la santé et au bien-être de la population? Quels sont les objectifs de santé et de bien-être qui seront poursuivis par l'ensemble de l'appareil gouvernemental, à partir de ses différents leviers d'action sur les déterminants significatifs de la santé et du bien-être? Quelles seront les responsabilités des différents M/O quant à la poursuite de ces objectifs et comment en seront-ils imputables? Quelle part des ressources sera affectée plus particulièrement au système de santé et de services sociaux? Comment juger du caractère raisonnable de cette allocation? Ce sont là des choix politiques et sociaux qui méritent d'être explicités et justifiés.

La fonction de surveillance de l'état de santé et de bien-être, à laquelle contribue activement l'INSPQ, permet de fournir des informations précieuses pour informer ces décisions, notamment par l'analyse des données des fichiers médicaux administratifs : les fichiers de décès, les fichiers d'hospitalisations, ceux de consultation en cabinet médical, par exemple. Ces informations pourraient être plus complètes, et les décisions mieux informées, si les nombreuses données colligées par les différents organismes étaient rendues plus disponibles.

L'appréciation par les décideurs de ces informations serait aussi mieux éclairée par la participation de parties prenantes, notamment de la population. Une telle participation permettrait d'enrichir le sens de ces informations au regard des conséquences des maladies ou des problèmes sur les personnes, leurs proches et plus globalement sur la société et de pondérer leur importance relative d'un point de vue individuel et populationnel. Elle permettrait aussi de faire ressortir les facteurs les plus significatifs aux yeux de la population afin de mobiliser les acteurs pouvant agir de manière à améliorer ce qui apporte des bénéfices (facteurs d'amélioration et de protection de la santé) et à réduire ce

qui, au contraire, peut causer des torts (facteurs de risques). S'ouvrir à cette source d'informations, c'est s'ouvrir à la perspective que présente Perret, « Accepter de faire entrer de nouveaux éléments d'information dans nos représentations sociales c'est, déjà, se préparer à juger différemment [...] les jugements dépendent de la base informationnelles à partir de laquelle ils s'exercent et réciproquement. [...] Choisir et hiérarchiser les aspects de la réalité sociale qu'il importe de connaître et de faire connaître doit être considéré comme un acte de jugement à part entière [...] (Perret, 2002, p. 25).

De nombreux exemples illustrent l'importance de la contribution des différents M/O dans le pilotage d'actions sur des déterminants favorables à l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être. Par exemple, l'action sur des environnements naturels et bâtis interpelle les responsables de l'environnement, de l'aménagement du territoire et des municipalités qui peuvent faciliter l'adoption de modes de transport actif, moins polluants.

Le cas de l'objectif de réduction des traumatismes liés aux accidents de la route éclaire la poursuite coordonnée d'un objectif par différents secteurs d'activité, leur contribution étant pilotée par une juste connaissance des déterminants sur lesquels agir et les pistes d'actions à réaliser.

L'exemple de la prévention des traumatismes routiers

Si des gains importants ont été réalisés quant à la prévention de traumatismes reliés à des accidents de la route, c'est grâce à la décision politique d'agir sur ce problème puis à l'action intersectorielle qui, animée d'une bonne compréhension des déterminants associés aux accidents et aux traumatismes, a permis des actions concertées à différents niveaux, par exemple :

- Les aménagements routiers comme les travaux de réaménagement de sites dangereux;
- Les améliorations aux véhicules (ceinture, freins, coussin, pare-chocs, etc.);
- Des services médicaux post-trauma spécialisés permettant une réponse rapide;
- L'action préventive quant à la conduite en état d'ébriété (opération médiatiques de sensibilisation, mesures législatives, opérations policières, alternatives à la conduite offertes par des initiatives d'institution ou de communautés).

Un projet de politique gouvernementale en prévention en santé (PGPS) est actuellement sous étude. Il vise justement à mobiliser les différents M/O autour de mesures permettant d'agir sur les déterminants de la santé afin d'améliorer la santé de la population et réduire les ISS. Les objectifs de santé visés par ce projet de politique touchent un ensemble de problématiques dont les objectifs évitables prioritaires identifiés au Programme national de santé publique 2015-2025 et la pauvreté.

