
Rapport d'évaluation

ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI
SUR L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS)
ET DE SES IMPACTS

Présentée au
Ministère de la Santé et des Services sociaux
par



Février 2021

1075, rue Saint-Alexandre, Longueuil QC J4H 3H2
Tél. : 450 670-8952 Téléc. : 450 670-0009
sogemap@sogemap.com
www.sogemap.com

Table des matières

INTRODUCTION	1
Contexte de l'évaluation et mandat.....	1
Démarche de collecte de renseignements.....	2
PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE DESCRIPTIVE	5
1.1 FONDEMENTS DE L'INESSS ET DE SA LOI CONSTITUTIVE.....	5
1.1.1 <i>Raison d'être de la Loi</i>	5
Une problématique liée aux avancées technologiques	5
L'évaluation des technologies de la santé en réponse au défi d'un contexte d'innovation très rapide.....	5
Une volonté de créer un organisme capable d'assurer des fonctions stratégiques à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé	6
Création de l'INESSS.....	8
L'INESSS dans la mouvance des actions gouvernementales en matière d'évaluation des technologies de la santé	8
Un élargissement du secteur d'intervention couvrant le champ des services sociaux.....	8
1.1.2 <i>Cibles d'intervention</i>	9
Cibles directes	9
Cibles intermédiaires	9
Cibles ultimes	9
1.1.3 <i>Objectifs</i>	11
1.1.4 <i>Clientèles</i>	13
Clientèle directe	13
Clientèle intermédiaire	13
Clientèle ultime	13
1.2 FONCTIONNEMENT DE L'INESSS.....	15
1.2.1 <i>Nature de l'intervention</i>	15
Production de connaissances.....	15
Évaluation de médicaments aux fins d'inscription.....	15
Transfert de connaissances.....	16
Communication.....	16
Ressources financières.....	17
Ressources humaines.....	19
1.2.3 <i>Processus de production</i>	22
Plan triennal d'activités.....	22
Mise à jour du plan triennal d'activités.....	23
1.2.4 <i>Production</i>	23
Mandats d'évaluation inscrits au plan triennal d'activités	23
Publications annuelles de produits de connaissances et d'outils cliniques	25
Évaluation de médicaments génériques aux fins d'inscription.....	25
Produits de transfert de connaissances	27
1.3 CONCLUSION SUR L'ANALYSE DESCRIPTIVE	28
MODÈLE LOGIQUE	29

DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE ÉVALUATIVE	30
2.1 MISE EN ŒUVRE DE L'INESSS	30
2.1.1 <i>Pertinence</i>	30
2.1.2 <i>Évolution au cours des dernières années</i>	31
2.1.3 <i>Conformité des orientations</i>	32
2.1.4 <i>Statut et autonomie</i>	32
Une Loi qui laisse place à une certaine autonomie de l'INESSS	32
La nécessité de définir cette autonomie	33
2.1.5 <i>Attentes du MSSS à l'égard de l'INESSS</i>	34
Commissaire à la santé et au bien-être	34
Stratégie québécoise des sciences de la vie	34
Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux	34
Absence de documents officiels décrivant les attentes du MSSS à l'égard de l'INESSS	35
2.1.6 <i>Capacité de l'INESSS à couvrir le champ des services sociaux</i>	36
État de la situation	36
Un problème de perception ou de notoriété	37
2.1.7 <i>Gestion par résultats et reddition de comptes</i>	38
Nécessité de mieux utiliser les données administratives dans la gestion des activités de l'INESSS	38
Reddition de comptes à bonifier	38
Le plan triennal d'activités	39
Des objectifs qui demeurent à bonifier	39
2.1.8 <i>Clientèles</i>	42
Le MSSS comme initiateur de mandats	42
Utilisation optimale de l'INESSS	43
Le MSSS comme utilisateur des produits de l'INESSS	43
Forte notoriété dans le secteur de la santé	43
L'INESSS comme principale référence en matière de santé	44
Moins grande notoriété dans le secteur des services sociaux	44
L'INESSS répond à sa mission	44
2.2 CONFORMITÉ À L'ÉGARD DE LA LOI	47
2.2.1 <i>Mission</i>	47
2.2.2 <i>Gouvernance</i>	47
Table de concertation	47
Relations MSSS-INESSS	48
2.2.3 <i>Accès aux données</i>	48
2.3 EFFETS	50
Production de connaissances et diffusion	50
Utilisation des connaissances dans la prise de décision et adoption de nouvelles pratiques	51
Excellence clinique et utilisation efficace des ressources	51
TROISIÈME PARTIE : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	52

Introduction

Le présent document constitue le rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et de ses impacts.

Le rapport d'évaluation est constitué de trois parties. La première partie porte sur l'analyse descriptive. L'analyse descriptive consiste à présenter l'INESSS dans sa logique d'intervention en décrivant ses fondements, son fonctionnement et sa production. La deuxième partie porte sur l'analyse évaluative. Cette analyse consiste à traiter l'information recueillie dans une perspective évaluative, c'est-à-dire en analysant la mise en œuvre de l'INESSS, sa conformité à l'égard de la Loi et ses effets. Finalement, la troisième partie conclut sur les résultats d'évaluation en soumettant des recommandations en vue d'améliorer le fonctionnement de l'INESSS et les effets obtenus sur les services de santé.

Contexte de l'évaluation et mandat

En vertu d'une disposition de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (article 100), le ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de sa mise en œuvre, « [...] doit, au plus tard le 11 juin 2015 et, par la suite, tous les 5 ans, veiller à ce que l'application de la présente loi fasse l'objet d'un rapport indépendant. Ce rapport est déposé dans les 30 jours de sa réception par le ministre à l'Assemblée nationale ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux. »

Un premier rapport indépendant a été déposé en 2015 en conformité à la loi. La présente évaluation concerne le second cycle d'évaluation de la mise en œuvre de cette loi.

L'évaluation a pour but de :

- faire le point sur la mise en œuvre de la Loi sur l'INESSS depuis 2015;
- faire état de l'évolution des résultats depuis le premier cycle d'évaluation;
- formuler au ministre de la Santé et des Services sociaux, et au gouvernement du Québec, les recommandations menant à sa bonification ou aux ajustements requis;
- dresser un bilan de l'état de la mise en place de la Loi en considérant, d'une part, les responsabilités attribuées à l'INESSS et, d'autre part, ses principales réalisations;
- permettre de mieux outiller l'Institut et le gouvernement du Québec en démontrant si les mécanismes ou processus retenus se sont avérés adéquats, si des modifications ou des ajustements sont nécessaires et, le cas échéant, de les mettre en contexte, d'en expliquer les motifs et d'en faire ressortir les répercussions sur l'ensemble de sa mise en œuvre¹.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Évaluation de la mise en œuvre de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et de ses impacts, Document d'appel d'offres public, page 8.

Démarche de collecte de renseignements

Notre démarche de collecte de renseignements a porté sur huit stratégies :

1. Revue de la documentation
2. Analyse des données administratives
3. Entrevues individuelles
4. Groupes de discussion
5. Sondage Web
6. Étude de cas
7. Étalonnage
8. Consultation d'experts

Ces différentes stratégies de collecte de renseignements ont permis d'obtenir de l'information de différentes sources et de consulter un maximum de personnes. C'est à partir de ces sources d'information que nous sommes en mesure de décrire l'INESSS et de porter un jugement évaluatif. Que ce soit pour l'analyse descriptive ou évaluative, le traitement des renseignements recueillis s'est fait en fonction d'un cadre d'évaluation qui a été présenté aux membres du comité responsable du suivi de la présente démarche d'évaluation.

La **revue de la documentation** a permis de décrire les fondements de la Loi et le fonctionnement de l'INESSS. Les principaux documents consultés sont :

- la Loi;
- les documents internes du MSSS à l'égard de la préparation de la Loi;
- les plans triennaux d'activité;
- les plans stratégiques de l'INESSS;
- les rapports de gestion de l'INESSS;
- le premier rapport d'évaluation (2015).

L'**analyse des données administratives** avait pour objectif de comptabiliser et d'analyser l'évolution des ressources investies, les activités de l'INESSS et certains indicateurs de résultats, comme le nombre de téléchargements des productions, le nombre d'envois des productions par courriel, etc. Dans le cas des données administratives, nous avons utilisé les données publiées dans les rapports annuels de gestion et les données internes compilées par l'INESSS.

Au total, 48 **entrevues individuelles** ont été réalisées auprès de différentes catégories de personnes. Ces personnes étaient considérées comme des acteurs ou des observateurs privilégiés, et ont été consultées sur leur perception à l'égard du fonctionnement de l'INESSS et des effets ou des impacts des activités de l'INESSS.

CATÉGORIE	NOMBRE DE PERSONNES CONSULTÉES
INESSS – Membres de la direction de l'INESSS et président.e.s de comités	13
INESSS – Membres du personnel	7
MSSS – Représentants de directions	9
MSSS – Professionnels en lien avec mandats de l'INESSS	5
Représentants de l'industrie	2
UETMISSS	2
PDG de CISSS-CHU	4
Ordres professionnels	4
Fédérations de médecins	2
Total	48

Trois **groupes de discussion** ont été réalisés auprès d'adjoint.e.s à la direction (un groupe) et de coordonnateur.trice.s (deux groupes). Les discussions ont porté principalement sur les processus de production à l'INESSS et les relations avec le MSSS. Au total, 22 personnes ont participé à ces groupes de discussion.

Le **sondage Web** a permis de consulter quatre groupes de personnes œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux. Quarante-neuf personnes ont rempli le questionnaire. Le taux de réponse pour les trois groupes est de 50 %.

GROUPE	POPULATION	RÉPONDANT
Membres de la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et des services	31	13
Directeurs des services professionnels d'un CISSS ou d'un CIUSSS	25	14
Chefs de départements régionaux de médecine générale (DRMG)	22	9
PDGA	20	11
Répondants non identifiés		2
Total	98	49

L'**étude de cas** a porté sur cinq productions de l'INESSS qui ont été analysées en détail². L'objectif de cette étude de cas était de mieux comprendre le déroulement d'une production de l'INESSS, de l'élaboration du mandat jusqu'à la réception de la production par le ministre et son utilisation. Les productions analysées sont :

- Avis sur le Tisagenlecleucel pour le traitement du lymphome diffus à grandes cellules B récidivant ou réfractaire;
- Avis sur l'organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de deux à neuf ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage);

² Nous avons demandé au MSSS et à l'INESSS d'identifier des cas qu'ils jugeaient d'intérêt. Parmi les propositions reçues, nous avons choisi celles qui faisaient consensus entre le MSSS et l'INESSS.

- Avis sur le traitement de l'insuffisance mitrale par un dispositif percutané avec clip (TMVCR);
- Avis à la ministre sur Lenvima - cancer du rein;
- Portrait des fugueurs et des pratiques actuelles en matière de fugues auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation au Québec.

Dans le but de mettre en perspective la Loi de l'INESSS et d'élargir la réflexion sur ce que l'INESSS pourrait devenir, une **étude d'étalonnage** a été réalisée. Cet étalonnage a permis de comparer le mandat de l'INESSS et sa production à ceux d'autres organismes ou sociétés savantes de même vocation établies ailleurs au Canada et dans le monde. Les organismes qui ont été sélectionnés pour l'étude d'étalonnage sont :

- ACMTS (Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé);
- BC Health Technology (Non-Drug) assessment process (Colombie-Britannique, Canada);
- Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (Ontario, Canada);
- Haute Autorité de Santé (HAS, France);
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Royaume-Uni).

Un **panel d'experts** diversifié a également été constitué. Celui-ci était composé de personnes représentant les parties prenantes activement concernées par les travaux de l'INESSS ou par les orientations du réseau de la santé et des services sociaux. Les membres du panel ont été invités à prendre connaissance des principaux constats de l'évaluation et à réfléchir sur des propositions visant à réaliser le plein potentiel de la Loi de l'INESSS. Selon le profil des experts, certains l'ont fait en positionnant l'INESSS dans un contexte international, d'autres en tenant compte des besoins des patients, d'autres encore dans un contexte de gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Au total, sept experts ont été consultés.

Première partie : Analyse descriptive

1.1 Fondements de l'INESSS et de sa Loi constitutive

Présenter les fondements de l'INESSS et de sa Loi constitutive est un exercice important dans un processus d'évaluation, car c'est à partir de ces fondements que l'analyse évaluative prend forme. En d'autres mots, il s'agit d'un point de départ pour comprendre les attentes du législateur (le gouvernement) et dans le cadre des travaux d'évaluation, de situer le parcours de l'INESSS. C'est à partir de cette compréhension des attentes du législateur que sont jugés les résultats obtenus par l'INESSS.

1.1.1 Raison d'être de la Loi

La Loi constitutive de l'INESSS est l'aboutissement d'un long processus de réflexion et d'actions du gouvernement du Québec. Depuis le début des années 1970, le gouvernement cherche à définir une stratégie permettant de mettre la science au service de la décision afin que des choix éclairés puissent être faits à l'égard des technologies et des modes d'intervention utilisés dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Ces choix doivent être basés sur des données objectives, valides et crédibles.

C'est dans ce contexte que la Loi constitutive de l'INESSS fut rédigée et que la mission de l'organisme fut établie. Issu du regroupement et de la bonification de fonctions attribuées au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), l'INESSS était appelé à jouer un rôle stratégique sur le plan de la gouvernance clinique et du maintien d'une offre de services optimale dans un contexte de ressources limitées et d'évolution rapide des connaissances relatives aux technologies et aux modes d'intervention les plus efficaces.

Une problématique liée aux avancées technologiques

Les innovations technologiques ont permis des avancées remarquables dans les soins de santé au Québec et ailleurs dans le monde, mais de telles innovations ont amené une restructuration des pratiques médicales, de manière à la fois « profondément bénéfique et clairement préoccupante »³. Le rapport du Comité d'implantation de l'INESSS cite plusieurs études qui démontrent que, dans les années 1990, une proportion d'environ 30 à 40 % des patients ne recevaient pas des soins conformes aux données probantes en vigueur, et que 20 à 25 % des soins prodigués n'étaient pas requis, ou même étaient potentiellement nocifs.

Ces études démontrent qu'il devient de plus en plus difficile pour les acteurs de la santé et des services sociaux d'assimiler les nouvelles connaissances scientifiques dans leur prise de décision et leur pratique.

L'évaluation des technologies de la santé en réponse au défi d'un contexte d'innovation très rapide

C'est dans un contexte de grande mouvance des connaissances qu'ont été instaurés, au début des années 1970, les premiers organismes d'évaluation des technologies de la santé (ÉTS) dans le monde. Le Québec et le Canada ont été parmi les premiers à établir des structures formelles d'évaluation des technologies.

³ COMITÉ D'IMPLANTATION DE L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, Rapport du Comité, décembre 2008, page 9.

En 1971, le Québec mettait en place le Conseil consultatif de pharmacologie, devenu en 2003 le Conseil du médicament. Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a été créé en 1988. En 2000, ce conseil a été transformé en AETMIS, avec un mandat élargi. Finalement, le poste de Commissaire à la santé et au bien-être a été créé en 2006.

Au cours de cette période, l'approche en évaluation des technologies de la santé (ÉTS) a connu de grandes transformations.

L'évaluation des technologies de la santé s'est graduellement déplacée des technologies vers les besoins en santé – ce que l'on appelle en anglais le « needsbased technology assessment ». L'ÉTS est également devenue davantage opérationnelle. Par exemple, on a procédé à une évaluation de différentes stratégies, incluant la fiscalité et la réglementation, imaginées afin d'aider les citoyens à cesser de fumer. L'éventail de l'ÉTS s'est ainsi considérablement élargi et peut couvrir, selon les pays et les circonstances, certains déterminants de la santé, allant de la promotion jusqu'à la réadaptation et les soins palliatifs⁴.

Une volonté de créer un organisme capable d'assurer des fonctions stratégiques à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé

En 2007, le gouvernement forme un groupe de travail présidé par Claude Castonguay. Le mandat de ce groupe est de formuler des propositions qui visent essentiellement à assurer la pérennité du système de santé et à protéger son caractère universel, tout en ramenant la croissance des dépenses publiques de santé à un niveau soutenable. Dans son rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la ministre des Finances, le Groupe de travail recommande la mise en place d'un Institut national d'excellence en santé. Le Groupe de travail évoque la nécessité d'un organisme crédible pour le Québec, assumant des fonctions qui ne sont que partiellement remplies par les organisations alors en fonction⁵.

Le Groupe de travail constate que les organismes existants ne sont pas en mesure d'assurer « ... des fonctions stratégiques pour l'ensemble du secteur de la santé, telles que la définition de la couverture publique des soins, la détermination d'indicateurs de performance ou la révision périodique de la liste des médicaments assurés⁶. »

Le Groupe de travail relève qu'au Québec, le Conseil du médicament du Québec et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ont « surtout évalué l'efficacité clinique des médicaments et des technologies et modes d'intervention »⁷. Pour ce qui est du Commissaire à la santé

⁴ *Ibid.*, page 11.

⁵ RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON. *Évaluation de la mise en œuvre de la Loi sur l'INESSS et des impacts de ses activités*, Rapport final, 124 pages.

⁶ GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ. *En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Rapport, février 2008, page 213.

⁷ *Ibid.*, page 215.

et au bien-être, bien qu'il intervienne dans des fonctions stratégiques dans le secteur de la santé, le Groupe de travail souligne qu'il s'oriente surtout vers l'éthique.

Tout en relevant que le Conseil du médicament du Québec, l'AETMIS et le Commissaire à la santé et au bien-être respectent les critères scientifiques généralement reconnus, le Groupe de travail déplore plusieurs lacunes :

- Aucun de ces trois organismes n'a développé de cadre de référence ni de savoir-faire en économie de la santé.
- Aucun d'entre eux n'a le mandat explicite de publier ou de faire appliquer des protocoles ou des guides de pratique.
- Les trois organisations sont de petite taille. Elles sont indépendantes, mais leur influence est restreinte au sein du système de santé.
- Le résultat de leurs travaux dépend de la volonté du ministre de les prendre en considération.

Il souligne également que « leur attitude n'est guère proactive » :

- Ils ne disposent pas de services de vigie très sophistiqués.
- On ne leur accorde pas les ressources ni la latitude nécessaire à l'accomplissement d'une mission plus étendue et plus conforme aux besoins d'aujourd'hui⁸.

