



PROPOSITION

POUR RELANCER LE

SYSTÈME DE SANTÉ DU QUÉBEC

Mettre les équipes de soins au cœur du système

Une nouvelle vision de l'organisation des soins

Marc Dionne

Août 2026

PREMIÈRE ÉDITION

« La performance d'un système de santé dépend beaucoup moins de la qualité de son administration centrale que de la capacité de milliers d'équipes de soins responsables et bien soutenues à accomplir pleinement leur mission auprès de leur population. »

Avant-propos

Les difficultés auxquelles fait face le système de santé québécois sont largement reconnues. Les citoyens souhaitent un meilleur accès aux soins et des parcours plus fluides. Les professionnels désirent consacrer davantage de temps à leur mission clinique. Les gestionnaires recherchent des organisations plus performantes et les décideurs publics souhaitent améliorer durablement les résultats obtenus par le réseau.

La présente publication propose une lecture différente de ces difficultés.

Elle repose sur une idée simple : les problèmes que connaît actuellement le système ne constituent pas une série de dysfonctionnements indépendants. Ils sont, pour une large part, les manifestations d'une même logique d'organisation et de fonctionnement. Cette conviction constitue le point de départ de la réflexion développée dans les pages qui suivent.

La proposition présentée ici ne vise ni à remettre en question les valeurs fondamentales du système de santé québécois ni à minimiser les progrès réalisés au cours des dernières décennies. Elle reconnaît au contraire la compétence des professionnels, la qualité des établissements, la richesse des innovations déjà présentes dans le réseau et l'engagement des milliers de personnes qui contribuent quotidiennement à la santé de la population.

Son objectif est d'offrir un cadre d'organisation et de fonctionnement susceptible de mieux mobiliser ces forces autour d'une mission commune.

LA PROPOSITION CENTRALE

Les équipes de soins constituent l'unité fondamentale du système de santé.

Lorsque le système est conçu pour leur permettre d'exercer pleinement leur responsabilité auprès de la population, il devient possible d'améliorer simultanément l'accès aux soins, leur continuité, leur qualité, l'expérience des citoyens et la performance globale du système.

Cette publication s'adresse aux décideurs publics, aux gestionnaires, aux professionnels de la santé, aux chercheurs et à tous ceux qui souhaitent participer à l'évolution du système de santé québécois.

Elle constitue une première synthèse d'une réflexion beaucoup plus vaste qui sera développée dans un ouvrage de référence actuellement en préparation.

Pourquoi cette proposition maintenant

J'achevais ma formation médicale en 1970 au moment où le Québec entreprenait, sous l'impulsion de Claude Castonguay, la grande réforme qui allait donner naissance au régime universel d'assurance maladie. Déjà, avec quelques collègues de la Faculté de médecine de l'Université Laval, je m'intéressais moins aux seuls enjeux de la pratique médicale qu'à la façon dont notre système de santé devait être organisé pour mieux répondre aux besoins de la population.

Les décennies qui ont suivi m'ont permis d'observer ce système sous des angles très différents : comme médecin généraliste en cabinet et à l'hôpital, comme responsable médical et gestionnaire, comme dirigeant au ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'Institut national de santé publique du Québec, puis comme chercheur clinicien. Chacune de ces expériences m'a convaincu de la qualité et de l'engagement des personnes qui font vivre notre système, mais aussi de l'importance déterminante de l'organisation dans laquelle elles doivent exercer leur mission.

Cette conviction s'est trouvée renforcée au cours des dernières années. Au terme de mon mandat à l'INSPQ, j'ai souhaité me rapprocher à nouveau de la pratique clinique. Les difficultés rencontrées pour le faire m'ont rappelé combien nos structures peuvent parfois limiter notre capacité d'utiliser autrement les compétences disponibles. J'ai finalement pu poursuivre cette démarche en contribuant à la mise sur pied de la Clinique Recherche Innovation du Centre de recherche du CHU de Québec, où nous expérimentons de nouvelles façons d'offrir des services à des personnes confrontées à des difficultés d'accès et de continuité des soins.

C'est à la lumière de plus de cinquante années passées à observer, pratiquer, administrer et étudier notre système de santé que j'ai entrepris cette réflexion. Elle m'a conduit à une conviction devenue le fil conducteur de cette publication : pour relancer durablement notre système de santé, nous devons d'abord redonner aux équipes de soins la responsabilité, les moyens et le soutien nécessaires pour accomplir pleinement leur mission auprès des citoyens.



14 août 2026

Table des matières

Avant-propos	3
Pourquoi cette proposition maintenant	4
Les cinq idées essentielles	6
Synthèse de la proposition	7
1. Pourquoi devons-nous changer d'approche ?.....	7
2. L'équipe de soins : l'unité de base de notre système de santé....	20
3. Les conditions de réussite des équipes de soins.....	31
4. Une nouvelle architecture du système	39
5. Une stratégie réaliste de transformation.....	52
Conclusion	58
À propos de l'auteur	59
À propos de la préparation de cet ouvrage	60
Bibliographie	60

Les cinq idées essentielles

Le système de santé québécois possède les ressources humaines, les compétences et les infrastructures nécessaires pour devenir l'un des systèmes de santé les plus performants au monde. La prochaine étape consiste moins à créer de nouvelles structures qu'à mieux organiser celles qui existent déjà.

Les difficultés actuelles proviennent largement d'une même logique de fonctionnement du système.

- 01** Les problèmes d'accès, de continuité, de coordination et de performance ne doivent plus être analysés isolément. Ils sont étroitement liés les uns aux autres.

Les équipes de soins doivent devenir l'unité fondamentale du système.

- 02** Les soins sont produits par des équipes. C'est donc autour d'elles que doit désormais être organisée l'ensemble du système.

Chaque citoyen doit pouvoir compter sur une équipe responsable de son parcours de soins.

- 03** La responsabilité populationnelle constitue le fondement d'une organisation moderne des soins.

Toutes les structures du réseau doivent soutenir les équipes de soins.

- 04** Chaque niveau de gouvernance existe pour permettre au niveau suivant de réussir sa mission.

Cette transformation peut être réalisée progressivement.

- 05** Elle s'appuie sur les nombreuses innovations déjà présentes dans le réseau et sur la mobilisation des équipes qui souhaitent participer à cette évolution.

Synthèse de la proposition

Le système de santé québécois possède des forces considérables : des professionnels hautement qualifiés, des établissements et des centres universitaires reconnus, des infrastructures importantes et de nombreuses équipes capables d'innover et d'offrir des soins remarquables. Pourtant, les difficultés d'accès, les ruptures de continuité, la fragmentation des parcours, l'engorgement des urgences, la pression exercée sur les professionnels et la croissance des besoins demeurent des préoccupations constantes. Cette publication propose de regarder ces difficultés sous un angle différent : plutôt que de chercher une solution distincte à chacune d'elles, elle invite à revoir la façon dont les responsabilités sont organisées dans le système.

Pourquoi devons-nous changer d'approche?

Les difficultés actuelles ne sont pas entièrement indépendantes les unes des autres. Un accès insuffisant à la première ligne peut conduire à l'urgence; une continuité déficiente peut entraîner des consultations répétées ou des hospitalisations évitables; des communications difficiles entre professionnels peuvent ralentir les parcours; et le temps consacré par des cliniciens hautement qualifiés à faire fonctionner les mécanismes administratifs est du temps qui n'est plus disponible pour les soins. Le système s'est progressivement organisé autour d'établissements, de programmes, de professions et de mécanismes de gestion sans toujours définir avec la même clarté qui porte la responsabilité du citoyen et de son parcours. Notre hypothèse est qu'une meilleure organisation et une responsabilité plus clairement attribuée peuvent permettre de tirer davantage parti des ressources et des compétences déjà présentes dans le réseau.

L'équipe de soins comme unité fondamentale du système.

La proposition centrale de notre document consiste à reconstruire progressivement l'organisation des soins autour d'équipes responsables d'une population ou d'une clientèle clairement définie. Chaque citoyen devrait pouvoir compter sur une équipe qui connaît ses besoins, organise l'accès, assure la continuité, accompagne son parcours et coordonne les interventions lorsqu'il doit recevoir des soins auprès d'autres équipes. Cette responsabilité ne signifie ni qu'une seule équipe fournit tous les soins ni qu'un modèle unique doit être imposé partout. Une équipe de médecine familiale, une équipe de cardiologie, une urgence ou une équipe de soins à domicile peuvent avoir des compositions et des missions très différentes. Ce qui les réunit est une responsabilité clinique explicite et la capacité d'organiser leur travail autour des besoins des citoyens. Le citoyen est ainsi placé au centre de son équipe de soins et les équipes de soins au cœur du système.

Donner aux équipes les conditions nécessaires pour réussir.

Une responsabilité accrue ne peut cependant être demandée aux équipes sans leur donner une capacité réelle d'agir. Elles doivent disposer des compétences appropriées et pouvoir mieux répartir le travail entre leurs membres; avoir accès aux outils professionnels et technologiques, aux équipements, aux plateaux techniques et aux environnements physiques adaptés à leur mission; disposer rapidement de l'information clinique nécessaire; communiquer directement avec les autres équipes; et bénéficier d'un véritable soutien organisationnel. Le registre de clientèle et le cockpit clinique doivent notamment permettre de passer d'une pratique essentiellement réactive à une approche plus proactive, fondée sur la connaissance de la clientèle, la priorisation des besoins et le suivi des résultats. Un gestionnaire de proximité doit pour sa part aider l'équipe à résoudre rapidement les obstacles organisationnels et à mobiliser les ressources dont elle a besoin. Cette autonomie doit enfin s'inscrire dans une culture de confiance, de responsabilité, de mesure des résultats et d'amélioration continue.

Une architecture du système conçue pour soutenir les équipes.

Cette conception devrait conduire à clarifier les responsabilités de quatre niveaux complémentaires. Au niveau national, le Gouvernement, le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec définissent les orientations, les politiques, le financement et le cadre général. Des Centres régionaux de coordination permettent ensuite d'organiser les capacités et les parcours qui dépassent les limites d'un établissement. Les établissements — hôpitaux régionaux et spécialisés et Centres de santé et de services sociaux — organisent les ressources humaines, matérielles, technologiques et logistiques et créent l'environnement nécessaire au travail des équipes dans leurs différentes installations. Enfin, les équipes transforment ces ressources en soins, en accompagnement, en prévention et en amélioration de la santé. Cette architecture repose sur un principe simple : chaque niveau existe pour permettre au niveau suivant de réussir sa mission. Elle doit fonctionner dans les deux directions : les orientations et les ressources descendent, tandis que les besoins, les résultats et les difficultés remontent. Il s'agit ainsi de coordonner sans contrôler, en rapprochant les décisions de ceux qui possèdent l'information et l'expertise nécessaires pour agir.

Une stratégie réaliste de transformation.

La mise en œuvre de cette proposition ne nécessite ni une nouvelle réforme administrative générale ni la transformation simultanée de tout le réseau. Elle peut commencer avec des équipes et des établissements volontaires provenant de différents contextes — première ligne, soins spécialisés,

urgences, santé mentale, soins à domicile ou milieux hospitaliers — qui acceptent d'expérimenter une responsabilité mieux définie, davantage d'autonomie, de nouveaux modes d'organisation du travail et des mécanismes de collaboration plus directs. Mais transformer les équipes sans transformer leur environnement serait insuffisant : les établissements, les Centres régionaux et Santé Québec doivent simultanément adapter leur façon de les soutenir. Les résultats doivent être mesurés en fonction de ce qui compte réellement — accès, continuité, qualité, expérience des citoyens, mobilisation des professionnels, prévention, utilisation des ressources et capacité à répondre plus tôt aux besoins. Les expériences réussies doivent ensuite être documentées, partagées, adaptées et progressivement déployées. La transformation devient ainsi un processus d'apprentissage : commencer, évaluer, apprendre, partager et déployer.

La proposition repose finalement sur une responsabilité réciproque. Les équipes doivent accepter une responsabilité plus explicite envers les citoyens et rendre compte de leurs résultats; le système doit, en retour, leur fournir les moyens, l'autonomie et le soutien nécessaires pour réussir. Les équipes sont responsables de leurs citoyens; le système est responsable de ses équipes. Le changement proposé est donc autant culturel qu'organisationnel : il vise moins à ajouter de nouvelles structures qu'à mieux utiliser celles qui existent, à rapprocher les décisions du terrain et à mobiliser les compétences déjà présentes dans le réseau autour d'une finalité commune — permettre au citoyen d'obtenir les bons soins, au bon moment, auprès des bonnes personnes, dans un parcours aussi simple et continu que possible.

SECTION 1

Pourquoi notre système de santé atteint-il ses limites?

Les difficultés que connaît aujourd'hui notre système de santé ne constituent pas une série de problèmes indépendants. Elles sont, pour une large part, les manifestations d'une même logique d'organisation et de fonctionnement.

Le système de santé québécois possède des forces considérables. Il repose sur des professionnels hautement qualifiés, des établissements de grande qualité, des centres universitaires reconnus et une capacité clinique et technologique qui s'est considérablement développée au fil des décennies. Partout dans le réseau, des équipes innovent et réussissent à offrir des soins remarquables, souvent dans des conditions difficiles.