3 L'offre de services du système de santé et de services sociaux

La contribution particulière du système de santé et de services sociaux à des objectifs de santé et de bien-être s'articule autour du continuum « prévenir, guérir et soutenir » qui permet d'assurer sa mission « de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être [de la population] en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015a), La conception de la santé servant ici une finalité de développement collectif.

3.1 Des objectifs propres au système de santé et de services sociaux

L'INSPQ insiste sur l'importance de réfléchir l'offre de services en santé au regard de finalités explicites. Sans objectifs sanitaires, comment justifier les choix de services ou de ressources? Le choix des populations visées par les services? Comment apprécier la performance? Les bonnes ressources pour les bons services permettent d'atteindre des objectifs partagés avec la population (figure 3).

Les objectifs de santé considèrent l'ensemble de la population (du préventif au palliatif) tout en portant une attention particulière aux groupes les plus vulnérables (approche d'universalisme proportionné). En effet, notre système de santé et de services sociaux repose sur une visée d'équité, de justice et de solidarité, de manière à ce que tous aient accès aux soins et services essentiels permettant d'atteindre un état de santé optimal, individuellement et collectivement.

Figure 3 Les valeurs et critères associés aux objectifs de santé, de services et de ressources

Valeurs et critères	Bien commun, bienfaisance, justice, équité, solidarité participation citoyenne (démocratie, ouverture)		
	Objectifs de santé	Objectifs de services	Objectifs de ressources
	Approche populationnelle, maladies ou états évitables, incapacitants qu'il est possible de prévenir, guérir et soutenir	Pertinence, efficacité Acceptabilité/Accessibilité : géographique, culturelle, linguistique, financière Flexibilité/intensité, continuité Universalité Hiérarchisation, trajectoire de soins, qualité	Efficience Subsidiarité Complémentarité, financement Rémunération Intervenant pivot

Quelques interrogations sur les objectifs de santé du système de santé : L'exercice quinquennal de planification stratégique du MSSS satisfait-il à ce besoin de préciser des objectifs de santé? Sont-ils connus, suivis et partagés avec les acteurs et la population?

La gravité de la maladie et du problème ainsi que le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème, des critères proposés par le CSBE, sont des critères classiques pour cibler les problèmes qui sont ou seront parmi les plus prévalents et qui affectent ou affecteront le plus les personnes, leurs proches, les communautés et la société dans son ensemble. Ces critères soulèvent la prise en compte des valeurs de **bienfaisance**, de **justice** et de **d'équité**. L'amélioration de problèmes graves, qui touchent un grand nombre de personnes, facilite l'atteinte d'une plus grande **efficacité** populationnelle. Il faut toutefois expliciter le sens et la portée de chacun de ces critères pour s'assurer que leur compréhension est partagée. Le premier critère porte déjà une évaluation dans sa formulation — qui et qu'est-ce qui définit ce qui est grave? Dans une perspective de réduction des ISS, il convient aussi de distinguer les caractéristiques des personnes touchées.

Si les critères proposés font référence aux bénéfices pour le patient, ses proches et la société, ils mettent moins en évidence la prise en compte d'éventuels torts, à l'exception des bénéfices sur la sécurité illustrée par une diminution des risques pour la santé.

Ceci dit, comment tenir compte des maladies plus rares mais incapacitantes ou de celles justifiant des traitements très coûteux? Au final, le critère d'**universalité** est le reflet de la **solidarité** de la société canadienne qui a prévalu lors de la création de notre système de santé et qui s'exprime partout et tout le temps, comme lors de l'élaboration des codes de déontologie des praticiens de la santé. De telles priorités sont utiles pour orienter la recherche ou la prévention mais elles ne peuvent satisfaire la population aux prises avec différents problèmes, priorisés ou non et les institutions et professionnels qui travaillent à les solutionner.