C'est dans cette optique que le Groupe de travail recommande le regroupement, au sein d'un Institut national d'excellence en santé, du Conseil du médicament du Québec, de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du Commissaire à la santé et au bien-être. Il souhaite ainsi confier à un organisme indépendant et crédible un rôle stratégique à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé.

Toujours selon le Groupe de travail, l'Institut devait notamment :

- Formuler périodiquement des recommandations sur la composition du panier des services assurés par le régime public.
- Évaluer les nouvelles technologies de la santé, incluant les médicaments, pour en recommander l'inclusion sur la Liste des médicaments ou dans le panier des services assurés.
- Réviser la pertinence de conserver, dans la Liste et dans le panier des services assurés, les technologies et les médicaments actuellement couverts.
- Assurer une vigie des nouvelles technologies et des nouveaux modes d'intervention apparaissant sur le marché afin d'identifier les plus pertinents.
- Produire des protocoles cliniques et des guides de pratique.⁹

⁸ *Ibid.*, page 216.

⁹ *Ibid.*, page 290.

Création de l'INESSS

L'INESSS a débuté ses activités le 19 janvier 2011, à la suite de l'adoption du projet de loi 67 qui a eu lieu six mois plus tôt, soit en juin 2010. La création de cet organisme faisait suite à la recommandation du Groupe de travail sur le financement du système de santé. Conformément à l'esprit de la recommandation, la création de l'INESSS visait à doter le Québec et son système de santé et de services sociaux d'un organisme qui, à la suite du regroupement et de la bonification de fonctions attribuées à plusieurs organisations, serait appelé à jouer un rôle stratégique sur le plan de la gouvernance clinique de ce système et du maintien d'une offre de services optimale dans un contexte de ressources limitées et d'évolution rapide des connaissances relatives aux technologies et aux modes d'intervention les plus efficaces, ainsi que des besoins et des préférences d'une population qui vieillit rapidement¹⁰.

Par ailleurs, il faut souligner que le Commissaire à la santé et au bien-être n'a pas été intégré à la nouvelle structure de l'INESSS.

L'INESSS dans la mouvance des actions gouvernementales en matière d'évaluation des technologies de la santé

Comme l'indiquait en 2008 le Comité d'implantation de l'INESSS, la mise en place de cet organisme était en continuité avec les orientations gouvernementales des dernières décennies et conforme avec ce qui se faisait dans plusieurs pays.

« [La mise en place de l'INESSS] constitue une nouvelle étape dans un effort déjà largement engagé au Québec, en visant à évaluer de façon cohérente, continue et consensuelle les technologies de la santé et les modes d'intervention. Un effort analogue est observé dans les différents pays développés, des procédures variables ayant été imaginées à cette fin¹¹. »

Un élargissement du secteur d'intervention couvrant le champ des services sociaux

Le Comité d'implantation de l'INESSS l'a souligné, la mission confiée à l'INESSS comportera également une innovation majeure par rapport à la plupart des expériences étrangères en matière d'évaluation des technologies de la santé – et comparativement à ce qui est déjà en place au Québec : « Le champ d'action du futur Institut ne se limitera pas au seul secteur de la santé. L'INESSS exercera d'importantes fonctions dans le champ des services sociaux (...) »¹². Cet élargissement de la mission de l'INESSS se justifiait par le fait que « Les services de santé et les services sociaux sont en interrelation et appelés à agir en complémentarité, afin d'assurer le bien-être ou la "santé globale" de la personne ou de la communauté¹³. » Le Comité d'implantation accorde d'ailleurs un chapitre entier (chapitre 5) à la définition du champ des services sociaux et aux interactions avec les services de santé.

¹⁰ RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON. *op. cit.* page 4.

¹¹ COMITÉ D'IMPLANTATION DE L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*, page 9.

¹² *Ibid.*, page 69.

¹³ *Ibid.*, page 74.

1.1.2 Cibles d'intervention

Déterminer la cible d'intervention consiste à définir les éléments sur lesquels le gouvernement désire intervenir et obtenir des résultats. On distingue généralement trois catégories de cibles qui présentent les résultats attendus dans un ordre séquentiel : les cibles directes, les cibles intermédiaires et les cibles ultimes.

Les articles 4 et 5 de la Loi qui définissent la mission de l'organisme, nous renseignent sur ce que nous pourrions identifier comme étant les cibles d'intervention de l'INESSS, soit les éléments sur lesquels les activités de l'Institut doivent donner des résultats.

Cibles directes

Dans l'esprit de la Loi, les activités de l'INESSS doivent permettre de produire de la connaissance. Cette connaissance, pour être utile, doit ensuite être diffusée aux parties prenantes le plus rapidement possible.

- Production de connaissances;
- Diffusion de connaissances aux parties prenantes.

Cibles intermédiaires

La connaissance produite par l'INESSS se doit d'être profitable pour les soins de santé et les services sociaux. C'est dans cette optique qu'il est attendu par le législateur que la connaissance produite par l'INESSS soit utilisée et puisse mener à des effets concrets. Ainsi, la mission de l'INESSS telle que définie dans la Loi suggère que la connaissance produite doit être utile à la prise de décision et contribue à l'adoption de nouvelles pratiques.

- Utilisation des connaissances dans la prise de décision;
- Adoption de nouvelles pratiques.

Cibles ultimes

Les cibles ultimes constituent la finalité de l'INESSS. Pourquoi un institut d'excellence? Pour contribuer à l'excellence clinique et à l'utilisation efficace des ressources. Certes, l'INESSS n'est pas le seul acteur du réseau de la santé et des services sociaux à contribuer à l'excellence clinique et à l'utilisation efficace des ressources, mais un lien devrait être observé entre les activités de l'INESSS et cette finalité.

- Excellence clinique;
- Utilisation efficace des ressources.

Aux fins de validation des cibles que nous avons définies, le tableau 1 présente le lien existant entre les cibles que nous définissons et la mission de l'INESSS telle que libellée dans la Loi (articles 4 et 5).

TABEAU 1
Identification des cibles en lien avec les éléments de la mission de l'INESSS

MISSION	CIBLE
Mission globale : promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.	Cibles ultimes : excellence clinique et utilisation efficace des ressources
1° évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;	Cible directe : production de connaissances
2° élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal de ces technologies, médicaments et interventions en santé et en services sociaux personnels;	Cibles directes : production de connaissances et diffusion de connaissances aux parties prenantes Cibles intermédiaires : utilisation des connaissances dans la prise de décision et adoption de nouvelles pratiques
3° déterminer, dans ses recommandations et guides, les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de suivi de ceux-ci conformément aux meilleures pratiques de gouvernance clinique;	Cibles directes : production de connaissances et diffusion de connaissances aux parties prenantes Cibles intermédiaires : utilisation des connaissances dans la prise de décision et adoption de nouvelles pratiques
4° maintenir à jour ses recommandations et guides, les diffuser aux intervenants du système de santé et de services sociaux et les rendre publics, accompagnés de leurs justifications et des informations utilisées pour leur élaboration;	Cibles directes : production de connaissances et diffusion de connaissances aux parties prenantes Cibles intermédiaires : utilisation des connaissances dans la prise de décision et adoption de nouvelles pratiques
5° favoriser la mise en application de ses recommandations et guides par divers moyens de sensibilisation, d'information et de transfert de connaissances;	Cible directe : diffusion de connaissances aux parties prenantes
6° promouvoir et soutenir le développement de l'évaluation scientifique à l'égard des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;	Cible directe : diffusion de connaissances aux parties prenantes
7° faire les consultations qu'il estime appropriées préalablement à l'élaboration de ses recommandations et guides afin que soient prises en compte les opinions des groupes intéressés et de la population;	Cible directe : production de connaissances
8° faire des recommandations au ministre dans le cadre de la mise à jour de la liste des médicaments visée à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01);	Cible directe : production de connaissances Cibles intermédiaires : utilisation des connaissances dans la prise de décision et adoption de nouvelles pratiques
9° faire des recommandations au ministre pour la mise à jour des listes des médicaments prévues à l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et à l'article 150 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);	Cible directe : production de connaissances Cibles intermédiaires : utilisation des connaissances dans la prise de décision et adoption de nouvelles pratiques
10° définir les méthodes utilisées pour élaborer chacune des catégories de recommandations et guides visées aux paragraphes 2°, 8° et 9° et les rendre publiques;	Cible directe : diffusion de connaissances aux parties prenantes
11° exécuter tout autre mandat que lui confie le ministre.	Pas de cible spécifique associée à cet élément

1.1.3 Objectifs

Dans une optique de gestion par résultats, un ou plusieurs objectifs doivent être définis pour chacune des cibles d'intervention. Ceci permet de quantifier les résultats attendus.

Ni le Comité d'implantation ni le législateur n'ont formulé d'objectif à l'égard de l'INESSS. Il a fallu attendre le Plan stratégique 2016-2020 avant que l'INESSS se dote de véritables objectifs. Toujours en vigueur aujourd'hui, les objectifs du plan stratégique sont en lien avec les trois enjeux principaux, les cinq orientations et les huit axes d'intervention de l'Institut.

Bien qu'il n'ait pas été déposé à l'Assemblée nationale, le Plan stratégique 2016-2020 de l'INESSS a reçu l'approbation du conseil d'administration et des autorités ministérielles. C'est sur les neuf objectifs qui y sont définis que repose la reddition de comptes stratégique de l'INESSS¹⁴.

Comme l'indique le tableau 2, nous avons catégorisé les objectifs¹⁵ en fonction de leur nature. Ainsi, nous retrouvons des objectifs opérationnels (qui mesurent l'amélioration des processus de production, des produits ou de la gestion) et des objectifs sur certaines cibles d'intervention visant l'atteinte des résultats. Dans le cas des cibles d'intervention, nous constatons que les objectifs se concentrent sur les cibles directes et un seul objectif couvre une des deux cibles intermédiaires :

- Cible directe : production de connaissances (2 objectifs)
- Cible directe : transfert de connaissances aux parties prenantes (2 objectifs)
- Cible intermédiaire : utilisation des connaissances dans la prise de décision (1 objectif)

Pour ce qui est des cibles axées davantage sur les changements et les répercussions sur le réseau de la santé et des services sociaux, le Plan stratégique ne précise aucun objectif ni aucun indicateur de mesure.

- Cible intermédiaire : adoption de nouvelles pratiques (aucun objectif)
- Cible ultime : excellence clinique (aucun objectif)
- Cible ultime : utilisation efficace des ressources (aucun objectif)

¹⁴ INESSS, *Rapport annuel de gestion 2016-2017*, page 32.

¹⁵ Le tableau identifie également les indicateurs qui sont associés aux objectifs. Les indicateurs nous permettent de mieux comprendre l'orientation des objectifs.

TABEAU 2
Objectifs de l'INESSS identifiés dans le Plan stratégique 2016-2020

OBJECTIF ¹	INDICATEURS TELS QUE PRÉSENTÉS DANS LE PLAN STRATÉGIQUE	NATURE DE L'OBJECTIF
1.1.1 Éclairer les choix de priorités en fonction du potentiel d'impact	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des nouveaux projets inscrits au plan triennal d'activités dont le potentiel d'impact a été évalué 	Opérationnel : Amélioration des produits
1.2.1 Répondre aux besoins décisionnels en temps opportun	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de projets de pertinence clinique réalisés dans le cadre de l'objectif 9 du plan stratégique du MSSS • Taux de satisfaction à l'égard de nos produits parmi les demandeurs 	Cible : Production de connaissances Cible : Diffusion de connaissances aux parties prenantes
1.3.1 Outiller efficacement les acteurs du réseau responsables de l'implantation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des intervenants ciblés pour un produit qui ont déclaré utiliser les recommandations de l'INESSS pour éclairer la prise de décision dans leur pratique 	Cible : Utilisation des connaissances dans la prise de décision
1.4.1 Instrumenter le suivi de la performance clinique en lien avec nos recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des thématiques du plan triennal d'activités pour lesquelles des recommandations accompagnées de critères d'évaluation de la performance clinique ont été publiées 	Cible : Production de connaissances Cible : Diffusion de connaissances aux parties prenantes
2.1.1 Structurer la contribution des usagers et des aidants	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de produits avec recommandations qui ont intégré la perspective des patients, des usagers et des proches aidants • Taux de satisfaction des patients, des usagers et des proches aidants à l'égard de leur contribution aux travaux 	Opérationnel : Amélioration des processus de production et des produits de l'INESSS
2.1.2 Mobiliser les savoirs et les expertises des acteurs du réseau	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un conseil scientifique (CS) • Mise en place de comités d'excellence clinique (CEC) • Taux de participation des membres du CS et des CEC • Taux de satisfaction des membres des comités à l'égard de leur contribution effective aux travaux 	Opérationnel : Amélioration des processus de production et des produits de l'INESSS
3.1.1 Concerter notre programmation en évaluation avec celles des établissements universitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de projets du plan triennal d'activités réalisées en collaboration avec les établissements universitaires 	Opérationnel : Amélioration des processus de production et des produits de l'INESSS
4.1.1 Améliorer l'efficacité et la qualité de nos produits	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de conformité des produits aux normes de qualité établies par le Conseil scientifique • Pourcentage des projets comprenant des collaborations entre thématiques • Pourcentage des projets réalisés à l'intérieur des délais convenus 	Opérationnel : Amélioration des processus de production et des produits de l'INESSS
5.1.1 Offrir un environnement de travail exemplaire	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention d'une certification « Entreprise en santé » 	Opérationnel : Amélioration de la gestion

1) La numérotation des objectifs correspond à celle du Plan stratégique 2016-2020.

1.1.4 Clientèles

La clientèle est constituée des utilisateurs et des personnes ou des organisations qui sont ou peuvent être concernées par les productions de l'INESSS. Si la Loi ne définit pas précisément l'ensemble des utilisateurs des productions de l'INESSS, elle précise par ailleurs certains éléments qui nous permettent de catégoriser cette clientèle de la façon suivante : clientèle directe, clientèle intermédiaire et clientèle ultime.

Clientèle directe

La clientèle directe de l'INESSS est le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est indiqué à l'article 8 de la Loi que l'INESSS doit présenter au ministre les avis et recommandations qu'il formule dans le cadre des responsabilités définies dans sa mission à l'article 5. L'INESSS doit également soumettre à l'approbation du ministre, à la date et dans la forme que cette dernière détermine, son plan triennal d'activités comprenant ses priorités. Il doit également, au plus tard le 31 mars de chaque année, transmettre au ministre une mise à jour annuelle de ce plan. (article 11)

Il va de soi que le MSSS et plus particulièrement les directions qui « formulent » des mandats à l'INESSS doivent également être considérés comme faisant partie de la clientèle directe.

Clientèle intermédiaire

La clientèle intermédiaire est constituée des personnes ou des organisations qui sont concernées directement par les recommandations de l'INESSS ou qui peuvent être intéressées par le contenu des productions aux fins de prise de décisions ou d'amélioration des pratiques.

La clientèle intermédiaire regroupe :

- les établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux (gestionnaires et personnels);
- les associations et ordres professionnels (représentants et membres);
- l'industrie du médicament et des technologies de la santé;
- les ministères ou organismes publics (autres que ceux du réseau de la santé et des services sociaux) qui sont interpellés par certains produits de l'INESSS;
- les organismes communautaires ou tout autre organisme interpellé par certains produits de l'INESSS.

Clientèle ultime

Considérant que la finalité des activités de l'INESSS est de contribuer à la « qualité des pratiques cliniques » et à « l'utilisation efficace des ressources », la population du Québec est concernée par les travaux de l'INESSS. À titre de patients ou de contribuables, certains citoyens peuvent même être amenés à prendre connaissance des productions de l'INESSS, d'autant plus que la Loi l'oblige à rendre publiques ces productions (article 8).

Il faut préciser également que dans la mouvance de la recherche axée sur le patient, « l'INESSS marie la perspective des professionnels et des gestionnaires du réseau ainsi que celle des partenaires, des patients,

des usagers, des proches aidants et des citoyens »¹⁶ dans son analyse et dans la formulation de ses recommandations. De plus, conformément à l'esprit de la loi, l'INESSS fait de plus en plus appel à des citoyens pour siéger à ses comités permanents.

¹⁶ INESSS, *Rapport annuel de gestion 2019-2020*, page 2.

1.2 Fonctionnement de l'INESSS

1.2.1 Nature de l'intervention

Production de connaissances

L'intervention de l'INESSS consiste principalement à évaluer des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, et à publier les résultats sous la forme de produits de connaissances. Les produits de connaissances constituent donc la principale intervention de l'INESSS.

L'INESSS définit un produit de connaissances comme étant « une publication scientifique de l'Institut développée selon un processus et une méthodologie répondant aux normes établies, qui a pour but de soutenir la prise de décision sur les plans de la gouvernance et clinique¹⁷ ».

Les produits de connaissances de l'INESSS se déclinent en quatre productions différentes :

- Avis (avec recommandations);
- Guides et normes (avec recommandations);
- État des pratiques (sans recommandations);
- État des connaissances (sans recommandations).

L'Institut rend publics sur son site Internet, 60 jours après les avoir transmis au ministre, les avis et les recommandations qu'il formule.

Évaluation de médicaments aux fins d'inscription

L'évaluation de médicaments aux fins d'inscription constitue « l'autre » mandat principal de l'INESSS. Bien que l'INESSS intègre l'interdisciplinarité dans ses activités, l'évaluation de médicaments a sa structure et son fonctionnement qui lui sont propres. Les demandes d'inscription de médicaments proviennent de l'industrie, l'INESSS les évalue et une recommandation est faite au ministre dans le cadre de la mise à jour des listes des médicaments.

Dans sa Loi constitutive (ci-après appelée Loi), l'article 7 précise cinq aspects¹⁸ que l'Institut doit apprécier avant de formuler une recommandation au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la mise à jour de la Liste des médicaments dont le coût est garanti par le régime général d'assurance médicaments (RGAM).

À la lumière des recommandations de l'INESSS, le ministre exerce sa responsabilité de procéder ou non à l'inscription des médicaments qui ont fait l'objet d'une demande par un fabricant et de déterminer les modalités appropriées. Ses décisions donnent lieu à la mise à jour de la Liste des médicaments du RGAM, publiée et administrée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'Institut évalue également les

¹⁷ INESSS, *Typologie des produits de connaissances de l'INESSS*, page 4.

