

CATALYSEURS ET FREINS À L'INNOVATION EN SANTÉ AU QUÉBEC

Rapport d'étape

Par

Nadia Benomar M.Sc.,
Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal;

Joanne Castonguay M.Sc.,
Vice-présidente adjointe, CIRANO; Professeure associée, Pôle santé HEC Montréal;

Marie-Hélène Jobin Ph.D.,
Professeure titulaire, HEC Montréal; Directrice, Pôle santé HEC Montréal;

François Lespérance,
MD, MBA, Psychiatre et chercheur régulier, CRCHUM; Professeur titulaire, Université
de Montréal

Version 2, Juillet 2016



TABLE DES MATIÈRES

1	Résumé.....	5
2	Introduction.....	7
3	Mise en contexte	9
3.1	Contexte général.....	9
3.2	Le contexte québécois	10
4	Revue documentaire : Les facteurs qui influencent l'innovation en santé	15
4.1	Méthodologie	15
4.2	Innovation : définition et caractéristiques	16
4.2.1	Qu'est-ce que l'innovation?.....	16
4.2.2	Les étapes de l'innovation	19
4.2.3	Les attributs de l'innovation	20
4.3	Les catalyseurs et les barrières à l'innovation.....	20
4.3.1	Facteurs environnementaux	21
4.3.2	Facteurs politiques et sociaux	23
4.3.3	Facteurs liés à l'environnement réglementaire	25
4.3.4	Facteurs liés à la structure des organisations et aux modèles d'affaires.....	27
4.3.5	Facteurs liés à l'expertise et aux compétences des parties prenantes	32
4.4	Synthèse de la revue documentaire	35
5	Groupe de discussion sur l'intégration des innovations	36
5.1	Méthodologie	36
5.2	Résultats par thématique	38
5.2.1	Thème 1 : Facteurs environnementaux	38
5.2.2	Thème 2 : Facteurs sociaux politiques.....	41
5.2.3	Thème 3 : Facteurs réglementaires	43
5.2.4	Thème 4 : Structures organisationnelles	47
5.2.5	Thème 5 : modèles d'affaires.....	50
5.2.6	Thème 6 : expertise et expérience.....	53
5.3	Sommaire des résultats.....	55
6	Conclusion	58
7	Annexes.....	60
7.1	Annexe 1 – tableau de correspondance facteurs – affirmation	60
7.2	Annexe 2 – Questionnaire	64
8	Bibliographie.....	68

Figure 1: Croissance moyenne des dépenses réelles de santé et du PIB de 2000 à 2013 .	10
Figure 2: Croissance annuelle moyenne réelle des dépenses de santé.....	11
Figure 3: Croissance annuelle moyenne réelle des dépenses de santé.....	11
Figure 4: Proportion de la population âgée de plus de 65 ans	12
Figure 5: Moyenne des résultats par thème	57
Tableau 1: Coût moyen de santé par groupe d'âge.....	13
Tableau 2: Thématiques identifiées dans la littérature	21
Tableau 3: Récapitulatif des facteurs environnementaux	23
Tableau 4: Récapitulatif des facteurs politiques et sociaux	25
Tableau 5: Récapitulatif des facteurs liés à l'environnement réglementaire	27
Tableau 6: Récapitulatif des facteurs liés à la structure des organisations	30
Tableau 7: Récapitulatif des facteurs liés aux modèles d'affaires	31
Tableau 8: Récapitulatif des facteurs liés à l'expertise des parties prenantes	34
Tableau 9: Répartition du groupe de discussion	37
Tableau 10: Thème 1: Facteurs environnementaux - Applicabilité des affirmations Moyenne des résultats.....	39
Tableau 11: Thème 1 : Facteurs environnementaux – Applicabilité des affirmations Écart de la moyenne du groupe avec la moyenne générale.....	39
Tableau 12: Thème 1 : Facteurs environnementaux - Importance du facteur pour l'innovation Moyenne des résultats	40
<i>Tableau 13: Thème 2 : environnement politique et social – Applicabilité des affirmations Moyenne des résultats.....</i>	42
Tableau 14: Thème 2 : environnement politique et social – Applicabilité des affirmations Écart de la moyenne du groupe avec la moyenne générale	42
Tableau 15: Thème 2: environnement politique et social – Importance du facteur pour l'innovation Moyenne des résultats	43
Tableau 16: Thème 3 : Environnement réglementaire – Applicabilité des affirmations Moyenne des résultats.....	45
Tableau 17: Thème 3 : Environnement réglementaire – Applicabilité des affirmations Écart de la moyenne du groupe avec la moyenne générale.....	46
Tableau 18: Thème 3 : Environnement réglementaire – Importance du facteur pour l'innovation Moyenne des résultats	47
Tableau 19: Thème 4 : Structures organisationnelles – Applicabilité des affirmations Moyenne des résultats.....	49
Tableau 20: Thème 4 : Structures organisationnelles – Applicabilité des affirmations Écart avec la moyenne générale	49
Tableau 21: Thème 4 : Structures organisationnelles – Importance du facteur pour l'innovation Moyenne des résultats	50
Tableau 22: Thème 5 : Modèles d'affaires – Applicabilité des affirmations Moyenne des résultats	52

Tableau 23: Thème 5 : Modèles d'affaires – Importance des facteurs Moyenne des résultats	53
Tableau 24: Thème 6 : Expertise et expérience – applicabilité des caractéristiques Moyenne des résultats	54
Tableau 25: Thème 6 : Expertise et expérience – applicabilité des caractéristiques Écart avec la moyenne générale	55
Tableau 26: Thème 6 : Expertise et expérience – Importance des facteurs Moyenne des résultats	55
Tableau 27: Tableau de correspondance: facteurs issus de la littérature/affirmation	60

1 RÉSUMÉ

L'innovation constitue sans contredit la meilleure stratégie pour faire face aux enjeux de démographie, d'efficacité et de finances publiques. Pour répondre à la demande de services en santé, sans accroître l'enveloppe de fonds publics allouée à ce secteur, il faut impérativement gagner en efficacité. Dans cette perspective, la seule solution logique et réaliste passe par l'intégration réussie des innovations.

Or, bon an mal an nous investissons en recherche publique en santé quelques centaines de millions de dollars (FRSQ, INESSS, Génome Québec, INSPQ, Commissaire à la santé et au bien-être, Génome Canada, IRSC, etc.), en plus des investissements du secteur privé. Pourtant, les données ne nous permettent pas de conclure à une amélioration de la productivité du système de santé. Évidemment, la recherche et l'innovation ont contribué à améliorer notre espérance de vie, mais on ne peut conclure que la population tire une valeur nette positive de la croissance de ses dépenses de santé et de ses investissements en recherche.

Notre système pourrait améliorer son efficacité s'il était structuré pour embrasser l'innovation. L'innovation se manifeste lorsqu'elle résout un problème et qu'elle est socialement acceptable (priorité, moyens financiers, éthique, etc.). Le problème c'est que les obstacles au déploiement des innovations dans le système sont nombreux et souvent insurmontables.

L'innovation n'est pas une fin en soi; elle n'a d'intérêt que si elle améliore la « valeur »¹ pour le patient. Ceci implique que pour être une innovation, l'utilisation d'une découverte doit être adoptée par le milieu auquel elle s'adresse. En santé, pour compléter le processus d'innovation, les promoteurs d'une découverte doivent :

1. démontrer son efficacité, ou sa capacité à atteindre le résultat visé;
2. prouver qu'elle améliore les résultats au patient compte tenu des ressources disponibles (la valeur);
3. montrer comment améliorer la valeur au patient dans les environnements de pratique auxquels elle est destinée.

Or, trop souvent nos découvertes n'atteignent pas les milieux de pratique même si elles ont démontré des résultats positifs dans un environnement contrôlé. Pour améliorer cette situation, les fonds de recherche investissent dans le transfert des connaissances et la gestion du changement (Tetroe, 2007)². Toutefois, nous avons peu investi sur la partie demande pour des innovations, c'est-à-dire pour comprendre les facteurs qui incitent les prestataires et établissements de santé à accueillir les nouvelles idées (Länsisalmi, Kivimäki, Aalto, & Ruoranen, 2006). C'est cette partie de la chaîne de l'innovation que ce projet tente d'éclairer.

¹ La valeur est définie à la section 4.2.1.

² Source : Tetroe, 2007: [Knowledge translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer](#)

L'innovation implique de modifier un ou des éléments dans la pratique voir le système qui auraient pour effet d'améliorer la valeur au patient. Pour un système orienté sur les services aux patients, une transformation pour l'orienter sur la valeur est un changement de paradigmes importants (Nelson S. et al., 2014). Or un système de santé est une organisation très complexe et le transformer exige temps et investissements.

Ce document décrit les résultats d'une première phase d'une étude visant, à terme, à formuler des recommandations au gouvernement du Québec pour favoriser le développement d'une culture d'innovation au sein du système de santé. La première phase comportait deux étapes, une revue documentaire et une consultation auprès de parties prenantes au système de santé du Québec. La revue avait pour objet d'identifier les facteurs qui inhibent ou favorisent l'innovation en santé et la consultation celui de déterminer si ces facteurs avaient aussi un impact sur l'innovation en santé au Québec.

Vingt-six facteurs ayant un impact sur l'innovation ont été identifiés dans la revue documentaire. Ces facteurs sont soit exogènes – c'est le cas des facteurs liés à l'environnement, au contexte politique et social– soit endogènes au système de santé – il s'agit des facteurs liés à la réglementation, aux structures organisationnelles, aux modèles d'affaires et à l'expertise et au leadership des individus œuvrant dans le système.

Ces facteurs ont ensuite été contextualisés à la réalité québécoise pour faciliter la consultation auprès d'experts québécois représentant toutes les parties prenantes au système. Aucun des facteurs favorables à l'innovation en santé n'a reçu une réponse moyenne positive sur sa présence au Québec. Leur importance, quant à elle, a fait quasi consensus. La tâche qui attend le Québec est colossale.

En effet, le nombre élevé des facteurs, les nuances qu'il faut apporter à chacun et le caractère hautement contextuel de certains d'entre eux rendent difficile, voire impossible, la tâche d'esquisser un modèle d'action unique. Une évidence apparaît cependant : promouvoir l'innovation, soutenir l'instauration d'une culture d'innovation au sein d'un système de santé suppose une approche holistique hautement concertée pour s'assurer de l'engagement de tous. Néanmoins bien qu'il faille avoir une approche globale de la question, cette tâche ardue peut et doit se faire par étapes successives, étapes qui feront l'objet de futurs documents.

2 INTRODUCTION

Le bien-être d'une société passe inévitablement par la santé des individus qui la composent. Il n'est donc pas étonnant que la santé constitue l'une des clés de voûte des politiques d'aujourd'hui. En effet, les individus en bonne santé bénéficient d'une plus grande espérance de vie, s'insèrent en général plus aisément dans le système éducatif et restent productifs plus longtemps (OCDE, 2011). Par ailleurs, d'un point de vue politique, répondre aux attentes des citoyens en termes de services de santé, c'est aussi s'assurer de leur vote.

Cependant, la quête d'une société en meilleure santé s'est accompagnée, au fil des décennies, d'une croissance importante des dépenses et des coûts de santé. Aucun système de santé des pays développés ne semble y avoir échappé, et la situation est telle qu'à moins d'entreprendre de profondes réformes, les systèmes atteindront un niveau intenable d'ici 2050 (OCDE, 2015).

Le système de santé canadien, et ceux des provinces canadiennes, accuse un certain retard au niveau de son évolution pour mieux faire face aux différentes pressions auxquelles il est soumis (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015). Devant ce constat, en 2014, la ministre de la Santé du Canada, Rona Ambrose, a confié le mandat au Groupe consultatif sur l'innovation en santé (GCIS) de recommander les façons dont le gouvernement fédéral pourrait appuyer l'innovation dans les secteurs prioritaires qu'il aurait préalablement déterminés. « La création du Groupe et de son mandat illustre ce qui semble être un consensus émergent (au Canada) entre les patients, les fournisseurs, les décideurs et le grand public indifféremment : les services de santé de l'ensemble du Canada, en dépit de ses forces persistantes, sont loin de ce qu'ils devraient ou pourraient être. » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015). La ministre insiste également sur la nécessité d'agir pour assurer la viabilité du système (Ambrose, 2014).

Le système de santé québécois, tout comme ceux des autres provinces du Canada et des autres pays du monde, fait face à des pressions qui suscitent des craintes quant à sa viabilité. La croissance des dépenses de santé excède celle du produit intérieur brut depuis au moins 20 ans (section suivante). Le vieillissement de la population exerce des pressions sur la demande de services de santé et modifie la nature des services demandés. Les difficultés de transformer le système de santé sont nombreuses étant donné la rigidité des structures et les intérêts divergents des acteurs (Castonguay, 2014; Essink, 2012).

Pour faire face aux nombreux défis, identifiés par les chercheurs et les acteurs du réseau de santé et de services sociaux, il semble impératif d'embrasser de nouveaux points de vue. Parmi les réformes qui ont été lancées dans le monde entier pour aborder ces enjeux, et bien qu'il n'existe aucun système de santé modèle, celles qui semblent les plus prometteuses jusqu'à présent font la part belle à l'innovation. Ces réformes ne se contentent pas de financer de nouvelles initiatives; elles s'inscrivent au contraire dans une réflexion plus profonde sur ce qui vient favoriser le développement d'une culture d'innovation au sein du système de santé.

Pour se lancer sur cette voie au Québec, il est vital de se poser au préalable les bonnes questions? Qu'est-ce que l'innovation en santé? Quelles sont les barrières à l'innovation en santé? Quel est l'état actuel de la situation de l'innovation au Québec? Quelles sont les initiatives au sein du pays et ailleurs dans le monde qui pourraient être transférables au contexte québécois?

La présente étude a pour objectif d'esquisser un portrait réaliste de la situation de l'innovation en santé au Québec, en vue de formuler, à terme, des recommandations pour encourager la mise en place de mesures cohérentes avec la vision d'une société en santé. Elle se divise en deux phases distinctes.

La première phase ou phase de diagnostic, qui fait l'objet de présent rapport, porte sur :

- une revue documentaire où il est fait état des principales barrières à l'innovation identifiées dans la littérature;
- une consultation auprès des parties prenantes au système de santé québécois en vue de valider si les facteurs identifiés dans la littérature comme des freins à l'innovation sont présents au Québec et si les parties prenantes du système de santé québécois les perçoivent comme étant importante pour le contexte québécois.

La deuxième phase dite phase de priorisation a été divisée en deux étapes majeures et fera l'objet d'un deuxième rapport à être déposé ultérieurement :

- une seconde revue documentaire, qui cette fois-ci portera sur les initiatives de soutien à l'innovation en santé dans le monde;
- une deuxième consultation auprès des parties prenantes du réseau pour identifier ce qu'il convient de prioriser au Québec.

Au terme de ces deux étapes, l'équipe de recherche formulera **ses recommandations au gouvernement du Québec pour améliorer l'implantation des innovations en santé**. Ces **dernières** feront l'objet d'un troisième et dernier document.

3 MISE EN CONTEXTE

3.1 CONTEXTE GÉNÉRAL

Tous les pays développés font face à un accroissement important de la demande de services de santé qui met à mal leur capacité à fournir des soins à la fois efficaces et efficaces (Schnarr, Snowdon, Cramm, Cohen, & Alessi, 2014; Snowdon & Cohen, 2011). En effet, les dépenses croissantes de santé font pression sur les budgets des États, et cette pression se ressent d'autant plus que la croissance économique est au ralenti (Lefebvre, 2014)³.

La viabilité économique des systèmes de santé est menacée

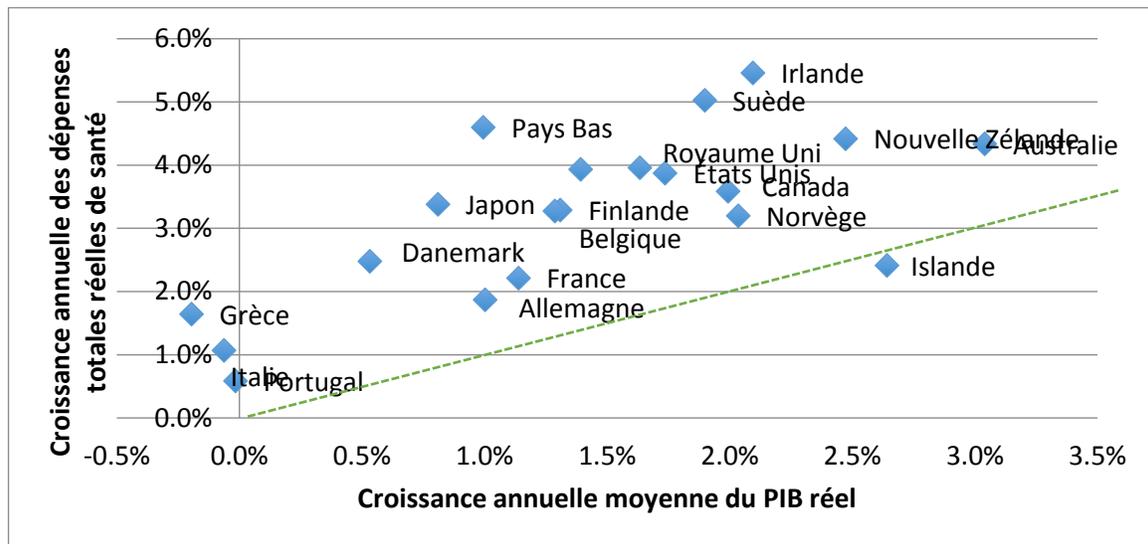
Les études comparatives sur la santé invitent les pays développés à repenser leur système de santé en vue d'enrayer la croissance effrénée des dépenses, sans quoi la situation serait intenable à long terme, compte tenu du vieillissement de la population.

Les dépassements budgétaires liés aux dépenses de santé restent, dans la plupart des pays de l'OCDE, un problème récurrent. Pour la majorité d'entre eux, la croissance annuelle moyenne des dépenses réelles de santé était supérieure à celle de leur PIB entre 2000 et 2013 (voir figure 1). La situation québécoise n'est guère différente : elle s'inscrit dans la lignée de celles des autres pays de l'OCDE et des provinces du Canada.

