

# L'adoption d'innovations en santé au Québec

Propositions de modèles alternatifs

Un partenariat entre

**Président**  
Raymond Bachand

**Directrice**  
Mia Homsy

**Directeur de la recherche**  
Robert Gagné

**Directeur associé**  
Jean-Guy Côté

## **L'adoption d'innovations en santé au Québec : propositions de modèles alternatifs**

Par Jean-Guy Côté, Gabriela Prada et Tieja Thomas

### À propos de l'Institut du Québec

Issu d'un partenariat entre le Conference Board du Canada et HEC Montréal, l'Institut du Québec axe ses recherches et ses études sur les enjeux socioéconomiques auxquels le Québec fait face. Il vise à fournir aux autorités publiques et au secteur privé les outils nécessaires pour prendre des décisions éclairées, et ainsi contribuer à bâtir une société plus dynamique, compétitive et prospère.



Institut du Québec  
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine  
Montréal (Québec) H3T 2A7

[institutduquebec.ca](http://institutduquebec.ca)

[@InstitutduQC](https://www.instagram.com/InstitutduQC)

Un partenariat entre



**HEC MONTRÉAL**

Pour citer le rapport : Côté, Jean-Guy, Gabriela Prada et Tieja Thomas. *L'adoption d'innovations en santé au Québec : propositions de modèles alternatifs*, Montréal, Institut du Québec, 2017.

© Institut du Québec, un partenariat entre Le Conference Board du Canada et HEC Montréal, 2017  
Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028 | \*Constituée en société sous le nom d'AERIC Inc.

Ce document est disponible sur demande dans un format accessible aux personnes ayant une déficience visuelle. Agent d'accessibilité, Le Conference Board du Canada. Tél. : 613-526-3280 ou 1-866-711-2262. Courriel : [accessibility@conferenceboard.ca](mailto:accessibility@conferenceboard.ca)

MD Le Conference Board du Canada et le logo de la torche sont des marques déposées du Conference Board, Inc. Nos prévisions et travaux de recherche reposent souvent sur de nombreuses hypothèses et différentes sources de données. Ils présentent donc des risques et des incertitudes inhérents à ce genre de travail et ne doivent pas être perçus comme des sources de conseils spécifiques en matière de placement, de comptabilité, de droit ou de fiscalité.

## Résumé

**La croissance économique du Québec sera plus modeste au cours des prochaines années, ce qui plombera la capacité fiscale du gouvernement. Parallèlement, le taux de croissance « naturel » des dépenses de santé, qui se situe autour de 5,2 % selon le Conference Board du Canada, dépassera la capacité de payer du système public de santé. Afin de contrôler le taux de croissance de ces dépenses et de maintenir l'équilibre budgétaire, le réseau de la santé du Québec devrait envisager de nouvelles façons d'intégrer l'innovation en santé, qu'elle soit médicale, pharmaceutique ou procédurale.**

Dans le but d'améliorer l'efficacité du système de santé à ce chapitre, l'Institut du Québec (IdQ) a dressé un portrait du système actuel d'approvisionnement du système de santé au Québec. Il s'est notamment penché sur les lacunes de celui-ci en matière d'adoption d'innovations, mesure qui pourrait pourtant réduire les coûts du système. Depuis la politique du médicament, les dirigeants du système de santé n'ont pas systématiquement démontré leur intention de favoriser l'intégration d'innovations dans leurs méthodes d'approvisionnement – autrement que par des moyens traditionnels. Si quelques groupes de concertation et tables de discussion ont proposé des solutions, celles-ci tardent à être mises en œuvre.

L'une d'entre elles consisterait à transformer le système d'approvisionnement actuel fondé sur les coûts en un système d'approvisionnement fondé sur la valeur. Ce genre de système laisse aux soumissionnaires le soin de suggérer des solutions aux problèmes définis par l'acquéreur.

---

Le gouvernement devrait envisager la mise en place de projets pilotes visant à expérimenter divers types d'approvisionnement basés sur la valeur.

Il permet aussi de faire émerger des solutions qui n'existent pas actuellement sur le marché et de trouver de nouvelles réponses à des problèmes existants en réduisant les coûts. Cette méthode d'approvisionnement représente un changement de culture puisqu'elle implique une création de « valeur » pour le patient, le fournisseur et les parties prenantes.

Plusieurs modèles d'approvisionnement par appel de solutions ont déjà été en place dans le monde, tels que :

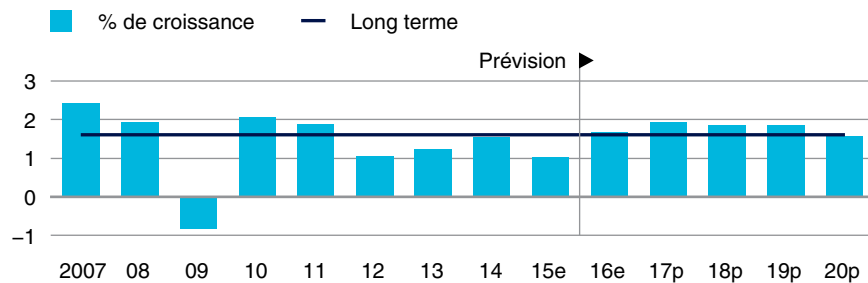
- paiements groupés pour l'ensemble de l'épisode de soins;
- définition d'un appel de solutions par la présentation d'un cas hypothétique;
- essais préalables de produits avant de procéder aux appels d'offres;
- ententes de partage de risques;
- évaluation globale des coûts-bénéfices des médicaments;
- mise en place de registres de patients dont les données sont accessibles;
- ouverture au dialogue avec les entreprises avant les appels d'offres.

L'IdQ suggère ainsi au gouvernement d'envisager la mise en place de projets pilotes ayant pour but d'expérimenter un ou plusieurs types d'approvisionnement basés sur la valeur. Cela permettrait d'engendrer des innovations qui répondraient aux impératifs de soins de santé, et ce, dans les limites de la capacité de payer du réseau de la santé québécois.

## Introduction : réalité économique, dépenses de santé et innovation

Au cours des prochaines années, le Québec devra composer avec de faibles taux de croissance économique. La croissance moyenne du PIB réel de la province ne devrait pas dépasser 1,6 % par année à long terme, soit d'ici 2020. Conjugée à une baisse générale des investissements dans l'économie et aux enjeux démographiques liés au vieillissement de la population, cet essoufflement économique aura pour effet de plomber les revenus de l'État. Le graphique 1 illustre la croissance économique prévue au Québec au cours des prochaines années.

**Graphique 1**  
**Croissance prévue du PIB réel**  
(%)



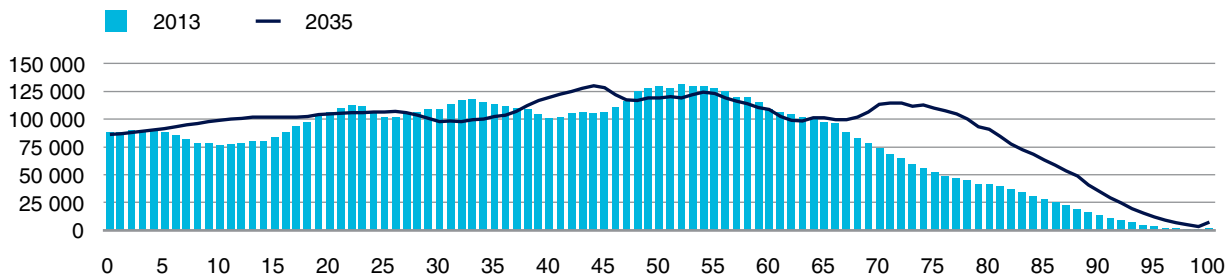
e = estimation  
p = prévision  
Source : Le Conference Board du Canada.

Parallèlement, le vieillissement de la population fera grimper les dépenses de santé, ce qui se traduira par une explosion des coûts dans divers programmes si le panier de services du Québec demeure tel quel. Le graphique suivant illustre l'évolution de la population du Québec jusqu'en 2035.

## Graphique 2

### Répartition de la population du Québec selon l'âge, 2013 et 2035

(années)



Sources : Le Conference Board du Canada; Institut de la statistique du Québec.

On présume que les soins de santé requis pour soigner la population vieillissante du Québec augmenteront de façon considérable. Sur la base de projections démographiques et d'analyses historiques, le Conference Board du Canada a déterminé qu'en raison de l'inflation propre au milieu de la santé et des taux de croissance liés à l'innovation, la pression qui s'exercera sur les coûts du système de santé sera de 5,2 % par année jusqu'en 2035. L'augmentation des coûts liée à la croissance démographique et au vieillissement est basée sur les données récentes de dépenses de santé par groupe d'âge; l'augmentation des coûts liée à l'innovation est fondée sur les moyennes historiques des 30 dernières années. Pour offrir les mêmes services d'année en année, le gouvernement doit ainsi investir annuellement 5,2 % de plus en santé.