La fonction de surveillance de l'état de santé et de bien-être permet ici aussi de fournir des informations précieuses pour la détermination des objectifs de santé et le choix des déterminants sur lesquels agir. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés pour rendre compte de ces analyses sont les taux de mortalité et de morbidité et les indicateurs composés comme l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé ou l'espérance de vie sans incapacités. Chacun de ces indicateurs traduit le choix d'un angle à partir duquel sera jugée l'importance du problème. Les travaux du CSBE pourraient faire ressortir les *a priori* de ces indicateurs et la manière dont ils prennent en compte différents groupes de la population.

3.2 Les objectifs de services de santé et de services sociaux

Sur le plan organisationnel, le MSSS configure ses activités autour d'un ensemble organisé de programmes-services ciblant les problématiques suivantes : santé publique, services généraux- activités cliniques et d'aide, perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale, santé physique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) (figure 4). Les deux premiers sont dit transversaux; ils s'adressent à l'ensemble de la population et leurs activités traversent l'ensemble des autres services, s'y adaptant selon les problématiques. Le MSSS souligne l'aspect arbitraire des catégorisations retenues pour la structure de services. Le défi de toutes les organisations est de structurer ses activités afin d'en faire un découpage opérationnel significatif quant aux différents aspects de sa mission tout en conservant la nécessaire fluidité entre ces éléments et le portrait global de la mission.

Figure 4 L'architecture du panier de services de santé et de services sociaux

Santé physique	Santé mentale	Dépendances	Jeunes en Difficulté	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Déficience physique	Déficience intellectuelle et TED
Services généraux – Activité clinique et d'aide						
Santé publique						

Le très récent Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP) établit les grands axes de l'offre de services en santé publique autour de problèmes de santé évitables prioritaires, puisque l'action de santé publique est d'abord de prévenir les problèmes de santé et de contribuer à la mise en place de conditions favorables à la santé. À partir de l'état de santé et de bien-être de la population et des connaissances sur la capacité d'agir afin de prévenir l'apparition ou l'aggravation de certains problèmes de santé et de certaines conditions associées à ces problèmes, les priorités sont les suivantes :

- les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale;
- les maladies chroniques et les traumatismes non intentionnels;
- les maladies infectieuses;

- les menaces pour la santé de la population.

L'approche globale utilisée pour orienter les services de santé publique ne trouve pas d'équivalent dans la majorité des autres programmes; souvent, ils identifient les services minimaux que doivent offrir les établissements concernés par ces programmes. La diversité des services préventifs et curatifs et celle des fournisseurs hors-établissements du réseau ne sont pas considérées.

Les problèmes prioritaires du PNSP interpellent bien sûr les activités des différents sous-ensembles de la structure de services de même que l'axe transversal de services généraux sans toutefois les couvrir toutes. Mais surtout, ces activités doivent être harmonisées en soutenant les actions intersectorielles de la future PGPS. L'actuel Plan stratégique 2015-2020 du MSSS, en continuité avec les plans précédents, énonce des principes semblables: actions intersectorielles en faveur d'environnements favorables à la santé, responsabilité populationnelle et lutte contre les inégalités sociales. Il pose déjà comme enjeu « l'action en amont des problèmes » ainsi que « la primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015a). La complexité des interventions et expertises exige que les services soient bien hiérarchisés des plus simples aux plus complexes, et non l'inverse. Les systèmes performants s'appuient sur une première ligne forte qui constitue une véritable porte d'entrée; les soins spécialisés y répondent aux besoins de cette première ligne. Pour le bénéfice des patients, un tel système précise des trajectoires de soins adaptés; des intervenants-pivots sont impliqués afin de faciliter le cheminement des patients pour les pathologies les plus significatives. L'accompagnement d'un intervenant pivot s'avère particulièrement important pour les personnes plus vulnérables, dont le niveau de littératie est faible, par exemple, et pour qui les trajectoires peuvent prendre l'aspect d'un labyrinthe insoluble.

Ces différents documents d'orientation indiquent donc des choix pour orienter ce sur quoi agir en matière de santé et de services sociaux pour améliorer la santé de la population. Des efforts doivent être faits pour renforcer l'action intersectorielle afin de converger vers les mêmes objectifs.

