

Table des matières

Introduction.....	3
1.Mandat de stage: Le transfert de connaissance médicale du MMI à la Pologne	5
2.Présentation de l'organisme.....	6
3. Recension des écrits	8
3.1 Étude du contexte.....	8
3.2 Partenariats entre des organismes de santé de pays différents	10
3.3 Transfert des connaissances médicales	12
3.4 Cybersanté et étalonnage.....	15
3.5 Transnationalisation des politiques de la santé	18
4. Méthodologie	19
5. Résultats.....	22
Conclusion	23
Bibliographie	27
Annexe I	28
Annexe II.....	29

26 FEV. 2013

Introduction

La croissance fulgurante de la connaissance, qu'elle soit en termes d'innovation ou de découverte est un phénomène nouveau au XXI^e siècle. Selon Mireille Pantoine, dans le dernier livre blanc d'International Data Corp¹, on y démontre que notre univers numérique en 2020 sera 44 fois plus grand qu'il ne l'était en 2009². De plus, elle soutient que les gens utilisent une très petite proportion de cette information numérisée³. Ainsi au cœur de ce développement technologique de l'information, la connaissance est devenue le nerf de la guerre pour la compétitivité des nations et des entreprises. Ainsi, une nouvelle discipline, le management de la connaissance se développe dès les années 1990 pour faire face aux défis que pose l'existence, l'usage et le transfert de ce type de savoir. Ce nouvel univers numérique a bouleversé tous les savoirs et il est possible maintenant d'avoir accès à des banques d'informations situées dans un autre pays ou de transmettre des connaissances d'une organisation ou d'une institution d'un lieu à un autre. Plus précisément, nous nous concentrerons dans ce rapport de stage sur le transfert des connaissances médicales entre les hôpitaux universitaires, puis entre des firmes de consultants du Canada et de la Pologne.

Le transfert de connaissance médicale à l'international peut contribuer à l'amélioration de la santé mondiale. Ainsi, certaines entreprises se spécialisent dans l'offre de service de consultants à des États ou des partenaires qui veulent améliorer leurs connaissances médicales. Le Montréal Médical International (MMI) est une entreprise privée qui a été fondée par le directeur de la division internationale du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) dans le but d'offrir un service de consultant pertinent aux pays qui veulent améliorer leurs connaissances et leurs pratiques médicales. Ces activités médicales sont basées sur le profit et s'inscrivent dans un libre marché en marge du secteur public. Les liens entre le MMI et le Centre universitaire de santé McGill sont flous : d'une part, le MMI a simplement été créé à l'extérieur du CUSM pour contourner

¹ Pantoine, Mireille. *Knowledge transfer in the Continuing professional development of physicians : characteristics of context, roles and responsibilities- a comparative analysis of Canada, the United States and England*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2012, p. 14.

² *Idem*.

³ *Idem*.

les lois du Québec qui régissent les centres universitaires de santé et leur possibilité de faire du profit; d'autre part, puisque le conseil d'administration de l'entreprise a des liens très étroits avec l'Université McGill et le CUSM, le MMI est en mesure d'utiliser des ressources du CUSM en les rémunérant.

Les dirigeants de cette entreprise entrevoient la possibilité d'une expansion en Europe, plus précisément en Pologne. Ce pays et plusieurs autres de l'Europe de l'Est sont vus par les firmes de consultants dans le domaine de la santé comme des marchés potentiels, et ce, pour une multitude de services, notamment les soins offerts aux femmes, les soins prénataux et les traitements de fertilité in vitro. Compte tenu des différences politiques, culturelles, linguistiques et de pratiques religieuses entre le Québec et la Pologne, sera-t-il possible pour le M.M.I. d'établir un partenariat avec des organismes de santé polonais et d'y opérer des transferts de connaissances médicales ? Comment le transfert de connaissances doit-il s'amorcer ? Comment une entité indépendante du CUSM peut-elle favoriser la collaboration et l'innovation avec des pays qui nécessitent ces services de consultant? Notre contribution au développement de cette problématique repose sur un avis que nous avons donné au directeur du Montréal Médical International présenté en annexe 2 de notre rapport. Nous soutenons que le MMI est un acteur important dans le transfert de connaissance entre le CUSM et la Pologne, et ce, malgré le contexte culturel et politique différent. De plus, pour s'assurer du bon transfert de connaissances nous appuyons un partenariat égalitaire entre le MMI, l'Université médicale de Varsovie et les cliniques de fertilité du MMI en sol polonais. Nous avons donc étudié le contexte européen et polonais sur la façon de procéder pour développer un partenariat durable avec nos homologues polonais. Ce rapport est un résumé de l'ensemble des activités effectuées en tant que conseiller pour le MMI. Il concerne donc la discipline professionnelle d'analyste des politiques de la santé et de conseiller aux entreprises privées du secteur de la santé. Ainsi, pour mettre en contexte mon intervention, j'expliquerai en détail le mandat du stage qui m'a été confié et je présenterai l'organisme qui m'a employé. Ensuite, je ferai une revue de la littérature qui traite de la problématique du transfert des connaissances dans le domaine de la santé et j'étayerai la méthodologie que j'ai employée lors de mon intervention.

1.Mandat de stage: Le transfert de connaissance médicale du MMI à la Pologne

Le Montréal Médical International est une entreprise à but lucratif qui exporte des services administratifs et des services cliniques dans le domaine de la santé. Cette compagnie désire aider le gouvernement polonais et l'Université de Varsovie à développer un réseau de cliniques efficaces et fiables de traitement de fertilité in vitro. Ainsi, le mandat du stagiaire est dans un premier temps d'étudier le contexte de l'administration de la santé en Pologne, et dans un deuxième temps, de faire des recommandations sur la faisabilité et les meilleures conditions de succès du projet en tenant compte des changements récents dans le domaine de la santé en Pologne. Sous la supervision d'un des directeurs du MMI, Dr. Michael Churchill-Smith, l'étudiant se familiarisera avec les problématiques internationales d'un organisme à but lucratif qui intervient dans le domaine de la santé à l'étranger.

Après une période d'introduction aux activités générales du CUSM et du MMI durant laquelle des séances d'observations avec les gestionnaires d'une vingtaine de divisions nous ont permis de développer une connaissance générale des structures des deux organisations, la plus grande partie du travail se concentrera sur l'étude de l'administration publique polonaise, le contexte européen et les opportunités qui s'offrent au MMI d'offrir des services de consultation au gouvernement polonais. Ce travail permettra au stagiaire d'appliquer des méthodes d'enquête pour des projets de recherche dans le domaine des politiques de la santé. De plus, l'étudiant aura l'occasion de développer une bonne connaissance de l'administration publique de la santé québécoise et polonaise. Enfin, l'étudiant aura l'opportunité de mettre en application la théorie et les outils de gestion étudiés pour vérifier si sa prise de décision dans un environnement international est valide et améliorer ses capacités à suggérer des recommandations utiles à une entreprise qui désire s'implanter à l'étranger.

Plus précisément, cette recherche comprendra donc une étude détaillée des institutions administratives européennes qui peuvent avoir une influence sur le déploiement du MMI en Europe, l'analyse des rouages administratifs du système de santé polonais et une évaluation du projet (ex: SWOT, évaluation de risque). Finalement, l'étude que l'étudiant remettra au MMI devra comprendre des recommandations pour identifier les défis qui attendent l'organisme international lors de ce projet et profiter des opportunités qui se présenteront, et ce, même si elles n'ont pas de lien avec les priorités du gouvernement polonais en matière de santé des femmes et de traitement de fécondité in vitro. Il est à noter que le mandat de stage a été légèrement modifié durant le stage. Lors de l'évaluation mi-mandat, il a été convenu que l'étudiant devait énoncer des recommandations en lien avec les types de services que le MMI pouvait offrir en Pologne tout en tenant compte du contexte des politiques européennes de la santé, alors que le premier mandat visait uniquement l'étude des rouages administratifs polonais et européens pouvant avoir une influence sur l'implantation du MMI en Europe. Enfin, pour remplir ce mandat de stage, l'étudiant doit présenter le résultat de ses recherches au directeur du MMI.

2.Présentation de l'organisme

Le stage a eu lieu dans un organisme privé non redevable envers le système public de santé, tout en étant en lien avec un réseau public et bilingue de la santé au Québec, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Celui-ci est une organisation publique qui a des fonctions d'enseignement, de recherche et d'offre de services de santé autant à la communauté anglophone que francophone. Il a développé au fil du temps une expertise auprès des clientèles allophones. Enfin, il possède une structure administrative complexe et compte environ 14 000 employés répartis dans 6 hôpitaux (Hôpital de Lachine, Hôpital général de Montréal, Hôpital pour enfant, Hôpital Royal Victoria, Institut thoracique de Montréal et Hôpital neurologique de Montréal). Le CUSM fait partie du Réseau universitaire intégré de Santé (RUIS) et couvre 63 % du territoire québécois en offrant des soins à Montréal, en Abitibi et dans le Nord québécois. Au niveau structurel, cette organisation est divisée en 14 départements administratifs. Les rencontres avec les directeurs des différents départements et les visites dans les hôpitaux que nous avons

faites lors de l'activité d'intégration du stage m'ont permis de développer une connaissance générale des structures du CUSM. Pour ces directeurs, la recherche scientifique et l'exportation de ses services dans d'autres pays sont vues comme une façon d'améliorer les finances de l'organisation tout en trouvant d'autres modes de financement de ses activités publiques.

Le CUSM est toujours à la recherche de nouveaux financements. Ainsi, sa division internationale a créé en 2005 une compagnie privée, le Montréal Médical International (MMI). Basé à Montréal, il possède des bureaux satellites au Kuwait. Le seul actionnaire est une fondation qui a pour but de redistribuer ses profits dans le domaine de la santé au Québec et ailleurs dans le monde en exportant l'expertise du CUSM à l'étranger que ce soit dans le domaine de la médecine cardiovasculaire, de l'oncologie ou de la fertilisation in vitro. Les fonds de l'entreprise sont aussi utilisés pour octroyer des bourses de recherche et un soutien financier aux personnels de la santé du CUSM. La direction de l'entreprise est assurée par le Dr Michael Churchill-Smith, président, Dione Watts, trésorière, et un conseil d'administration constitué de personnes provenant du monde des affaires et des soins de santé. Le MMI offre donc à ses clients une expertise sur les meilleures pratiques cliniques et administratives dans le domaine de la santé.

En plus de son bureau au Moyen-Orient, le MMI désire développer une filière en Europe. Plus précisément, les dirigeants de cette organisation ont l'ambition d'ouvrir des bureaux en Pologne pour offrir un service de consultant dans le domaine de la santé des femmes. Dans un contexte où il y a plusieurs initiatives européennes dans le domaine de la santé et une volonté politique du gouvernement polonais d'améliorer son système de santé, le MMI désire aider le gouvernement polonais à créer un Centre d'excellence spécialisé dans l'offre de traitement de fertilité et de soins prénataux. (Pour remplir sa mission internationale, le MMI travaille en collaboration avec des centres universitaires tels que le CUSM. L'organisme se spécialise dans cinq champs de compétences : la prestation des soins de santé, leur gestion, l'enseignement, la formation clinique et les possibilités de recherches concertées interuniversitaires. Jusqu'à ce jour, des lettres d'intention ont été échangées entre la faculté de médecine de l'Université McGill et l'Université médicale de

Varsovie pour préparer un partenariat de coopération et ouvrir des cliniques privées en territoire polonais.

3. Recension des écrits

La recension des écrits théoriques justifie la démarche que nous avons suivie et les orientations que nous proposons au MMI pour son implantation en Europe. De plus, cette revue de littérature permet de mieux cerner notre hypothèse à savoir que les institutions qui ont des liens serrés avec les institutions universitaires, lorsqu'en partenariat entre acteurs égaux, constituent de bons vecteurs de transfert de connaissance et ce, malgré les différences culturelles et politiques du milieu dans lequel elles évoluent. Ces dernières favoriseront l'innovation et la coopération pour améliorer les services de santé de façon transnationale. Cette recension des écrits comprend trois parties : l'étude du contexte, le type de partenariat et la cybersanté. L'étude du contexte permet de rendre compte de son importance et des éléments les plus importants à retenir lors d'une étude de contexte d'un projet international. Ensuite, en revoyant les écrits sur les types de partenariat et ceux qui favorisent le plus l'innovation, nous étions à même de privilégier le type de partenariat entre acteurs égaux. Finalement, à la lumière des recherches qui ont été effectuées dans plusieurs domaines de la santé et des partenariats internationaux, nous avons analysé les éléments de planification stratégiques de la cybersanté qui encadrent les recommandations que nous avons faites au MMI.

3.1 Étude du contexte

Le transfert de connaissance entre la faculté de médecine de McGill et l'Université médicale de Varsovie a pour but d'améliorer les connaissances, mais surtout de mettre en pratique ces connaissances. Le transfert de connaissance à lui seul ne satisfait pas les objectifs d'un partenariat productif. L'application de connaissance dans le domaine médical, notamment lors de l'utilisation de médicaments ou de certaines pratiques peuvent remettre en question nos méthodes cliniques actuelles. Selon Pantoine, plusieurs facteurs peuvent empêcher un bon transfert de connaissance :

Several factors limit the adequate transfer, translation and application of knowledge. Within the knowledge transfer process spectrum, these barriers can be separated into issues on the knowledge producer end (i.e. stemming from researchers or other knowledge "sources"), on the practitioner end (i.e. stemming from knowledge users or "receivers"), in the surrounding "context," or in the actual knowledge being transferred. These barriers can be situated at the individual, organisational, or societal levels, based on personal characteristics or contextual (economy, social, political, technological, etc.) issues.⁴

Les trois principaux défis pour établir un modèle de transfert des connaissances sont donc le contexte politique, social et économique. Le contexte politique est sans aucun doute celui qui peut avoir le plus d'influence sur les transferts de connaissance médicale. Dans des pays où l'aile conservatrice est forte, des mesures moins progressistes concernant les soins offerts aux populations en difficulté économique sont mises en place et la recherche y est souvent vue comme un élément nuisible pour la société. Les décisions politiques prises à l'égard de la santé compétitionnent, en termes d'allocation de ressources, avec d'autres priorités politiques (éducation, environnement, etc.)⁵. Ainsi, l'implication du gouvernement polonais au dépend de l'opposition officielle conservatrice dans le financement d'un programme de santé tel que le traitement de fertilisation in vitro démontre une volonté politique pour le transfert de connaissance auprès des organisations qui fournissent un tel service dans ce domaine particulier.

L'étude de l'environnement social et culturel est aussi importante à prendre en compte dans le transfert et l'application de connaissance médicale. Cet aspect comprend des éléments de la culture locale et de la démographie⁶. Pour cette raison, l'analyse qui a été produite pour le Montréal Médical International comprend une section sur cet aspect. La moralité est une fibre sensible des populations des pays catholiques comme la Pologne; et les pratiques médicales utilisées lors des traitements de fertilité (ex. : congélation des embryons) peuvent atteindre certains agents publics de façon négative. En outre, comprendre le contexte administratif polonais à travers les paliers de gouvernement national, régional et local est primordial. Ces données servent à détailler l'environnement

⁴ *Ibid.*, p. 24.

⁵ *Ibid.*, p. 71.

⁶ *Ibid.*, P. 72.

dans lequel les soins sont prodigués et comment un transfert de connaissance est possible à travers les institutions polonaises.

Finalement, le financement du système de santé polonais influence le processus de transfert des connaissances. Même si la crise financière de 2011-2012 qui souffle sur l'Europe n'a pas trop affecté le système de santé polonais, les différentes grèves qu'a connues la Pologne concernant le salaire de ses professionnels de la santé (infirmières et médecins) pourront avoir une influence sur la mise en place du projet du MMI, notamment lors de l'embauche de cliniciens et scientifiques.