¹⁸ 1° la justesse du prix; 2° le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament; 3° les conséquences de l'inscription du médicament à la Liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé et de services sociaux; 4° l'opportunité de l'inscription du médicament à la Liste au regard de l'objet du régime général d'assurance médicaments.

médicaments aux fins d'inscription à la Liste des médicaments – Établissements, en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux.¹⁹

L'INESSS rend publiques ses recommandations 30 jours après qu'elles ont été transmises au ministre, sauf s'il s'agit d'une recommandation à l'égard d'un médicament sur lequel porte la négociation d'une entente d'inscription prévue à l'article 60.0.1 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01). Dans ce dernier cas, la recommandation est rendue publique au moment déterminé par le ministre, mais au plus tard 30 jours après la date de la fin de l'exclusion prévue à l'article 60.0.2 de cette loi.

Transfert de connaissances

L'INESSS « soutient » ses productions par des outils de transfert de connaissances et par des stratégies de diffusion dynamiques. Ces activités de transfert de connaissances répondent à un des éléments de la mission de l'INESSS qui est inscrite dans la Loi. La Loi stipule que l'INESSS se doit de « ... favoriser la mise en application de ses recommandations et guides par divers moyens de sensibilisation, d'information et de transfert de connaissances. » (article 5, paragraphe 5).

L'INESSS définit le transfert de connaissances (TC) ainsi :

« Un ensemble de moyens (outils et activités) visant non seulement à partager les contenus d'un produit de connaissances, mais également à s'assurer qu'ils soient accessibles, compréhensibles, utiles et applicables aux différents publics auxquels ils sont destinés (décideurs, gestionnaires, professionnels, cliniciens, intervenants, usagers, grand public). Il s'agit d'un processus continu, dynamique et itératif, élaboré et réalisé en collaboration avec les diverses parties prenantes. Les différents moyens proposés dans un plan de TC peuvent être déployés simultanément auprès d'un ou de plusieurs publics cibles²⁰. »

Le transfert de connaissances peut prendre la forme d'outils cliniques, de webinaires, de capsules vidéo ou de documents synthèses produits le plus souvent à partir d'un avis ou d'un guide. Le transfert de connaissances inclut également les activités de diffusion des productions de l'INESSS, par exemple les listes d'envoi de courriels par secteur d'activités.

La stratégie de transfert de connaissances est un élément de plus en plus important pour l'INESSS. Dans son rapport annuel de gestion 2019-2020, l'INESSS indique que :

« L'Institut entend apporter un soutien accru aux acteurs du réseau en proposant, avec ses produits, des stratégies d'implantation destinées au MSSS et des outils de transfert de connaissances pour les gestionnaires et les cliniciens... »²¹

Communication

Parallèlement à ses activités de production et de transfert des connaissances, l'INESSS réalise des activités de communication pour faire connaître son mandat, ses produits et ses orientations. Les activités de

¹⁹ Source : INESSS, *Évaluation des médicaments aux fins d'inscription*, Évolution des modalités, juillet 2018, page 1.

²⁰ INESSS, *Approche méthodologique*, repéré à <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/approche-methodologique.html>.

²¹ INESSS, *Rapport annuel de gestion 2019-2020*, page 11.

communication ont trait à l'amélioration et à la mise à jour du site Web de l'INESSS, à la publication de *L'INESSS Express*, aux relations de presse et aux différentes communications des membres de la direction de l'INESSS sous la forme de participation à des conférences et à des colloques, et de participation à des échanges formels et informels avec le réseau de la santé et des services sociaux.

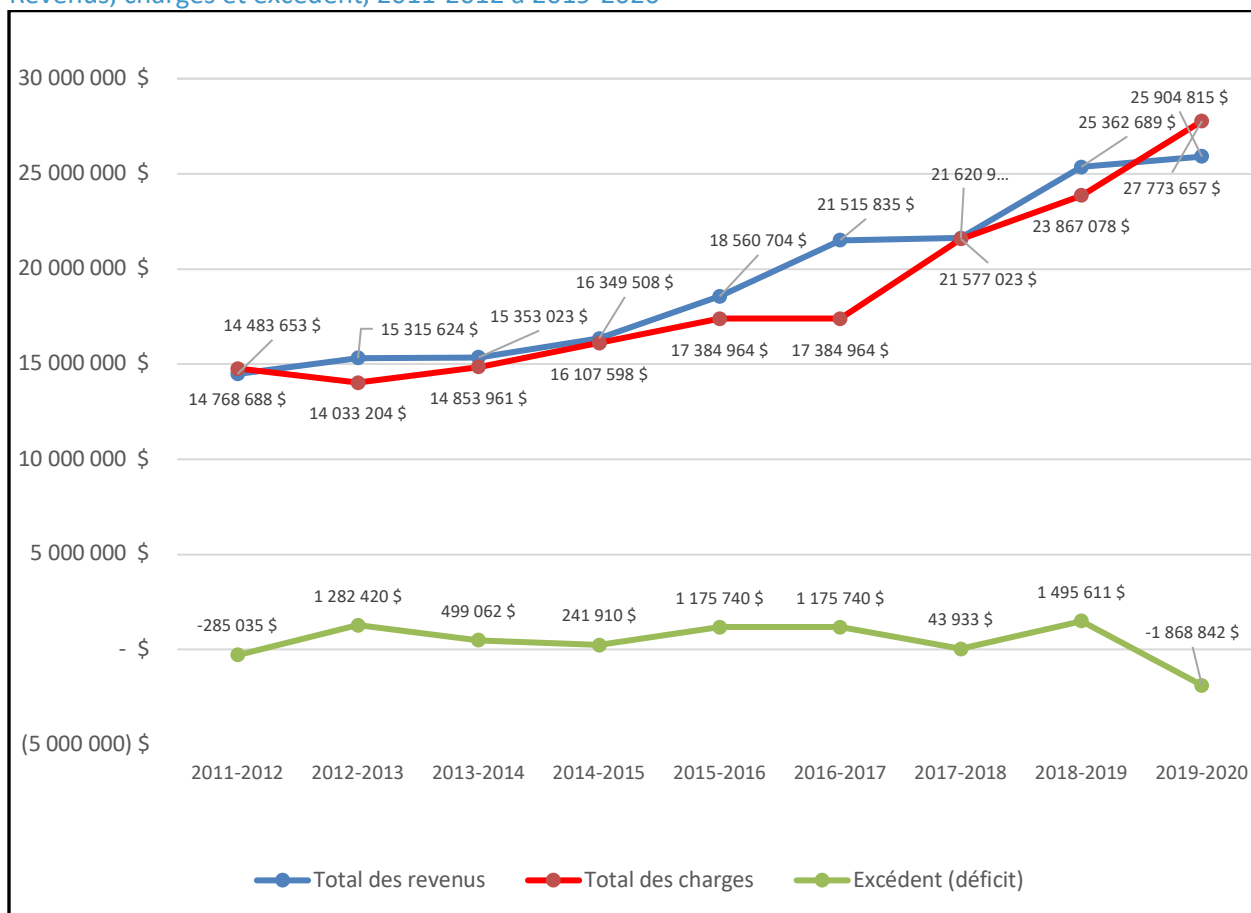
1.2.2 Ressources investies

Ressources financières

Le budget de l'INESSS est passé de 14 768 688 \$ en 2011-2012 à 27 773 657 \$ en 2019-2020, soit une augmentation de 88 % (augmentation annuelle moyenne de 11 %). Comme il est indiqué à la figure 1, la croissance du budget (charges) est particulièrement importante pour la période 2016-2017 à 2019-2020. Au cours de cette période, le budget de l'INESSS a connu une augmentation annuelle moyenne de 19,9 %.

Au cours des neuf dernières années, l'INESSS a pu également accumuler des surplus et les conserver. Cela lui a conféré une certaine autonomie budgétaire, puisqu'il a pu utiliser ces surplus au besoin. L'INESSS utilise une partie de ses surplus pour financer des activités particulières ou de nouvelles lignes de services. Au cours des dernières années, des travaux sur le développement de certaines analyses de laboratoire ou de nouvelles analyses de dépistage ont ainsi été financées. Plus récemment, l'INESSS a examiné l'utilisation des preuves empiriques (Real World Evidence) comme nouveau champ de pratique. L'utilisation des surplus est ainsi devenue une façon pour l'INESSS de « tester » la pertinence ou l'utilité de nouveaux services afin éventuellement de proposer au MSSS de les financer sur une plus longue période dans le cadre de subventions récurrentes ou non récurrentes.

Figure 1
Revenus, charges et excédent, 2011-2012 à 2019-2020



Sources : États financiers de 2011-2012 à 2019-2020 reproduits dans les rapports annuels de gestion.

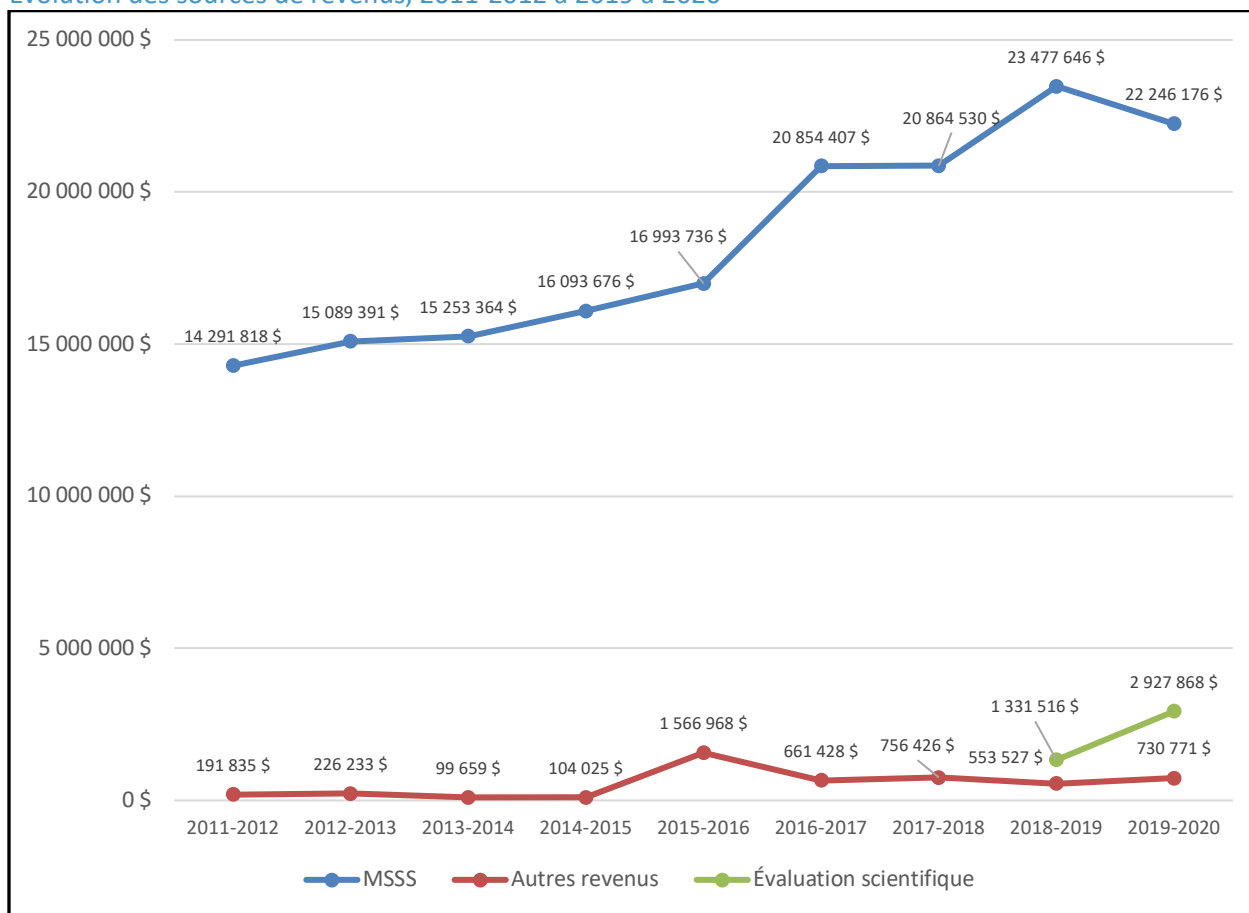
En 2019-2020, les états financiers indiquaient un surplus cumulé de 7,2 millions de dollars, en baisse de 1,9 million par rapport à l'exercice précédent. Dans une optique de saine gestion des fonds publics, le MSSS a convenu avec l'INESSS de diminuer le surplus cumulé afin d'éviter qu'il ne devienne trop important.

Comme il est indiqué à la figure 2, le financement de l'INESSS provient principalement d'une contribution du MSSS. La contribution du MSSS est composée d'une subvention récurrente et d'une subvention non récurrente. En 2018-2019, la subvention récurrente était de 19 454 145 \$ et la subvention non récurrente de 4 023 501 \$ (données non présentées à la figure 2). Dans le cas de la subvention non récurrente, il s'agit d'une subvention permettant au MSSS de financer des services spécifiques voire de façon répétitive, mais sans pour autant le faire sur une base permanente.

À la contribution du MSSS s'ajoutent différents autres revenus qui ont une importance plus restreinte²². Par ailleurs, depuis 2018-2019, l'INESSS bénéficie d'une nouvelle source de revenus provenant d'une tarification imposée aux fabricants qui soumettent une demande d'évaluation de leur médicament. Cette tarification a rapporté 1 331 516 \$ en 2018-2019 et 2 927 868 \$ en 2019-2020.

²² Pour 2019-2020 : revenus d'intérêts (255 627 \$), revenus réseaux (61 999 \$) et autres revenus (135 000 \$).

FIGURE 2
Évolution des sources de revenus, 2011-2012 à 2019 à 2020



Sources : États financiers de 2011-2012 à 2019-2020 reproduits dans les rapports annuels de gestion.

Ressources humaines

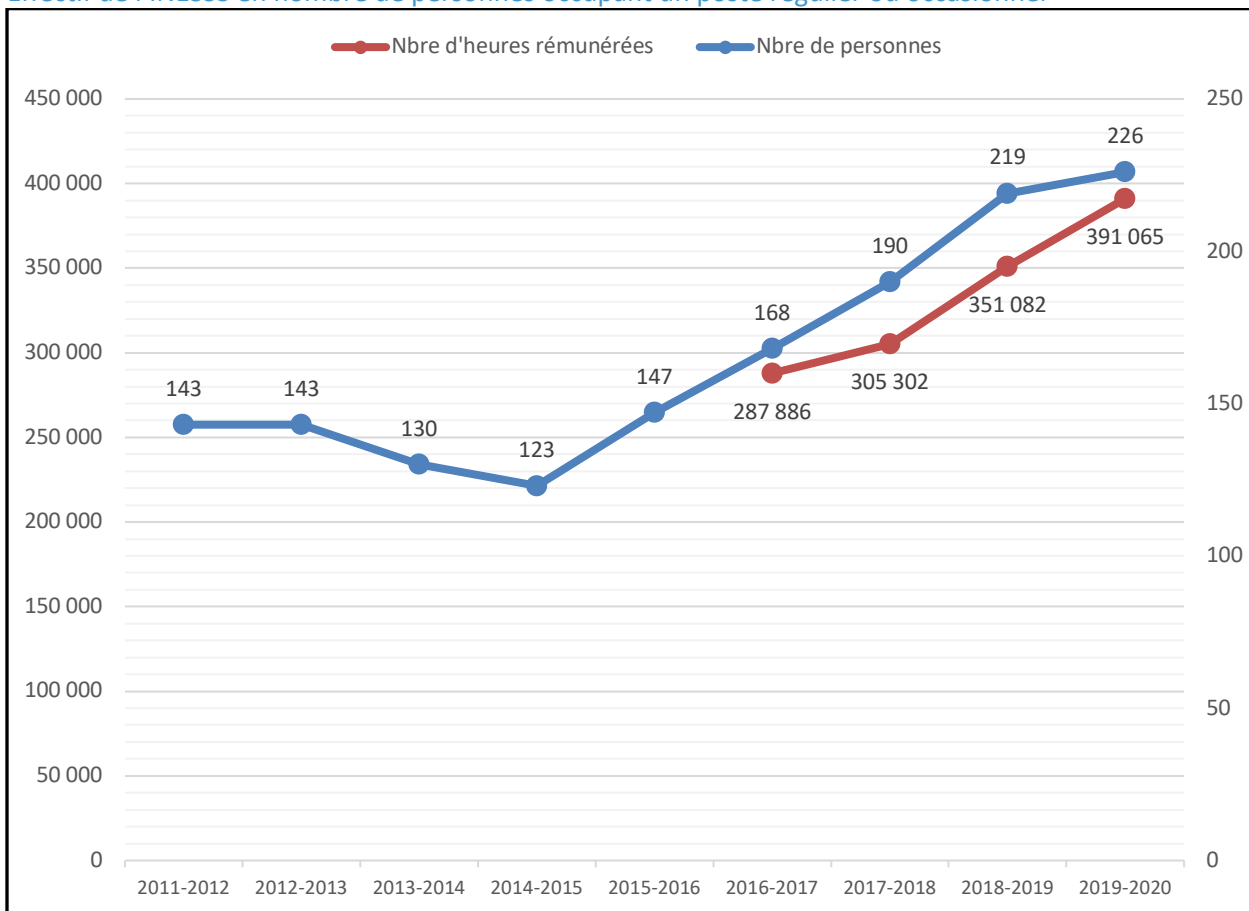
Depuis 2014-2015, l'INESSS connaît une croissance constante de ses ressources humaines. L'effectif de l'INESSS est passé de 123 personnes (2014-2015) à 226 personnes (2019-2020), ce qui correspond à une augmentation de 83,7 %²³. Fait à souligner, de 2011-2012 à 2014-2015, l'INESSS avait plutôt connu une baisse de son personnel. Pour cette période, l'effectif de l'INESSS était passé de 143 à 123 personnes, soit une baisse de 13,9 %.

Pour les années où nous disposons de données (2016-2017 à 2019-2020), le nombre d'heures rémunérées suit sensiblement la même tendance que le nombre de personnes occupant un poste. Le nombre d'heures rémunérées est passé de 287 886 heures en 2016-2017 à 391 065 heures en 2019-2020, soit une augmentation de 35,8 %.

²³ L'effectif est calculé en nombre de personnes occupant un poste régulier ou occasionnel.