Pourtant, les mêmes difficultés reviennent avec une remarquable constance dans le débat public : difficulté à avoir accès à un médecin de famille et à obtenir des soins au moment opportun, listes d'attente trop longues, urgences surchargées, accès parfois difficile aux soins spécialisés, manque de continuité, fragmentation des parcours, pénuries de personnel, épuisement des professionnels et croissance des coûts.

Ces problèmes sont abondamment décrits dans les travaux du Commissaire à la santé et au bien-être, du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que dans de nombreux mémoires présentés lors des consultations parlementaires sur l'organisation des soins au Québec. [Références : CSBE; MSSS; mémoires de la commission parlementaire sur le projet de loi 2.]

Le présent document ne cherche pas à en refaire l'inventaire.

Il propose plutôt de poser une question différente :

Pourquoi ces problèmes persistent-ils malgré les ressources considérables consacrées à notre système de santé et malgré les nombreuses réformes réalisées depuis plusieurs décennies?

Notre hypothèse est qu'une partie importante de la réponse se trouve dans la façon même dont nous avons organisé le système.

1. Des problèmes qui ne sont pas indépendants les uns des autres

Nous avons pris l'habitude de considérer séparément les grandes difficultés du système.

Un jour, le problème est celui de l'accès à un médecin de famille. Un autre, celui des urgences. Puis viennent les listes d'attente en chirurgie, l'accès aux spécialistes, le maintien à domicile, les maladies chroniques, les pénuries de personnel ou la croissance des dépenses.

Chacun de ces problèmes est réel et mérite une réponse.

Mais les considérer isolément masque une caractéristique fondamentale d'un système de santé : toutes ses composantes sont interdépendantes.

Lorsqu'un citoyen ne parvient pas à obtenir rapidement une réponse de la première ligne, il est plus susceptible de chercher ailleurs une solution à son problème et, éventuellement, de se présenter à l'urgence.

Lorsque l'urgence déborde, les délais augmentent et la pression se transmet aux unités d'hospitalisation.

Lorsqu'un patient qui pourrait quitter l'hôpital ne peut accéder aux services dont il a besoin à domicile, en réadaptation ou dans un autre milieu de vie, un lit demeure occupé.

Lorsqu'un patient attend trop longtemps une consultation spécialisée ou un examen diagnostique, sa condition peut se détériorer et nécessiter une intervention plus urgente.

Lorsque les transitions sont mal coordonnées, certaines évaluations doivent être reprises, des informations se perdent et les citoyens doivent parfois reconstruire eux-mêmes leur histoire clinique.

Et lorsque des professionnels hautement qualifiés consacrent une partie importante de leur temps à rechercher de l'information, obtenir des rendez-vous, remplir des formulaires ou coordonner eux-mêmes des services, ce temps n'est plus disponible pour les soins. Ces phénomènes finissent ainsi par s'alimenter mutuellement.

Ainsi se crée un cercle qui entretient lui-même une partie des difficultés :

**accès insuffisant → recours à des services non planifiés → surcharge
délais → ruptures de continuité → utilisation inefficace des ressources →
engorgement du système**

Ce que nous appelons communément « les problèmes du système » ressemble donc moins à une collection de problèmes indépendants qu'à différentes manifestations d'un système qui éprouve de la difficulté à coordonner l'ensemble de ses ressources autour du parcours du citoyen.

L'accès : trouver la bonne réponse au bon moment

Pour un citoyen, la première mesure de la performance d'un système de santé est très concrète :

Lorsque j'ai un problème, est-ce que je sais à qui m'adresser et puis-je obtenir une réponse dans un délai approprié?

Pour plusieurs citoyens, cette question demeure difficile.

Selon leur situation, ils peuvent devoir communiquer avec leur clinique, utiliser un service téléphonique ou numérique, consulter un pharmacien, chercher une consultation sans rendez-vous, s'adresser à un autre professionnel ou se rendre à l'urgence.

Chacun de ces mécanismes peut être utile.

Le problème apparaît lorsqu'ils ne constituent pas les composantes d'un parcours clairement organisé autour d'une équipe qui connaît le citoyen et assume la responsabilité de lui procurer une réponse appropriée.

Certains citoyens doivent multiplier les appels, utiliser plusieurs mécanismes d'accès, répéter leur histoire ou finalement recourir à l'urgence parce qu'ils n'ont pas trouvé une autre porte d'entrée.

Le problème d'accès ne se réduit donc pas au nombre de rendez-vous disponibles.

Il concerne aussi la responsabilité de l'accès.

Qui est responsable de répondre lorsqu'un citoyen a besoin de soins?

Cette question vaut pour la première ligne, mais également pour les soins spécialisés. Lorsqu'une consultation spécialisée est nécessaire, le système doit pouvoir recevoir la demande, en apprécier la pertinence et l'urgence, fournir au besoin un avis à l'équipe demandeuse, offrir la consultation appropriée ou trouver une autre équipe capable d'y répondre.

Aujourd'hui, une partie de ces responsabilités est souvent distribuée entre des mécanismes administratifs, des programmes et des organisations différentes.

Notre analyse nous conduira à proposer plus loin un principe beaucoup plus simple : la responsabilité clinique de l'accès devrait appartenir d'abord aux

équipes qui possèdent la compétence pour répondre au besoin. Ce principe vaut aussi bien pour la première ligne que pour les soins spécialisés.

La continuité : quelqu'un est-il responsable de la suite?

Un citoyen peut recevoir d'excellents soins à chacune des étapes de son parcours et néanmoins vivre une expérience profondément fragmentée.

Un médecin peut avoir posé le bon diagnostic, un spécialiste proposé le bon traitement, l'équipe de la salle d'urgence parfaitement pris en charge un épisode aigu et une équipe hospitalière réalisé une intervention exemplaire.

Pourtant, une question demeure :

Qui s'assure que toutes ces interventions forment un parcours cohérent?

Cette question devient particulièrement importante pour les personnes âgées, celles qui vivent avec plusieurs maladies chroniques, des problèmes de santé mentale, des limitations fonctionnelles ou une situation sociale complexe. Ce sont précisément les personnes qui ont le plus besoin de continuité qui doivent souvent interagir avec le plus grand nombre d'intervenants et d'organisations.

Lorsque personne ne porte clairement la responsabilité du parcours, une partie de la coordination retombe inévitablement sur le malade et ses proches.

Ils doivent comprendre les recommandations, s'assurer que les rendez-vous sont obtenus, répéter leur histoire, vérifier que les résultats ont été transmis et savoir qui appeler lorsqu'un problème survient.

La continuité des soins est souvent présentée comme un problème de communication ou d'échange d'information. Ces dimensions sont évidemment importantes.

Mais elles ne suffisent pas.

La véritable continuité suppose d'abord qu'une équipe se reconnaisse responsable d'une clientèle et de son parcours.

Lorsque cette responsabilité existe, coordonner les soins n'est plus une tâche administrative ajoutée au travail clinique. Cela devient une composante normale de la mission de l'équipe.

La fragmentation : d'excellentes composantes qui ne forment pas toujours un ensemble cohérent

La médecine moderne est nécessairement spécialisée.

C'est une de ses grandes forces.

Aucun professionnel, aucune équipe et aucun établissement ne peut aujourd'hui posséder toutes les compétences nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins d'une personne.

Le problème n'est donc ni la spécialisation, ni la diversité des professions, ni la multiplicité des organisations.

Le problème apparaît lorsque ces expertises ne sont pas suffisamment intégrées autour d'une responsabilité commune.

La fragmentation peut alors produire des examens en double, des évaluations répétitives, des délais supplémentaires, des pertes d'information, des transitions difficiles et une utilisation importante du temps des professionnels simplement pour reconstruire le parcours clinique du patient.

Elle crée également un paradoxe.

Chaque composante peut accomplir correctement sa propre mission sans que l'ensemble du parcours soit optimal.

Une clinique peut atteindre ses objectifs, un service hospitalier respecter ses normes, un programme réaliser le volume d'activités attendu et un professionnel accomplir parfaitement son intervention.

Mais le citoyen, lui, ne vit pas une succession de programmes ou d'indicateurs. Il vit un parcours de soins.

La performance du système devrait donc être jugée non seulement sur la performance de chacune de ses composantes, mais également sur sa capacité à transformer toutes ces interventions en un parcours cohérent, continu et compréhensible.

Les urgences : moins la cause du problème que son révélateur

Les urgences sont probablement le symbole le plus visible des difficultés du système.

Lorsqu'elles débordent, la réaction naturelle consiste à chercher des solutions à l'intérieur de l'urgence : ajouter du personnel, ouvrir des lits, modifier les horaires, améliorer le triage ou créer des unités supplémentaires.

Ces mesures peuvent être nécessaires.

Mais elles ne peuvent, à elles seules, résoudre durablement le problème.

Pourquoi?

Parce que l'urgence se situe au point de convergence d'une grande partie des difficultés du réseau.

Un citoyen qui ne trouve pas de réponse en première ligne peut s'y présenter.

Une personne vulnérable insuffisamment suivie peut y arriver à la suite d'une détérioration qui aurait parfois pu être détectée plus tôt.

Un patient dont l'accès à un examen ou à une consultation spécialisée est retardé peut voir son état s'aggraver.

Un patient hospitalisé qui ne peut retourner dans son milieu faute de services appropriés continue d'occuper un lit dont un autre patient a besoin.

L'urgence absorbe ainsi les problèmes situés en amont et en aval de sa propre mission.

C'est pourquoi son engorgement ne peut être corrigé durablement sans agir simultanément sur l'accès à la première ligne, la continuité des soins, les consultations spécialisées, la fluidité hospitalière, les soins à domicile et les autres ressources de la communauté.

L'urgence est en quelque sorte le baromètre du fonctionnement de l'ensemble du système.

La question n'est donc pas seulement : comment rendre les urgences plus performantes?

Elle est aussi : comment faire en sorte que moins de citoyens aient besoin de s'y présenter pour obtenir des soins qui auraient pu être offerts plus tôt, ailleurs et dans de meilleures conditions?

Des professionnels compétents dont une partie de l'énergie sert à faire fonctionner le système

Une autre difficulté mérite une attention particulière parce qu'elle touche directement la capacité de soins disponible.

Le Québec dispose de professionnels hautement qualifiés et profondément engagés : médecins, infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, technologues, préposés, professionnels administratifs et gestionnaires, entre autres.

Le problème n'est pas leur compétence.

Il est de savoir quelle proportion de cette compétence peut réellement être consacrée à la mission pour laquelle ces personnes ont été formées.

Au fil du temps se sont ajoutées de nombreuses obligations administratives, réglementaires, professionnelles et organisationnelles. La plupart répondent individuellement à des objectifs légitimes de qualité, de sécurité, de gestion ou d'imputabilité.

Collectivement, elles peuvent cependant occuper une place considérable dans le travail quotidien et créer un décalage entre la richesse professionnelle du réseau et l'environnement dans lequel les équipes doivent exercer leur mission.

Il en résulte une conséquence rarement considérée comme un problème d'accès :

chaque heure d'un professionnel consacrée inutilement à faire fonctionner l'organisation est une heure qui ne peut être consacrée directement aux citoyens.

Améliorer l'organisation du travail peut donc créer de la capacité clinique sans nécessairement ajouter dans la même proportion de nouvelles ressources.

Nous mesurons beaucoup ce qui a été fait, moins ce qu'il reste à faire

Notre système dispose d'une quantité considérable de données.

Nous savons combien de consultations ont été réalisées, combien de personnes attendent une intervention, combien de lits sont occupés, combien d'heures supplémentaires ont été effectuées et combien coûte une activité.

Ces informations sont nécessaires.

Mais elles répondent surtout à une question :

Qu'avons-nous fait?

Une équipe responsable d'une clientèle doit pouvoir répondre à une autre question tout aussi importante :

Que devons-nous encore faire?

Quels patients vulnérables n'ont pas été revus?

Qui présente un risque de détérioration?

Quels suivis sont en retard?

Quels citoyens devraient bénéficier d'une intervention préventive?

Quelles demandes nécessitent une réponse rapide?

Quels patients viennent de quitter l'urgence ou l'hôpital et devraient être contactés?

Plusieurs équipes disposent d'un bon tableau de bord de leurs activités, mais beaucoup moins d'un véritable tableau de bord permettant de piloter leur responsabilité clinique envers leur clientèle.

Pourquoi les réformes successives n'ont-elles pas réglé durablement ces problèmes?

Le Québec réforme son système de santé depuis plusieurs décennies.

Ces réformes ont poursuivi des objectifs légitimes : améliorer l'accès, mieux coordonner les établissements, contrôler les dépenses, moderniser la gouvernance, développer la première ligne, améliorer les soins à domicile ou intégrer de nouveaux outils numériques.

Elles ont produit des résultats.

Il serait injuste et surtout inexact de les présenter comme une succession d'échecs.

De nombreuses innovations importantes sont nées de ces transformations et de l'initiative des professionnels, des gestionnaires et des établissements.

Mais une caractéristique commune à plusieurs de ces réformes mérite d'être examinée.

Elles ont surtout transformé les structures qui administrent le système.

Des établissements ont été regroupés.

