

RÉPARER ET RELANCER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Partir des besoins des citoyens et redonner aux équipes de soins la responsabilité et la capacité d'agir

Une contribution au débat sur l'avenir du système de santé québécois

Marc Dionne, médecin
Septembre 2026



*Des soins plus accessibles,
plus humains et plus performants
pour tous les Québécois*

*Des gens en santé.
Des communautés plus fortes.*



UNE PROPOSITION EN CINQ VOLETS

Pour permettre à notre système de santé de répondre avec rapidité et attention aux besoins des citoyens

- 1 Connaître et comprendre les besoins des citoyens, des patients, des clientèles et des communautés.
- 2 Miser sur les équipes de soins, de services et de prévention et leur donner la responsabilité, l'autonomie et les moyens nécessaires pour agir.
- 3 Organiser l'accès autour de responsabilités claires : première ligne, filet de sécurité dans chaque territoire de CLSC, soins spécialisés et services d'urgence.
- 4 Configurer l'organisation pour soutenir les équipes en clarifiant le rôle de l'État, de Santé Québec, de la coordination régionale, des établissements et de leurs installations.
- 5 Donner le cap et le mettre en œuvre progressivement par des décisions cohérentes pour tout le réseau, des rythmes adaptés aux milieux et une mesure des résultats.

Pourquoi ce document maintenant?

Ce document présente ma contribution au débat sur l'avenir du système de santé québécois. Il résume une proposition inspirée par ce que m'ont appris mes 55 années de pratique médicale et la mise en place de la Clinique Recherche Innovation en 2024 : plutôt que d'entreprendre une nouvelle grande réforme de structures, nous devrions redonner aux équipes de soins la responsabilité, les moyens et la marge de manœuvre nécessaires pour répondre aux besoins des citoyens et des populations qu'elles desservent.

La campagne électorale offre une occasion particulièrement propice pour discuter de cette orientation. Elle appartient cependant au débat public et ne s'adresse à aucun parti en particulier. Les formations politiques proposent des mesures sur l'accès, les urgences, la première ligne, les soins spécialisés, le maintien à domicile, le personnel et les coûts. Plusieurs peuvent être utiles. Leur effet demeurera cependant limité si elles complexifient davantage un système qui répartit déjà les responsabilités et les actions entre de multiples structures, programmes, mécanismes et règles administratives.

Je propose donc de partir d'une question plus simple : lorsqu'un citoyen a besoin de soins ou de services, qui se reconnaît responsable de lui apporter une réponse et dispose réellement des moyens pour agir?

C'est autour de cette question que s'organise la proposition : faire de l'équipe de soins l'unité opérationnelle fondamentale du système et configurer les autres composantes du réseau pour lui permettre d'accomplir sa mission.

Il ne s'agit pas de tout recommencer. Notre système possède des professionnels compétents, des équipes qui donnent des soins de grande qualité, des établissements solides, des infrastructures importantes et de nombreuses pratiques innovantes. Nous pouvons miser sur ces acquis, rapprocher la responsabilité du terrain et redonner aux équipes l'agilité, les moyens et le soutien nécessaires pour mieux répondre aux besoins des citoyens.

1. Partir des besoins du citoyen et du patient

Un citoyen qui développe un problème de santé ne devrait pas avoir à comprendre l'architecture du réseau avant de savoir où demander de l'aide. Lorsqu'il devient patient, le système devrait rapidement déterminer ses problèmes, les soins et services requis et l'équipe responsable de s'assurer qu'il les obtient.

Connaître suffisamment le patient pour décider et agir

Une telle équipe doit disposer d'un portrait suffisamment global et à jour de la situation du patient. Les problèmes actifs, les traitements pertinents, les limitations fonctionnelles, les facteurs de risque et, lorsque cela influence les soins, certains éléments familiaux ou sociaux doivent être accessibles à ceux qui en ont besoin pour décider et agir.

Elle doit aussi pouvoir voir ce qui reste à faire : consultation, examen diagnostique, suivi infirmier, chirurgie, réadaptation, soutien psychosocial, soins à domicile ou autre intervention. Un besoin identifié doit devenir une action planifiée, priorisée et suivie.

Le dossier personnel de santé : un moyen au service de cette responsabilité

Un dossier personnel de santé peut rendre cette information plus utile au citoyen et aux équipes qui participent à ses soins. L'information n'a de valeur que si elle permet de reconnaître un besoin, de décider d'une action et de vérifier qu'elle a effectivement eu lieu. Le dossier personnel, le dossier médical

électronique, les registres, les alertes et les tableaux de bord sont donc des moyens au service d'une responsabilité clinique et organisationnelle.