3.2 Partenariats entre des organismes de santé de pays différents

Nombre de chercheurs de groupes multidisciplinaires suggèrent que nous vivons dans un monde «réseau» qui demande des stratégies de collaboration et des structures d'organisations différentes des bureaucraties ou des entreprises privées habituelles⁷. La création de ce réseau s'explique par des changements rapides en termes de technologie, de ressources limitées et d'une augmentation de l'interdépendance organisationnelle⁸. Les principaux chercheurs (Gray, Huxham, Vangen) qui ont analysé le concept de partenariat avancent que la collaboration entre les acteurs qui ont des perspectives différentes d'un problème permet d'explorer positivement leur différence à la recherche de solutions qui vont au-delà de leur vision initiale d'une situation⁹.

Selon David C. Mowery, les recherches dans le domaine des transferts de connaissance ont démontré que les alliances stratégiques entre les organisations sont bénéfiques pour les organisations qui participent à un partenariat. Elles ont l'avantage de répartir entre les organisations impliquées les coûts de recherche et de développement et d'amener un meilleur taux d'innovation¹⁰. Selon ces recherches, les motifs qui poussent les organisations à s'impliquer dans une alliance stratégique ont changé depuis l'arrivée des

⁷ Thomson, Ann Marie et Al. « Conceptualizing and measuring collaboration » in *Journal of public administration research and theory*. Oxford University Press, 2007, vol. 19, p. 23.

⁸ *Idem*.

⁹ *Idem*.

¹⁰ Mowery, David C. et Al. « Strategic alliances and interfirm knowledge transfer » in *Strategic Management Journal*. John Wiley & Sons, 1996, Vol. 17, No. Hiver, p. 79.



nouvelles technologies¹¹. En effet, le développement des ordinateurs et de l'industrie consommatrice de hautes technologies a forcé le développement d'ententes nouvelles entre les entreprises alors que ce n'était pas le cas avant 1975¹². David C. Mowery démontre que lorsque ces alliances sont faites dans une structure égalitaire, elles ont tendance à être un vecteur déterminant pour la transmission des connaissances entre les partenaires et favoriser l'innovation¹³.

Mowery nuance toutefois sa position. Les transferts de connaissance ne sont pas garantis, et ce, même si les acteurs sont engagés dans un partenariat égalitaire. Les organisations doivent remplir une condition, c'est-à-dire avoir la capacité d'absorber cette connaissance et de l'appliquer dans des situations précises. Ainsi, les cliniques du MMI et l'Université médicale de Varsovie doivent avoir une expertise déjà présente dans le domaine des traitements de fertilité in vitro pour que cet échange puisse être avantageux. De plus, il faut qu'une alliance entre les cliniques publiques polonaises et les cliniques privées du MMI existe pour remplir ces conditions. Toutefois, il existe peu de données sur les transferts de connaissances et de technologie dans les alliances stratégiques¹⁴. L'étude empirique de Mowery démontre qu'il n'existe aucune méthode d'évaluation sur les alliances stratégiques entre organisations de santé. En analysant les capacités d'absorption d'innovation technologique des organisations en partenariat, l'étude empirique de Mowery confirme l'hypothèse selon laquelle les organisations qui développent des alliances stratégiques entre acteurs égaux ont beaucoup plus de chance de transférer leurs connaissances que dans le cadre d'alliances basées sur des contrats entre acteurs inégaux¹⁵. De plus, il démontre aussi que le processus de transfert de connaissance est plus difficile si les deux organisations ne sont pas du même pays, notamment en raison de la culture différente et des longues distances¹⁶. C'est pourquoi une bonne compréhension du contexte politique, culturel et économique est importante pour établir un partenariat sans surprise.

¹¹ *Idem.*

¹² *Idem.*

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Ibid.*, p. 82.

¹⁵ *Ibid.*, p. 89.

¹⁶ *Ibid.*, p. 90.

La première étape du partenariat entre MMI et la Pologne passe par les centres hospitaliers académiques. En effet, selon Sarah B. Macfarlane, Marian Jacobs et Ephata E. Kaaya,¹⁷ les institutions universitaires doivent être les chefs de file de la santé mondiale :

We suggest that academic institutions have an opportunity - as well as a responsibility - to assure that leadership for global health be as inclusive and worldwide as the tasks ahead are broad and daunting. That is, now is the time for academic leaders to come together across geographic, cultural, economic, gender, and linguistic boundaries to reach for mutual understanding of the scope and nature of global health - if indeed the new initiatives are to amount to something new. With leadership from such a broad and inclusive group, academic programs around the world can combine expertise and assets to lead research and education to significantly improve the health of vulnerable people wherever they may live.¹⁸

En d'autres termes, les centres universitaires de santé doivent devenir des lieux où sont discutés des problèmes de santé communs. Même si ces auteurs soutiennent surtout l'intervention des institutions académiques dans les pays en voie de développement, il n'y a aucun doute que le rôle que pourra jouer la faculté de médecine de McGill en Pologne, notamment dans ses programmes éducatifs, s'inscrit dans une tentative de collaboration pour améliorer la santé à l'échelle mondiale. L'intervention de la faculté de médecine de McGill compléterait bien l'action du MMI en Pologne.

3.3 Transfert des connaissances médicales

Le transfert de connaissances réfère à la capacité de rendre disponible le savoir d'une organisation ou d'une institution à d'autres organisations par un programme, un projet ou une intervention ciblée. Le transfert de connaissances implique en premier lieu un contact individuel, mais pour qu'il devienne organisationnel, ce contact doit tenir compte de l'environnement culturel, linguistique, social et politique dans lesquels il s'inscrira.¹⁹

¹⁷ Macfarlane, Sarah B. et Al. « In the Name of Global Health : Trends in Academic institutions » in *Journal of Public Health Policy*. Palgrave MacMillan Journal, 2008, Vol. 29, No.4, p. 384.

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ Landry, Réjean et Al. «The knowledge-value chain : a conceptual framework for knowledge translation in health» in Bulletin of the World Health Organization. World Health Organization, 2006, vol. 84. p. 600.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la recherche dans le domaine de la gestion de la connaissance se concentre sur les éléments qui affectent le transfert de connaissances.²⁰ Ainsi, la connaissance est considérée comme une ressource stratégique, et ce, spécialement dans les organisations de santé publique telle que le CUSM. Pour ces organisations, la connaissance est la pierre angulaire des processus administratifs parce qu'elle permet de résoudre des problèmes concrets et d'améliorer la santé des populations²¹. Ainsi, deux perspectives existent sur la gestion de la connaissance et les organisations. La première perspective développe davantage les processus d'application de la connaissance alors que la deuxième considère la connaissance comme une ressource stratégique avec une valeur ajoutée pour les organisations de santé²². Dans la littérature sur la gestion, on y explique que la création de valeur s'exécute à travers une chaîne de valeur de connaissance (*Knowledge-value chain*) telle qu'illustrée à la figure 1²³.

²⁰ *Ibid.*, p. 597.

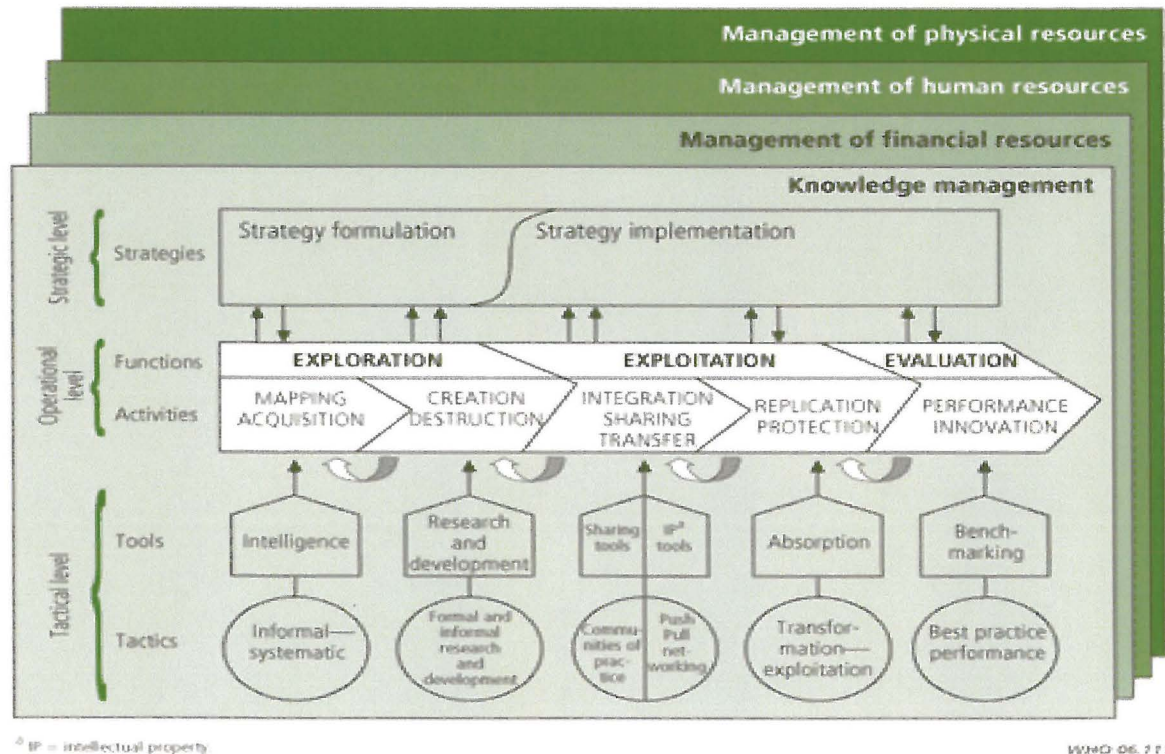
²¹ *Idem.*

²² *Idem.*

²³ *Ibid.*, p. 600.

Figure 1. Chaîne de valeur de la connaissance ²⁴

Fig. 1. The knowledge-value chain



Toutes les organisations de santé publique ou privée doivent se doter d'une stratégie de gestion de la connaissance qui s'articule autour des cinq perspectives suivantes : la cartographie de la connaissance, la création et la destruction de la connaissance, le partage du savoir entre organisations, l'application de la connaissance et finalement l'évaluation du nouveau produit. Que le MMI et le CUSM désirent partager leur savoir dans le domaine de la fécondité in vitro démontre bien le rôle que peut prendre un centre hospitalier universitaire. Considérer la connaissance comme une opportunité d'apprendre et d'innover permet aux organisations de la santé d'améliorer leurs services. Cette perspective est appuyée par les meilleurs politiques de gestion et, par le fait même, se

²⁴ *Idem.*

réfère aux meilleures études empiriques pour établir des politiques de santé efficaces et un retour sur l'investissement en santé²⁵.

3.4 Cybersanté et étalonnage

Les systèmes de santé en Europe et en Amérique du Nord manquent principalement de ressources financières et peinent à combler les besoins et les demandes des patients. La situation démographique préoccupante, à savoir la baisse de natalité, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques dans les sociétés modernes exercent une pression énorme sur les systèmes publics de santé pour innover dans les façons de rendre des services de santé à la population. En analysant les écrits concernant les États-Unis et l'Europe, nous serons à même de comprendre le *modus operandi* qui peut influencer les politiques de la santé durant les partenariats internationaux.

L'implantation d'étalonnages, de balises et de guides dans le domaine de la santé est considérée comme des outils efficaces à l'échelle internationale²⁶. Selon un collectif d'auteurs (Board of Trustees 2002), il n'existe aucun forum de collaboration au plan international pour partager les guides de pratiques cliniques concernant la cybersanté ou l'amélioration des processus. Même s'il n'existe aucune structure organisationnelle qui permet de transférer les connaissances entre différentes nations dans le domaine de la santé, les haut-fonctionnaires du domaine de la santé ont souvent toutefois des objectifs communs notamment lors de l'implantation de lignes directrices visant à améliorer la qualité des soins et la diminution des dépenses dans l'offre de services des soins de santé.

Both clinical practice guidelines (CPGs) and health technology assessments (HTAs) support the drive toward evidence based decision making, and both have their origin in concerns about the quality of care, inequalities in care provision, and increasing healthcare costs.²⁷

²⁵ *Ibid.*, p. 601.

²⁶ Ollenschläger, G. et Al. « Improving the quality of health care : using international collaboration to inform guideline program by founding the Guidelines International in Network in Quality Safety Health care. Group BJM.com, 2004, Vol. 13, p. 455.

²⁷ *Idem.*

La mise en place d'un *modus operandi* pour la collaboration entre le MMI et la Pologne se situe donc, selon ces auteurs, dans une tentative de diminuer le gaspillage et les coûts en santé pour des pays qui ont des intérêts communs à améliorer continuellement les processus cliniques et la qualité des soins. En 2003, plus de 36 organisations se sont réunies, pour créer le Guideline International Network (GIN). Cette organisation a pour but de partager les connaissances sur les plans de prestation de soins de santé dans différents domaines qui nécessitent d'importantes données statistiques et des recherches assidues. Ces plans de prestation de soins de santé sont utilisés par les hauts fonctionnaires pour établir des politiques de santé qui auront plus d'impacts positifs sur la santé des populations. Selon G. Ollenshläger Al. de 2004 à 2007, le GIN a travaillé avec ses membres à concevoir des plans de prestation de soins ainsi qu'une méthodologie appropriée tout en tenant compte du contexte culturel différent pour chacun des membres participants ²⁸. On pense notamment au Program in Evidence-Based Care, au Cancer Care Ontario et au Polish Institute for Evidence Based Medecine. Ces auteurs ont démontré que ces plans de soins ont un rôle prépondérant dans la mise en place de politiques publiques efficaces et qu'ils répondent aux besoins des populations malgré leur application dans des contextes culturels différents. Le partage des connaissances en santé, initié par le GIN, permet d'améliorer les processus médicaux en se basant sur des données empiriques qui peuvent être utiles internationalement.

L'Union Européenne et les États-Unis participent à une initiative que l'on dénomme ARGOS. Selon Karl A. Stroetmann et Blackford Middleton, l'objectif de ce projet est de contribuer à établir un observatoire transatlantique pour discuter de problèmes liés aux politiques de la santé et trouver des solutions à partir des technologies de communication appliquées au domaine de la santé et ce, tant au en Europe, qu'aux États-Unis²⁹. Selon ces auteurs, l'Union européenne, les États-Unis, l'OCDE et l'Organisation mondiale de la

²⁸ *Ibid.*, pp. 458-459.

²⁹ Stroetmann, Karl A. et Blackford Middleton. « Policy and option for a Common Transatlantic Approach towards measuring Adoption, Usage and benefits, of eHealth » in *Transatlantic Cooperation Surrounding Health Related Information and Communication Technology*. IOS Press, 2011, p. 17.

santé reconnaissent l'importance des technologies de l'information et de la cybersanté³⁰ pour développer des politiques utiles à nos systèmes de santé nationaux³¹. Ainsi, une approche commune est nécessaire dans le domaine de la cybersanté pour optimiser et contrôler l'implantation de politiques de la santé. « This has been identified as a clear and obvious opportunity to not only work together, but to achieve benefits for all (win-win) through synergies, learning together and exchanging experience. »³² Dans leur étude, Karl A. Stroetmann et Blackford Middleton établissent donc le cadre nécessaire pour créer un partenariat transatlantique pour diffuser les connaissances sur la cybersanté. Ces auteurs utilisent le tableau suivant pour évaluer les perspectives des politiques de cybersanté :

Tableau 1: Étapes pour établir une stratégie de cybersanté dans un contexte international³³

Table 1. BASIC STEPS OF THE POLICY LIFE CYCLE:

1. Identification of the issues guiding high level policy goals and objectives (Problem definition)
2. Mustering support for the policy (Agenda setting)
3. Drafting and agreeing on a policy document including the identification of a strategy to realise it, the implementation process, measures and resources needed (Adoption)
4. Initiating new or using established organisational structures to implement it and executing the measures foreseen (Implementation)
5. Controlling and evaluating the timely policy realisation, outcomes and performance (Evaluation)
6. Feedback of results into adjusted or new policy development (Feedback).