Des responsabilités administratives ont été redistribuées.

Des programmes ont été créés.

Des mécanismes d'accès ont été ajoutés.

Des modes de financement et des indicateurs ont été modifiés.

Toutes ces interventions peuvent être utiles.

Mais elles ont moins souvent redéfini l'unité fondamentale autour de laquelle le système devrait être construit : l'équipe qui prend effectivement soin du citoyen.

Les réformes ont beaucoup porté sur la gouvernance des organisations et des réseaux, mais moins sur la mission, les responsabilités, les moyens d'action et l'autonomie des équipes elles-mêmes.

Une organisation peut donc posséder une gouvernance centrale très élaborée tout en laissant ses équipes travailler avec des responsabilités diffuses, des outils insuffisants et des mécanismes de coordination complexes.

C'est ici que se situe, selon nous, le changement de perspective nécessaire.

Une faiblesse organisationnelle commune

Les difficultés décrites dans cette section ont des causes multiples.

Il serait excessif de prétendre qu'une nouvelle réorganisation du système pourrait, à elle seule, résoudre tous les problèmes.

Le vieillissement de la population se poursuivra. Les maladies chroniques occuperont une place croissante. Certaines pénuries de main-d'œuvre persisteront. Les innovations médicales et technologiques continueront d'exercer une pression sur les ressources. Et les gouvernements devront toujours faire des choix budgétaires difficiles.

Notre proposition ne nie aucune de ces réalités.

Elle pose plutôt une question préalable :

Notre organisation actuelle permet-elle de tirer pleinement parti des ressources humaines, professionnelles, technologiques et financières considérables que nous consacrons déjà à la santé?

Nous croyons qu'une marge importante d'amélioration existe.

Une meilleure organisation peut permettre d'améliorer la continuité, de simplifier les parcours, de réduire certaines démarches inutiles, d'utiliser plus efficacement le temps professionnel, d'anticiper davantage les besoins plutôt que de simplement réagir aux crises et, surtout, de redonner une responsabilité claire à ceux qui sont le mieux placés pour agir.

Notre diagnostic peut ainsi se résumer simplement :

le système s'est progressivement organisé autour de structures administratives, d'établissements, de programmes, de professions et de mécanismes de gestion sans toujours définir avec la même clarté qui porte la responsabilité du citoyen et de son parcours.

Le problème n'est pas les équipes : c'est l'organisation autour d'elles

Cette analyse pourrait conduire à une vision pessimiste du système québécois.

Nous arrivons à la conclusion inverse.

Car sa principale richesse existe déjà.

Ce sont ses équipes de soins.

Partout au Québec, des professionnels compétents réussissent quotidiennement à offrir des soins de grande qualité. Ils innovent, collaborent et trouvent des solutions. Ils compensent même fréquemment, par leur engagement, les limites de l'organisation.

Mais aucun système moderne ne peut durablement dépendre de la capacité de ses professionnels à contourner ses propres difficultés.

Il doit plutôt créer les conditions leur permettant de réussir.

C'est ici que notre diagnostic rejoint la proposition qui sera développée dans les prochaines sections.

La prochaine évolution de notre système de santé ne consiste peut-être pas d'abord à créer une nouvelle structure administrative, un nouveau programme ou un nouveau mécanisme d'accès.

Elle consiste à se demander :

Qui doit être responsable de prendre soin des citoyens?

De quels moyens cette personne ou cette équipe a-t-elle besoin pour assumer réellement cette responsabilité?

Et comment le reste du système doit-il s'organiser pour lui permettre de réussir?

C'est à partir de ces trois questions que nous proposons de reconstruire progressivement l'organisation des soins.

Plutôt que de demander indéfiniment aux équipes de compenser les limites du système, il faut leur donner une mission claire, une responsabilité définie et un environnement leur permettant de l'assumer

La section suivante présente donc le véritable point de départ de notre proposition :

Faire de l'équipe de soins l'unité fondamentale de notre système de santé, avec le citoyen au centre de son action.

SECTION 2

L'équipe de soins : l'unité de base de notre système de santé

La section précédente a montré que plusieurs difficultés du système ne résultent pas seulement d'un manque de ressources ou de problèmes propres à certaines composantes du réseau. Elles traduisent également une organisation où la responsabilité du parcours du citoyen demeure souvent répartie entre de nombreux intervenants, programmes et organisations.

Cette constatation conduit à une question fondamentale :

Autour de quelle unité devons-nous organiser le système de santé?

Depuis la mise en place du système de santé québécois moderne au début des années 1970, les réformes successives ont principalement porté sur les établissements, les programmes, les professions, les budgets, les structures administratives ou les mécanismes de gouvernance.

Toutes ces composantes sont nécessaires.

Mais aucune ne constitue le lieu où les soins sont réellement produits.

Les soins prennent forme lorsqu'un groupe de professionnels se rassemble autour d'un citoyen ou d'une clientèle, prend des décisions cliniques, coordonne des interventions, accompagne un parcours et assume la responsabilité des résultats obtenus.

Cette unité est l'équipe de soins.

C'est pourquoi notre proposition consiste à faire de l'équipe de soins l'unité fondamentale de l'organisation du système de santé québécois.

Qu'est-ce qu'une véritable équipe de soins?

L'expression « équipe de soins » est utilisée partout dans le réseau.

Elle peut toutefois désigner des réalités très différentes.

Parfois, il s'agit simplement de professionnels travaillant dans le même secteur.

Ailleurs, d'une unité administrative.

Ou encore de plusieurs intervenants qui participent successivement aux soins d'un même patient sans partager véritablement une responsabilité commune.

Dans le modèle proposé ici, le terme est plus exigeant.

Une équipe de soins est une communauté clinique à laquelle est confiée la responsabilité d'accompagner une population, une clientèle ou une catégorie de citoyens afin de répondre à leurs besoins de santé, en mettant en commun les compétences de ses membres et en coordonnant les interventions nécessaires à leur parcours de soins.

Cette définition repose sur quatre caractéristiques indissociables : une mission clairement définie, une clientèle connue, une responsabilité collective et une capacité d'accompagner cette clientèle dans son parcours.

Une équipe n'est donc pas définie d'abord par l'endroit où elle travaille.

Elle n'est pas définie non plus par sa profession dominante.

Elle est définie par sa mission et par les personnes envers lesquelles elle accepte d'en répondre.

Une mission clairement définie

Toutes les équipes de soins n'ont évidemment pas la même mission.

Une équipe de médecine familiale peut assurer les soins généraux et le suivi d'une clientèle pendant de nombreuses années.

Une équipe spécialisée peut être responsable de personnes atteintes d'une maladie particulière ou nécessitant une expertise précise.

Une équipe d'urgence assume la responsabilité d'un épisode aigu.

Une équipe de santé mentale, de soins à domicile, de soutien à l'autonomie ou de soins palliatifs exerce une mission différente.

Cette diversité n'est pas une faiblesse.

Elle constitue au contraire l'une des grandes forces d'un système moderne.

Ce qui importe est que chaque équipe sache clairement :

quelle est sa mission, de qui elle est responsable et ce que le système attend d'elle.

Une équipe peut être responsable d'une population territoriale, de personnes atteintes d'une même maladie, d'une catégorie particulière de citoyens ou

encore d'un groupe de personnes confiées à l'équipe pour un épisode précis de soins.

Ainsi, deux équipes très différentes dans leur composition peuvent être conformes à ce modèle dès lors qu'elles assument une mission clinique explicite envers une clientèle identifiable.

Une population ou une clientèle dont l'équipe se reconnaît responsable

Cette notion de responsabilité constitue le cœur de notre proposition.

Une équipe ne devrait pas uniquement être responsable des personnes qui se présentent devant elle aujourd'hui.

Elle devrait être capable de connaître l'ensemble de la population ou de la clientèle qui lui est confiée.

Cela change profondément la manière de penser les soins.

La question n'est plus seulement :

« Que devons-nous faire pour la personne qui consulte aujourd'hui? »

Elle devient aussi :

« De quoi l'ensemble de notre clientèle a-t-elle besoin, et qui risque de ne pas recevoir les soins nécessaires si nous n'agissons pas? »

Cette responsabilité peut comprendre, selon la mission de l'équipe, l'accès, la prévention, le dépistage, les soins courants, le suivi des maladies chroniques, la coordination avec les équipes spécialisées, l'accompagnement lors des transitions et l'amélioration continue des résultats.

La responsabilité des équipes ne se limite pas aux actes cliniques; elle comprend également l'accès, la continuité, la coordination, la prévention, le suivi et l'expérience des citoyens.

C'est cette responsabilité qui permet de passer d'un système principalement organisé autour d'épisodes de soins à un système capable d'assurer une véritable continuité.

Être responsable de l'accès, et pas seulement des soins une fois le patient arrivé

La notion de responsabilité doit également s'étendre à l'accès.

Une équipe ne peut être pleinement responsable d'une clientèle si les personnes qui lui sont confiées ne savent pas comment la joindre ou doivent

passer par une série de mécanismes distincts avant de pouvoir obtenir une réponse.

Pour une équipe responsable, l'accès ne constitue donc pas une fonction administrative extérieure à sa mission. Il en fait pleinement partie.

Il en fait partie.

Cela signifie que les équipes de première ligne doivent disposer d'une façon claire de recevoir et de traiter les demandes provenant de leurs citoyens.

Le même principe s'applique aux soins spécialisés.

Une équipe spécialisée devrait pouvoir recevoir une demande, en apprécier la pertinence et l'urgence, fournir au besoin un conseil clinique à l'équipe demandeuse, organiser une consultation ou une prise en charge et, lorsqu'elle ne peut répondre elle-même, contribuer à trouver une autre équipe capable de le faire.

Les mécanismes administratifs et les outils de soutien doivent servir la responsabilité clinique des équipes plutôt que s'interposer entre elles et les citoyens.

Il ne s'agit donc pas de supprimer les fonctions nécessaires de réception, de suivi ou de coordination.

Il s'agit de replacer leur responsabilité clinique au plus près des équipes qui possèdent l'expertise nécessaire pour bien évaluer les besoins et les réponses à leur donner.

Une communauté clinique, et non une juxtaposition de professions

Une véritable équipe de soins est multidisciplinaire.

Selon sa mission, elle peut regrouper médecins, infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, professionnels de soutien, assistants cliniques et plusieurs autres intervenants.

Mais la simple présence de plusieurs professions ne crée pas automatiquement une équipe.

Une équipe existe réellement lorsque ces personnes poursuivent une mission commune, partagent l'information pertinente, coordonnent leurs interventions et acceptent ensemble une responsabilité envers une clientèle.

Les professionnels ne travaillent plus simplement en parallèle; ils travaillent ensemble. C'est le passage d'une juxtaposition de professions à une communauté clinique.

Cette distinction est essentielle.

Elle permet également une utilisation beaucoup plus judicieuse des compétences.

Le citoyen n'a pas besoin que toutes ses demandes soient prises en charge par le même professionnel.

Il a besoin que son équipe soit capable de diriger chaque besoin vers la personne la mieux placée pour y répondre, tout en maintenant une vision commune de son parcours.

Le citoyen au centre de son équipe de soins

Faire de l'équipe l'unité fondamentale ne signifie évidemment pas que l'équipe devient la finalité du système.

La finalité demeure le citoyen.

L'équipe existe pour lui.

La logique retenue dans notre proposition est donc double et doit être exprimée avec constance :

Le citoyen est au centre de son équipe de soins.

Les équipes de soins sont au cœur du système de santé.

Le citoyen n'est pas seulement un bénéficiaire passif de services.

Il est partenaire de sa santé.

Il participe aux décisions qui le concernent, exprime ses préférences et contribue, selon ses capacités et sa situation, à la prévention, à l'autogestion de certaines conditions et au suivi de son état.

L'équipe, pour sa part, accepte de le connaître, de l'accompagner et de l'aider à naviguer dans un système devenu beaucoup trop complexe pour qu'on puisse raisonnablement lui demander d'en assurer seul la coordination.

C'est ce partenariat qui donne sa véritable signification à l'expression système centré sur le citoyen.