FIGURE 3

Effectif de l'INESSS en nombre de personnes occupant un poste régulier ou occasionnel



Sources : Rapports annuels de gestion de 2011-2012 à 2019-2020.

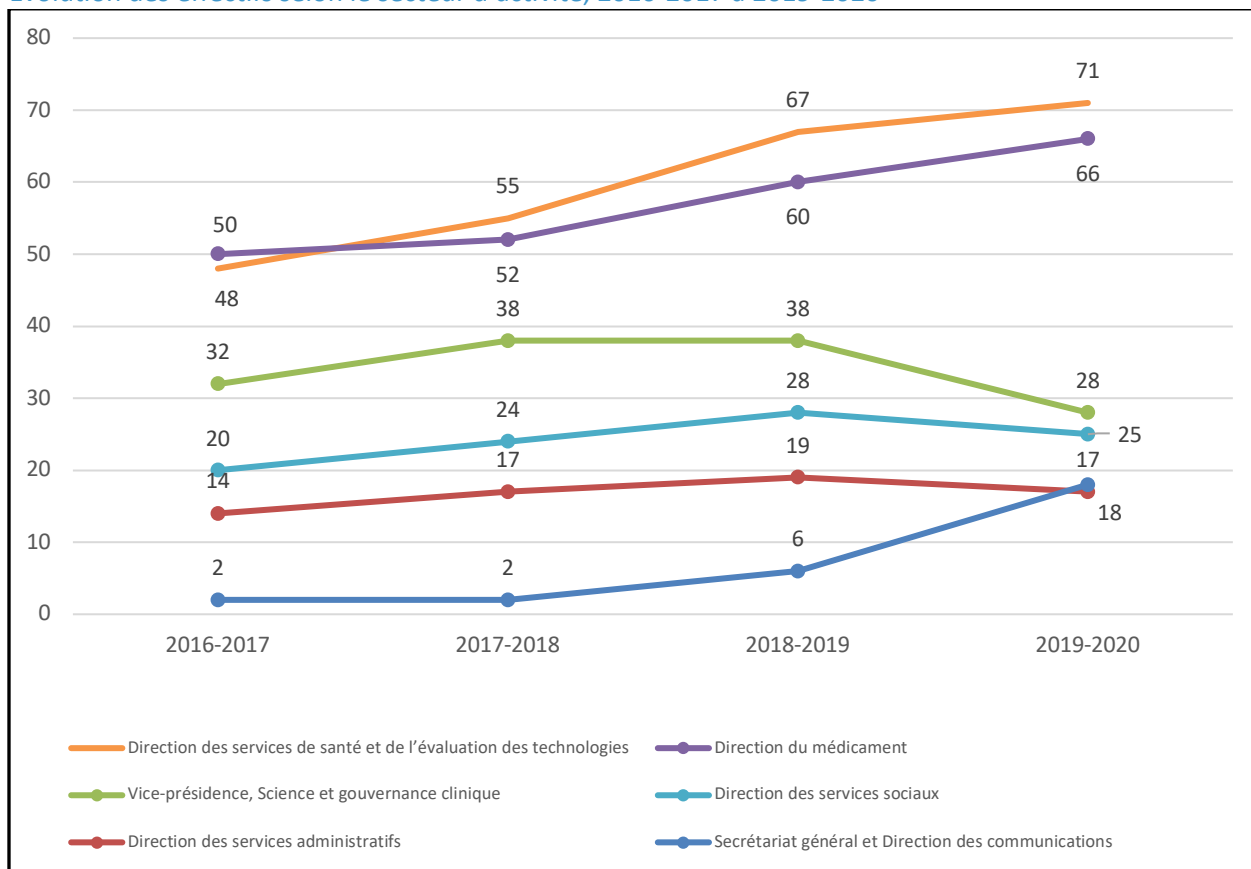
Pour la période où la comparaison des données annuelle est possible, soit de 2016-2017 à 2019-2020, nous constatons des variations dans le nombre d'effectifs selon les secteurs d'activités (voir figure 4). Une comparaison des quatre secteurs d'activités scientifiques indique que le secteur du médicament et celui des services de santé et des technologies sont les plus importants en matière d'effectifs et sont ceux qui ont connu la plus forte croissance au cours de la période 2016-2017 à 2019-2020. Le nombre d'effectifs pour le secteur du médicament est passé de 50 à 66 personnes (augmentation de 32 %) au cours de la période, alors que le secteur des services de santé et des technologies est passé de 48 à 71 personnes (augmentation de 48 %).

En nombre absolu, la Direction des services sociaux et la Direction des services administratifs ont quant à elles connu une augmentation moindre. La Direction des services sociaux est passée de 20 personnes en 2016-2017 à 25 personnes en 2019-2020 (augmentation de 25 %). La Direction des services administratifs est quant à elle passée de 14 à 17 personnes pour la même période (augmentation de 21 %).

Pour ce qui est de la Vice-présidence, Science et gouvernance clinique, l'effectif a augmenté de 2016-2017 à 2018-2019 (de 32 à 38 personnes). En 2019-2020, l'effectif a été réduit de 10 personnes dans le cadre de la nouvelle structure organisationnelle mise en place de façon graduelle au cours de l'année.

Essentiellement, l'équipe de transfert des connaissances de cette direction a été réaffectée au Secrétariat général (Secrétariat général et Direction des communications), l'objectif étant de rapprocher l'équipe de transfert des connaissances de celle des communications.

FIGURE 4
Évolution des effectifs selon le secteur d'activité, 2016-2017 à 2019-2020



Sources : Rapports annuels de gestion de 2016-2017 à 2019-2020.

1.2.3 Processus de production

Plan triennal d'activités

Comme le prévoit l'article 11 de la Loi, l'ensemble du programme scientifique de l'INESSS doit être inscrit dans un plan triennal d'activités (PTA) et être approuvé par le ministre au moment de sa promulgation initiale, et des mises à jour annuelles doivent lui être transmises par la suite.

L'INESSS en est à son troisième plan triennal²⁴. Le plan triennal qui est en vigueur actuellement est le Plan triennal d'activités 2019-2022 qui a été mis à jour en mai 2020.

Comme le prévoit l'article 40 de la Loi, la Table de concertation pour les secteurs de la santé et des services sociaux a pour mandat de conseiller l'INESSS dans la « détermination des sujets prioritaires ». Étant donné que la Table de concertation était inactive au moment de la préparation du présent plan triennal, il a été conçu davantage à l'interne, mais dans un souci de répondre aux besoins ministériels.

Pour élaborer son plan triennal d'activités, l'INESSS a d'abord recensé l'ensemble des requêtes en provenance du MSSSS et s'est assuré de leurs mises à jour avant leur inscription au plan triennal. Il y a donc eu plusieurs échanges avec toutes les directions cliniques ministérielles (notamment : services sociaux, santé mentale, services de santé et médicament).

L'INESSS a profité de l'élaboration de son plan triennal d'activités pour faire le point sur les champs couverts par ses activités scientifiques et identifier les champs moins bien couverts. L'exercice a conduit l'INESSS à identifier une série d'activités scientifiques en appui à l'amélioration des pratiques en contexte réel.

Finalement, la publication du plan triennal est également l'occasion pour l'INESSS de faire état de ses travaux sur le plan méthodologique.

Le Plan triennal d'activités 2019-2022 est constitué de trois grandes sections libellées sous formes d'objectifs :

1. **Appuyer l'amélioration des pratiques en contexte réel.** Cette partie regroupe les activités pour lesquelles l'INESSS a jugé l'existence de besoins non comblés en connaissances scientifiques et pour lesquelles l'Institut reçoit moins de demandes de la part du ministère. L'INESSS a inscrit dans son plan triennal des activités visant à :
 - a. mieux outiller les services de proximité intégrés pour l'amélioration continue de leurs pratiques;
 - b. appuyer l'intervention adaptée aux personnes présentant des besoins complexes.
2. **Planter le cadre institutionnel d'évaluation de l'INESSS.** Cette deuxième partie regroupe les activités liées au « chantier méthodologique de l'INESSS ». Les activités identifiées sont regroupées sous deux grands thèmes :
 - a. les normes méthodologiques du cadre institutionnel d'évaluation de l'INESSS;

²⁴ Les deux autres plans triennaux sont : Plan triennal 2012-2015 et Plan triennal 2016-2019.

- b. l'évaluation en contexte réel.
3. **Réaliser les mandats d'évaluation des technologies et des modes d'intervention jugés prioritaires dans les domaines du médicament, des services de santé et des services sociaux.** Cette partie regroupe l'ensemble des activités scientifiques de l'INESSS. Les activités sont regroupées en fonction des trois directions scientifiques qui en sont responsables, soit la Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies, la Direction des services sociaux et la Direction des services de santé. Par ailleurs, il faut préciser que le Plan triennal d'activités ne liste pas l'ensemble des évaluations de médicaments aux fins d'inscription.

Mise à jour du plan triennal d'activités

Il va de soi que tout au long de la période couverte par son plan triennal d'activités, l'INESSS demeure disponible pour répondre à de nouveaux mandats. Il y a donc des échanges constants entre l'INESSS et les principaux « donneurs » de mandats que sont les directions ministérielles. Il existe donc des liens bilatéraux entre les directions ministérielles et les unités de production de l'INESSS.

Selon les directions et surtout selon le nombre de mandats, il peut y avoir jusqu'à six rencontres annuellement entre une direction du MSSS et une unité de production de l'INESSS. La cancérologie, par exemple, est souvent citée comme un secteur d'activité où les échanges entre le MSSS et l'INESSS sont nombreux et où les équipes ont acquis des modes de fonctionnement bien établis. Dans le cadre de ces échanges, les mandats sont mis à jour, de nouvelles demandes sont soumises à l'INESSS et la priorisation des mandats est discutée et établie; il y a, en somme, une collaboration continue.

Dans le cas d'autres secteurs d'activités, la collaboration peut être moins fréquente.

1.2.4 Production

Depuis 2016-2017, l'INESSS ne publie plus de données sur le nombre d'activités réalisées annuellement (produits scientifiques, outils de transfert de connaissances, etc.). Afin de comptabiliser la production de l'INESSS, nous avons pu obtenir et compiler certaines données permettant de présenter un portrait relativement précis de ses productions.

Mandats d'évaluation inscrits au plan triennal d'activités

Nous avons comptabilisé l'ensemble des mandats d'évaluation des technologies et des modes d'intervention inscrits aux plans triennaux 2016-2019²⁵ et 2019-2022²⁶. Le tableau 3 présente la répartition des mandats par thèmes de recherche.

Au total, 436 mandats ont été inscrits dans les deux derniers plans triennaux de l'INESSS, soit 214 pour celui de 2016-2019 et 222 pour celui de 2019-2022. Le plan triennal de 2019-2022 n'étant pas encore terminé, d'autres mandats pourront s'ajouter lors des prochaines mises à jour.

²⁵ Mise à jour en mars 2018.

²⁶ Mise à jour en mai 2020.

La comparaison entre les deux plans triennaux d'activités (PTA) est pour l'instant difficile à établir puisque les thèmes de recherche ont changé et, dans certains cas, des regroupements ont été effectués. C'est pour cette raison que, par exemple, il n'y a aucun mandat en 2016-2019 pour « Usage optimal des médicaments et des modes d'intervention ». En 2016-2019, « Usage optimal des médicament » était un thème spécifique et n'incluait pas les modes d'intervention.

TABLEAU 3

Nombre de mandats d'évaluation des technologies et des modes d'intervention inscrits aux plans triennaux d'activités

	PTA		TOTAL
	2016-19	2019-22	
Usage optimal des médicaments et des modes d'intervention	0	56	56
Cardiologie et maladies neurovasculaires	31	12	43
Traumatologie et soins critiques	24	16	40
Cancérologie	19	18	37
Protocoles médicaux nationaux et ordonnances associées	13	19	32
Usage optimal du médicament	29	0	29
Services pour les jeunes et les familles	14	7	21
Dépistage et pratiques cliniques préventives	0	24	24
Unité polyvalente	20	0	20
Services pour les personnes ayant une déficience	8	7	15
Biologie médicale et génomique	10	4	14
Services de soutien à l'autonomie pour les personnes âgées	6	7	13
Évaluation des médicaments aux fins d'inscription	0	12	12
Innovations technologiques et dispositifs médicaux	0	11	11
Modes d'intervention en santé	0	11	11
Prévention clinique et gestion des maladies chroniques en 1re ligne	11	0	11
Évaluation des médicaments aux fins d'inscription	8	0	8
Santé mentale	8	0	8
Services de santé mentale	0	7	7
Pertinence et trajectoire diagnostique	0	6	6
Dépendance et itinérance	4	0	4
Services généraux, activités cliniques et d'aide – Services sociaux généraux	4	0	4
Unité de dépistage des maladies chroniques	4	0	4
Services pour les personnes ayant un problème de dépendance ou d'itinérance	0	3	3
Adoption internationale	1	0	1
Produits des systèmes de sang du Québec	0	1	1
Thérapies cellulaires	0	1	1
Total	214	222	436

Source : Compilation de Sogémap à partir des renseignements contenus dans les PTA 2016-2019 et 2019-2022.

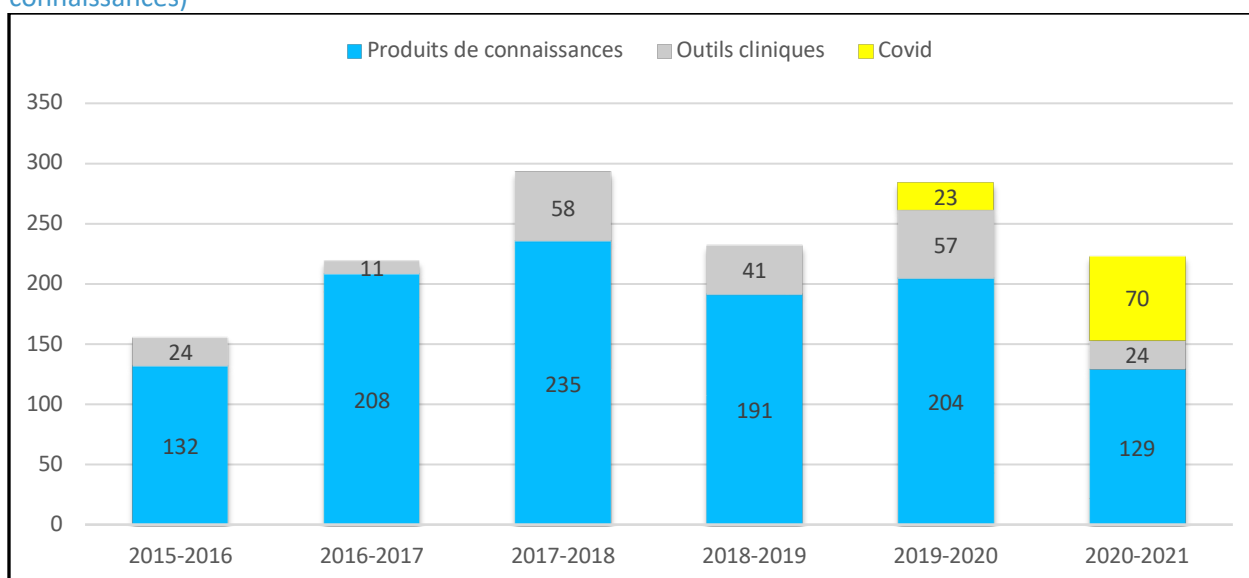
Publications annuelles de produits de connaissances et d'outils cliniques

Les mandats d'évaluation des technologies et des modes d'intervention inscrits aux plans triennaux d'activités donnent lieu à des publications sous forme de produits de connaissances ou d'outils cliniques. Un mandat peut mener à plusieurs publications. Depuis mars 2020, l'INESSS publie également des réponses rapides en lien avec la COVID.

Sur une base annuelle, les publications de l'INESSS ont connu une augmentation de 87,8 % de 2015-2016 à 2017-2018, passant de 156 à 293. Depuis 2017-2018, le nombre de publications s'est stabilisé.

FIGURE 5

Évolution annuelle du nombre de publications (Avis, guides et normes, état des pratiques et état des connaissances)²⁷



Source : compilation INESSS. Les données pour l'année financière 2020-2021 ont été mises à jour en octobre 2020.

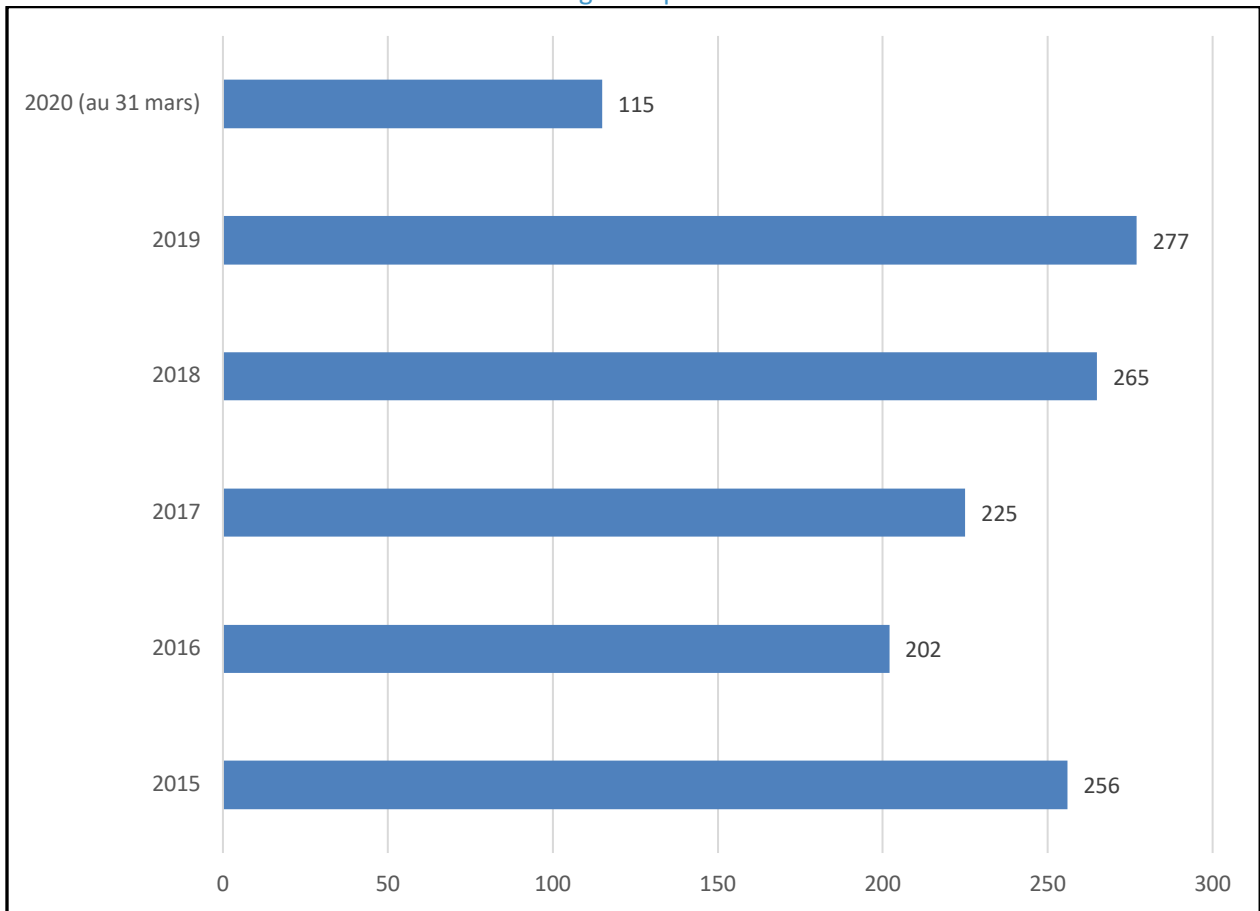
Évaluation de médicaments génériques aux fins d'inscription

L'évaluation de médicaments génériques aux fins d'inscription est une activité qui se déroule à un rythme soutenu au cours de l'ensemble de l'année. Les procédures et les délais de réalisation sont plus courts et « très » normés.