2. Faire de l'équipe de soins le centre de gravité du système

La médecine moderne est devenue trop complexe pour que toute la continuité repose sur un professionnel isolé. Le médecin de famille demeure, pour beaucoup de citoyens, une relation clinique et un sentiment de sécurité précieux. L'équipe permet de préserver cette relation personnalisée tout en lui donnant une capacité collective.

J'entends par équipe de soins un groupe identifiable de travailleurs et de professionnels réunissant les compétences, le personnel de soutien et la gestion de proximité nécessaires pour assumer une mission auprès d'une population, d'une clientèle ou de ses patients. Un GMF est ainsi une équipe de première ligne. Une équipe de chirurgie, de cardiologie, d'urgence, de maintien à domicile ou de CHSLD constitue une autre forme d'équipe, adaptée à une mission différente.

Ces équipes travaillent au sein d'un établissement et d'une de ses installations, tel un CLSC, un CHSLD, une ressource intermédiaire ou un hôpital, qui doivent leur fournir l'environnement physique, technique et logistique dont elles ont besoin.

Responsabilité, autonomie et moyens doivent aller ensemble

On ne peut demander aux équipes d'être responsables de leurs résultats sans leur donner une capacité réelle d'agir. Elles doivent pouvoir organiser leur travail, utiliser au mieux les compétences de leurs membres, participer au choix des ressources dont elles ont besoin et communiquer directement avec les autres équipes.

Leurs moyens comprennent les ressources humaines, les outils professionnels et technologiques, les équipements, les matériels, les plateaux techniques et les aménagements physiques adaptés à leur mission. Un gestionnaire de proximité disposant d'une autorité réelle doit pouvoir aider l'équipe à résoudre rapidement les obstacles organisationnels et à mobiliser les ressources nécessaires.

Le principe est simple : responsabilité, autonomie et moyens doivent progresser ensemble.

3. Organiser l'accès autour de responsabilités claires

Première ligne : responsabiliser les équipes qui connaissent leur clientèle

Pour l'accès de première ligne, il faut reconnaître, soutenir et responsabiliser les GMF et les autres équipes de première ligne capables d'assumer une clientèle ou une population clairement définie, notamment en maintien à domicile, en santé mentale, auprès de l'enfance et dans d'autres domaines de proximité. Lorsqu'un patient est rattaché à une équipe, celle-ci devrait recevoir sa demande, en apprécier la nature et organiser la réponse avec le professionnel ou le service approprié.

Le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) a cherché à répondre à un problème réel : celui des citoyens sans accès clair à une première ligne. Mais il ne devrait pas devenir une façon permanente de redistribuer les demandes de patients connus entre des équipes qui ne les connaissent pas. À mesure que les équipes reprennent la responsabilité de l'accès pour leur clientèle et qu'un filet de sécurité territorial est organisé, son rôle devrait pouvoir être progressivement réduit.

Chaque territoire de CLSC doit disposer d'un véritable filet de sécurité

La responsabilité de répondre à tous les besoins de première ligne ne peut reposer uniquement sur les GMF. Dans chaque territoire de CLSC, le réseau public devrait disposer d'une équipe multidisciplinaire polyvalente capable de prendre en charge les citoyens qui ne peuvent être adéquatement rattachés à une autre équipe. Elle ne constituerait pas une nouvelle porte d'entrée administrative : elle serait le filet de sécurité clinique du territoire.

Ainsi, une personne âgée isolée, un patient souffrant de maladie mentale, un citoyen en situation de grande vulnérabilité sociale ou quelqu'un n'ayant pas réussi à trouver un médecin ne devrait pas être laissé sans une équipe identifiable capable de le connaître et de l'accompagner.

À côté de cette responsabilité de soins et de services, une équipe de santé publique identifiable devrait assumer, pour le territoire, les fonctions de protection, de prévention et de promotion de la santé. L'ancrage de toutes les équipes n'est pas identique : il est fortement territorial pour le maintien à domicile ou la santé publique et davantage lié à une clientèle clinique pour une équipe spécialisée qui dessert plusieurs territoires.