Le tableau suivant ventile ces taux de croissance.

**Tableau 1**

**Ventilation de la croissance des dépenses de soins de santé,  
2014 à 2035**

(%)

Changements technologiques et accessibilité accrue : dépenses associées à l'augmentation des soins par personne, pour des raisons d'accessibilité accrue ou d'avancées technologiques, calculées selon la tendance des 30 dernières années	1,0
<b>Démographie</b>	
Croissance de la population : dépenses associées à l'augmentation du nombre de personnes traitées	0,7
Vieillessement : croissance des dépenses engendrées en moyenne par le vieillissement de la population	1,1
Inflation : taux d'inflation applicable aux dépenses de soins de santé, calculé d'après la tendance des 20 dernières années	2,4
<b>Total</b>	<b>5,2</b>

Source : Le Conference Board du Canada.

Dans son dernier budget pour 2016-2017, le gouvernement du Québec annonçait un réinvestissement dans les soins de santé de l'ordre de 2,4 % de plus que l'an dernier, soit en deçà des besoins réels recensés par le passé. Au cours des cinq dernières années, le taux de croissance des dépenses de santé n'a été que de 2,9 %<sup>1</sup>.

Le Québec n'est pas la seule administration qui doit composer avec un système de santé sous pression : en dépit des importants efforts déployés pour contrôler les coûts des soins de santé, le Canada continue de dépenser davantage que la moyenne des pays du G7 dans ce domaine. Par ailleurs, la qualité globale des soins prodigués est inférieure à celle de pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Selon l'indice *Les performances du Canada (How Canada Performs)* du Conference Board du Canada, le Canada obtient le 10<sup>e</sup> rang des pays comparés en matière de soins de santé<sup>2</sup>. On estime qu'en 2015, la somme des coûts

1 Marie-Christine Bernard, Jean-Guy Côté, Daniel Fields, Mia Homsy et Sonny Scarfone, *Équilibre budgétaire : fragile ou robuste? Les défis du financement de la santé au Québec*, Montréal, Institut du Québec, 2016.

2 [www.conferenceboard.ca/hcp/overview/health\\_fr.aspx](http://www.conferenceboard.ca/hcp/overview/health_fr.aspx)

---

La santé représente 43 % des dépenses de programmes gouvernementaux, et cette proportion ira en s'accroissant dans les prochaines années.

des soins de santé privés et publics a atteint 219,1 G\$<sup>3</sup> au Canada. En pourcentage du PIB, cette somme est supérieure de 1,3 % à la moyenne des pays de l'OCDE – soit 10,9 % pour le Canada et 9,3 % pour l'ensemble des pays de l'OCDE. Or, cette augmentation des dépenses ne s'est pas traduite par des soins de santé meilleurs ou plus efficaces, comme en fait foi la piètre performance canadienne en matière de cancer, de maladies musculo-squelettiques ou de prévention du diabète<sup>4</sup>.

La santé représente 43 % des dépenses de programmes gouvernementaux, et cette proportion ira en s'accroissant dans les prochaines années. Dans le rapport intitulé *Choc démographique et finances publiques : pour un contrat social durable*<sup>5</sup>, l'IdQ a démontré que le Québec devait maintenir la croissance des dépenses de santé à 4,2 % par année afin d'assurer la pérennité de son équilibre budgétaire. Cela représente 1 point de pourcentage de moins que la croissance naturelle. Depuis lors, c'est ce taux de croissance de 4,2 % que l'IdQ utilise dans ses projections.

Pour garder cette marge entre la croissance naturelle et la croissance nécessaire afin de maintenir l'équilibre budgétaire, le gouvernement est confronté à certains choix, concernant notamment son modèle d'approvisionnement en santé. Car si la pression démographique n'est pas « compressible », les coûts de l'innovation peuvent l'être. C'est ainsi que les programmes d'approvisionnement « fondés sur la valeur » ont vu le jour, à l'initiative de plusieurs pays faisant face à des défis semblables.

L'approvisionnement stratégique fondé sur la valeur pourrait en effet réinventer l'avenir des soins de santé. Cette approche centrée sur le patient et sur l'intégration du système met l'accent sur la qualité de l'approvisionnement plutôt que sur la minimisation de ses coûts et sa quantification. Selon la vision traditionnelle, le gouvernement devrait choisir entre l'offre de traitements, les procédures ou les

3 Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses*, [www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses](http://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses). (consulté le 8 novembre 2016).

4 [www.conferenceboard.ca/hcp/overview/health\\_fr.aspx](http://www.conferenceboard.ca/hcp/overview/health_fr.aspx)

5 Marie-Christine Bernard, Robert Gagné, Mia Homsy, Matthew Stewart et Louis Thériault, *Choc démographique et finances publiques : pour un contrat social durable*, Montréal, Institut du Québec, 2014.



appareils innovants pour les patients du Québec. Selon la vision axée sur la valeur, les choix sont plus larges, car il n'y a pas de solutions prédéterminées à un problème particulier.

Le présent rapport se penche sur l'adoption d'une approche d'approvisionnement basée sur la création de valeur dans le système de santé et l'intégration d'innovations dans ce même système, particulièrement en ce qui a trait aux médicaments. On y traite d'abord du système d'approvisionnement actuel en précisant ensuite les atouts du modèle basé sur la valeur. On y donne également des explications sur d'autres modes d'intégration de l'innovation qui ont été adoptés dans le monde. Les auteurs du rapport recommandent enfin des pistes de solutions visant à éclairer le gouvernement dans ses choix en matière de gestion de l'innovation en santé.

## **Le système d'approvisionnement actuel au Québec**

Le système d'approvisionnement du secteur de la santé au Québec se divise en trois secteurs :

- l'approvisionnement des fournitures médicales, géré par les groupes d'achat;
- l'approvisionnement des médicaments pour les hôpitaux, géré par les groupes d'achat;
- l'approvisionnement des médicaments par le privé, géré par l'entreprise privée, mais contrôlé par le gouvernement.

La section suivante est essentiellement axée sur l'approvisionnement des médicaments.

### **Place du médicament**

Afin de comprendre la place actuelle du médicament dans le processus d'approvisionnement du système de santé public québécois, il convient de faire un bref survol des développements survenus au cours de la dernière décennie.

---

*La politique du médicament de 2007 du gouvernement du Québec a établi les bases des processus actuels d'approvisionnement.*

## **Politique du médicament**

*La politique du médicament* de 2007 du gouvernement du Québec<sup>6</sup> a établi les bases des processus actuels d'approvisionnement. Cette politique a en quelque sorte défini la relation entre le médicament et l'État québécois, prestataire du régime public d'assurance santé et médicaments.

À la suite de l'adoption par le gouvernement du Québec d'un régime public-privé de couverture universelle d'assurances médicaments en 1997, les coûts liés au remboursement des médicaments se sont accrus à un rythme accéléré au cours de la première décennie. Alors qu'ils atteignaient 1,2 G\$ en 1997, ils avaient bondi à 3 G\$ en 2006. Depuis, les coûts remboursés ont été réduits – à 2,6 G\$ selon les crédits budgétaires prévus par le Conseil du trésor pour 2016-2017 –, notamment grâce à la baisse des prix des médicaments génériques et à l'arrivée à échéance de certains brevets de médicaments innovateurs. Au total, en 2011, les dépenses du Québec en médicaments et services s'élevaient à plus de 8 G\$<sup>7</sup>.

L'objectif avoué de la politique était de donner aux Québécois un accès « raisonnable » aux médicaments innovateurs et aux médicaments en général dans un contexte de contrôle des finances publiques. Le gouvernement y définit deux listes (générale et par établissement) qui servent à déterminer si le médicament est remboursable ou pas. On y dégèle les prix basés sur l'indice des prix à la consommation, ceux-ci étant gelés depuis 1994. En échange, on impose aux manufacturiers de facturer aux Québécois « le meilleur prix offert au Canada », comme en fait foi l'engagement des fabricants entériné dans les années 1990<sup>8</sup>. Complétée par 29 orientations ministérielles, cette politique ne change pas la culture de l'approvisionnement du médicament au Québec, culture traditionnelle liée aux appels d'offre. Elle constitue surtout un outil de contrôle des coûts.

6 Gouvernement du Québec, *La politique du médicament*, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2007.

7 Claude Montmarquette, Stéphanie Boulenger et Joanne Castonguay, *Les risques liés à la création de PHARMA-QUÉBEC*, CIRANO, avril 2014.