Les études de l'OCDE sont formelles : l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé pourrait contribuer à augmenter l'espérance de vie à la naissance sans avoir à augmenter les dépenses de santé. Elle se traduirait également par de substantielles économies pour les finances publiques – de l'ordre de 1,9 % en moyenne d'ici 2017 si les pays à la traîne s'alignaient sur les systèmes les plus efficaces – alors même qu'un accroissement de 10 % des dépenses de santé n'allongerait l'espérance de vie que de trois à quatre mois. Pour parvenir à une amélioration de la santé des citoyens ainsi qu'à des économies significatives des finances publiques, l'OCDE souligne que les pays pourraient, entre autres, avoir recours à des réformes visant l'amélioration de la coordination des entités responsables des soins médicaux, renforcer le système de médecin référent, fournir davantage d'information sur la qualité et les prix, réformer les modes de rémunération des prestataires, ajuster les réglementations relatives au personnel et aux équipements hospitaliers ou encore mieux déterminer les priorités du panier de prestations (OCDE, 2011).

³ [Mario Lefebvre, 2014, « Le Québec économique », Chapitre 3](#)

Figure 1: Croissance moyenne des dépenses réelles de santé et du PIB de 2000 à 2013



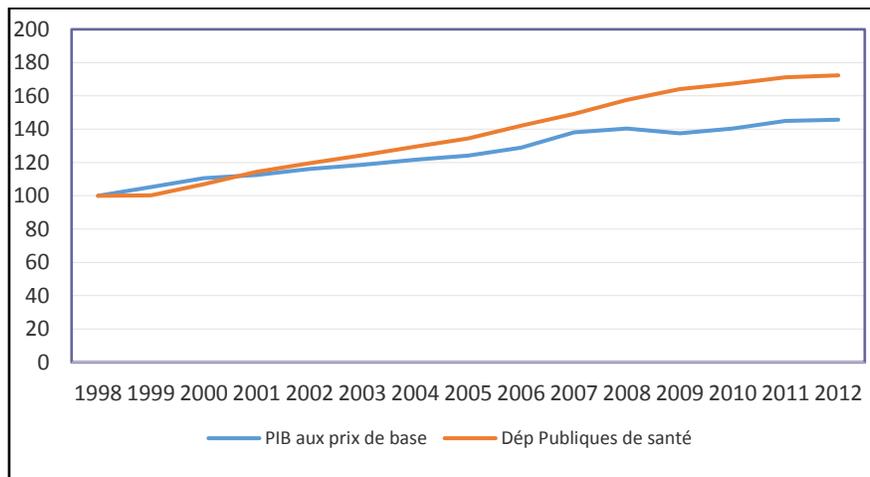
Source : Données extraites le 4 sept. 2015, 13 h 13 UTC (GMT), de OECD.Stat, compilation des auteurs

3.2 LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Malgré une augmentation constante des budgets alloués à la santé au Québec, on n'observe aucune évidence d'amélioration de la productivité.

Entre 1998 et 2012, les dépenses publiques réelles de santé ont augmenté à un rythme annuel moyen de 4,0 %. Pendant ce temps, le PIB réel augmentait annuellement en moyenne de 2,7 %. Les recettes gouvernementales augmentent au même rythme que le PIB. Ainsi, si les dépenses publiques de santé augmentent plus rapidement que le PIB, le gouvernement doit soit augmenter ses sources de revenus, diminuer les dépenses des autres secteurs ou augmenter sa dette. Trois solutions non souhaitables.

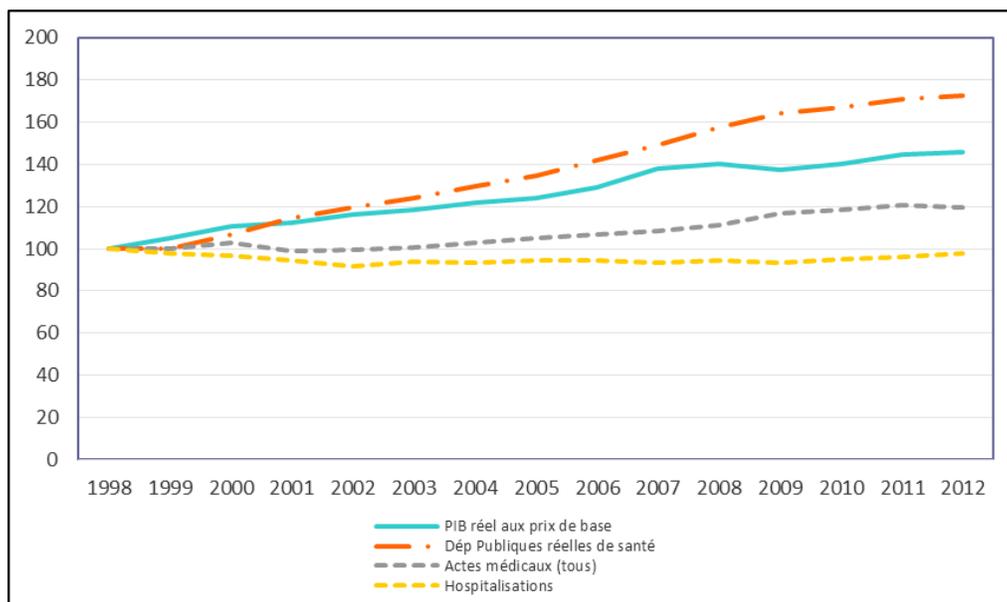
Figure 2: Croissance annuelle moyenne réelle des dépenses de santé



Source : Eco-Santé Québec 2013/2014 - Mise à jour : novembre 2013

L'enjeu de l'accès aux services de santé perdure aussi depuis plusieurs années (Castonguay, 2014). Bien que le gouvernement ait augmenté ses dépenses de santé à un rythme régulier (4 % en moyenne annuellement), les données ne nous permettent pas d'affirmer que nous avons augmenté la productivité du système. En effet, entre 1998 et 2013, les hospitalisations ont diminué à un rythme annuel moyen de 0,2 %, et les services médicaux ont augmenté en moyenne de 1,3 %.

Figure 3: Croissance annuelle moyenne réelle des dépenses de santé



Source : Eco-Santé Québec 2013/2014 - Mise à jour : novembre 2013; ICIS - Nov. 2015; <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=i1dnGeTVPX0=>

Selon l'ICIS, la hausse des dépenses de santé entre 1998 à 2008 est principalement attribuable à la hausse de la rémunération des médecins et de la main d'œuvre hospitalière,

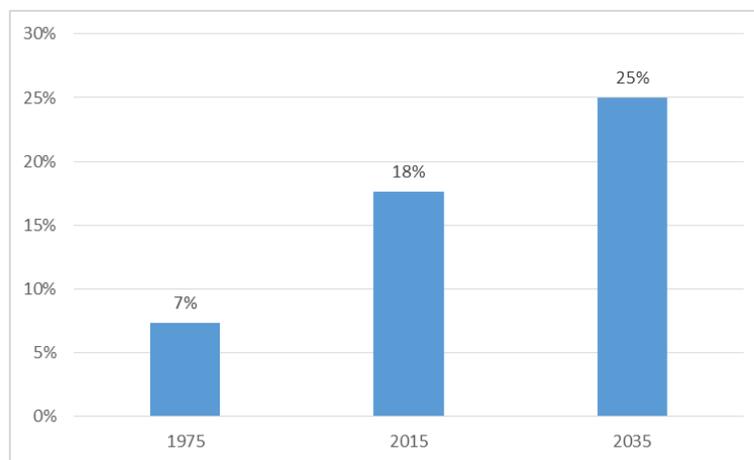
à l'augmentation du nombre de médecins et à l'augmentation du recours aux médicaments. La démographie n'aurait eu qu'un très faible impact sur l'accroissement des dépenses de santé au cours de cette période.

La population québécoise vieillit

On observe un accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population totale

La proportion de la population du Québec de plus de 65 ans est en croissance. Elle représentera 25 % de la population en 2035, alors qu'elle ne représente que 18 % en 2015. La contrepartie est que la proportion de la population en âge de travailler diminue. Selon l'ISQ (Institut de la statistique du Québec, 2014) le déclin de la population active québécoise se poursuivra jusqu'en 2030 avant de se stabiliser⁴. Le Québec comptera alors deux personnes en âge de travailler pour chaque personne de 65 ans et plus.

Figure 4: Proportion de la population âgée de plus de 65 ans



Sources : Statistique Canada, *CANSIM, tableau 051-0001* et *CANSIM, tableau 052-0005*, Statistique Canada, *CANSIM, tableau 051-0001* et *CANSIM, tableau 052-0005*

Les gens vivent plus longtemps et cumulent les conditions chroniques

L'espérance de vie des humains augmente. Selon la Banque mondiale, elle est passée de 75 ans à 81 ans entre 1981 et 2015 au Canada⁵. Il en résulte toutefois une augmentation de la population qui vit avec une ou des maladies chroniques. L'agence de la santé publique estime que 15,7 % de la population canadienne souffrait d'au moins une maladie chronique en 2011. L'incidence des maladies chroniques et les coûts moyens pour les services de

⁴ [Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques du Québec et des régions, édition 2003, 2009 et 2014](#)

⁵ <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN?page=6>

santé augmentent avec l'âge (tableau 1). Le vieillissement de la population se traduira nécessairement (toutes choses étant égales par ailleurs) par une augmentation de la pression des coûts de santé sur la population active (20 - 64 ans).

Tableau 1: Coût moyen de santé par groupe d'âge

30 – 49 ans	1 874 \$
50 – 59 ans	2 724 \$
60 – 64 ans	4 005 \$
65 – 74 ans	6 473 \$
75 – 84 ans	12 645 \$
Plus de 85 ans	20 055 \$

Source : Chaire de recherche en Fiscalité et en Finances publiques – « Le financement des dépenses de santé, Fascicule 2 : Le principe de l'assurance » (Larin & Boudreau, 2015)

Ainsi, le système de santé québécois, tel qu'il est actuellement, ne saurait être durable à moyen-long terme. Si le statu quo n'est pas envisageable, il reste toutefois à déterminer les moyens d'action pour gérer ce que Friedman, Savage et Goes appellent le « *triangle de fer* » (Friedman, Savage, & Goes, 2012). C'est-à-dire, comment maîtriser les coûts de santé tout en répondant efficacement, d'une part, aux besoins de la société en termes de qualité et d'accessibilité aux soins et, d'autre part, à la demande croissante en soins ultrasophistiqués.

À l'instar du GCIS et des participants au sondage effectué par Environics Institute en 2013, les auteurs de ce rapport sont d'avis qu'en plus de la soutenabilité du financement de la santé, la façon dont les fonds dédiés à la santé sont dépensés est préoccupante (Environics Institute for Survey Research, 2013).

L'enjeu de l'amélioration de l'efficacité du système de santé en misant sur l'innovation a été au centre des activités de nombreuses initiatives mises en œuvre par des organisations québécoises en 2015, notamment Québec International, Montréal InVivo, Bio-Québec, Génome Québec et l'hôpital Sainte-Justine et ses partenaires pour ne nommer que ceux-là. Lors du budget 2015-2016, le gouvernement du Québec a annoncé la mise en place d'un groupe de travail en matière d'innovation en santé visant à développer la stratégie québécoise dans le domaine. Un constat partagé par les participants à ces initiatives et relevé par le GCIS est que les Canadiens et les Québécois ne sont pas en panne d'idées pour améliorer l'efficacité du système. Le problème se situe au niveau de la généralisation des bonnes idées. Le GCIS rapporte que les Canadiens sont d'avis que « les innovations dont la valeur est prouvée ne sont pas déployées à plus grande échelle... les entrepreneurs ont demandé pourquoi il était plus difficile de pénétrer le marché canadien des soins de santé que de vendre leurs idées, leurs produits et leurs services à l'étranger » (Groupe

consultatif, 2015) p. 8. Le problème c'est que les étapes auxquelles sont soumises les découvertes avant qu'elles ne soient utilisées couramment dans le système sont nombreuses et difficilement surmontables. Le constat semble être partagé au Québec. Un participant au premier groupe de discussion tenu dans le cadre de ce projet résumait l'enjeu ainsi : « Il n'y a pas de culture d'innovation : on multiplie les inventions, mais on ne prend pas le soin de les diffuser, de les répliquer. Il ne manque pas d'invention au Québec, mais la pérennisation et la diffusion font défaut. »

Face aux mêmes problématiques, certains auteurs (Plsek, 2003) exhortent à faire autrement pour avoir des résultats différents :

« If we continue to do what we've always done, we will get the results we have always gotten. Nor is it enough to merely pursue incremental improvement. The challenges we face today call for more novel approaches—in other words, innovation! » (Plsek, 2003)

Pour toutes ces raisons, ce projet ne s'attarde pas à l'implantation d'innovations spécifiques ou encore à la démonstration de sources de gains d'efficacité spécifiques dans le système. Il se penche plutôt aux raisons qui inhibent le déploiement des sources d'amélioration. Le GCIS dresse un sommaire impressionnant des obstacles aux déploiements des idées. Il en a été de même pour le NHS – *Call for evidence* (Department of Health, 2011) – et, plus près du Québec, du *taskforce* mis sur pied par l'Ontario Health Innovation Council (Friesen, Robertson, Sharkey, & Snowdon, 2014). L'idée essentielle de ce projet est de vérifier dans quelle mesure les problèmes identifiés dans le cadre de ces nombreuses initiatives s'avèrent au Québec et, le cas échéant, de développer et de formuler des solutions pour libérer le potentiel d'innovation en santé au Québec.

4 REVUE DOCUMENTAIRE : LES FACTEURS QUI INFLUENCENT L'INNOVATION EN SANTÉ

« *L'innovation est devenue un mot à la mode ayant diverses significations.* » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)

À l'instar du Groupe consultatif canadien, l'équipe de recherche a remarqué une confusion dans le secteur de la santé sur ce que constitue une innovation et aussi sur la différence entre recherche et innovation. L'innovation n'est pas une fin en soi, c'est la recherche d'amélioration qui en est une. Or en santé, l'amélioration prend plusieurs sens.

Avant de tenter d'examiner les facteurs qui influencent l'innovation des systèmes de santé, nous avons examiné les différentes définitions de l'innovation et en avons adopté une qui est en lien avec l'objectif ultime de ce projet, soit de proposer des stratégies au gouvernement ayant pour but de faciliter le développement d'une culture d'innovation au Québec. Ensuite, la transformation envisagée aurait pour effet de réorienter le système sur la « valeur » au patient (plutôt que sur les services) ce qui implique un changement de paradigmes importants (Nelson et al., 2014). Ainsi, nous avons adopté une approche holistique et classé les facteurs ayant une influence sur la demande pour des innovations selon qu'ils étaient exogènes au système ou endogènes.

4.1 MÉTHODOLOGIE

Pour les besoins de cette étude, 57 articles ou ouvrages pertinents ont été sélectionnés dans le cadre d'une recherche par mots clés – une combinaison des termes suivants : Innovation, Healthcare, Benefits, Barriers, Policy, Effects, Performance, Value – réalisée sur 15 bases de données (ABI/Inform, Emerald, HECo, Springer, OECD Library, Cairn, PubMed, ERIC, ERUDIT, Frost & Sullivan, Kluwer Online, MEDLine, Oxford Handbook of innovation, Oxford Handbook of Public Management, Web of Science) et un moteur de recherche (Google Scholar).

Dans le cadre de cette revue, l'équipe s'est heurtée à deux types de difficultés :

La première portait sur la définition de l'innovation. En effet, la notion d'innovation varie d'un article à un autre : il convenait donc d'abord d'effectuer une recherche en profondeur afin de formuler des définitions qui feraient consensus au sein de l'équipe et auprès des répondants que nous souhaitions consulter (applicabilité des facteurs au Québec).

La deuxième était due à l'absence de recherches académiques empiriques rigoureuses portant sur l'identification des barrières systémiques à l'innovation (Länsisalmi et al., 2006). La majeure partie des articles académiques sur les facteurs qui font obstacle à l'innovation portent sur les barrières à l'échelle de l'individu ou de l'organisation. Greer le soulignait déjà dans son article datant de 1977, et peu d'avancées ont été faites depuis, à l'échelle systémique du moins (Länsisalmi et al., 2006).

« As a guide to action, the literature is disappointing. It contains one well-developed theory concerned with the adoption of innovation by individuals, a cumbersome and inconclusive body of theory concerned with organization attributes as these influence organizational innovation, and a few first steps toward an understanding of the decision-making processes which characterize health institutions confronting opportunities to innovate. » (Greer, 1977).

Le manque de documentation scientifique académique sur l'innovation à l'échelle systémique aujourd'hui a poussé l'équipe de recherche à faire davantage appel à la littérature grise pour établir une liste complète de facteurs entravant l'innovation dans le secteur de la santé. En effet, le constat sur la nécessité d'innover pour assurer la soutenabilité du système de santé n'est pas particulier au Québec. Plus d'une juridiction, dont le Royaume-Uni, l'Ontario et le gouvernement fédéral canadien misent sur les stratégies visant à faciliter le développement d'une culture d'innovation pour mitiger ce risque.

La section qui suit fait état des différentes définitions de l'innovation et propose une caractérisation de l'innovation pour les fins de notre projet.

4.2 INNOVATION : DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES

4.2.1 Qu'est-ce que l'innovation?

Le Robert définit l'action d'innover comme l'introduction de quelque chose de nouveau, d'encore inconnu, dans une chose établie. Innover est donc synonyme d'un nouvel apport, d'un changement. La littérature sur l'innovation propose deux catégories de définition : l'innovation comme finalité et l'innovation comme processus.

L'OCDE définit l'innovation comme une finalité (OECD iLibrary: Open Innovation, 2015), soit : « la mise en œuvre d'un produit (bien ou service) ou d'un procédé nouveau ou sensiblement amélioré, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques de l'entreprise, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures ». (OCDE, 2005).

Le ministère de l'Économie de la Science et de l'Innovation du Québec (MESI) définit l'innovation aussi comme une finalité, mais plus précisément comme une solution, une application ou une pratique ayant de la valeur, mais qui n'est pas intrinsèquement liée à un processus. Textuellement, la définition proposée le MESI en 2010 est :

« L'innovation consiste en de nouvelles ou meilleures façons de faire des choses ayant de la valeur. Les inventions ne deviennent des innovations qu'une fois mises en œuvre de façon pertinente. L'innovation existe sous plusieurs formes, dont l'innovation de procédés, l'innovation de produits et l'innovation sociale et organisationnelle. »

Trois points clés sont à souligner dans ces définitions :

Tout d'abord, la définition de l'OCDE vient élargir la définition traditionnelle d'innovation (innovation technologique). On y dénombre ainsi quatre types d'innovation :

Premièrement, **les innovations de produit** qui « *impliquent des modifications significatives des caractéristiques des biens ou des services. Cette catégorie inclut à la fois les biens et services entièrement nouveaux et les améliorations importantes qui sont apportées à des produits existants* » .