³⁰ Selon santé Canada, la cybersanté est un terme utilisé pour décrire l'application des technologies de l'information et des communications aux soins de santé tant aux foyers que dans les centres hospitaliers. Cybersanté, Santé Canada [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/index-fra.php> (page consultée le 23 janvier 2013).

³¹ *Ibid.*, p.21.

³² *Idem.*

³³ *Idem.*

En somme, un des objectifs principaux du projet ARGOS est de s'assurer qu'il y ait une phase d'apprentissage pour établir un étalonnage qui permet de comparer les résultats de nos politiques de santé avec ceux de l'Union européenne et des États-Unis. Ces deux auteurs recommandent des stratégies pour établir des politiques de la cybersanté entre les États-Unis et l'Union européenne. Ainsi, selon eux, pour avancer vers une collaboration transatlantique, les projets pilotes déjà démarrés doivent servir de base pour élaborer des mesures d'étalonnage autant local qu'international que l'Europe et les États-Unis peuvent établir.

3.5 Transnationalisation des politiques de la santé

La recherche dans le domaine des transferts internationaux de politiques de la santé demeure minime. Diane Stone a souligné que la création de ces forums internationaux permet une transnationalisation des politiques publiques de la santé. La recherche de Diane Stone met l'accent sur le rôle des acteurs internationaux dans le processus de la transnationalisation des résultats de l'application de certaines politiques publiques³⁴. Selon elle, le transfert de politique se comprend par un processus lors duquel la connaissance sur les politiques, les institutions et les idéologies sont utilisées dans le développement de politiques par plusieurs pays³⁵. Ainsi, lorsque des pays comme la Russie et la Pologne se dotent de politiques pro natalistes et remboursent leurs citoyens pour obtenir des traitements de fertilité in vitro, nous pouvons y voir une transnationalisation des outils médicaux pour répondre aux problèmes de santé des femmes des pays de l'Est.

L'étude de Diane Stone tente de démontrer que l'intervention des acteurs non nationaux a permis l'éclosion des canaux de transfert d'informations entre les systèmes et les structures politiques³⁶ de différents pays. Le transfert de connaissance et de politiques n'est donc plus seulement le fruit des ententes bilatérales entre États nations, tel que le

³⁴ Stone, Diane. « Transfer agents and global net works in the 'transnationalization of policy' » in *Journal of European public policy*. Routledge 2004, Vol. 11, No. 3, p. 545.

³⁵ *Idem.*

³⁶ *Idem.*

véhicule un préjugé de la littérature sur l'étude des politiques³⁷. À titre d'exemple, le Centre de Recherche pour le Développement international au Canada est une organisation dont la mission est de trouver des applications aux recherches effectuées en santé et dans d'autres domaines.

IDRC is a quasi-autonomous government development agency with the objective of helping communities in the developing world to find solutions to social, economic and environmental problems through research (www.idrc.ca). Although a 'small fish' in the donor community pond, nevertheless IDRC projects contribute to the 'internationalization of development policy' by externalizing lessons.³⁸

Diane Stone démontre donc l'utilité des organisations non étatiques dans le transfert des connaissances, de la mise en place de politiques publiques et de l'internationalisation des meilleures pratiques. À ce titre, le MMI est un agent de transfert de connaissances non négligeable s'il devait déployer ses effectifs en Pologne. En tant qu'entreprise de consultant multinational, le MMI, en partenariat avec la faculté de médecine de McGill, peut contribuer à créer un standard qui légitime par exemple un nouveau type de management dans le domaine médical et initie de meilleures pratiques au sein des organisations spécialisées dans les soins de santé.

4. Méthodologie

L'objectif du stage était de produire une synthèse de l'information nécessaire à la préparation du déploiement du MMI en Pologne visant à partager ses connaissances avec le gouvernement polonais, mais aussi à y créer un Centre d'excellence avec des cliniques privées qui profiteraient de son expertise. Ainsi, dans le domaine méthodologique, plusieurs méthodes ont été utilisées pour recueillir l'information la plus pertinente et récente sur des politiques de la santé et le contexte européen, mais aussi sur les traitements de fertilité in vitro en Pologne. La méthodologie se divise en quatre points essentiels : La consultation de documents officiels des gouvernements européens pour étudier l'Union européenne, une entrevue téléphonique avec un représentant officiel du ministère de la Santé en Pologne et des enquêtes sur la santé des femmes polonaises, l'utilisation de documents de l'OCDE et de l'*European Observatory on Health Systems and Policies* pour étudier le contexte administratif polonais et finalement, les

³⁷ *Idem.*

³⁸ *Ibid.*, p. 551.

recommandations sur les marchés voisins qui reposent sur la traduction de journaux médicaux russes et une étude qu'a produite un médecin russe sur les traitements de fertilité in vitro.

Premièrement, l'étude du contexte européen fut possible notamment grâce à la documentation de l'Union européenne. En effet, l'UE s'intéresse de plus en plus à la mise en place d'une politique homogène de la santé en Europe et publie de nombreux documents sur la situation économique et légale de la santé, notamment dans le domaine de la mobilité des patients ou de la loi sur la compétition. Ces documents pour la plus part des publications officielles de l'Union européenne.

Deuxièmement, les données sur la situation polonaise sont loin d'être exhaustives puisqu'elles ont toujours été traduites et les sources polonaises ont été mises de côté en raison de la langue. Toutefois, les articles choisis donnent un aperçu de la situation sociale, culturelle et politique de la Pologne par des gens qui sont allés sur le terrain et qui ont conduit des centaines d'interviews de femmes appartenant à la classe moyenne. En outre, des informations de première main nous ont été données lorsque nous avons contacté le ministère de la Santé polonaise. En effet, la directrice du département des femmes et des enfants (Mother and Child Department) a pu répondre à nos questions dans un courriel présenté en Annexe 1 concernant la situation des traitements de fertilité in vitro en Pologne et la documentation à chercher pour mieux comprendre les régulations imposées par le gouvernement. Les contacts avec le gouvernement polonais furent laborieux et, très souvent, les fonctionnaires du ministère de la Santé n'étaient pas intéressés à répondre aux questions du MMI. Il est important de noter que certaines informations sont très sensibles en raison des valeurs religieuses auxquelles la société polonaise adhère. De plus, l'acquisition de partenaires privés et la vente d'hôpitaux aux prises avec des problèmes financiers est tout aussi délicate. Ce genre d'information reste secret jusqu'au dernier moment où une vente est officialisée et donc seul un petit cercle fermé de gens a accès à cette information stratégique selon Robert Babczack, analyste du MMI,

Troisièmement, pour analyser la structure administrative du système de santé polonais, nous avons utilisé les données rendues disponible par l'OCDE et par l'*European observatory on Health Systems and Policies*. L'OCDE a des banques d'articles et de statistiques sur les systèmes de santé du monde entier, dont celui de la Pologne. De plus, l'*European observatory on Health Systems and Policies* a créé les *Health Systems in Transition series*. Ce sont des rapports qui décrivent en détail la situation des systèmes de santé par pays, les politiques en cours et le développement des réformes. Ces données ne sont pas exhaustives et représentent un échantillon de la documentation disponible en français et en anglais. Pour obtenir davantage d'information sur le système de santé polonais et la situation démographique, politique et culturelle, un voyage sur les lieux et des articles en langue polonaise nous auraient été utiles. Toutefois, l'échantillon sélectionné permet de bien dégager les principaux courants de pensée et de mettre en relief l'état de la situation polonaise et européenne.

Quatrièmement, la partie concernant la mobilité des patients et l'étude du marché russe a été rendue possible grâce à certaines traductions de journaux médicaux russes et à une étude qu'a produite un médecin russe sur les traitements de fertilité in vitro. Finalement, pour rédiger les recommandations, nous sommes partis d'initiatives européennes, présentes en Pologne dans lesquelles le CUSM et le MMI avaient déjà une expertise ou une expérience de travail. Ainsi, nous avons ciblé des domaines tels que le type de partenariat, la cybersanté, l'amélioration des processus médicaux et les groupes homogènes de diagnostics (DRG).

En somme, les éléments méthodologiques utilisés ont permis de produire une recherche qui visait à mettre en lumière une situation sociale et politique complexe en Europe. Le manque de soutien des fonctionnaires polonais a nui à cette recherche. Il aurait été plus aisé de comprendre le contexte européen et polonais en ayant le point de vue de l'attaché polonais à Bruxelles qui s'occupe des dossiers sur la santé et de la position polonaise à leur égard. De plus, les médecins du CUSM qui sont allés en Pologne n'étaient pas toujours prêts à discuter ouvertement de la situation polonaise. Nous constatons à regret que le MMI et les fonctionnaires polonais n'ont pas mis toutes les ressources à notre disposition

pour cette recherche. Malgré tout, l'apport de certains conseillers du MMI, les articles universitaires, les publications de rapports officiels et les contacts en Pologne nous ont permis de dresser un portrait assez nuancé et détaillé pour préparer des recommandations pertinentes au MMI.

5. Résultats

La Pologne est un pays en difficulté démographique et malgré un contexte social et politique différent de celui du Québec, l'intervention du MMI est pertinente. L'étude faite au nom du MMI, jointe en Annexe II, a été présentée au Dr Michael Churchill-Smith, directeur du MMI. Elle contient l'ensemble des résultats du stage ainsi que les recommandations pour l'implantation du MMI en Pologne. Ces dernières comprennent le type de partenariat que la direction du MMI devrait établir avec l'Université médicale de Varsovie et leurs partenaires publics ou privés en difficulté financière. De plus, en prenant en compte les sphères d'expertise des deux centres universitaires de santé, il a été possible de formuler des suggestions d'intervention pour les consultants du MMI dans certains domaines précis tels que la cybersanté, l'amélioration des processus médicaux et les groupes homogènes de diagnostic (DRG). Ainsi, l'objectif du stage a été atteint et le mandat a été rempli.

À la lumière de cette recherche préparatoire, plusieurs éléments essentiels sont ressortis. En effet, la compréhension du contexte européen et des acteurs stratégiques qui peuvent influencer le déroulement du projet était primordiale au niveau européen et polonais. À ce titre, il était important pour le MMI qu'il n'y ait pas de régulations empêchant les citoyens de l'Union européenne d'être soignés, s'ils le désiraient, dans une clinique privée du MMI en Pologne. Cette information nous a été confirmée par le Child and Mother Department du ministère de la Santé polonais (voir Annexe I). De plus, toutes les législations régulant les traitements de fertilité in vitro se trouvent dans l'acte sur les activités thérapeutiques en vertu de la loi polonaise. Finalement, le MMI était à la recherche de lieux pour s'établir et donc d'un hôpital public qui aurait voulu s'associer à un partenaire privé. Il a été impossible de trouver des sources officielles pour discuter de cette question et des analystes du MMI ont souligné que ces informations sont confidentielles. Ces quelques

éléments de réponses permettront au MMI d'orienter ses recherches futures lorsqu'il seront en Pologne.

La Pologne est un pays dont le paysage politique conservateur peut être un obstacle important à l'intervention du MMI. En effet, ce déploiement en Europe n'est pas sans risque si on tient compte que certains fonctionnaires polonais ont déjà réussi à faire cesser pour des motifs religieux les activités de cliniques de fertilité in vitro étrangères. Malgré des différences culturelles et religieuses entre le contexte polonais et québécois, le MMI possède indéniablement un savoir et une expertise qui s'exportent bien en Pologne. Le MMI peut réussir son implantation en sol européen parce que la demande pour des services de consultants dans le domaine des traitements de fertilité in vitro est en augmentation dans les pays de l'Europe de l'Est, mais aussi en raison de la bonne réputation internationale de la faculté de médecine de l'Université McGill.

De plus, si le MMI décide d'engager des ressources en Pologne, un nouveau type de gestion de l'information et des relations nous semble plus avantageux que les partenariats dominants/dominés. Nous soutenons qu'un partenariat égalitaire favorisera davantage l'innovation et l'adhésion des Polonais au projet du MMI. Ce point est essentiel pour une entreprise qui décide d'intervenir à l'international. En somme, le MMI pourra devenir un vecteur important de transfert de connaissances médicales en Pologne s'il respecte ce type de gestion.

Conclusion

L'implantation du MMI en Pologne est un projet de longue haleine pour lequel plusieurs facteurs doivent être pris en compte si l'on veut que le processus de transfert de connaissances se déroule normalement. L'étude du contexte politique et social était primordiale pour comprendre l'état de la situation en Europe et en Pologne. Tel que démontré dans le rapport remis au MMI, ces facteurs influencent le transfert des connaissances à un plus haut niveau. La revue de littérature de ce rapport justifie l'usage d'un partenariat égalitaire entre institutions canadienne et polonaise pour créer de

l'innovation et effectuer un transfert de connaissances. Le partage de ressources, la préparation et le développement d'objectifs communs dans un environnement où les coûts de santé explosent nous semblent primordiaux. De plus, ce partage de connaissance passe aussi par la création de bases de données communes qui permettent d'établir un étalonnage pertinent pour nos systèmes de santé. Ainsi, même si le contexte culturel, politique et social est différent, la communication de ces informations par le biais d'institutions telles que les centres hospitaliers académiques permettra une transnationalisation des politiques publiques et d'améliorer les connaissances médicales des autres pays. Ceux-ci ont la capacité de partager les connaissances médicales et de devenir des acteurs importants dans la transnationalisation des politiques de la santé, et particulièrement pour les traitements de fertilité in vitro ou la cybersanté.

Selon notre hypothèse, MMI serait une organisation qui faciliterait grandement le transfert de connaissances et le partage de savoirs médicaux entre les nations de cultures différentes. Le stage effectué pour le MMI a permis de valider notre hypothèse de plusieurs façons. En ayant une meilleure connaissance des mécanismes de transfert des connaissances et du rôle de la connaissance pour une entreprise ou une organisation, nous avons pu déterminer le rôle primordial qu'allait jouer le MMI en Pologne et en Europe. En effet, le déploiement du MMI en Pologne n'est que la première étape que le directeur espère franchir pour construire un «MMI Europe» qui serait un pilier dans le transfert des connaissances médicales auprès des gouvernements européens et des hôpitaux qui nécessitent son service. Malgré les quelques difficultés perçues dans l'évaluation de risque au niveau politique et social, le MMI devrait s'engager et établir un partenariat égalitaire avec des organismes de santé en Pologne. Ce partenariat concerne un transfert de connaissance scientifique, technique, mais aussi logistique.

En outre, pour réussir ce projet de déploiement international, le MMI doit devenir un Centre d'excellence, au sein duquel l'innovation et la connaissance pourront se partager entre les principaux acteurs. Pour ce faire, nous avons proposé un type de partenariat qui sort du commun entre le CUSM et l'Université médicale de Varsovie, c'est-à-dire un partenariat entre acteurs égaux. Le rôle des centres hospitaliers universitaires n'est plus à

prouver dans le transfert de connaissances. Ces derniers doivent jouer un rôle d'avant plan pour améliorer la santé mondiale.

Le transfert de connaissances constitue un environnement favorable à l'innovation et permet d'améliorer les extrants d'une organisation qui considère le savoir comme une opportunité d'apprentissage. La gestion de la connaissance et les modes de transferts qu'utiliseront le MMI et le CUSM lors de leurs partenariats futurs influenceront donc leur capacité à fournir de meilleurs services à la population polonaise et à leurs futurs clients.