Les services offerts permettent-ils de réduire les ISS? Il est pertinent de rappeler que le Protecteur du citoyen indique que, face aux limites budgétaires du gouvernement, une tendance à la réduction du panier de services émerge, un peu par défaut, avec les frais accessoires facturés par les médecins ou avec le transfert de certains services, gratuits dans les établissements, vers des cliniques privées qui peuvent les facturer (Le Protecteur du citoyen, 2015a). Tant l'adoption de nouvelles politiques que l'absence de politiques publiques relatives à la réduction du panier de services induite par le contexte budgétaire pourraient avoir des répercussions sur l'équité de l'accès aux services. En effet, les personnes qui n'ont pas d'assurance privée, qui sont sans emploi ou à faible revenu, qui sont atteintes de maladies chroniques, qui sont en perte d'autonomie, qui ont un problème de santé mentale, qui sont atteintes d'un handicap ou qui sont itinérantes, n'ont pas les mêmes besoins que les personnes plus favorisées. Ainsi, les personnes moins favorisées seront affectées différemment selon les critères utilisés pour revoir le panier des services assurés et elles seront nécessairement affectées en l'absence de critères visant à protéger leur accès aux services dont elles ont besoin. Ce problème d'accès est amplifié par la complexité du système de santé québécois qui présente un défi majeur de compréhension et donc d'accès pour les personnes qui ne sont pas familières avec ce système ou qui n'en maîtrisent pas les codes, et plus encore pour les personnes peu alphabétisées. (INSPQ, 2016)

Plusieurs interrogations à cet égard : L'action sur les déterminants exigeant l'implication de plusieurs secteurs de la société s'appuie-t-elle sur un leadership approprié aux divers niveaux de gouverne? La démarche d'identification de l'offre de services des divers programmes-clientèles est-elle explicite, transparente et globale? Les services autres que médicaux ou hospitaliers sont-ils comparés pour leur efficacité et leur efficiente?

3.3 Les objectifs de ressources en santé et en services sociaux

L'utilisation la plus appropriée possible des fonds publics demande aussi d'accorder de l'importance à l'**efficience**, afin d'assurer la pérennité de l'offre de services par la justesse des financements et du déploiement des ressources humaines. L'appréciation de l'efficience implique l'utilisation de données économiques sur le service et/ou son résultat. La montée des coûts associés à des gains souvent de plus en plus marginaux sur la santé sont à la source même des réflexions que les sociétés se posent sur le panier de services assurés par l'état. Plus une offre de services est efficiente, plus on devrait la favoriser, considérant qu'elle sera d'abord pertinente, efficace et équitable.

L'efficience implique une intégration du principe de **subsidiarité** en fonction duquel le service est donné par la personne adéquatement qualifiée (ni sous-qualifiée, ni surqualifiée). Elle implique d'assurer la **complémentarité** des différents services, qu'ils soient dispensés par une même institution ou par différentes institutions. Cette complémentarité sera optimisée par une difficile mais nécessaire révision des modes de **financement** des institutions et de rémunération des acteurs.

Quels que soient les indicateurs qui seront retenus pour déterminer l'offre de services, en suivre la mise en œuvre, en évaluer les résultats, l'efficacité et l'efficience, etc., leur mesure exige la disponibilité et l'accès à des données valides et fiables. De nombreuses données sont colligées aux différents niveaux du système de santé et de services sociaux; elles ne sont malheureusement pas toujours accessibles pour répondre à ces besoins.

Quelques interrogations sur les ressources : Les modes de financement et de rémunération sont-ils adaptés aux objectifs de santé poursuivis? Les fournisseurs sont-ils identifiés pour la complémentarité des expertises et les besoins de services? Les banques de données sur les services et fournisseurs peuvent-elles être mieux exploitées dans une perspective d'amélioration de la qualité tout en respectant la confidentialité? La loi canadienne permet-elle des interprétations concernant les ressources requises pour fournir les services? Doit-on en revoir les paramètres pour fournir de nouveaux services à la population?

4 Les critères pour soutenir la décision et les valeurs qui les sous-tendent

La détermination de grands objectifs de santé et de bien-être de même que l'offre de services en santé et services sociaux soulèvent différentes valeurs qui pourront s'exprimer différemment selon les parties concernées. Les valeurs représentent ici ce qui inspire, motive et guide les décisions et les actions dans les rapports avec autrui. Elles expriment la raison d'agir, au-delà des aspects que l'on pourrait dire « technique » des actions.