Comme l'indique la figure 6, il y a une hausse du nombre de médicaments génériques évalués depuis 2016. Le nombre de médicaments évalués est passé de 202 en 2016 à 277 en 2019, soit une augmentation de 37 %. Pour ce qui est des données pour 2020, elles ne portent que sur le premier trimestre.

²⁷ Les produits de connaissances comprennent les avis au ministre pour les médicaments novateurs et les avis pour les médicaments génériques. Dans le cas des avis pour les médicaments génériques, un avis peut contenir des évaluations de plusieurs médicaments.

FIGURE 6
Évolution annuelle du nombre de médicaments génériques évalués



Source : Compilation de l'INESSS.

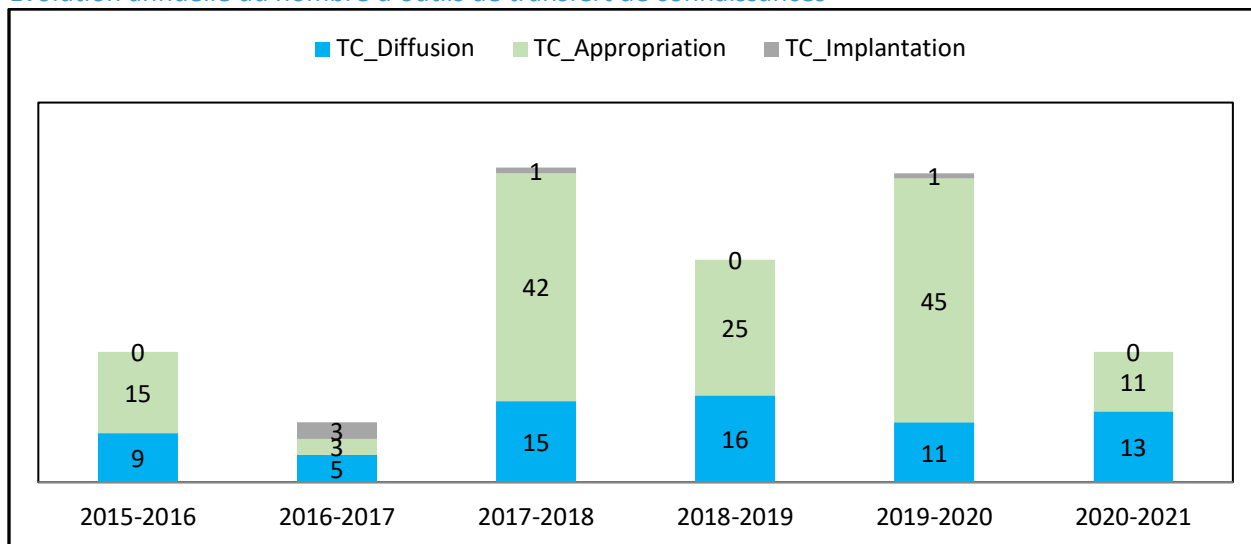
Produits de transfert de connaissances

Comme indiqué à la figure 7, l'INESSS a connu une augmentation considérable de ses outils de transferts de connaissances de 2016-2017 (11 produits) à 2017-2018 (58 produits). Depuis 2017-2018, le nombre d'outils s'est stabilisé.

Le type d'outils le plus souvent produit est l'outil d'appropriation. Il représente 68 % des outils produits depuis 2017-2018.

FIGURE 7

Évolution annuelle du nombre d'outils de transfert de connaissances



Source : Compilation de l'INESSS.

1.3 Conclusion sur l'analyse descriptive

L'analyse descriptive a permis de décrire les fondements de la Loi et le fonctionnement de l'INESSS tels que décrits dans la documentation analysée et les données administratives compilées. Le modèle logique (page suivante) résume l'ensemble de l'information présentée.

Modèle logique

RAISON D'ÊTRE	Problématique liée aux avancées technologiques Volonté de mettre la science au service de la prise de décision Volonté de créer un nouvel organisme « crédible pour le Québec » qui assume des fonctions qui ne sont que partiellement remplies par les organisations alors en fonction	
CIBLES D'INTERVENTION	Cibles directes :	<ul style="list-style-type: none"> • Production de connaissances • Diffusion de connaissances aux parties prenantes
	Cibles intermédiaires :	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des connaissances dans la prise de décision • Adoption de nouvelles pratiques
	Cibles ultimes :	<ul style="list-style-type: none"> • Excellence clinique • Utilisation efficace des ressources
OBJECTIFS	Objectifs : PRODUCTION DE CONNAISSANCES <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux besoins décisionnels en temps opportun - Instrumenter le suivi de la performance clinique en lien avec nos recommandations DIFFUSION DE CONNAISSANCES AUX PARTIES PRENANTES <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux besoins décisionnels en temps opportun - Instrumenter le suivi de la performance clinique en lien avec nos recommandations UTILISATION DES CONNAISSANCES DANS LA PRISE DE DÉCISION <ul style="list-style-type: none"> - Outiller efficacement les acteurs du réseau responsables de l'implantation des recommandations ADOPTION DE NOUVELLES PRATIQUES <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs non précisés EXCELLENCE CLINIQUE <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs non précisés UTILISATION EFFICACE DES RESSOURCES <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs non précisés 	
CLIENTÈLES CIBLES	Clientèles visées : <ul style="list-style-type: none"> • CLIENTÈLE DIRECTE : ministre de la Santé et des Services sociaux et directions qui « formulent » des mandats • CLIENTÈLE INTERMÉDIAIRE : ensemble des décideurs, professionnels et intervenants qui peuvent être concernés ou intéressés par les produits de l'INESSS : <ul style="list-style-type: none"> ○ gestionnaires et personnel des établissements, et organismes du réseau de la santé et des services sociaux; ○ associations et ordres professionnels; ○ industrie du médicament et des technologies de la santé; ○ ministères ou organismes publics (autres que ceux du réseau de la santé et des services sociaux) qui sont interpellés par certains produits de l'INESSS; ○ organismes communautaires ou tout autre organisme interpellé par certains produits de l'INESSS. • CLIENTÈLE ULTIME : population du Québec 	
NATURE DE L'INTERVENTION	<ul style="list-style-type: none"> • Production de connaissances sous forme de publications scientifiques • Évaluation de médicaments aux fins d'inscription • Transfert de connaissances sous forme d'outils et de stratégies de diffusion des publications scientifiques • Communication : participation à des conférences ou à des colloques, présence à des rencontres avec des représentants du réseau, site Web, publication de <i>L'INESSS Express</i>, etc. 	
RESSOURCES INVESTIES	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières : 27 773 657 \$ en 2019-2020 • Ressources humaines : 226 personnes occupant un poste régulier ou occasionnel en 2019-2020 	
PRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluations de médicaments génériques • Avis (avec recommandations) • Guides et normes (avec recommandations) • États des pratiques (sans recommandation) • États des connaissances (sans recommandation) • Outils et activités de transfert des connaissances • Activités de communication 	
RÉSULTATS ET EFFETS ATTENDUS SUR LES CIBLES	Résultats :	<ul style="list-style-type: none"> • Notoriété de l'INESSS • Clientèles rejointes • Satisfaction de la clientèle
	Effets sur les cibles directes :	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles connaissances en lien avec les besoins du MSSS et de la clientèle intermédiaire • Notoriété des produits et prise de connaissance de ceux-ci par les clientèles de l'INESSS
	Effets sur les cibles intermédiaires :	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision basée sur les connaissances scientifiques • Changement de pratiques
	Effets sur les cibles ultimes :	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité et efficacité des soins • Diminution des coûts

Deuxième partie : Analyse évaluative

2.1 Mise en œuvre de l'INESSS

2.1.1 Pertinence

En 2008, le Groupe de travail sur le financement du système de santé avait orienté son analyse sur l'efficacité et l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux. D'ailleurs, le titre du rapport (*En avoir pour son argent*)  voquait bien le mandat et les orientations de ce groupe de travail. Cette problématique liée à l'efficacité et à l'efficacité du réseau demeure d'actualité, et il est toujours pertinent de mettre la connaissance au service de la prise de décision en vue que le système soit plus performant.

La connaissance au service de la prise de décision est d'autant plus importante que le contexte technologique rend la prise de décision encore plus complexe. Le Comité d'implantation de l'INESSS avait souligné l'impact des innovations technologiques sur les soins de santé et les pratiques médicales, et les défis que cela pouvait engendrer. Cependant, les membres du Comité d'implantation pouvaient difficilement prévoir et analyser tous les enjeux liés à l'innovation auxquels le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux font face aujourd'hui.

Dans la Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027 du gouvernement du Québec, l'innovation apparaît comme un moyen pour « optimiser le système de santé et de services sociaux québécois et améliorer ainsi la qualité de vie de l'ensemble de la population »²⁸. On y indique dans cette stratégie que : « L'av nement du numérique dans le domaine de la santé sera sans aucun doute le prochain vecteur majeur de transformation. »²⁹ Ainsi, le numérique est identifié comme une « révolution » qui bouleverse également l'organisation et la prestation des soins de santé. On y indique que : « Les technologies issues des disciplines telles que la science des données, l'apprentissage profond et l'intelligence artificielle ont le potentiel de créer des innovations de rupture en sciences de la vie. »³⁰

Conscient que l'intégration des innovations dans le réseau de la santé et des services sociaux est un enjeu complexe, le gouvernement du Québec en arrive sensiblement aux mêmes constats que le Groupe de travail sur le financement du système de santé quant à la difficulté d'assimiler les nouvelles connaissances scientifiques et les avancées technologiques dans la prise de décision : « La multitude de produits offerts, les particularités liées à l'organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux et la complexité des processus décisionnels compliquent la prise de décision. »³¹

²⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *L'innovation prend vie, Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027*, 2017, Mot du ministre Ga tan Barrette, page V.

²⁹ *Ibid.*, page 5.

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*, page 56.

2.1.2 Évolution au cours des dernières années

Il y a maintenant 10 ans que l'INESSS est en activité. Si on le compare à des organismes comme le NIH aux États-Unis, NICE en Grande-Bretagne, ACMTS au Canada et le HAS en France, l'INESSS est le plus jeune des grands instituts d'excellence en santé.

La première évaluation a analysé un institut en phase d'implantation et d'intégration : implantation parce qu'il était question de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation et intégration parce qu'il s'agissait de greffer dans un même ensemble le Conseil du médicament et l'AETMIS. Les défis de l'époque étaient grands. L'INESSS devait développer une approche méthodologique et une offre de services de grande qualité afin d'acquiescer une crédibilité auprès du ministère, du réseau de la santé et des services sociaux et de l'industrie. Cette crédibilité est et demeure très importante pour la notoriété de l'INESSS et l'utilisation optimale de ses produits.

La présente évaluation décrit davantage un institut en phase de consolidation des acquis et de développement. La consolidation s'est faite principalement pour finaliser l'intégration du Conseil du médicament et de l'AETMIS. Le développement s'est fait par la mise en place de chantiers sur le plan de la méthodologie, des processus de production, du fonctionnement organisationnel et de la gouvernance. Cette période est également caractérisée par l'intégration de représentants d'associations d'établissements. Ces associations avaient été abolies dans le cadre de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Leur intégration a été l'occasion de donner un nouveau souffle aux produits de l'INESSS dans le secteur des services sociaux.

La phase de développement s'est faite avec une équipe de direction renouvelée qui a su accélérer la croissance de l'INESSS. Appuyée par le MSSS, cette direction a bénéficié d'une augmentation constante et significative de ses ressources financières. La croissance du financement octroyé par le ministère, la possibilité de conserver les surplus et la capacité de générer des revenus d'évaluation scientifique ont permis à l'INESSS de bénéficier d'un budget qui est passé de 16 349 508 \$ en 2014-2015 à 25 904 815 \$ en 2019-2020, ce qui correspond à une augmentation de 58 %. Il faut rappeler que, durant cette période, le ministère et le gouvernement du Québec dans son ensemble ont connu une période de restrictions budgétaires importantes.

Cette augmentation des ressources financières a permis à l'INESSS d'embaucher des ressources humaines supplémentaires (de 123 à 226 personnes en lien d'emploi direct), de développer de nouveaux services et de bénéficier d'une plus grande autonomie pour mener plusieurs chantiers de nature méthodologique, organisationnelle ou informationnelle.

Parallèlement à l'augmentation des ressources, l'INESSS a également reçu davantage de mandats de la part du ministère, ce qui constitue un autre signe de son importance stratégique.

Au moment où nous avons débuté le mandat d'évaluation, l'INESSS amorçait sa troisième phase de développement. Il nous faut donc souligner la grande proactivité de l'organisation. L'INESSS nous est apparu comme un organisme en constante évolution, ce qui est probablement le propre d'un institut d'excellence.

2.1.3 Conformité des orientations

Le Groupe de travail sur le financement du système de santé était clair sur le sujet : le Québec avait besoin d'un organisme capable d'assurer des fonctions stratégiques à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé. Le nouvel institut devait avoir la taille, l'expertise et l'indépendance nécessaires pour jouer ce rôle.

La croissance des dernières années a permis à l'INESSS de jouer ce rôle stratégique tant attendu. Davantage que la somme des organismes qu'il a remplacés, l'INESSS a l'envergure et la notoriété pour assurer des fonctions stratégiques à l'égard de la pertinence et de la qualité des soins de santé et des services sociaux.

Le volet services sociaux, qui était à l'époque souligné comme « essentiel » par tous les intervenants qui ont donné leur avis sur la création de l'INESSS, demeure également un secteur qui a pris beaucoup d'importance au cours des dernières années, notamment avec l'intégration de ressources provenant d'associations d'établissements qui ont permis à l'INESSS d'acquérir de l'expertise sur plusieurs aspects liés au secteur social : déficience physique, jeunes en difficulté, dépendances, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme.

2.1.4 Statut et autonomie

Depuis 10 ans, l'INESSS est géré en fonction des orientations des plans triennaux d'activités, d'ententes financières annuelles à court terme et de négociations MSSS/INESSS. Aucun autre document n'est venu préciser, définir ou encadrer les travaux de l'INESSS. La Loi constitutive demeure toujours le principal outil définissant le statut de l'INESSS.

Une Loi qui laisse place à une certaine autonomie de l'INESSS

Comme nous l'avons précédemment souligné, le rapport RCGT avait indiqué la nécessité de préciser la portée de la contribution attendue de l'INESSS en matière notamment d'implantation de ses recommandations, d'actualisation des résultats et de transfert de connaissances.

De façon plus précise, nous identifions les paragraphes 4 et 5 de l'article 5 de la Loi. Ces paragraphes, qui sont présentés comme des éléments de la mission de l'INESSS, peuvent être interprétés de façon très large.

- 4° maintenir à jour ses recommandations et guides, les diffuser aux intervenants du système de santé et de services sociaux et les rendre publiques, accompagnées de leurs justifications et des informations utilisées pour leur élaboration;
- 5° favoriser la mise en application de ses recommandations et guides par divers moyens de sensibilisation, d'information et de transfert de connaissances.

Considérant le nombre de produits livrés chaque année, « maintenir à jour » les recommandations et guides et « favoriser la mise en application » des recommandations et guides par divers moyens, dont la

sensibilisation, l'information et le transfert de connaissances, nous apparaissent comme pouvant devenir des tâches colossales.

Ces éléments de la mission peuvent également être considérés comme une forme d'autonomie de l'INESSS, lui permettant d'agir lorsqu'il le juge opportun. Évidemment, la mise à jour et la mise en application des recommandations nécessitent une certaine marge budgétaire.

La nécessité de définir cette autonomie

Sur le plan de la méthodologie et de l'orientation des recommandations, les personnes consultées s'accordent pour indiquer que l'INESSS bénéficie de l'indépendance voulue pour réaliser des produits de connaissance de qualité et des recommandations faites en toute objectivité. Cette indépendance sur le plan méthodologique est jugée essentielle autant de la part du MSSS que de l'ensemble des utilisateurs de produits de l'INESSS.

L'INESSS est-il ou doit-il être pour autant un organisme autonome et, si oui, quelle forme doit prendre cette autonomie? Ce n'est pas à l'évaluation de le préciser, mais nous soulevons le fait que ce niveau d'autonomie nous apparaît non défini. Le niveau d'autonomie budgétaire (financement à long terme) et l'autonomie de l'INESSS dans le choix et la priorisation des mandats demeurent à notre avis des éléments à clarifier.

Nos consultations nous indiquent que le milieu de la santé et des services sociaux souhaite un INESSS le plus autonome possible du MSSS. Certains considèrent que cette autonomie est déjà acquise, d'autres aimeraient une plus grande autonomie, voire une indépendance par rapport au MSSS; certains proposent même que l'INESSS rende des comptes directement à l'Assemblée nationale.