La gestion de la connaissance et son internationalisation est un phénomène important qui mène, selon la revue de littérature, à une internationalisation des politiques publiques dans le domaine de la santé. De plus, jusqu'à ce jour, les études ont prouvé que le partage des connaissances et la mise en place de *modus operandi* entre organisations ou nations qui ont des objectifs communs pour une réduction des coûts de santé et la mise en place de modèles de prestations de soins adaptés répondent mieux aux besoins des populations. Ainsi, l'intervention du MMI et du CUSM dans le transfert des connaissances médicales en Pologne notamment dans le domaine de la cybersanté, permettrait d'établir des pratiques comme celles qui existent déjà en Europe et aux États-Unis. Alors, il serait possible de comparer ces pratiques d'un pays à l'autre et d'obtenir un étalonnage plus vaste que celui obtenu jusqu'à ce jour entre les provinces canadiennes.

Pour faire suite au travail qui a été effectué lors du stage, plusieurs pistes peuvent être suivies. La première consiste à trouver les partenaires privés avec lesquels le MMI pourrait s'associer en Pologne en s'inspirant de la suggestion de la directrice du Département des mères et des enfants du ministère de la Santé polonais, c'est-à-dire s'informer auprès de la Société Polonaise de Gynécologie. Ensuite, il serait utile d'entreprendre des démarches auprès d'eux et d'aller rencontrer en Pologne les représentants de l'Université médicale de Varsovie et du ministère de la Santé polonais pour officialiser les ententes convoitées. Dans cette logique, l'organisation de voyages de reconnaissance des représentants du gouvernement polonais dans les cliniques de

traitements de fertilité in vitro québécois, dans les centres hospitaliers académiques et des visites dans nos facultés de médecine pourraient assurer la continuité de ce partenariat.

Bibliographie

- MACFARLANE, Sarah B. et Al. « In the Name of Global Health : Trends in Academic institutions » in *Journal of Public Health Policy*. Palgrave McMillan Journal, 2008, Vol. 29, No.4, pp. 383-401.
- MOWERY, David C. et Al. « Strategic alliances and Interfirm knowledge transfer » in *Strategic Management Journal*. John Wiley & Sons, 1996, Vol. 17, No. Hiver, pp. 77-91.
- PANTOINE, Mireille. *Knowledge transfer in the Continuing professional development of physicians : characteristics of context, roles and responsibilities- a comparative analysis of Canada, the United States and England*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2012, 186 p.
- LANDRY, Réjean et Al. «The knowledge-value chain : a conceptual framework for knowledge translation in health» in *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization, 2006, vol. 84. pp. 597-602..
- THOMSON, Ann Marie et Al. « Conceptualizing and measuring collaboration » in *Journal of public administration research and theory*. Oxford University Press, 2007, vol. 19, pp. 23-56.
- STONE, Diane. « Transfer agents and global net works in the 'transnationalization of policy' » in *Journal of European public policy*. Routledge, 2004, Vol. 11, No. 3, pp. 545-566.
- STROETMANN, Karl A. et Blackford Middleton. « Policy and option for a Common Transatlantic Approach towards measuring Adoption, Usage and benefits, of eHealth » in *Transatlantic Cooperation Surrounding Health Related Information and Communication Technology*. IOS Press, 2011, 48 p.
- OLLENSCHLÄGER, G. et Al. « Improving the quality of health care : using international collaboration to inform guideline program by founding the Guidelines International » in *Network in Quality Safety Health care*. Group BJM.com, 2004, Vol. 13, pp. 455-460.
- Cybersanté, Santé Canada [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/index-fra.php> (page consultée le 23 janvier 2013)

Annexe I

Warsaw, 14.12.2012 r.

Ministry of Health
Department of
Mother and Child

MZ-MD-L-62-2479-106/AS/12

Mr Alexis Rheault - Campeau

alexis.rheault.campeau@hotmail.com

In response to your letter concerning in vitro fertilization laws in Poland, I would like to inform that Poland does not have law regulating in vitro fertilization matters (including those involving special regulations for clinics). Therefore, as in vitro fertilization will be treated as provision of health, clinic dedicated to it should meet the conditions laid down in the Act of 15 April 2011 on therapeutic activity (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) and its implementing legislation.

In regard to the second question I inform kindly, that as I mentioned above, there no specific legislation concerning in vitro fertilization, therefore, there in no legal obligation to authorize people from abroad coming to visit polish fertilization clinics.

In response to your third question I would like to inform, that as the Ministry of Health we do not have information about regional needs for private partners in the area of in vitro fertilization. We suggest you to contact regional offices directly. Contacting Fertility and Infertility Section of the Polish Gynecological Society may be helpful, too.

Best regards,

Dagmara Korbasińska
Director of Department of Mother and Child
Ministry of Health

Annexe II

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

LE MONTRÉAL MÉDICAL INTERNATIONAL EN EUROPE

TRAVAIL PRÉSENTÉ
À DR. MICHAEL CHURCHILL-SMITH
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU STAGE

PAR

ALEXIS RHEAULT-CAMPEAU

DÉCEMBRE 2012

Table des matières

Résumé.....	3
Executive summary.....	4
Introduction.....	5
I. Contexte européen.....	6
1.1 Nouveau mode de gouvernance et tensions intraeuropéennes	7
1.2 Loi de la compétition.....	9
II. Problèmes démographiques polonais et évaluation des risques	10
2.1 Démographie et politiques de la santé envers les femmes	10
2.2 Plan et objectifs du gouvernement	11
2.3 Évaluation des risques.....	12
2.3.1 Discriminations des femmes.....	13
2.3.2 Conservatisme religieux et politique	14
III. Contexte administratif polonais.....	16
3.1 Entités administratives	16
3.2 Corruption, inefficacité et équité.....	18
3.3 Contrôle de la dette et hôpitaux académiques.....	18
IV. Mobilité des patients et marché voisin.....	19
4.1 Mobilité des patients	19
4.2 Marché voisin : la Russie	20
V. Recommandations	21
5.1 Le type de partenariat.....	22
5.2 Cybersanté en Europe et en Pologne.....	24
5.3 Amélioration des processus médicaux	26

5.4 Groupes homogènes de diagnostics (DRG)	28
Conclusion	30
Bibliographie	32

Résumé

Cette analyse a pour but d'éclaircir certains éléments contextuels liés au projet de déploiement de la division internationale du Centre universitaire de santé McGill en Europe et plus particulièrement en Pologne. Cette recherche aborde donc l'implication récente de l'Union européenne dans le domaine de la santé et le contexte de l'administration de la santé polonaise. La Pologne, comme les autres pays de l'Europe de l'Est, prévoit une dépopulation et une baisse de la natalité dans les prochaines années. Pour aider le gouvernement polonais, le Montréal Médical International (MMI) étudie la possibilité d'entreprendre un partenariat avec l'Université médicale de Varsovie et d'implanter un réseau de cliniques de traitement de fertilité in vitro.

La volonté du gouvernement polonais d'améliorer les soins destinés aux femmes et aux enfants s'explique par la situation démographique difficile et la discrimination que vivent les femmes en Pologne de la part de leurs employeurs lorsqu'elles prévoient avoir plusieurs enfants. À la lumière d'une analyse de risques qui détaille le contexte social, politique et culturel, le Montréal Médical International pourra s'engager dans ce projet en tenant compte des facteurs les plus importants qui pourraient influencer le transfert de ses connaissances dans ce pays et le bon déroulement du projet.

Dans une Europe qui intervient de plus en plus dans le domaine de la santé, il est utile de passer en revue les initiatives paneuropéennes qui concernent le système de santé polonais pour déterminer les champs d'action possibles des consultants du Montréal Médical International et ce, au-delà du domaine des traitements de fertilité in vitro. Il importe donc aussi de recommander certaines interventions en lien avec les initiatives paneuropéennes mises en place dans la politique européenne Santé 2020, notamment en s'interrogeant sur le type de partenariat que MMI doit développer avec l'Université médicale de Varsovie pour favoriser l'innovation, la cybersanté, l'amélioration des processus médicaux et finalement les groupes homogènes de diagnostics.

Executive summary

The goal of this analysis is to shed light on the contextual elements bound to the international ventures of the International division of the McGill Health University Center in Europe and in Poland. This research addresses the recent implication of the European Union in health policy and the context of Polish health administration. Poland, like many other Eastern European countries, is predicting a dramatic decrease of population in the next decades. To help the Polish government, Montreal Medical International (MMI) studies the possibility to undertake a partnership with the Medical University of Warsaw and to implement a clinic network for in vitro fertilization treatment.

The will of the Polish government to improve women's and children's care can be explained by the difficult demographic situation and by the discrimination that Polish women are experiencing towards their employer when they see that they want to have more than one child. In light of a risk assessment which details the social, political and cultural context, MMI should commit to this project while considering the most important factors that can influence the knowledge transfer and the development of the project.

In the context of the intervention of Europe in health policy, it is useful to review Pan-European initiative that concerns the Polish health system to determine the possible area for the MMI's consultants, other than the in vitro treatment. Therefore, it matters also to recommend certain intervention linked to Pan-European initiatives that take place in the wider European policy Health 2020, especially by questioning the type of partnership that MMI should develop with the Medical University of Warsaw to foster innovation, eHealth, improvement of medical process and finally, the diagnosis related group.

Introduction

Dans un contexte financier serré, la division internationale du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) est toujours à la recherche de financement supplémentaire et de moyens pour améliorer les capacités d'innovation de ses chercheurs dans le domaine médical. Dans ces circonstances, le Montréal Médical International (MMI) est une entité indépendante du CUSM qui recherche des partenaires d'affaires avec lesquels il pourrait offrir des services à des États ou des organisations qui nécessitent une aide de consultant dans le domaine médical notamment en Europe.

Le 13 septembre 2012, les 53 pays situés dans la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont préparé une ébauche de politique dans le domaine de la santé : Santé 2020¹. Dans ce document qui s'adresse à l'Organisation mondiale de la santé, les pays réunis ont mis sur papier leurs intentions en matière de santé et d'actions concertées pour atteindre leurs objectifs communs. Ces buts communs sont d'améliorer la santé des populations, réduire les iniquités d'accès aux services médicaux, s'assurer de l'accessibilité des soins et de leur qualité².

Plus spécifiquement, en ce qui concerne la santé des femmes, des mères et des nouveaux nés, le document démontre une volonté politique de s'attaquer à certains problèmes importants dans la zone Europe de l'OMS, entre autres, les principales comorbidités qui affectent les femmes enceintes tels les hémorragies, l'infection, la haute pression, les avortements non sécuritaires et les accouchements difficiles³. Pour résoudre ces problèmes, les délégations des pays de cette région se sont mises d'accord pour mettre en application certaines mesures, notamment, la légalisation de l'avortement, l'accessibilité à l'éducation sexuelle et aux ressources de planification familiale, la diminution de la mortalité et des maladies causées par des avortements artisanaux⁴. Il y a donc une volonté politique pour améliorer l'état de santé des femmes au niveau européen. En somme,

¹ Regional Committee for Europe. Health 2020 : *An European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. World Health Organisation, Regional office of Europe, Copenhagen, septembre 2012, p. 1.

² *Idem.*

³ *Idem.*, p. 39.11118

⁴ *Idem.*

l'Union européenne (UE) développe de plus en plus une autorité et une compétence dans le domaine de la santé⁵.

Or, les politiques appliquées à l'échelle européenne dans le domaine de la santé sont ambiguës en raison des tensions entre les instances européennes. Clarifier le contexte légal et comprendre les rouages administratifs qui peuvent avoir un rôle important à jouer dans la mise en place du projet du MMI en Pologne nous apparaît essentiel. Cette recherche a donc pour objectif d'analyser le contexte des politiques de la santé dans l'Union européenne et plus spécifiquement de la Pologne. Pour le contexte administratif de la santé paneuropéenne, nous avons étudié des documents de la Commission européenne et des articles de l'Observatoire européen sur les systèmes de santé et l'élaboration de leur politique de santé. De plus, pour comprendre le système de santé polonais, nous avons analysé des documents de l'OCDE et de l'Observatoire européen sur les systèmes de santé et les politiques. Finalement, nous recommanderons des interventions ciblées de la part du MMI en Pologne et évaluerons certains risques politiques et sociaux qui risquent de modifier ou de teinter la nature de ses projets.

I. Contexte européen

Selon le traité de la Commission européenne, la santé relève des pouvoirs des États membres de l'Union européenne. Toutefois, les systèmes de santé impliquent l'interaction de personnels, de marchandises, de bailleurs de fonds et de services pour lesquels le même traité garantit la liberté de circulation⁶. Ainsi, lorsqu'un État membre désire acheter des services ou des équipements pour son système de santé, ce qui semblerait de prime abord relever de choix politiques locaux est en réalité déterminé par les législations de l'Union européenne. C'est donc dire que l'UE s'est immiscée dans la sphère de la santé grâce à ses législations sur le commerce : « An expanding EU policy agenda driven

⁵ Battam, Samantha and Al. «The EU's role in global health and the WHO reform; between health and foreign policy». Paper presented at the Lisbon Erasmus Academic Network workshop: *EU external representation in international contexts: reform practices after Lisbon*, 21-21 February 2012, The Hague: Clingendael Institute, p. 1.

⁶ Mossiolos, Elias and Al. « Health systems governance in Europe : the role of European Union law and policy ». in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, p.5.

primarily from an economic perspective »⁷. Même si l'UE n'a pas de mandat précis par rapport à la santé, il est possible de dégager des courants de pensée concernant les politiques de santé appliquées au niveau paneuropéen.

1.1 Nouveau mode de gouvernance et tensions intraeuropéennes

Les politiques développées par les instances européennes au sein de l'UE s'entrechoquent. D'une part, il y a ceux qui soutiennent les principes de solidarité et d'autre part, ceux qui affirment que le domaine de la santé s'inscrit dans la libre concurrence⁸. Il est à noter que l'apparition des nouveaux modes de gouvernance est le résultat de tensions au sein même de l'UE entre les acteurs qui prônent une politique de la santé dite plus économique et les acteurs qui font la promotion d'une politique plus sociale⁹. Plus précisément, trois organismes ont des vues différentes sur une future politique européenne dans le domaine de la santé à la Commission européenne. La première direction, le Directorate-General for the Internal Market and Services, considère le domaine de la santé comme n'importe quelle autre marchandise, c'est-à-dire qu'il devrait être régi par les lois de la compétition et du marché sans exception. La deuxième direction, le Directorate-General for Health and Consumer protection, désire, quant à elle, faire en sorte que la santé soit un domaine traité de façon distincte des autres. Finalement, la troisième direction, le Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, encourage surtout l'inclusion du domaine de la santé dans un ensemble de politiques sociales sans prendre en compte les spécificités du domaine de la santé pour développer une politique sociale paneuropéenne. Ces trois directions sont en négociations constantes concernant le type de politique à adopter, les mécanismes qui les régiront et sur la compétition entre les institutions qui offrent des services de santé.

En raison de cette opposition idéologique, la Cour européenne de justice (CEJ) est devenue un acteur principal, car elle applique les lois d'une façon qui jusqu'ici était imprévue et prépare une nouvelle jurisprudence dans le domaine de la santé par

⁷⁷ Mossiolas, Elias and Al., p. 6.

⁸ p. 14.

⁹ Greer, Scott L. et Bart Vanhercke . « The hard politics of soft law : the case of health » in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp. 212-224.

l'entremise de l'application de ses lois. Le vide juridique dans le domaine de la santé a donc forcé les tribunaux à régler ce domaine. Or, il s'avère que les paramètres sur lesquels la Cour européenne de justice peut légiférer sont uniquement à travers les règles de la libre concurrence et les lois du marché prévues par la Commission européenne¹⁰.