8 Loi sur l'assurance-médicaments, 2002.

---

La politique ne change pas la culture de l'approvisionnement du médicament au Québec; elle constitue surtout un outil de contrôle des coûts.

L'orientation ministérielle 27 avait, à l'époque, le potentiel d'entraîner une meilleure intégration de l'innovation. Celle-ci permettait au gouvernement de conclure des ententes de partenariat avec le secteur pharmaceutique concernant le partage des coûts et des risques. Ces ententes devaient être signées en échange du versement par les fabricants d'une part importante des montants remboursés par le régime public, qui seraient supérieurs au coût attendu. Cette mesure n'a toutefois été utilisée qu'à de rares occasions depuis le dépôt de la politique du médicament. Pourtant, son utilisation aurait pu susciter l'émergence de nouvelles solutions dans le système de santé au Québec, sans que les dépenses qui y sont généralement associées soient à la seule charge des contribuables.

---

## Orientation 27 de la politique du médicament

Les actions en matière d'usage optimal des médicaments peuvent prendre de multiples formes, être de portée générale ou encore s'appliquer à des classes particulières de médicaments. C'est pourquoi le ministre de la Santé et des Services sociaux propose :

- de négocier des ententes générales de partenariat avec les associations de fabricants de médicaments innovateurs et de fabricants de médicaments génériques afin de permettre l'adoption de mesures structurantes, notamment la recherche et l'évaluation, l'information aux citoyens ainsi que la formation des professionnels de la santé;
- de négocier des ententes spécifiques de partenariat avec les fabricants visés par une problématique liée à une classe de médicaments afin de permettre la mise en œuvre d'un plan d'action pour corriger une tendance à l'usage non optimal des médicaments<sup>9</sup>.

---

9 Gouvernement du Québec, *La politique du médicament*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, [www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Lois\\_Politiques/Politique\\_medicament.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Lois_Politiques/Politique_medicament.pdf).

---

## L'industrie pharmaceutique au Québec

D'après le Conference Board du Canada, les perspectives de l'industrie pharmaceutique canadienne sont plutôt bonnes<sup>10</sup>, malgré une baisse des investissements dans ce secteur. Ses ventes sont en croissance et la signature des accords de libre-échange avec l'Europe<sup>11</sup> fera progresser les exportations. La contribution de l'industrie au PIB du Canada s'élève actuellement à 5,4 G\$ (en \$ de 2007).

Par ailleurs, cette industrie contribue de façon unique à la prospérité du Québec : selon KPMG-SECOR, le secteur des sciences de la vie soutient 40 000 emplois à Montréal, ce qui place la métropole québécoise au 6<sup>e</sup> rang des villes importantes en sciences de la vie en Amérique du Nord<sup>12</sup>. L'industrie représentait 1,5 % du PIB du Québec en 2013.

Cette industrie fait toutefois face à de nombreux défis : transformation des modèles de recherche, financement plus difficile à obtenir, nouvelles molécules n'ayant pas le même potentiel que celles découvertes dans les décennies précédentes.

Ainsi, étant donné la place importante occupée par les sciences de la vie au Québec, grâce au soutien à la forte présence de l'entreprise privée, la concentration de l'innovation aux mains des pouvoirs publics pourrait avoir des conséquences économiques négatives<sup>13</sup>.

---

### **Création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)**

À la suite d'un premier rapport sur les changements à apporter au système de santé au Québec, Claude Castonguay avait déposé en 2008 – à la demande du gouvernement du Québec – un second rapport sur la mise en place d'un Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Cet institut devait se voir confier, entre

10 Le Conference Board du Canada, *Profil de l'industrie canadienne : Fabrication de produits pharmaceutiques* – Hiver 2016, Ottawa, 2016.

11 David Verbeeten, *CETA and Changes to Canada's Pharmaceutical Patent Regime: Too Much or Not Enough IP?*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2014.

12 KPMG-SECOR, *Valeur économique de la chaîne d'innovation en SVTS*, KPMG-SECOR, novembre 2013.

13 Claude Montmarquette, Stéphanie Boulenger et Joanne Castonguay, *op. cit.*

---

Le processus d'approvisionnement proposé est basé sur la collaboration plutôt que sur la négociation.

autres, le mandat de la gestion du remboursement des médicaments au Québec (gestion auparavant confiée au Conseil du médicament)<sup>14</sup>.

La principale recommandation de ce rapport était la mise en place au Québec d'un National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE – organisme d'analyse du réseau de la santé en Grande-Bretagne). Le rôle dévolu à l'INESSS consistait donc à analyser et à réviser le panier de services de santé au Québec; l'organisation avait pour mandat de recommander l'inscription ou non de nouveaux médicaments sur la liste de remboursement.

L'une des recommandations du groupe de travail mérite une attention particulière :

Le groupe de travail insiste sur la mise en place d'un processus délibératif transparent et public, sur le développement d'une fonction de recherche, et sur les collaborations à établir avec les différents acteurs du secteur de la santé. (page 5).

Cette recommandation visait clairement une meilleure intégration des schèmes d'innovation dans un processus continu. La transparence recommandée faisait en sorte que le processus d'approvisionnement se rapprochait davantage du dialogue que de l'appel d'offres régulier. Dans un appel d'offre régulier, le donneur d'ordre en définit les paramètres sans pour autant expliquer les raisons motivant le besoin qu'il cherche à combler. En communiquant les données de manière plus transparente, le donneur d'ordre transmet des informations qui permettent au sous-traitant de mieux cerner son besoin et de le combler grâce à des solutions non traditionnelles. Comme l'entend le groupe de travail, le processus proposé est basé sur la collaboration plutôt que sur la négociation.

Au chapitre 2 du rapport, on souligne la nécessité de faire de l'industrie pharmaceutique un partenaire du futur INESSS. Dans la section sur les « enseignements des expériences québécoises, canadiennes

<sup>14</sup> Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux présidé par Claude Castonguay, *Rapport du Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.

et étrangères », on note déjà chez les autorités le désir de susciter l'innovation (voir chapitre 4). Ainsi, le souhait de dialoguer avec les partenaires du milieu pour favoriser l'innovation dans le système de santé au Québec était déjà exprimé dans le rapport du groupe de travail.

C'est en 2011 que le gouvernement du Québec répondra à ce rapport en mettant sur pied l'INESSS, né de la fusion du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Les deux organismes analysaient auparavant les diverses méthodes et solutions en matière d'approvisionnement afin d'approuver leur mise en place ou non dans le système de santé québécois.

Dès son premier plan stratégique, l'une des orientations de l'INESSS vise à « générer des solutions scientifiques applicables, interdisciplinaires et intersectorielles ». On n'indique cependant pas comment s'appliquerait cette mesure. En outre, la transparence et le dialogue sont moins présents dans l'énoncé des principes de l'organisme que dans le rapport du conseil qui a mené à sa création. On y parle peu de partenaires privés et on semble vouloir travailler principalement à l'intérieur du système de santé public.

### **Groupes d'approvisionnement au Québec**

L'INESSS oblige l'industrie pharmaceutique à inscrire ses produits sur la liste des médicaments remboursés gérée par l'organisation. Pour leur part, les centres hospitaliers doivent aussi recourir à des achats groupés, notamment pour les fournitures médicales.

Depuis 2014, les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont regroupés au sein de trois groupes d'achat. Si ces groupes d'achat utilisent d'abord et avant tout leurs ressources pour obtenir un médicament de marque générique, ils ont de plus en plus recours à des appels d'offres pour les médicaments novateurs<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Mélanie Bourassa-Forcier et Alexandra Foucher, *Processus d'appels d'offres relatif à l'approvisionnement en médicaments au sein des centres hospitaliers du Québec*, CIRANO, Montréal, janvier 2016.

Les appels d'offres faits au Québec ciblent en général un grand nombre de produits particuliers, alors que dans les autres provinces, ils concernent habituellement des catégories de produits plus larges<sup>16</sup>. Le prix demeure le critère de choix des appels d'offres du Québec<sup>17</sup>, alors que le pointage d'autres provinces repose sur différents critères.

Cette volonté de réduire les coûts est louable. Mais par le fait même, les CISSS se privent sans doute d'innovations intéressantes qui feraient diminuer de façon générale les coûts liés à un épisode de soins. On entend par « épisode de soins » l'ensemble des soins octroyés à une personne qui sont reliés à une maladie, de la prévention à la guérison en passant par les rechutes. Cet épisode englobe les coûts liés aux hospitalisations, à la médication, au traitement, etc.

Si les budgets consacrés à l'approvisionnement n'augmentent pas, les appels d'offres cibleront les soumissions les moins dispendieuses, qui ne comportent pas les innovations les plus récentes, la plupart du temps.