Deuxièmement, **les innovations de procédé** qui « *correspondent à des changements significatifs dans les méthodes de production et de distribution* ».

Troisièmement, **les innovations organisationnelles** qui se rapportent davantage « à la mise en œuvre de nouvelles méthodes d'organisation. Il peut s'agir de modifications des pratiques de l'entreprise, de l'organisation du lieu de travail ou des relations extérieures de la firme. »

Quatrièmement, **les innovations de commercialisation** qui « *impliquent la mise en œuvre de nouvelles méthodes de commercialisation. Il peut s'agir d'un changement dans la conception et le conditionnement d'un produit, dans la promotion et le placement d'un produit, ou bien dans les méthodes de tarification de biens et de services.* »

Ensuite, deuxième point important de la définition de l'OCDE : **une innovation doit être mise en œuvre**; sans diffusion du produit ou du procédé sur le marché et sans l'utilisation effective de la nouvelle méthode organisationnelle ou de la méthode de commercialisation sur le terrain, on ne peut parler d'innovation.

Enfin, la définition de l'OCDE englobe à la fois les produits, procédés ou méthodes **nouveaux pour l'organisation**. Ainsi, quand bien même un produit, un procédé ou une méthode aurait été développé et adopté ailleurs, on considère que c'est une innovation si l'organisation le développe ou l'importe pour la première fois.

De l'avis des chercheurs, la définition du MEIE complète en quelque sorte celle de l'OCDE puisqu'elle souligne la notion d'amélioration de la valeur. Omachonu et Einspruch (2010) mettent également l'accent sur les bénéfices de l'innovation pour « l'individu, le groupe ou la société ». Il en est de même de la définition de Crossan et Apaydin (2010), qui souligne l'importance de la valeur ajoutée de l'innovation tout en précisant que l'innovation est autant un résultat qu'un processus :

« *[Innovation is defined as] production, adoption, assimilation and exploitation of value-added novelty in economic and social spheres; renewal and enlargement of products, services and markets; development of new methods of productions; and establishment of new management systems. It is both a process and an outcome.* » (Crossan & Apaydin, 2010; p. 1155)

Deux concepts, que l'on peut d'ores et déjà entrevoir dans ces définitions et qu'il semble primordial d'explicitier, sont ainsi étroitement liés à la notion d'innovation dans la

littérature scientifique : l'efficacité et la valeur. En effet, certains auteurs n'hésitent pas à en faire une caractéristique prépondérante de l'innovation :

« *To be called an innovation, an idea must be replicable at an economical cost and must satisfy a specific need. Innovation involves deliberate application of information, imagination, and initiative in deriving greater or different value from resources, and encompasses all processes by which new ideas are generated and converted into useful products.* » (Page, 2014)

Cette définition introduit le concept de « valeur » dans le sens économique du terme. Pour les économistes, une innovation n'en est une que si elle se traduit soit par une amélioration de l'efficacité (de production) soit par une destruction créatrice (innovation de rupture). Ces concepts ont été introduits au début du XX^e siècle par Schumpeter, économiste hétérodoxe (à l'époque) à qui l'on doit la compréhension du rôle que jouent la concurrence et la recherche d'efficacité au point d'internaliser l'innovation (Schumpeter, 1942)⁶ dans le développement industriel.

Les motivations intrinsèques au secteur privé, c'est-à-dire la recherche de profitabilité et de gain de marché, ne sont pas présentes dans le secteur de la santé d'abord géré par les religieux et ensuite par le secteur public. Pour plusieurs (Bloom, Propper, Seiler, & Van Reenen, 2010; Castonguay, 2013; Paris, Devaux, & Wei, 2010), l'idée d'introduire des mécanismes de marché au sein du système public de santé est la clé à l'amélioration de l'efficacité. Cette idée est intimement liée à la notion d'internalisation de l'innovation au sens de Schumpeter.

Michael Porter et Elizabeth Teisberg ont introduit la notion de valeur dans les services de santé en 2004 lors de la publication de leur livre *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results* (M. E. Porter & Teisberg, 2006). De l'aveu même de Michael Porter l'introduction de la notion de valeur en santé provient de l'application des notions économiques et de management de valorisation en entreprise⁷. Porter insiste sur le fait que l'objectif de base (*Core Purpose*) des services de santé est la valeur aux patients. Le rendement économique est le résultat de la production de valeur au patient et non l'objectif (des services de santé). Porter définit la valeur par le rapport entre les résultats (*outcomes*) qui sont importants pour le patient et le coût de production de ces résultats, soit l'équation suivante.

$$\text{Valeur} = \frac{\text{Résultats importants pour les patients}}{\text{Coûts de production de ces résultats}}$$

⁶ Schumpeter, Joseph (1942), *Capitalisme, socialisme et démocratie*, Traduction française de Gaël Fain, 1942. Paris: Petite bibliothèque Payot, no 55, texte de la 2^e édition, 1946. Paris: 1965, 433 pages.

⁷ Conférence de Michael Porter, Université Laval, Québec, QC, Canada, 28 septembre 2015.

Cette notion est importante, car elle souligne que l'amélioration de la performance « en santé » n'apporte de la valeur que si elle est plus efficace **et** tient compte de son coût, c'est-à-dire de son impact sur les ressources disponibles. En d'autres mots, la valeur est plus grande soit si, pour une condition donnée, les résultats de santé sont améliorés au même coût ou si les résultats de santé sont les mêmes à moindre coût.

La notion de valeur est inhérente à la partie qui la définit, celles-ci ayant des attentes différentes. Ainsi aux yeux du patient, la notion de valeur se définit comme une meilleure santé ou une réduction de la douleur durant la maladie (Faulkner & Kent, 2001). Elle peut également impliquer une meilleure accessibilité aux soins, une plus grande satisfaction et une plus grande praticité. Enfin, elle peut signifier une augmentation de l'espérance de vie en santé (Health System and Economy & OBIO, 2013). Pour les établissements, la valeur se définit par une plus grande efficacité opérationnelle et une meilleure qualité des soins offerts aux patients (Länsisalmi et al., 2006). Pour le gouvernement et la société, la valeur d'une innovation est définie non seulement par son effet sur la santé de la société, mais aussi par son meilleur coût (Health System and Economy & OBIO, 2013).

« Innovation must provide a Return-on-Investment and Better Value for the Taxpayer – Economic benefits of innovation must be demonstrated not only in improved health, but also in a net benefit to the taxpayer who ultimately pays for the government investment and adoption of innovation. »

Michael Porter souligne également le fait que la notion de valeur (pour le patient) est le seul objectif du système de santé qui soit commun à toutes les parties prenantes : le législateur qui souhaite une population productive (en santé); le prestataire qui souhaite offrir des services de qualité au meilleur coût; le payeur (de taxe) qui souhaite avoir des services lorsqu'il a en a besoin et au meilleur coût, et le patient qui souhaite avoir des services qui répondent à ses besoins (M. Porter, 2010).

« L'enjeu est que les structures actuelles maintiennent des façons obsolètes d'organiser la médecine depuis longtemps. Les conséquences négatives sur la valeur au patient sont énormes. » (M. E. Porter & Teisberg, 2006). Ainsi, si les mécanismes de gouverne des systèmes étaient orientés sur la valeur (rémunération, financement, transparence, responsabilisation, etc.), le travail des acteurs vers ce but commun serait plus cohérent.

4.2.2 Les étapes de l'innovation

Selon Greer (1977), il existe trois étapes majeures dans le processus d'innovation : l'invention, l'adoption et la diffusion. Ces étapes, identifiées par Greer à partir des cadres conceptuels de Hage et Aiken (1967), Rogers (1962), Zaltman et al. (1973) et French et Becker (Gordon & Fisher, 1975, p. 115–140), sont communément admises dans le secteur de la santé (Department of Health, NHS Improvement & Efficiency Directorate, & Innovation and Service Improvement, 2011).

Dans bon nombre de systèmes de santé, générer de nouvelles idées n'est pas une problématique en soi. Les principales barrières à l'innovation sont majoritairement

identifiées pendant les phases d'adoption (Friesen et al., 2014) et de diffusion. Toutefois, alors que la phase d'adoption fait l'objet de nombreuses études, il convient de souligner que très peu d'études ont été réalisées sur la dernière étape (diffusion) (Länsisalmi et al., 2006), ce qui rend l'essaimage des initiatives porteuses bien difficile.

4.2.3 Les attributs de l'innovation

Kapoor, Dwivedi et Williams (2014) relatent les différents travaux sur l'identification des attributs de l'innovation favorisant sa diffusion, tels les travaux majeurs de Rogers, datant de 1962 et qui ont été revus au fil des ans, qui ont permis d'identifier cinq attributs à l'innovation largement admis. Selon Rogers, pour favoriser la diffusion, une innovation doit présenter un avantage comparativement à ce qui se fait d'ores et déjà, être compatible avec les valeurs et les besoins des adoptants, être aisément testable avant l'adoption, être peu complexe et, enfin, fournir des bénéfices observables (Rogers, 1962). La mise à jour de ses recherches a permis de mettre l'accent sur les délais raisonnables d'implantation ainsi que sur l'existence d'un processus de partage et de communication efficace (Young Foundation, 2011). D'autres auteurs (Greenhalgh, Robert, Bate, Kyriakidou, & Macfarlane, 2004; Kapoor et al., 2014; Moore & Benbasat, 1991; Tornatzky & Klein, 1982) ont par la suite identifié d'autres attributs, complémentaires à ceux de Rogers. Nous retiendrons l'apport de Greenhalgh et de ses collaborateurs, qui soulignaient la nécessité de planifier et de coordonner la diffusion (Greenhalgh et al., 2004), faisant écho à Crossan et Apaydin (2010), qui définissent une innovation comme un processus et non comme un simple événement.

Dans les sections suivantes, une innovation (en santé) désigne une idée, une façon de faire, un nouveau produit ou une innovation sociale qui présente les caractéristiques suivantes :

- a de la valeur au sens de Porter (améliore le rapport entre les résultats pour le patient et les coûts de production);
- est mis en œuvre de façon pertinente, c'est-à-dire a franchi toutes les étapes du processus d'innovation, est implanté et adopté par l'utilisateur final, et la valeur en est mesurée;
- génère un retour sur l'investissement positif pour le contribuable.

Il s'agira d'identifier, à présent, les facteurs qui peuvent favoriser ou inhiber l'innovation en santé.

4.3 LES CATALYSEURS ET LES BARRIÈRES À L'INNOVATION

L'étude de la littérature scientifique, de la littérature grise et des rapports établis pour le compte de divers organisations (instituts de recherche, organisations supranationales) et États a permis à l'équipe de recherche d'identifier de nombreux facteurs qui inhibent ou soutiennent l'innovation, classés dans six grandes thématiques (se référer au tableau 2) :

Tableau 2: Thématiques identifiées dans la littérature

Facteurs exogènes	1. Facteurs environnementaux
	2. Facteurs politiques et sociaux
	3. Facteurs liés à l'environnement réglementaire
Facteurs endogènes	4. Facteurs liés à la structure organisationnelle des systèmes de santé
	5. Facteurs liés aux modèles d'affaires
	6. Facteurs liés à l'expertise et aux compétences des individus

4.3.1 Facteurs environnementaux

Dans la littérature sur les barrières à l'innovation en santé, l'un des premiers facteurs avancés est la position du gouvernement envers l'innovation et la santé en soi.

D'une part, le gouvernement doit avoir une vision holistique de la santé et du bien-être de ses citoyens. Pour Haseltine (2013), il est possible d'offrir des soins de santé de qualité à meilleur coût : il faut pour cela que le gouvernement fasse de **la santé une priorité** et qu'elle devienne l'affaire de tous. Les mandats des différents ministères doivent donc **être alignés** en ce sens (2013)⁸.

D'autre part, on ne peut pas espérer voir éclore et se maintenir une culture d'innovation sans avoir au préalable pris conscience de l'importance de l'innovation en santé pour l'économie et le bien-être de la société (Baregheh, Rowley, & Sambrook, 2009). Il en résulte que l'ensemble des ministères doit **briser les silos** en vue **d'innover et de promouvoir conjointement l'innovation** (Haseltine, 2013; OCDE, 2015) de manière adéquate, c'est-à-dire en soutenant l'innovation et non simplement en investissant dans des initiatives (Young Foundation, 2011) et en alignant les mandats selon la valeur pour le patient sans quoi les systèmes de santé sont assurés de connaître une succession d'inefficiences (M. E. Porter, 2010) :

« The failures to adopt value as the central goal in health care and to measure value are arguably the most serious failures of the medical community. This has hobbled innovation, led to slow diffusion of innovation, allowed pseudo-innovation with no meaningful value

⁸ Au Québec, l'importance accordée aux actions de tout le gouvernement pouvant avoir un impact sur la santé est reconnue par l'article 54 de la Loi sur la santé et les services sociaux stipule: « Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. »

http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fr/a_propos/contextetmission.html

benefits, resulted in ill-advised cost containment, and encouraged micromanagement of physician practices, which imposes significant costs of its own. » (M. E. Porter, 2010)

Par ailleurs, de nombreux auteurs se sont interrogés sur la gouvernance idéale. Si quelques auteurs appellent à une certaine centralisation à l'échelon national, craignant que la décentralisation accentue la fragmentation de l'information et empêche ainsi la diffusion efficace des bonnes pratiques (Young Foundation, 2011), de nombreux auteurs mettent en garde les gouvernements contre les dérives dirigistes de la centralisation de la prise de décision, celle-ci pouvant inhiber la génération de nouvelles idées en réduisant le flux d'information échangée (Greer, 1977). La solution semble résider dans le couplage des deux stratégies : offrir, dans une certaine mesure, une surveillance globale – dans le sens de soins sécuritaires et de balises économiques – tout en soutenant l'**autonomie** des localités afin qu'elles développent par elles-mêmes les solutions les plus appropriées (Winchester & Storey, 2008; Young Foundation, 2011).

Enfin au-delà de l'action gouvernementale concertée, la société a également un rôle primordial à jouer. A-t-elle conscience des enjeux d'efficience et priorise-t-elle ses enjeux lors du processus de prise de décision? J. C. Robinson et Smith (2008) estiment que l'accroissement des dépenses de santé n'est pas une fatalité et qu'il est possible de l'enrayer pour peu que l'on fasse les bons choix en matière d'innovation. L'efficience des systèmes de santé passe ainsi par la responsabilisation de la société sur sa santé (Haseltine, 2013) et donc par la sensibilisation des patients aux choix les plus efficaces (J. C. Robinson & Smith, 2008). Cela suppose l'existence de données sur les résultats de santé accessibles aux patients (M. E. Porter, 2009). Au-delà de l'importance de communiquer avec le public sur les sujets d'innovation et de mettre en place des mécanismes pour améliorer le processus de collaboration, il est essentiel d'instaurer des mécanismes qui incitent le public à faire pression au même titre que les autres parties prenantes du secteur. En effet, améliorer la littéracie de la société, augmenter son pouvoir de négociation et lui permettre de prendre pleinement part à la conception et à l'implantation d'idées est hautement bénéfique pour un système de santé efficace et innovant (Young Foundation, 2011).

Tableau 3: Récapitulatif des facteurs environnementaux

Facteurs	Auteurs	Citations
Culture d'innovation	(Baregheh et al., 2009) (Haseltine, 2013) (Young Foundation, 2011)	« In order to both sustain their competitive advantage and to strengthen it [...] economies must innovate and create innovation [...] Innovation is a key policy and a strategic issue. » (Baregheh et al., 2009) « [Key Success factors] are long-term political unity, the ability to recognize and establish national priorities, and the consistent desire for collective well-being and social harmony of the country. » (Haseltine, 2013) « The need for more resources (especially time methodologies and processes, not money) to help spread innovation. » (Young Foundation, 2011)
Gouvernement centralisateur	(Greer, 1977) (Winchester & Storey, 2008) (M. E. Porter, 2009) (Young Foundation, 2011)	« Increase local autonomy to try new innovations, show leadership in innovation or promote their own innovation. » (Young Foundation, 2011)
Littéracie économique et sociétale	(J. C. Robinson & Smith, 2008) (M. E. Porter, 2009) (Haseltine, 2013))	« The first principle in supporting economizing choice by consumers is for consumers to know which is the economical choice. » (J. C. Robinson & Smith, 2008) « The government made certain that Singaporeans developed and retained a sense of responsibility for all aspects of their lives—including the care and maintenance of their own physical and emotional well-being. » (Haseltine, 2013)

4.3.2 Facteurs politiques et sociaux

Le contexte politico-social prend également une grande part de responsabilité dans la capacité du secteur de la santé à innover.

Comme cela a été souligné précédemment, la **stabilité politique** d'un gouvernement favorise l'émergence d'une vision et **d'une stratégie à long terme pour le système de santé** (Haseltine, 2013). Pour bon nombre d'auteurs, cette **vision doit être clairement énoncée et partagée** par l'ensemble des acteurs du système de santé afin qu'ils puissent œuvrer en ce sens. **L'alignement autour d'un objectif commun**, par exemple accroître la

valeur pour le patient, c'est-à-dire améliorer les résultats de santé par dollar dépensé, favorisera la prise de décisions éclairées qui répondent à la nécessité d'obtenir les meilleurs résultats de manière efficiente et permettra d'éviter certains écueils comme la réduction des services offerts (M. E. Porter, 2009).

De même, dans la mesure où l'innovation est un moyen de réaliser cet objectif, il importe pour les praticiens que les dirigeants fournissent le même effort de clarification de ce qui est attendu de l'innovation, qu'ils soulignent son importance dans l'atteinte de meilleurs résultats de santé par dollar dépensé et qu'ils la promeuvent à l'échelle nationale (Young Foundation, 2011).