Il importe de favoriser l'exercice du jugement à chaque palier de décisions (central, régional, par établissements, services, relation clinique, etc.). Les grandes orientations, les programmes de services et les trajectoires de soins type sont des repères importants et leur compréhension mérite d'être partagée. Ils orientent l'ensemble du système. Leur articulation concrète au palier régional ou local exige un exercice du jugement adapté au contexte particulier des décisions de mise en œuvre. Dans la prestation même du service, le jugement professionnel tiendra compte de la situation particulière, du contexte et du parcours de vie de la personne. Il importe de soutenir les professionnels et les gestionnaires de tous les paliers d'intervention et de reconnaître l'importance de leur jugement professionnel, un tel jugement impliquant la prise en compte des valeurs présentes dans les décisions qu'ils sont appelés à prendre.

L'INSPQ comme bien d'autres organisations de santé publique au Québec et ailleurs dans le monde, veut souligner l'importance particulière des valeurs de justice et d'équité. C'est d'ailleurs pourquoi la finalité d'améliorer la santé et du bien-être de la population s'accompagne toujours de celle de réduire les inégalités sociales de santé. Les valeurs présentées dans la figure 5 ne couvrent pas l'ensemble des valeurs que pourraient exprimer les parties prenantes. Les valeurs professionnelles, par exemple, sont centrales dans la détermination et la mise en œuvre d'une offre de services; elles sont, entre autres : la compétence, la rigueur, l'impartialité, la responsabilité et la prudence.

Figure 5 Les valeurs guidant l'offre de services en santé et services sociaux

Valeurs	Bien commun, bienfaisance, justice, équité, solidarité participation citoyenne (démocratie, ouverture) ^a
----------------	--

^a Les valeurs et les critères sont aussi discutés dans la section 3. Certains apparaissent sous les objectifs de services ou de ressources.

La **santé**, incluant le bien-être, est un capital pour les individus et pour la société dans son ensemble. Elle est parmi ce qui compte le plus pour un individu, sa famille, ses proches, notamment parce qu'elle permet de s'accomplir, de profiter de la vie et de faire face aux difficultés. La **bienfaisance** envers ceux et celles qui souffrent ou sont à risque de souffrir d'un problème de santé ou de bien-être incite à offrir des services permettant de prévenir, guérir et soutenir les individus et leurs proches. Cette valeur sera d'une grande importance dans la prestation même d'un service et la relation d'un intervenant avec la personne qu'il dessert.

Par ailleurs, d'un point de vue populationnel, la santé constitue un capital collectif, un **bien commun** qui favorise le dynamisme de la société et renforce ses capacités de développement. Si on considère le bien commun sous l'angle des conditions générales qui sont à l'avantage d'une population et d'une société, l'offre de services publics en santé et en services sociaux est aussi un bien commun.

Le système québécois de santé et de services sociaux repose sur les valeurs d'égalité, de justice et d'équité. En principe, l'**égalité** de chaque membre de la société appuie l'universalité des services : tous les citoyens ont droit à des services de santé assurés, selon des modalités uniformes. Le rapport du Protecteur du citoyen rapporté dans la rubrique sur les objectifs de santé illustre un état de situation faisant craindre un étiolement de ce bien commun, des pertes qui affecteront les plus démunis parmi la population. Des mécanismes permanents et indépendants, comme le

CSBE, pourraient informer les décideurs quant aux conséquences et l'acceptabilité de leurs décisions sur la population et les groupes plus vulnérables et assurer le suivi de leurs recommandations. Ainsi, la participation des parties prenantes concernées vient consolider la légitimité des élus et des autorités administratives et professionnelles au regard de décisions significatives quant à la portée des services disponibles et de leur accessibilité.

L'**équité** comme valeur devrait permettre de prendre en compte les conditions ou besoins particulier des personnes pour qui le traitement égal n'est pas adéquat. Sous l'angle de la santé, l'équité implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'occasion d'atteindre son plein potentiel. De manière pragmatique, personne ne devrait être désavantagé quant à la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité (Filiatrault *et al.*, 2015). Des personnes plus vulnérables auront besoin de services particuliers ou d'une intensité plus grande de services de soutien, par exemple.