### **Changements dans la gestion de l'approvisionnement**

Comme le soulignent Beaulieu et Roy<sup>18</sup>, la création des CISSS bouleverse la gestion de l'approvisionnement dans le réseau de santé, gestion dont la performance était inégale d'une région à l'autre. Dans la même série de rapports<sup>19</sup>, les auteurs rappellent d'ailleurs que la rigueur et la mise en place de normes claires sont le gage d'une bonne performance du système d'approvisionnement. Le fait d'étendre ces bonnes pratiques à l'ensemble des régions serait sans doute le premier pas vers l'amélioration du système d'approvisionnement mis en place par le réseau de la santé du Québec.

### **Loi 81 (2016)**

Le projet de loi 81 déposé à l'Assemblée nationale du Québec en 2015 concerne spécifiquement l'approvisionnement des médicaments dans le système de santé public – en dehors des listes des établissements.

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*

18 Martin Beaulieu et Jacques Roy, *Série logistique hospitalière : portrait des régions du Québec*, Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal, mai 2016.

19 *Ibid.*

---

## Le projet de loi vise à modifier la façon dont les groupes d'approvisionnement procèdent.

Il vise à modifier la façon dont les groupes d'approvisionnement procèdent en leur permettant de recourir à des appels d'offres pour obtenir des médicaments précis à prix fixe, ou encore un médicament appartenant à un groupe plus large. Cette façon de procéder rend plus difficile l'inscription à la liste de médicaments remboursés, puisque ceux qui ne remportent pas l'appel d'offres perdent la chance de se positionner à titre d'alternative au produit gagnant.

Ce projet de loi, sanctionné en juin 2016, peut éventuellement restreindre l'innovation : il semble en effet que le réseau de la santé détermine ici le besoin et la solution. S'il restreint l'accès au marché à un seul fournisseur, le gouvernement devient pourtant dépendant de ce dernier. À moyen terme, les prix risquent donc d'augmenter, car la situation de monopole effectif contrebalancera la baisse de prix obtenue lors du processus d'appel d'offres<sup>20</sup>.

Ce bref survol du processus d'approvisionnement du système de santé québécois nous permet de réaliser que celui-ci ne compte pas sur les forces du marché pour susciter l'innovation. Ce processus repose toujours sur un modèle qui table plutôt sur une réduction des coûts du médicament, sans pour autant prendre en considération l'épisode complet de soins qui lui est lié. Lorsqu'on tient compte des coûts de l'ensemble de l'épisode de soins, on constate que le coût plus élevé d'un médicament peut être compensé par une réduction des coûts ailleurs au cours de l'épisode de soins (une hospitalisation de moins par exemple).

## Système d'approvisionnement fondé sur la valeur

Le système d'approvisionnement actuellement en place au Québec se concentre sur les coûts. L'approvisionnement fondé sur la valeur pourrait cependant devenir un important outil de changement au sein du système public de soins de santé. En effet, les enjeux démographiques et financiers peuvent être en partie résolus par un système d'approvisionnement basé sur la valeur.

20 Montmarquette et coll., *op cit.*, 2014.

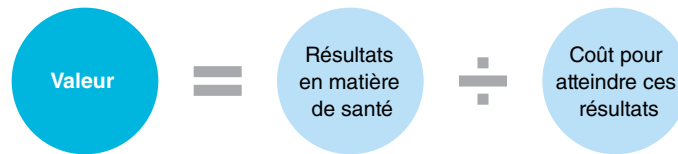


Les définitions de la valeur en matière de santé varient selon le point de vue, essentiellement en raison des différences qui existent entre les priorités des systèmes de santé, des patients, de l'industrie et des sociétés. Pour les patients, par exemple, elle peut signifier des soins accessibles qui les aident à rester en bonne santé et à améliorer leur qualité de vie. Pour les professionnels de la santé, la valeur peut représenter des méthodes de prestation des soins sûres, efficaces et rentables. En dépit de ces différences, il est clair qu'en général, la valeur des soins de santé doit être définie selon leurs coûts ainsi que leurs résultats cliniques et leurs effets sur les patients.

D'après Michael E. Porter, la définition de la valeur – celle que l'IdQ choisit de considérer – est [traduction] « le résultat qui est important pour le patient divisé par les coûts pour atteindre ce résultat<sup>21</sup> ». La figure 1 illustre ce concept de façon graphique. Cette valeur est mesurée sur l'ensemble du cycle de traitement du patient.

Figure 1

**Définition de la valeur en soins de santé**



Source : Le Conference Board du Canada.

La prise en compte de l'ensemble du cycle de soins donnés aux patients se reflète généralement dans les types d'appareils médicaux, de modèles et de services dont se dotent les systèmes de santé. Ainsi, une approche en matière d'approvisionnement des soins de santé qui se concentre principalement sur les coûts d'achat initiaux est souvent à courte vue, car elle [traduction] « ne répond pas aux besoins des

21 Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care: Creating value-based competition on results*, Harvard Business School Press, 2006.

patients et masque le véritable coût des soins<sup>22</sup> ». En revanche, l'approche globale des méthodes d'approvisionnement fondées sur la valeur inclut la performance du système de santé et les résultats pour les patients tout en valorisant les rendements à long terme<sup>23</sup>. En outre, étant donné que l'approvisionnement est au cœur de la valeur d'acquisition, l'approvisionnement fondé sur la valeur va de pair avec les soins basés sur la valeur.

Pour maintes raisons, les décideurs publics peuvent difficilement évaluer l'ensemble des solutions innovantes disponibles. Pour ce faire, ils devraient notamment avoir accès en temps réel à toute l'information diffusée sur les innovations offertes sur le marché. Dans le cas d'un approvisionnement basé sur un appel de solutions, les décideurs publics définissent le problème à résoudre, mais n'ont pas à trouver la solution, vu que c'est la communauté innovante qui le fait. Cette façon de procéder permet aux décideurs publics d'avoir accès à des solutions qui ne leur auraient jamais été proposées, puisqu'elles n'existaient pas sans une définition du problème. Il s'agit donc pour les décideurs publics de laisser le marché définir la réponse à un problème.

L'approvisionnement fondé sur la valeur permet d'ailleurs aux décideurs publics et aux entreprises soumissionnaires de s'entendre sur une série d'indicateurs communs, comme la réduction des coûts, l'amélioration de la qualité clinique, les résultats auprès des patients et l'appréciation de celui-ci.

Les méthodes d'approvisionnement fondées sur la valeur ont été adoptées par différents acteurs à travers le monde. Elles sont également reconnues par l'Union européenne comme étant un moyen de pallier les failles du système d'appel d'offres axé exclusivement sur les coûts. Plus précisément, les directives publiques européennes d'approvisionnement de 2014 obligent les pays européens à accepter « la soumission la plus économique<sup>24</sup> » (SPE).

22 Götz Gereke, Jennifer Clawson et Yves Verboven, « Procurement: The unexpected driver of Value-Based Health care », *BCG Perspectives*, décembre 2015.

23 *Ibid.*

24 Conseil de l'Union européenne, *Directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE*, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0024&from=EN>.

---

Dans le cas de l'approvisionnement fondé sur la valeur, le prix demeure un facteur parmi d'autres reposant sur la qualité.

Dans le contexte de l'approvisionnement en matière de soins de santé, le fait d'accepter la SPE suppose une pondération plus importante d'autres critères d'évaluation que le prix. Les facteurs liés à la qualité, par exemple, comme la valeur technique, l'accessibilité, les caractéristiques environnementales et innovantes, sont explicitement identifiés et évalués lorsqu'on définit les offres préférables. Dans le cas de l'approvisionnement fondé sur la valeur, le prix demeure un facteur, mais n'en est qu'un parmi d'autres reposant sur la qualité. Cela donne « une perspective plus globale de l'approvisionnement qui prend en compte la qualité, les coûts totaux qui s'étendent sur l'ensemble du cycle de vie du produit, et des considérations socioéconomiques plus larges lors de l'achat de produits de medtech<sup>25</sup> ». Cette observation est valable pour les divers épisodes de soins de santé traités par des molécules particulières.

Si les facteurs liés à la qualité ne sont pas de nouveaux éléments utilisés pour définir la valeur, ils n'ont pas été considérés au même titre que le prix dans la définition de la valeur en matière de soins de santé au Canada. Le Conseil ontarien de l'innovation en santé (COIS) a cependant proposé récemment une définition de la valeur des produits et services innovants qui repose sur trois facteurs (voir figure 2).