Soins spécialisés : rétablir les relations directes entre équipes

Les équipes spécialisées en chirurgie, en médecine ou dans les autres domaines devraient connaître la nature et le volume des demandes qui leur sont adressées et participer directement à leur priorisation. Elles devraient pouvoir conseiller les équipes de première ligne, organiser rapidement une consultation lorsqu'elle est nécessaire et établir des corridors vers d'autres équipes lorsqu'elles ne peuvent répondre elles-mêmes à la demande.

Les mécanismes centralisés ne devraient intervenir que lorsqu'ils apportent une valeur réelle. Le rôle actuel des CRDS devrait donc être profondément revu afin de rétablir les relations professionnelles directes entre les équipes qui demandent un service et celles qui peuvent le fournir.

Services d'urgence : traiter rapidement et dignement tous les besoins urgents

Tous les besoins urgents ne concernent pas des personnes en danger de mort ou de complications majeures, les P1 et P2 comme on les qualifie dans les salles d'urgence. Une personne âgée désorientée, une personne en crise psychosociale, un patient ayant un problème psychiatrique aigu ou quelqu'un présentant un problème médical mineur nécessitant néanmoins une réponse rapide ne devraient pas automatiquement être dirigés vers la même salle d'attente et le même processus de prise en charge par un médecin spécialiste en urgentologie.

Les établissements devraient pouvoir organiser différents parcours d'accueil adaptés aux besoins : urgences médicales majeures, problèmes médicaux mineurs, urgences psychiatriques, urgences psychosociales et autres situations nécessitant une réponse rapide. L'objectif n'est pas de multiplier les structures, mais d'éviter que des patients ayant des besoins très différents soient indistinctement placés dans le même processus d'attente.

La dignité et la rapidité de la réponse ne devraient pas dépendre uniquement du risque immédiat de mourir.

4. Configurer l'organisation pour soutenir les équipes

Faire des équipes le centre de gravité ne signifie pas affaiblir l'État ou abolir toute organisation. Il faut au contraire clarifier les responsabilités de chacun et rapprocher la décision du niveau qui possède l'information et la capacité d'agir.

L'État et le niveau central : fixer le cap, allouer les ressources et en maximiser l'utilisation

L'État québécois demeure ultimement responsable de garantir à sa population un système accessible, équitable, de qualité et financièrement soutenable. Le gouvernement et le ministre déterminent les grandes orientations, les droits des citoyens, les objectifs collectifs et les ressources consacrées à la santé. La mise en œuvre de ces orientations et décisions doit être assumée par un mécanisme opérationnel. Le gouvernement en a confié le mandat à Santé Québec, mais il doit en demeurer ultimement responsable.

La coordination régionale : organiser ce qui dépasse un établissement

Une coordination régionale demeure nécessaire pour les ressources rares, les grands plateaux diagnostiques et thérapeutiques, certains corridors régionaux ou suprarégionaux et les capacités qui dépassent un établissement. Cette coordination doit soutenir les établissements et les équipes plutôt que devenir un niveau supplémentaire de contrôle opérationnel.

Les établissements : leur redonner une identité et une capacité de gestion

Les immenses regroupements administratifs des dernières décennies ont éloigné une partie importante du pouvoir de décision des endroits où les soins sont produits. Je propose de reconnaître clairement des hôpitaux ainsi que des Centres de santé et de services sociaux et des établissements à vocation mixte réunissant des missions hospitalières et de santé et services sociaux, chacun disposant d'une véritable équipe de gestion sur place.

Une telle organisation pourrait conduire à retrouver un ordre de grandeur voisin d'une centaine d'établissements, en s'inspirant de l'échelle des CSSS qui existait avant les grandes fusions et en préservant une gouvernance propre pour les hôpitaux spécialisés qui en ont besoin.

Chaque établissement regrouperait les installations nécessaires à ses missions — bâtiments hospitaliers, CLSC, CHSLD et autres lieux de services — sans confondre l'établissement, qui organise et soutient, avec l'installation, qui constitue un lieu physique, ni avec l'équipe, qui produit les soins et services.

Chaque niveau existe pour permettre au niveau suivant de réussir sa mission. Il faut coordonner sans contrôler inutilement.

5. Donner le cap et le mettre en œuvre progressivement

Un nouveau ministre de la Santé n'aurait pas besoin d'annoncer une autre réforme majeure dans ses premières semaines. Il pourrait annoncer que cette nouvelle répartition des responsabilités devient l'orientation générale du réseau et demander à Santé Québec d'aligner progressivement son fonctionnement, ses mécanismes de financement, ses exigences administratives et ses modes de reddition de comptes sur cette orientation.