Par ailleurs, l'alignement autour d'un objectif commun permet d'éviter un écueil de taille, soit la cristallisation des débats autour d'intérêts corporatistes, contre lequel bon nombre d'auteurs mettent en garde. En effet, les parties prenantes du système de santé aux programmes contraires peuvent constituer un réel frein à la diffusion des innovations si ces dernières font en sorte que l'ordre préalablement établi est remis en cause (Havighurst, 1978; Herzlinger, 2006; J. C. Robinson & Smith, 2008).

Toutefois, la présence d'une vision clairement énoncée et largement partagée par l'ensemble des parties prenantes ne saurait suffire. De nombreux auteurs stipulent que l'intégration des innovations dans les systèmes de santé doit être planifiée sans quoi la diffusion des innovations à grande échelle serait vouée à l'échec (Young Foundation, 2011). En effet, la diffusion de l'innovation repose sur la présence de trois forces complémentaires. D'une part des forces provenant des plus hautes sphères qui font pression et apportent un certain soutien à l'innovation par des incitatifs, des réglementations, des cibles à atteindre, de l'accompagnement. Ces forces dites *push* incitent les organisations et les individus à innover. D'autre part les forces qui proviennent de la base, telles que la pression du patient et l'enthousiasme des professionnels de la santé, vont tirer (*pull*) la demande, inciter à l'utilisation des innovations. La troisième force vitale à l'innovation est la pression horizontale, issue des pairs; rendue possible grâce à la transparence des données, à la collaboration et à l'existence d'une saine compétition, elle peut autant pousser comme tirer l'implantation de l'innovation (Young Foundation, 2011). Pour rendre l'adoption et la diffusion effectives, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des forces. Les gouvernements doivent mettre sur pied des entités (ou réorganiser des entités existantes) dont la mission serait de soutenir l'innovation (Aslani & Naaranoja, 2015; M. E. Porter, 2009; Young Foundation, 2011) et de mettre en place des mécanismes qui préparent un terrain propice à l'innovation.

Tableau 4: Récapitulatif des facteurs politiques et sociaux

Facteurs	Auteurs	Citation
Vision claire et partagée	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2009)	« What we need now is a clear national strategy that sets forth a comprehensive vision for the kind of health care system we want to achieve and a path for getting there. » (M. E. Porter, 2009)
Importance de l'efficacité du système de santé dans les stratégies gouvernementales	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2009)	« Good outcomes that are achieved efficiently are the goal, not the false “savings” from cost shifting and restricted services. » (M. E. Porter, 2009)
Présence d'externalités négatives	(Havighurst, 1978) (Herzlinger, 2006) (J. C. Robinson & Smith, 2008) (Young Foundation, 2011)	« The health care sector has many stakeholders, each with an agenda. Often, these players have substantial resources and the power to influence public policy and opinion by attacking or helping the innovator. » (Herzlinger, 2006)
Planification de l'intégration des innovations	(Aslani & Naaranoja, 2015) (Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2009)	« innovation must be diffused by means of planned and co-ordinated action by individuals, teams or organisations. » (Aslani & Naaranoja, 2015) « A combination of all three sets of forces [bottom-up, horizontal and top down pressures] is likely to be most effective in both achieving more rapid adoption and diffusion of established and proven innovations, and developing a more sustainable culture of innovation throughout the NHS. » (Young Foundation, 2011)

4.3.3 Facteurs liés à l'environnement réglementaire

Cette thématique est très large, car elle couvre tant les règles qui protègent le public et les patients que celles qui protègent les cliniciens et les travailleurs et celles qui visent à contrôler les coûts. La réglementation est un domaine complexe, car elle doit non seulement protéger, mais aussi le faire sans inhiber l'atteinte des objectifs des organisations. La multiplicité des acteurs et la sensibilité des enjeux qui entourent la santé humaine ajoutent à la complexité.

La réglementation en santé, en ce sens, a pour vocation première de protéger le patient et d'instituer un terrain propice aux dynamiques entre parties prenantes en définissant les

prérogatives de chacun (J. C. Robinson & Smith, 2008). Or, à mesure que le temps passe et que le système se complexifie, les règles destinées à cadrer les interactions au sein du système se multiplient. Dès lors, il devient de plus en plus difficile de les faire évoluer. La réglementation joue, par conséquent, un rôle primordial dans la capacité d'un système de santé à innover. Ainsi, Herzlinger reconnaît l'environnement réglementaire comme une des six forces en mesure de favoriser ou de mettre un coup d'arrêt à l'innovation (Herzlinger, 2006).

Il arrive que certaines réglementations reflètent davantage l'intérêt d'une partie prenante au détriment d'une autre : la diffusion d'une innovation qui constituerait un bénéfice pour le patient pourrait se voir entravée si celle-ci remet en cause un ordre préétabli, institutionnalisé par une réglementation donnée. Robinson et Smith (2008) citent, entre autres, les réglementations liées aux frontières professionnelles qui d'une certaine manière peuvent limiter l'efficacité du système et gêner l'innovation.

Divers auteurs (Herzlinger, 2006; J. C. Robinson & Smith, 2008; Young Foundation, 2011) exhortent à la révision des réglementations en vue d'en établir de nouvelles plus favorables à l'innovation et à l'efficacité du système de santé.

De manière générale, les réglementations doivent être revues pour assurer plus de cohérence avec les autres mesures prises en faveur de l'innovation :

« Ajuster les réglementations relatives aux personnels et équipements hospitaliers. Il conviendrait de les assouplir dans les pays où les systèmes de rémunération des hôpitaux ont fait l'objet de récentes réformes privilégiant le paiement en fonction de l'activité, mais où une réglementation stricte de l'emploi et des équipements hospitaliers brident la réactivité aux nouvelles incitations. » (OCDE, 2011)

De manière plus spécifique, la réglementation sur le processus d'approvisionnement devrait être modifiée de manière à accélérer l'adoption et la diffusion des innovations et accroître la valeur par dollar dépensé. À cet effet, les praticiens britanniques militent pour de nombreux changements en rapport avec l'approvisionnement. En tout premier lieu, le processus d'approvisionnement gagnerait à être plus clair et transparent – ce qui inciterait les innovateurs à se lancer avec plus de confiance dans le processus. En deuxième lieu, il devrait être conforme aux besoins cliniques afin que les innovations choisies soient non pas les plus économiques, mais celles qui offrent les meilleurs résultats pour les patients aux meilleurs coûts. En troisième lieu, la réglementation doit permettre de créer un terrain propice à l'essaimage des innovations. Les praticiens britanniques soutiennent la mise en place d'un système centralisé permettant de contenir la hausse des prix (Young Foundation, 2011). Herzlinger (Herzlinger, 2006) met néanmoins en garde contre les dérives d'une telle mesure, celle-ci pouvant empêcher l'innovation de se développer. La littérature appelle donc une nouvelle fois à la modération. Enfin, la concertation lors de la phase d'approvisionnement est également mise de l'avant pour favoriser l'engagement des utilisateurs et l'adoption des innovations (Young Foundation, 2011). De la même manière,

le processus d'autorisation des innovations devrait être plus clair et transparent afin d'éviter que la diffusion d'une innovation soit entravée de manière arbitraire (Herzlinger, 2006).

Au Québec, la réglementation sur les approvisionnements publics, dont le secteur de la santé, priorise le coût. Selon Rodrigue et Corriveau, la règle du plus bas soumissionnaire fait obstacle à l'innovation (2004).

Tableau 5: Récapitulatif des facteurs liés à l'environnement réglementaire

Facteurs	Auteurs	Citations
Multiplicité des parties prenantes	(Herzlinger, 2006) (J. C. Robinson & Smith, 2008) (M. E. Porter, 2009) (Young Foundation, 2011)	« The nation's effort to stimulate cost reducing innovation therefore begins on a reflective note: the reexamination of those rules and regulations that censure, tax, or prohibit economizing [...] a first pass through the regulatory Augean stables would include consideration of provider scope-of practice and licensure rules... » (J. C. Robinson & Smith, 2008)
Réglementation : processus d'autorisation	(Herzlinger, 2006)	« A company with a new health care idea should also be aware that regulators [...], may ripple their muscles occasionally by tightly interpreting ambiguous rules or punishing a hapless innovator. » (Herzlinger, 2006)
Réglementation : processus d'approvisionnement	(Young Foundation, 2011)	« Changes to the procurement process to speed up procurement of innovations and increase VFM. » (Young Foundation, 2011) « Users and implementers of products and services should also be involved in the procurement process. This will help create buy-in and support from the bottom up and allow front-line staff to drive the uptake of innovation where necessary. » (Young Foundation, 2011)

4.3.4 Facteurs liés à la structure des organisations et aux modèles d'affaires

Comme il a été souligné précédemment dans la section relative à la gouvernance du système (facteur environnemental), les facteurs structurels et ceux liés aux modèles d'affaires ont une influence notable sur la capacité des systèmes de santé à innover. Ces deux thématiques sont, de plus, extrêmement interdépendantes. C'est pourquoi il a été choisi de les traiter conjointement.

« La structure organisationnelle d'une organisation (association, entreprise, institution, etc.) est l'ensemble de ses règles de répartition de l'autorité, des tâches, de contrôle et de coordination. » Pour Mintzberg il s'agit de la « somme totale des moyens employés pour diviser le travail en tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination entre ces

tâches ». Dans le cadre du système de santé, la structure organisationnelle réfère au rôle des organisations, à leur structure de gouvernance, aux liens entre les organisations, dont celui entre le ministère de la Santé et les établissements, au rôle des Conseils d'administration des établissements, à leur niveau d'indépendance, etc.

Les structures organisationnelles au sein des systèmes de santé peuvent empêcher ou au contraire favoriser l'innovation (Young Foundation, 2011). Il est par conséquent essentiel de s'attacher à identifier et à évaluer les rôles et responsabilités des organisations pouvant entraver l'innovation. Toutefois une modification des structures qui ne serait pas accompagnée d'incitatifs ou d'une révision des incitatifs mis en place serait vouée à l'échec. Certains auteurs soulignent donc l'importance de procéder à des changements dans les modèles d'affaires afin de soutenir les inventions qui nécessitent d'être adoptées et diffusées (Hwang & Christensen, 2008).

Plusieurs chercheurs ont proposé des définitions du modèle d'affaires. Mahadevan, en 2000, propose qu'un modèle d'affaires vise à définir la configuration de trois flux essentiels à l'entreprise, le flux de valeur (pour les partenaires et les consommateurs), le flux de revenus et le flux logistique (la structure de la chaîne d'approvisionnement). Comme le flux de valeur est ce qui permet à l'entreprise de demeurer viable à long terme, il influence le flux de revenus tout en gardant en considération le flux logistique. Un modèle d'affaires gagnant est celui qui parviendra à concevoir le bon mix des trois flux. Historiquement, on réfère peu à la notion de modèle d'affaires lorsqu'il s'agit du système de santé au Québec, puisqu'il s'agit d'un service public dont l'accès est universel et gratuit. Toutefois, la notion de la valeur en santé répandue par Michael Porter (M. E. Porter & Teisberg, 2006) et généralement acceptée, l'importance de tenir compte des ressources publiques disponibles et la viabilité financière du système rendent le concept de modèle d'affaires pertinent.

Les notions de coopération et d'alignement des objectifs, des stratégies et des mandats qui ont préalablement été identifiés comme déterminants à l'échelle du gouvernement et du système de santé s'avèrent également essentielles à l'échelle organisationnelle. Ainsi, si innover ou améliorer l'efficacité est une stratégie du gouvernement, les organisations existantes se doivent d'embrasser l'innovation et d'en faire une priorité. (M. E. Porter, 2009; Young Foundation, 2011). Or, pour favoriser l'innovation, il est nécessaire, d'une part, de mettre en place des incitatifs qui récompensent de tels comportements organisationnels en faveur de l'innovation (Young Foundation, 2011) et, d'autre part, de fournir suffisamment d'autonomie aux organisations à l'échelle locale pour qu'elles encouragent l'adoption de l'innovation (Young Foundation, 2011) au même titre que le gouvernement.

Le système de santé canadien est réputé être décentralisé du point de vue du Canada, puisque ce sont les provinces qui sont responsables d'assurer et d'organiser les services de santé. Au niveau provincial, le système de santé du Québec est un système intégré dans lequel les décisions sont prises centralement.

Plusieurs parties prenantes soulignent l'importance de briser les silos au sein même des organisations afin de contribuer à la diffusion des innovations. En effet l'organisation par services met à mal la coopération intraorganisationnelle. Par ailleurs, cette situation est accentuée par des mécanismes financiers qui entravent davantage l'innovation. On pense notamment à la budgétisation par service, qui dissuade les organisations de mettre en place un parcours de soins intégré, limitant ainsi les améliorations potentielles en matière de résultats relatives au patient, ou encore à la budgétisation à l'année qui empêche les établissements d'évaluer adéquatement l'impact des innovations et qui favorise par conséquent les résultats à court terme au détriment des résultats à long terme (Young Foundation, 2011).

Le fonctionnement par silo est une problématique intraorganisationnelle, mais aussi interorganisationnelle. En effet, de nombreux auteurs mettent en évidence l'importance d'améliorer également la coordination entre les différentes entités (Paulus, Davis, & Steele, 2008; M. E. Porter, 2009; Young Foundation, 2011). L'OCDE a d'ailleurs spécifiquement invité le Canada à se pencher sur cette question, notamment en ce qui a trait aux points de jonction entre les prestataires (OCDE, 2011).

Enfin, la responsabilisation des prestataires de soins est considérée comme une pierre angulaire dans l'établissement d'une culture d'innovation au sein du système de santé (Young Foundation, 2011). À cet égard, l'indépendance des médecins par rapport aux hôpitaux au Canada – c'est-à-dire le fait qu'ils ne soient pas salariés des hôpitaux – soulève de nombreux enjeux qu'il convient de prendre à bras-le-corps. En effet, Léger (2011) et Sutherland (2011) exhortent le Canada à modifier la relation entre les hôpitaux et les médecins, afin que ces derniers prennent leur part de responsabilité pour les coûts et le risque, induits par leur pratique.

De nouveau, la responsabilisation des individus face aux résultats et l'intégration de l'innovation dans leurs comportements passent par la cohérence des mécanismes incitatifs, monétaires ou non (Young Foundation, 2011). Plus spécifiquement, la rémunération des médecins doit responsabiliser ces derniers pour qu'ils contribuent activement à l'amélioration de la santé de la population en se concentrant davantage sur la prévention et, le cas échéant, en soignant les individus de la manière la plus efficace qui soit pour éviter les complications et les réhospitalisations (Castonguay, 2013).

Par ailleurs, l'intégration des innovations dans le secteur de la santé et la responsabilisation des cliniciens en vue de l'amélioration des résultats pour le patient supposent l'existence d'informations pertinentes, faciles d'accès, qui nécessitent le développement d'une infrastructure TI de qualité permettant une compatibilité entre les différents systèmes (Estrin & Sim, 2010; Young Foundation, 2011) et, donc, une capacité de comparaison et d'identification des meilleures pratiques en toute objectivité. Cette transparence accrue bénéficierait tout autant aux organisations qui auraient un point de repère pour comparer les résultats au patient qu'aux patients eux-mêmes qui souhaiteraient prendre part aux discussions stratégiques sur leur santé. L'établissement de standards aurait également le mérite d'uniformiser le langage au sein du secteur, en ce sens où les parties prenantes

partageraient les mêmes définitions d'innovation et de valeur (Young Foundation, 2011), ce qui aurait pour avantage de faciliter la transparence et l'étalonnage et donc l'amélioration de l'efficacité.

Tableau 6: Récapitulatif des facteurs liés à la structure des organisations

Facteurs	Auteurs	Citations
Architecture favorisant l'innovation	(Young Foundation, 2011) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009)	« Some new organizations (or combinations of existing ones) will be needed: a new independent body to oversee outcome measurement and reporting, a single entity to review and set HIT standards. » (M. E. Porter, 2009)
Alignement des mandats des parties prenantes	(M. E. Porter, 2010)	« The fact that health care delivery is not organized around value works against excellent care and drives up cost. » (M. E. Porter, 2010)
Fonctionnement en silo au sein d'une organisation	(Aslani & Naaranoja, 2015) (Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2010)	We think that improved cooperation within the NHS and between the NHS and other sectors is critical here. Innovation is not developed in isolation. It comes from a range of stakeholders working together to develop solutions. (Young Foundation, 2011)
Fonctionnement en silo entre les organisations	(Young Foundation, 2011) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009)	
Centralisation des décisions	(Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004) (M. E. Porter, 2009) (Young Foundation, 2011)	« Increase local autonomy to try new innovations, show leadership in innovation or promote their own innovation. » (Young Foundation, 2011)
Responsabilisation des prestataires	(Léger, 2011) (Young Foundation, 2011) (Sutherland, 2011) (Castonguay, 2013)	« The biggest impediment to garnering support for reallocating resources between sectors is modifying physicians' relationships with hospitals and having physicians bear some portion of financial risk for the cost while ensuring continued or improved quality and access to care. » (Sutherland, 2011)

Tableau 7: Récapitulatif des facteurs liés aux modèles d'affaires

Facteurs	Auteurs	Citations
Incitatifs favorisant l'adoption de l'innovation	(Young Foundation, 2011)	« Improve and align incentives for organisations to adopt innovation. »
Incitatifs favorisant l'alignement des objectifs des parties prenantes avec l'amélioration de la valeur (notamment cliniciens)	(M. E. Porter, 2010)	« The fact that reimbursement is not aligned with value cripples the process of innovation while rendering the profit motive a destructive force rather than a value driver. » « That innovators, and those who adopted innovations, needed to be better incentivised and rewarded for their work. Without recognition through awards or incentives as part of their job, it is difficult to find the time to adopt and diffuse innovation. »
Financement par silo	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2010)	« Actions which aim to reduce silo budgeting between organisations: adapt the payment by results system to appreciate the total value chain of a treatment » (Young Foundation, 2011)
Financement annuel	(Young Foundation, 2011)	« annual budgetary cycle which make it hard to make a business case for most innovations » (Young Foundation, 2011)
Orientation sur traitement à court terme sans égard aux besoins à long terme	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2010)	« Silo budgets and annual cycles dis-incentivise investment in new technology or novel treatments by forcing budget holders to focus on the short-term rather than consider potential long-term investments » (Young Foundation, 2011)
Opacité des informations sur les coûts par cas et les résultats	(Young Foundation, 2011) (Herzlinger, 2006) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009) (James C Robinson & Smith, 2008) (OCDE, 2011)	« Fournir davantage d'informations sur la qualité et les prix, afin de renforcer la concurrence et de permettre une évaluation comparative des prestataires, ce qui contribuerait à diffuser des pratiques optimales » (OCDE, 2011) « Continuously update health information technology (HIT) standards that include precise data definitions (for diagnoses and treatments, for example), an architecture for aggregating data for each patient over time and across providers, and protocols for seamless communication among systems. » (M. E. Porter, 2009)

4.3.5 Facteurs liés à l'expertise et aux compétences des parties prenantes

Le dernier volet dont fait part la revue de littérature relève de l'expertise des différentes parties prenantes évoluant au sein du système de santé. Ainsi, le leadership et les compétences des individus en matière d'innovation sont déterminants lorsque vient l'étape de diffusion de l'innovation, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques.