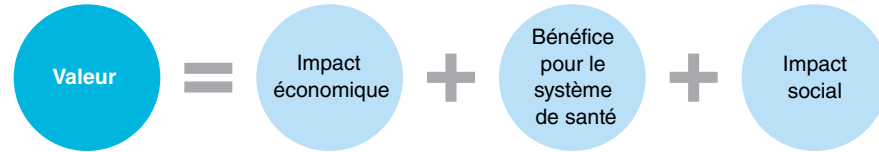
Pour le COIS, une solution proposée dans le cadre d'un système d'approvisionnement doit aussi prendre en considération les emplois créés, les investissements privés locaux, l'accès des patients et la réduction des coûts. La diminution de la consommation des services de santé, la réduction des réadmissions et l'augmentation de la qualité de vie deviennent des facteurs primordiaux dans l'évaluation des solutions<sup>26</sup>.

25 Gereke et coll., 2015.

26 Conseil ontarien de l'innovation en santé, *Le Catalyseur : Vers une stratégie ontarienne pour l'innovation en santé*, décembre 2014.

Figure 2

### Définition de la valeur des produits et services innovants



Source : Le Conference Board du Canada.

### Portée de l'approvisionnement fondé sur la valeur dans les soins de santé

À maints égards, l'approvisionnement fondé sur la valeur en soins de santé a une incidence positive sur l'état de santé des patients, les coûts du système et l'économie en général. Ce type d'approvisionnement met en effet l'accent sur l'acquisition de solutions répondant à des problèmes complexes, plutôt que sur des produits rentables. Il contribue ainsi à créer de la valeur pour les patients, les parties prenantes et la société tout entière. Il le fait en favorisant le développement de solutions adaptées, efficaces et durables, ce qui stimule l'innovation et a un effet positif sur les résultats en matière de santé pour les patients et la contribution des intervenants. Par le fait même, l'approvisionnement fondé sur la valeur génère des progrès socioéconomiques.

### Résultats pour les patients

L'approvisionnement fondé sur la valeur s'harmonise avec les soins de santé fondés sur la valeur en soutenant l'innovation dans les modèles de soins centrés sur le patient. Ces modèles sont davantage axés sur la prévention plutôt que sur le traitement. Ils se concentrent sur ce que les patients « vivent lorsqu'ils ont un problème de santé », et non pas uniquement sur le problème lui-même<sup>27</sup>. Ainsi, selon les approches en soins de santé fondées sur la valeur, on considère les résultats obtenus chez les patients sur l'ensemble du cycle des soins, en accordant une attention particulière aux facteurs déterminants de l'équation des soins de santé, comme les comorbidités.

27 Gereke et coll., 2015.

D'après Michael Porter, « l'ensemble des résultats de santé venant des [soins] donnés à un patient au cours du cycle de soins » inclut « un ensemble interdépendant de problèmes de santé des patients qui sont mieux traités de manière intégrée [...] et impliquant de multiples spécialités et services<sup>28</sup> ». Par conséquent, les approches fondées sur la valeur se traduisent par des soins de santé efficaces – tant en termes de prévention des maladies que de gestion. Ces approches rationalisent les modes de prestation des soins afin d'améliorer et de prioriser les résultats en matière de santé pour les patients. En fin de compte, elles permettent aux patients de recevoir des soins plus rapidement et de façon intégrée, ce qui les rend plus efficaces.

### **Avantages pour les parties prenantes**

Si l'état de santé des patients est au cœur de la prestation des soins de santé fondée sur la valeur, il n'y a pas qu'eux qui bénéficient de cette approche. Les pratiques d'approvisionnement novatrices profitent également, quoique dans une moindre mesure, aux professionnels de la santé, aux systèmes de santé et aux fournisseurs.

### **Les professionnels de la santé**

Les approches en termes d'approvisionnement des soins de santé fondé sur la valeur créent de la valeur pour les professionnels de la santé en leur fournissant des méthodes plus sûres et efficaces, qui offrent un meilleur rendement en matière de prestation des soins. Dans le cas des autorités de santé norvégienne, par exemple, les essais de produits en préappel d'offres par des groupes de parties prenantes ont permis aux patients et aux professionnels de la santé de bénéficier de méthodes de livraison des soins sécuritaires et efficaces, ce qui s'est finalement traduit par une hausse de la satisfaction des utilisateurs. La situation est différente pour l'approvisionnement fondé sur les prix, qui garantit les coûts le plus bas, mais ne permet pas de tester des produits et services et de recueillir des commentaires à leur sujet avant l'attribution de contrats.

28 Porter, 2006.

## Les systèmes de santé

Lorsque les données concernant les résultats de la prestation des soins de santé, des services et des modèles sont transparentes, cela exerce [traduction] « une pression sur les praticiens retardataires pour qu'ils s'améliorent et sur les meilleurs [praticiens] pour qu'ils restent en tête<sup>29</sup> ». Prenons à ce titre le cas de la Suède.

Lorsque la publication du registre des patients ayant eu des crises cardiaques a débuté, et qu'on a divulgué les taux de survie des patients de 74 hôpitaux cardiaques de la nation ainsi qu'un indice de qualité permettant de suivre la façon dont chaque hôpital s'était conformé aux lignes directrices cliniques européennes, [...] les praticiens ayant le plus haut taux de mortalité ont amélioré leurs scores de qualité de 40 %, réduisant de façon décisive l'écart entre les moins performants et les plus performants<sup>30</sup>.

La transparence encourage donc les améliorations cliniques, ce qui est aussi important pour le système de santé que pour les patients eux-mêmes.

## Les fournisseurs

Les organisations qui ont contribué à effectuer la transition vers des modèles de soins plus intégrés, fondés sur la valeur, occupent la place de chefs de file mondiaux en ce qui a trait à la prestation de soins auprès de certains groupes de patients. À titre d'exemple, un fournisseur de machines de dialyse allemand, Fresenius Medical Care, a élargi ses activités au cours « des deux dernières décennies pour offrir des soins de dialyse, des médicaments de dialyse, et le traitement des maladies des patients en dialyse<sup>31</sup> ». L'organisation a récemment cherché « à répondre aux autres problèmes de santé tels que les maladies

29 Gabriela Prada, *Competitive Dialogue: An Instrument Toward Value-Based Procurement in HealthCare* (résumé en français intitulé *Le dialogue compétitif : un outil qui facilite l'approvisionnement fondé sur la valeur en soins de santé*), Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2016.

30 Jennifer Clawson, Peter Lawyer, Christoph Schweizer et Stefan Larsson, « Competing on outcomes : winning strategies for value-based health care », BCG perspectives, janvier 2014.

31 *Ibid.*

cardiovasculaires, les ulcères du pied et la dépression, qui se développent fréquemment chez les patients en dialyse<sup>32</sup> ».

Grâce à une intégration de ses activités en aval et à la construction d'un modèle holistique des soins, Fresenius s'est imposée comme un chef de file dans les soins de dialyse. À l'aide de son modèle intégré de soins, Fresenius offre en outre aux patients un soutien tout au long du cycle de traitement de la maladie. Les patients bénéficient par conséquent d'avantages, de flexibilité et de mobilité ainsi que d'un confort relatif qui les incitent à adhérer plus facilement au traitement.

## **Répercussions sur la société**

### **Innovation**

Dans le cadre de l'approvisionnement des soins, « mettre l'accent sur les prix les moins élevés réduit l'innovation et décourage l'adoption de nouvelles technologies<sup>33</sup> », comme le démontrent les recherches menées par le Boston Consulting Group (BCG). De plus, « des prix bas qui seraient non viables pourraient rendre le marché peu attrayant pour les petits joueurs ou pourraient forcer les fournisseurs à s'en éloigner à cause d'offres à fort volume qui bloqueraient facilement l'approvisionnement durant trois à cinq ans<sup>34</sup> ».

Par ailleurs, le fait de mettre l'accent sur une compréhension holistique de la valeur d'achat plutôt que sur le coût d'achat initial peut améliorer la concurrence et stimuler l'innovation au fil du temps. C'est ce que fait l'approvisionnement fondé sur la valeur, en réfléchissant à « ce qui compte vraiment pour les patients et ce qui devrait être la raison d'être de tout système de santé : prodiguer des soins de santé de haute qualité, et ce, de manière rentable<sup>35</sup> ».

### **Développement durable**

L'approvisionnement fondé sur la valeur est une méthode visant l'amélioration de la qualité globale et de la durabilité des soins de santé tout en réduisant les coûts associés à la prestation de soins

32 *Ibid.*

33 *Ibid.*, page 5.

34 *Ibid.*

35 *Ibid.*

plus efficaces. Certes, l'investissement initial pour l'acquisition de technologies médicales fondées sur la valeur peut être important, mais le rendement du capital investi est souvent plus élevé à long terme par rapport aux méthodes d'approvisionnement traditionnelles fondées sur le plus bas soumissionnaire.