FIGURE 1

LE CITOYEN AU CENTRE DE SON ÉCOSYSTÈME DE SANTÉ ET DE VIE

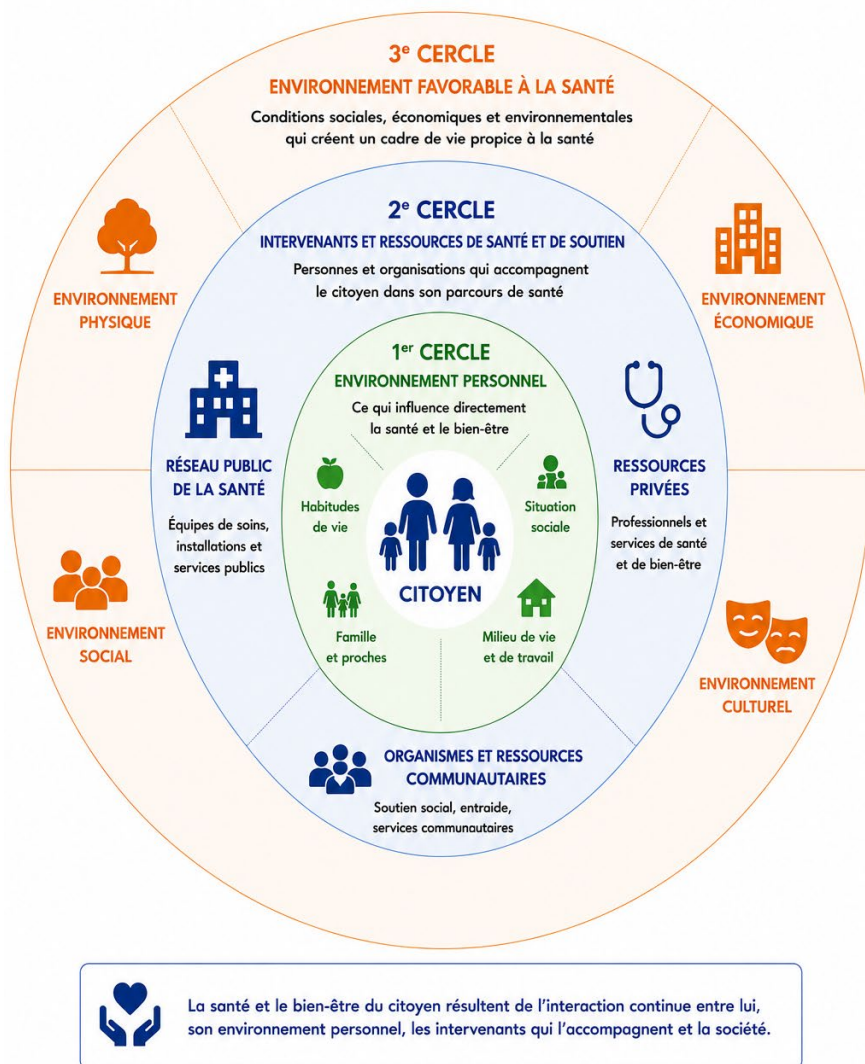


Figure 1 — La santé d'une personne ne se construit pas uniquement dans ses interactions avec le système de soins. Elle est également influencée par son milieu de vie, sa famille, ses conditions sociales, son environnement et ses habitudes de vie. Placer le citoyen au centre signifie donc considérer l'ensemble de cette réalité et organiser autour de lui les interventions dont il peut avoir besoin au cours de sa vie.

Accompagner ne signifie pas tout faire pour eux

Aucune équipe ne peut répondre seule à l'ensemble des besoins d'un citoyen.

Et ce n'est pas ce que nous proposons.

Une personne suivie pendant plusieurs années par une équipe de médecine familiale aura souvent besoin d'une expertise spécialisée, d'un soutien en santé mentale, de soins à domicile, d'une intervention chirurgicale, d'une hospitalisation ou, plus tard dans sa vie, de services de soutien à l'autonomie ou d'un milieu de vie différent.

Sa trajectoire doit donc pouvoir traverser plusieurs équipes.

Mais ces passages ne devraient pas devenir des ruptures.

Une équipe responsable peut solliciter une autre équipe, lui confier temporairement une partie de la responsabilité clinique ou organiser une transition lorsque les besoins dominants du citoyen changent.

Les responsabilités peuvent évoluer au cours de la vie ou du parcours clinique, mais ces transitions devraient être l'expression normale d'un système où chaque équipe apporte son expertise au bon moment, et non des abandons successifs du citoyen.

La continuité ne signifie donc pas qu'une seule équipe fait tout.

Elle signifie que quelqu'un demeure responsable de s'assurer que l'ensemble forme un parcours cohérent.

Différentes équipes, des principes communs

Le système que nous proposons ne repose pas sur un modèle uniforme d'équipe.

Une équipe de médecine familiale ne fonctionne pas comme une équipe d'urgence, une équipe de cardiologie comme une équipe de soins à domicile, ni une équipe de santé mentale comme une équipe chirurgicale.

Et il serait contre-productif de chercher à les organiser exactement de la même façon.

Ce qui doit être commun n'est pas leur organisation interne.

Ce sont leurs principes de fonctionnement.

Chaque équipe devrait disposer d'une mission clairement définie, connaître la population ou la clientèle dont elle est responsable, organiser son travail autour des besoins de cette clientèle, collaborer directement avec les autres équipes et rendre compte des résultats liés à sa mission.

La diversité organisationnelle devient alors compatible avec une grande cohérence du système.

Nous ne cherchons donc pas à standardiser les équipes.

Nous cherchons à clarifier leurs responsabilités.

Pourquoi l'équipe plutôt que l'établissement, le programme ou la profession?

Cette question mérite une réponse explicite.

Les établissements sont indispensables.

Ils fournissent les infrastructures, les équipements, les services diagnostiques, les ressources humaines et les fonctions administratives nécessaires à la production des soins.

Les programmes sont utiles pour organiser certaines politiques et certaines populations.

Les professions assurent la compétence, la formation et la qualité des pratiques professionnelles.

Mais aucune de ces structures ne rencontre à elle seule le citoyen dans la totalité de son parcours.

La valeur réelle du système se crée au moment où des professionnels compétents prennent connaissance d'un besoin, prennent une décision, réalisent une intervention, accompagnent une personne et coordonnent la suite.

C'est l'équipe qui transforme les ressources du système en soins.

La valeur ne se crée ni dans l'organigramme ni dans les mécanismes de contrôle; elle se crée lorsqu'une équipe compétente, organisée et soutenue rencontre un citoyen, comprend ses besoins et l'accompagne avec compétence, humanité et continuité.

C'est pourquoi nous proposons de construire l'organisation autour de cette unité relativement stable — la mission de l'équipe — plutôt qu'autour des structures administratives qui peuvent être fusionnées, renommées ou réorganisées au gré des réformes.

FIGURE 2

L'ÉQUIPE DE SOINS : LA CELLULE FONDAMENTALE DU SYSTÈME

Un écosystème centré sur la responsabilité envers la population

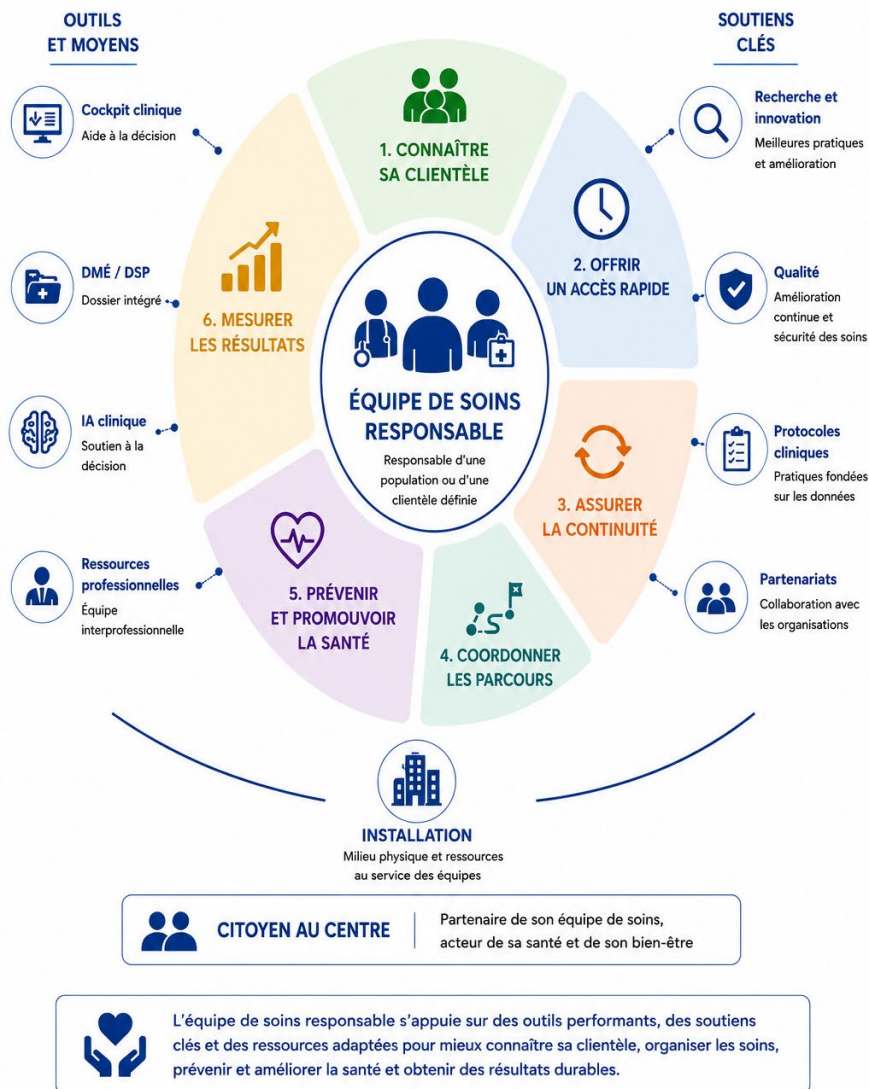


Figure 2 — L'équipe de soins constitue le point d'ancrage du citoyen dans le système. Autour d'elle doivent être organisés les ressources professionnelles, les outils, les équipements, les plateaux techniques, les environnements physiques et les moyens informationnels nécessaires à l'accomplissement de sa mission. L'organisation existe pour permettre à l'équipe d'assumer pleinement sa responsabilité envers les citoyens.

CE QUE CELA CHANGE CONCRÈTEMENT

Le centre de gravité passe du contrôle à la responsabilité. Les équipes ne sont plus seulement les exécutantes de décisions prises ailleurs. Elles deviennent responsables des résultats obtenus auprès de leur population ou de leur clientèle.

Les structures deviennent des structures de soutien. Les établissements et les autres niveaux du système organisent leurs ressources pour permettre aux équipes d'accomplir leur mission.

Les décisions se rapprochent du terrain. L'organisation reconnaît que les personnes les mieux placées pour adapter les soins aux besoins d'une clientèle sont celles qui travaillent quotidiennement auprès d'elle.

La performance se mesure davantage par les résultats obtenus auprès des citoyens. L'accès, la continuité, la qualité, l'expérience des citoyens et l'amélioration des résultats prennent une place plus importante à côté des mesures traditionnelles d'activité et de processus.

Ce que chacun y gagne

Pour le citoyen, cette évolution signifie pouvoir compter sur une équipe clairement responsable de l'accompagner, qui connaît sa situation, suit son évolution et demeure un point d'ancrage lorsqu'il doit recevoir des soins auprès d'autres équipes.

Pour les professionnels, elle signifie une organisation du travail davantage construite autour des besoins de leur clientèle, une collaboration plus fluide et la possibilité de consacrer une plus grande partie de leur temps aux activités correspondant réellement à leur expertise.

Pour l'équipe elle-même, elle signifie que responsabilité et moyens d'agir sont enfin rapprochés : elle sait de qui elle est responsable, elle peut organiser son action en fonction de cette mission et doit pouvoir compter sur le soutien de son établissement pour la réaliser pleinement.

Pour les établissements et les organisations de soutien, la mission devient plus claire : créer l'environnement clinique, humain, technologique et logistique permettant aux équipes de réussir.

Pour la gouvernance, enfin, le changement est profond : elle évolue progressivement d'une logique principalement fondée sur l'organisation et le contrôle des activités vers une logique de soutien, de coordination, de responsabilisation et d'amélioration continue.

Reconnaître l'équipe ne suffit pas

Faire de l'équipe de soins l'unité fondamentale du système constitue le premier changement de paradigme.

Mais cette reconnaissance pourrait demeurer purement théorique.

On ne peut demander à une équipe d'être responsable de l'accès, de la continuité, du parcours et des résultats obtenus auprès de sa clientèle si elle ne dispose pas des moyens nécessaires pour exercer cette responsabilité.

Elle devra connaître sa clientèle, pouvoir organiser son travail, disposer des compétences, des outils professionnels et technologiques, des équipements, des infrastructures et des plateaux techniques nécessaires à sa mission, accéder rapidement aux informations pertinentes, communiquer directement avec les autres équipes, suivre ses résultats, améliorer ses pratiques et bénéficier d'une gouvernance qui lui accorde suffisamment de confiance et de marge de manœuvre pour agir.

Nous ne développons volontairement pas encore ces dimensions ici.

Elles constituent précisément l'objet de la section suivante.

Car notre proposition repose sur un principe d'équilibre :

On ne peut demander davantage de responsabilité aux équipes sans leur donner simultanément davantage de capacité d'agir.

La question devient donc maintenant :

De quoi une équipe de soins a-t-elle besoin pour pouvoir réellement accomplir la mission que nous voulons lui confier?

C'est à cette question que répond la section 3.

SECTION 3

Les conditions de réussite des équipes de soins

Reconnaître les équipes de soins comme l'unité fondamentale du système ne suffit pas. Une responsabilité réelle envers une population ou une clientèle doit s'accompagner d'une capacité réelle d'agir. Cette section précise les conditions concrètes qui rendent cette responsabilité possible : une mission claire, une autonomie suffisante, des compétences et des moyens adaptés, une information accessible, un leadership de proximité et une culture d'amélioration continue. Sans ces conditions, la responsabilité demeure théorique; avec elles, l'équipe peut réellement organiser les soins autour des besoins de sa clientèle et répondre de ses résultats.