En effet, le leadership est défini le plus souvent comme un processus par lequel un individu influence un groupe dans le but d'atteindre un objectif commun (Summerfield, 2014). En contexte d'innovation, un leader fort va soutenir toutes les étapes du processus d'innovation. En d'autres mots il va s'assurer de lever les obstacles de l'idée jusqu'à la diffusion de celle-ci dans la société. La présence d'un leadership fort est, par conséquent, fortement souhaitée si l'on souhaite que les innovations dépassent le stade de l'adoption et réussissent la phase de diffusion de l'innovation.

Selon Schein, le leader est la clé de voûte de la modification d'une culture (Schein, 1992). Par conséquent, lorsqu'il s'agit d'instaurer une culture d'innovation dans le système de santé actuel, la présence d'un leadership au plus haut niveau du gouvernement devient essentielle puisque l'impulsion et la priorisation proviennent de là (Young Foundation, 2011). De plus, dans la mesure où l'accent est mis sur la valeur au patient, le système de santé doit, dans son ensemble, procéder à un changement de perspective dans la façon d'envisager les services qui ont le plus de valeur pour le patient, à savoir la prévention plutôt que le traitement. Or, selon certains auteurs, la transition est loin d'être réalisée tant dans les actes que dans l'esprit des individus du système de santé. Il en résulte une offre en matière de soins préventifs fragmentée, inefficace et inefficace : sans grande valeur donc pour les patients (M. E. Porter, 2009).

Par ailleurs, dans sa définition du leadership, Kotter soulignait l'importance de distinguer le leadership du Management : alors que le Management permet de gérer la complexité, le leadership permet de faire face au changement, notamment lorsque celui-ci n'est pas incrémental (Kotter, 2011). Dès lors, nul ne peut s'étonner de la prépondérance du leadership de l'ensemble des parties prenantes dans la mise en œuvre des innovations. Le leadership est donc une caractéristique qui doit se retrouver d'une part à l'échelle de la haute direction des organisations, puisque ces dernières sont responsables de la sensibilisation et du soutien de leurs organisations en matière d'innovation (Aslani & Naaranoja, 2015; Fleuren et al., 2004; Paulus et al., 2008; Young Foundation, 2011), et, d'autre part, à l'échelle du terrain, puisque que les cliniciens comme les gestionnaires se doivent de convaincre tant les pairs que les patients de la pertinence d'une innovation, s'ils souhaitent la voir s'implanter avec succès (Young Foundation, 2011). En d'autres termes, démontrer qu'une idée a de la valeur est une condition nécessaire, mais non suffisante : il est également nécessaire d'avoir un leadership fort des cliniciens ainsi que des gestionnaires qui portent l'innovation pour la voir s'implanter avec succès.

Du reste, les compétences des individus doivent également être travaillées pour s'assurer d'une plus grande et meilleure adhésion. Deux compétences clés, en rapport avec la culture

de la mesure, ressortent de la littérature. Dans un premier temps, les individus doivent être capables d'évaluer la valeur d'une idée, de la mesurer, de la démontrer. Ensuite, ils doivent être en mesure de modifier, le cas échéant, les processus pour obtenir les résultats escomptés. L'acquisition de telles compétences passe par la mise à disposition des individus, d'informations pertinentes permettant une évaluation juste des bénéfices potentiels d'une idée, de formations adaptées pour s'approprier l'innovation et écarter ainsi les éventuelles résistances qui pourraient surgir (Young Foundation, 2011).

Enfin, comme il a déjà été ébauché précédemment, le patient a une part importante à jouer dans le soutien à l'innovation. Nous l'avons vu, le patient a un rôle à jouer essentiel à l'échelle stratégique : ce rôle, rappelons-le, passe par une amélioration de sa littéracie en matière de santé, mais aussi par une amélioration de son pouvoir de négociation. Il convient de souligner à présent que le patient a également un rôle à jouer à l'échelle opérationnelle, notamment en matière d'élaboration et de diffusion des innovations. En effet, sa participation est hautement recommandée par de nombreux chercheurs et praticiens (Young Foundation, 2011) afin de pérenniser les innovations.

Tableau 8: Récapitulatif des facteurs liés à l'expertise des parties prenantes

Facteurs	Auteurs	Citations
Leadership du gouvernement	(Young Foundation, 2011) (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)	« Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de leadership en collaborant avec ses homologues provinciaux pour créer un mécanisme de soins de santé visant à déterminer, à promouvoir et à faire avancer l'innovation requise en matière de soins de santé. » (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)
Compétences et leadership au sein des organisations	(Aslani & Naaranoja, 2015) (Young Foundation, 2011) (Fleuren et al., 2004) (Paulus et al., 2008) (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)	« Respondents noted that diffusion requires tireless promotion and marketing. Innovations need champions both at the top, to raise awareness, and at the grassroots, expending time and effort in face-to-face persuasion. Clinicians and managers both have crucial roles to play here. » (Young Foundation, 2011)
Compétences du réseau	(Young Foundation, 2011) (Department of Health, 2011) (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)	« Enhancement of managerial skills, capacity and leadership would make innovation smoother and less traumatic. » (Young Foundation, 2011) « Relevant training should be commonplace – including in the training of junior doctors, the development of clinicians, consultants, nurses and other NHS staff. » (Young Foundation, 2011)
Promotion de la santé	(Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009)	« We need to radically reexamine how to organize the delivery of prevention, wellness, screening, and routine health maintenance services. The problem is [...] the system underinvests in these services relative to the value they can create but also that primary care providers are asked to deliver disparate services with limited staff to excessively broad patient populations. As a result, delivery of such care is fragmented and often ineffective and inefficient. » (M. E. Porter, 2009)
Littéracie des patients	(Aslani & Naaranoja, 2015) (Fleuren et al., 2004) (Herzlinger, 2006) (Young Foundation, 2011) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009) (James C Robinson & Smith, 2008) (Robinson & Smith; 2008)	« Patients [should be] involved in designing or prototyping innovations » (Young Foundation, 2011) « 1. Willingness of the patient to cooperate with the innovation. 2. Degree to which the patient is aware of the health benefits of the innovation » (Young Foundation, 2011)

4.4 SYNTHÈSE DE LA REVUE DOCUMENTAIRE

La littérature scientifique et la littérature grise ont permis à l'équipe de recherche de mieux définir, dans un premier temps, les concepts d'innovation et de valeur dans le contexte de la santé.

Dans un deuxième temps, l'équipe s'est attelée à identifier les facteurs qui ont une influence positive ou négative sur l'innovation. Ces facteurs sont soit exogènes – c'est le cas des facteurs liés à l'environnement et aux contextes politique et social – soit endogènes au système de santé – il s'agit des facteurs liés à la réglementation, aux structures organisationnelles, aux modèles d'affaires et à l'expertise et au leadership des individus œuvrant dans le système.

Dans la section qui suit, il s'agira de valider la présence de ces 27 facteurs au Québec et de confirmer leur importance aux yeux des parties prenantes, avant d'envisager une quelconque priorisation ou ébauche de feuille de route.

5 GROUPE DE DISCUSSION SUR L'INTÉGRATION DES INNOVATIONS

Cette section fait état des résultats colligés à la suite de la tenue d'un groupe de discussion qui portait sur les facteurs qui inhibent ou favorisent l'innovation en santé. Elle est séparée en trois parties. La première partie présente la méthodologie de travail, la deuxième, les résultats par thématique et la troisième présente un sommaire des résultats.

5.1 MÉTHODOLOGIE

À l'étape 1 de ce projet, nous avons recensé les facteurs ou caractéristiques des systèmes qui, selon la littérature, inhibent ou favorisent l'amélioration de l'efficacité en santé. Comme dans la section précédente, les facteurs, 26 en tout, ont été répartis en six thématiques :

- Les facteurs externes au système de santé :
- environnementaux
 - politiques et sociaux
- Les facteurs internes au système de santé :
- environnement réglementaire
 - structure organisationnelle du système
 - modèles d'affaires
 - expertise et compétences des individus

L'équipe de recherche a formulé 28 affirmations adaptées au contexte québécois pour rendre compte des 26 facteurs identifiés précédemment dans la littérature. Pour simplifier la lecture de l'analyse, la correspondance entre les facteurs identifiés et les affirmations formulées est synthétisée à l'annexe 1 de ce document.

Déroulement des groupes de discussion

Nous avons réuni deux groupes de discussion pour un total de 47 personnes appartenant à cinq groupes de parties prenantes⁹. Le tableau suivant montre la répartition des participants selon leur groupe d'appartenance. Les groupes, « fonds de recherche et chercheurs » et « fournisseurs de services », étaient les deux groupes les plus représentés avec 13 participants pour le premier et 14 pour le deuxième. Les trois autres groupes comptaient six ou sept participants.

⁹ Deux groupes de discussion ont été formés simplement pour faciliter les échanges entre participants et stimuler la discussion. Tous les résultats ont été compilés en un seul groupe.

Tableau 9: Répartition du groupe de discussion

Description du groupe	Nombre de participants
Gouvernement, agence gouvernementale, dirigeant du réseau, fédération, syndicat et association	7
Fonds recherche et chercheurs	13
Équipementiers, pharmaceutiques et Bio Tech	7
Fournisseurs services¹⁰	14
Cliniciens	6

L'objectif du groupe de discussion était d'obtenir l'opinion des participants sur la présence de ces facteurs/caractéristiques au Québec et sur leur importance pour que les innovations soient utilisées au Québec. Pour ce faire, nous avons d'abord exprimé chacune des caractéristiques favorisant ou inhibant l'innovation en santé en déclaration sous une forme positive. Par exemple, selon la littérature¹¹, une réglementation qui priorise le coût dans les approvisionnements (règle du plus bas soumissionnaire) fait obstacle à l'innovation. La question exprimée dans sa forme positive qui a été posée aux participants était la suivante :

Dans quelle mesure l'affirmation suivante représente votre lecture de la situation au Québec?

La réglementation sur les approvisionnements soutient l'efficacité du système.

Les participants devaient dans un premier temps exprimer leur accord avec l'affirmation en allouant une valeur de 1 à 5, où 1 signifie qu'ils ne sont pas du tout d'accord et 5 signifie qu'ils l'étaient très fortement. Ensuite, ils s'exprimaient sur l'importance de ce facteur pour l'intégration des innovations en santé en utilisant la même échelle de réponses.

Ce processus a été répété pour les 27 facteurs recensés. Les participants se sont exprimés électroniquement, par télévotants. Les résultats ont été analysés selon les groupes d'appartenance des participants et par thématique. Le questionnaire complet se trouve à l'annexe 2. Nous ne prétendons pas de la valeur statistique de nos résultats. La représentativité des groupes n'est pas assez grande, et les échantillons sont trop faibles. En plus, faute de plus grande représentativité de leur partie prenante, certaines personnes ont été incluses dans un groupe avec lequel leur opinion divergeait assez souvent d'avec celui des autres. Le portrait que nous présentons est simplement à titre indicatif pour fins de discussion et appuyer le développement de recommandations.

¹⁰ Par fournisseurs de services nous entendons consultants, entreprises de technologie des informations, services complémentaires de santé, gestionnaires de clinique médicale etc.

¹¹ Rodrigue G, Corriveau O., L'innovation dans l'industrie du bâtiment au Québec en 2004, CERACQ; ECOTECH Québec, Vers un rôle accru des organismes publics pour accélérer la commercialisation des innovations vertes du Québec, 2014.

5.2 RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

5.2.1 Thème 1 : Facteurs environnementaux

La première thématique portait sur l'environnement, c'est-à-dire les facteurs externes d'ordre général ayant un impact sur le processus d'innovation dans tous les secteurs de l'économie. Ils concernent l'environnement créé par le gouvernement selon qu'il exerce un leadership dans un domaine donné ou non (ici le domaine est celui de l'innovation). Le leadership au plus haut niveau du gouvernement est un élément clé du développement d'une culture. Quatre caractéristiques de cet ordre ont été proposées aux répondants comme ayant une influence sur l'implantation des innovations en santé, soit lorsque :

1. le gouvernement, à son plus haut niveau, fait du développement d'une culture de l'innovation une stratégie prioritaire en favorisant l'implantation des innovations dans les organisations (A1);
2. le gouvernement met en place des politiques visant à maximiser le rendement des investissements privés et publics en recherche et développement (A2);
3. le gouvernement soutient l'autonomie au niveau des localités et les responsabilise dans leur recherche et l'application de solutions appropriées pour leur réalité (A3);
4. la société en générale comprend les enjeux d'efficience et que les gens prennent leurs décisions, notamment en votant, en tenant compte de ces enjeux. En d'autres mots, l'amélioration de l'efficience est importante pour la population (A4).

Le tableau suivant présente l'opinion moyenne des participants sur l'applicabilité de ces déclarations au Québec, selon leur groupe d'appartenance.

On y observe tout d'abord que les participants sont d'avis que le Québec présente peu ces quatre caractéristiques. En effet, ils ont répondu qu'ils étaient majoritairement peu d'accord (2) ou ni d'accord ni en désaccord (3) avec ces déclarations puisqu'en moyenne les réponses se situent entre 2,17 et 2,42.

L'affirmation qui a obtenu le moins d'appui portait sur le soutien à l'autonomie et la responsabilisation des localités, l'affirmation 3 (A3). Ce sont les fournisseurs de services et les médecins qui étaient le moins favorables à cette affirmation avec respectivement 1,92 et 1,95 de moyenne. Il est intéressant de noter que le groupe qui représente le gouvernement et les dirigeants du système a octroyé la moyenne la plus élevée pour cette thématique, 2,67.

Les médecins sont également peu en accord avec l'affirmation A2 selon laquelle les politiques soutiennent la maximisation du rendement sur les investissements en recherche, en moyenne 2,0.

Les membres de tous les groupes de répondants ont exprimé des avis divergeants sur l'applicabilité au Québec de la déclaration sur la compréhension des enjeux d'efficience par la société. La variance dans les réponses était très élevée pour tous les groupes de répondants. Il est possible que les opinions soient très variées, mais il est aussi possible que

la déclaration ait été mal comprise¹². Fait à noter, il y avait beaucoup moins d'écart dans les réponses en ce qui concernait l'importance que la société en général comprend les enjeux d'efficience et y accorde de l'importance.

Tableau 10: Thème 1: Facteurs environnementaux - Applicabilité des affirmations
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A1 : Culture d'innovation (stratégies)	2,17	2,40	2,14	2,64	2,67	2,42
A2 : Culture d'innovation (politiques)	2,29	2,21	2,14	2,27	2,00	2,20
A3 : Gouvernement centralisateur	2,67	2,20	2,00	1,92	1,95	2,17
A4 : L'efficience importante pour la population	2,83	2,36	2,29	2,42	2,00	2,38

Tableau 11: Thème 1 : Facteurs environnementaux – Applicabilité des affirmations
 Écart de la moyenne du groupe avec la moyenne générale

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins
A1 : Culture d'innovation (stratégies)	-11 %	-1 %	-12 %	9 %	10 %
A2 : Culture d'innovation (politiques)	4 %	1 %	-3 %	3 %	-9 %

¹² Pour toutes les questions où la variance était élevée, rendant le résultat non significatif, nous avons choisi de montrer tout de même les résultats. Nous ne prétendons pas de la valeur statistique de nos résultats. La représentativité des groupes n'est pas assez grande, et les échantillons sont trop faibles. En plus, faute de plus grande représentativité de leur partie prenante, certaines personnes ont été incluses dans un groupe avec lequel leur opinion divergeait assez souvent d'avec celui des autres. Le portrait que nous présentons est simplement à titre indicatif pour fins de discussion et appuyer le développement de recommandations.

A3 : Gouvernement centralisateur	23 %	1 %	-8 %	-12 %	-10 %
A4 : L'efficacité importante pour la population	19 %	-1 %	-4 %	2 %	-16 %

Tous les répondants étaient en accord avec l'importance de ces facteurs pour que l'environnement soit favorable à l'innovation en santé. C'est toutefois l'implantation de l'innovation dans les stratégies gouvernementales qui a obtenu le plus d'appui avec une moyenne de 4,22. Ce sont les fournisseurs de technologies qui appuyaient le plus l'importance de ce facteur avec une moyenne de 4,57. Les médecins n'étaient ni en accord ni en désaccord avec l'importance du soutien à l'autonomie et de la responsabilisation dans les milieux locaux avec 3,35 de moyenne.

Tableau 12: Thème 1 : Facteurs environnementaux - Importance du facteur pour l'innovation
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Généraliste
A1 : Culture d'innovation (stratégies)	4,00	4,27	4,57	4,18	4,00	4,22
A2 : Culture d'innovation (politiques)	4,33	4,20	4,14	4,08	3,83	4,13
A3 : Gouvernement centralisateur	4,14	4,14	4,00	4,00	3,25	4,02
A4 : L'efficacité importante pour la population	3,83	4,62	4,57	4,33	4,17	4,36

Les participants sont d'avis que le gouvernement mise peu sur le développement d'un environnement favorable à l'innovation, mais qu'un tel environnement est important pour l'amélioration de l'efficacité en santé

En somme, tous les participants sont en moyenne d'avis que l'environnement présente peu de caractéristiques favorables à l'innovation et que les trois facteurs environnementaux sont importants pour l'innovation en santé. C'est la déclaration selon laquelle le gouvernement favorise l'autonomie et la responsabilisation des localités qui obtenait le désaccord le plus marqué, et ce sont les médecins et les fournisseurs de services qui étaient les moins d'accord. Or, les médecins ne sont ni en accord ni en désaccord avec l'importance de la responsabilisation et l'autonomie des milieux locaux pour l'innovation. (Peut-on

conclure que les médecins sont d'avis que cette notion a peu d'impact sur l'innovation en santé?)