L'analyse du traité de la Commission européenne permet de constater qu'il existe plusieurs éléments de sa constitution qui ont obligé les États membres à diminuer les services sociaux offerts à la population¹¹. Par exemple, le changement de monnaie pour plusieurs pays a mis beaucoup de pression sur les budgets nationaux en raison d'un taux de change qui ne représentait pas nécessairement la force de leur économie. De plus, les politiques économiques et les lois sur les règles du marché ont encouragé la dérégulation des services sociaux offerts par l'État.

Tous les éléments inclus dans le traité permettent à la CEJ d'éroder la souveraineté nationale parce que ses décisions ont préséance sur celles des États membres¹². Dans ce nouveau contexte, une question importante se pose à tous les pays membres : comment arriver à mettre en application une politique de la santé paneuropéenne sans s'aliéner les États membres? D'autres modes de gouvernance permettent de développer des politiques sans nécessairement éroder la souveraineté nationale. Il s'agit du pouvoir des *softs law* qui s'applique à travers des agences supra nationales¹³. Les *softs law* comprennent un plan de communication général destiné aux États membres, des outils décisionnels et interprétatifs pour les experts du domaine de la santé et, un plan de coordination de politique paneuropéen.

De plus, les pays européens ont mis au point un nouveau mode de gouvernance basé sur l'«Open method of coordination». Ce mode de gouvernance favorise le partage de l'information volontaire entre pays membres de l'UE pour promouvoir l'évaluation et la mesure des systèmes de santé¹⁴. Lorsque ce modèle sera bien implanté, il y aura une pression des pairs pour coordonner les politiques sociales à un niveau paneuropéen. Or, malgré le développement de nouveaux modes de gouvernance, le manque de structures légales dans le traité ne permet pas de progresser rapidement dans le développement

¹⁰ p. 32.

¹¹ *Ibid.*, p. 24.

¹² *Ibid.*, p. 27.

¹³ *Ibid.*, p. 35.

¹⁴ *Ibid.*, pp. 39-41.

d'une politique de la santé européenne. De plus, l'article 168 du traité de la Commission européenne qui explique les intentions européennes en matière de santé demeure très vague¹⁵. Les États membres ne désirent pas voir une CEJ avec plus de pouvoir en matière de santé, et ce, pour conserver leur souveraineté.

1.2 Loi de la compétition

La loi de la compétition dont l'application est surveillée par la *National competition authority* de chaque pays depuis 2004, implique aussi les services sociaux offerts par les États membres de l'UE¹⁶. Or, certaines exceptions existent et nous traiterons des différentes visions de la santé sur la compétition et des exceptions excluant certains services sociaux de la loi sur la compétition. Toutefois, les pays n'ont pas tous la même vision des services sociaux. Dans l'ensemble, nous pouvons remarquer qu'il existe deux visions des services sociaux. L'école française favorise davantage la solidarité alors que l'école anglaise promeut surtout la compétition¹⁷.

À la lumière de la jurisprudence sur la loi de la compétition, nous pouvons observer qu'il y a un flou juridique lors de l'application de cette loi. En effet, la Cour européenne de justice a souvent tendance à prendre en compte l'objectif de l'organisation. Ainsi, la CEJ a créé le concept de l'intérêt économique général pour donner raison aux États ou aux organisations qui ont une fonction sociale même si elles sont engagées dans des activités économiques¹⁸. En somme, lorsque la CEJ voit que le principe de solidarité est écarté au profit de l'intérêt économique, alors elle peut appliquer la loi de la compétition. Il est alors légitime de vérifier quand cette loi sera appliquée. Pour savoir si la loi sur la compétition sera mise en pratique, plusieurs éléments doivent être vérifiés. La loi s'appliquera si l'objectif de l'entreprise ou de l'organisation est de faire du profit. De plus, s'il y a déjà une compétition établie dans le domaine, la CEJ sera en mesure de

¹⁵ Hervey, Tamara et Bart Vanhercke. « Health care and the EU : the law and policy patchwork » in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, p. 82.

¹⁶ Prosser, Tony. «EU competition law and public services» in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp. 212-224.

¹⁷ *Ibid.*, p. 318.

¹⁸ Lear, Julia et Al. « EU Competition law and health policy» in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, p. 334.

juger que la loi s'applique. À l'inverse, s'il n'y a pas de compétition et que l'organisation n'offre pas un service d'intérêt général ou ne suit pas un mandat public clairement établi, alors la loi ne s'appliquera pas.

En somme, même si le champ d'action de la CEJ est lié au domaine du marché, l'Union européenne réussit à contrebalancer les pressions de ceux qui considèrent la santé uniquement comme un marché, notamment grâce au concept d'intérêt économique général. De plus, la jurisprudence établie par la CEJ démontre jusqu'à ce jour qu'elle pouvait aussi rendre des jugements favorables à des organisations de soins de santé qui offraient un service public aux dépens des organisations privées de santé.

Pour le projet du MMI en Pologne, ces informations sont pertinentes dans le sens où l'organisation remplira un mandat public d'intérêt économique général et sera probablement exclu de la loi sur la compétition en raison des accords interuniversitaires signés entre l'Université médicale de Varsovie et la faculté de médecine de McGill. Il n'en demeure pas moins que, dans la mesure où la CEJ établit qu'il y a une compétition entre les cliniques de fertilisation in vitro et que les cliniques du MMI ne peuvent pas bénéficier de faveurs, le MMI pourrait être assujetti à la loi sur la compétition. Cette ambiguïté devra être éclaircie par la cour de justice européenne.

II. Problèmes démographiques polonais et évaluation des risques

La période postcommuniste a marqué le début d'une transition économique difficile pour la Pologne. Certaines réformes néolibérales du gouvernement de Lech Walesa ont été nocives pour la santé des femmes¹⁹. En expliquant les politiques à l'égard des soins aux femmes en lien avec la transition économique libérale et le plan du gouvernement pour répondre à ce problème démographique, nous serons en mesure de mieux comprendre le contexte et les opportunités qui se présentent au MMI en intervenant en Pologne.

2.1 Démographie et politiques de la santé envers les femmes

Lors de la libéralisation des services sociaux polonais, plusieurs mesures ont été prises pour réduire les dépenses de l'État. Parmi ces mesures, nous notons des coupures dans

¹⁹ Mishtal, Joanna. «Neoliberal reforms and privatisation of reproductive health services in post-socialist Poland» in *Reproductive Health Matters*. 2010, vol. 18, no. 36, p. 57

les congés maternels de 2 ans à moins de quatre mois. De plus, les centres de soins pour enfant ont été privatisés. Des études comparatives sur les services sociaux démontrent que les femmes polonaises ont beaucoup souffert des coupures et de la privatisation dans le système de santé²⁰. L'offre de soins prénataux et périnataux qui était assurée par l'État durant l'ère communiste a été coupée dans les années suivant la chute du Rideau de fer. Selon le World Health Report de 2006, les dépenses dans le domaine de la santé représentaient 9,8 % des dépenses totales du gouvernement, plaçant la Pologne avant-dernière parmi les pays membres de l'UE²¹.

Les problèmes de finance sont aussi accompagnés de problèmes politiques. En effet, en 1999, les lobbys de l'Église catholique ont appuyé avec succès une loi qui a criminalisé les médecins qui testaient les fœtus pour des maladies ou des difformités²². De plus, le lobby de l'Église catholique s'est longtemps opposé à une régulation de la fertilisation *in vitro*²³. L'activisme politique des pro-vie a eu pour conséquence la dérégulation des activités des cliniques privées qui offraient des traitements de fertilité.

En raison de tous ces facteurs, le taux de naissance de la Pologne est inférieur à celui des autres nations de l'Europe de l'Ouest²⁴. Le taux de fécondité est passé de 2.1 en 1989 à 1.27 en 2008²⁵. À ce jour, la Pologne a une différence de 30 % avec les pays qui ont un plus haut taux de naissance²⁶. Selon les prédictions du gouvernement, la dépopulation de la Pologne s'accélérera et le processus de vieillissement de la population augmentera conjointement²⁷. Cette crise démographique est perçue comme étant nuisible au développement économique du pays.

2.2 Plan et objectifs du gouvernement

Pour faire face à ce défi, le gouvernement polonais désire offrir les meilleurs soins possible à sa population notamment des soins envers les femmes et des soins prénataux

²⁰ *Idem.*

²¹ *Idem.*

²² *Idem.*, p. 62.

²³ *Idem.*

²⁴ Fronczak, Adam. *Republic of Poland : Permanent mission to the United Nation. Commission on Population and Development*. New-York, 2011, p. 1.

²⁵ Mishtal, Joanna. *Neoliberal reforms...*, p.60.

²⁶ *Idem.*

²⁷ *Idem.*

de qualité. La santé reproductive est devenue une priorité du gouvernement²⁸. En effet, en 2011, le ministère de la Santé a élaboré une façon de procéder lors de la conduite de procédures médicales dans le domaine des soins prénataux pour les femmes enceintes, l'accouchement et pour les soins aux nouveaux nés²⁹. Pour cette raison, un programme de formation est fourni aux médecins et aux sages femmes partout dans le pays pour rencontrer les standards de cette nouvelle politique.

Le nouveau programme national de santé polonais (National Health programme 2007-2015) décrit les objectifs du gouvernement en termes d'amélioration des soins de santé. L'objectif principal de ce programme national est de fournir les meilleurs soins possible aux femmes enceintes pour que leur accouchement se déroule normalement et d'identifier le plus rapidement tous les facteurs de risque qui peuvent affecter leur grossesse³⁰.

La Pologne a entrepris plusieurs activités pour améliorer les soins offerts aux femmes et aux enfants. Ces actions comprennent les diagnostics et les soins prénataux et la prévention des complications concernant le développement fœtal³¹. Enfin, le gouvernement encourage certains programmes en éducation sur la santé de la reproduction dans les universités polonaises³².

2.3 Évaluation des risques

L'évaluation des risques pour les projets internationaux est une partie importante de la préparation de l'intervention du MMI dans les pays ciblés. Le partenariat entre le CUSM et l'Université médicale de Varsovie n'est pas sans risque. En effet, l'association avec un centre hospitalier étranger qui dispenserait des soins de moindre qualité pourrait être dangereuse pour la marque et la crédibilité du CUSM et de l'Université McGill. Pour analyser les risques en détail d'une intervention en pays étrangers nous pouvons nous référer au tableau que l'Hôpital pour enfants de John Hopkins utilise pour l'évaluation du

²⁸ Fronczak, Adam. *Republic of Poland*..., p.2.

²⁹ *Idem.*

³⁰ *Idem.*

³¹ *Ibid.*, p. 4.

³² *Idem.*

risque dans ses projets internationaux (Annexe 1)³³. Cette grille comprend l'évaluation de plusieurs risques (risque de réputation, financier, volonté politique, différence culturelle, etc.) Dans notre évaluation des risques nous nous limiterons à détailler les éléments qui pourraient avoir une influence majeure sur le comportement des Polonais à l'égard des futures cliniques in vitro que le MMI prévoit exploiter en Pologne, c'est-à-dire, les discriminations qui poussent les femmes à ne pas avoir plus d'un enfant, la pression financière, et finalement, les conservatismes politique et religieux.

2.3.1 Discriminations des femmes

Les études qui ont analysé le déclin de la fécondité de la société polonaise démontrent que les opinions populaires véhiculées dans les médias de masse soutiennent que la crise de fertilité qui traverse le pays est un phénomène temporaire³⁴. Selon l'opinion populaire soutenue par les lobbys de l'Église catholique, les médias et certains acteurs du gouvernement, cette crise serait due au fait que les femmes polonaises rejettent les valeurs maternelles, au profit des valeurs égoïstes. « The powerful cultural and Catholic stigma against voluntary childlessness makes childbearing less a free choice than a highly constrained one; still, Polish demographers are observing a slow increase in voluntary childlessness, although no data are available on the extent of this phenomenon. »³⁵ En somme, les femmes n'ont pas le choix d'avoir des enfants, la pression populaire étant trop forte.

En outre, il existe aussi une forme de discrimination contre les familles nombreuses. Il s'agit d'une pression populaire qui s'exerce à l'intérieur de la classe moyenne et qui dicte par consensus le nombre d'enfants que devraient avoir les femmes de cette classe.

But what is most striking in Poland, given the demographic crisis, is the existence of an equally powerful stigma against 'multi-child families', which are commonly referred to in the Polish vernacular as *patologia socjalna* – literally a 'social pathology'. The expression is used rather liberally and unselfconsciously in the political discourse, the media, and the professional world of social work (where much of the early research took place). It commonly conjures up 'reckless' reproduction in the context of rural and old-fashioned lifestyle, poverty, and perhaps alcoholism and domestic violence.³⁶

³³ Thompson, Steeve J. « The perils of partnering in developing markets » in *Harvard Business Review*, June 2012, pp. 23-25.

³⁴ Mishtal, Joanna. « Irrational non-reproduction? The 'dying nation' and the postsocialist logics of declining motherhood in Poland » in *Anthropology & Medicine*. Vol. 19, No. 2, Août 2012, p. 157.

³⁵ *Idem.*, p. 162.

³⁶ *Idem.*

Dans une Pologne en pleine libéralisation, la pression sociale sur les femmes qui désirent avoir plus d'un enfant est un facteur important dans leur choix d'en avoir qu'un.

Les études de terrain qu'a effectuées Joanna Mishtal démontrent que les femmes ne rejettent pas les valeurs maternelles pour des valeurs égoïstes comme le soutiennent certaines opinions populaires. Les femmes polonaises décident d'avoir moins d'enfants en raison des coupures dans les soins offerts aux femmes et aux enfants et en raison de leurs mauvaises conditions financières. Ainsi, même si l'infertilité atteint environ 15-20 % des couples polonais en 2003, rien ne garantit qu'ils utiliseront les services des cliniques du MMI et ce, même si les services sont remboursés par l'État³⁷. En effet, avoir un ou deux enfants est considéré comme un luxe que la classe moyenne peut difficilement se procurer, notamment en raison de la discrimination qu'exercent les employeurs sur les femmes enceintes³⁸. La décision d'avoir un enfant est souvent repoussée pour avoir une condition financière plus stable.

2.3.2 Conservatisme religieux et politique

Le prestige de l'Église catholique polonaise est le résultat de son statut de symbole national de résistance durant la période d'occupation nazie et lors du régime communiste³⁹. Le catholicisme est devenu *de facto*, la religion d'État et ce, même si officiellement l'État est laïque. Dans la dernière décennie, les politiciens ont donc eu tendance à offrir un soutien continu aux dogmes de l'Église. Or, l'annonce faite par le premier ministre Donald Tusk de financer à partir des fonds publics les traitements de fertilisation le 23 octobre 2012 sema la controverse avec les groupes religieux et le parti de droite qui est dans l'opposition⁴⁰.

Ces groupes conservateurs sont contre toutes interventions scientifiques dans la conception d'un enfant ou même durant la grossesse par la pratique de l'avortement. Pour

³⁷ Dorota Sanocka et Maciej Kurpisz. «Infertility in Poland – present status, reasons and prognosis as a reflection of Central and Eastern Europe problems with reproduction » in *Med Sci Monit*, 2003; Vol. 9, No. 3, pp.16.

³⁸ *Idem.*, p. 161.

³⁹ Heinen, Jacqueline et Stéphane Portet. «Reproductive right in Poland : when politicians fear the wrath of the Church » in *Third World Quarterly*. Vol. 31., No 6., 2010, p. 1007.

⁴⁰ Poland to start IVF treatment. Agence de Presse REUTERS [En ligne].