L'enjeu n'est donc pas de demander davantage aux professionnels, mais de créer autour d'eux les conditions leur permettant d'utiliser pleinement leurs compétences au bénéfice des citoyens.

La qualité des soins dépend autant de la compétence des professionnels que de la qualité de l'environnement dans lequel ils exercent leur mission.

Une responsabilité clairement définie

La première condition demeure la plus fondamentale.

Chaque équipe doit savoir de qui elle est responsable et ce que cette responsabilité signifie.

La section précédente a défini cette mission. Il faut maintenant en tirer les conséquences organisationnelles.

Une responsabilité clairement établie donne un sens commun au travail des différents professionnels. Elle transforme une succession d'interventions individuelles en une responsabilité collective envers une population ou une clientèle.

Une équipe ne s'intéresse plus uniquement aux personnes qui se présentent aujourd'hui. Elle doit pouvoir se demander si certains citoyens n'ont pas reçu les services requis, si des suivis importants sont en retard, si certaines

personnes vulnérables présentent un risque particulier ou si une intervention préventive devrait être organisée.

La responsabilité ne doit toutefois pas être confondue avec une obligation de résultat absolue.

Une équipe ne contrôle ni l'ensemble des déterminants de la santé ni toutes les ressources du système.

Elle devient plutôt imputable de la manière dont elle exerce sa mission avec les moyens qui lui sont confiés, et doit pouvoir mesurer ses résultats afin d'apprendre et de s'améliorer.

Responsabilité clairement définie et mesure des résultats doivent aller de pair dans une perspective d'amélioration continue.

Une autonomie proportionnelle à la responsabilité

On ne peut responsabiliser une équipe tout en lui retirant la capacité d'organiser son travail.

Une équipe responsable doit donc disposer d'une marge de manœuvre suffisante pour adapter ses processus aux besoins de sa clientèle.

Elle doit pouvoir déterminer comment répartir certaines tâches, organiser ses horaires, modifier ses processus, expérimenter de nouvelles façons de travailler et proposer l'intégration de nouvelles compétences lorsque sa mission l'exige.

Cette autonomie ne signifie évidemment pas l'absence de règles.

Elle s'exerce à l'intérieur d'un cadre commun définissant les standards de qualité, les obligations professionnelles, les ressources disponibles et les résultats attendus.

Mais dans ce cadre, la décision devrait être prise aussi près que possible de l'endroit où se trouvent les connaissances nécessaires pour la prendre correctement.

Pour plusieurs décisions relatives à l'organisation quotidienne des soins, cet endroit est l'équipe elle-même.

Cette logique rejoint un principe central de notre proposition : l'administration existe pour permettre à des équipes compétentes d'améliorer durablement la santé de la population, non pour se substituer à elles.

Une organisation du travail qui utilise réellement toutes les compétences

Une équipe performante ne dépend pas seulement du nombre de personnes qui la composent.

Elle dépend de la manière dont leurs compétences sont utilisées.

Chaque professionnel devrait pouvoir consacrer l'essentiel de son temps aux activités pour lesquelles son expertise apporte la plus grande valeur.

Un médecin n'a pas à effectuer une tâche qu'un autre membre de l'équipe peut accomplir aussi bien ou mieux.

Le même principe vaut pour les infirmières, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et les autres professionnels.

Cela suppose une organisation du travail plus souple et une meilleure complémentarité entre les rôles.

Il faut pouvoir intégrer de nouveaux profils lorsque cela permet de libérer du temps professionnel : assistants cliniques, conseillers de santé, personnel administratif mieux intégré aux équipes et autres fonctions adaptées aux besoins.

Cela suppose une meilleure répartition des tâches, une utilisation optimale des compétences et une plus grande souplesse dans la composition des équipes.

L'objectif n'est pas de remplacer les professions existantes.

Il est de faire en sorte que chaque compétence soit utilisée là où elle produit le plus de valeur pour le citoyen.

Un environnement clinique et organisationnel conçu pour permettre à l'équipe de réussir

Une équipe ne fonctionne jamais en vase clos.

Elle dépend d'un environnement beaucoup plus large : locaux, salles de consultation, unités de soins, laboratoires, imagerie médicale, pharmacies, blocs opératoires, ressources humaines, technologies, services administratifs et soutien logistique.

Dans notre proposition, les centres hospitaliers et les centres de santé ont précisément pour mission de créer cet environnement.

Ces organisations ne doivent pas d'abord être conçues comme des gestionnaires de structures ou de budgets, mais comme des organisations de

soutien dont la responsabilité consiste à mettre à la disposition des équipes les ressources nécessaires à leur mission.

Cela change aussi la façon de juger leur performance.

Un centre hospitalier ou un centre de santé performant n'est pas seulement celui qui respecte son budget ou atteint ses objectifs administratifs.

C'est aussi celui qui permet à ses équipes de soins de travailler efficacement, de disposer rapidement des ressources nécessaires et d'offrir un environnement où la qualité, la collaboration et l'innovation peuvent se développer.

Des outils, des équipements et des environnements adaptés à la mission

Une équipe responsable doit disposer des moyens concrets nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Ces moyens ne sont pas les mêmes pour toutes les équipes et ne peuvent être déterminés uniquement à distance.

Une équipe chirurgicale doit pouvoir compter sur des plateaux opératoires, des équipements, des instruments et du matériel adaptés à la nature des interventions qu'elle réalise. Une équipe d'urgence qui accueille des personnes âgées fragiles, des personnes en crise de santé mentale ou aux prises avec des problèmes de dépendance doit disposer de locaux permettant de les recevoir, de les évaluer et de les surveiller dans des conditions appropriées. Une équipe de soins à domicile, une équipe de réadaptation ou une équipe de santé mentale aura besoin d'autres moyens encore.

L'enjeu n'est donc pas seulement de fournir des ressources, mais de permettre aux équipes de participer réellement aux choix des outils professionnels et technologiques, des équipements, des plateaux techniques et des aménagements physiques dont elles ont besoin pour travailler efficacement. Les niveaux supérieurs doivent assurer les ressources, la sécurité, les standards communs et l'équité, mais ils ne devraient pas gérer dans le détail des choix qui relèvent directement de la pratique et de la mission des équipes.

Les outils numériques font partie de cet environnement. Le dossier médical électronique, le dossier de santé personnel du citoyen, les outils d'aide à la décision et les plateformes de communication doivent soutenir la pratique clinique, faciliter l'accès à l'information et améliorer la coordination. Leur valeur ne réside pas dans leur sophistication, mais dans leur capacité à augmenter celle des équipes à agir.

Un registre de clientèle et un véritable cockpit clinique

Parmi les outils informationnels dont une équipe responsable a besoin, le registre de clientèle et le cockpit clinique occupent une place particulière. Une responsabilité envers une clientèle devient difficilement réalisable si l'équipe ne dispose que d'une succession de dossiers individuels.

Elle doit également pouvoir voir sa clientèle comme un ensemble.

Elle doit pouvoir savoir qui sont les citoyens sous sa responsabilité, qui présente un risque élevé, quels suivis sont requis, qui a été récemment hospitalisé, quelles personnes n'ont pas été revues depuis longtemps et quelles interventions devraient être prioritaires.

Le registre de clientèle permet cette vision populationnelle ou de clientèle.

Le cockpit clinique transforme ensuite cette information en capacité d'action : alertes, priorisation, suivi des tâches, indicateurs et vision synthétique des besoins.

Les outils numériques, le registre et le cockpit clinique sont explicitement présentés comme les instruments permettant à l'équipe de passer d'une pratique essentiellement réactive à une pratique plus proactive.

Cette dimension mérite une place importante dans notre proposition parce qu'elle relie directement la responsabilité à la capacité d'agir.

Des communications directes entre les équipes

Une équipe responsable ne peut coordonner un parcours si les communications avec les autres équipes sont lentes, indirectes ou essentiellement administratives.

Les équipes doivent pouvoir échanger directement.

Une équipe de médecine familiale devrait pouvoir joindre rapidement une équipe spécialisée.

Une équipe d'urgence devrait pouvoir communiquer avec l'équipe qui poursuivra le suivi.

Une équipe hospitalière devrait pouvoir organiser directement une transition vers les soins à domicile, la réadaptation ou un autre milieu de vie.

Les structures administratives demeurent utiles pour assurer le suivi, la mesure et la logistique.

Mais elles ne devraient pas devenir des obstacles entre les équipes qui doivent se parler pour prendre une décision clinique.

Cette capacité de communication directe est une condition concrète de continuité.

Elle permet également de ramener la coordination là où se trouve l'expertise nécessaire.

Un gestionnaire de proximité responsable de l'environnement de l'équipe

Une équipe responsable et autonome ne signifie pas une équipe laissée seule.

Elle a besoin d'une personne capable de résoudre rapidement les obstacles organisationnels, de mobiliser les ressources nécessaires et de faire le lien entre l'équipe et les autres composantes de l'organisation.

Le gestionnaire de proximité n'a pas pour rôle de diriger les décisions cliniques.

Cette responsabilité appartient aux professionnels.

Sa mission consiste plutôt à garantir la qualité de l'environnement dans lequel l'équipe doit accomplir sa mission.

Il s'assure de la disponibilité des ressources humaines, matérielles, technologiques et organisationnelles, facilite la résolution des problèmes, soutient l'amélioration continue, contribue à l'intégration de nouveaux rôles et au développement des compétences, favorise une culture de collaboration et veille au bien-être des membres de l'équipe.

On lui attribue précisément ce rôle de facilitateur, mobilisateur et développeur d'équipe, dont la performance doit être appréciée à travers la réussite des équipes qu'il soutient.

Dans notre proposition, ce rôle n'est donc pas accessoire.

Il constitue l'interface essentielle entre l'autonomie clinique et le soutien organisationnel.

Une culture de confiance et d'amélioration continue

Autonomie et responsabilité ne peuvent fonctionner durablement dans une organisation dominée par la méfiance.

Elles supposent un autre contrat entre le système et les équipes.

Les équipes acceptent de rendre compte de leur mission, de mesurer leurs résultats, de reconnaître leurs difficultés et de participer activement à l'amélioration de leurs pratiques.

En retour, l'organisation accepte de leur faire confiance, de leur laisser une marge de manœuvre réelle et de considérer les problèmes comme des occasions d'apprentissage plutôt que comme des motifs immédiats de contrôle supplémentaire.

Cela ne signifie évidemment pas l'absence de standards, de surveillance de la qualité ou d'intervention lorsque des pratiques inadéquates sont observées.

Cela signifie que le réflexe premier doit être :

comprendre, soutenir, corriger et améliorer.

C'est dans cet esprit que prennent tout leur sens deux phrases signatures de notre proposition :

La confiance constitue le fondement de l'architecture proposée.

La responsabilité du système envers ses équipes

Nous demandons aux équipes d'accepter une responsabilité beaucoup plus claire envers les citoyens.

Mais cette responsabilité doit être réciproque.

Les équipes sont responsables de leurs clients.

Le système est responsable de ses équipes.

Lorsqu'une équipe connaît une pénurie importante, une surcharge exceptionnelle, un problème d'infrastructure ou une difficulté organisationnelle qu'elle ne peut résoudre seule, on ne peut simplement lui demander de continuer à « faire plus avec moins ».

Le centre hospitalier ou le centre de santé, les structures régionales et, lorsque nécessaire, Santé Québec doivent pouvoir mobiliser des ressources, apporter un soutien temporaire ou modifier certaines capacités afin de permettre à l'équipe de poursuivre sa mission.

Cette notion de solidarité organisationnelle est importante : la responsabilisation ne doit jamais signifier l'isolement; le système doit savoir détecter les équipes en difficulté et mobiliser les ressources nécessaires pour les soutenir.

Cette réciprocité nous paraît essentielle.

Sans elle, l'autonomie peut devenir un désengagement du système.

Avec elle, elle devient une véritable responsabilisation.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE D'UNE ÉQUIPE DE SOINS

Une équipe peut être tenue responsable de sa mission seulement si elle dispose d'une capacité réelle d'agir.

Cela suppose une responsabilité clairement définie, une autonomie suffisante, des compétences bien utilisées, des moyens adaptés à sa mission, un soutien organisationnel efficace et une culture fondée sur la confiance, l'imputabilité et l'amélioration continue.

Donner aux équipes les moyens d'agir

L'idée fondamentale de cette section peut être résumée simplement.

Responsabiliser sans donner les moyens d'agir conduit à la frustration. Donner des ressources sans clarifier la responsabilité conduit à la dispersion.

Notre proposition consiste à réunir les deux.

SECTION 4

Une nouvelle architecture du système de santé

Les trois premières sections nous ont conduits progressivement à une proposition simple.

Les difficultés du système ne peuvent être corrigées uniquement par l'ajout de ressources ou par de nouvelles réformes administratives. Les équipes de soins doivent devenir l'unité fondamentale de l'organisation et disposer des moyens nécessaires pour assumer réellement leur responsabilité envers les citoyens.

Il reste maintenant à répondre à une autre question :

Comment organiser l'ensemble du système pour permettre à ces équipes de réussir?

La réponse ne consiste pas à ajouter une nouvelle couche administrative.