À notre avis, la Loi constitutive laisse place à une relative autonomie dans la préparation de son plan triennal, sa méthodologie, la mise à jour de ses recommandations, la diffusion de ses produits dans le réseau et la mise en application de ses recommandations.

Actuellement, l'autonomie de l'INESSS semble être freinée par la nature et le niveau de financement octroyés par le MSSS. Le MSSS privilégie de plus en plus un financement non récurrent, mais répétitif plutôt qu'une augmentation de son financement récurrent. L'augmentation des budgets est ainsi « attachée » à une ligne de produits. Cela oblige l'INESSS et le MSSS à négocier de façon régulière une partie du budget et rend plus difficile une planification à moyen et à long termes des activités de l'INESSS.

Il faut préciser que jamais, au cours de cette évaluation, nous n'avons perçu une volonté de la part du MSSS d'imposer ou de réduire l'autonomie de l'INESSS. Cependant, le nombre de mandats en provenance du MSSS et la complexité de plus en plus grande de ces mandats font en sorte que l'INESSS a de moins en moins de marge de manœuvre pour prioriser des demandes du réseau, initier ses propres mandats ou encore réaliser davantage de mises à jour d'évaluations.

2.1.5 Attentes du MSSS à l'égard de l'INESSS

En créant l'INESSS, le gouvernement du Québec acceptait la recommandation du Groupe de travail sur le financement du système de santé et le principe d'un institut à caractère stratégique pour le réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, nous constatons que le « signal » gouvernemental à l'égard de l'INESSS n'a pas toujours été clair.

Commissaire à la santé et au bien-être

Malgré la recommandation du Groupe de travail sur le financement du système de santé, le gouvernement du Québec a fait le choix d'exclure le Commissaire à la santé et au bien-être à la nouvelle structure qui deviendra l'INESSS. Il faut rappeler que le Commissaire a un rôle stratégique d'importance, soit celui « ... d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. »³².

L'INESSS avait donc le rôle d'évaluer les avantages cliniques des technologies, des médicaments et des interventions pris séparément et non d'évaluer la dynamique d'ensemble d'une stratégie de soins, d'un programme ou de l'ensemble du système de santé.

Stratégie québécoise des sciences de la vie

En 2017, le gouvernement rend publique la Stratégie québécoise des sciences de la vie. Dans ce document, l'INESSS n'est mentionné qu'à deux endroits. Dans un premier temps, la Stratégie souligne qu'une unité vouée à l'évaluation des innovations technologiques sera créée au sein de l'INESSS, dont le mandat sera de définir une méthodologie optimisée et adaptée d'évaluation des technologies³³. Dans un deuxième temps, la Stratégie annonce la modification du processus d'évaluation des médicaments à caractère prometteur par l'INESSS pour mieux arrimer la production des avis en matière d'évaluation avec les avis de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).

Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux

La Stratégie québécoise des sciences de la vie annonce également la création du Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux qui aura également une portée stratégique d'importance, soit de mieux arrimer la connaissance actuelle avec les besoins du réseau. Le Bureau de l'innovation a notamment pour mandat de :

- déterminer, avec les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, les types d'innovations à intégrer de façon prioritaire;
- assurer la coordination des efforts en vue d'accélérer l'adoption des innovations pertinentes et efficaces.³⁴

³² QUÉBEC, *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*, RLRQ chapitre C-32.1.1, à jour au 1^{er} septembre 2020, c1, art. 2.

³³ *Ibid.* page 57.

³⁴ MSSS, *L'organisation et ses engagements*, repéré à <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/organismes-lies>.

Pour ces deux éléments de mandats³⁵, il nous apparaît que le Bureau de l'innovation devrait à tout le moins travailler en complémentarité avec les travaux de l'INESSS, voire d'agir en aval des décisions de l'Institut.

Pour l'instant, nous avons obtenu peu de renseignements à propos de ce Bureau. Aucune des personnes consultées dans le réseau ne nous a mentionné cet organisme. Celui-ci n'ayant pas de site Web, il nous a été difficile d'en apprendre davantage sur ses orientations et ses liens avec l'INESSS.

Absence de documents officiels décrivant les attentes du MSSS à l'égard de l'INESSS

En 2015, le rapport d'évaluation RCGT constatait que les attentes du MSSS avaient besoin de clarification. Il était recommandé que le MSSS confirme la place et le rôle précis que l'INESSS doit jouer dans le nouveau contexte du réseau de la santé et des services sociaux, entre autres, que le ministère clarifie sa vision de la nature et de la portée de la contribution attendue sur le plan de l'implantation des recommandations et de leur suivi.

Depuis, rien d'officiel n'a été produit. Les recommandations du rapport d'évaluation RCGT avaient fait débat, autant au ministère qu'à l'INESSS. Le ministère a transmis une réponse visant à clarifier le rôle de l'INESSS, mais encore aujourd'hui, cette réponse du ministère n'est pas considérée comme officielle, mais plutôt comme un document de travail.

Officielles ou non, la correspondance et les discussions de l'époque entre le ministère et la direction de l'INESSS indiquaient clairement que c'était au ministère d'assumer le leadership au regard de la gouvernance clinique. En tant que décideur et orienteur du système, le ministère mobilise les acteurs du réseau dans la mise en œuvre et le suivi des orientations et des directives ministérielles. À cet égard, le rôle de l'INESSS se positionne en appui aux orientations ministérielles. L'INESSS mobilise l'expertise et la connaissance et, au besoin, agit en soutien au leadership du ministère.

Ce positionnement ministériel a fait en sorte que les activités de transfert des connaissances de l'INESSS se sont davantage axées vers des outils de diffusion et de communication que vers des outils d'implantation, de gestion du changement et de gouvernance clinique.

³⁵ Il faut préciser que ces deux éléments de mandats cités ne constituent qu'une partie du mandat du Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux. Celui-ci a également un volet qui est en lien avec l'entreprise privée.

2.1.6 Capacité de l'INESSS à couvrir le champ des services sociaux

Pour la période couverte par l'évaluation, les entrevues réalisées et l'analyse des plans triennaux d'activités nous indiquent que beaucoup d'efforts ont été investis par l'INESSS pour mieux desservir ce champ d'activité.

À sa création, en 2011, l'INESSS avait tout à construire. Le rapport d'évaluation RCGT a d'ailleurs souligné le travail accompli au cours des cinq premières années pour déployer une offre de services adaptée au secteur des services sociaux. De façon générale, les personnes consultées à l'époque notaient une adaptation graduelle des approches méthodologiques de l'INESSS au contexte des services sociaux, comme en témoignait l'évolution, depuis sa première version en 2012, du Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux.

La première évaluation a également souligné qu'il y avait encore des critiques quant au nombre limité de productions scientifiques dans le secteur des services sociaux. De plus, l'adaptation des approches méthodologiques de l'INESSS au contexte des services sociaux ne se serait pas faite au rythme souhaité et « elle demeure à ce jour (en 2015) entravée par l'influence prédominante de la culture médicale qui prévaut au sein de l'organisation et par la difficulté des spécialistes du secteur des services sociaux de faire valoir auprès de leurs collègues du secteur de la santé la nécessité de recourir à des approches différentes ou plus flexibles en l'absence de données probantes (ex. le recours au consensus d'experts) ». ³⁶

État de la situation

Il est généralement admis par les personnes consultées que la direction de l'INESSS accorde toute l'importance nécessaire au secteur des services sociaux. Nos consultations indiquent que l'INESSS est dans un processus d'amélioration continue afin d'adapter son approche au secteur des services sociaux. Autant la Direction générale que la Direction des services sociaux sont conscientes de l'importance de parfaire l'approche de l'INESSS en la matière. Par ailleurs, il est difficile de porter un jugement précis sur la capacité de l'INESSS à couvrir le champ des services sociaux.

L'analyse des mandats d'évaluation inscrits dans les plans triennaux d'activités (PTA) indique que 45 mandats d'évaluation ont été inscrits au PTA 2016-2019 dans le secteur des services sociaux. Pour le PTA actuel, 31 mandats sont inscrits et d'autres mandats pourront s'ajouter au cours des prochaines mises à jour. En proportion des mandats inscrits au PTA, les mandats du secteur des services sociaux représentaient 21 % des mandats inscrits au PTA 2016-2019 et 14 % des mandats inscrits au PTA 2019-2020.

Comme il est indiqué au tableau 4, les mandats dans le secteur des services sociaux amènent surtout la production de produits sans recommandations tels que des états de connaissances et des états de pratiques.

³⁶ RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON. *op. cit.* page 66.

Il faut souligner que les mandats d'évaluation inscrits au PTA sont, pour la plupart, générés par une demande du MSSS. Le nombre de mandats réalisés, la nature de ces mandats et le type de produits demeurent donc en grande partie tributaires des besoins du MSSS.

Sans que nous soyons en mesure de le quantifier, il s'avère que, dans le secteur des services sociaux, le ministère tend à donner plus de mandats (toutes proportions gardées) à des instituts universitaires ou à des groupes de recherche, ce qu'il ne fait pas pour le secteur de la santé.

TABLEAU 4

Nombre et types de produits prévus aux plans triennaux d'activités dans le secteur des services sociaux

CATÉGORIES DE PRODUITS	PTA		TOTAL
	2016-19	2019-22	
État des connaissances	4	15	19
État des pratiques	6	10	16
Avis	4	3	7
Contribution d'expertise	6	0	6
Guides et normes	0	4	4
Soutien à l'implantation	4	0	4
Cadre de référence clinique	3	0	3
Rapport	3	0	3
Outils	2	0	2
Guide de pratique	2	0	2
Revue de littérature	2	0	2
Bilan annuel	1	0	1
Canevas d'un rapport d'évaluation	1	0	1
Portrait d'usage	1	0	1
Portrait de trajectoire de services	1	0	1
Revue systématique	1	0	1
Non déterminé	8	3	10
Nombre total de produits	49	35	84
Nombre total de mandats inscrits aux PTA	45	31	76

Source : Compilation de Sogémap à partir des renseignements contenus dans les PTA 2016-2019 et 2019-2022.

Un problème de perception ou de notoriété

Au cours de nos consultations, nous avons entendu ce que le RCBG avait également souligné dans son rapport, soit la dichotomie entre les sciences sociales (plus qualitatives) et les sciences de la santé (plus quantitatives). Dans certains milieux, l'INESSS semble encore être associé aux organismes de santé qui ont précédé sa création (AETMIS et Conseil du médicament). On reproche encore aujourd'hui à l'INESSS de transposer l'approche méthodologique en santé aux services sociaux. Par exemple, la qualité de la preuve et la qualité des évidences scientifiques sont des approches utilisées en santé qui s'appliquent plus difficilement dans le secteur des services sociaux. Cette affirmation est-elle vraiment fondée ? Nous ne sommes pas en mesure de le démontrer. Par ailleurs, les développements méthodologiques en cours nous

laissent espérer une plus grande hybridation des approches, soit plus de quantitatif dans les services sociaux et plus de qualitatif en santé.

Il se peut que cette perception de l'INESSS comme un organisme qui a de la difficulté à adapter son approche méthodologique aux services sociaux soit due à la difficulté de l'Institut de percer le secteur des services sociaux. Nous avons reçu plusieurs commentaires à cet effet, indiquant que la notoriété et l'utilisation des produits de l'INESSS sont beaucoup moins élevées dans le secteur des services sociaux que dans celui de la santé. Il y aurait encore trop peu de chercheurs et d'intervenants dans le secteur des sciences sociales qui se réfèrent aux produits de l'INESSS.

Il se peut également que certains produits qui ont été mal reçus par le passé aient fait en sorte de catégoriser l'INESSS et d'alimenter les préjugés à son égard. Des personnes consultées ont indiqué que, par le passé, l'INESSS avait de la difficulté à contextualiser la connaissance au modèle québécois de sorte que les recommandations étaient inapplicables. Toujours selon ces mêmes personnes, l'INESSS aurait fait des pas de géant au cours des dernières années, mais certaines perceptions demeurent auprès des représentants du secteur des services sociaux.

2.1.7 Gestion par résultats et reddition de comptes

Nécessité de mieux utiliser les données administratives dans la gestion des activités de l'INESSS

Nous avons constaté dans le cadre de l'évaluation que, malgré le fait que beaucoup de données administratives soient compilées, peu sont rendues publiques ou traitées de façon systématique dans une optique de suivi des activités. Il devient alors difficile d'avoir une vue d'ensemble des activités de l'INESSS et de la performance des processus de production.

Par exemple, aucun document ne permet de connaître rapidement le nombre de productions annuelles de l'INESSS par type de produits par grand secteur d'activité (santé, services sociaux et médicaments). Il faut en faire la demande. Si l'on veut obtenir cette information sur plusieurs années, l'exercice devient complexe, puisque la typologie des produits n'est plus la même. Pour des demandes plus précises comme le temps de production d'un produit, l'exercice est encore plus difficile et la comparaison sur une période de plusieurs années devient impossible.

Nous constatons que la direction de l'INESSS a donc beaucoup travaillé ces dernières années sur la fluidité de ses processus de production, la collaboration interdisciplinaire, la définition des rôles des comités permanents et les relations avec le ministère et l'industrie pharmaceutique, sans se donner les outils nécessaires pour bien évaluer l'efficacité et l'efficacité de ses actions.

Reddition de comptes à bonifier

La moins grande utilisation des données administratives dans la gestion quotidienne de l'INESSS a une incidence directe sur la reddition de comptes. Actuellement, la reddition de comptes se fait par l'entremise du rapport annuel de gestion et les mises à jour du plan triennal d'activités. Sur les activités réalisées, ces documents sont beaucoup moins précis que ne l'étaient les rapports d'activités, dont le dernier est paru

en 2015-2016. Bien que certaines informations aient été intégrées au rapport annuel de gestion, celui-ci n'offre pas le contenu détaillé du rapport d'activité. À titre indicatif, ce rapport présentait notamment des renseignements sur :

- le nombre et le type de demandes déposées au guichet de services;
- la liste des publications produites dans l'année par types de publications et domaines d'expertise;
- la liste des outils de transfert des connaissances et webinaires produits, et la publication scientifique qui y était associée;
- le nombre d'évaluations scientifiques et le nombre de produits évalués ou réévalués dans le secteur du médicament;
- la liste des projets menés en collaboration;
- la liste d'activités réalisées dans le développement scientifique et méthodologique;
- la liste des principales communications scientifiques;
- des exemples d'articles scientifiques;
- des exemples de présentations;
- des exemples d'affiches scientifiques;
- la liste des mentions de l'INESSS dans les médias.

Maintenant que l'INESSS ne publie plus de rapports d'activités, il devient très difficile de déterminer l'ampleur de ses activités. Encore une fois, il faut souligner que dans bien des cas, l'information existe, mais qu'elle n'est pas compilée.

Cette situation empêche également la direction de l'INESSS, le personnel et les membres du conseil d'administration d'avoir une vision juste de l'évolution des activités.

Le plan triennal d'activités

La mise à jour du plan triennal d'activités apporte un complément d'information au rapport annuel de gestion en présentant les plans d'activités de chacune des directions scientifiques et précise, pour chaque thématique, les activités scientifiques réalisées, en cours de réalisation ou prévues. À cela s'ajoutent les grands chantiers internes sur les plans méthodologique et organisationnel.

Le plan triennal d'activités est davantage utilisé lors de sa première version pour convenir avec le ministère des grandes orientations de l'INESSS et positionner les mandats de l'INESSS à l'intérieur de ces orientations. Il est donc davantage un document d'orientation qu'un outil de reddition de comptes quantitatif sur les activités réalisées.

Des objectifs qui demeurent à bonifier

L'analyse sur les fondements a indiqué que ni le Comité d'implantation de l'INESSS, ni la Loi, ni le ministère n'ont défini d'objectifs de résultats à l'égard de l'INESSS. Seuls les éléments de la mission, définis dans la Loi, nous ont permis d'établir une logique d'intervention en identifiant ce que nous avons appelé les cibles d'intervention, soit les éléments sur lesquels le législateur désirait obtenir des résultats par la mise en œuvre de l'INESSS.

Dans son Plan stratégique 2016-2020, l'INESSS a partiellement comblé ce vide en identifiant des objectifs et des indicateurs pour le soutenir dans la gestion de son organisation ainsi que dans l'amélioration de ses produits.

Comme nous l'avons indiqué, le Plan stratégique 2016-2020 a permis de fixer des objectifs en fonction des cinq grandes orientations de l'INESSS :

1. Soutenir efficacement l'amélioration continue des pratiques;
2. Assurer la justesse de nos recommandations;
3. Optimiser les efforts en ETMI au Québec;
4. Accroître notre agilité organisationnelle;
5. Mobiliser le personnel.

Les objectifs ainsi fixés et les indicateurs qui permettent de mesurer leur atteinte constituent une amélioration importante par rapport à ce qui existait avant 2016.

Le tableau 5 reproduit les objectifs, les indicateurs et les résultats qui ont été présentés dans le rapport annuel de gestion 2019-2020. Une première analyse de ce tableau indique que l'INESSS a développé plusieurs indicateurs et est capable de mesurer ces indicateurs sur une base annuelle. Résultat : l'INESSS atteint la majorité des objectifs fixés.

Comme nous l'avons déjà souligné, les indicateurs demeurent très orientés sur la qualité des produits et beaucoup moins sur les résultats engendrés par ces produits. Dans une optique de gestion par résultats, il serait important que l'INESSS puisse se donner des objectifs quantifiés et mesurables en lien avec les résultats attendus sur la prise de décision, l'adoption de nouvelles pratiques, l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources.

Les résultats de nos consultations indiquent que bon nombre de représentants du réseau qui utilisent et apprécient les produits de l'INESSS aimeraient maintenant connaître l'effet réel de ces produits sur la qualité des soins, son efficacité et même sur l'efficacité du système de santé. Ces représentants du réseau ont beaucoup d'attentes à l'égard de l'INESSS et souhaiteraient savoir ce qu'il advient des avis ou recommandations et si ces avis ou recommandations ont été suivis et s'ils ont donné des résultats concrets. Définir des objectifs aurait l'avantage de cadrer les attentes.