- Reconnaître officiellement l'équipe de soins comme l'unité opérationnelle fondamentale du réseau et faire aller ensemble responsabilité, autonomie, moyens et évaluation des résultats.

- Responsabiliser les GMF et les autres équipes de première ligne envers leur clientèle; organiser, par territoire de CLSC, un filet de sécurité multidisciplinaire pour les citoyens sans rattachement adéquat.
- Redonner aux équipes spécialisées une responsabilité directe dans l'évaluation, la priorisation et l'organisation de l'accès à leur expertise, avec communication directe entre équipes.
- Organiser des parcours d'accueil adaptés pour que les besoins urgents mineurs, psychiatriques, psychosociaux ou liés à la fragilité puissent recevoir rapidement une réponse digne.
- Simplifier la rémunération médicale lorsque cela est approprié, notamment sur la base d'un honoraire à taux horaire modulable, et utiliser les mécanismes de capitation pour financer les ressources nécessaires à l'accueil, au suivi et à l'accompagnement de la clientèle.
- Permettre des modalités de pratique plus souples pour prolonger la contribution de professionnels expérimentés lorsque leurs compétences demeurent adaptées aux fonctions exercées, tout en maintenant les exigences nécessaires de qualité et de sécurité.
- Élargir les équipes à des travailleurs possédant des compétences scientifiques, techniques ou cliniques utiles lorsque les fonctions confiées ne requièrent pas l'appartenance à un ordre professionnel ou l'exercice d'un acte réservé.

Ces orientations devront être précisées avec les professionnels, les établissements, les ordres et les autres acteurs concernés. Mais la concertation ne doit pas empêcher le gouvernement de fixer clairement la destination recherchée.

Une orientation pour tout le réseau, à des rythmes différents

Cette transformation ne devrait pas être limitée à quelques projets pilotes. Elle devrait devenir l'orientation générale de l'ensemble du système de santé québécois. Les équipes assumeraient progressivement une responsabilité plus claire envers leur clientèle, leurs patients ou leur population, et les établissements auraient comme responsabilité première de les soutenir.

Cela ne signifie pas que toutes les équipes et tous les établissements pourront atteindre simultanément le même niveau d'autonomie et de responsabilité. Certaines équipes sont déjà très près de ce modèle et pourraient avancer rapidement. D'autres auront besoin de temps, de ressources supplémentaires, d'un meilleur leadership de proximité ou d'un accompagnement particulier.

Il faut être exigeant sur la destination, souple sur les moyens et réaliste sur le rythme. Les milieux les plus avancés devraient pouvoir démontrer rapidement ce qu'il est possible d'accomplir. Leur expérience servirait aux autres sans devenir un nouveau modèle uniforme imposé mécaniquement partout.

Le gouvernement devrait suivre moins le respect uniforme de processus administratifs que la progression vers les résultats recherchés : accès, continuité, qualité, expérience des patients, expérience des travailleurs, prévention et efficience.

On donne le cap à tout le réseau. On permet aux équipes prêtes à avancer de le faire rapidement. On soutient davantage celles qui ont besoin de temps. Et on mesure les résultats.

Le choix politique

Après des décennies de réformes de structures, le véritable choix n'est plus entre centraliser davantage et procéder à une nouvelle réorganisation administrative. Il est entre deux conceptions du système.

La première cherche à obtenir la performance en multipliant les règles, les mécanismes de contrôle, les structures de coordination et les décisions prises à distance. La seconde reconnaît que les soins et les services sont produits par des équipes compétentes qui travaillent auprès des citoyens et des patients, et

que la responsabilité de l'État est d'abord de leur donner les conditions nécessaires pour réussir, puis de vérifier que les résultats attendus sont effectivement obtenus.

C'est cette seconde voie que je propose. Elle ne demande pas à l'État de se retirer. Elle lui demande d'exercer plus clairement son rôle : fixer le cap, garantir l'équité, fournir les moyens, exiger les résultats et demander à Santé Québec d'organiser son action en conséquence.

Après des décennies de réformes de structures, le prochain grand changement pourrait être de redonner à ceux qui soignent la capacité d'agir.

À propos de la préparation de ce document

Marc Dionne assume la responsabilité des idées, des choix et du texte final de ce document. L'intelligence artificielle ChatGPT a été utilisée comme outil de rédaction, de structuration, de critique et d'édition au cours de sa préparation.