Elle consiste au contraire à clarifier les responsabilités, à rapprocher les décisions du terrain et à redéfinir la contribution de chacun des niveaux du système.

L'architecture proposée repose sur quatre niveaux complémentaires :

1. un niveau décisionnel et stratégique national;
2. des centres régionaux de coordination;
3. des établissements responsables d'organiser et de soutenir les services;
4. des équipes de soins responsables des citoyens et de leur parcours.

Les installations ne constituent pas un niveau de gouvernance supplémentaire. Elles sont les lieux physiques où les établissements mettent à la disposition des équipes les environnements, les ressources et les plateaux techniques dont elles ont besoin pour accomplir leur mission.

La valeur ajoutée d'un niveau ne se mesure pas seulement à l'efficacité de sa propre gestion, mais à sa capacité de créer les conditions permettant au niveau suivant de réussir.

Une architecture fondée sur la subsidiarité et le soutien

Un système aussi vaste et complexe que celui de la santé ne peut fonctionner sans gouvernance, sans coordination et sans règles communes.

La décentralisation que nous proposons ne signifie donc pas que chaque équipe ou chaque établissement fonctionne indépendamment des autres.

Elle repose plutôt sur un principe de subsidiarité :

une décision devrait être prise au niveau le plus proche de l'action capable de la prendre efficacement; les niveaux supérieurs interviennent lorsque leur capacité de coordination, leur expertise ou leur autorité apporte une valeur supplémentaire.

Ainsi, le niveau national ne devrait pas organiser le fonctionnement quotidien d'une équipe de médecine familiale ou d'un service hospitalier.

Un Centre régional de coordination ne devrait pas décider comment une équipe répartit ses tâches.

Et un établissement ne devrait pas intervenir dans une décision clinique qui relève des professionnels.

À l'inverse, une équipe seule ne peut planifier la distribution régionale de services spécialisés, un établissement ne peut déterminer les grandes politiques nationales et une région ne peut établir seule les règles de financement du système.

Chacun doit faire ce qu'il est le mieux placé pour faire.

Cette clarification permet de remplacer progressivement une logique où plusieurs niveaux interviennent sur les mêmes décisions par une logique où chacun devient réellement responsable de sa propre mission.

Il faut envisager cette distinction comme le passage d'une logique descendante de contrôle à une logique de responsabilisation, chaque niveau demeurant imputable de ses responsabilités sans gérer directement celles des autres.

NIVEAU 1

Le niveau décisionnel et stratégique national

Le premier niveau regroupe les fonctions qui doivent demeurer nationales.

Le Gouvernement du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec y exercent des responsabilités différentes mais complémentaires.

Le Gouvernement assume les choix politiques fondamentaux : les grandes priorités collectives, le niveau des ressources consacrées à la santé et les arbitrages nécessaires entre les différentes missions de l'État.

Le ministère conserve sa responsabilité de définir les politiques publiques, les grandes orientations, le cadre législatif et réglementaire ainsi que les objectifs nationaux de santé et de services sociaux.

Santé Québec assure pour sa part la coordination stratégique du réseau, le suivi de sa performance et l'accompagnement de sa transformation.

Le Gouvernement et le ministère définissent ainsi les orientations, les politiques, les priorités et le financement, tandis que Santé Québec assure la coordination stratégique et veille à la cohérence du réseau.

Le niveau national doit également conserver une capacité forte d'anticipation.

L'évolution démographique, la disponibilité de la main-d'œuvre, les grandes transformations numériques, l'introduction de nouvelles technologies, la préparation aux crises sanitaires, l'évolution des besoins de la population et la soutenabilité financière du système exigent une vision à long terme qui ne peut être assumée par les seules organisations locales.

Décentraliser l'organisation des soins ne diminue donc pas le rôle du niveau national.

Cela lui permet plutôt de se concentrer sur les responsabilités que lui seul peut exercer.

Un niveau national qui fixe le cap plutôt que d'organiser le travail quotidien

Cette distinction est fondamentale.

Plus le niveau national intervient dans le fonctionnement détaillé des organisations et des équipes, plus il risque de consacrer son énergie à des décisions qui pourraient être prises plus efficacement ailleurs.

Son rôle devrait être principalement de déterminer où le système doit aller, plutôt que de préciser en détail comment chaque équipe doit y parvenir.

Il définit les objectifs communs en matière d'accès, de qualité, d'équité, de continuité et d'efficience.

Il établit les grandes règles, répartit les ressources, développe les infrastructures nationales nécessaires, mesure les résultats, identifie les écarts importants et soutient les régions qui éprouvent des difficultés.

Mais il laisse aux niveaux régional et local une marge de manœuvre suffisante pour adapter l'organisation aux réalités de leurs populations.

Ainsi, le leadership national devient plus stratégique précisément parce qu'il cherche moins à administrer le quotidien.

NIVEAU 2

Les Centres régionaux de coordination

Entre le niveau national et les établissements, nous proposons des Centres régionaux de coordination.

Leur fonction n'est pas de constituer une nouvelle couche hiérarchique.

Ils répondent à un besoin très concret : plusieurs problèmes de santé et plusieurs parcours de soins dépassent les frontières d'un établissement.

Aucun hôpital, aucun centre de santé et aucune équipe ne peut organiser seul l'ensemble des services dont une population régionale a besoin.

Il faut donc un lieu où les capacités régionales peuvent être planifiées, coordonnées et ajustées.

Coordonner une région sans administrer ses établissements

La distinction entre coordination et gestion est essentielle.

Les Centres régionaux ne devraient pas administrer les établissements à leur place.

Ils devraient plutôt créer les conditions permettant à plusieurs établissements et à leurs équipes de fonctionner comme les composantes d'un même système régional.

Ils peuvent notamment assurer la planification des grandes capacités de services, faciliter les corridors entre la première ligne, les hôpitaux et les services spécialisés, coordonner certains services qui doivent être partagés entre plusieurs territoires, identifier les déséquilibres de capacité et favoriser la circulation des patients lorsque l'offre d'un établissement est temporairement insuffisante.

Ils deviennent également un lieu privilégié pour résoudre les problèmes qu'un établissement ne peut régler seul.

Une équipe en difficulté ne devrait pas être laissée à elle-même.

Un établissement confronté à une pénurie temporaire, à une surcharge exceptionnelle ou à une rupture de services devrait pouvoir compter sur une capacité régionale de mobilisation.

Cette solidarité organisationnelle suppose que les structures régionales puissent mobiliser des ressources, redistribuer certaines capacités et offrir rapidement du soutien lorsqu'une équipe ou une organisation rencontre une difficulté qu'elle ne peut résoudre seule.

Le Centre régional devient donc moins un échelon de commandement qu'un centre de coordination, d'arbitrage et de soutien opérationnel.

Faire circuler les patients, les compétences et les capacités

Cette fonction régionale est particulièrement importante dans un réseau où toutes les ressources ne peuvent être présentes partout.

Certains soins doivent demeurer très proches des citoyens.

D'autres nécessitent une concentration d'expertise, de technologies ou de volumes d'activité.

Une architecture performante doit donc être capable de concilier proximité et concentration de l'expertise.

Les Centres régionaux permettent précisément cet équilibre.

Ils doivent connaître les capacités disponibles sur leur territoire, anticiper les besoins, faciliter l'accès aux ressources rares et organiser les liens entre les différents établissements.

Ainsi, lorsqu'un service ne peut être offert dans une installation donnée, le citoyen ne devrait pas être laissé seul devant la responsabilité de trouver une autre porte.

C'est au système d'organiser le parcours.

La coordination régionale prend alors tout son sens : elle permet à plusieurs établissements autonomes dans leur mission de fonctionner néanmoins comme un réseau cohérent.

NIVEAU 3

Les établissements : organiser l'environnement dans lequel les soins sont produits

Le troisième niveau est celui des établissements.

Dans l'architecture proposée, nous distinguons deux grandes familles :

les hôpitaux régionaux et spécialisés, d'une part, et les Centres de santé et de services sociaux, d'autre part.

Cette distinction permet de préserver la mission, l'expertise et l'identité des grandes organisations hospitalières tout en disposant, dans chaque territoire, d'organisations capables de soutenir les services de proximité, la première ligne, les soins à domicile, les services sociaux, l'hébergement et les autres missions qui nécessitent une forte intégration territoriale.

Mais, quelle que soit leur nature, tous les établissements partagent une responsabilité commune :

créer les conditions permettant aux équipes de soins d'accomplir leur mission.

Cette inversion de perspective a une conséquence directe : les établissements ne doivent plus être considérés d'abord comme des gestionnaires d'installations ou de budgets; leur première responsabilité consiste à créer l'écosystème dans lequel les équipes peuvent exercer pleinement leur responsabilité clinique.

Les hôpitaux régionaux et spécialisés

Les hôpitaux constituent des concentrations exceptionnelles de compétences professionnelles, de technologies et de plateaux techniques.

Ils regroupent des équipes d'urgence, de médecine, de chirurgie, de soins intensifs, de diagnostic et de nombreuses spécialités.

Certains assument une mission régionale relativement large.

D'autres concentrent une expertise spécialisée ou ultraspécialisée qui dessert une population beaucoup plus vaste.

Dans notre proposition, cette identité doit être préservée.

L'hôpital n'est pas simplement une installation intégrée dans une grande structure administrative.

Il constitue un établissement dont la mission est d'organiser et de soutenir les équipes qui utilisent ses ressources spécialisées pour prendre soin des citoyens.

Sa direction doit donc pouvoir adapter ses ressources, ses infrastructures, ses plateaux techniques et son organisation aux besoins des équipes qui y exercent.

Elle doit également entretenir des relations directes et fluides avec les Centres de santé et de services sociaux, les autres hôpitaux et les équipes de première ligne afin que l'entrée et la sortie de l'hôpital s'intègrent dans un véritable parcours.

L'hôpital n'est ainsi ni le centre du système ni une organisation isolée.

Il est un maillon essentiel d'un parcours dont le citoyen demeure le centre.

Les Centres de santé et de services sociaux

Les Centres de santé et de services sociaux constituent l'autre grande famille d'établissements de notre architecture.

Leur vocation est profondément territoriale.

Ils regroupent et soutiennent les services qui doivent demeurer proches de la population : première ligne publique, CLSC, soins à domicile, services sociaux, santé mentale de proximité, soutien à l'autonomie, hébergement et autres missions adaptées aux besoins du territoire.

Leur force doit précisément venir de cette proximité.

Ils connaissent la population qu'ils desservent.

Ils peuvent organiser leurs ressources en fonction de ses caractéristiques démographiques, sociales et sanitaires.

Ils constituent également des partenaires naturels des GMF et des autres équipes de première ligne présentes sur leur territoire.

L'objectif n'est pas de recréer une grande structure administrative intégrée qui chercherait à diriger uniformément toutes ces équipes.

Il est de disposer d'un établissement territorial suffisamment proche du terrain pour organiser les ressources, soutenir les équipes et adapter les services aux besoins particuliers de sa population.

Les réalités urbaines, rurales, régionales ou nordiques sont différentes et nécessitent une marge de manœuvre réelle pour adapter l'organisation des services.

L'établissement ne produit pas seul les soins : il soutient ceux qui les produisent

Cette distinction résume probablement le changement le plus important apporté au rôle des établissements.

L'établissement fournit les ressources humaines, gère les infrastructures, rend disponibles les plateaux techniques, assure les fonctions administratives, financières et logistiques, soutient les technologies de l'information, recrute et développe les ressources professionnelles, favorise la qualité et la sécurité et met en place le leadership de proximité.

Mais la rencontre clinique elle-même demeure la responsabilité des équipes.

Les fonctions organisationnelles deviennent les partenaires des équipes cliniques, leur mission étant de fournir les ressources et les conditions leur permettant d'assumer efficacement leur responsabilité envers les citoyens.

Ainsi, la performance d'une fonction administrative ne devrait pas être jugée uniquement à partir de ses propres processus.

Une direction des ressources humaines réussit lorsque les équipes disposent des personnes et des compétences nécessaires. Une direction des opérations réussit lorsque les infrastructures, les équipements, les plateaux techniques et les services requis sont disponibles au bon moment. Une direction numérique réussit lorsque ses outils facilitent réellement le travail clinique et la circulation de l'information.

La réussite de l'établissement se mesure en grande partie à la réussite des équipes qu'il soutient.

Les installations : le lieu physique où l'établissement soutient les équipes

Cette architecture nécessite enfin de clarifier un terme que les réorganisations successives ont parfois rendu ambigu : l'installation.

L'installation n'est pas un niveau supplémentaire de gouvernance.

Elle est un lieu physique de production des soins et des services.

Un établissement peut ainsi être responsable de plusieurs installations très différentes.

Une installation peut être un CLSC, un CHSLD, un centre de réadaptation ou tout autre lieu physique où sont offerts des soins et des services.

Dans un établissement hospitalier, l'installation hospitalière rassemble elle-même de nombreuses équipes et des plateaux techniques particulièrement complexes.

Ce qui importe n'est donc pas de faire de chaque bâtiment une organisation autonome.

Il faut plutôt s'assurer que, dans chaque installation, les équipes disposent d'un environnement de proximité capable de répondre rapidement à leurs besoins quotidiens.