TABLEAU 5
Résultats mesurés par l'INESSS sur l'atteinte des cinq objectifs du Plan stratégique 2016-2020

OBJECTIFS ¹	INDICATEURS TELS QUE PRÉSENTÉS DANS LE PLAN STRATÉGIQUE	CIBLE / RÉSULTATS OBTENUS
1.1.1 Éclairer les choix de priorités en fonction du potentiel d'impact	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des nouveaux projets inscrits au plan triennal d'activités dont le potentiel d'impact a été évalué 	Cible = 80 % Résultats = 87,5 % ✓
1.2.1 Répondre aux besoins décisionnels en temps opportun	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de projets de pertinence clinique réalisés dans le cadre de l'objectif 9 du plan stratégique du MSSS 	Indicateur non mesuré
	<ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction à l'égard de nos produits parmi les demandeurs 	Cible = 85 % Résultats = 79,1 % ✓
1.3.1 Outiller efficacement les acteurs du réseau responsables de l'implantation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des intervenants ciblés pour un produit qui ont déclaré utiliser les recommandations de l'INESSS pour éclairer la prise de décision dans leur pratique 	Cible = 40 % Résultats = 55,8 % ✓
1.4.1 Instrumenter le suivi de la performance clinique en lien avec nos recommandations	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des thématiques du plan triennal d'activités pour lesquelles des recommandations accompagnées de critères d'évaluation de la performance clinique ont été publiées 	Cible = 40 % Résultats = 45,5 % ✓
2.1.1 Structurer la contribution des usagers et des proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de produits avec recommandations qui ont intégré la perspective des patients, des usagers et des proches aidants 	Cible = 50 % Résultats = 45,5 %
	<ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction des patients, des usagers et des proches aidants à l'égard de leur contribution aux travaux 	Cible = 80 % Résultats = Absence de résultats
2.1.2 Mobiliser les savoirs et les expertises des acteurs du réseau	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un conseil scientifique (CS) 	Réalisé
	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de comités d'excellence clinique (CEC) 	Réalisé
	<ul style="list-style-type: none"> Taux de participation des membres du CS et des CEC 	Cible = 80 % Résultats = 85 % ✓
	<ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction des membres des comités à l'égard de leur contribution effective aux travaux 	Cible = 85 % Résultats = Non mesurés en 2020
3.1.1 Concorder notre programmation en évaluation avec celles des établissements universitaires	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de projets du plan triennal d'activités réalisées en collaboration avec les établissements universitaires 	Cible = 70 % Résultats = 80 % ✓
4.1.1 Améliorer l'efficacité et la qualité de nos produits	<ul style="list-style-type: none"> Taux de conformité des produits aux normes de qualité établies par le conseil scientifique 	Cible = 80 % Résultats = Mesure non établie
	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des projets comprenant des collaborations entre thématiques 	Cible = 50 % Résultats = 58 % ✓
	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des projets réalisés à l'intérieur des délais convenus 	Cible = 85 % Résultats = 91,2 % ✓
5.1.1 Offrir un environnement de travail exemplaire	<ul style="list-style-type: none"> Obtention d'une certification « Entreprise en santé » 	Certification obtenue

Source : INESSS, Rapport annuel de gestion 2019-2020.

2) La numérotation des objectifs correspond à celle du Plan stratégique 2016-2020.

3) ✓ = cible atteinte

2.1.8 Clientèles

A MSSS

Le MSSS comme initiateur de mandats

Le rapport d'évaluation RCGT avait pu démontrer que, de 2012 à 2015, il y avait annuellement entre un et quatre mandats qui provenaient du réseau de la santé et des services sociaux. Le reste des mandats étaient soit initiés par l'INESSS ou provenaient des directions ministérielles.

Le plan triennal d'activités de l'INESSS n'indique pas la provenance des mandats d'évaluation. Malgré l'absence de données précises sur la provenance des mandats, le MSSS demeure toujours le principal initiateur de mandats. En fait, bien qu'il existe un lien sur le site de l'INESSS pour accueillir des « demandes du milieu »³⁷, très peu de demandes proviennent de l'extérieur du MSSS et, lorsqu'il y en a, l'INESSS en discute avec le MSSS afin de juger de leur pertinence et de leur priorisation.

Pour ce qui est des demandes du MSSS, nous ne disposons pas de données sur leur provenance à l'intérieur du ministère. Cependant, nous savons que la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, la Direction nationale du programme québécois de cancérologie et la Direction des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique sont les principaux demandeurs au MSSS.

Les consultations réalisées nous indiquent que les directions du MSSS sont très satisfaites de leur relation avec l'INESSS, de la façon dont les équipes respectives travaillent au quotidien et de la qualité des produits.

Les délais de réalisation des mandats demeurent toujours un point à améliorer, mais les personnes que nous avons consultées comprennent que ces délais ne sont pas dus à un manque d'organisation ou de productivité de l'INESSS, mais bien à l'approche rigoureuse et à la qualité du produit.

Certains propos recueillis nous portent à croire que le type de produits (réponses rapides) réalisés par l'INESSS durant la période de pandémie est susceptible d'intéresser les directions ministérielles pour d'autres thèmes de recherche. En effet, lors de nos discussions avec les représentants du MSSS, plusieurs ont souligné qu'ils aimeraient recevoir à l'occasion une réponse sommaire de l'INESSS sans recevoir « la totale », comprenant ici la démarche rigoureuse habituelle. Les réponses rapides traitant de la COVID ayant eu une forte diffusion et ayant été appréciées, ce type de produits risque d'être en demande au cours des prochains mois. Elles répondent assurément à un besoin, mais elles constituent par ailleurs un produit qui ne doit pas prendre trop d'importance à l'intérieur de l'offre de services.

³⁷ Source : <https://www.inesss.qc.ca/a-propos/collaborateurs-institutionnels/deposer-une-demande/demande-de-projet-guichet-unique.html>

Utilisation optimale de l'INESSS

Nous ne sommes pas en mesure de déterminer si le MSSS utilise l'INESSS de façon optimale. Tous les mandats qui devraient être donnés à l'INESSS le sont-ils réellement? Y a-t-il des directions qui sous-utilisent l'INESSS et d'autres qui le surutilisent? Ces questions sont importantes dans la mesure où les mandats du MSSS ont une incidence importante sur les activités scientifiques de l'INESSS et la production de connaissances. Une sous-utilisation de l'INESSS dans certains secteurs signifie bien entendu que l'Institut produit peu dans ces secteurs.

Le MSSS comme utilisateur des produits de l'INESSS

Dans le cas des évaluations de médicaments aux fins d'inscription, la situation est claire : le MSSS demande un avis à l'INESSS dans le but de prendre une décision éclairée et détermine les modalités appropriées. À notre connaissance, le MSSS fait systématiquement siennes les recommandations de l'INESSS, de sorte que l'impact des avis sur la prise de décision est optimal.

La situation est fort différente pour les autres produits de l'INESSS. Dans un premier temps, il est difficile de déterminer pour chaque mandat donné à l'INESSS l'objectif qui est réellement poursuivi par le MSSS (prendre une décision, acquérir de la connaissance, actualiser ou améliorer les services, développer un plan d'action, etc.). Dans un deuxième temps, nous ne connaissons pas non plus les actions prises à la suite de la réception du produit de l'INESSS. Le MSSS ne compile pas ce genre de renseignements et n'informe pas systématiquement l'INESSS des actions qui ont été prises.

Malgré l'absence de données précises sur les objectifs poursuivis par le ministère et les actions prises après réception du produit, les représentants des directions ministérielles consultés nous confirment l'utilité des produits de l'INESSS et leur pertinence.

B. Réseau de la santé et des services sociaux

Pour le réseau, il faut distinguer le secteur de la santé de celui des services sociaux.

Forte notoriété dans le secteur de la santé

Dans le cas du secteur de la santé, nous pouvons affirmer que la notoriété de l'INESSS est excellente. Par notoriété nous entendons la connaissance de l'INESSS et la reconnaissance de celui-ci comme un institut d'excellence rigoureux qui publie des produits de grande qualité.

Toutes les personnes consultées dans le cadre de l'évaluation soulignent la rigueur de l'INESSS et la qualité de ses produits. Plusieurs mentionnent également le fait que l'INESSS ne travaille pas en vase clos. Il fait appel aux experts du milieu, ce qui lui donne une grande crédibilité et donne force aux avis, guides ou normes publiés.

Les entrevues que nous avons menées vont dans le même sens que les résultats que publie l'INESSS sur le suivi de sa clientèle.³⁸ Ces résultats démontrent la satisfaction à l'égard des produits, leur pertinence et leur utilité.

L'INESSS comme principale référence en matière de santé

Le sondage Web³⁹ que nous avons réalisé auprès de représentants du réseau de la santé et des services sociaux résume bien la perception que nous avons eue dans le cadre des entrevues individuelles. L'INESSS demeure la principale source de renseignements. Plus de la moitié (53,2 %) des répondants au sondage ont indiqué que l'INESSS était, dans le cadre de leurs fonctions, la source d'information à laquelle ils accordaient le plus d'importance. Les autres instituts (CADTH, NICE, HAS, Cochrane, etc.) ont une importance beaucoup moins grande.

Il semble que, du côté de la communauté anglophone, les produits de l'INESSS soient moins utilisés. Plusieurs préféreraient se référer aux grands organismes anglo-saxons comme NICE et ne verraient pas l'intérêt, selon eux, d'une contextualisation de la connaissance en fonction d'un point de vue québécois. Ce constat demeure à documenter, mais s'il s'avère exact, il nous apparaît problématique, dans la mesure où l'INESSS produit de la connaissance qui s'adresse à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Moins grande notoriété dans le secteur des services sociaux

Dans le secteur des services sociaux, la situation est plus nuancée. Comme nous l'avons déjà indiqué, il nous semble que, dans ce secteur, la notoriété de l'INESSS ne soit pas optimale. Évidemment, notre constat est basé sur un faible nombre de représentants de ce secteur. Il n'en demeure pas moins que plusieurs personnes consultées constatent que dans leur milieu, les produits de l'INESSS sont peu utilisés. Dans ces milieux, l'INESSS est considéré comme un organisme davantage lié au secteur de la santé et dont les produits demeurent moins pertinents pour eux. L'INESSS ne constituerait donc pas une référence aussi importante qu'elle peut l'être dans le secteur de la santé.

L'INESSS répond à sa mission

De façon générale les personnes consultées indiquent que l'INESSS répond à sa mission.

Dans le cadre du sondage Web, nous avons demandé aux répondants d'indiquer, sur une échelle de 0 à 10, leur perception à l'égard de la capacité de l'INESSS à s'acquitter de chaque élément⁴⁰ de sa mission (tableau 6). Les scores les plus élevés ont été obtenus sur les éléments perçus comme étant les activités premières de l'INESSS, soit l'évaluation des médicaments, l'évaluation des technologies et des

³⁸ INESSS, *Évaluation de l'impact des produits de connaissances de l'INESSS*, octobre 2019, 22 pages.

INESSS, *Satisfaction des utilisateurs des produits de connaissances de l'INESSS*, août 2018, 30 pages.

³⁹ Quarante-neuf personnes ont participé au sondage. Celles-ci provenaient des groupes suivants : membres de la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et des services, directeurs des services professionnels d'un CISSS ou d'un CIUSSS, chefs de départements régionaux de médecine générale (DRMG) et PDGA.

⁴⁰ L'article 5 de la Loi décrit la mission de l'INESSS en dix points. Pour les fins de l'exercice, nous avons regroupé les éléments 8 et 9 qui portent sur les recommandations au ministre dans le cadre de la mise à jour des listes de médicaments.

interventions, de même que l'élaboration des recommandations et des guides de pratiques visant l'usage optimal. Des scores plus faibles ont été obtenus pour les éléments suivants :

- déterminer, dans les recommandations, les critères d'évaluation de la performance;
- mettre à jour les recommandations;
- favoriser la mise en application des recommandations;
- promouvoir et soutenir le développement de l'évaluation.

TABLEAU 6

Perception à l'égard de la capacité de l'INESSS à s'acquitter de sa mission et éléments sur lesquels la priorité devrait être accordée

ÉLÉMENTS DE LA MISSION	PERCEPTION À L'ÉGARD DE LA CAPACITÉ DE L'INESSS À S'ACQUITTER DE SA MISSION (SCORE MOYEN SUR 10)	PROPORTION DE RÉPONDANTS AYANT INDIQUÉ QUE L'ÉLÉMENT DE LA MISSION DEVRAIT ÊTRE CONSOLIDÉ OU DÉVELOPPÉ PAR L'INESSS
1° évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;	8/10	24,5 %
2° élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal de ces technologies, médicaments et interventions en santé et en services sociaux personnels;	8,2/10	30,6 %
3° déterminer, dans ses recommandations et guides, les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de suivi de ceux-ci conformément aux meilleures pratiques de gouvernance clinique;	7,7/10	34,7 %
4° maintenir à jour ses recommandations et guides, les diffuser aux intervenants du système de santé et de services sociaux et les rendre publics, accompagnés de leurs justifications et des informations utilisées pour leur élaboration;	7,92/10	42,9 %
5° favoriser la mise en application de ses recommandations et guides par divers moyens de sensibilisation, d'information et de transfert de connaissances;	6,78/10	49,0 %
6° promouvoir et soutenir le développement de l'évaluation scientifique à l'égard des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;	7,65/10	24,5 %
7° faire les consultations qu'il estime appropriées préalablement à l'élaboration de ses recommandations et guides afin que soient prises en compte les opinions des groupes intéressés et de la population;	7,7/10	20,4 %
8° et 9° faire des recommandations au ministre dans le cadre de la mise à jour de la liste des médicaments;	8,28/10	12,2 %
10° définir les méthodes utilisées pour élaborer chacune des catégories de recommandations et guides visées aux paragraphes 2°, 8° et 9° et les rendre publiques;	8,28/10	6,1 %

Source : Sondage Sogémap auprès de représentants du réseau (n=49)

Fait intéressant : lorsque nous avons demandé aux répondants d'identifier les éléments de la mission qui devraient être consolidés ou développés par l'INESSS, ce sont ceux qui ont une forte valeur ajoutée au mandat d'évaluation qui ont été identifiés, soit la mise à jour des recommandations (42,9 % des répondants l'ont identifié) et la mise en application des recommandations et guides (49,0 % l'ont identifié).

C. *Ordres professionnels et associations*

Les entrevues réalisées auprès des ordres professionnels et des associations nous indiquent que l'INESSS a une excellente relation avec cette clientèle. En fait, les ordres et les associations ne sont pas uniquement des utilisateurs des produits de l'INESSS mais également des partenaires, dans la mesure où ils sont appelés à collaborer avec l'Institut dans le cadre de rencontres pluriannuelles pour discuter des enjeux de leur secteur, à collaborer à des mandats de l'INESSS ou encore à y référer des membres pour agir à titre d'experts. Aux dires des personnes consultées, cette collaboration ajoute à la crédibilité de l'INESSS, dans la mesure où l'expertise des milieux est mise à contribution.

Les ordres professionnels et les associations ne donnent pas directement de mandats à l'INESSS. Cependant, à la suite de discussions avec l'INESSS, l'Institut peut prendre en compte leurs préoccupations et intégrer un mandat à son PTA après en avoir discuté avec le MSSS.

D. *Industries*

Nous avons consulté deux représentants d'associations regroupant des entreprises du secteur du médicament et du secteur des technologies en santé. Les relations de ces associations avec l'INESSS sont jugées excellentes. Comme pour les ordres professionnels, l'INESSS a des contacts pluriannuels avec ces associations. Les représentants constatent également que l'INESSS a amélioré ses processus d'évaluation au cours des dernières années et qu'il est plus efficace et transparent.

E. *Patients partenaires et population*

Comme nous l'avons souligné en première partie, le point de vue du patient demeure une préoccupation pour l'INESSS et c'est pour cette raison que l'Institut fait de plus en plus appel à des citoyens pour siéger à ses comités.

Pour ce qui est de la population, il faut rappeler que l'INESSS rend disponibles tous ses produits sur son site Web. Sauf exception, ces produits sont disponibles, mais ils ne sont pas produits en prévision d'être lus par le grand public. Les efforts de diffusion le sont surtout pour maximiser l'utilisation des produits dans le réseau de la santé et des services sociaux.

2.2 Conformité à l'égard de la Loi

2.2.1 Mission

L'offre de services actuelle demeure conforme à la Loi. Elle couvre l'ensemble des dix éléments de mission prévus à l'article 5. Par ailleurs, plusieurs commentaires provenant de représentants du réseau de la santé et des services sociaux indiquent que l'INESSS pourrait en faire davantage sur le plan de la mise à jour et de la mise en application des recommandations et guides qu'il produit.

Nous avons déjà souligné que les paragraphes 4 (mise à jour) et 5 (mise en application) de l'article 5 de la Loi sont des éléments de mission qui laissent place à une relative autonomie de l'INESSS. Sur ce plan, nous constatons que l'INESSS n'a pas pris toute la place que lui permet la Loi et qui serait souhaitée par les représentants du réseau de la santé et des services sociaux.

Dans le cas des mises à jour, certaines personnes consultées soulignent le fait qu'il est problématique de laisser certains documents sur le site Web alors que la connaissance actuelle nécessiterait d'actualiser les recommandations.

Pour ce qui est de la mise en application des recommandations, la Loi permet des activités de « sensibilisation », « d'information » et de « transfert de connaissances », ce qui confère une plus grande proactivité de l'INESSS et une action en aval des recommandations et guides qu'il produit. La mission première de l'INESSS prend alors tout son sens, puisqu'elle donne à l'INESSS le rôle de « promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. »

2.2.2 Gouvernance

Table de concertation

La Table de concertation est un élément important de la Loi et pourtant, elle a été inactive au cours des dernières années. De plus, il semble que lorsqu'elle était active, son rôle avait été considérablement dilué par rapport à ce qui était prévu dans la Loi. C'est du moins ce que le rapport d'évaluation RCGT concluait en 2015.

L'article 40 de la Loi stipule que l'INESSS doit constituer une Table de concertation pour les secteurs de la santé et des services sociaux. Cette table doit être représentative des intervenants et des groupes à qui s'adressent les recommandations et guides de l'INESSS.