<http://in.reuters.com/article/2012/10/22/us-poland-fertility-idINBRE89L1BJ20121022> (page consultée le 14 novembre 2012)

limiter l'influence de ces groupes conservateurs, l'Union européenne a tenté d'intervenir sur le droit de la reproduction de la femme:

This being said, one should emphasise that the influence of the European bodies on the orientation of the Polish political parties has been limited so far. The Church condemned the intrusion of European bodies into what, in its view, must be regarded as a national issue. This reminds us that, while the decisions of the EU are seen by the supporters of the right to abortion as a lever for waging their fight, there are also serious limits to what the EU can do: it has neither the competence to intervene on moral values and in the field of abortion, nor any concrete instruments (like sanctions) to enforce its views.⁴¹

L'Église et le parti conservateur polonais adoptent une attitude antieuropéenne en ce qui concerne le droit de la reproduction des femmes. De plus, l'UE manque d'instruments concrets pour sanctionner ou obliger un État membre à adopter une politique plus ouverte sur les droits de reproduction.

Depuis 2009, lors des élections européennes, les partis conservateurs ont profité de gains considérables et d'une augmentation de leur popularité dans les anciens États communistes de l'Europe centrale⁴². Suite aux élections de 2009, les partis conservateurs de la Pologne et de la République tchèque ont soutenu la création d'une aile politique de droite au parlement européen.

Dans les années 1990, les lobbys de l'Église catholique et des activistes conservateurs ont multiplié les embûches au fonctionnement de la clinique privée de fertilité nOvum⁴³. Les autorités médicales de Varsovie ont ordonné l'arrêt des traitements de fertilité *in vitro* en accusant les médecins de cette clinique d'avoir violé la loi polonaise antiavortement⁴⁴. La poursuite contre nOvum a été intentée par un agent public de la santé de la province de Varsovie qui a elle-même rempli une plainte au bureau du procureur. La cour provinciale a donné raison à l'agent public et a rendu un jugement ordonnant à nOvum de cesser tout traitement. La clinique nOvum appela alors de la décision au ministère de la

⁴¹ Heinen, Jacqueline et Stéphane Portet. «Reproductive right in Poland ...», p. 1018.

⁴² Holubec, Stanislav et Gavin Rae. «A conservative convergence? 'The differences and similarities of the conservative right in the Czech Republic and Poland » in *Contemporary Politics*, 2010, Vol.16, No.2, p.189.

⁴³ Rich, Vera. «Poland's anti-abortion law and a fertility clinic » in *The Lancet*. Vol. 345, No. 8964, Juin 1995, p. 1563.

⁴⁴ *Idem*.

Santé polonais qui rejeta le jugement de la cour régionale stipulant que les patients ont le droit de recevoir les services correspondant à leur besoin. Cet exemple illustre bien les problèmes légaux à venir qui devraient être évalués par le MMI s'il décide de s'implanter en Pologne.

III. Contexte administratif polonais

En 1989, le système de santé polonais est passé du modèle Semashenko très centralisé à un modèle plus décentralisé. (Malgré des améliorations notables depuis 1990 dans son système de santé, la Pologne demeure tout de même en retard derrière la majorité des pays de l'Europe de l'Ouest concernant les indicateurs de santé selon le think tank *Health and consumer 2011*⁴⁵. Malgré tout, les récentes lois (Law on Health Care services Financed from Public Sources, Law on therapeutic activity) donnent un cadre légal sur l'offre des soins de santé et sur le financement public du système de santé polonais⁴⁶. Ces lois ont permis d'établir des standards de qualité qui doivent être respectés par toutes les institutions prodiguant des soins en Pologne. Nous traiterons des organismes qui font la gestion du financement du système de santé : le ministère de la Santé, le Fonds national pour la santé et les paliers de gouvernement. Puis, finalement, nous traiterons de certains problèmes du système de santé liés au financement, notamment dans les hôpitaux académiques.

3.1 Entités administratives

Le ministère de la Santé est une des principales entités administratives du système de santé polonais. Il s'occupe de la formation du personnel, de l'achat d'équipements de haute technologie et mesure l'efficacité des soins prodigués aux patients. Le ministère a aussi pour mandat d'implanter les nouvelles politiques de santé, de développer des

⁴⁵ Björnberg, Arne. Health Consumer Index 2012 Report. Health and Consumer Powerhouse AB, 2012, pp.22-26

⁴⁶ The European observatory on Health systems and policies. *Health systems in transition : Poland*. WHO Regional office for Europe, Copenhagen, 2011, p. 19.

programmes de prévention et de trouver des solutions aux maladies causées par les facteurs sociaux et environnementaux⁴⁷.

Le mandat principal du Fonds national pour la santé (NFZ) est de financer les services de santé grâce à l'argent des assurances (privées ou publiques). De plus, cet organisme a pour mandat de négocier et signer les contrats avec les fournisseurs de soins en établissant le volume de patient, le financement approprié et en mesurant le respect des termes du contrat⁴⁸. Ainsi, l'accessibilité des soins et la qualité des soins prodigués aux patients dépendent donc du NFZ qui a une position monopolistique lorsqu'il négocie avec les fournisseurs de soins. S'il y a compétition entre plusieurs fonds, les fournisseurs sont en mesure d'avoir plus de pouvoir et de demander plus de financement. Ainsi, depuis plusieurs années le NFZ est critiqué en raison de son monopole.

Au plan gouvernemental, la Pologne a quatre paliers qui s'occupent de la santé: les municipalités (*gmina*), les provinces (*powiat*), les régions (*voïvodies*) et finalement le niveau national⁴⁹. Les trois premiers paliers de gouvernement jouent un rôle primordial dans l'administration du système de santé, car ils ont un statut de quasi-propriétaire des institutions publiques. En ce sens, si un hôpital n'arrive pas à s'acquitter de ses obligations financières plusieurs choix se présentent à lui : les districts rembourseront les dettes de l'institution, commercialiseront l'hôpital, ou le fermeront seulement si cela a un impact minimum sur la santé de la population⁵⁰.

Ces paliers de gouvernement sont responsables de maintenir un investissement de capitaux adéquats et d'assumer plusieurs tâches régulatrices. En raison d'un manque de communication entre les instances administratives, le gouvernement provincial a des attentes de volume envers les fournisseurs de soins qui ne sont pas en concordance avec le financement offerts par le NFZ⁵¹. Ce phénomène encourage les fournisseurs de soins (hôpitaux, groupes de médecine, cliniques publiques et privées, etc.) à emprunter impunément. Pour plusieurs, la privatisation de certaines institutions publiques permettrait une diminution du déficit des districts. Aujourd'hui, environ un hôpital sur cinq est privatisé.

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ *Ibid.*, p. 20.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 21.

⁵⁰ *Idem.*

⁵¹ *Ibid.*, p.22.

3.2 Corruption, inefficacité et équité

Un des principaux problèmes de la Pologne est le sous-financement de son système de santé. Ce dernier a pour conséquence de créer de longues listes d'attente dans plusieurs domaines de la santé⁵². À ce titre, il est possible de dénoter aussi des inefficacités structurelles qui encouragent les citoyens polonais à payer informellement les médecins pour contourner les listes d'attente. Certains médecins tiennent des consultations privées tout en ayant la possibilité d'arranger les rendez-vous à l'hôpital public pour les chirurgies dans des délais réduits. Plusieurs statistiques prouvent que la Pologne a une piètre image en ce qui concerne la corruption et la bonne gouvernance. Selon un sondage public, 87 % des répondants ont affirmé que la corruption était un problème majeur⁵³.

De plus, la nouvelle loi sur le remboursement des médicaments (*The Act on Reimbursement of medicines*) adopté en 2011 était destinée à réduire les dépenses du gouvernement. Or, elle a aussi eu pour effet de diminuer l'accessibilité des soins aux plus pauvres. En effet, les médicaments coûtent maintenant plus chers au citoyen polonais. Les paiements déboursés à même les ressources financières des citoyens polonais pour se procurer des soins dans des institutions privées continuent à augmenter et environ 50 % des familles appartenant au dernier quintile de la richesse sont incapables de se procurer les médicaments prescrits par le médecin⁵⁴.

3.3 Contrôle de la dette et hôpitaux académiques

Le vieillissement des hôpitaux publics devient un problème épineux pour le gouvernement polonais. Rénover les bâtiments et acheter du nouvel équipement coûteront cher à l'avenir. Ce problème affecte, plus précisément, les hôpitaux universitaires qui ont de la difficulté à assumer leur responsabilité de propriétaire et de gestionnaire parce qu'ils maintiennent une multitude d'activités de recherches

⁵² Bouhol, Hervé. et Al. *Improving the health-care system in poland. Economic department working paper* no. 957. Organisation de Coopération et de développement économiques, 10 Mai 2012, p. 19.

⁵³ *Ibid.*, p. 20.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 21.

scientifiques simultanément⁵⁵. Selon l'OCDE, il manque des compétences en gestion dans les établissements de santé universitaires⁵⁶.

De plus, les hôpitaux universitaires ont plus de difficulté à payer leur dette en raison du fait que ces derniers traitent des cas plus complexes qui nécessitent des traitements coûteux. De plus, les difficultés financières sont aussi attribuables à l'indépendance des départements médicaux au sein de l'hôpital⁵⁷. Pour régler ce problème, le gouvernement a implanté en 2008 le système DRG (diagnosis-related group) pour lier les prix de remboursement des activités médicales aux diagnostics⁵⁸.

IV. Mobilité des patients et marché voisin

En raison du contexte européen, la mobilité des patients et l'augmentation du rôle de l'Union européenne dans les politiques liées à la santé sont des facteurs déterminants qui doivent être calculés dans notre offre de service. Les principes de solidarité et de libéralisme économique sont toujours en opposition. Cette dichotomie se concrétise aussi dans le débat sur la mobilité des patients entre les États membres. Certains pays se sont dotés de politiques pour faciliter l'offre des soins dans d'autres États membres lorsque les soins ne sont pas disponibles dans leur État après un certain délai.

4.1 Mobilité des patients

Depuis 2011, une nouvelle directive de la Commission européenne concernant la mobilité des patients entre États membres a été inscrite dans la loi européenne. Cette directive de la Cour européenne de justice stipule que, lorsque des soins sont offerts contre une rémunération, ces derniers constituent une activité économique. De plus, la Cour a jugé que d'empêcher le remboursement de soins de santé dans un autre pays sans que le patient ait eu l'autorisation de son propre système de sécurité sociale était en réalité un obstacle à la liberté de mouvement, ce qui peut être justifié pour les soins hospitaliers,

⁵⁵ *Ibid.*, p.31.

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ *Idem.*

⁵⁸ *Idem.*

mais pas pour les soins ambulatoires⁵⁹. Les États membres ont jusqu'en 2013 pour inclure cette directive dans leur législation nationale. Toutefois, la Commission européenne a simulé avec des groupes de travail de plusieurs pays des cas de patients qui devraient se faire soigner à l'étranger et plusieurs tensions sont apparues dans des discours fictifs⁶⁰. Deux visions se sont affrontées. La première soutient que le patient doit obtenir des soins selon des standards établis par le pays hôte du patient qui est à la recherche de soins à l'étranger pour être remboursé tandis que la deuxième suggère que ceux qui offrent des soins ne modifieront pas leurs pratiques ni leurs standards. Malgré tout, il est possible de prévoir dans les prochaines années que la Pologne puisse recevoir un plus grand nombre de patients étrangers venant de régions où il y a une affinité culturelle et de courtes distances à parcourir avec ses régions frontalières⁶¹. À ce titre, il serait intéressant de fouiller davantage les besoins et les initiatives des gouvernements des pays voisins à la Pologne. Nous examinerons le cas de la Fédération russe comme marché potentiel.

4.2 Marché voisin : la Russie

La Fédération russe est un marché potentiel que le MMI pourrait exploiter en offrant des services de fertilisation *in vitro* et des soins prénataux. La Russie compte presque 143 millions d'individus et affiche un taux de fécondité qui est parmi les plus bas des pays de l'OCDE. Selon l'OCDE, le taux de fécondité russe n'atteint pas le seuil de la reproduction minimum de 2.1 en 2010⁶². À première vue, les services du MMI des cliniques de fertilité d'*in vitro* pourraient être bien exportés en Russie. En dressant un portrait du développement des technologies de reproduction assistées (TRA) dans la Fédération russe nous expliquerons pourquoi le MMI devrait, à long terme, investir des ressources dans ce pays.

⁵⁹ Baeten, Rita et Elisabeth Jelfs. *Simulation on the EU cross-border care directive*. European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, Vol 18, No.3, 2012, p. 19.

⁶⁰ *Idem.*, p.20.

⁶¹ Palm, Willy et Irene A. Glinos. « Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination » in *Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, P. 538.

⁶² OECD library. *Country statistical profile: Russian Federation*. [En ligne]. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-russian-federation_20752288-table-rus (page consultée le 18 novembre 2012)

Les TRA se sont développés en Russie à la fin des années 1980 et ont commencé à être utilisés de façon intensive seulement pour les traitements de fertilisation à partir des années 2000⁶³. En 2003, le pays compte environ une cinquantaine de cliniques qui offre des services d'assistance à la reproduction, dont une trentaine à Moscou⁶⁴. De plus, durant la même période, 11 000 procédures d'*in vitro* ont eu lieu à travers le pays⁶⁵. Selon le ministère de la Santé, une femme mariée sur six en âge de se reproduire ne peut pas concevoir d'enfants sans intervention médicale. Pour diminuer les effets négatifs de ce problème, le gouvernement russe finance certains couples pour obtenir des traitements de fertilité. Le ministère de la Santé russe a pensé offrir ce traitement gratuitement pour environ 25 à 30 000 couples dès les prochaines années⁶⁶. Or, pour atteindre cet objectif, la Russie devrait se doter d'environ deux à trois fois plus de cliniques de reproduction assistée qu'elle en possède déjà⁶⁷. De plus, au mois d'octobre 2012, le ministère de la Santé a annoncé que toutes les femmes russes auraient accès à une assurance de l'État pour recevoir des traitements de fertilité *in vitro*, et ce, à partir du premier janvier 2013⁶⁸. Tous ces facteurs réunis mettent en place d'excellentes conditions pour une intervention du MMI en Russie dans les années futures.

V. Recommandations

Pour établir un centre d'excellence en Pologne, le MMI devra se concentrer sur quelques aspects précis de son offre de service. En partenariat, la faculté de médecine de l'Université McGill et l'Université médicale de Varsovie pourront travailler ensemble pour améliorer leurs pratiques médicales et partager leurs connaissances dans le domaine des traitements *in vitro*. Ainsi, les experts polonais et québécois doivent travailler en collaboration pour faciliter l'innovation qui profitera tant au CUSM qu'à l'Université médicale de Varsovie. Un gain unilatéral ne permettrait pas de remplir les objectifs d'un partenariat entre acteurs égaux. La Pologne est un pays, malgré ses problèmes, qui

⁶³ Brednikova, Olga et Al. «Assisted reproduction in Russia : legal regulations and public debates» in *Making Bodies, Persons and Families*. Edited by Willemijn de Jong and Olga Tkach, Zurich, 2009, p. 43.

⁶⁴ *Idem*.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 44.

⁶⁶ *Idem*.

⁶⁷ *Idem*.

⁶⁸ Russian women to have free access to IVF through state insurance.[En ligne]. <http://rushealthnews.wordpress.com/2012/10/31/weekly-digest-10-24-10-30-state-funded-ivf-in-russia-social-networking-and-internet-upgrades/> (page consultée le 18 novembre 2012)

possèdent beaucoup de chercheurs renommés qui peuvent aussi être utiles à l'Université McGill pour générer de l'innovation. C'est pourquoi nos recommandations détaillent les modalités d'un partenariat qui permet d'innover, mais aussi ciblent des domaines d'interventions pour une offre de service qui va au-delà des besoins du client, notamment (dans le type de partenariat), dans le domaine de la cybersanté, de l'amélioration (des services ambulatoires et) des processus médicaux et des groupes homogènes de diagnostics.