C'est notamment là que le gestionnaire de proximité présenté à la section précédente prend toute son importance.

L'installation constitue en quelque sorte l'environnement opérationnel immédiat de l'équipe.

NIVEAU 4

Les équipes de soins : là où se réalise la mission du système

Au quatrième niveau se trouvent les équipes de soins.

Nous les avons déjà définies et il n'est pas nécessaire de reprendre ici la démonstration de la section 2.

Mais leur position dans l'architecture doit être parfaitement claire.

Elles ne se trouvent pas au bas d'une pyramide hiérarchique.

Elles se trouvent au point d'aboutissement de toute l'organisation.

Le niveau national définit le cap et crée les conditions générales.

Les Centres régionaux coordonnent les capacités et les parcours qui dépassent un établissement.

Les établissements fournissent l'environnement humain, matériel, technologique et organisationnel.

Les installations rendent cet environnement accessible au plus près du travail quotidien.

Et les équipes transforment toutes ces ressources en soins, en accompagnement, en prévention et en amélioration de la santé.

C'est là que se crée la valeur.

La valeur ne se crée ni dans les organigrammes ni dans les mécanismes de contrôle, mais lorsqu'une équipe compétente et bien soutenue rencontre un citoyen, comprend ses besoins et l'accompagne avec compétence, humanité et continuité.

FIGURE 3

LA NOUVELLE ARCHITECTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC

*Un système centré sur le citoyen, porté par des équipes de soins responsables
et soutenu par des organisations qui coordonnent, appuient et créent
les conditions de leur réussite.*

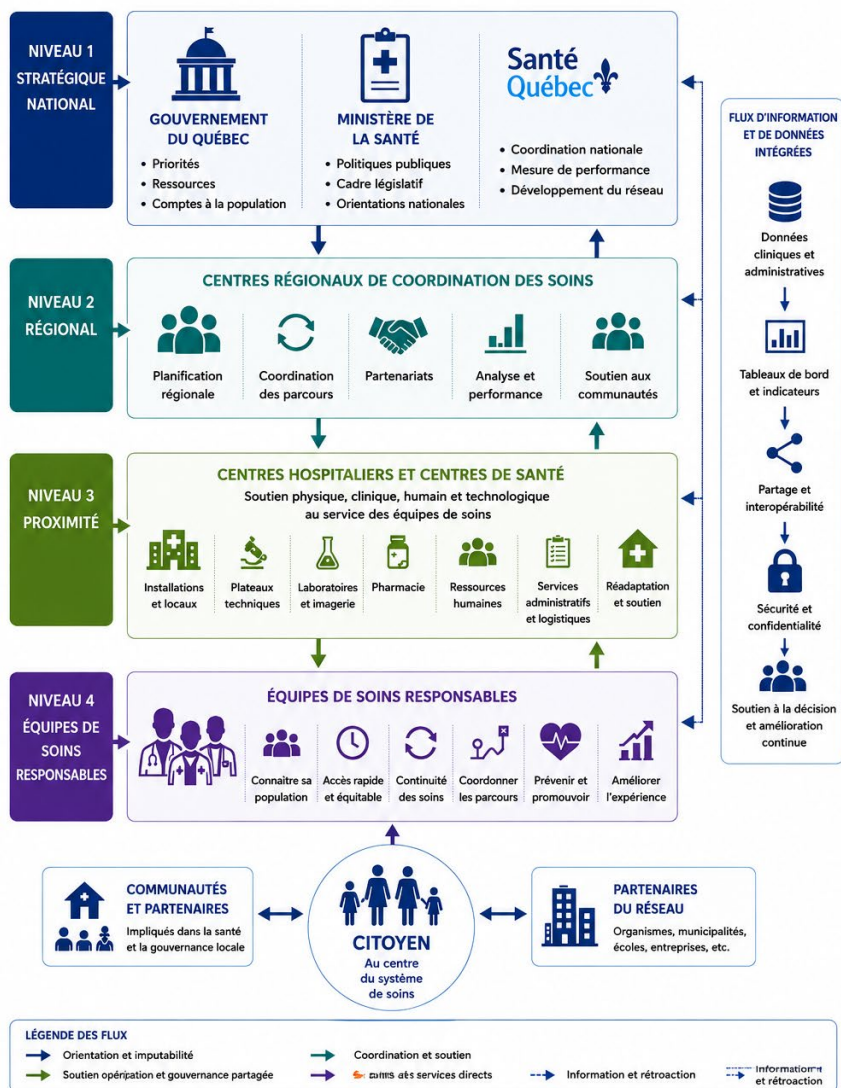


Figure 3 — Une architecture du système de santé à quatre niveaux

PRINCIPE DIRECTEUR

Chaque niveau existe pour permettre au niveau suivant de réussir sa mission.

Le niveau national crée les conditions permettant aux régions d'organiser leurs services. Les Centres régionaux permettent aux établissements de travailler ensemble et de disposer des capacités nécessaires. Les établissements créent l'environnement permettant aux équipes de réussir. Les équipes accompagnent les citoyens et assument la responsabilité de leur parcours.

La chaîne de responsabilité ne descend donc pas pour contrôler. Elle descend pour soutenir.

Une architecture qui fonctionne aussi de bas en haut

Il ne faudrait toutefois pas donner l'impression que cette architecture fonctionne uniquement du sommet vers la base.

Elle doit fonctionner dans les deux directions.

Les orientations et les ressources descendent, tandis que l'information, les besoins, les résultats et les difficultés remontent. Les équipes identifient les besoins de leurs clientèles et les obstacles qu'elles rencontrent; les établissements repèrent les difficultés communes à plusieurs équipes; les Centres régionaux identifient les enjeux qui dépassent les capacités d'un établissement; et le niveau national peut alors adapter les politiques, les ressources ou les orientations.

Ainsi se crée une organisation capable d'apprendre.

La gouvernance n'est plus un mécanisme par lequel le sommet cherche constamment à savoir ce que fait chaque composante.

Elle devient un système permettant à chaque niveau d'agir, de mesurer, d'apprendre et de demander du soutien lorsque nécessaire.

Coordonner sans contrôler

Cette architecture repose finalement sur une conception particulière de la gouvernance.

Un système complexe a besoin de coordination.

Mais coordination et contrôle ne sont pas synonymes.

Coordonner signifie établir des objectifs communs, rendre l'information disponible, organiser les interfaces, résoudre les conflits de capacité, assurer l'équité et intervenir lorsqu'un problème dépasse les moyens d'un niveau.

Contrôler signifie chercher à déterminer à distance comment les acteurs doivent accomplir des tâches qu'ils connaissent souvent mieux que ceux qui les supervisent.

Notre proposition privilégie clairement la première approche.

Cette phrase résume l'esprit de l'architecture proposée : la coordination demeure indispensable, mais elle doit s'exercer dans une logique de soutien plutôt que de contrôle administratif.

Cela suppose naturellement de la confiance.

Mais une confiance accompagnée de responsabilités explicites, de résultats mesurés et d'une capacité d'intervention lorsque les objectifs ne sont pas atteints.

La décentralisation proposée n'est donc ni un laisser-faire ni un affaiblissement de la gouvernance.

Elle cherche au contraire à rendre l'imputabilité plus claire en cessant de mélanger les responsabilités de tous les niveaux.

Une architecture au service d'une seule finalité

Au terme de cette architecture, chaque composante retrouve ainsi une mission distincte.

Le niveau national oriente.

Les Centres régionaux coordonnent.

Les établissements organisent et soutiennent.

Les équipes soignent et accompagnent.

Et toutes ces responsabilités convergent vers une seule finalité :

permettre au citoyen d'obtenir les bons soins, au bon moment, auprès des bonnes personnes, dans un parcours aussi simple et continu que possible.

Cette architecture n'a donc pas pour objectif de créer un nouvel organigramme.

Elle cherche à créer une chaîne cohérente de responsabilités et de soutien.

Et c'est précisément cette chaîne qui nous permet maintenant de revenir à la question posée au début de cette publication.

Nous avons identifié dans la section 1 une série de problèmes persistants : accès difficile, fragmentation des parcours, manque de continuité, engorgement des urgences, utilisation imparfaite des compétences, lourdeur de la coordination et difficulté à tirer pleinement parti des ressources disponibles.

Nous avons ensuite présenté l'équipe de soins comme l'unité autour de laquelle reconstruire le système, défini les moyens dont elle a besoin et proposé une architecture capable de la soutenir.

Il reste maintenant à montrer comment cette transformation pourrait être engagée de façon réaliste et progressive.

SECTION 5

Une stratégie réaliste de transformation

La proposition présentée dans les pages précédentes est ambitieuse. Elle modifie le centre de gravité du système, redéfinit la responsabilité des équipes de soins, transforme la mission des établissements et clarifie le rôle des niveaux régional et national.

Mais elle ne nécessite pas que tout soit transformé simultanément.

La stratégie proposée consiste à faire évoluer progressivement le système à partir des forces déjà présentes dans le réseau, à apprendre de l'expérience du terrain et à élargir les transformations qui démontrent leur valeur.

Elle peut commencer avec des équipes volontaires provenant de plusieurs contextes cliniques, soutenues par leurs établissements et accompagnées d'un cadre permettant d'évaluer leurs résultats et d'ajuster le modèle avant son déploiement à plus grande échelle.

Ne pas recommencer une nouvelle grande réforme administrative

Le Québec a connu plusieurs transformations importantes de son système de santé.

La tentation pourrait donc être de traduire la proposition présentée ici en une nouvelle réorganisation générale du réseau.

La transformation recherchée est d'abord fonctionnelle et culturelle. Elle consiste à faire évoluer progressivement la répartition des responsabilités, l'organisation du travail des équipes, leurs relations avec les établissements, les mécanismes de coordination régionale, les moyens mis à leur disposition, la mesure de la performance et la manière dont les niveaux supérieurs exercent leur gouvernance.

Les structures administratives devront naturellement évoluer lorsque cela sera nécessaire. Mais elles ne constituent pas le point de départ. Le point de départ est l'équipe de soins.

Commencer avec des équipes prêtes à agir

La première étape devrait être volontaire.

Dans différentes régions, certaines équipes de soins disposent déjà d'une culture de collaboration forte, de gestionnaires engagés, de professionnels prêts à expérimenter de nouvelles façons de travailler et d'établissements disposés à les soutenir.

C'est avec elles que la transformation devrait commencer.

Ces équipes devraient représenter plusieurs réalités du système : première ligne, soins spécialisés, urgence, santé mentale, soins à domicile, soutien à l'autonomie, services aux personnes âgées et milieux hospitaliers spécialisés.

L'objectif ne serait pas de créer quelques « projets pilotes » isolés qui disparaissent au terme de leur financement.

Il serait plutôt de créer de véritables milieux d'apprentissage, dans lesquels les principes du modèle seraient mis en œuvre de façon suffisamment complète pour être évalués.

Chaque équipe devrait pouvoir expérimenter, selon sa situation, une responsabilité mieux définie envers sa clientèle, davantage d'autonomie, les outils et les moyens adaptés à sa mission, dont, lorsque pertinent, un registre de clientèle et un cockpit clinique, de nouvelles modalités de répartition du travail, un soutien renforcé du gestionnaire de proximité et des mécanismes de communication plus directs avec les autres équipes.

Transformer des équipes, mais également leur environnement

Il serait toutefois insuffisant de demander seulement aux équipes de changer.

Une équipe ne peut devenir réellement responsable si son environnement demeure inchangé.

Le projet de transformation doit donc associer simultanément l'équipe de soins, qui accepte une mission et une responsabilité plus claires; l'établissement, qui lui donne davantage de capacité d'agir et adapte ses services de soutien; le Centre régional de coordination, lorsque certaines difficultés dépassent les capacités de l'établissement; et Santé Québec établit le cadre commun et permet au réseau d'apprendre, sans déterminer à distance les outils concrets dont chaque équipe a besoin.

Ainsi, une expérimentation ne porte pas seulement sur une nouvelle façon de pratiquer la médecine ou les soins infirmiers. Elle porte sur une nouvelle façon d'organiser l'ensemble des relations autour de l'équipe.

Donner aux équipes un mandat clair et les moyens de l'exercer

Chaque milieu participant devrait commencer par une question très simple :

Quelle population ou quelle clientèle cette équipe accepte-t-elle de prendre sous sa responsabilité, et quels résultats s'engage-t-elle à améliorer?

Cette clarification est essentielle.

Sans elle, la transformation risque rapidement de devenir une collection d'innovations intéressantes mais sans cohérence.

La mission doit ensuite être accompagnée des moyens nécessaires.

L'équipe doit pouvoir modifier certains processus, organiser différemment son travail, disposer des ressources, des équipements, des outils et des environnements nécessaires à sa mission, obtenir un soutien de proximité et construire de nouvelles relations avec les équipes dont elle dépend pour ses parcours.

Le principe demeure celui que nous avons établi à la section 3 :

La responsabilité doit être accompagnée de la capacité d'agir.

Mesurer ce qui compte vraiment

La transformation proposée doit être évaluée, sans que la mesure devienne une nouvelle charge bureaucratique. Elle doit répondre à une question fondamentale : cette organisation améliore-t-elle réellement la capacité de l'équipe à prendre soin de sa population ou de sa clientèle?