La Mayo Clinic à Rochester, au Minnesota, par exemple, utilise une analyse de laboratoire pathologique « faite sur place », considérée comme étant novatrice, pour déterminer la présence d'un cancer du sein au cours des tumorectomies et des mastectomies partielles. En règle générale, [traduction] « l'analyse microscopique des échantillons congelés de tissus peut prendre 24 heures ou plus dans certains hôpitaux, mais la clinique Mayo la réalise en 20 minutes alors même que la chirurgie est en cours<sup>36</sup> ». Si les coûts de la chirurgie à la clinique Mayo sont plus élevés à court terme, le taux de réintervention chirurgicale durant les 30 jours suivants y est de 3,6 %, comparativement à 13,2 % à l'échelle nationale, selon une étude quinquennale des données sur la tumorectomie<sup>37</sup>. Ainsi, même si les méthodes d'approvisionnement fondées sur la valeur ne se traduisent pas toujours par des économies à court terme, elles peuvent générer des économies à long terme et améliorer les résultats pour les patients grâce à des séjours hospitaliers plus courts et un nombre moins élevé de réadmissions à l'hôpital.

### **Avantages socioéconomiques**

En plus de fournir « des soins » durables et des avantages en termes d'innovation, l'approvisionnement fondé sur la valeur peut avoir un important impact socioéconomique indirect. À mesure que le système de soins de santé évolue, la santé de la population s'améliore également, notamment en matière de prévention des maladies et de traitement des maladies chroniques. Cela se traduit par une main-d'œuvre plus en santé, ce qui entraîne une augmentation de la productivité et de la compétitivité.

36 Thomas H. Lee, and Kaiser. « Turning Value-Based Health Care into a Real Business Model », *New England Journal of Medicine*, février 2016.

37 *Ibid.*



## Systèmes alternatifs innovants

La section suivante donne un aperçu des meilleures idées en matière de pratiques d'approvisionnement d'innovation en santé basée sur la valeur, tout en mettant en évidence leurs avantages :

- paiements groupés;
- cas hypothétiques de patients, des registres de patients;
- tests de produits avant soumission;
- partage des risques et des programmes;
- dialogue compétitif.

### Paiements groupés

#### L'expérience de la Suède

En 2009, le conseil du comté de Stockholm, qui gère la plupart des hôpitaux de la ville, a mis en place un système formel fondé sur la valeur pour le remboursement des frais d'arthroplastie de la hanche et du genou, qui [traduction] « permet un paiement groupé fixe couvrant toutes les activités et procédures de la première visite du patient et du diagnostic jusqu'à la chirurgie et la réadaptation ». Le COIS recommande d'utiliser « une approche plus stratégique, basée sur la valeur [qui] considère non seulement le prix, mais aussi d'autres mesures de la valeur telles qu'une utilisation réduite des services (par exemple, un nombre minimal de réadmissions à l'hôpital), une augmentation de la qualité de vie, et des bénéfices économiques<sup>38</sup> ».

À la suite d'une analyse approfondie des épisodes de coûts liés à la prise ou non de médication, de tels paiements pourraient être institués dans le système de santé québécois. Dans le remboursement et l'analyse des coûts-bénéfices de la médication, on pourrait tenir compte de la réduction des visites à l'hôpital attribuable à la prise de cette médication. Dans le cadre de cette analyse de coûts-bénéfices, le système de santé public québécois devra toutefois effectuer la collecte des données et les rendre accessibles aux chercheurs.

38 Jennifer Clawson, Peter Lawyer, Christoph Schweizer et Stefan Larsson, « Competing on outcomes : winning strategies for value-based health care », *BCG perspectives*, janvier 2014.

## **Cas de patients hypothétiques**

### **Le modèle suédois**

En 2012, le conseil du comté de Stockholm a émis un appel d'offres pour les produits de soins des plaies, qui « incluait trois cas hypothétiques de patients et qui demandait aux soumissionnaires de calculer le coût total du traitement pour chacun ». Ces calculs comprenaient les coûts associés « au niveau et à la fréquence attendus des complications causées ou évitées par l'utilisation de pansements pour chaque fournisseur soignant les plaies », ainsi que les coûts totaux associés à l'approvisionnement – par exemple, le coût unitaire des pansements, le nombre de changements de pansement, le coût du temps consacré par le personnel à changer les pansements et les frais de transport. Cette approche de l'approvisionnement fondé sur la valeur permettait au conseil du comté de Stockholm d'obtenir une estimation plus globale de celui-ci, plutôt qu'une estimation du prix par unité, ce qui lui a permis de choisir un fournisseur dont le prix offert pour l'ensemble du cycle des soins était raisonnable<sup>39</sup>.

Cette mesure pourrait facilement être mise en œuvre dans les systèmes d'approvisionnement de médicaments, lorsque plusieurs molécules peuvent répondre adéquatement à un épisode de soins. La variable utilisée devient alors l'incidence du médicament sur l'ensemble de l'épisode de soins, et non pas seulement son coût.

## **Essais des produits en préappel d'offres**

### **Le cas de la Norvège**

En 2011, les quatre autorités régionales norvégiennes de la santé ont lancé un processus d'appel d'offres coordonné pour des cathéters intraveineux. L'un des critères d'attribution était les faibles niveaux de douleur rapportés par les patients, « ainsi que d'autres aspects qualitatifs tels que la facilité d'utilisation et la perception du personnel infirmier de la sécurité lors de leur manipulation ». Plus important encore, « l'appel d'offres comprenait une période d'évaluation de deux mois, au cours de laquelle les produits de soumissionnaires concurrents ont été testés

39 Gereke et coll., 2015.

dans plusieurs hôpitaux<sup>40</sup> ». Le personnel infirmier et les patients ont été invités à donner leurs opinions sur ces produits, lesquelles ont finalement été prises en compte lors de l'attribution du contrat. Cette approche en matière d'approvisionnement fondé sur la valeur a permis aux patients et aux professionnels de la santé d'avoir accès à des méthodes de prestation de soins sécuritaires et efficaces.

Ce type d'essai pourrait facilement être reproduit au Québec, étant donné la concentration des centres de recherches hospitaliers et les nombreuses compagnies de recherche en pharmaceutique qu'on y retrouve.

## **Registres de patients**

### **Australie, Danemark, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis**

Certains pays européens ainsi que les États-Unis et l'Australie recueillent « l'ensemble des données sur les résultats à partir des registres nationaux de maladies pour identifier les anomalies et améliorer les résultats moyens<sup>41</sup> ». Ces registres contiennent des mesures normalisées des résultats qui peuvent être exploitées par les fournisseurs et les payeurs. Cette approche de l'approvisionnement fondé sur la valeur permet aux systèmes de santé de mesurer les variations en ce qui concerne les traitements et les résultats, ainsi que de cerner les meilleures pratiques contribuant à accroître la valeur pour les patients.

Malheureusement, la collecte de données et leur transparence demeurent parcellaires dans le système de santé au Québec. La première étape pour mettre en place une telle mesure serait de rendre accessibles les données du système de santé québécois.

Dernièrement, les pouvoirs publics ont semblé démontrer une réelle volonté de corriger cet état de fait. L'accès aux données pour la recherche scientifique est d'ailleurs l'une des principales recommandations du scientifique en chef du Québec dans son

40 Gereke et coll., 2015.

41 Clawson, 2014.

mémoire déposé à la Commission des institutions démocratiques du Québec<sup>42</sup>, en 2015.

## Partage du risque

### L'expérience canadienne

En 2014, une autorité canadienne de santé provinciale a émis un appel d'offres pour environ 22 000 stimulateurs cardiaques. « L'un des critères d'attribution était la durée de vie médiane estimée des dispositifs, incluant l'épuisement normal de la batterie. » Au cours du processus d'appel d'offres, « on a demandé aux fournisseurs d'indiquer la longévité attendue de leurs appareils en fonction de divers scénarios d'utilisation » et de partager une partie du risque encouru relativement à un éventuel remplacement de l'appareil avant la fin de la période de « garantie ». Dans ce cas, les fournisseurs devaient plus précisément accepter de « payer le coût de la chirurgie de remplacement du patient<sup>43</sup> ». Grâce à cette approche de l'approvisionnement fondé sur la valeur, les risques et les coûts associés aux dispositifs cardiaques et leur entretien étaient partagés entre les autorités sanitaires et le fournisseur. Cette approche a en outre incité les fournisseurs à donner des estimations réalistes de la durée de vie de leurs appareils.