5.2.2 Thème 2 : Facteurs sociaux politiques

Le regroupement de facteurs sociaux et politiques comprend en fait deux catégories distinctes de caractéristiques d'un environnement externe au système de santé, l'environnement politique et l'environnement social. Le premier porte sur le leadership qu'exerce le gouvernement en matière d'intégration des innovations en santé. Les facteurs sociaux regroupent tous les éléments provenant de l'environnement social pouvant affecter l'innovation, par exemple le nombre de groupes affectés ou encore la présence de visions multiples du système de santé au sein de la population.

Dans cette catégorie quatre facteurs favorables à l'innovation en santé ont été regroupés sous les affirmations suivantes :

1. La vision du système de santé est clairement énoncée par le ministère et est partagée par les leaders du système (A5);
2. Le gouvernement a clairement énoncé son intention de miser sur l'innovation pour mieux répondre à la demande de soins tout en contrôlant l'augmentation des coûts du système (A6);
3. Les discussions sur les impacts des innovations sont pragmatiques et orientées vers le développement de services efficaces pour une société en santé (A7);
4. Le gouvernement planifie des systèmes de gouverne pour soutenir l'intégration des innovations dans les services de santé (A8).

Les participants ont exprimé le plus de désaccord avec la déclaration selon laquelle « les discussions portant sur les impacts des innovations seraient pragmatiques et orientées sur le développement de services efficaces pour une société en santé » (A7). En effet elle a obtenu, en moyenne, 1,96, soit un peu moins qu'un désaccord simple. Ce sont les fournisseurs de services et de technologies qui étaient le plus souvent « pas du tout d'accord » avec cette déclaration avec des moyennes de 1,5 et 1,7 respectivement. Les fournisseurs de services étaient également plus souvent « pas du tout d'accord » avec le fait que le gouvernement planifierait des systèmes de gouverne pour mieux soutenir l'intégration des innovations en santé (A8). Le groupe représentant le gouvernement et les dirigeants du système étaient « ni en accord ni en désaccord » avec un énoncé clair du gouvernement de miser sur l'innovation pour améliorer la réponse du système à la demande (A6). Les médecins eux étaient davantage « pas du tout d'accord » avec cet énoncé que les autres participants. La variance dans les réponses pour cette question était élevée surtout pour trois groupes, les chercheurs, les fournisseurs de technologie et les médecins. Il est possible ici que la variance soit expliquée par la variabilité dans la compréhension de la réforme actuelle du système. Finalement, bien qu'aucun groupe ne croie que le ministère ait énoncé une vision claire du système et que celle-ci soit partagée par les leaders du système (A5), ce sont les fournisseurs de technologies qui l'exprimaient le plus.

Tous les groupes étaient fortement en accord avec l'importance de ces facteurs pour favoriser l'implantation de l'innovation en santé puisque les moyennes étaient toutes supérieures à 4,49. Les accords les plus forts portaient sur l'importance de l'expression d'une vision claire et partagée et d'une stratégie sur l'innovation en santé (A5). Toutefois, Il est intéressant de constater que, même si tous appuyaient fortement l'importance de discussions pragmatiques et orientées sur le développement de services efficaces (A7), c'était un peu moins le cas pour les acteurs gouvernementaux (3,86).

Tableau 13: Thème 2 : environnement politique et social – Applicabilité des affirmations
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A5 : Vision claire et partagée	2,57	2,13	1,86	2,25	2,00	2,17
A6 : Importance de l'efficacité du système de santé dans les stratégies gouvernementales	3,00	2,60	2,43	2,08	1,83	2,40
A7 : Présence d'externalités négatives	2,43	2,20	1,71	1,50	2,00	1,96
A8 : Planification de l'intégration des innovations	2,43	2,13	2,14	1,67	2,17	2,06

Tableau 14: Thème 2 : environnement politique et social – Applicabilité des affirmations
 Écart de la moyenne du groupe avec la moyenne générale

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins
A5 : Vision claire et partagée	18 %	-2 %	-14 %	4 %	-8 %
A6 : Importance de l'efficacité du système de santé dans les stratégies gouvernementales	25 %	8 %	1 %	-13 %	-24 %
A7 : Présence d'externalités négatives	24 %	12 %	-12 %	-23 %	2 %

A8 : Planification de l'intégration des innovations	18 %	3 %	4 %	-19 %	5 %
--	------	-----	-----	-------	-----

Tableau 15: Thème 2: environnement politique et social – Importance du facteur pour l'innovation
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Généraliste
A5 : Vision claire et partagée	4,83	4,73	4,71	4,67	4,83	4,74
A6 : Importance de l'efficacité du système de santé dans les stratégies gouvernementales	4,57	4,86	4,86	4,75	4,33	4,72
A7 : Présence d'externalités négatives	3,86	4,54	4,71	4,75	4,33	4,49
A8 : Planification de l'intégration des innovations	4,57	4,53	4,57	4,58	4,50	4,55

Selon les participants, le gouvernement n'a pas clairement énoncé sa vision du système de santé, mais ce serait très important qu'il le fasse. Il est également important qu'il énonce clairement son intention de miser sur l'innovation pour mieux répondre à la demande.

5.2.3 Thème 3 : Facteurs réglementaires

Cette catégorie regroupe les facteurs provenant de l'environnement réglementaire, actuel ou à venir, pouvant affecter la capacité d'intégrer les innovations, par exemple

- réglementation multiple (multiples juridictions);
- frontières professionnelles variées (actes réservés, déontologie, etc.);
- multiples acteurs syndicaux.

Cette thématique est très large, car elle couvre tant les règles qui protègent le public et les patients que celles qui protègent les cliniciens et les travailleurs et celles qui visent à contrôler les coûts. La réglementation est un domaine complexe, car elle doit non seulement protéger, mais elle doit le faire sans inhiber l'atteinte des objectifs des organisations. La multiplicité des acteurs et la sensibilité des enjeux qui entourent la santé humaine ajoutent à la complexité. Cinq affirmations (A) décrivant un environnement réglementaire favorable à l'innovation en santé ont été identifiées :

1. Les ordres professionnels facilitent le développement d'un environnement clinique efficient (A9);
2. Les conventions collectives facilitent le développement d'un environnement clinique efficient (A10);
3. Les ententes avec les fédérations facilitent le développement d'un environnement clinique efficient (A11);
4. La réglementation et les processus de gestion et d'autorisation facilitent l'innovation (A12);
5. La réglementation sur les approvisionnements soutient l'efficacité du système (A13).

Les participants sont d'avis que ces affirmations s'appliquent très peu à notre environnement en santé au Québec. Aucune d'entre elles n'a obtenu un score moyen supérieur à 2,26, et trois ont obtenu un score inférieur à 2. De l'avis des participants, les conventions collectives (A10), les ententes avec les fédérations (A11) et les processus de gestion et d'autorisation (A12) sont peu favorables au développement d'un environnement efficient et donc à l'innovation. Pour les médecins, l'affirmation la moins applicable à notre système est celle qui concerne les conventions collectives (A10) et ensuite celle sur les processus de gestion et d'autorisation (A12). Les fournisseurs de services ont la même appréciation des processus de gestion et d'autorisation (A12). Autre élément intéressant, les chercheurs sont en moyenne moins en désaccord que les autres répondants avec toutes ces affirmations, à l'exception de celle qui concerne les processus d'approvisionnement (A13).

À l'instar des thématiques 1 et 2, toutes ces caractéristiques sont importantes pour l'implantation des innovations avec des moyennes qui se situent entre 4,21 et 4,51. Toutefois, de l'avis des médecins, le rôle des ordres professionnels (A9) est un peu moins important avec 3,83, et de celui des acteurs gouvernementaux ce sont les conventions collectives qui le sont moins avec 3,71.

Tableau 16: Thème 3 : Environnement réglementaire – Applicabilité des affirmations
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Généraliste
A9 : Multiplicité des parties prenantes – influence des ordres professionnels	2,43	2,33	2,00	2,33	2,00	2,26
A10 : Multiplicité des parties prenantes – influence des conventions collectives	1,57	2,33	1,29	1,25	1,00	1,62
A11 : Multiplicité des parties prenantes – influence des fédérations	1,71	2,20	1,57	1,33	1,67	1,71
A12 : Réglementation : processus d'autorisation	1,71	2,13	1,43	1,17	1,17	1,60
A13 : Réglementation : processus d'approvisionnement	2,29	1,93	1,43	2,25	2,00	2,00

Tableau 17: Thème 3 : Environnement réglementaire – Applicabilité des affirmations
 Écart de la moyenne du groupe avec la moyenne générale

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins
A9 : Multiplicité des parties prenantes – influence des ordres professionnels	8 %	3 %	-11 %	3 %	-11 %
A10 : Multiplicité des parties prenantes – influence des conventions collectives	-3 %	44 %	-20 %	-23 %	-38 %
A11 : Multiplicité des parties prenantes – influence des fédérations	0 %	28 %	-8 %	-22 %	-3 %
A12 : Réglementation : processus d'autorisation	7 %	34 %	-10 %	-27 %	-27 %
A13 : Réglementation : processus d'approvisionnement	14 %	-3 %	-29 %	13 %	0 %

Tableau 18: Thème 3 : Environnement réglementaire – Importance du facteur pour l'innovation
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A9 : Multiplicité des parties prenantes – influence des ordres professionnels	4,00	4,33	4,14	4,42	3,83	4,21
A10 : Multiplicité des parties prenantes – influence des conventions collectives	3,71	4,46	4,29	4,42	4,17	4,27
A11 : Multiplicité des parties prenantes – influence des fédérations	4,17	4,27	4,43	4,25	4,33	4,28
A12 : Réglementation : processus d'autorisation	4,57	4,47	4,71	4,42	4,50	4,51
A13 : Réglementation : processus d'approvisionnement	4,50	4,50	4,71	4,42	4,33	4,50

Les conventions collectives, les ententes avec les fédérations et les processus de gestion et d'autorisation sont peu favorables au développement d'un environnement efficient et donc à l'innovation. Pourtant, les répondants reconnaissent l'importance d'assouplir ces règles pour favoriser l'innovation.

5.2.4 Thème 4 : Structures organisationnelles

La catégorie structure organisationnelle est très large. C'est une composante importante de la gouvernance des systèmes en plus d'être interreliée aux modèles d'affaires et à la réglementation. Six conditions favorables à l'innovation se rapportent aux structures organisationnelles en soutien à un système de santé efficient. Les affirmations suivantes couvrent ces conditions appliquées au Québec :

1. Le système dispose d'une architecture qui favorise la diffusion des innovations (INESS, INSPQ, RAMQ, CHU) (A14);
2. Les mandats des différentes parties prenantes (MSSS, établissements, médecins, entreprises privées) sont orientés vers la valeur au patient (A15);

3. Les structures de gestion favorisent la responsabilisation des organisations face à leur résultat sur la valeur (A16);
4. Les organisations jouissent de l'autonomie nécessaire pour améliorer leur efficacité (A17);
5. Les structures organisationnelles sont suffisamment souples pour faciliter la fluidité des transferts des activités d'une organisation à l'autre (hôpitaux, cliniques, CHSLD, réadaptation) (A18);
6. Les structures organisationnelles facilitent la responsabilisation des médecins face à l'efficacité des services (se rapporte à la relation contractuelle entre les organisations de santé et les médecins) (A19).

Le système de santé québécois a été réorganisé en 2015 en 23 CISSS et CIUSSS, des structures intégrées de services déterminées par le Ministère¹³. Les directeurs généraux des CISSS et CIUSSS sont nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux, à qui ils se rapportent. L'adoption de la loi du 1^{er} avril 2015 a eu pour effet de recentrer le rôle du Ministère sur celui de planification, de distribution des enveloppes budgétaires, de coordination et de surveillance. Le rôle de l'organisation de la prestation des services est dévolu aux CIUSSS. Cette réorganisation est très récente. Dans l'exercice de consultation, les répondants ont répondu par rapport à leur perception du système avant la réforme.

Les affirmations sous cette thématique ont récolté des appuis très variés comparativement aux thématiques analysées dans les sections précédentes. D'abord, cette problématique a obtenu quatre fois des moyennes au-delà de 3 dans les deux premières questions. Ensuite, les répondants au sein des groupes se sont polarisés sur ces thèmes, surtout pour les trois premiers. En effet, la variance dans les résultats était élevée. Il est possible que plusieurs participants aient été en accord avec les affirmations, surtout avec les deux premières, en arguant que le système dispose de l'architecture pour favoriser l'innovation, mais qu'on exploite mal ce potentiel. D'autres, constatant plutôt que les structures en place ne fonctionnent pas, ont plutôt répondu défavorablement. Encore ici, puisque les moyennes ne sont pas significatives, nous ne pouvons tenir compte de ces réponses. On observe sous cette thématique que les représentants des organisations gouvernementales ont des moyennes plus élevées d'au moins 25 % que les autres participants pour trois affirmations : celle sur les structures requises (A14), celle sur l'orientation des mandats (A15) et celle sur la souplesse des structures et la fluidité du transfert des activités d'une organisation à l'autre (A18). Il en était de même pour les fournisseurs de technologies en ce qui concerne l'orientation sur la valeur des mandats (A15) et les structures qui favorisent la responsabilisation des médecins (A19). Cette dernière affirmation a reçu un appui en moyenne inférieur à 2 « pas d'accord » de tous les autres groupes de participants.

¹³ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>

Tableau 19: Thème 4 : Structures organisationnelles – Applicabilité des affirmations
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A14 : Architecture favorisant l'innovation	3,57	2,87	2,57	2,27	3,17	2,83
A15 : Alignement des mandats des parties prenantes	3,00	2,13	3,14	1,91	2,33	2,39
A16 : Fonctionnement en silo au sein d'une organisation	2,14	2,07	1,71	1,82	1,83	1,93
A17 : Centralisation des décisions	1,86	1,93	2,29	1,91	2,50	2,04
A18 : Fonctionnement en silo entre les organisations	2,71	1,87	1,86	2,09	2,00	2,07
A19 : Responsabilisation des prestataires	1,57	1,47	2,14	1,82	1,67	1,70

Tableau 20: Thème 4 : Structures organisationnelles – Applicabilité des affirmations
 Écart avec la moyenne générale

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins
A14 : Architecture favorisant l'innovation	26 %	1 %	-9 %	-20 %	12 %
A15 : Alignement des mandats des parties prenantes	25 %	-11 %	31 %	-20 %	-2 %
A16 : Fonctionnement en silo au sein d'une organisation	11 %	7 %	-11 %	-6 %	-5 %
A17 : Centralisation des décisions	-9 %	-5 %	12 %	-7 %	22 %
A18 : Fonctionnement en silo entre les organisations	31 %	-10 %	-10 %	1 %	-3 %
A19 : Responsabilisation des prestataires	-7 %	-14 %	26 %	7 %	-2 %

Pour les participants, tous les facteurs de structures organisationnelles sont importants pour l'implantation des innovations en santé. C'est encore plus vrai pour les affirmations A2, A3 et A5 sur l'orientation des mandats sur la valeur, la responsabilisation des organisations et la souplesse de celles-ci pour faciliter la fluidité des activités puisqu'elles ont obtenu des moyennes supérieures à 4,5.

Tableau 21: Thème 4 : Structures organisationnelles – Importance du facteur pour l'innovation
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A14 : Architecture favorisant l'innovation	4,00	4,33	4,43	4,18	4,67	4,30
A15 : Alignement des mandats des parties prenantes	4,86	4,73	4,43	4,82	4,50	4,70
A16 : Fonctionnement en silo au sein d'une organisation	4,57	4,60	4,86	4,73	4,17	4,61
A17 : Centralisation des décisions	4,29	3,92	4,14	4,18	4,50	4,16
A18 : Fonctionnement en silo entre les organisations	4,57	4,73	4,29	4,55	4,33	4,54
A19 : Responsabilisation des prestataires	4,17	4,57	4,71	4,18	4,17	4,39

Les structures organisationnelles favorisent peu la responsabilisation des organisations et des médecins. Toutefois, en plus d'orienter davantage les mandats des organisations sur la valeur aux patients, la responsabilisation et la souplesse des organisations sont des caractéristiques très importantes pour améliorer l'efficacité.

5.2.5 Thème 5 : modèles d'affaires

Dans cette catégorie nous avons recensé cinq facteurs qui influencent l'intégration des innovations. Ils sont définis dans les affirmations suivantes :

1. Les mécanismes de financement responsabilisent les organisations face à la valeur (A20);
2. Les incitatifs et la rémunération des médecins et des cliniciens sont alignés avec la valeur (A21);

3. Il existe des systèmes d'information transparents qui facilitent la comparaison des résultats des organisations (et des prestataires) (A22);
4. Les décisions des organisations en santé sont motivées par les résultats à court terme (A23);
5. Les décisions des organisations en santé sont motivées par les résultats à long terme (A24);

D'emblée on peut affirmer que les participants sont d'avis que les modèles d'affaires des organisations de santé au Québec sont peu favorables aux trois premières affirmations. Aucun des groupes consultés n'a donné une moyenne supérieure à 2,0, « pas d'accord », à l'exception des fournisseurs de services, qui sont un peu moins en désaccord avec la troisième affirmation sur les systèmes d'information transparents, avec une moyenne de 2,09. Ainsi, selon les participants, les mécanismes de financement des hôpitaux, de rémunération des médecins et des cliniciens et les systèmes de données sont peu favorables à l'innovation.

Les affirmations 4 et 5 sur la recherche de résultats à court terme et à long terme doivent être lues différemment des autres affirmations. D'abord, les organisations innovantes recherchent un équilibre entre les résultats à court et à long termes (M. E. Porter, 2009). L'affirmation « les décisions des organisations en santé sont motivées par les résultats à court terme » exprimée indépendamment de celle sur le long terme n'est pas nécessairement positive pour l'amélioration de l'efficacité. Par ailleurs, nous n'avons eu que 24 réponses sur 47 répondants pour cette question¹⁴. C'est pourquoi les résultats ne sont pas ventilés par groupe de répondants.

De l'avis des participants, l'accent est mis sur la recherche de résultats à court terme et peu par les résultats à long terme puisque, en moyenne, ils sont plutôt d'accord avec la première affirmation et en désaccord avec la deuxième.