La **justice** distributive est habituellement liée à la notion d'égalité des chances. Dans cette perspective, on peut réduire les barrières légales et informelles qui limiteraient la santé de manière discriminatoire, par exemple. On peut aussi travailler à éliminer ou à réduire les effets négatifs liés à la réalité sociale des groupes plus défavorisés, soutenir le développement des enfants de milieux défavorisés, par exemple (Filiatrault *et al.*, 2015). Globalement donc, la justice soutient un objectif de réduction des ISS. D'une part, la maladie et l'incapacité augmentent le risque de s'appauvrir. D'autre part, les problèmes de littératie, le faible taux de diplomation, le chômage élevé et la précarité des emplois, le vieillissement de la population, tout un ensemble de conditions socio-économiques et démographiques fragilisent des groupes de population et les rendent plus vulnérables à la maladie ou aux problèmes psychosociaux. Concrètement, les conditions socioéconomiques engendrent des écarts considérables dans la santé des personnes et expliquent des variations de plus de 10 ans pour l'espérance de vie en bonne santé entre les résidents des quartiers les plus pauvres et les plus aisés de Montréal (INSPQ, 2016). Ces caractéristiques sont aussi associées à des problèmes d'accessibilité aux services. Elles rendent encore plus difficile voire irréaliste la participation aux éventuels mécanismes de consultation.

Le mémoire déposé par l'INSPQ dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale au Québec présente les liens étroits entre pauvreté et santé. Les trois perspectives d'action qui y sont proposées s'appliquent à l'offre de services en santé et en services sociaux et permettent des actions concrètes pour réaliser plus de justice et plus d'équité : agir auprès de tous en visant les plus démunis, agir tôt et tout au long du parcours de vie et favoriser l'empowerment par une approche positive du développement. Par ailleurs, le mémoire propose des actions afin que les environnements de soins et de services deviennent plus compréhensibles pour réduire l'asymétrie entre les exigences imposées en matière de compétences et celles réellement possédées par les différents groupes de la population. Il donne en exemple le concept d'organisation de soins de santé favorable à la littératie en santé mis de l'avant par l'Institute of Medicine (IOM) américain en 2012 et repris par l'OMS-Europe en 2013. Dix attributs propres à une telle organisation ont ainsi été identifiés (Brach et collab., 2012). Une organisation pro-littératie en santé correspond à une organisation qui facilite la navigation des personnes (par la présence d'intervenants pivots, par exemple), la compréhension, l'utilisation des informations et des services pour prendre soin de leur santé. C'est aussi une organisation qui reconnaît qu'il existe au sein de la population, différents niveaux de littératie en santé et qu'elle doit s'adapter pour répondre à leurs besoins respectifs (INSPQ, 2016).

La valeur de **solidarité** est associée à celle de justice sociale en cherchant à faire s'accorder les libertés individuelles pour le bien de chacun et de l'ensemble. Nos sociétés sont souvent décrites comme largement individualistes; la solidarité rappelle que l'individualité s'appuie sur la reconnaissance de l'interdépendance relationnelle qui lie le bien-être individuel à celui des autres. Cette valeur sous-tend le choix d'un système public au bénéfice de l'ensemble de la population, ce qui vient à nouveau appuyer la détermination d'une offre de service universelle, modulée en fonction des besoins des personnes et des groupes, ce à quoi on réfère aussi sous le terme d'universalisme proportionné.