Le rôle de cette Table est celui-ci : « Conseiller l'Institut dans la détermination des sujets prioritaires à examiner de même (que) favoriser des approches concertées pour l'implantation des recommandations formulées par l'Institut et des guides produits par ce dernier. »

Le rôle de la Table est fondamental. Elle permet à l'INESSS de se « distancer » du MSSS et d'acquérir une certaine autonomie, voire une certaine indépendance d'action, notamment lors de la préparation de son

PTA. Avec une Table de concertation qui jouera pleinement son rôle, l'INESSS pourra produire un prochain PTA qui tiendra davantage compte des préoccupations du réseau.

Au moment où nous rédigeons le présent rapport, l'INESSS nous informe que le ministre a donné son accord pour que l'Institut initie le processus de recrutement des membres de la Table de concertation afin que celle-ci soit effective le plus rapidement possible. Elle devrait être constituée de cinq cliniciens de différentes disciplines, cinq gestionnaires et cinq citoyens.

Relations MSSS-INESSS

Nous avons pu constater la volonté du ministère et de l'INESSS de mieux encadrer leurs relations. Faute d'un cadre formel, certains observateurs indiquent que cette relation est fortement influencée par les personnes en place. Ainsi, un changement de ministre, de répondants ministériels ou de représentants de la direction de l'INESSS peut influencer positivement ou négativement les relations MSSS-INESSS.

La Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité a élaboré un modèle de gouvernance MSSS-INESSS, qui a été implanté en septembre 2019. Ce modèle de gouvernance semble avoir pour objectif de clarifier les rôles de chacun et de coordonner les demandes des directions ministérielles sans pour autant alourdir les processus et le lien de collaboration entre ces directions et l'INESSS.

Il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de ce modèle. Par ailleurs, il nous semble y avoir un danger à trop encadrer les relations qui existent actuellement entre les équipes de l'INESSS et certaines directions ministérielles considérées comme les principales utilisatrices des services de l'INESSS. Comme nous l'avons déjà souligné, ces équipes ont développé des façons de travailler très efficaces. D'un autre côté, nous comprenons la volonté du ministère de mieux coordonner ces demandes auprès de l'INESSS et d'en faire le suivi.

Il faut préciser qu'au moment où nous avons réalisé les entrevues auprès de représentants du MSSS et de l'INESSS, très peu de personnes nous ont parlé de ce nouveau modèle de gouvernance. Est-ce le signe que ce modèle n'était pas encore réellement implanté? Il semble bien que oui. Dans cette optique, les relations MSSS-INESSS n'ont pas autant progressé au cours des cinq dernières années que ce qu'aurait souhaité la direction de l'INESSS.

2.2.3 Accès aux données

Une des évolutions les plus importantes pour l'INESSS est la conclusion de l'entente tripartite sur l'utilisation des données médico-administratives entre le MSSS, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et l'INESSS. Cette entente porte sur la communication de renseignements nécessaires à la réalisation d'études et d'évaluations faites en application de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016.

Approuvée par la Commission d'accès à l'information, cette entente sert à la réalisation de projets inscrits au Plan triennal d'activités 2019-2022 de l'INESSS. Tel qu'indiqué dans le rapport annuel de la RAMQ⁴¹, pour l'année financière 2019-2020, ce sont 89 projets inscrits au PTA de l'INESSS (dont 12 sont des avis multiples) qui utilisent les données médico-administratives de l'entente.

Il faut rappeler que l'accès aux données est prévu à l'article 12 de la Loi. Cet article stipule que : « Un organisme public au sens de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1) qui détient des renseignements dont la nature est reliée à la mission de l'Institut doit fournir à ce dernier les renseignements non personnels qu'il demande et qui sont nécessaires à l'application de la présente loi. »

L'entente tripartite constitue donc un élément important de conformité à la Loi. De plus, l'accès aux données sera sans doute un élément de développement important au cours des cinq prochaines années ne serait-ce que dans le suivi d'indicateurs significatifs et de continuum de soins et de services.

D'autres ententes pourront éventuellement être conclues avec d'autres organismes publics.

⁴¹ RAMQ, *Rapport annuel de gestion 2019-2020*, page 35.

2.3 Effets

Comme nous l'avons indiqué en première partie du présent rapport, les effets attendus de l'INESSS sont de trois ordres. À court terme (cibles directes), l'INESSS se doit de produire de la connaissance, et cette connaissance se doit d'être diffusée aux parties prenantes, soit le MSSS et les personnes et organismes à qui s'adresse la connaissance.

Par la suite, la connaissance acquise par les parties prenantes doit être utilisée en vue d'une prise de décision et d'adoption de nouvelles pratiques (cibles intermédiaires).

Finalement, la prise de décision et l'adoption de nouvelles pratiques par les parties prenantes doivent avoir pour effet de contribuer à l'excellence clinique et à l'utilisation efficace des ressources (cibles ultimes).

Production de connaissances et diffusion

L'INESSS publie annuellement un nombre important de produits de connaissances sous différentes formes (avis, guides et normes, états des pratiques et états des connaissances).

Les personnes consultées sont unanimes : il s'agit de produits d'une grande qualité. Ceux qui suivent l'INESSS depuis plusieurs années y ont vu également une amélioration des produits sur le plan de la rigueur méthodologiques et de la pertinence.

Ces produits sont disponibles sur le site de l'INESSS et ils sont également diffusés par l'Institut, notamment par l'entremise de listes de diffusion. Les ordres professionnels et les associations, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de même que différents regroupements peuvent également jouer le rôle de diffuseurs des produits de l'INESSS lorsqu'ils le jugent pertinent.

Nous concluons que, sur le plan de la production et de la diffusion de connaissances, l'INESSS obtient les effets attendus. Il se peut par ailleurs que dans le secteur des services sociaux, des gains significatifs puissent encore être faits au cours des prochaines années.

Sur le plan de la production, nous notons que certains représentants du réseau de la santé souhaiteraient que l'INESSS produise également de la connaissance sur des services de base. On reproche souvent à l'INESSS de se concentrer sur des services très spécialisés qui ne concernent que très peu de patients ou d'établissements de santé.

Utilisation des connaissances dans la prise de décision et adoption de nouvelles pratiques

Les consultations réalisées indiquent que les produits de l'INESSS, notamment les avis et les recommandations, font partie intégrante de la prise de décision au MSSS et dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Ce qui est difficile, voire impossible à identifier, c'est l'ampleur de l'effet des produits de l'INESSS sur la prise de décision et l'adoption de nouvelles pratiques. En d'autres mots : quantifier l'effet de l'INESSS.

Nous avons déjà indiqué que l'effet des avis de l'INESSS est optimal au MSSS pour le secteur du médicament. Pour ce qui est des autres secteurs, nous savons que l'INESSS a un effet, mais que, pour le quantifier, il faudrait faire un suivi de chaque produit en identifiant quel objectif décisionnel était rattaché au mandat et quelle décision a été prise une fois le produit livré. À notre avis, le ministère devrait réaliser cet exercice. Dans une optique d'amélioration continue, le MSSS devrait informer l'INESSS du suivi de chaque mandat.

Dans le cas du réseau de la santé et des services sociaux, il est difficile de déterminer l'effet des produits de l'INESSS sur la prise de décision et l'adoption de nouvelles pratiques. À l'intérieur même d'un établissement, les représentants qui reçoivent les produits et qui les transfèrent aux personnes concernées ne sont pas toujours en mesure d'indiquer si les produits sont utilisés et s'ils contribuent à la prise de décision.

L'INESSS a produit une étude sur l'impact de ses produits. Celle-ci a permis de réaliser un sondage auprès de professionnels du réseau qui démontre que 73,1 % des répondants ont utilisé les produits de l'INESSS dans leur prise de décision. Il s'agit d'un excellent résultat et qui démontre l'importance qu'a prise l'INESSS dans le réseau. Par ailleurs, il sera nécessaire dans les prochaines années de poursuivre cette analyse sur les effets en déterminant la nature des décisions et leur effets concrets sur l'adoption de nouvelles pratiques.

Excellence clinique et utilisation efficace des ressources

Comme nous l'avons déjà indiqué, il s'agit d'une finalité, et l'INESSS n'est pas le seul organisme à agir sur cette finalité.

L'influence ou l'effet de l'INESSS sur l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources sera proportionnel à la capacité de l'Institut à agir sur la prise de décision. Il est également important que les produits de l'INESSS soient conçus dans cette optique.

Pour l'instant, il faudrait déterminer si le MSSS s'est donné des indicateurs pour mesurer la performance du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui a trait à l'excellence clinique. Il serait alors possible d'établir des liens entre les résultats obtenus, les avis de l'INESSS et les changements de pratiques. À ce titre, l'accès aux données de l'INESSS pourra éventuellement être utilisé pour juger de l'efficacité de l'adoption de nouvelles pratiques.

Troisième partie : Conclusions et recommandations

La science au service de la décision; c'est ce qui a permis au Groupe de travail sur le financement du système de santé de justifier, en 2008, la création de l'INESSS. Après 10 ans d'existence, nous constatons que la direction de l'INESSS, le MSSS, les membres des comités, le personnel et les nombreux collaborateurs externes ont permis de créer un institut d'envergure. La production de l'INESSS est abondante, pertinente et d'une grande qualité. L'INESSS a résolument pris la place qu'il devait occuper auprès du MSSS et du réseau.

Le rapport d'évaluation RCGT de 2015 concluait en soulignant l'importance pour l'INESSS de « compléter son développement » afin d'atteindre son « plein potentiel ». Nous comprenons du rapport RCGT qu'après seulement cinq ans d'existence, il y avait encore beaucoup à faire pour solidifier ce nouvel institut. C'est pour cette raison que les cinq dernières années nous sont apparues comme une période de consolidation des acquis.

Aujourd'hui, il serait difficile d'imaginer un réseau de la santé et des services sociaux sans l'INESSS. Il s'agit d'un signe que l'Institut a pris sa place et est devenu un acteur incontournable. Le gouvernement du Québec doit maintenant se demander ce qu'il compte faire avec son institut d'excellence : viser le *statu quo* ou poursuivre son développement, notamment sur le plan de la vigie des nouvelles technologies et des nouveaux modes d'intervention. En d'autres mots, il y a lieu de clarifier les attentes à l'égard de l'INESSS afin de favoriser son développement. Sur ce plan, nous proposons quatre recommandations.

PREMIÈRE RECOMMANDATION : Mieux informer le réseau sur les décisions à prendre à l'égard des produits de l'INESSS.

Pour l'évaluation de médicaments aux fins d'inscription, la situation est claire : l'INESSS fait une recommandation, le ministre la reçoit et il prend une décision. Pour les autres produits de l'INESSS, la situation est moins claire. Les produits sont rendus disponibles sur le site de l'Institut sans « statut » particulier. Comment le réseau doit-il recevoir un avis, une recommandation ou un guide de l'INESSS? Doit-il l'appliquer? Attendre la réponse du ministre? Dans ce dernier cas, le MSSS se chargera-t-il de son application et prévoira-t-il les budgets nécessaires? Voilà autant de questions qui restent en suspens. Certes, il y a des cas où le MSSS prend position rapidement et où l'information est largement diffusée dans le réseau, mais cette situation n'est pas la norme.

Il semble que dans bien des cas, les recommandations, avis et guides de l'INESSS circulent dans le réseau à titre d'information de nature scientifique, sans autre obligation sur le plan de la prise de décision. Il nous apparaîtrait pertinent que chaque produit de l'INESSS (avec recommandations) soit accompagné d'une note du MSSS expliquant sa position et, s'il y a lieu, d'une stratégie ou d'une suggestion d'application.

DEUXIÈME RECOMMANDATION : Clarifier le niveau d'autonomie de l'INESSS.

Il est reconnu par les observateurs du milieu que l'INESSS bénéficie de l'indépendance nécessaire pour produire des recommandations en toute objectivité. Cette indépendance sur le plan méthodologique ne fait pas pour autant de l'INESSS un organisme autonome. La Loi précise certaines obligations à l'égard du MSSS, tout en laissant à l'Institut une certaine latitude à l'égard de la préparation de son plan triennal d'activités, de même que dans la mise à jour et la mise en application de ses recommandations et guides. Il y a donc place pour plus d'autonomie de l'INESSS notamment dans le développement de nouveaux produits, dans la priorisation des mandats, dans l'acceptation de mandats provenant de ce que nous avons appelé la clientèle intermédiaire (réseau, associations, ordres professionnels, industries, autres ministères, etc.), dans la mise à jour des produits et dans la mise en application de certaines recommandations. Ce niveau d'autonomie aurait avantage à être clarifié et surtout reconnu. Il en va du développement futur de l'INESSS et de son utilité en santé et en services sociaux.

TROISIÈME RECOMMANDATION : Conclure une entente de financement et de collaboration MSSS-INESSS.

Nous l'avons mentionné, la Loi constitutive demeure pour l'instant le seul document officiel encadrant les orientations de l'INESSS et ses relations avec le ministère. Il nous apparaît important qu'une entente puisse être conclue. Cette entente pourrait définir les attentes du ministère (elle serait accompagnée d'objectifs précis et mesurables), établir des règles de financement sur plusieurs années et clarifier certains éléments : autonomie de l'INESSS et rôle de l'Institut à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux.

QUATRIÈME RECOMMANDATION : Encadrer la collaboration entre l'INESSS, le Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux et le Commissaire à la santé et au bien-être.

À des degrés divers, ces trois organismes sont complémentaires. Il revient au ministère de s'assurer qu'ils collaborent, voire qu'ils établissent des ententes de partenariat. Il est également important de reconnaître l'apport que peut procurer l'INESSS à cette collaboration.

Le deuxième grand chantier dans lequel devront s'investir l'INESSS et le MSSS au cours des prochaines années sera de mesurer les effets réels des produits de l'Institut. L'évaluation du rapport RCGT, en 2015, et la présente évaluation ont porté sur la mise en œuvre de la Loi. Dans cinq ans, soit lors de la prochaine évaluation, il serait pertinent de réaliser une évaluation d'impact de la Loi. Cependant, une telle évaluation doit se préparer quelques années à l'avance.

CINQUIÈME RECOMMANDATION : Mettre en place un processus de suivi systématique des recommandations de l'INESSS.

En lien avec la première recommandation, le MSSS devrait prendre position sur chaque recommandation et en informer l'INESSS et le réseau. Par la suite, il est essentiel que, pour les recommandations acceptées par le MSSS, un suivi soit fait afin d'identifier les actions qui ont été prises.

SIXIÈME RECOMMANDATION : Identifier des indicateurs qui permettront de mesurer l'impact des recommandations de l'Institut sur le réseau de la santé et des services sociaux.

À notre avis, l'identification des indicateurs devrait se faire conjointement entre le MSSS et l'INESSS. Nous pensons entre autres à des indicateurs permettant de mesurer l'adoption de nouvelles pratiques; de définir ce que l'on entend par excellence clinique; d'identifier des indicateurs permettant de mesurer cette excellence clinique; et finalement, de mesurer l'efficacité et l'efficacé des nouvelles pratiques.

SEPTIÈME RECOMMANDATION : Établir et réaliser des stratégies de mesures d'impact souples et efficaces de certains produits.

À notre avis, l'INESSS a l'expertise pour établir des mesures d'impact de certains de ses produits avec recommandations. Par exemple, concernant des produits spécifiques à grande valeur ajoutée qui auront été approuvés par le MSSS, il y aurait lieu de mesurer, après quelques années, l'effet de l'application des recommandations sur le système de santé et des services sociaux.

Notre dernière série de recommandations porte sur la gestion de l'INESSS.

HUITIÈME RECOMMANDATION : Mettre en place un processus de gestion par résultats.

Les produits de l'INESSS sont les résultats d'un processus de production complexe qui comporte plusieurs étapes et qui implique de nombreuses personnes autant à l'interne qu'à l'externe. Ce processus peut prendre de quelques mois à plus de deux ans. Sans complexifier davantage ce processus, il est impératif que la direction de l'INESSS et les membres de son conseil d'administration puissent prendre des décisions en fonction de données précises sur la production, le temps de production et les ressources investies (humaines et financières) par produit. Actuellement, certaines données existent, mais elles sont souvent trop imprécises pour qu'une analyse détaillée par étape de production et par type de produits puisse être réalisée.

De telles données permettraient d'avoir une meilleure vision d'ensemble du processus et d'identifier si, en fonction du type de produits, le processus de production pourrait être bonifié.

NEUVIÈME RECOMMANDATION : Améliorer la reddition de comptes.

Actuellement, la reddition de comptes se fait par l'entremise du rapport annuel de gestion et des mises à jour du plan triennal d'activités. Ces documents ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble de la production de l'INESSS ni de comparer cette production aux années antérieures. La production de l'INESSS y est décrite et non comptabilisée. Par exemple, le rapport annuel de gestion devrait comptabiliser cette production par type de produits, identifier les temps de production, indiquer le nombre de mandats reçus, le nombre de mandats en cours de réalisation, etc. Afin de rendre justice à l'INESSS, le rapport annuel de gestion devrait également quantifier les activités connexes comme les activités de transfert de connaissances, les communications scientifiques, les articles scientifiques, etc. L'ensemble de ces données devrait d'ailleurs apparaître sur le site de l'INESSS.

DIXIÈME RECOMMANDATION : Développer une stratégie propre aux services sociaux.

Nous avons souligné dans le présent rapport qu'il semble que la notoriété de l'INESSS et de ses produits serait beaucoup moins élevée dans le secteur des services sociaux que dans celui de la santé. Il serait important que l'INESSS valide rapidement ce constat auprès de représentants de ce secteur. Si notre constat s'avère exact, l'INESSS devra établir une stratégie propre aux services sociaux. Cette stratégie devra revoir l'ensemble du processus de production, soit la nature des mandats inscrits au plan triennal d'activités, le type de produits publiés et la stratégie de diffusion.

ONZIÈME RECOMMANDATION : Réactiver le plus rapidement possible la Table de concertation.

Nous avons souligné dans le présent rapport l'importance de cette table. Elle permettra à l'INESSS de se rapprocher davantage des préoccupations du réseau et de la population.

DOUZIÈME RECOMMANDATION : Favoriser un plus grand nombre de mandats provenant de l'extérieur du MSSS.

Nous comprenons que l'INESSS joue un rôle important auprès du MSSS et que, par la force des choses, la majorité des mandats proviennent de ce ministère. Par ailleurs, la mission première de l'INESSS demeure la promotion « de l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux ». Pour remplir cette mission, l'INESSS doit être à l'écoute des besoins de l'ensemble de ce réseau et intégrer ces besoins dans son plan triennal d'activités.