¹⁴ En raison d'un problème technique du système électronique d'interrogation, nous avons demandé aux participants de nous remettre leurs réponses à ces questions par écrit. Or nous n'avons obtenu que 24 réponses.

Tableau 22: Thème 5 : Modèles d'affaires – Applicabilité des affirmations
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A20 : Incitatifs favorisant l'adoption de l'innovation Financement par silo Financement annuel	1,83	1,86	1,43	1,55	1,17	1,61
A21 : Incitatifs favorisant l'alignement des objectifs des parties prenantes avec l'amélioration de la valeur (notamment cliniciens)	1,57	1,27	1,86	1,55	1,83	1,54
A22 : Opacité des informations sur les coûts par cas et les résultats	1,57	1,33	1,14	2,09	1,17	1,50
A23 : Orientation sur le traitement à court terme sans égard aux besoins à long terme terme						3,80
A24 : Orientation sur le traitement à long terme sans égard aux besoins à court terme						1,89

Les répondants sont d'avis que des incitatifs alignés avec la valeur, la transparence des données sur les résultats et des mécanismes de financement qui responsabilisent les organisations seraient trois caractéristiques très importantes pour améliorer l'intégration des innovations avec des moyennes respectives de 4,50, 4,48 et 4,38. Les répondants ne sont « ni d'accord ni en désaccord » avec l'importance d'être motivé par l'obtention de résultats à court terme et plus souvent en accord avec l'importance d'être motivé par des résultats à long terme puisque la moyenne des répondants est de 3,89.

Malgré leur importance pour soutenir l'innovation, les mécanismes de financement des hôpitaux, de rémunération des médecins et des cliniciens et les systèmes de données sont jugés peu favorables à l'innovation.

Tableau 23: Thème 5 : Modèles d'affaires – Importance des facteurs
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A20 : Incitatifs favorisant l'adoption de l'innovation Financement par silo Financement annuel	4,00	4,29	4,29	4,73	4,50	4,38
A21 : Incitatifs favorisant l'alignement des objectifs des parties prenantes avec l'amélioration de la valeur (notamment cliniciens)	4,43	4,40	4,71	4,55	4,50	4,50
A22 : Opacité des informations sur les coûts par cas et les résultats	4,14	4,36	4,86	4,60	4,50	4,48
A23 : Orientation sur le traitement à court terme sans égard aux besoins à long terme						3,22
A24 : Orientation sur le traitement à long terme sans égard aux besoins à courts terme						3,89

5.2.6 Thème 6 : expertise et expérience

Les facteurs de ce thème regroupent toutes les variables sous-jacentes à l'expérience et à l'expertise des acteurs du système, sous-ministres, gestionnaires à tous les niveaux, cliniciens, chercheurs, fournisseurs de services, professionnels, patients, etc., et pour l'ensemble des activités liées aux transformations. En plus, cette thématique intègre la capacité des acteurs de comprendre leur rôle et leurs responsabilités dans la transformation.

Nous avons demandé aux participants de se prononcer sur l'applicabilité au Québec des quatre affirmations suivantes :

1. Le leadership exercé par le MSSS facilite l'implantation des innovations (A25);

2. Le système a facilement accès à l'expertise pour appuyer ses décisions sur des analyses de rentabilité financière, économique et sociétale (A26);
3. Les compétences et le leadership exercés par la haute direction des organisations facilitent l'implantation des innovations (A27);
4. La littéracie des patients facilite leur responsabilisation par rapport à leur état de santé et leur contribution à l'amélioration de la valeur des services (A28).

Cette thématique a recueilli des avis très marqués tant au niveau de la présence des expertises requises pour l'innovation que de leur importance. Le leadership exercé par le MSSS a obtenu une moyenne générale inférieure à 2,0 ou « pas d'accord », soit 1,78. Aucune affirmation n'a obtenu une moyenne positive par rapport à son applicabilité au contexte québécois. Les moyennes sont toutes inférieures à 2,44. Toutefois, au niveau de l'accès aux compétences requises pour appuyer les décisions sur des analyses financières, économiques et sociétales, la variance dans les réponses était élevée pour certains groupes.

En ce qui concerne l'importance des expertises requises pour soutenir l'innovation, toutes les caractéristiques ont obtenu des moyennes supérieures à 4 (d'accord) et trois d'entre elles tendaient vers le tout à fait d'accord puisque leurs moyennes étaient supérieures à 4,59 : l'expertise pour appuyer les décisions, le leadership requis au niveau des établissements et la capacité des patients à se responsabiliser et à contribuer à leur bien-être. L'importance de la littéracie des patients a obtenu la moyenne la plus élevée au niveau de son importance pour l'implantation des innovations au Québec.

Fait intéressant à noter, les participants membres d'agences du gouvernement et des établissements étaient moins en désaccord avec les trois premières affirmations que les autres groupes. Les fournisseurs de technologies, beaucoup plus avec la première et la troisième.

Tableau 24: Thème 6 : Expertise et expérience – applicabilité des caractéristiques
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A25 : Leadership du gouvernement	2,14	1,87	1,29	1,80	1,67	1,78
A26 : Compétences du réseau	2,71	2,13	2,00	2,20	2,00	2,20
A27 : Compétences et leadership au sein des organisations	2,86	2,29	1,86	2,55	2,67	2,42
A28 : Littéracie des patients	2,57	2,64	2,29	2,27	2,33	2,44

Tableau 25: Thème 6 : Expertise et expérience – applicabilité des caractéristiques
 Écart avec la moyenne générale

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins
A25 : Leadership du gouvernement	21 %	5 %	-28 %	1 %	-6 %
A26 : Compétences du réseau	23 %	-3 %	-9 %	0 %	-9 %
A27 : Compétences et leadership au sein des organisations	18 %	-6 %	-23 %	5 %	10 %
A28 : Littéracie des patients	5 %	8 %	-6 %	-7 %	-5 %

Tableau 26: Thème 6 : Expertise et expérience – Importance des facteurs
 Moyenne des résultats

	Gouvernement, direction d'établissements et association	Fonds de recherche et chercheurs	Fournisseurs de technologies	Fournisseurs de services	Médecins	Générale
A25 : Leadership du gouvernement	4,14	4,47	4,57	4,45	4,50	4,43
A26 : Compétences du réseau	4,57	4,53	4,71	4,73	4,33	4,59
A27 : Compétences et leadership au sein des organisations	4,71	4,93	4,29	4,55	4,17	4,61
A28 : Littéracie des patients	4,86	4,80	4,86	4,27	4,50	4,65

Le leadership, les compétences requises pour appuyer les décisions, celles requises pour implanter les innovations et la capacité des patients à se responsabiliser et à contribuer à leur bien-être sont importants pour faciliter l'innovation.

5.3 SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Le constat est clair et surtout inquiétant. Aucun des facteurs favorables à l'innovation en santé n'a reçu une réponse moyenne positive sur sa présence au Québec. En d'autres mots, de l'avis des participants, aucun des 28 facteurs qui influencent positivement l'intégration

L'environnement est peu favorable à l'innovation en santé parce qu'on ne retrouve pas les conditions qui sont propices à leur intégration.

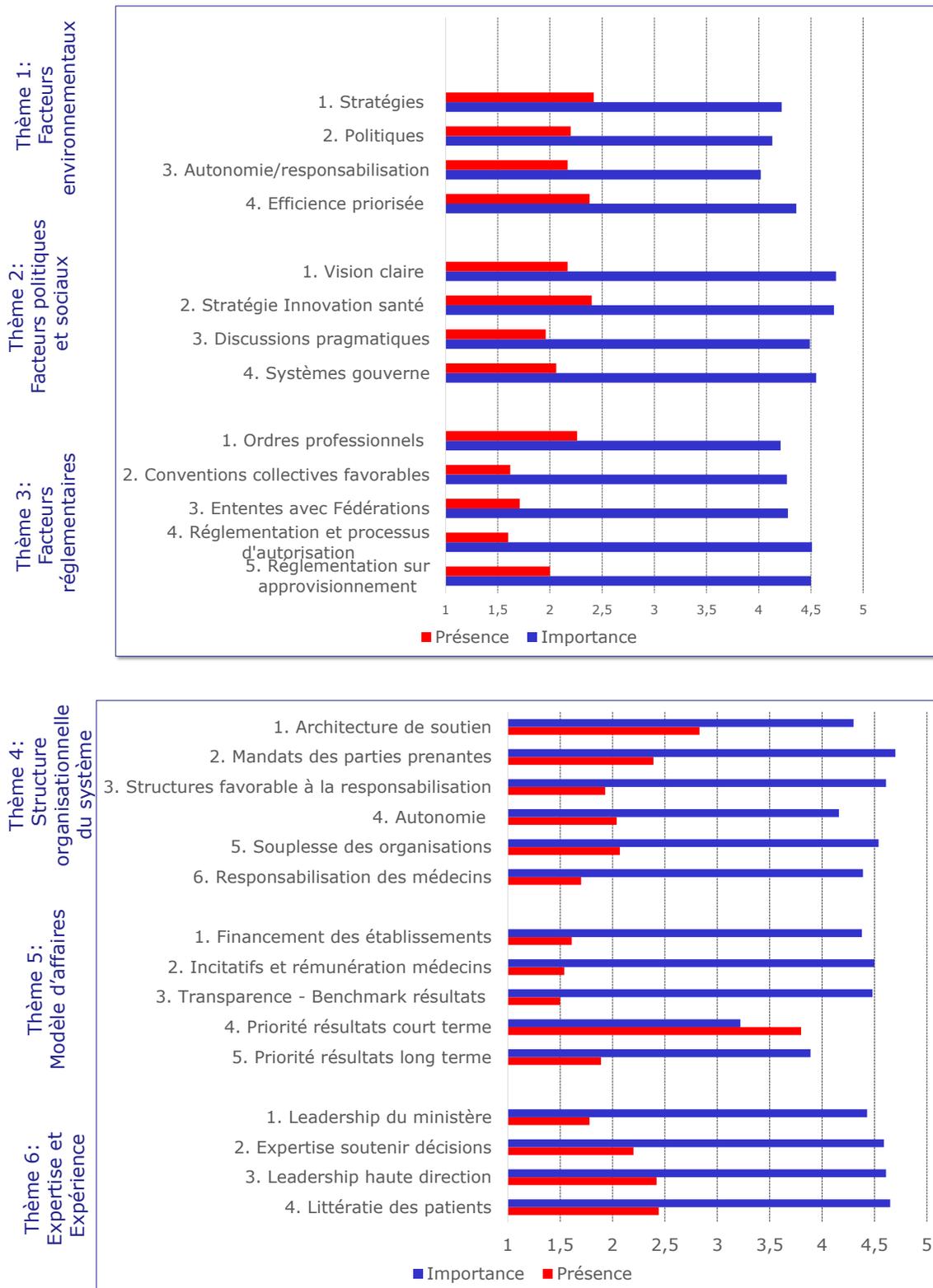
des innovations dans la pratique ne s'applique au Québec. Au mieux, certains facteurs ont obtenu une réponse moyenne supérieure à 2 (pas d'accord) et tendaient vers le 3 soit « ni en désaccord, ni en accord »¹⁵. Seule l'affirmation « Les décisions des organisations en santé sont motivées par des résultats à court terme » a reçu une réponse moyenne supérieure à 3,5. Cette affirmation est également la seule qui, exprimée sous une forme positive, constitue un obstacle à l'innovation, lorsqu'observée de façon stricte. Ceci implique que l'environnement est peu favorable à l'innovation en santé parce qu'on ne retrouve pas les conditions propices à leur intégration. Selon les répondants, les facteurs sous les thématiques « environnement réglementaire » et « modèles d'affaires » sont les moins favorables à l'innovation.

En revanche, de l'avis des répondants, tous les facteurs sont importants à l'implantation des innovations en santé. En effet, les participants étaient en moyenne en accord avec l'importance des 28 affirmations pour favoriser l'efficacité dans le système de santé. En d'autres mots, toutes les affirmations ont reçu un appui supérieur à 4. Ce sont les thématiques « environnement sociopolitique », « structure organisationnelle » et « expertise et expérience » qui seraient les plus importantes pour encourager l'innovation.

Les graphiques suivants présentent les moyennes des avis sur la présence et l'importance des facteurs regroupés selon les thématiques.

¹⁵ Quelques participants étaient en accord avec certaines des affirmations. Toutefois pour aucune affirmation il y avait suffisamment d'accord sur le fait qu'elle s'appliquait à la situation québécoise pour que la moyenne soit supérieure à 3, .

Figure 5: Moyenne des résultats par thème



6 CONCLUSION

L'innovation est un concept aux multiples définitions. En santé, l'innovation ne bénéficie pas d'une définition claire et communément admise, au même titre que la valeur. Il en découle une certaine ambiguïté qu'il convient d'éclaircir avant de pouvoir entreprendre de réelles mesures de changement. Dans le cadre de ce projet, nous adoptons la définition généralement acceptée (MEIE, OCDE, Nelson et autres) selon laquelle une idée n'est une innovation qu'à partir du moment où elle ajoute de la valeur.

Ainsi lorsque l'on parle de valeur, c'est la valeur au patient qui importe. Une idée qui a de la valeur améliore les résultats de santé compte tenu des ressources allouées. L'amélioration de la valeur passe avant tout par des services de qualité. Une innovation qui n'apporterait pas d'amélioration des services offerts aux meilleurs coûts ne saurait être une innovation : c'est un simple changement, négatif qui plus est. De la même manière, on ne pourrait parler d'innovation si celle-ci n'était pas mise en œuvre et diffusée. Bien plus qu'un simple événement, l'innovation est un processus complexe qui s'achève par la diffusion au plus grand nombre de la nouveauté à valeur ajoutée. Parce que les étapes d'adoption et de diffusion font partie intégrante du processus d'innovation – sans quoi il ne s'agit que d'une invention – il faut par conséquent y prêter une attention particulière; or c'est là que le bât blesse.

D'où l'intérêt de l'équipe de recherche d'identifier, dans un premier temps, l'ensemble des facteurs pouvant porter un frein à l'implantation de l'innovation en santé avant de chercher à identifier les avenues de solutions pour les mitiger.

Lors de cette première phase de recherche, de nombreux facteurs exogènes au système de santé ont ainsi été identifiés : ils portent tant sur le contexte général que sur l'environnement sociopolitique ou réglementaire du pays. De la même manière, des facteurs endogènes au système de santé ont été constatés. Ces facteurs, portant sur les structures organisationnelles du système de santé, sur les incitatifs y afférant ou encore sur les compétences des individus qui y évoluent, sont extrêmement interdépendants. Il paraît alors assez difficile d'entrevoir une réforme de l'un sans la révision de l'autre.

Ces facteurs, identifiés à partir d'une revue de la littérature scientifique, mais aussi de la littérature grise, ont été contextualisés à la réalité québécoise. Les deux groupes de discussion mis sur pied ont ainsi permis à l'équipe de recherche de s'assurer de l'existence de ces facteurs au Québec et de l'importance que chaque partie prenante y accordait. De l'avis des intervenants, aucun des facteurs favorables à l'innovation en santé n'a reçu une réponse moyenne positive sur sa présence au Québec, alors même que leur importance fait quasi consensus. En effet, le nombre élevé des facteurs, les nuances qu'il faut apporter à chacun et le caractère hautement contextuel de certains d'entre eux rendent difficile, voire impossible, la tâche d'esquisser un modèle d'action unique. Une évidence apparaît cependant : promouvoir l'innovation, soutenir l'instauration d'une culture d'innovation au sein d'un système de santé suppose une approche holistique hautement concertée pour s'assurer de l'engagement de tous. Néanmoins, bien qu'il faille avoir une approche globale

de la question, cette tâche ardue peut et doit se faire par étapes successives, étapes qui feront l'objet de futurs documents.