L'objectif des services de santé et de services sociaux étant d'améliorer l'état de santé de la population, ils ont une réelle signification seulement s'ils sont **pertinents** et **efficaces** quant à l'atteinte de cet objectif. Dans ce sens, l'efficacité ne peut se limiter à suivre des volumes de services, par exemple; ceux-ci doivent pouvoir être mis en relation avec les résultats de santé pertinents pour la population. L'efficacité dépend, entre autres, des conditions de mise en œuvre de l'offre de services. Il est difficile de l'apprécier sans considérer l'organisation des services et les modes de prestation des services. Par exemple, pour être efficaces, des services visant le développement optimal des enfants de 0-5 ans doivent pouvoir ajuster le degré d'intensité et de continuité des services en fonction des caractéristiques de la famille et du contexte dans lequel elle évolue. L'approche par trajectoire de soins vise à favoriser la continuité et la complémentarité des services, notamment pour les problèmes plus complexes, sollicitant la contribution de différentes ressources et de différents milieux de soins et services. Une telle approche améliore l'efficacité d'ensemble des services ainsi que l'efficacité, en ayant recours aux bonnes ressources pour les bons services. Son application pose les enjeux de justice et d'équité pour les personnes dont les besoins ne peuvent trouver réponse dans cette trajectoire, par exemple si les services requis relèvent de services psychologiques. Il faut éviter d'apporter des réponses médicales lorsque ce sont des services psychologiques ou sociaux qui sont requis.

Le système de santé et de services sociaux vise à améliorer la santé et le bien-être de la population en concevant la santé comme « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir des rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (L.R.Q., chapitre S-4.2). Ainsi, la santé a un caractère multidimensionnel; elle traduit à la fois la reconnaissance de l'**autonomie** des personnes et le caractère relationnel de cette autonomie. Prendre en compte le contexte de vie des personnes de même que leurs aspirations et intégrer une trajectoire de soins à leur parcours de vie sont des actions concrètes traduisant la prise en compte de l'autonomie des personnes et contribuant à renforcer leur potentiel.

Avant d'aborder les critères proposés par le CSBE, il paraît important de souligner que le fait d'énoncer les valeurs qui, à un niveau très global, orienteraient les services de santé et les services sociaux ne nous informe pas du sens plus précis que prendront ces valeurs dans les décisions prises dans une région, un établissement ou lorsque le service sera donné à une personne ou un groupe particulier. De plus, ce sont les différentes tensions entre ces valeurs qui poseront des préoccupations d'ordre éthique. L'atteinte de résultats globaux et l'action auprès des plus démunis peut, par exemple, soulever une tension entre les valeurs d'efficacité et d'équité. Il a été démontré que certaines actions destinées à l'ensemble de la population profitent davantage aux groupes les plus favorisés. Les résultats globaux indiquent une amélioration de certaines habitudes favorables à la santé mais montrent aussi que les écarts se creusent au sein de la population, en fonction des caractéristiques socioéconomiques. L'enjeu sera donc de pondérer l'importance relative de l'efficacité et de l'équité dans de tels cas et de développer des options de services qui permettent d'atteindre un niveau acceptable d'efficacité global tout en réduisant les ISS.

Concernant les critères pouvant soutenir la décision, le texte en a abordé un certain nombre en traitant des objectifs de santé, de services et de ressources. Les critères proposés par le CSBE demeurent difficiles à commenter en dehors d'un contexte précis d'application et, surtout, indépendamment des décisions préalables qui orientent l'ensemble des activités du système de santé et de services sociaux. L'enjeu consiste aussi à savoir quel poids relatif aura chacun des critères. Il peut difficilement y avoir une réponse applicable à toutes les situations.

Notre commentaire est donc général, à ce moment-ci. Les réserves émises sur les critères historiques de définition de paniers de services dénoncent le fait que les problèmes — et les solutions — étaient essentiellement ceux définis par le corps médical et ceux qui nécessitaient un plateau hospitalier. Il importe donc d'élargir la réflexion avec la participation des parties prenantes, ce à quoi vise la consultation du CSBE. Dans une perspective de réduction des ISS, les critères devraient, de manière générale, permettre de distinguer les caractéristiques des personnes touchées. Une telle caractérisation mérite d'être faite à plusieurs niveaux. Par exemple, l'INSPQ propose d'« Assurer un suivi systématique des indicateurs d'équité d'accès dans le monitoring de la performance du système de santé et de services sociaux » (INSPQ, 2016).