5.1 Le type de partenariat

Selon Davis et Eisenhardt, la littérature suggère qu'il existe plusieurs mécanismes qui soutiennent la création d'innovation à travers la collaboration⁶⁹. Pour qu'une telle alliance entre deux organisations crée de l'innovation, les deux acteurs doivent être interdépendants et apprendre l'un et de l'autre.

The implication is that learning from each other probably makes activating relevant capabilities more likely. In a study of relationships between garment firms, Uzzi (1997) found that when partners have trusting, prior interactions, they are more likely to exchange finegrained information and engage in complex problem solving that may activate their distinct capabilities.⁷⁰

Davis et Eisenhardt soutiennent que la confiance est un élément important d'un bon partenariat. En effet, selon eux, l'alternance du contrôle et de la prise de décision peut aussi mener un projet à terme tout en répondant davantage aux besoins locaux⁷¹. De plus, la rotation de la direction d'un projet permet de mobiliser plus de ressources et faire appel à un plus grand nombre de contacts. Bien que les processus de direction varient grandement dans les organisations, celles qui utilisent un processus rotatif de direction ont tendance à démontrer une plus grande performance à l'innovation que les processus de direction dominants ou par consensus⁷². Un processus de direction en alternance comprend trois éléments : une rotation du contrôle de la prise de décision entre les

⁶⁹ Davis, Jason P. et Kathleen Eisenhardt. « Rotating Leadership and collaborative innovation : Recombination process in symbiotic relationships » in *Administrative Science Quarterly*. Vol. 56, No. 2, pp. 161.

⁷⁰ *Ibid.*, p.162.

⁷¹ *Ibid.*, p. 163.

⁷² *Ibid.*, p. 169.

partenaires, des objectifs en zigzag pour développer une trajectoire de recherche⁷³ et la mobilisation de différents réseaux de participants durant le projet⁷⁴. Ce partage de contrôle permet donc l'implication de réseaux d'acteurs plus vastes, favorise la confiance et donc l'implication des organisations à mettre leurs ressources en commun pour favoriser l'innovation.

Pour atteindre cet objectif, le MMI devra diversifier son offre de service et être prêt à s'engager dans une collaboration intense avec l'Université médicale de Varsovie. Selon la division des technologies de communication pour la santé de la Commission européenne, les politiques du gouvernement polonais visent à amoindrir les difficultés liées aux problèmes démographiques (bas taux de naissance et vieillissement de la population), réduire la dette des hôpitaux, restructurer certains processus, trouver de nouvelles sources de financement et optimiser le système d'assurance santé⁷⁵. L'implication de McGill dans le domaine de la santé des femmes en Pologne ne doit pas être l'unique force motrice du projet; nous devons élargir nos réseaux d'acteurs impliqués pour que le CUSM puisse aussi profiter de ce partenariat.

En nous basant sur des documents de la Commission européenne et du ministère de la Santé polonais, on constate que les technologies de l'information, l'amélioration des processus et les habiletés de management des gestionnaires des hôpitaux sont au cœur des priorités gouvernementales polonaises. Pour établir un centre d'excellence, nous recommanderons un *modus operandi* sur lequel l'Université McGill pourra se baser pour partager de façon régulière les connaissances entre la faculté de médecine de McGill et celle de l'Université médicale de Varsovie. Lorsque le MMI sera approché par des gouvernements ou des organisations à la recherche de conseils, nous devrions avoir une position pro active qui ira au-delà des besoins exprimés par le ministère de la Santé polonais. Nous analyserons donc l'état de la situation concernant la cybersanté en Europe et en Pologne, les soins ambulatoires, l'amélioration des processus et les groupes homogènes de diagnostics.

⁷³ Selon Davis et Eisenhardt, une trajectoire de recherche fait référence à une reconstitution du savoir actuel, de technologie ou de savoir pour promouvoir l'innovation. *Ibid.*, p. 162.

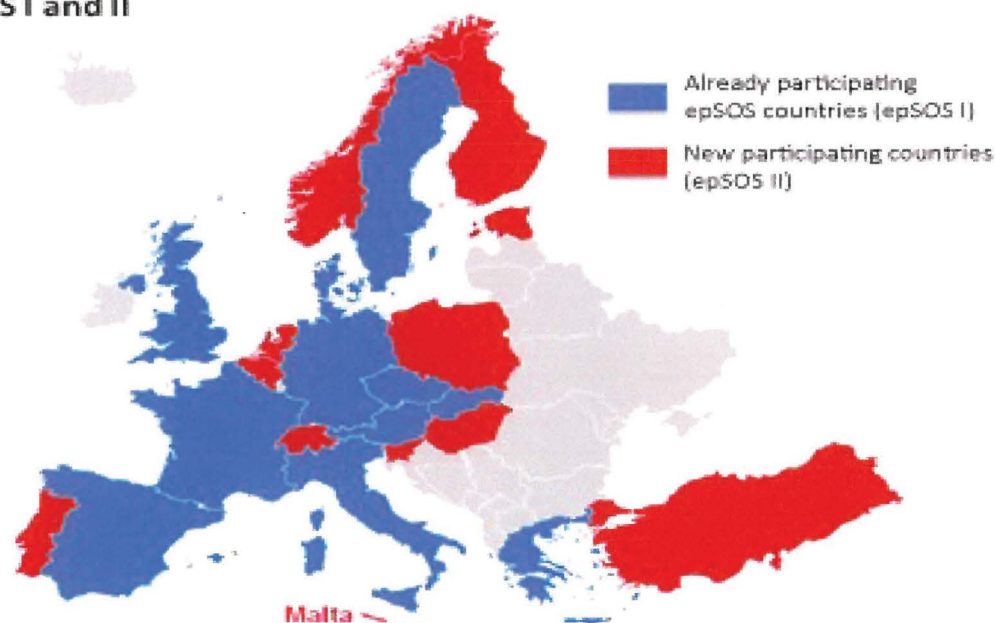
⁷⁴ *Idem.*

⁷⁵ Turowiec, A. et Al. *eHealth strategy, Country in brief : Poland*. European Commission, DG Information Society and Media, ICT for Health Unit. Bruxelles, Octobre, 2010, p. 12.

5.2 Cybersanté en Europe et en Pologne

Dans la première moitié de la décennie, la Commission européenne a mis en place un programme de dossier médical paneuropéen par une politique qui s'intitule ep-SOS (*European patients smart open services*). Dans la première phase de cette politique, ep-SOS avait pour but de tester les soins transnationaux notamment dans la création d'un dossier médical européen et dans l'utilisation de prescriptions électroniques transnationales en France, en Espagne, en Italie et dans plusieurs autres pays de l'Europe de l'Ouest⁷⁶. Lors de l'implantation de la deuxième phase de ce projet pilote, le nombre de pays participants a augmenté considérablement.

epSOS I and II



Cette deuxième phase du projet implique l'intégration des services d'urgence 112 pour que les équipes médicales des pays membres puissent avoir accès aux dossiers médicaux des patients venant d'un autre État membre⁷⁷. De plus, ep-SOS II analyserait la possibilité de créer une carte de santé européenne pour que le citoyen européen détienne son dossier médical. Cette carte permet l'identification du patient lorsqu'il a besoin de soin, facilite

⁷⁶ Ep-SOS. *Futures services*. [En ligne]. <http://www.epsos.eu/home/about-epsos.html> (page consultée le 7 novembre 2012)

⁷⁷ *Idem*.

les remboursements et diminue les lourdeurs bureaucratiques⁷⁸. Finalement, lors de cette deuxième phase du projet pilote, les patients auront accès à leur propre dossier médical⁷⁹. Le gouvernement polonais, soutenu par une initiative de la Commission européenne, a entamé l'informatisation de son système de santé. Depuis la publication du plan national annuel d'informatisation de la santé 2010-2015 (*Plan informatyzacji e-Zdrowie na lata 2010-2015*), le gouvernement polonais a mis en place plusieurs stratégies pour améliorer l'offre de soins de santé. Ce plan s'insère dans l'objectif d'uniformiser certaines informations et outils à l'échelle européenne de la cybersanté. D'abord, cette politique a pour but de faciliter l'accès à l'information médicale pour les citoyens, d'améliorer l'efficacité du système de santé polonais à partir de base de données informatisée et finalement, d'utiliser les technologies informatiques et de communication en lien avec les recommandations de la Commission européenne dans le développement d'un dossier médical électronique paneuropéen⁸⁰.

Pour mettre en place cette politique de cybersanté, plusieurs institutions régionales se concentrent sur le transfert de technologie au niveau national, notamment le *Krakow center of Telemedicine*, le *Center of Innovation, le Technology transfer and University Development* à *Jagiellonian University* et le *Silesian Center of Advanced Technology*⁸¹. En 2009, la région de *Wielkopolska* (Voïvodie de Grande-Pologne) a commencé un programme de cyber prescription pour informer les patients des coûts de traitement et transférer certaines informations médicales aux pharmaciens. À travers ces initiatives, le NFZ espère sauver de l'argent et du temps⁸². La phase initiale de epSOS pilote démontre toutefois que d'importants investissements sont nécessaires pour se procurer l'équipement et aménager les infrastructures essentielles au projet.

Le MMI et le CeCot (Centre d'expertise et de coordination de la télésanté) du CUSM situé à l'Hôpital pour enfant pourrait offrir certains conseils dans le domaine de la cybersanté. En outre, la Pologne serait aussi en mesure de partager son expérience concernant la mise en place du projet pilote Ep-SOS. Le Québec et le Canada pourraient grandement bénéficier de telles initiatives. Il pourrait être avantageux pour les touristes,

⁷⁸ *Idem.*

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ *Ibid.*, p. 15.

⁸¹ *Ibid.*, p.18.

⁸² *Ibid.*, p. 21.

les voyageurs et les travailleurs venus d'autres provinces d'avoir un accès rapide à leurs dossiers médicaux et à leurs prescriptions.

En termes de gouvernance informatique, en créant 38 millions de dossiers médicaux électroniques accessibles dans les autres États membres, la Pologne est aux prises avec plusieurs problèmes de confidentialité et de sécurité. Or, le département des finances du CUSM qui gère la division informatique avec Jean Huot a signé une entente avec IBM pour créer une base de données privée virtuelle pour améliorer l'accès aux dossiers médicaux pour les cliniciens. Le MMI, le CUSM et le ministère de la Santé polonais gagneraient à partager les différentes méthodes qu'ils développent pour assurer la confidentialité des dossiers médicaux et leur accessibilité. La collaboration entre nos équipes d'informaticiens et l'équipe d'évaluation de la technologie polonaise (AOTM : *Agencja Oceny Technologii Medycznych*) pourrait se concrétiser par des échanges, des voyages d'observations ou même par l'implantation de mesures pilotes au niveau québécois. Selon, le rapport de l'Observatoire européen pour la santé, la collaboration internationale a toujours été importante pour l'AOTM. Cette équipe d'analystes collabore en ce moment à un niveau européen au projet *European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) joint Action 2010–2012*, pour développer des outils informatiques et une stratégie paneuropéenne qui pourraient être utiles au Québec ⁸³.

5.3 Amélioration des processus médicaux

En 2009, il y avait en Pologne 16 200 entités thérapeutiques qui fournissaient des soins ambulatoires financés par les fonds de l'État⁸⁴. De ce nombre, 18.2 % sont des entités publiques et 81.8 % sont des entités privées⁸⁵. Dans un contexte financier serré, les fournisseurs de soins de santé doivent trouver des moyens de diminuer leurs dépenses sans affecter la qualité des soins. Selon un rapport de l'OCDE datant du mois de mai 2012, l'amélioration de la qualité du système de santé polonais passe par le perfectionnement des processus médicaux. Selon une des recommandations de ce rapport, la Pologne devrait :

⁸³ The European observatory on Health systems and policies. *Health systems in transition...*, p 33.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 126.

⁸⁵ *Idem.*

Avoid labour shortages in the health-care sector by: training more staff; improving retention, particularly through better management policies and delaying retirement; enhancing re-integration in the health workforce of those who have left it; adopting a more efficient skill mix by enhancing the role of advanced practice nurses and physicians' assistants; improving productivity, in particular by linking pay to performance; and developing targeted immigration policies⁸⁶.

Selon ces recommandations, les hôpitaux polonais doivent améliorer les conditions de leurs professionnels de la santé tout en créant un meilleur environnement pour offrir des soins.

Pour répondre à ce problème, l'Université médicale de Varsovie et l'Université McGill devraient collaborer sur des projets tels que le T-Cab (*Transforming care at bed side*). Ce programme qui a été mis au point en collaboration avec le département des soins infirmiers du CUSM a été implanté dans 5 départements à titre de projet pilote et sera implanté dans 3 autres unités. L'expérience québécoise démontre une augmentation de l'efficacité des professionnels dans un contexte semblable, c'est-à-dire une population vieillissante, une augmentation des maladies chroniques, un investissement limité de la part du gouvernement, une augmentation des attentes des malades et finalement, une pénurie d'infirmières. L'étude du département des soins infirmiers démontre aussi qu'en réorganisant les activités des infirmières et l'environnement de travail, ces dernières passeront plus de temps à offrir des soins au chevet du patient. En somme, ce projet pilote est particulier aux hôpitaux universitaires de McGill parce qu'il avait un objectif unique : comprendre l'expérience du patient hospitalisé à travers leur vision et celles de leurs familles en les impliquant dans la réorganisation des soins⁸⁷.

En Pologne l'amélioration de la qualité des soins a été l'objet d'efforts continus. Lors de la négociation de ses contrats, le NFZ accorde davantage de points aux entités qui adoptent les normes d'accréditation ISO9001⁸⁸. De plus, la Pologne participe, en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé (région Europe), à une multitude d'initiatives et de programmes sur l'amélioration de la qualité des soins. Par exemple, les hôpitaux polonais participent au programme PATH (Performance and assessment tool for

⁸⁶ Bouhol, Hervé. et Al. *Improving the health-care ...*, p. 35.

⁸⁷ Centre universitaire de santé McGill. Power point : *Amélioration de la qualité des soins et du milieu de vie au travail par le biais de projets novateurs en soins infirmiers*. SIIDIEF, 5e congrès mondial, Genève, 24 mai 2012.

⁸⁸ The European observatory on Health systems and policies. *Health systems in transition...*, p. 173.

quality improvement in hospital). Ce programme a été conçu par l'OMS pour aider les hôpitaux à définir leurs stratégies pour améliorer les soins⁸⁹. Les outils mis en place par PATH servent à mesurer la performance des hôpitaux pour qu'ils comprennent leurs forces et leurs faiblesses⁹⁰. En participant à ce projet, les hôpitaux polonais ont rejoint un réseau d'hôpitaux qui partage certaines valeurs de transparence et de collaboration dans un objectif d'amélioration continue. Les outils offerts par PATH n'ont pas pour but de punir les hôpitaux qui ont des faiblesses dans leur gestion. Selon le *Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia* (le centre avec lequel l'OMS collabore pour développer la qualité et la sécurité dans le système de santé en Pologne), PATH a été une des premières initiatives au niveau national pour colliger des données sur la performance des hôpitaux, sur une base volontaire et ce, dans un objectif d'amélioration continue⁹¹.

Enfin, les outils de PATH offrent une opportunité d'étalonnage international qui pourrait profiter au CUSM. En outre, les outils d'amélioration des processus médicaux qu'a développés le CUSM pourraient aussi être utiles aux hôpitaux polonais. Il en résulte que l'Université médicale de Varsovie et le CUSM gagneraient à échanger leurs connaissances et leurs projets pilotes dans ce domaine.

5.4 Groupes homogènes de diagnostics (DRG)

Depuis que le Congrès américain a adopté en 1983 le système de Groupes homogènes de diagnostics (DRG) pour payer les hôpitaux contre leurs services aux patients, le paiement de groupes homogènes de diagnostics est devenu le principal moyen de rembourser les hôpitaux dans la plupart des pays industrialisés⁹². Le nouveau paradigme de recherche du système DRG doit prendre en compte les facteurs qui font varier les coûts et qui sont hors de contrôle des gestionnaires des hôpitaux. Par exemple, l'âge des patients, le diagnostic, les variations géographiques, le traitement et le coût par unité de

⁸⁹ World Health organization Europe regional office. *Public. What is PATH ? : PATH – The performance assessment tool for quality improvement in hospitals*. [En ligne].

http://www.pathqualityproject.eu/what_is_path.html (page consultée le 12 novembre 2012)

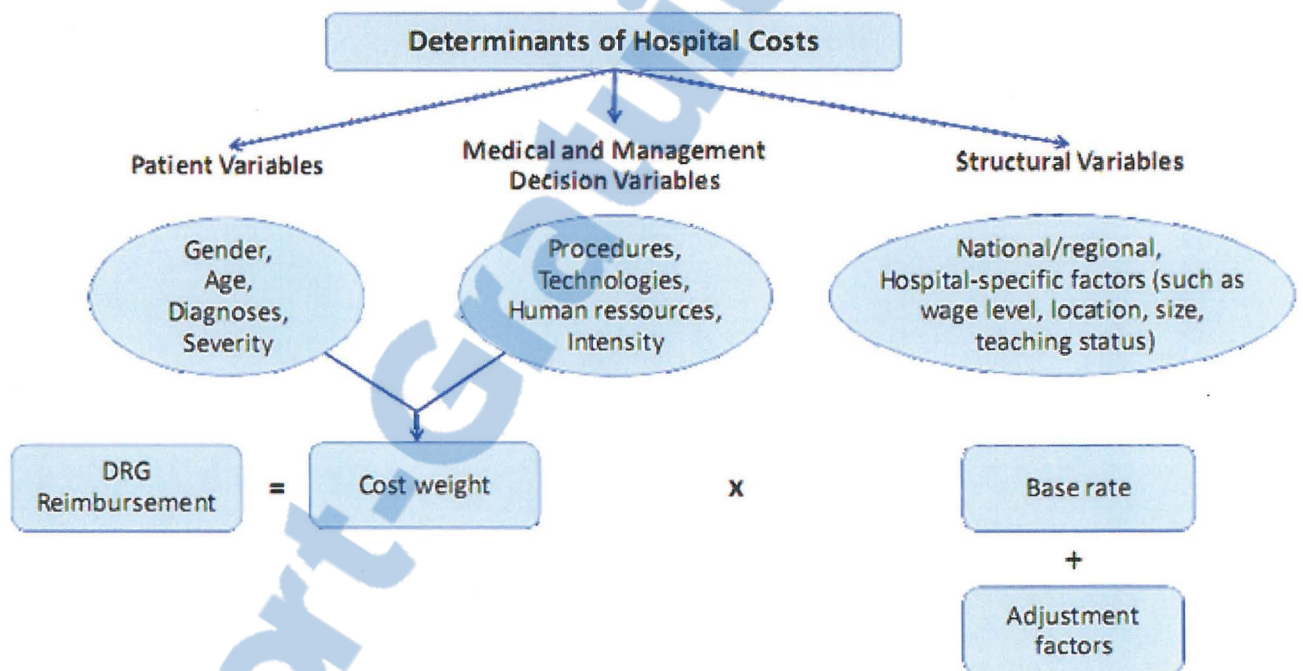
⁹⁰ Veillard, Jeremy et Al.. *The performance assessment tool for quality improvement in hospitals*. World Health Organisation regional office for Europe, Copenhagen, Vol. 3, Mars 2008 , p. 4. *Idem*.

⁹¹ *Idem*.

⁹² Scheller-Kreinsen, David et Al. « The ABC of DRGs » in *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*. Hiver 2009, Vol. No.4, p. 1.

ressources humaines ou de technologie sont des facteurs qui expliquent les différences de coûts entre les systèmes DRG⁹³. En somme, le schéma 1 montre que les tendances de traitement hétérogène jouent un moins grand rôle dans les variations de coûts lors d'un épisode de soin que les éléments structurels. Le CUSM qui est à la fois en contexte de restriction budgétaire et de redéploiement pourrait bénéficier d'une collaboration dans ce domaine.

Schéma 1 : Les variables des coûts dans les hôpitaux.⁹⁴



Concernant les DRG, le NFZ fait partie d'un consortium de 12 pays européens qui collaborent sur un projet de système DRG paneuropéen, le EuroDRG⁹⁵. Ce projet s'inscrit dans une tentative d'harmoniser les différents systèmes DRG en Europe et de comprendre les variables qui altèrent les coûts de fonctionnement des hôpitaux. Les motifs qui poussent une administration nationale à implanter un tel système diffèrent pour chaque État membre de l'UE. Dans une majorité de pays européens, la mise en place d'un tel système a pour objectif de contrôler les dépenses de l'État et de récompenser les hôpitaux

⁹³ *Idem.*

⁹⁴ EuroDRG : Diagnosis-Related groups in Europe : Towards Efficiency and Quality [En ligne]. <http://www.eurodr.org/consortium.html>. (page consultée le 12 novembre 2012)

⁹⁵ EuroDRG : Diagnosis-Related groups in Europe : Towards Efficiency and Quality [En ligne]. <http://www.eurodr.org/consortium.html>. (page consultée le 12 novembre 2012)

performants⁹⁶. La Pologne a établi un système DRG en 2008. Après quatre ans d'utilisation, le MMI devrait être en mesure d'évaluer le système DRG polonais et de collaborer avec l'Université médicale de Varsovie en ce qui concerne la mise en application de son système.

Conclusion

L'intervention que le MMI prépare en Pologne nous semble pertinente. Bien que de nombreux problèmes ont été soulevés dans l'analyse du contexte politique, culturel et social, les opportunités sont nombreuses pour aider le gouvernement polonais dans sa mission d'augmenter le taux de fertilité. Pour démarrer ce projet, un partenariat solide entre l'Université médicale de Varsovie et la faculté de médecine de l'Université McGill est primordial comme en témoignent les lettres d'intention échangées entre les deux institutions. Pour créer ce partenariat, le MMI devra faire preuve d'innovations et laisser la direction à ses homologues polonais pour créer un environnement qui permettra le foisonnement des innovations entre les deux institutions.

Le contexte européen est propice pour mettre en place une initiative comme celle que le MMI se propose de démarrer avec l'Université médicale de Varsovie et le gouvernement polonais. L'UE est très engagée en Pologne et plusieurs groupes de travail polonais sont impliqués dans une multitude d'initiatives qui pourraient profiter aux CUSM. Même si la jurisprudence opaque de la CEJ peut nous laisser présager des difficultés potentielles, l'Union européenne comme entité commence tout juste à s'intéresser au domaine de la santé. Le MMI devrait profiter de cet intérêt que l'Union européenne a pour ce domaine pour s'installer en Europe.

Le réflexe que le MMI doit développer lorsqu'il est approché par un gouvernement est d'aller au-delà du cadre de son mandat initial. Pour cette raison nous avons fait des recommandations en ce qui concerne la cybersanté, l'amélioration des processus médicaux et les DRG. En investissant conjointement avec les équipes de travail

⁹⁶ Street, Andrew et Al. « Determinants of hospitals costs and performance variation : methods, models and variables for the EuroDRG project » in *Working papers in Health Policy and Management*. Hareausgeber der Schriftenreihe, Mai 2010, Vol. 3 p.1.

polonaises qui sont soutenues par des initiatives européennes, le MMI pourra contribuer à améliorer le système de santé polonais.

Bibliographie

BAETEN, Rita et Elisabeth JELFS. *Simulation on the EU cross-border care directive*. European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, Vol 18, No.3, 2012, pp. 18-20.

BATTAM, Samantha and Al. « 'The EU's role in global health and the WHO reform; between health and foreign policy'. Paper presented at the Lisbon Erasmus Academic Network workshop: *EU external representation in international contexts: reform practices after Lisbon*, 21-21 February 2012, The Hague: Clingendael Institute, 18 p.

BRENDNIKOVA, Olga et Al. «Assisted reproduction in Russia : legal regulations and public debates' in *Making Bodies, Persons and Families*. Edited by Willemijn de Jong and Olga Tkach, Zurich, 2009, pp. 43-94.

BOUHOL, HERVÉ. et Al. *Improving the health-care system in poland*. Economic department working paper no. 957. Organisation de Coopération et de développement économiques, 10 Mai 2012, 41 p.

BJÖRNBERG, Arne. Health Consumer Index 2012 Report. Health and Consumer Powerhouse AB, 2012, 81 p.

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL. Power point : *Amélioration de la qualité des soins et du milieu de vie au travail par le biais de projets novateurs en soins infirmiers*. SIIDIEF, 5e congrès mondial, Genève, 24 mai 2012.

DAVIS, Jason P. et Kathleen EISENHARDT. « Rotating Leadership and collaborative innovation : Recombination process in symbiotic relationships » in *Administrative Science Quarterly*. Vol. 56, No. 2, pp. 159-201.

DOROTA Sanocka et Maciej KURPISZ. «Infertility in Poland – present status, reasons and prognosis as a reflection of Central and Eastern Europe problems with reproduction » in *Med Sci Monit*, 2003; Vol. 9, No. 3, pp.16-20.

FRONCZAK, Adam. *Republic of Poland : Permanent mission to the United Nation. Commission on Population and Development*. New-York, 2011, 4 pp. 56-66.

GREER, Scott L. et Bart VANHERCKE . « The hard politics of soft law : the case of health » in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp. 186- 230.

HEINEIN, Jacqueline et Stéphane PORTET. « Reproductive right in Poland : when politicians fear the wrath of the Church» in *Third World Quarterly*. Vol. 31. , No 6., 2010, pp 1007-1021.

HOLUBEC, Stanislav et Gavin RAE. «A conservative convergence? The differences and similarities of the conservative right in the Czech Republic and Poland» in *Contemporary Politics*, 2010, Vol.16, No.2, p.189-207

HERVEY, Tamara et Bart VANHERCKE. « Health care and the EU : the law and policy patchwork » in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp. 134-185.

LEAR, Julia et Al. « EU Competition law and health policy in *Health systems Governance* » in *Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp. 337-378.

MISHTAL, Joanna. « Neoliberal reforms and privatisation of reproductive health services in post-socialist Poland » in *Reproductive Health Matters*. 2010, vol. 18, no. 36, pp. 56-5

MISHTAL, Joanna. « Irrational non-reproduction? The 'dying nation' and the postsocialist logics of declining motherhood in Poland » in *Anthropology & Medecine*. Vol. 19, No. 2, Août 2012, pp. 153- 169.

MOSSOLIOS, Elias and Al. «Health systems governance in Europe : the role of European Union law and policy » in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp 1- 83.

PALM, Willy et Irene A. GLINOS. « Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination » in *Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp. 509-560.

PROSSER, Tony. « EU competition law and public services » in *Health systems Governance in Europe : The role of European Union law and Policy*. New York, Cambridge University Press, 2010, pp.315- 336.

Regional Committee for Europe. *Health 2020 : An European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. World Health Organisation, Regional office of Europe, Copenhaguen, septembre 2012, 12 p.

RICH, Vera. « Poland's anti-abortion law and a fertility clinic » in *The Lancet*. Vol. 345, No. 8964, Juin 1995, p. 1563.

SCHELLER-KREINSEN, David et Al. « The ABC of DRGs » in *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*. Hiver 2009, Vol. No.4, pp. 1-4

STREET, Andrew et Al. « Determinants of hospitals costs and performance variation : methods, models and variables for the EuroDRG project » in *Working papers in Health Policy and Management*. Hareausgeber der Schriftenreihe, Mai 2010, Vol. 3, 48 p.

The European observatory on Health systems and policies. *Health systems in transition : Poland*. WHO Regional office for Europe, Copenhaguen, 2011, 149 p.

THOMPSON, Steeve J. « The perils of partnering in developing markets » in *Harvard Business Review*, June 2012, pp. 23-25.

TUROWIEC, A. et Al. *eHealth strategy, Country in brief : Poland*. European Commission, DG Information Society and Media, ICT for Health Unit. Bruxelles, Octobre 2010, 35 p.

VEILLARD, Jeremy et Al. *The performance assessment tool for quality improvement in hospitals*. World Health Organisation regional office for Europe, Copenhagen, Vol. 3, Mars 2008, 22 p.

Ressources en ligne :

OECD library. *Country statistical profile: Russian Federation*. [En ligne].
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-russian-federation_20752288-table-rus (page consultée le 18 novembre 2012)

World Health organization Europe regional office. Public. What is PATH ? : PATH – The performance assessment tool for quality improvement in hospitals. [En ligne].
http://www.pathqualityproject.eu/what_is_path.html (page consultée le 12 novembre 2012)

Poland to start IVF treatment. Agence de Presse REUTERS [En ligne].
<http://in.reuters.com/article/2012/10/22/us-poland-fertility-idINBRE89L1BJ20121022>
(page consultée le 14 novembre 2012)

Russian women to have free access to IVF through state insurance. [En ligne].
<http://rushealthnews.wordpress.com/2012/10/31/weekly-digest-10-24-10-30-state-funded-ivf-in-russia-social-networking-and-internet-upgrades/> (page consultée le 18 novembre 2012)

EuroDRG : Diagnosis-Related groups in Europe : Towards Efficiency and Quality [En ligne]. <http://www.eurodrg.eu/consortium.html>. (page consultée le 12 novembre 2012)

Annexe I du rapport

A PROJECT CHECKLIST: How Johns Hopkins Sizes Up International Risk		
Evaluating the Opportunity <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assess the potential partner's willingness to commit resources <input type="checkbox"/> Assess regional constraints—the regulatory environment, infrastructure, and so on <input type="checkbox"/> Work with the partner on a project plan and a business plan <input type="checkbox"/> Ensure that the partner has a clear understanding of and realistic expectations for the project 	Getting Up To Speed <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Engage experts from Hopkins to hire key personnel and to design processes <input type="checkbox"/> Establish training and mentoring programs for local managers and professionals <input type="checkbox"/> Set up clinical, operations, and financial performance metrics <input type="checkbox"/> Establish quality, safety, and efficiency processes <input type="checkbox"/> Set a timeline for accreditation 	Operating Over Time <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stabilize processes and create feedback loops <input type="checkbox"/> Transfer more responsibilities to local managers <input type="checkbox"/> Establish local education and recruitment pipelines <input type="checkbox"/> Establish regional marketing programs <input type="checkbox"/> Consider new initiatives and expansion
If There Are Signs of Trouble:		
<p>If your concerns are modest, propose a smaller, months-long pilot consulting project</p> <p>If your concerns are serious, walk away</p>	<p>Look for cultural mismatches and adapt your processes</p> <p>Increase the number of Hopkins and other expat professionals</p> <p>Expand support to local managers</p> <p>If problems are significant, revisit strategic plans and consider replacing management</p> <p>If problems are severe, consider scaling back or killing the project</p>	<p>Strengthen training and mentorship</p> <p>Bring in experts from Hopkins to help solve problems</p> <p>Retool processes that are falling short</p> <p>Reinstate key Hopkins managers if possible</p> <p>Freeze or reduce the scope of activities until problems are solved</p> <p>Set up problem-solving forums with partners in other countries</p>