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 – TABLEAU DE CORRESPONDANCE FACTEURS – AFFIRMATION

Tableau 27: Tableau de correspondance: facteurs issus de la littérature/affirmation

Tableau de correspondance : facteurs issus de la littérature/affirmation

Thèmes	Facteurs	Auteurs	Affirmations
Facteurs environnementaux	Culture d'innovation	(Baregheh et al., 2009) (Haseltine, 2013) (Young Foundation, 2011)	A1 : Les stratégies gouvernementales favorisent l'implantation des innovations dans les organisations A2 : Les politiques gouvernementales d'innovation soutiennent la maximisation du rendement sur les investissements en recherche
	Gouvernement centralisateur	(Greer, 1977) (Winchester & Storey, 2008) (M. E. Porter, 2009) (Young Foundation, 2011)	A3 : Le gouvernement soutient l'autonomie des localités et les responsabilise dans la recherche et l'application de solutions appropriées pour leur réalité
	Littéracie économique et sociétale	(J. C. Robinson & Smith, 2008) (M. E. Porter, 2009) (Haseltine, 2013))	A4 : Dans la société en générale, les enjeux d'efficience sont compris et sont pris en compte dans les décisions des citoyens et des organisations
Facteurs politiques et sociaux	Vision claire et partagée	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2009)	A5 : La vision du système de santé est clairement énoncée par le MSSS et est partagée par les leaders du système
	Importance de l'efficience du système de santé dans les stratégies gouvernementales	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2009)	A6 : Le gouvernement a clairement énoncé son intention de miser sur l'innovation pour mieux répondre à la demande de soins tout en contrôlant l'augmentation des coûts du système
	Présence d'externalités négatives	(Havighurst, 1978) (Herzlinger, 2006) (J. C. Robinson & Smith, 2008) (Young Foundation, 2011)	A7 : Les discussions sur les impacts des innovations sont pragmatiques et orientées vers le développement de services efficaces pour une société en santé
	Planification de l'intégration des innovations	(Aslani & Naaranoja, 2015)	A8 : Le gouvernement planifie des systèmes de gouverne pour soutenir l'intégration des

Tableau de correspondance : facteurs issus de la littérature/affirmation

Thèmes	Facteurs	Auteurs	Affirmations
		(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2009)	innovations dans les services de santé
Facteurs réglementaires	Multiplicité des parties prenantes	(Herzlinger, 2006) (J. C. Robinson & Smith, 2008) (M. E. Porter, 2009) (Young Foundation, 2011)	<u>Influence des ordres professionnels :</u> A9 : Les ordres professionnels facilitent le développement d'un environnement clinique efficient <u>Influence des syndicats</u> A10 : Les conventions collectives facilitent le développement d'un environnement clinique efficient <u>Influence des fédérations :</u> A11 : Les ententes avec les fédérations facilitent le développement d'un environnement clinique efficient
	Réglementation : processus d'autorisation	(Herzlinger, 2006)	A12 : La réglementation et les processus de gestion et d'autorisation facilitent l'innovation
	Réglementation : processus d'approvisionnement	(Young Foundation, 2011)	A13 : La réglementation et les processus de gestion et d'autorisation facilitent l'innovation
Facteurs structurels	Architecture favorisant l'innovation	(Young Foundation, 2011) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009)	A14 : Le système dispose d'une architecture qui favorise la diffusion des innovations (INESS, INSPQ, RAMQ, CHU);
	Alignement des mandats des parties prenantes	(M. E. Porter, 2010)	A15 : Les mandats des différentes parties prenantes (MSSS, établissements, médecins, entreprises privées) sont orientés vers la valeur au patient;
	Fonctionnement en silo au sein d'une organisation	(Aslani & Naaranoja, 2015) (Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2010)	A16 : Les structures de gestion favorisent la responsabilisation des organisations face à leur résultat sur la valeur;
	Centralisation des décisions	(Fleuren et al., 2004) (M. E. Porter, 2009) (Young Foundation, 2011)	A17 : Les organisations jouissent de l'autonomie nécessaire pour améliorer leur efficience;
	Fonctionnement en silo entre les organisations	(Young Foundation, 2011) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009)	A18 : Les structures organisationnelles sont suffisamment souples pour faciliter la fluidité des transferts

Tableau de correspondance : facteurs issus de la littérature/affirmation

Thèmes	Facteurs	Auteurs	Affirmations
			des activités d'une organisation à l'autre (hôpitaux, cliniques, CHSLD, réadaptation);
	Responsabilisation des prestataires	(Léger, 2011) (Young Foundation, 2011) (Sutherland, 2011) (Castonguay, 2013)	A19 : Les structures organisationnelles facilitent la responsabilisation des médecins face à l'efficacité des services (se réfère à la relation contractuelle entre les organisations de santé et les médecins).
Facteurs liés aux modèles d'affaires	Incitatifs favorisant l'adoption de l'innovation	(Young Foundation, 2011)	A20 : Les mécanismes de financement responsabilisent les organisations face à la valeur;
	Financement par silo	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2010)	
	Financement annuel	(Young Foundation, 2011)	
	Incitatifs favorisant l'alignement des objectifs des parties prenantes avec l'amélioration de la valeur (notamment cliniciens)	(M. E. Porter, 2010)	A21 : Les incitatifs et la rémunération des médecins et des cliniciens sont alignés avec la valeur;
	Opacité des informations sur les coûts par cas et les résultats	(Young Foundation, 2011) (Herzlinger, 2006) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009) (James C Robinson & Smith, 2008) (OCDE, 2011)	A22 : Il existe des systèmes d'information transparents qui facilitent la comparaison des résultats des organisations (et prestataires);
	Orientation sur le traitement à court terme sans égard aux besoins à long terme	(Young Foundation, 2011) (M. E. Porter, 2010)	A23 : Les décisions des organisations en santé sont motivées par les résultats à court terme;

Tableau de correspondance : facteurs issus de la littérature/affirmation

Thèmes	Facteurs	Auteurs	Affirmations
			A24 : Les décisions des organisations en santé sont motivées par les résultats à long terme;
Facteurs liés au leadership et à l'expertise des individus	Leadership du gouvernement	(Young Foundation, 2011) (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)	A25 : Le Leadership exercé par le MSSS facilite l'implantation des innovations;
	Compétences du réseau	(Young Foundation, 2011) (Department of Health, 2011) (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)	A26 : Le système a facilement accès à l'expertise pour appuyer ses décisions sur des analyses de rentabilité financière, économique et sociétale;
	Compétences et leadership au sein des organisations	(Aslani & Naaranoja, 2015) (Young Foundation, 2011) (Fleuren et al., 2004) (Paulus et al., 2008) (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé, 2015)	A27 : Les compétences et le leadership exercés par la haute direction des organisations facilitent l'implantation des innovations;
	Littéracie des patients	(Aslani & Naaranoja, 2015) (Fleuren et al., 2004) (Herzlinger, 2006) (Young Foundation, 2011) (Paulus et al., 2008) (M. E. Porter, 2009) (James C Robinson & Smith, 2008) (Robinson & Smith, 2008)	A28 : La littéracie des patients facilite leur responsabilisation par rapport à leur état de santé et leur contribution à l'amélioration de la valeur des services;

7.2 ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE



Groupe d'experts :
L'intégration des innovations en milieu clinique

Ce questionnaire a pour objet d'établir un diagnostic de la situation actuelle du Québec.
 Il vient identifier les facteurs qui posent un obstacle à l'innovation.

Nous vous remercions de votre participation.

Pôle Santé HEC Montréal
Pôle santé
 HEC MONTRÉAL

CIRANO
 CIRANO
avec vous solutions

Groupe d'experts :
 L'intégration des innovations en milieu clinique



Thème 1: Facteurs environnementaux

1. Les stratégies gouvernementales favorisent l'implantation des innovations dans les organisations

Présence du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

Importance du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

2. Les politiques gouvernementales d'innovation soutiennent la maximisation du rendement sur les investissements en recherche

Présence du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

Importance du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

3. Le gouvernement soutient l'autonomie des localités et les responsabilise dans la recherche et l'application de solutions appropriées pour leur réalité

Présence du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

Importance du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

4. Dans la société en générale, les enjeux d'efficience sont compris et sont pris en compte dans les décisions des citoyens et des organisations

Présence du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

Importance du facteur Pas du tout 1 2 3 4 5 Très fortement

Groupe d'experts :
 L'intégration des innovations en milieu clinique



Thème 2: Facteurs politiques et sociaux

1. La vision du système de santé est clairement énoncée par le MSSS et est partagée par les leaders du système

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

2. Le gouvernement a clairement énoncé son intention de miser sur l'innovation pour mieux répondre à la demande de soins tout en contrôlant l'augmentation des coûts du système

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

3. Les discussions sur les impacts des innovations sont pragmatiques et orientées vers le développement de services efficaces pour une société en santé

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

4. Le gouvernement planifie des systèmes de gouvernance pour soutenir l'intégration des innovations dans les services de santé

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

Groupe d'experts :
 L'intégration des innovations en milieu clinique



Thème 3: Réglementation

1. Les ordres professionnels facilitent le développement d'un environnement clinique efficace

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

2. Les conventions collectives facilitent le développement d'un environnement clinique efficace

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

3. Les ententes avec les fédérations facilitent le développement d'un environnement clinique efficace

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

4. La réglementation et les processus de gestion et d'autorisation facilitent l'innovation

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

5. La réglementation sur les approvisionnements soutient l'efficacité du système

Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

Groupe d'experts :
 L'intégration des innovations en milieu clinique



Thème 4: Structure organisationnelle du système (Rôles/responsabilités/frontières)

1. Le système dispose d'une architecture qui favorise la diffusion des innovations (INESS, INSPQ, RAMQ, CHU)

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

2. Les mandats des différentes parties prenantes (MSSS, établissements, médecins, entreprises privées) sont orientés vers la valeur au patient

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

3. Les structures de gestion favorisent la responsabilisation des organisations face à leur résultat sur la valeur

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

4. Les organisations jouissent de l'autonomie nécessaire pour améliorer leur efficacité

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

5. Les structures organisationnelles sont suffisamment souples pour faciliter la fluidité des transferts des activités d'une organisation à l'autre (Hôpitaux, cliniques, CHSLD, Réadaptation)

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

6. Les structures organisationnelles facilitent la responsabilisation des médecins face à l'efficacité des services

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

Groupe d'experts :
 L'intégration des innovations en milieu clinique



Thème 5: Modèle d'affaires

1. Les mécanismes de financement responsabilisent les organisations face à la valeur

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

2. Les incitatifs et la rémunération des médecins et des cliniciens sont alignés avec la valeur

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

3. Il existe des systèmes d'information transparents qui facilitent la comparaison des résultats des organisations (et prestataires)

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

4. Les décisions des organisations en santé sont motivées par les résultats à court terme

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

5. Les décisions des organisations en santé sont motivées par les résultats à long terme

Présence du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement
Importance du facteur	Pas du tout	1	2	3	4	5	Très fortement

... 8

Groupes d'experts :
 L'intégration des innovations en milieu clinique



Thème 6: Expertises et expérience

1. Le Leadership exercé par le MSSS facilite l'implantation des innovations

		1	2	3	4	5	
Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

2. Le système a facilement accès à l'expertise pour appuyer ses décisions sur des analyses de rentabilité financière, économique et sociale

		1	2	3	4	5	
Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

3. Les compétences et le leadership exercés par la haute direction des organisations facilitent l'implantation des innovations

		1	2	3	4	5	
Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

4. La littératie des patients facilite leur responsabilisation par rapport à leur état de santé et leur contribution à l'amélioration de la valeur des services

		1	2	3	4	5	
Présence du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				
Importance du facteur	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Très fortement				

8 BIBLIOGRAPHIE

- Ambrose, R. (2014, January 30). Allocution pour l'honorable, Rona Ambrose ministre de la Santé - Devant l'Economic Club of Canada - L'économie des soins de santé et la nécessité d'innover. Centre des nouvelles du Canada. Retrieved from <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=828259>
- Aslani, A., & Naaranoja, M. (2015). A systematic-qualitative research for diffusion of innovation in the primary healthcare centers. <http://doi.org/10.1108/JM2-04-2013-0016>
- Baregheh, A., Rowley, J., & Sambrook, S. (2009). Towards a multidisciplinary definition of innovation. <http://doi.org/10.1108/00251740910984578>
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., & Van Reenen, J. (2010). The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. *Review of Economic Studies*, 1–33. <http://doi.org/10.1093/restud/rdu045>
- Castonguay, J. (2013). *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*.
- Castonguay, J. (2014). Évolution comparée des politiques de santé au Québec. In LexisNexis (Ed.), *Droit et politiques de la santé* (p. 1074). Montréal.
- Crossan, M. M., & Apaydin, M. (2010). A Multi-Dimensional Framework of Organizational Innovation: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Management Studies*, 47(6), 1154–1191. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2009.00880.x>
- Department of Health. (2011). *NHS Chief Executive Innovation Review*.
- Department of Health, NHS Improvement & Efficiency Directorate, & Innovation and Service Improvement. (2011). *Innovation Health and Wealth: accelerating adoption and diffusion in the NHS*.
- Environics Institute for Survey Research. (2013). *Focus Canada 2012 - What Canadians think about their health care system*.
- Essink, D. R. (2012, December 13). Sustainable Health Systems: the role of change agents in health system innovation. Amsterdam: Vrije Universiteit. Retrieved from <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/39641>
- Estrin, D., & Sim, I. (2010). Open mHealth Architecture: An Engine for Health Care Innovation. *Science Mag*, 300.
- Faulkner, A., & Kent, J. (2001). Innovation and regulation in human implant technologies: developing comparative approaches. *Social Science & Medicine*, 53, 895–913. Retrieved from http://ac.els-cdn.com/S0277953600003890/1-s2.0-S0277953600003890-main.pdf?_tid=82df9f06-b64b-11e5-9762-00000aab0f02&acdnat=1452287293_32a1b7f6383beb210bbc9aa9559d0f01

- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Examining the Evidence Determinants of innovation within health care organizations Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107–123. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzh030>
- Friedman, L. H., Savage, G. T., & Goes, J. (2012). *Annual Review of Health Care Management: Strategy and Policy Perspectives on Reforming Health Systems* (Advances in Health Care Management, 10). San Francisco, CA: Jossey-Bass. Retrieved from <https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=q8vtx0n6W8sC&pgis=1>
- Friesen, S., Robertson, P., Sharkey, S., & Snowdon, A. (2014). *The Catalyst: towards an ontario health innovation strategy*.
- Gordon, G., & Fisher, G. L. (1975). *The Diffusion of Medical Technology: Policy and Planning Perspectives*. (M. : B. P. C. Cambridge, Ed.).
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Kyriakidou, O., & Macfarlane, F. (2004). How to Spread Good Ideas A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation How to Spread Good Ideas.
- Greer, A. L. (1977). Advances in the Study of Diffusion of Innovation in Health Care Organizations. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 55(4), 505–532.
- Groupe consultatif sur l'innovation des soins de Santé. (2015). *LIBRE COURS À L'INNOVATION : Soins de santé excellents pour le Canada*.
- Hage, J., & Aiken, M. (1967). Program change and organizational properties. A comparative analysis. *AJS; American Journal of Sociology*, 72(5), 503–519. <http://doi.org/10.1086/224380>
- Haseltine, W. A. (2013). *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare story*.
- Havighurst, C. (1978). Professional Restraints on Innovation in Health Care Financing. *Duke Law Journal*, 303(May), 319–335.
- Health System and Economy, & OBIO. (2013). *Realizing the Promise of Healthcare Innovation in Ontario - Increasing Value for the Patient*.
- Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, 84(5), 58–66. <http://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182306182>
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. Québec. Retrieved from <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2061.pdf>
- Kapoor, K. K., Dwivedi, Y. K., & Williams, M. D. (2014). Innovation adoption attributes: a review and synthesis of research findings. *European Journal of Innovation Management*, 17(03), 327–348. <http://doi.org/10.1108/EJIM-08-2012-0083>

- Kotter, J. (2011). What leaders really do. *Harvard Business Review*, (Dec).
- Lämsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66–72. <http://doi.org/10.1177/0894318405284129>
- Larin, G., & Boudreau, D. (2015). Le financement des dépenses de santé Fascicule 2 : Le principe de l'assurance.
- Lefebvre, M. (2014). Des perspectives économiques plus favorables dès 2014. In *Le Québec économique* 5. Retrieved from http://qe.cirano.qc.ca/le_quebec_economique_5_2013_2014_3
- Léger, P. T. (2011). *Physician Payment Mechanisms: An Overview of Policy Options for Canada*.
- Moore, G. C., & Benbasat, I. (1991). Development of an Instrument to Measure the Perceptions of Adopting an Information Technology Innovation. *Information Systems Research*, 2(3), 192–222.
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., ... Postl, B. (2014). *Optimisation des champs d'exercice*.
- OCDE. (2005). *Manuel d'Oslo - Principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation*. Retrieved from http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/OECD OsloManual05_fr.pdf
- OCDE. (2011). Un nouveau regard sur les systèmes de santé de l'OCDE : typologie, efficacité et politiques. In *Réformes économiques 2011 : Objectif croissance* (OCDE).
- OCDE. (2015). *Fiscal Sustainability of Health Systems Fiscal Sustainability of Health Systems*.
- Omachonu, V. K. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems : A Conceptual Framework. *The Innovation Journal*, 15(1), 1–20.
- Page, T. (2014). Notions of innovation in healthcare services and products. *International Journal of Innovation and ...*. Retrieved from <http://www.inderscienceonline.com/doi/abs/10.1504/IJISD.2014.066609>
- Paris, V., Devaux, M., & Wei, L. (2010). *Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries*. (Health Working Papers No. 50).
- Paulus, R. A., Davis, K., & Steele, G. D. (2008). Continuous Innovation In Health Care: Implications Of The Geisinger Experience. *Health Affairs*, 27(5), 1235–1245. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1235>
- Plsek, P. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care.
- Porter, M. (2010). What is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1415160>

- Porter, M. E. (2009). A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 361(2), 109–112.
- Porter, M. E. (2010). Supplementary Appendix: What is Value in Healthcare. *New England Journal of Medicine*. <http://doi.org/10.1056/>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care : creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Robinson, J. C., & Smith, M. D. (2008). Cost-Reducing Innovation In Health Care. *Health Affairs*, 27(10), 1353–1356. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1353>
- Robinson, J. C., & Smith, M. D. (2008). Cost-Reducing Innovation In Health Care. *Health Affairs*, 27(5), 1353–1356. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1353>
- Rodrique, G., & Corriveau, O. (2004). *Rapport de recherche. L'innovation dans l'industrie du bâtiment au Québec en 2004*. Retrieved from http://www.ceracq.ca/pdf/Rapport_final.pdf
- Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations* (Free Press).
- Schein, E. (1992). *Organizational Culture and Leadership* (Jossey-Bas). San Francisco, CA.
- Schnarr, K., Snowdon, A., Cramm, H., Cohen, J., & Alessi, C. (2014). The link between health governance models and global health innovation: An exploration of OECD nations. *Advances in Healthcare Management*, 17(69-70).
- Schumpeter, J. (1942). *Capitalisme, socialisme et démocratie* (Petite bib). Paris. Retrieved from http://classiques.uqac.ca/classiques/Schumpeter_joseph/capitalisme_socialisme_democratie/capitalisme_socialisme1.pdf
- Snowdon, A., & Cohen, J. A. (2011). Strengthening health systems through innovation: Lessons learned. Retrieved from <http://sites.ivey.ca/healthinnovation/files/2011/11/GlobalHealthSystemsWhitePaperFINAL.pdf>
- Summerfield, M. R. (2014). Leadership: A simple definition. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 71(3), 251–253. <http://doi.org/10.2146/ajhp130435>
- Sutherland, J. (2011). *Hospital payment mechanisms: an overview and options for canada*. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Hospital_Funding_docs/CHSRF-Sutherland-HospitalFundingENG.sflb.ashx
- Tetroe, J. (2007). *Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer. Focus: Technical Brief* (Vol. 18). Retrieved from http://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus18/Focus18.pdf
- Tornatzky, L., & Klein, K. (1982). Innovation characteristics and innovation adoption-implementation: A meta-analysis of findings. *IEEE Transactions on Engineering Management*. <http://doi.org/10.1109/TEM.1982.6447463>

- Winchester, N., & Storey, J. (2008). Devolved Governance Systems. *Cirano.Qc.Ca*, (2), 1–29. Retrieved from http://cirano.qc.ca/icirano/public/pdf/webevents201103_british_open_2.pdf
- Young Foundation. (2011). NHS chief executive's review of innovation in the NHS Summary of the responses to the Call for Evidence and Ideas, (December), 78.
- Zaltman, G., Duncan, R., & Holbeck, J. (1973). *Innovations and organizations*. (Wiley, Ed.).