Cette mesure s'apparente aux ententes de partenariat prévues dans la politique du médicament adoptée en 2007. Il serait pertinent d'élargir ces mesures et d'accroître leur utilisation afin de permettre la mise en place de ce type d'approvisionnement pour les médicaments au Québec.

### Le cas de la Suède

En 2014, un hôpital suédois a émis un appel d'offres de 14 ans pour des services d'imagerie. Dans les critères de l'appel d'offres, on stipulait que « l'hôpital voulait se procurer des services d'imagerie, et non pas de simples pièces d'équipement ». Ainsi, l'appel d'offres précisait que les soumissionnaires potentiels devaient assurer « l'entretien des normes

42 Le scientifique en chef du Québec et les Fonds de recherche du Québec, *Orientations gouvernementales pour un gouvernement plus transparent, dans le respect de la vie privée et de la protection des renseignements personnels*, Commission des institutions démocratiques du Québec, septembre 2015.

43 Gereke et coll., 2015.

techniques sur la durée entière du contrat et inclure les détails relatifs aux services, aux mises à jour et aux scanners de remplacement<sup>44</sup> ». Cette approche de l'approvisionnement fondé sur la valeur permettait à l'hôpital d'identifier un fournisseur qui pourrait non seulement ajouter de la valeur au système de soins de santé en présentant des technologies médicales innovantes, mais aussi maintenir cette valeur pour l'hôpital et ses patients pendant un certain temps.

### **Dialogue compétitif**

Le dialogue compétitif est de plus en plus considéré comme une solution qui s'inscrit dans les cadres réglementaires existants. Instaurée depuis 2004 au sein de l'Union européenne<sup>45</sup>, cette méthode permet aux pouvoirs publics de communiquer avec les soumissionnaires potentiels pendant le processus d'appel d'offres. Cette méthode est particulièrement efficace lorsque les pouvoirs publics ont une bonne idée du problème à résoudre et du résultat attendu, mais ne connaissent pas la méthode pour y arriver. Ce dialogue permet aux autorités d'être en mesure de mieux évaluer les méthodes soumises.

### **L'expérience des Pays-Bas<sup>46</sup>**

En 2013, le Centre médical de l'Université Erasmus aux Pays-Bas a lancé un appel d'offres basé sur le dialogue compétitif afin de déterminer la meilleure solution pour désinfecter les lits d'hôpitaux, dans un souci de rapport qualité-prix. Pour ce faire, un comité multidisciplinaire – composé d'experts en logistique, en environnement, en énergie, etc. – a été formé. Le comité a procédé à un court sondage auprès des fournisseurs et organisé des rencontres avec ceux-ci. Ce dialogue a permis d'identifier les critères requis pour la solution recherchée : le coût, l'empreinte carbone et l'intégration de cette solution au sein de la stratégie organisationnelle.

44 *Ibid.*

45 Gabriela Prada, *Competitive Dialogue: An Instrument Toward Value-Based Procurement in HealthCare*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2016.

46 Tiré de Prada, *op. cit.*, 2016.

## Pistes de solutions pour le gouvernement du Québec

Au-delà des concepts théoriques associés à l'approvisionnement fondé sur la valeur qui ont été élaborés depuis plus d'une décennie, pourquoi ces systèmes n'ont-ils pas été mis en place, puisqu'ils devraient théoriquement réduire les coûts du système de santé?

Au Québec, la collaboration entre les divers partenaires en santé, privés comme publics, ne va pas de soi. Le circuit de l'innovation n'est pas aussi fluide qu'il devrait l'être. Le gouvernement, les fournisseurs de capitaux, les compagnies et surtout les universités travaillent toujours en vase clos. Pourtant, la présence d'une forte concentration d'entreprises liées aux sciences de la vie au Québec devrait faciliter cette synergie.

Par ailleurs, le modèle de l'industrie a changé : l'innovation n'est plus nécessairement internalisée au sein d'une seule compagnie. Les processus de création de nouveaux produits dépendent ainsi de plusieurs joueurs. Il y aurait donc lieu de repenser les processus d'évaluation pour les rendre plus fluides et transparents.

Selon l'IdQ, la première étape dans la mise en place d'un système basé sur l'innovation serait de réduire les frictions entre les divers acteurs de l'innovation en santé au Québec, frictions attribuables entre autres aux différents objectifs de chacun et au manque de partage de données.

### Coordination des groupes d'achats

L'adoption d'une vision partagée de la valeur permet aux équipes d'approvisionnement fondé sur la valeur de trouver [traduction] « le juste équilibre, qui se situe là où la perception de la valeur des patients et des clients est alignée sur les résultats désirés du [système]<sup>47</sup> ». Le principal défi d'une telle approche consiste à mettre l'accent sur « une compréhension commune de la valeur et de la perspective de l'utilisateur quant à la création de la valeur, plutôt que sur une vision traditionnelle axée sur la livraison de résultats<sup>48</sup> ».

47 Eklund, Fredrik, Susan Ikävalko, Marie Krag, Anna Maksimainen, Alexandra Treschow, Eklund et coll., *Value-Based Procurement*, février 2015.

48 *Ibid.*

La valeur partagée peut être définie adéquatement lorsque les régimes d'indemnisation qui sont établis reflètent directement la relation entre l'offre de produits et services et la demande des patients, en vue d'encourager plus de concurrence axée sur la valeur.

L'achat basé sur la valeur, par exemple, est une composante centrale de l'approvisionnement fondé sur la valeur. Il comporte [traduction] « des stratégies qui lient les incitations financières à la performance des prestataires en fonction d'un ensemble de mesures définies [...] et visent à produire des améliorations en termes de qualité ainsi qu'à ralentir l'augmentation des dépenses de soins de santé<sup>49</sup> ». L'amélioration clinique de la qualité, le coût et l'accessibilité des soins, les résultats pour les patients, ainsi que leur expérience générale sont des objectifs communs de l'achat fondé sur la valeur.

L'établissement de stratégies de communication communes peut aussi aider les équipes d'approvisionnement à susciter la mobilisation précoce et permanente des intervenants clés dans un cadre transparent. On y parvient, par exemple, lorsque les agents d'approvisionnement et les gestionnaires de projet sont impliqués dès les stades initiaux du développement de l'offre, et ce, jusqu'à l'attribution du contrat. Cela permet aux responsables de l'approvisionnement de travailler avec les fournisseurs afin de développer des solutions adaptées qui répondent parfaitement aux besoins des patients, plutôt que de se contenter de simples produits à faible coût.

## **Mise en place d'appels de solutions**

L'élaboration des contrats d'approvisionnement axés sur les résultats permet aux équipes d'approvisionnement d'inciter les fournisseurs à livrer des produits, des services et des modèles de meilleure qualité. Ce type de contrat leur permet aussi de partager certains des risques que comporte le fait de garantir aux patients des traitements axés sur la valeur. On y arrive, par exemple, en passant du remboursement des frais pour services rendus à des paiements groupés pour les cycles de soins. Le modèle de frais pour services rendus « incite le personnel soignant

49 Cheryl L. Damberg, Melony E. Sorbero, Susan L. Lovejoy, Grant R. Martsolf, Laura Raaen et Daniel Mandel, *Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs*.

à faire plus d'unités individuelles de soins, indépendamment du fait que ces soins soient efficaces ou efficaces [...] et reflète le fait que nous les payons pour qu'ils s'occupent de personnes malades, et non pour qu'ils soignent et maintiennent les gens en santé. » Pour sa part, le modèle axé sur les résultats met de l'avant une approche holistique des soins en ayant recours à des soins de santé et des services sociaux multiples afin de prévenir les maladies et d'intervenir lorsqu'elles se déclarent. En outre, les offres d'appel qui reposent sur les résultats obtenus encouragent une concurrence dynamique entre les fournisseurs, puisque le fait de tenir compte de leur performance devient une partie intégrante du processus d'appel d'offres.

L'application de mesures d'évaluation pertinentes et judicieuses permet aux équipes d'approvisionnement, lorsqu'elles prennent des décisions d'achat basées sur la valeur, de tenir compte du rendement du système de santé et de son incidence sociale et économique. Pour ce faire, elles définissent notamment des mesures transparentes et pertinentes et veillent à ce que les résultats soient constamment surveillés et signalés. Fait important au sein d'environnements intégrés et interconnectés, le partage d'informations à propos des décisions concernant un produit, un service ou un choix de modèle, et des résultats qui s'y rattachent peut aider les intervenants clés en santé à prendre des décisions éclairées et axées sur la valeur. L'évaluation des données et la transparence encouragent en outre l'innovation en mettant différents acteurs en concurrence dans certaines situations et en leur permettant de collaborer dans d'autres.

De par son indépendance, l'INESSS a un rôle à jouer dans ce cadre. Il serait envisageable d'élargir son mandat et d'y intégrer des équipes d'évaluation dont l'une des missions serait d'abord d'établir un dialogue entre les acheteurs et les fournisseurs potentiels. L'INESSS agirait alors comme « gardien » de la confidentialité et de l'indépendance du réseau de la santé face à d'éventuels fournisseurs.

### **Transparence des données**

Le partage de données sur les résultats en matière de santé comporte cependant son lot de défis. Premièrement, les principaux acteurs du système de santé doivent être enclins à mesurer



mesurer et à communiquer les informations pertinentes, et capables de le faire. Certains hôpitaux, compagnies pharmaceutiques et fabricants d'appareils ne sont pas équipés pour mener une évaluation continue, ce qui limite leur capacité à saisir les occasions d'approvisionnement fondé sur la valeur et à en faire bénéficier les patients. Deuxièmement, en supposant que les intervenants en santé soient capables de partager des données sur les résultats, il faut tenir compte de la façon dont l'accessibilité accrue à ces données pourrait éventuellement heurter le droit à la vie privée des patients. Troisièmement, lors de la conception des mécanismes d'évaluation des résultats, il est important de « hiérarchiser et de sélectionner les mesures qui auront le plus grand impact, car exiger des équipes cliniques qu'elles en suivent un trop grand nombre encombrera ces dernières avec un processus de collecte de données trop complexe, ce qui pourrait rendre l'exercice inutile et mener à des rapports de mauvaise qualité. Ceci est particulièrement important, parce que pour que les données soient vraiment utiles, elles doivent être cohérentes et transparentes<sup>50</sup> ».

### **Mesures facilement applicables dès maintenant**

La politique du médicament autorise les ententes de partenariat. Dans ce cadre, il est facile de redéfinir, pour les médicaments, des ententes de partage de risques comme l'a fait la Suède. De plus, il serait possible de poursuivre dans la même veine en mettant en place de projets pilotes, comme en Norvège. Enfin, avec ces analyses, l'INESSS pourrait certainement élaborer des appels de solutions sur des cas hypothétiques de patients, comme la Suède l'a déjà expérimenté.

Le rôle de l'INESSS est fondamental. Il s'agit d'une structure qui semble sous-utilisée : elle pourrait facilement devenir un pivot dans le cadre de cet échange innovant entre les divers partenaires, tant privés que publics. Son indépendance pourrait aussi garantir la confidentialité dans un espace où l'échange des données n'est pas une option, mais bien une nécessité pour stimuler de nouvelles solutions de santé.

50 Damberg et coll., *op cit.*, 2016.

Rien n'empêche de diversifier les modèles d'analyse de la valeur d'un médicament pour lequel l'État s'approvisionne. La capacité de recherche du réseau de la santé, conjuguée à celle des divers joueurs de secteur pharmaceutique présents sur le territoire du Québec, peut permettre de lancer des appels d'offres basés sur la valeur qui n'entraînent pas une concentration des fournisseurs. La solution qui résulterait de ces appels serait peut-être plus chère sur papier, mais elle serait en fin de compte moins dispendieuse dans l'ensemble des épisodes de soins, en plus de générer des retombées économiques positives.

Un programme de soins de santé fondé sur la valeur est prometteur à long terme en termes de qualité des soins de santé et de durabilité. Il procurerait des avantages au personnel soignant, aux administrateurs, aux fournisseurs, et surtout aux patients eux-mêmes. Cependant, l'approvisionnement fondé sur la valeur, un élément fondamental des soins de santé fondés sur la valeur, exige un changement de culture majeur de la part des acteurs du système de soins de santé. Il faut en effet s'assurer d'optimiser la valeur que représentent les innovations drastiques fondées sur la valeur dans les soins aux patients. Il serait possible de prendre ce virage si l'on s'efforce de parvenir à une compréhension approfondie de la « valeur », et si l'on s'assure que les stratégies du système répondent aux priorités des patients. Comme l'explique Michael Porter, « les résultats sont la mesure ultime de la qualité<sup>51</sup> ». Par conséquent, les pierres angulaires de l'approvisionnement des soins de santé fondé sur la valeur seraient l'accroissement de la transparence des résultats centrés sur le patient et de la sensibilisation de la population à ce sujet. Comprendre cela, et mesurer les coûts réels de l'atteinte de ces résultats au moyen de preuves de différentes natures (par exemple, des ressources financières, du temps) procurera de la valeur à l'ensemble du système de santé.

Le Québec doit contrôler ses dépenses de santé, sans pour autant réduire l'accès de ses citoyens aux nouvelles technologies médicales. Lors de ses derniers budgets, le gouvernement du Québec a démontré sa capacité à maîtriser ces dépenses, grâce notamment à une moindre progression des coûts des médicaments. Ce contrôle a

51 Porter, *op. cit.*, 2006.

mis le système sous pression, pression qui pourrait être allégée par une meilleure intégration de l'innovation. Ailleurs dans le monde, des modèles d'approvisionnement fondés sur la valeur ont permis d'intégrer efficacement l'innovation sans pour autant faire exploser les coûts des systèmes publics.

Dites-nous ce que vous en pensez – évaluez cette publication.

[www.conferenceboard.ca/e-Library/abstract.aspx?did=8577](http://www.conferenceboard.ca/e-Library/abstract.aspx?did=8577)

## ANNEXE A

# Bibliographie

Beaulieu, Martin, et Jacques Roy. *Série logistique hospitalière : portrait des régions du Québec*, Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal, mai 2016.

—. *Série logistique hospitalière : les pratiques exemplaires*, Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal, mai 2016.

Bourassa-Forcier, Mélanie, et Alexandra Foucher. *Processus d'appels d'offres relatif à l'approvisionnement en médicaments au sein des centres hospitaliers du Québec*, CIRANO, Montréal, janvier 2016.

Clawson, Jennifer, Peter Lawyer, Christoph Schweizer et Stefan Larsson. « Competing On Outcomes: Winning Strategies for Value-Based Health Care », *BCG perspectives*, janvier 2014.

Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux présidé par Claude Castonguay, *Rapport du Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux*, INESSS, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.

Conseil de l'Union européenne. *Directive 2014/UE du Parlement européen et du Conseil sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE*, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0024&from=EN>.

Conseil ontarien de l'innovation en santé. *Le catalyseur : vers une stratégie ontarienne pour l'innovation en santé*, décembre 2014.

Damberg, Cheryl L., Melony E. Sorbero, Susan L. Lovejoy, Grant R. Martsof, Laura Raaen et Daniel Mandel. « Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs », *Value-Based Healthcare in Europe*, The Economist Intelligence Unit, 2016.

Gereke, Götz, Jennifer Clawson et Yves Verboven. « Procurement: The Unexpected Driver of Value-Based Health care », *BCG Perspectives*, décembre 2015.

Gouvernement du Québec. *La politique du médicament*, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2007, [www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Lois\\_Politiques/Politique\\_medicament.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Lois_Politiques/Politique_medicament.pdf).

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). *Plan stratégique 2012-2015*, INESSS, 2012.

KPMG-SECOR. *Valeur économique de la chaîne d'innovation en SVTS*, KPMG-SECOR, novembre 2013.

Le Conference Board du Canada. *Profil de l'industrie canadienne : Fabrication de produits pharmaceutiques - Hiver 2016*, Ottawa, 2016.

Le Scientifique en chef du Québec et les Fonds de recherche du Québec. *Orientations gouvernementales pour un gouvernement plus transparent, dans le respect de la vie privée et de la protection des renseignements personnels*, Commission des institutions démocratiques du Québec, septembre 2015.

Lee, Thomas H. « Turning Value-Based Health Care into a Real Business Model », *New England Journal of Medicine*, février 2016.

Montmarquette, Claude, Stéphanie Boulenger et Joanne Castonguay. *Les risques liés à la création de PHARMA-QUÉBEC*, CIRANO, avril 2014.

Nordic Healthcare Group. *Value Based Procurement*, février 2015.

Prada, Gabriela. *Competitive Dialogue: An Instrument Toward Value-Based Procurement in Health Care*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2016.

Porter, Michael E., et Elizabeth Olmsted Telsberg. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results*, Harvard Business School Press, 2006.

Verbeeten, David. *CETA and Changes to Canada's Pharmaceutical Patent Regime: Too Much or Not Enough IP?*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2014.



3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine  
4<sup>e</sup> étage, bur. 4.348  
Montréal (Québec) H3T 2A7  
Tél. : 514-340-7100

[institutduquebec.ca](http://institutduquebec.ca)



Un partenariat entre



**HEC MONTRÉAL**

PUBLICATION 8577 | 8576  
PRIX : gratuit