Les indicateurs devraient donc porter prioritairement sur l'accès, la continuité, la qualité, l'expérience des citoyens, la mobilisation des professionnels, la prévention, l'utilisation des ressources et la capacité à répondre de façon proactive aux besoins. Ils devraient également permettre d'apprécier certains effets organisationnels, notamment le temps professionnel libéré, la fluidité des communications, les délais de transition et la capacité des établissements à résoudre rapidement les problèmes signalés par les équipes.

L'objectif n'est pas de démontrer que chaque initiative fonctionne parfaitement, mais de comprendre ce qui fonctionne, dans quelles conditions et comment l'améliorer.

UNE TRANSFORMATION PROGRESSIVE

Commencer. Évaluer. Apprendre. Partager. Déployer.

Une transformation durable dépend moins de la rapidité avec laquelle on impose un modèle que de la capacité du système à apprendre des expériences réussies, à corriger ce qui fonctionne moins bien et à diffuser progressivement les pratiques qui démontrent leur valeur.

Apprendre, partager et déployer progressivement

Le système québécois possède déjà une quantité considérable d'innovations locales. Le défi n'est pas toujours de trouver de nouvelles idées, mais de reconnaître celles qui fonctionnent, de comprendre pourquoi elles réussissent et de permettre à d'autres équipes de s'en inspirer.

Santé Québec et les Centres régionaux de coordination ont ici un rôle important. Ils devraient favoriser une véritable infrastructure d'apprentissage collectif permettant d'identifier, de documenter et de partager les expériences réussies sans chercher à uniformiser leur mise en œuvre.

Le déploiement doit lui aussi demeurer progressif. Toutes les régions ne disposent pas des mêmes ressources et les besoins d'un grand centre urbain ne sont pas ceux d'un territoire rural ou éloigné. Ce qui doit être commun, ce sont les principes du modèle : responsabilité claire, capacité d'agir, résultats mesurés, soutien organisationnel et imputabilité. Les modalités concrètes doivent pouvoir s'adapter aux réalités locales.

La transformation cesse alors d'être une succession de réformes imposées périodiquement pour devenir un processus permanent d'apprentissage et d'amélioration.

Une transformation capable d'agir simultanément sur plusieurs problèmes

La force de cette proposition tient au fait qu'elle ne cherche pas une solution indépendante à chacun des problèmes identifiés au début de ce document. Elle agit plutôt sur plusieurs de leurs causes organisationnelles communes.

Une équipe responsable et bien soutenue peut améliorer l'accès en organisant mieux les demandes de sa clientèle et en utilisant plus efficacement les compétences de ses membres. Elle peut renforcer la continuité en demeurant

le point d’ancrage du citoyen lorsque celui-ci doit recevoir des soins ailleurs. Des communications plus directes entre les équipes et des responsabilités mieux définies peuvent réduire la fragmentation des parcours et certaines pertes d’information.

Une meilleure connaissance de la clientèle permet également d’intervenir plus tôt auprès des personnes vulnérables et de prévenir certaines détériorations qui conduisent aujourd’hui à l’urgence ou à l’hospitalisation. Une organisation du travail mieux adaptée, des outils et des environnements appropriés et un soutien de proximité peuvent, pour leur part, libérer du temps professionnel et augmenter la capacité clinique.

Ces effets ne seront ni automatiques ni uniformes. Ils devront être mesurés. Mais ils illustrent pourquoi une transformation de l’organisation et du fonctionnement des soins peut agir simultanément sur plusieurs difficultés qui, aujourd’hui, se renforcent mutuellement.

Commencer rapidement, transformer progressivement

Une stratégie progressive ne signifie pas une stratégie lente.

Le gouvernement peut donner une orientation claire en reconnaissant les équipes de soins comme l’unité fondamentale de l’organisation. Santé Québec peut définir un cadre permettant aux équipes et aux établissements volontaires de s’engager. Les établissements peuvent identifier des équipes prêtes à agir, renforcer leur gestion de proximité et leur donner la marge de manœuvre nécessaire pour expérimenter de nouvelles façons de travailler.

Les premières transformations peuvent ainsi commencer rapidement, être évaluées et adaptées avant d’être élargies. Ce qui importe est que ces initiatives ne demeurent pas une série de projets locaux isolés, mais qu’elles s’inscrivent dans une vision commune de l’évolution du système.

Une transformation fondée sur la confiance et l’imputabilité

Aucune transformation de cette nature ne peut réussir si elle repose uniquement sur la réglementation ou le contrôle. Elle exige l’engagement des professionnels, des gestionnaires, des dirigeants et des décideurs.

La confiance ne signifie pas l’absence d’imputabilité. Elle suppose au contraire une relation plus exigeante : le système reconnaît la compétence des équipes et leur accorde une réelle capacité d’agir; les équipes acceptent en retour une responsabilité explicite envers leur clientèle et rendent compte de leurs résultats.

L'objectif n'est finalement pas de créer une nouvelle structure, mais de changer la manière dont les structures existantes exercent leurs responsabilités : rapprocher les décisions du terrain, soutenir davantage ceux qui produisent les soins et évaluer davantage la réussite du système à partir des résultats obtenus auprès des citoyens.

CONCLUSION

Remettre les équipes de soins au cœur du système

Le système de santé québécois dispose déjà de compétences, d'établissements, d'infrastructures et d'une capacité d'innovation considérables. La question centrale n'est donc pas seulement de savoir quelles ressources ajouter, mais comment mieux organiser celles qui existent afin qu'elles produisent pleinement leurs effets pour les citoyens.

La proposition développée dans ce document tient en une idée directrice : le citoyen doit être au centre de son équipe de soins, et les équipes de soins au cœur du système. Pour que cette responsabilité soit réelle, elle doit être accompagnée d'une capacité d'agir et d'un environnement conçu pour soutenir les équipes plutôt que pour se substituer à elles.

L'architecture proposée découle de cette logique : le niveau national fixe le cap; les Centres régionaux coordonnent ce qui dépasse les frontières d'un établissement; les établissements organisent et soutiennent les ressources; les équipes les transforment en soins, en accompagnement, en prévention et en amélioration de la santé. Chaque niveau existe pour permettre au niveau suivant de réussir sa mission.

Cette transformation peut commencer progressivement, avec des équipes et des organisations prêtes à agir, puis s'élargir à partir des résultats obtenus et des apprentissages réalisés. Son enjeu principal est moins de créer de nouvelles structures que de faire évoluer la culture du système vers davantage de responsabilité, de confiance, de subsidiarité et d'amélioration continue.

La prochaine étape de l'évolution du système de santé québécois pourrait ainsi commencer par une question simple : que devons-nous faire, à chacun des niveaux du système, pour permettre aux équipes de soins de mieux accomplir leur mission auprès des citoyens?

À propos de l’auteur

Marc Dionne, médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique, est diplômé de la Faculté de médecine de l’Université Laval et titulaire d’une maîtrise en santé publique de l’Université Johns Hopkins. Après avoir commencé sa carrière en médecine générale, il a consacré l’essentiel de sa vie professionnelle à la santé publique, à l’organisation des services de santé, à la prévention et à la recherche clinique.

Il a notamment été chef de département de santé communautaire et directeur des services professionnels de l’Hôpital de Beauceville, directeur de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, puis directeur scientifique de l’Institut national de santé publique du Québec, dont il a également assumé la direction générale par intérim. Son parcours l’a amené à participer directement à la conception et à l’implantation de plusieurs infrastructures importantes de santé publique au Québec, notamment le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, le Comité sur l’immunisation du Québec et le Protocole d’immunisation du Québec.

Chercheur clinicien au Centre de recherche du CHU de Québec–Université Laval depuis plusieurs décennies, il a dirigé ou participé à de nombreux essais cliniques et travaux d’évaluation en vaccination. Depuis 2024, il agit comme responsable médical de la Clinique Recherche Innovation du Centre de recherche du CHU de Québec, poursuivant ainsi un engagement professionnel qui associe recherche, innovation, pratique clinique et réflexion sur l’organisation des soins.

Une trajectoire professionnelle au croisement de la pratique clinique, de la santé publique, de la recherche et de l’organisation des soins.

À PROPOS DE LA PRÉPARATION DE CET OUVRAGE

Cet ouvrage est le résultat d'une réflexion personnelle développée au fil de nombreuses années sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé québécois. Sa préparation a toutefois bénéficié d'une collaboration importante avec ChatGPT^{MD}, développé par OpenAI^{MD}.

Au cours de nombreux échanges, ChatGPT^{MD} a été utilisé comme interlocuteur dans le développement de la réflexion et comme outil de travail pour en structurer et en approfondir la présentation. Sa contribution a été substantielle : aide à l'organisation des idées et à la structuration de l'ouvrage, discussion et mise à l'épreuve de certaines propositions, recherche de formulations plus précises, rédaction et révision de passages à partir des orientations qui lui étaient soumises, synthèse de matériel accumulé au cours du travail, ainsi que soutien à la conception des figures, à l'édition et à la mise en page du document.

Cette collaboration a permis un processus itératif dans lequel les propositions ont été discutées, reformulées, critiquées et progressivement précisées. L'intelligence artificielle a ainsi joué un rôle important dans la transformation d'un ensemble considérable de réflexions et de matériel en un ouvrage structuré et, je l'espère, accessible.

Les idées directrices, les orientations et les propositions présentées dans cet ouvrage demeurent les miennes. J'ai déterminé les positions retenues, effectué les arbitrages nécessaires, revu le contenu produit au cours de cette collaboration et approuvé la version publiée. J'assume donc pleinement la responsabilité du contenu de cet ouvrage.

Bibliographie sélective

La présente bibliographie rassemble les principaux ouvrages et documents qui ont nourri la réflexion développée dans cette publication ou qui contribuent à documenter les enjeux d'organisation, d'accès, de continuité, de prévention et de transformation du système de santé québécois. Elle ne vise pas à constituer une recension exhaustive de la littérature. La réflexion a également été nourrie par de nombreux éditoriaux, reportages, lettres ouvertes, témoignages et interventions dans le débat public qui, sans être tous cités individuellement, ont contribué à mieux comprendre les préoccupations des citoyens, des professionnels et des gestionnaires du réseau.

Ouvrages ayant nourri la réflexion

Després, Jean-Pierre. 2023. La Révolution active : de la gestion de la maladie à la promotion de la santé. Montréal : Les Éditions du Journal.

Dubé, Christian. 2026. Transformer le réseau autrement : comprendre les tensions, mobiliser les acteurs et bâtir un système de santé plus cohérent et accessible. Document de réflexion.

Hébert, Réjean. 2023. Soigner les vieux : chroniques d'un médecin engagé. Montréal : Éditions La Presse.

Mailhot, Pascal, et Marie-Michèle Sioui. 2025. L'indomptable Mammouth : de l'assurance-maladie à Santé Québec : un demi-siècle de réformes en santé. Montréal : Somme toute / Le Devoir.

Mintzberg, Henry. 2023. Comprendre les organisations... enfin ! Montréal : Les Éditions de l'Homme.

Rapports et publications québécoises

Assemblée nationale du Québec

Assemblée nationale du Québec. 2025. Projet de loi no 2 — Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services. Québec : Éditeur officiel du Québec.

Mémoires déposés à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations parlementaires portant sur l'accès aux services médicaux et l'organisation des soins.

Santé Québec

Santé Québec. 2025. Plan stratégique 2025-2028. Québec : Santé Québec.

Santé Québec. 2025. Rapport annuel de gestion 2024-2025. Québec : Santé Québec.

CIRANO

Bellemare, Lisa, Jani Boyer, Yasmine Benzidane, Emmanuelle Arpin, François Castonguay et Olivier Jacques. 2025. Entre public et privé : le système de santé du Québec à la croisée des chemins. Synthèse critique du 42e Colloque Jean-Yves Rivard 2025. Pour réflexion 2025PR-10. Montréal : CIRANO.

Bosson-Rieutort, Delphine, Juliette Duc, Erin C. Strumpf et Alexandra Langford-Avelar. 2025. Qu'en est-il des besoins en santé des aînés au Québec ? Portrait détaillé du recours aux services de santé durant la dernière année de vie. Perspectives 2025PJ-06. Montréal : CIRANO.

Sourial, Nadia, Géraldine Layani, Erin C. Strumpf, Maude Laberge, Roxane Borgès Da Silva, Erin Britton, Réal Barrette, James Kiambati, Magloire Yapi, Amélie Tremblay et Émilie Develay. 2026. État du mieux-être et de la satisfaction des médecins de famille au Québec : résultats d'un sondage auprès des médecins de famille. Rapport de projet 2026RP-05. Montréal : CIRANO.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2024. Plan d'action gouvernemental 2024-2029 — La fierté de vieillir. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2025. Portrait et perspectives des services CLSC au Québec. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2025. Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2026. Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2026. Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2026. Programme national de santé publique 2025-2035 — Pour un Québec en santé, équitable et résilient. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2026. Plan d'action gouvernemental 2026-2031 — Unir nos forces pour mieux prévenir, associé à la Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035. Québec : Gouvernement du Québec.