Les libellés des critères semblent ignorer les besoins en santé de la population ou de sous-groupes qui ne sont pas touchés par la maladie, qui ne sont pas encore des patients, mais qui sont à risque de développer des problèmes de santé. Le volet prévention serait donc peu éclairé par ces critères. À cet égard la mortalité évitable prend mieux en compte les bénéfices apportés par la prévention et de meilleurs services. Par ailleurs, les problèmes de co-morbidité et de multi-morbidités étant mieux connus, les critères devraient permettre d'en apprécier la gravité et la portée populationnelle. Il est d'usage en matière de services de considérer les bénéfices, encore faut-il bien en préciser l'ensemble, de même que les torts éventuels sur la stigmatisation par exemple. Enfin, la mesure des coûts des services de santé est essentielle pour en mesurer l'efficacité, entre autres. Comme le suggérait le rapport Aucoin, il y a lieu de passer d'une approche strictement budgétaire à une approche économique qui permette d'élargir la compréhension des conséquences des décisions (Aucoin, 2007).

Comment ces différentes valeurs peuvent-elles se traduire dans l'offre de services? Jusqu'à quel point les professionnels sont-ils soutenus dans l'exercice de leur jugement? L'offre de services est-elle définie de manière à mieux rejoindre les populations vulnérables? Comment l'offre de services tient-elle compte de ce caractère multidimensionnel de la santé?

Conclusion

L'Institut propose de situer toute réflexion relative à l'offre de services en santé et en services sociaux dans un cadre d'analyse d'ensemble, afin de dépasser les limites d'une approche axée sur la définition d'un panier de services assurés. L'offre de services doit, en premier lieu, se développer en fonction d'objectifs explicites de santé et de bien-être pour toute la population québécoise. Ces objectifs doivent aussi viser à réduire les inégalités sociales de santé.

Les déterminants de la santé et du bien-être relevant de différents secteurs d'activités, les objectifs de santé ne peuvent être atteints qu'avec la contribution concertée de différents acteurs. La poursuite de ces objectifs communs doit être pilotée centralement, en collégialité avec les secteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux impliqués.

Les services et les ressources déployées au sein du système de santé et de services sociaux pour atteindre ces objectifs doivent rencontrer des critères et s'appuyer sur des valeurs largement partagées.

Ce sont ces éléments interreliés qui donnent toute la cohérence à l'offre de services de santé et psychosociaux. Cette cohérence est essentielle pour maintenir la confiance de la population et pour mobiliser l'ensemble des ressources du réseau de la santé et des services sociaux de même que les acteurs d'autres secteurs d'activité.

Références

Aucoin, L. (2007). Le choix des priorités du « panier de services », la pertinence/efficacité/efficience des soins: des enjeux de financement Rapport présenté au Groupe de travail sur le financement du système de santé

Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L. M., Baur, C., Lemerise, A. J. et collab. (2012). Attributes of a health literate organization. *Inst Med*.

Collier, R. (2012). Medically necessary: how to decide? *CMJA*, 184(6), 1171–1172. <http://doi.org/10.1503/cmaj.109-4316>.

Emery, J. C. H., & Kneebone, R. (2013, October). The challenge of defining medicare coverage in Canada. *SPP Research Papers*, 6(32).

Filiatrault, F., Désy, M., & Leclerc, B. (2015). Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. Institut national de santé publique du Québec.

Institut national de santé publique du Québec. (2016). Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé – Mémoire déposé dans le cadre de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale au Québec.

Le Protecteur du citoyen. (2015). Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux. Assemblée nationale Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les Programmes-services et les programmes soutien. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). Programme national de santé publique 2015-2025 Pour améliorer la santé de la population du Québec.

Oberlander, J., Marmor, T., & Jacob, L. (2001). Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *CMAJ*, 164(11).

Parfit, D. (2001). Equality or Priority? In *Bioethics* (J. Harris pp. 347–386). Oxford: Oxford University Press.

Perret, B. (2002). Indicateurs sociaux - État des lieux et perspectives. Les Papiers Du CERC, No 2002-01, 36 p. <http://doi.org/Document>

Teil, A. (2004). Les modalités de définition des objectifs et priorités de santé publique : Analyse des dispositifs espagnols, finlandais, anglais et suédois. *Politiques et Management Public, Insitut de Management Public*, 22(3), 117–135.

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca