



---

**CHAIRE DE RECHERCHE DU  
CANADA EN SYSTÈMES  
ADAPTATIFS EN SANTÉ ET  
SERVICES SOCIAUX**

---

**Journée de réflexion et lancement**

**28 septembre 2023**



#### Coordination de la conception et de la rédaction

**Anna Goudet** et **Maïa Neff**, professionnelles de recherche, Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux (SA3S), École nationale d'administration publique (ÉNAP)

#### Rédaction

**Anna Goudet**, coordonnatrice de recherche, Chaire SA3S, ÉNAP

**Maïa Neff**, professionnelle de recherche, Chaire SA3S, ÉNAP

**Isabelle Godbout**, doctorante et assistante de recherche, Chaire SA3S, ÉNAP

**Marion Vanharen**, doctorante et assistante de recherche, Chaire SA3S, ÉNAP

**Ella Marcoux**, stagiaire d'un jour du LabRIS niveau secondaire

**Lara Maillet**, professeure agrégée, titulaire de la Chaire SA3S et directrice du Laboratoire en recherches et interventions systémiques en santé (LabRIS), ÉNAP

#### Illustration et facilitation graphique

**Dorothée de Collason**, [do2co](https://do2co.com)

#### Révision linguistique

**Catherine Lambert**, Agente de secrétariat, Direction de l'enseignement et de la recherche, ÉNAP

**Lise Elkas**, Technicienne en administration, CISSS de la Montérégie-Centre, Centre de recherche Charles-Le Moyne (CRCLM)

#### Soutien à la mise en page

**Lise Elkas**, Technicienne en administration, CISSS de la Montérégie-Centre, CRCLM

#### Pour citer ce document

Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux. 2024. *Carnet de synthèse de la journée de réflexion et lancement 2023*. Montréal : École nationale d'administration publique

ISBN : 978-2-89734-081-0 (PDF)

Dépôt légal Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Bibliothèque et Archives Canada, 2024



## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Avant-Propos</b>	4
	<b>Remerciements</b>	5
	<b>Introduction générale</b>	6
	<b>Table ronde n°1</b>	
PL 15 : Impacts sur la privatisation des soins, la cogestion médicale et la participation des usagers.		10
	<b>Table ronde n°2</b>	
Regards croisés sur les trajectoires de soins et services au Québec		34
	<b>Table ronde n°3</b>	
La proximité : au-delà du BUZZ		65
	<b>Atelier</b>	
« Penser le système de santé collectif de demain »		98
	<b>Synthèse</b>	102

## Avant-Propos

Aujourd'hui je vous présente avec beaucoup d'émotions et beaucoup de fierté le Carnet de synthèse de la journée du 28 septembre 2023... Que s'est-il passé en ce 28 septembre pour en faire un carnet synthèse?

Vous le découvrirez en feuilletant ces pages mais de mon point de vue, ce fut le coup d'envoi d'un rêve professionnel et académique que j'ai fait il y a longtemps.

En effet, durant mon doctorat, obtenir une Chaire un jour était une idée lointaine, floue et peu accessible...mais pour être honnête une idée bien stimulante tout de même! Pourquoi? Parce qu'au-delà du prestige et du symbole que cela apporte, c'était surtout l'idée d'un travail collectif, d'équipe qui pouvait servir tant du point de vue de la recherche, des discussions intellectuelles pour « refaire » le monde...mais dans le but d'appuyer ce qu'il se passait sur le terrain, de manière concrète et assez opérationnelle.

Alors aujourd'hui, oui je suis fière d'y être arrivée mais surtout fière d'y être en ayant respectée ce rêve et en y contribuant au quotidien pour améliorer ce qui a besoin de l'être, observer et nommer ce qui doit l'être, que ce soient des tensions nécessaires ou des collaborations inefficaces, et encore de mettre de l'avant les besoins de personnes qui n'ont pas de porte-voix et dont les « paquebots » que sont les systèmes de santé ont tendance à mettre de côté ou à oublier...

Vous découvrirez dans ce Carnet synthèse la richesse des propos tenus, tant du point de vue politique (Table n°1 sur le Projet devenu Loi 15), que du point de vue de la gestion des services sociaux et de santé (Table ronde n°2) que des services de proximité organisés de manière intersectorielle (Table ronde n°3). Et pour conclure cette stimulante journée, vous aurez la synthèse de la part d'un de mes mentors et un des bâtisseurs du système de santé au Québec.

Le système de santé au Québec n'est pas parfait, loin de là. Il paraît souvent à la dérive ou submergé par des courants contraires, voire violents. Cependant, dans le monde d'incertitude qui est le nôtre, il est fondamental de se rappeler que ce système collectif et public nous appartient en tant que citoyen et citoyenne et qu'il est de notre devoir de le faire évoluer, se transformer tout en maintenant sa raison d'être : un rempart à la complète solitude lorsque l'on est mal pris ou vulnérable. C'est notre mission en tant que société qui tend vers plus de justice sociale et durable.

Merci et bonne lecture !

Lara

## Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui se sont déplacées – parfois de loin – pour participer à cette journée, et qui l’ont rendue spéciale et vivante.

Nous remercions l’équipe du Conservatoire de Musique de Montréal et du Conservatoire d’Art dramatique de Montréal, notamment David Perreault Ninacs pour sa flexibilité, son sens de l’organisation et son empathie, ainsi que toute l’équipe technique de son.

Nous remercions le Service des ressources matérielles et immobilières (SRMI) de l’ÉNAP, spécial dédicace à Gilles Beauchemin, ainsi que le Service des technologies de l’information (STI), merci à Cheick Touré. Nous remercions Kevin Nicolas de la direction services-conseils de l’ÉNAP, dont les photos de la journée sont visibles dans cette [galerie](#).

Nous remercions Dorothée de Collason pour sa créativité, son énergie et son sens de l’animation.

Un grand merci à toute l’équipe du LabRIS d’hier et de demain pour l’organisation, l’animation et la logistique de la journée : Aurelle Jouego, Isabelle Godbout, Anna Goudet, Maïa Neff, Georges Alain Tchango Ngalé, Bédél Thierry Tsafack et Marion Vanharen.



Nous remercions Catherine Lambert de la DER de l’ÉNAP, ainsi que Lise ELKAS du CRCLM, pour leur relectures, corrections et adaptation en écriture inclusive du présent Carnet de Synthèse.

Un remerciement bien senti pour Hélène Morais, et un clin d’œil à Paul Lamarche.

Nous remercions également les organismes subventionnaires des Chaires de recherche du Canada, de la Fondation Canadienne pour l’Innovation, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines et des Fonds de recherche du Québec.

## Introduction générale

Le 28 septembre 2023 s'est tenue la première journée de réflexion et de lancement de la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux (SA3S). La Chaire SA3S, portée par Lara Maillet, a pour objectif de contribuer à la création de connaissances et d'interventions innovantes dans les services de proximité, les organisations de santé et les instances de gouvernance multiniveaux, et ce, afin de rendre les systèmes de santé adaptables, plus robustes et accessibles. En soutenant la transformation des organisations de santé et des services de proximité et l'amélioration de la performance via des indicateurs sur l'équité du système de santé, il s'agit donc pour la Chaire de contribuer à la réduction des inégalités sociales et de santé dans le but d'améliorer la justice sociale.

Le programme de la journée était composé de trois tables rondes et d'un atelier. Ils ont été pensés en lien avec le contexte actuel (notamment le projet de Loi 15 – Table ronde 1 et atelier), et en articulation avec les axes principaux de la Chaire SA3S, à savoir : 1) l'axe « *Trajectoires et gestion matricielle* » qui regroupe plusieurs projets de recherche au sein des organisations de santé et du réseau de partenaires impliqués dans des modalités de gestion innovantes » (Table ronde 2); 2) l'axe « *Intervention et gestion de proximité* » avec des recherches qui portent sur la conception, la mise en place et l'évaluation d'interventions de proximité en lien avec les besoins et ressources des milieux (Table ronde 3) et 3) l'axe « *Gouvernance multiniveaux et intersectorielle* » qui vise à documenter et analyser les différents modèles de gouvernance et de collaboration et à mieux cerner les facteurs venant contraindre ou faciliter ces processus au sein d'initiatives intersectorielles (Table ronde 3).



Cette journée a été organisée dans un souci de rassembler les partenaires impliqués dans les différents projets qui constituent la Chaire SA3S, l'objectif de la journée étant aussi de réfléchir collectivement à l'orientation des futurs travaux et de la programmation générale de la Chaire. Les perspectives à explorer ont donc été travaillées avec des personnes issues

des milieux académiques, de la santé et des services sociaux, communautaires et citoyens, que ce soit au cours des échanges pendant les tables rondes, l'atelier créatif ainsi que dans les temps informels tout au long de la journée. Susciter et proposer cet espace de dialogue et de réflexion s'inscrit en cohérence avec la philosophie de recherche engagée auprès des communautés de la Chaire.

**La première table ronde** est intitulée « **PL 15 : impacts sur la privatisation des soins, la cogestion médicale et la participation des usager·ères** ».



Les conférencières apportent une réflexion sur la manière dont le projet de loi 15 risque d'institutionnaliser et d'ancrer l'orientation du système de soins et de santé au Québec vers une gestion privée, processus déjà en cours depuis plusieurs années. Les deux panélistes adoptent une perspective critique sur les effets du PL 15 en termes d'accès aux soins, mais aussi de participation citoyenne aux prises de décisions. Cette première table ronde permet de situer la suite des échanges de la journée au sein d'un contexte politique de modifications législatives majeures en matière d'organisation des systèmes de santé pour les prochaines années.

**La deuxième table ronde** s'intitule « **Regards croisés sur les trajectoires de soins et services au Québec** ». Elle commence par un questionnement sur la manière d'intégrer les patient·es, aujourd'hui faiblement représenté·es, pour qu'elles et qu'ils soient au cœur des systèmes de santé et des réflexions sur l'amélioration des trajectoires. La table ronde renseigne sur les façons dont les panélistes ont procédé dans le contexte de leur travail (pratique clinique et de gestion) et de leur projet de recherche. Comment constituer et organiser en pratique la collaboration entre usager·ères-partenaires, clinicien·nes, chercheur·euses pour travailler ensemble à l'amélioration des trajectoires ? Plusieurs facteurs facilitants se dégagent des échanges, tels que prendre le temps dans un monde de pression de résultats rapides, recruter une personne jouant un rôle de traduction et de facilitation pour le partage de connaissances à l'interface des différents mondes, inclure des usager·ères-partenaires dès la conception d'une recherche et à toutes ses étapes, augmenter le nombre de patient·es-partenaires, être vigilant·e aux critères (et biais) de sélection des personnes intégrées aux recherches ainsi que sur les possibilités effectives de représentation et d'implication dans certains espaces (rapport de pouvoir dans le réseau de la santé et des services sociaux). Le second temps de la table ronde traite des définitions des trajectoires et parcours et de la gestion par trajectoire proposées dans les recherches des panélistes. Malgré les distinctions, tous·tes s'accordent sur un point : replacer l'usager·ère au cœur des trajectoires. Un troisième et dernier temps des échanges porte sur les manières d'intégrer au sein des trajectoires le partenariat entre les chercheur·euses, les gestionnaires, les clinicien·nes et les usager·ères ainsi que sur les manières d'améliorer le fonctionnement des trajectoires.



Par exemple, en prenant davantage en considération la charge affective et émotionnelle présente le long des parcours des patient·es, en partant des besoins et vision des personnes directement concernées, en partenariat avec les professionnel·les de la santé et des services sociaux. Et enfin, en questionnant aussi la manière dont les ressources et les financements sont établis et répartis dans les établissements, à savoir aujourd'hui, en silo, et entrent en contradiction avec des volontés et objectifs de décloisonnements des approches et des pratiques.

**La troisième table ronde**, intitulée « *La proximité : au-delà du buzz* », a permis de s'interroger sur cette notion à partir de plusieurs initiatives au Québec. Si la proximité dispose désormais d'un cadre de référence ministériel pour promouvoir son déploiement à l'échelle du Québec, comment est-elle implantée et soutenue en pratique à travers les territoires ? Par quels acteurs et actrices ? Les premiers échanges permettent d'identifier pour les panélistes ce qui les a conduits à « faire » de la proximité dans l'exercice de leur travail et de leurs recherches. Chacun·e revient également sur sa définition de la proximité. Certain·es l'associent au fait de travailler avec des populations dites « vulnérables », marginalisées et éloignées des services classiques. Elle est aussi décrite comme un ensemble de services faciles d'accès et adaptés aux besoins et expériences des populations. L'accent est également mis sur la question de la prise de la décision, de la gouvernance et du partage de celles-ci avec des partenaires multiples, dont les usager·ères. Enfin, la proximité est associée à une approche globale de la personne et de son environnement. La deuxième partie des échanges interroge le décalage entre ces définitions et la manière effective dont les services sont organisés. Sont notamment nommés les effets de la recherche d'efficacité et de performance dans de courts délais au détriment de l'accès et de la qualité des services pour des personnes difficiles à rejoindre. Sont aussi mentionnés un manque de souplesse, des divergences de points de vue et des tensions inter-partenaires. Et surtout, un manque d'incitatifs pour modifier les pratiques des professionnel·les en matière de proximité et de collaboration, et l'absence d'une vision populationnelle dans certains milieux médicaux. Ce qui pourrait ainsi aboutir à une forme « d'inertie du système ». Enfin, la table ronde s'est achevée sur la question des stratégies à adopter pour déployer le cadre de référence en proximité, notamment sur le volet de la gouvernance. À ce titre, changer les modes de reddition de comptes est mentionné, ainsi que de favoriser des alliances inter-ministères (briser les silos à tous les niveaux notamment en termes de budget pour agir sur l'ensemble des déterminants de la santé). Est également soulignée l'importance de s'appuyer sur ce qui est réalisé par le communautaire, ainsi que par des actrices et acteurs qui sont à l'interface de plusieurs mondes, dont les organisatrices et organisateurs communautaires au sein des CI(U)SSS au Québec. Certain·es panélistes proposent aussi



d'aller prendre exemple sur ce qui se fait déjà dans plusieurs régions (notamment les outils et instruments développés pour documenter les réalités territoriales), de favoriser les « expérimentations » et de transformer plutôt que de recréer de nouvelles initiatives. Et enfin, communiquer autour du cadre de référence permettrait une meilleure connaissance et diffusion de cet outil.

Pendant la journée, une **facilitatrice graphique** a traduit visuellement les propos de chacun·e. Ces planches réalisées « en direct » sont présentées à la fin de chaque restitution de table-ronde. Ces planches ont été retravaillées dans un second temps en collaboration avec les éditrices de ce Carnet Synthèse. Ces versions retravaillées sont présentées au début de chaque table ronde.

La facilitatrice graphique a aussi animé un **atelier créatif** pendant cette journée. Les participant·es ont été réparti·es en sous-groupe, réunissant pour chaque table des individus de fonctions, de milieux de travail et de profils hétérogènes afin de réfléchir collectivement au « *système de santé de demain* ». En utilisant des illustrations et un format « *Une de journal* », les sous-groupes ont cerné certains obstacles majeurs du système de santé et des pistes de solutions concrètes.

À la fin de cette journée, le mot de clôture du Dr. Denis A. Roy a permis de réaliser une synthèse des tables rondes et de proposer une conclusion mettant en valeur les perspectives ouvertes par les différents échanges à l'occasion de cette journée de lancement. Différentes tensions sont nommées, dont celles entre usager·ères, entre citoyen·nes, entre centralisation et décentralisation, entre modes de prestations de soins et services privés ou publics et sur le rôle du ministère.

Ainsi, la programmation de la journée de lancement a été pensée en congruence avec les axes de recherche de la Chaire, tout en les replaçant dans l'actualité du moment, soit le projet de loi 15 qui vise à réformer le système de santé et de services sociaux, la reprise post pandémie, la pénurie de main-d'œuvre et les revendications syndicales de plusieurs corps de métier du réseau de la santé. La suite de la programmation de la Chaire de recherche permettra d'analyser les différents modèles proposés en gestion des services en santé et services sociaux et, nous l'espérons, pourra soutenir des changements systémiques, équitables, adaptables et durables.

## TABLE RONDE N°1

PL 15 : impacts sur la privatisation des soins, la cogestion médicale et la participation des usager·ères



### Introduction

Cette première table ronde de la journée porte sur le projet de loi 15 déposé en mars 2023 par le ministre de la Santé et des Services sociaux Christian Dubé et sur la controverse qu'il suscite.

Le [projet de loi 15](#) a pour objectif de devenir la prochaine loi régissant l'organisation des soins de santé et des services sociaux du Québec pour les prochaines années et générations. Elle succéderait en ce sens aux réformes Couillard (2003-2005) puis à la réforme Barrette ou « Loi 10 » de 2015, ayant mené notamment à la création des CISSS et des CIUSSS. Le PL 15 s'inscrit en ce sens dans tout un cycle de modifications majeures du système de santé et des services sociaux au Québec sur lesquelles nous allons revenir dans la table ronde ci-dessous.

Ce projet de loi a pour ligne directrice officielle la mise en place d'un système de santé plus « efficace », « efficace notamment en facilitant l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services » (2023, p.2).

De plus, un des piliers de ce projet de loi est la mise en place d'une nouvelle société d'État, appelée « Santé-Québec » qui sera chargée de coordonner le volet opérationnel du ministère.

En bref, le projet de loi c'est 1180 articles, 305 pages, 35 lois modifiées, 114 mémoires déposés lors des consultations, mais aussi, des centaines d'amendements.

Et effet le PL 15 est un projet de loi qui a déjà suscité de nombreuses analyses critiques et plus de 100 heures de débats parlementaires au moment de la tenue de cette table ronde.



De grandes inquiétudes portent notamment sur l'orientation vers plus de privatisation du système de santé et moins de participation citoyenne aux prises de décisions.

Dans ce contexte, il s'agit donc de revenir sur ces enjeux et sur la nature des critiques suscitées par le projet, et ce, dans une perspective structurelle. C'est-à-dire porté sur un corps professionnel – en particulier des médecins comme nous le verrons; considéré en tant que champ professionnel doté d'intérêts et inscrit dans des dynamiques de pouvoir. En ce sens, nous souhaitons proposer une lecture qui ne soit pas centrée sur des individus, isolés.

Il s'agit aussi de relever ce qui soulève des questions dans le PL 15. Des questions qui sont politiques et donc de l'ordre du débat public et des choix de société pour ce qui a trait aux contours et à l'orientation que l'on donne au système de santé et des services sociaux, en particulier, en matière d'accessibilité et d'équité pour des services répondant aux besoins des populations, notamment les plus vulnérables.

**Panélistes :**



**Marie Claude Prémont**, professeure de droit public à l'École nationale d'administration publique (ENAP)



**Anne Plourde**, chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).

**Discutant-es :**



**Audrey L'Espérance**, professeure en gestion de la santé et des services sociaux à l'ENAP

**Jocelyn Bernard**, usager-partenaire de plusieurs projets de recherche de la Chaire (absent)



Écoutez cette table ronde sous forme de [Balado](#) !

# PL15 : une loi controversée

## Le contexte



UNE NOUVELLE LOI  
POUR MODIFIER LE  
SYSTÈME DE  
SANTÉ



UNE LOI QUI FAIT L'OBJET DE  
CRITIQUES ET D'INQUIÉTUDES

- 1180 articles
- 305 pages
- 114 mémoires déposés
- des centaines d'amendements
- + de 100 heures de débats parlementaires



## UN VIRAGE VERS PLUS DE PRIVATISATION... ?

1



UN PROCESSUS DÉJÀ EN ŒUVRE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES

1962 1971

AVÈNEMENT DU  
SYSTÈME PUBLIC  
DE SOINS & SERVICES



Les hôpitaux deviennent publics, les CLSC sont créés

DÉCLIN DU  
SERVICE PUBLIC

GMF  
CMS

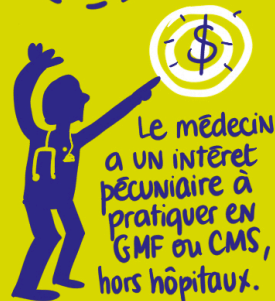
LES GMF ET  
CMS SONT  
AUJOURD'HUI  
MAJORITAIRES

LES MÉDECINS  
PEUVENT EN ÊTRE  
LES  
ACTIONNAIRES  
ET CUMULER  
LES RÉMUNÉRATIONS

ET DONC...



Les médecins cumulent  
les casquettes et les  
rémunérations:  
→ actionnaires



DES PRATIQUES ANCRÉES  
DANS LA LOI PAR LE PL15

## PL15 et régulation de la pratique médicale des médecins

2

Les médecins ont un  
statut particulier dans le  
réseau puisqu'ils sont  
travailleurs autonomes,  
rémunérés à  
l'acte.



→ faible contrôle  
de la pratique

→ Ce sont des médecins  
qui vont gérer des  
médecins →

éviter la main-mise  
du gestionnaire sur les  
décisions de santé

mais en pratique...  
inégalités dans  
l'accès aux soins  
puisque les  
médecins ont plus de  
pouvoir et d'autonomie



Marie-Claude Prémont



Anne Plourde



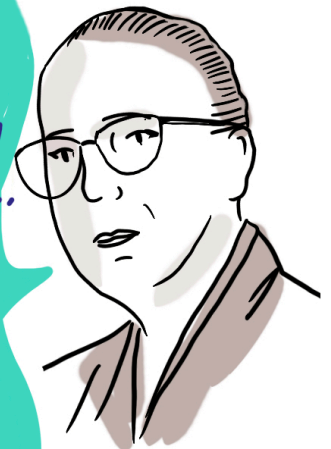
Audrey L'Espérance



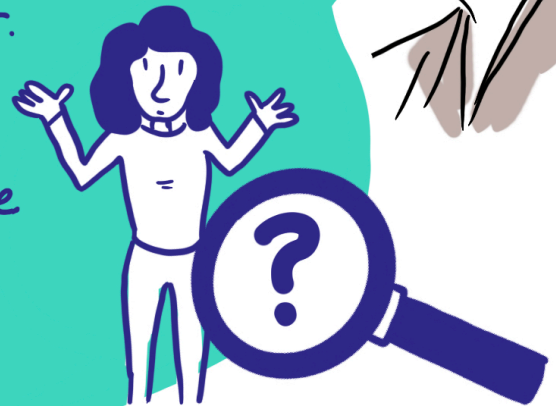
# Quelle place pour les usager.e.s?



DANS les années 70, avec le L4S, le Québec devient un modèle de démocratie pour la participation citoyenne dans la gouvernance. Les usagers ont un rôle et un véritable pouvoir.



Ces espaces ont progressivement disparu par la perte de contrôle et la suppression des C.A.



"Les usagers n'ont pas leur mot à dire, à part de décider d'acheter des services ou de ne pas les acheter. Mais on sait très bien que dans le cas de services médicaux, on ne choisit pas tant que ça."

## CONCLUSION :

 →  
PRIVATISATION  
du système de  
santé

 →  
diminution  
du contrôle  
de la pratique  
médicale

 →  
perte de  
pouvoir  
des usagers  
et citoyens



## Discussion animée par Audrey L'Espérance

### Question 1

*Pouvez-vous nous expliquer comment, selon vous, le projet de loi propose un virage vers plus de délégations de soins, notamment en direction des cliniques privées ?*



#### **Marie-Claude Prémont**

Il m'apparaît nécessaire d'opérer un retour historique car je crois essentiel de revenir sur certaines caractéristiques qui ont été ancrées dans le système de santé pour mieux en comprendre la dichotomie privé-public et, c'est ce qui est en train de se passer aujourd'hui.

Du 19<sup>e</sup> siècle jusque dans les années 1960, les hôpitaux sont en grande partie des institutions privées au Québec (et plus généralement dans l'ensemble du Canada). Il existe d'ailleurs une Association des hôpitaux privés.

En 1961, le gouvernement libéral de Jean Lesage acte un tournant majeur lorsqu'entre en vigueur la Loi de l'assurance-hospitalisation. La loi instaure le fait que les hôpitaux soient désormais financés à 100 % par des fonds publics et que tout·e citoyen·ne résident·e du Québec y ait accès gratuitement.

Pour l'application de cette loi, il s'agit alors de modifier le statut des hôpitaux, qui à ce moment-là, ont encore celui d'établissements privés. En effet, le financement à 100 % d'organisations privées soulève des enjeux importants.

Un an après, la Loi des hôpitaux de 1962 décrète donc que les hôpitaux sont dorénavant des établissements publics<sup>1</sup>. De cette manière, il a été possible d'avoir un régime d'assurance hospitalisation qui soit accessible à tous selon les modalités prévues par la Loi.

Dix ans plus tard, soit en 1970, l'assurance maladie, en plein cœur de la crise d'octobre, est adoptée.

Un système de santé qui a donc été adopté en deux temps. D'abord, l'assurance hospitalisation en 1960, et dix ans plus tard, en 1970, l'assurance maladie. Dès l'année suivante, on adopte la Loi sur les services de santé et les services sociaux (« L4S », 1971).

---

<sup>1</sup> Aujourd'hui, il n'y a plus qu'un seul hôpital privé.

Avec le projet de loi 15 actuel, ce dont on parle c'est finalement le remplacement de cette Loi sur les services santé et les services sociaux (L4S). Et quelle est alors la place des organisations privées dans cette nouvelle L4S, et ce, au-delà même des hôpitaux ?

Depuis quelques décennies, on observe un glissement vers des organisations privées multiples en matière de prestation des soins médicaux<sup>2</sup>.

En 1971, lorsque le ministre Claude Castonguay adopte la première L4S, il déclare en commission parlementaire que 80 % des soins médicaux seront donnés dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC); c'était l'objectif de cette loi.

Et que sont devenus finalement les CLSC ? Ils ne sont aujourd'hui plus que l'ombre d'eux-mêmes. Et on a même conscrit leur personnel pour aller travailler dans les Groupes de médecine de famille (GMF), des entités privées. En somme, on a drainé les organismes publics de prestation de soins médicaux pour créer de nouveaux organismes de prestation de soins, privés. Les GMF pour les omnipraticien·nes et les centres médicaux spécialisés (CMS), pour les médecins spécialistes. Le PL 15 institutionnalise et ancre donc dans la loi, ces deux modes de prestation privée des soins de santé, qu'on avait voulu plutôt publique à l'origine.



Contrairement à ce qu'annonce le ministre Dubé, les GMF n'existent pas dans le projet de loi actuel : juridiquement, un GMF n'est qu'un cabinet de médecin. Et donc, il est du ressort du droit privé. Pourtant, on observe un financement public massif des GMF sous la forme de ressources en nature (du personnel) et en argent. Selon moi, ces transferts financiers de fonds publics et de transfert de personnel payé par les fonds publics à ces organes privés que sont les GMF et les CMS – qui ont cours déjà depuis le gouvernement Couillard – étaient déjà à la limite de la légalité. En effet, les médecins ne sont pas censés, selon la loi, recevoir d'autres revenus que celui qui leur est versé par la RAMQ en vertu des ententes pour les actes médicaux posés. Or, à travers le financement des GMF et des CMS dont les médecins sont actionnaires, ils peuvent extraire d'autres formes de revenus pour leur participation au régime public de soins. Les tribunaux n'ont pas eu l'occasion de se prononcer sur la question, mais cette question ne se posera plus dans la mesure où le projet de loi légalise finalement ces pratiques.

Le ministre Dubé maintient que le PL 15 n'ajoute rien à la L4S actuelle sur ces points ; il est vrai que certaines dispositions y sont déjà présentes. Mais il y a toutes sortes de

---

<sup>2</sup> La dimension des services sociaux fera l'objet d'autres discussions.

mécanismes de gestion et de gouvernance qui sont prévus dans le projet de loi 15 et qui permettront de systématiser ce transfert de la pratique médicale dans les organismes privés et d'assurer d'autres sources de revenus pour les médecins hors des établissements publics.

## Question 2

*Pouvez-vous nous donner une illustration concrète de conséquences de ce glissement du financement public vers le privé ? Par exemple dans les GMF et dans les CMS, qu'est-ce que le PL 15 va permettre aux médecins de faire qu'ils ne peuvent pas faire aujourd'hui ?*



### Marie-Claude Prémont

Tout ! N'oublions pas que les médecins ne peuvent pas recevoir de sursuppléments par rapport à ce qui est convenu dans l'entente négociée selon l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* de 1970. Les médecins hors hôpital sont rémunérés par une majoration du tarif négocié avec les syndicats médicaux (c'est-à-dire les fédérations). En gros, la et le médecin sont payés X \$ pour faire un acte à l'hôpital, et payés X \$ + 30 %, grosso modo, lorsqu'elle et ils le font dans une clinique privée. Donc, le tarif de base et la majoration sont fixés dans l'entente. Il est illégal de payer aux médecins quelque chose de supplémentaire, et ce, indépendamment de leur lieu d'exercice, que ce soit dans le privé ou le public. Ce principe a été maintenu constamment depuis l'adoption de la Loi. Or, dans les GMF, et encore plus dans les CMS, la et le médecin reçoivent sa rémunération prévue par l'entente, mais elle et ils reçoivent quelque chose de plus : son bénéfice en tant qu'actionnaire de sa clinique ; cliniques auxquelles sont accordés des contrats de millions de dollars par le ministère. Dans un GMF, le médecin est en effet actionnaire complet à 100 % de sa clinique, sauf pour la portion de fractionnement fiscale, prévu dans le règlement adopté au moment où on a permis aux médecins de s'incorporer et qui permet de donner des actions non-votantes aux membres de sa famille. Dans les CMS, des investisseurs privés peuvent détenir jusqu'à 50 % moins 1 des actions votantes. Le médecin a donc un intérêt pécuniaire marqué à pratiquer en GMF et en CMS et donc hors des hôpitaux.



*Selon moi, cette pratique de rémunération supplémentaire, qui n'était pas prévue dans la loi, est maintenant légalisée, institutionnalisée, ancrée et va devenir le leitmotiv et le moteur du déploiement futur du système de santé. Et c'est ça qui est inquiétant.*

### Question 3

*Ces différents enjeux ouvrent la question du contrôle de la pratique médicale et de la gouvernance clinique pour les médecins (les médecins une fois de plus, en tant que profession du réseau de la santé et non à l'échelle individuelle).*

*Anne Plourde : quelles sont les mesures prises dans le PL 15 pour réguler la pratique médicale ? Est-ce que des modalités de contrôles sont prévues ?*



#### **Anne Plourde**

Il y a un lien direct entre ce que Marie-Claude Prémont vient de nous décrire et la volonté du ministère d'essayer d'accroître son contrôle administratif sur les médecins. Le PL 15 est en partie une tentative d'accroître le contrôle administratif sur la pratique médicale, car dans le contexte actuel, il est très difficile de contrôler la pratique des médecins. Ceux-ci et celles-ci ont un statut particulier dans le système de santé, ils et elles ne sont pas comme les autres employé-es du réseau de la santé et des services sociaux.

*Les médecins sont en quelque sorte des électrons libres dans le système de santé, ce sont des travailleur-euses autonomes, même ceux et celles qui pratiquent dans les établissements publics sont autonomes.*

Il est donc très difficile pour les gestionnaires d'avoir un contrôle sur eux. Et cela est encore plus vrai pour les médecins qui pratiquent à l'extérieur du réseau public, c'est-à-dire dans des cliniques privées ; ce qui, dans le cas de la première ligne, représente la très grande majorité des médecins de famille.

Historiquement, il y a déjà longtemps que le gouvernement s'est rendu compte que cette très forte autonomie professionnelle des médecins posait plusieurs problèmes.

Il est vrai que cette autonomie est nécessaire, mais jusqu'à un certain point, si l'on veut éviter par exemple que des gestionnaires puissent refuser un traitement médical pour des raisons financières (dans le cas de traitement long et coûteux notamment).

Mais en contrepartie, cette autonomie pose des enjeux dans l'organisation de l'offre de services. En effet, si on laisse aux médecins décider, par exemple, de l'endroit où on ouvre une clinique, des heures d'ouverture de la clinique, du type de patient-e qui est pris-e en charge, il est possible que l'on se retrouve avec des problèmes de mauvaise répartition des ressources sur le territoire et d'incapacité à offrir des services médicaux aux heures où les médecins n'ont pas envie de travailler comme les soirs et la fin de semaine. On peut se retrouver aussi avec des patient-es vulnérables qui ne seront pas pris-es en charge, parce que c'est moins rentable. Ces mécanismes sont en plus aggravés par un contexte de



rémunération à l'acte<sup>3</sup>. Si l'on a autant de difficultés d'accès aux médecins de famille, c'est en bonne partie pour ces raisons-là.

Pour essayer de contrôler un peu plus la pratique médicale, le gouvernement a mis en place des mesures. Cela passe en général par des incitatifs financiers. On va, par exemple, donner des primes aux médecins pour la prise en charge de patient·es plus vulnérables, on va donner des primes pour travailler les soirs, etc. Dans les dernières années, certains mécanismes de contrôle administratif ont aussi été instaurés, comme les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), par lesquels le gouvernement tente d'intervenir pour forcer les médecins à ouvrir leurs cliniques ou à commencer à pratiquer dans certains endroits qui sont considérés moins bien pourvus en services. Ainsi, un certain nombre de postes sont ouverts chaque année dans les différentes régions en fonction des besoins, et les médecins qui débutent leur pratique doivent postuler sur ces postes pour pouvoir pratiquer dans une région. Il y a aussi les activités médicales particulières (AMP) qui sont imposées au médecin de famille : les médecins de famille qui ont moins de 15 ans de pratique doivent effectuer un certain nombre d'heures dans des activités considérées comme prioritaires par les établissements du territoire auxquels ils et elles sont rattaché·e·s. Il peut s'agir d'activité en CHSLD, en services à domicile ou à dans les hôpitaux, par exemple.

Des tentatives ad hoc ont ainsi été mises sur pied progressivement dans les dernières années pour contrôler davantage la pratique médicale. Et le PL15 tente d'aller un peu plus loin dans cette direction. Toutefois, paradoxalement, d'une main on tente d'accroître les contrôles administratifs, mais de l'autre main, on ouvre encore plus grand la porte à la privatisation, et donc à une perte de contrôle accrue du ministère et des gestionnaires sur la pratique médicale.



En effet, pour essayer de pallier cette perte de contrôle, le projet de loi crée de nouveaux mécanismes de contrôle, comme les départements territoriaux de médecine spécialisée et les départements territoriaux de médecine familiale. L'objectif de ces départements territoriaux est que tous·tes les médecins d'un territoire, y compris ceux et celles qui pratiquent dans un cadre privé, doivent obtenir un poste dans un établissement public pour pouvoir pratiquer sur le territoire. Le privilège de pratiquer sur le territoire s'accompagne donc d'obligations pour les médecins.

---

<sup>3</sup> Par exemple, les patient·es vulnérables peuvent impliquer plus de temps en cabinet pour un rendez-vous médical qui sera rémunéré au même tarif qu'un rendez-vous de cinq minutes avec un·e patient·e en bonne condition. De plus, les personnes avec des vulnérabilités d'ordre socioéconomique peuvent avoir besoin d'une prise en charge multidisciplinaire davantage que médicale. Ceci implique pour les médecins de déléguer une partie de la prise en charge, ce qui dans un contexte de rémunération à l'acte, représente une perte de revenu.



Mais il est à noter qu'il y a eu beaucoup de recul dans les amendements déposés concernant la mise en place de ces mécanismes de contrôle sur la pratique médicale dans le secteur privé.

#### Question 4

*Si finalement ces mesures du PL 15 de contrôle de la pratique médicale sont très amendées, quelle régulation effective peut alors être attendue ?*



#### Anne Plourde

Cela dépend de quel-les médecins on parle.

Si on parle des médecins dans le secteur privé, en ce qui concerne les médecins de famille il n'y aura pas de contrôle, parce que suite aux amendements, ils et elles n'auront finalement pas l'obligation de s'inscrire auprès d'un établissement. Ces médecins vont continuer à être soumis-es aux activités médicales particulières, aux PREM, donc aux mécanismes qui existaient déjà. Mais il n'y aura pas de contrôle particulier en lien avec les établissements publics. Dans le fond, on crée avec le PL 15 de nouveaux postes de gestionnaire – le directeur médical ou la directrice médicale, le directeur médical ou la directrice médicale de médecine spécialisée – mais ce sont des médecins qui seront à ces postes. On est encore en mode autogestion de la profession, au sens où il n'y aura pas de gestionnaires non-médecins qui vont réellement contrôler. Le ou la PDG aura certes un pouvoir significatif, mais la vraie gestion au quotidien, ce seront ces directrices et directeurs médicaux.



Dans les amendements qui ont été déposés, il y a aussi des reculs sur les tentatives de contrôle administratif, ou plus précisément une réintroduction de la cogestion médicale : au sens où on redonne au Conseil des médecins, dentistes et des pharmaciens (CMDP) du pouvoir, en forçant les directrices et directeurs médicaux et les PDG à le consulter. Il y a aussi les directrices et directeurs de médecine territoriale qui vont contrôler la pratique privée ; elles et ils seront nommés par des comités paritaires sur lesquels vont siéger les médecins et des gestionnaires – mais ce seront finalement tous-tes des médecins.

La prise de contrôle de la pratique médicale qu'on tente de mettre en place avec le PL 15 était déjà modeste dans sa version initiale, mais avec les amendements cela devient *très* modeste. Évidemment, la cogestion n'est pas nécessairement une mauvaise chose, mais le contraste est frappant si on compare ces reculs avec la façon dont on gère n'importe

quel·le autre employé·e du réseau de la santé et des services sociaux. On est très loin d'une forme de prolétarisation des médecins, si on peut dire !



### Marie-Claude Prémont

En ce qui concerne la pratique privée, finalement, on va se fier à des mécanismes de droit privé pour les contrôler, par opposition à des mécanismes de droit public. En ce sens, on a toujours fait très attention pour que ni les CMS, ni les GMF ne soient des « établissements » au sens de la loi<sup>4</sup>. De cette manière, on ne peut donc pas les contrôler en vertu de la L4S. On utilise simplement des instruments de droits privés par le biais de contrats.

Ces mécanismes de droit privé, c'est quoi ? Quels sont-ils actuellement ? Ce sont la signature de contrats, des ententes avec les GMF. Notamment, à travers le « *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF* ». J'aimerais rappeler que la



Vérificatrice générale du Québec a démontré dans un rapport qu'on ne faisait pas respecter ces contrats signés entre les GMF et le MSSS. Pour les CMS qui pratiquent pour le réseau public, les délégations de services se font aussi par contrat.

Or, il est très difficile de contrôler le respect des contrats. Même à l'intérieur des hôpitaux, le réseau a du mal. Pour l'illustrer, parlons d'un exemple que tout le monde aurait intérêt à connaître : Dans une décision rendue par la Cour supérieure en 2013 (et confirmée par la Cour d'appel du Québec en 2014), pour des événements survenus à l'époque où Gaétan Barrette était le directeur du département de radiologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, on apprend comment s'imbriquent la gestion d'un département hospitalier et la répartition de la rémunération aux médecins. C'est une histoire absolument fascinante, et très rare dans nos archives judiciaires, car ce type de litige qui vient devant les tribunaux survient lorsque les médecins ne sont pas d'accord entre eux. La conjointe de Barrette, médecin elle aussi, n'était pas satisfaite du traitement qu'on lui avait fait, concernant sa réclamation de temps supplémentaire fait pendant ses jours de vacances. Dans cette affaire, le juge lui-même s'étonne de voir que le chef du département de radiologie (Dr Barrette) est en même temps le chef du *pool* de rémunération<sup>5</sup>. Le juge est renversé de voir qui « *run* » l'hôpital : ce n'est pas l'hôpital, ce n'est même pas le syndicat, c'est la petite entreprise privée de mise en commun de la rémunération versée par la Régie de l'assurance maladie. Cela donne lieu à une affaire absolument incroyable ; le juge est gêné parfois de rapporter les paroles de Gaétan Barrette lorsqu'il arrive à la

<sup>4</sup> Les établissements privés existent par ailleurs, comme les CHSLD privés conventionnés.

<sup>5</sup> Les médecins créent des *pools* de rémunération à l'intérieur des hôpitaux pour répartir les rémunérations, s'assurer que si un·e médecin ne peut pas être présent·e, l'autre prend la relève.

réunion de ces médecins pour essayer de les discipliner et de leur dire comment faire les choses. Ce qu'on découvre dans un jugement comme celui-là, c'est la façon dont, même à l'intérieur des établissements publics, comme l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, les médecins sont en situation constante de conflit d'intérêts, c'est-à-dire qu'ils et elles ont une responsabilité par rapport aux patient-es, par rapport à la direction de l'hôpital, mais c'est le partage de la rémunération versée par la RAMQ, *leur* rémunération, qui devient le moteur principal des décisions qui sont prises. Cette affaire met au jour les dessous de la gestion hospitalière, où pourtant on a les meilleurs contrôles, alors imaginez dans le secteur privé.

La réforme ferme complètement les yeux sur cette dimension. Comme Anne Plourde l'a démontré, on a tenté dans le projet de loi de mettre le CMDP sous le directeur médical, etc. Cependant, il y a un recul total sur le contrôle de la pratique médicale dans les amendements qui ont été déposés par la suite. Et cela fait partie de l'histoire du système de santé au Québec, il y a eu plusieurs ministres qui ont essayé, y compris Marc-Yvan Côté au moment de l'adoption de la nouvelle L4S en 1981, et il s'est cassé les dents.



### **Anne Plourde**

J'ai une petite anecdote de conflit d'intérêts dans le même genre. J'avais fait des demandes d'accès à l'information dans le cadre d'une étude sur les GMF, pour avoir accès aux copies des contrats qui sont signés entre les établissements et les GMF. On donne beaucoup de ressources aux GMF, et cela passe par les établissements. En théorie, ces établissements sont censés surveiller et s'assurer que les GMF font bien ce qui est attendu d'eux en échange de ce financement supplémentaire. Ce que l'on attend d'eux, c'est d'être ouvert les soirs et la fin de semaine, et de prendre en charge un certain nombre de patient-es. Ce qu'ils ne font pas dans une grande proportion des cas. Ces ententes avec les GMF sont signées par la directrice ou le directeur régional de médecine générale, qui est un-e médecin. En voyant les copies des ententes, j'ai constaté que dans certains cas, cette personne-là est aussi propriétaire d'un GMF. Et donc j'avais des copies de contrats signés par le directeur régional de médecine générale et par le propriétaire du GMF avec lequel il a lui-même conclu une entente. Les deux signatures sur le document, c'est la même personne. C'est une illustration des gestionnaires qui vont gérer les médecins, donc malgré le fait qu'on introduit de nouveaux gestionnaires avec le PL 15, ça va rester des médecins qui vont gérer des médecins.

## Question 5

*Comment la collaboration interprofessionnelle à l'intérieur du réseau est-elle traitée dans le PL 15 ? Est-ce que vous voyez des changements possibles par rapport aux dynamiques actuelles en matière de collaboration et gouvernance ?*



### Anne Plourde

Je ne vois pas de modification qui soit majeure en ce qui concerne la gouvernance de la pratique médicale, d'autant plus que les reculs en ce sens ont déjà été faits. Il va certes y avoir des modifications importantes en matière de privatisation des services, mais les principaux obstacles à la collaboration et à la pratique multidisciplinaires dans le système de santé sont déjà présents et le restent entièrement.



L'un des obstacles principaux, c'est justement ce statut des médecins comme travailleur·euses autonomes, d'une part, et le mode de rémunération des médecins à l'acte, d'autre part, qui est complètement incompatible avec le développement d'une pratique en équipe. Lorsque les médecins sont payés à l'acte, le fait de déléguer des actes à un·e autre professionnel·le devient pour eux et elles, une perte de revenus. Et, en plus, ils et elles ne sont pas payé(e)s pour les réunions d'équipe.

D'ailleurs, c'est la raison principale pour laquelle, au moment de la création du système public en 1971, au moment des travaux de la commission Castonguay qui ont mené à l'adoption de la L4S, il y a eu une volonté de l'État de remettre en question la rémunération à l'acte et de passer à un salariat pour les médecins pour favoriser une pratique multidisciplinaire. C'est ce qui a été mis en place d'ailleurs dans les CLSC, dans les premières années, là où on souhaitait que la pratique médicale ait lieu à 80 %, les médecins étaient des salarié·es.

*Pour résumer, il y a donc des obstacles structurels à la collaboration. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de collaboration, mais on n'est pas dans un système qui la favorise, on est dans un système, au contraire, qui nuit à la collaboration interprofessionnelle*



### Marie-Claude Prémont

J'ajouterais sur cette question que d'un côté, je suis toujours émerveillée de voir le dévouement que l'on retrouve dans le système de santé, les gens qui se donnent corps et âme et qui ont une vocation, c'est exceptionnel. Pour moi, si je veux résumer, la collaboration qui se fait dans le système de santé, elle est essentiellement le fait de ces personnes exceptionnelles, y compris des médecins, et qui acceptent de collaborer. Mais de l'autre, systémiquement, on est exactement dans le système qu'a décrit Anne Plourde. Donc ces médecins, ce personnel, tous ces travailleurs et travailleuses doivent travailler à contre-courant, à leur corps défendant, pour essayer d'avoir une médecine plus humaine.



### Question 6

*À propos de médecine plus humaine, nous aimerions revenir sur une question que nous a transmise Jocelyn, usager-partenaire de plusieurs projets de recherche et qui devait être discutant de cette table ronde. Quelle est la place des patient-es et des usager-ères du réseau ? Ils et elles sont où dans le PL 15? Une des choses qui est centrale lorsque l'on discute avec des patient-es et des usager-ères du réseau, c'est le besoin d'avoir cette collaboration, cette multidisciplinarité-là dans leurs équipes de soins.*



### Anne Plourde

Ils et elles ont disparu, je dirais. En fait, sur la participation citoyenne des usagères et des usagers à l'intérieur du réseau, le PL 15 se situe en continuité directe avec les réformes des dernières décennies qui ont érodé, et même fait disparaître, ce qui existait de lieux de démocratie, de lieux de décisions où étaient représentés les usagères et les usagers.

Je pense que c'est plus important que jamais de faire un retour historique pour comprendre que ces réformes se sont produites dans un contexte particulier : le Québec était un modèle de démocratisation des services publics, et notamment de la santé et des services sociaux. La L4S, quand elle a été adoptée en 1971, a mis en place un mode de gouvernance des établissements inédit de participation citoyenne.

*Dans chaque CLSC, dans chaque CHSLD, dans chaque hôpital, il y avait un conseil d'administration décisionnel, sur lequel siégeaient des usagères et des usagers.*

Ces usagères et ces usagers-là étaient élus par une assemblée des usagères et des usagers. Dans certains CLSC, les usagères et les usagers étaient quasiment majoritaires, et dans certains cas ils et elles étaient effectivement majoritaires parce que sur le terrain, on choisissait de ne pas avoir de médecin dans le CLSC, donc il n’y avait pas de représentant·e du CMDP, donc il y avait finalement une majorité de citoyennes et de citoyens sur des conseils d’administration. Et ces conseils d’administration avaient un réel pouvoir sur la détermination des orientations, des objectifs, des programmes, du type de services qui allaient être offerts. C’était vraiment la population qui participait à l’élaboration du type de services qui allait leur être offert. C’était un outil très puissant d’adaptabilité du système de santé. Au lieu d’être contrôlé



par un·e PDG; en haut de la tour de Santé Québec ou par la ministre elle-même ou le ministre lui-même qui regarde son tableau de bord et ses indicateurs pour savoir si les services sont rendus, si la population reçoit les soins dont elle a besoin; c’était à la population directement que le personnel devait rendre des comptes, localement, sur le terrain.

Tout cela a été progressivement remis en question et aboli, notamment par des fusions successives d’établissements qui ont fait disparaître un nombre très important de conseils d’administration. Avec la réforme Couillard en 2003, les conseils d’administration ont été réduits au nombre de quatre-vingt-quinze puis avec celle Barrette en 2015 à seulement une trentaine.

Aujourd’hui, il n’y aura plus qu’un seul conseil d’administration, en haut de Santé Québec. C’est la seule instance de pouvoir décisionnel réel qui va continuer d’exister dans le système de santé. Et au sein de ce conseil d’administration de Santé Québec, la totalité des membres va être nommée par le gouvernement, comme n’importe quelle autre société d’État. Il n’y a aucun siège de représentant ou représentante des usager·ères qui est prévu sur ce conseil d’administration.

Il y aura certes un Conseil national des usagers (CNU). C’est une nouveauté, mais finalement, c’est presque un recul, je dirais.

En effet, dans la première version du projet de loi, la totalité des membres de ce Conseil national des usagers, soit les représentant·es des usager·ères, sont nommé·es par le conseil d’administration de Santé Québec. De plus, le directeur ou la directrice du Conseil national des usagers est sous l’autorité directe du ou de la PDG de Santé Québec. C’est encore le cas suite aux amendements. Dans ce contexte, on se demande donc comment un comité va pouvoir jouer son rôle de défense des droits des usager·ères face à une institution sous laquelle il est sous autorité directe.

Par ailleurs, dans la première version de la loi, le Conseil national des usagers avait le rôle de superviser le travail des Comités des usagers régionaux et locaux. On a adouci cela avec les amendements, on a accepté d'avoir trois représentant·es des usagères et des usagers qui vont être nommé·es par les usager·ères, mais ils et elles vont être minoritaires sur le Conseil national des usagers. Et on parle là d'un conseil qui n'a aucun pouvoir décisionnel, il a juste des pouvoirs de recommandation, de surveillance, de défense des droits. Mais même là, on refuse de donner le pouvoir aux usagères et aux usagers sur ce conseil.

Ce qui est préservé dans le PL 15, c'est que les usagères et les usagers gardent le pouvoir démocratique de nommer les membres des Conseils des usagers régionaux et locaux. Mais, dans les CISSS et CIUSSS qui vont devenir les succursales de Santé Québec, les conseils d'administration vont être remplacés par des conseils d'établissement qui n'auront aucun pouvoir décisionnel non plus. Il y a des représentant·es des usagers et des usagères sur ces conseils d'établissement, mais ils et elles sont nommés par le conseil d'administration de Santé Québec.

Donc il y a une perte énorme – pas une perte énorme par rapport à ce qui existait juste avant, par rapport à la réforme Barrette, mais une perte énorme par rapport à ce qui existait, ce qui a déjà existé et ce qui pourrait exister en termes de participation réelle des citoyennes et des citoyens à la gestion de leurs services.



### **Marie-Claude Prémont**

Nous, les chercheurs et chercheuses, on aime ça, les CLSC, on continue à répéter que c'est un beau modèle. Mais je pense qu'il faut faire notre deuil, parce qu'on parle de quelque chose qui n'est plus là et qui le sera encore moins. Les syndicats médicaux ont gagné sur toute la ligne. Et pour avoir relu récemment l'ensemble des débats parlementaires au moment de l'adoption de la première L4S : le Dr Robillard, qui présidait la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) à l'époque, décrivait même la médecine qui allait se faire dans les CLSC de « mini médecine », ce n'est pas de la « vraie » médecine, « ce n'est pas sérieux » ce qui se fait dans les CLSC – ce sont les termes qu'il a utilisés. Et on sait à quel point les CLSC ont été combattus par les syndicats médicaux, et voilà, nous y sommes. Ils ont réussi, c'est terminé





## Anne Plourde

Je ferais aussi un lien clair entre la perte de pouvoir des usagères et des usagers sur leurs services, la privatisation et le rôle des médecins. Parce que les médecins ont joué un rôle crucial dans l'échec des CLSC. Je parle ici des médecins en tant que profession ; il y a des médecins qui ont travaillé en CLSC, il y a des médecins qui étaient sympathiques à ce modèle, mais en tant que profession, les médecins ont organisé une riposte pour empêcher le développement de ce réseau. Cela est très assumé par les médecins et les omnipraticien·nes d'ailleurs, ils et elles sont fiers de ce rôle joué contre le modèle des CLSC. Les médecins se battent contre le contrôle *bureaucratique* sur leurs pratiques, mais ils se sont aussi farouchement battus contre les contrôles *démocratiques* sur leurs pratiques. Une des raisons qui les a fait détester le modèle des CLSC, c'est que dans les CLSC, au départ, il n'y avait pas de CMDP. Les médecins allaient être sous l'autorité d'un conseil d'administration composé majoritairement ou presque de citoyennes et de citoyens. Et ça, pour eux et elles, c'était comme donner aux passagers le contrôle de l'avion : c'était absolument inacceptable de donner à des patientes et à des patients un mot à dire ou un droit de regard sur la pratique médicale. Une des raisons pour lesquelles le caractère démocratique des CLSC et des institutions publiques du réseau s'est dégradé, c'est en partie parce que les médecins s'y sont opposés.



Et par ailleurs, il faut rappeler aussi que quand les services sont privatisés, il y a une perte totale de contrôle de la part des citoyennes et des citoyens. Une entreprise privée à but lucratif, ce n'est pas démocratique, c'est une gestion entièrement hiérarchique et les seul·es à prendre des décisions dans ces entreprises, ce sont les actionnaires. Les usagères et les usagers n'ont pas leur mot à dire, à part de décider d'acheter des services ou de ne pas les acheter. Mais on sait très bien que dans le cas des services médicaux, on ne choisit pas tant que ça.







### **Audrey L'Espérance**

Cette démocratie sanitaire que l'on aime bien idéaliser ne s'organise pas nécessairement aussi bien dans la pratique, avec une représentation aussi parfaite qu'on la voudrait. On se rend compte que, dans les réformes successives jusqu'au PL 15, on assiste à un glissement du ou de la « *citoyen·ne* » vers le patient ou la patiente. Auparavant, on parlait d'une représentation citoyenne d'abord, alors que maintenant on va parler beaucoup plus d'utilisateurs-utilisatrices. C'est une voix différente et qui n'est pas neutre en termes de reconnaissance de savoir, d'expertise et de manière d'exercer un contrôle avec l'établissement.



### **Anne Plourde**

J'ajouterai aussi par rapport à la question de la démocratie, mais aussi sur le fait qu'il y avait assez peu de participation citoyenne dans les années 1980 et 1990 : j'ai fait des entretiens de terrain avec les gens qui ont créé les premiers CLSC dans les années 1970. Ce qui s'est passé, c'est que déjà à partir de 1980, il y a eu des reculs majeurs sur la capacité des conseils d'administration à avoir de réels pouvoirs sur la détermination des programmes, sur des services concrets. C'était donc moins motivant pour la population de participer dans des conseils d'administration où la capacité à avoir une influence réelle sur les services qu'on reçoit était de beaucoup diminuée. Dans les années 1970, il y avait des rencontres d'un conseil d'administration qui réunissait 300 personnes, ça a existé. Mais éventuellement, quand on perd du pouvoir, on perd aussi de l'intérêt à s'investir dans des lieux comme ceux-là.

## Questions du public

***En quoi le projet de loi va-t-il modifier le contrôle des professionnel·les et des employé·es (hors médecins) par les gestionnaires dans les établissements publics et potentiellement aider une démocratisation des prises de décisions par les employé·es ?***



**Anne Plourde**

En ce qui concerne tous·tes les autres employé·es du réseau, le projet de loi accroît clairement le contrôle. C'était déjà très bien contrôlé, on a subi plusieurs décennies de nouvelle gestion publique qui a imposé des méthodes de gestion assez serrées sur les employé·es des différents types de professionnel·les dans le réseau de la santé. En centralisant davantage, en éliminant les lieux où le personnel était représenté, on ne va pas dans le sens d'accroître la participation ou la démocratie. Il y a des promesses théoriques, comme mettre en place la cogestion des horaires, mais il n'y a rien de tout ça qui se retrouve dans le projet de loi. Concrètement, on n'est pas en train d'assouplir le contrôle gestionnaire sur les employé·es du réseau.

***Comment va être géré le contrôle de l'acte si l'on va vers plus de privatisation ? Et est-ce que le fait de privatiser certaines phases ou certains volets du système de santé ne va pas avoir une incidence sur la loi canadienne (dans laquelle la notion de « public » est l'un des 5 principes) ?***



**Marie-Claude Prémont**

Par rapport à la loi canadienne sur la santé, le ministre Dubé tente de nous rassurer en disant : ne vous inquiétez pas, même si on délègue des actes, que ce soit dans les GMF, les CMS ou les futurs hôpitaux privés<sup>6</sup>, le patient et la patiente n'a rien à payer, il ne fait que présenter sa carte RAMQ. Alors évidemment, je pense qu'Anne Plourde et moi on vous a expliqué pourquoi cela nous inquiétait quand même !

---

<sup>6</sup> Dans le PL 15, le terme est dorénavant utilisé. On va peut-être retrouver une association des hôpitaux privés du Québec.

D'abord, il n'y a pas de contrôle sur ces installations en vertu de la L4s, mais seulement des contrats de droit privé [voir plus haut], donc c'est ce que le gouvernement prévoit *aujourd'hui*, mais on ne sait pas ce qui peut arriver demain. Mais même aujourd'hui, on sait que ces installations trouvent toujours des moyens, que ni vous ni moi n'aurions l'imagination assez fertile de mettre en place, pour réussir à solliciter de l'argent du patient et de la patiente en disant qu'il s'agit de services *non assurés*, donc qu'ils peuvent facturer. C'est notamment le cas des lieux privés de prestations en optométrie, pour lesquels il y a eu des contrats qui ont été donnés. D'ailleurs, il y a un recours collectif en cours sur toutes les pratiques commerciales inimaginables, mais qu'eux arrivent bien à imaginer pour réussir à facturer le patient et la patiente malgré tout.



### **Anne Plourde**

Le cas des frais accessoires est un cas d'école pour ça. Il y a des dizaines de millions de dollars en frais accessoires, purement illégaux en vertu de la Loi canadienne sur la santé, qui ont été facturées pendant des années par les cliniques médicales privées à des patientes et des patients. Et ce, sans que la RAMQ, le Collège des médecins, le gouvernement du Québec ou le gouvernement du Canada interviennent. Il a fallu des poursuites contre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et la RAMQ pour que, finalement, les gouvernements décident de rendre illégaux les frais accessoires qui étaient déjà illégaux. Donc même si on nous parle de gratuité, moi j'en doute dans un contexte privé, où on a des entreprises à but lucratif. D'ailleurs, ils ne s'en cachent pas. J'ai lu un article dernièrement dans lequel un ophtalmologiste, propriétaire d'une chaîne de cliniques privées d'ophtalmologie, disait lui-même : « *Ça se peut très bien qu'on facture davantage pour des lentilles, si le médecin les recommande. Ce type de lentilles ne sont pas couvertes, donc ça se peut qu'on les facture* ». Donc il y a clairement une menace pour ce qui est de la gratuité.

***Par rapport aux incitatifs financiers, je ne pense pas que ce soit le bon mécanisme pour justement inciter les médecins à modifier leurs pratiques : une fois qu'on a atteint un certain niveau de rémunération, pourquoi travailler plus ?***



### **Anne Plourde**

Je suis tout à fait d'accord avec vous, en fait j'ajouterais : passé un certain niveau de rémunération *dans un contexte non compétitif*. Parce que c'est ça qui caractérise aussi la pratique médicale, il y a un monopole au sens où la demande est infinie. Il n'y a pas de risque pour les médecins, pour ces entreprises ; les médecins sont certain-es d'avoir une

rémunération à l’infini, autant qu’ils et elles sont capables de travailler. À l’Institut de recherche et d’informations socioéconomiques (IRIS), on avait fait la démonstration très claire que si on regarde l’évolution de la rémunération par rapport à l’évolution du volume de services, il y a un décrochage complet passé un certain niveau de rémunération. La rémunération explose, mais le nombre d’actes reste le même juste parce qu’ils et elles sont payés davantage pour les mêmes actes.

### ***Qu’est-ce que le milieu de la recherche fait (ou ne fait pas) pour influencer le ministre ?***



#### **Anne Plourde**

Je ne sais pas quelle est la réponse à la question de ce que *font* les chercheur·euses, mais je sais ce que *pourraient* faire les chercheur·euses. Parce que les chercheur·euses sont dans une position extrêmement privilégiée pour prendre position clairement et publiquement contre le projet de loi. Elles et ils bénéficient d’une aura de neutralité d’expertes et d’experts, contrairement aux autres actrices et acteurs employés du réseau, qui, si elles et ils prennent position, semblent prendre parti, et dont on peut plus facilement faire taire leurs voix en les taxant de corporatisme par exemple.



Prendre position publiquement en tant qu’experts et expertes, c’est déjà quelque chose de significatif qui peut être fait. Et à cet égard-là, à l’IRIS, on est en train de préparer une lettre ouverte<sup>7</sup>, signée par des experts et des expertes contre le projet de loi, dans laquelle on va s’inquiéter de l’avenir du système de santé.



#### **Audrey L’Espérance**

C’est drôle parce qu’il y a une aura de neutralité, mais en même temps, il y a aussi beaucoup de dissensions dans la recherche. C’est une des réformes sur laquelle j’ai vu beaucoup de voix se poser « pour » aussi chez les chercheur·euses, parce qu’il y a un intérêt concernant les données et la possibilité d’avoir un système qui serait plus basé sur l’apprentissage, qui peut être attirant aussi pour les chercheur·euses. Il y a ça aussi qui

---

<sup>7</sup> La lettre a été remplacée par cette publication : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner/>

peut venir créer des dissensions chez les chercheur·euses. Le positionnement n'a pas été très clair.

J'avais envie de finir avec une phrase que j'ai entendue Lara dire il y a quelques semaines : les systèmes s'adaptent. La participation, elle, ne se fait pas que dans les organisations formelles de participation, mais aussi dans d'autres lieux, sous des formes différentes. J'ose croire et penser que les gestionnaires elles-mêmes et eux-mêmes, les médecins, les professionnel·les aiment ça aussi être en contact avec les usager·ères, la communauté qu'elles et ils contribuent à soigner. Donc j'ai tendance à dire qu'il va y avoir probablement une refonte. Cela dit, on aurait aimé pouvoir la formaliser cette force-là, ou en tout cas cette voie-là, mais l'adaptation est claire.



### Lara Maillet

C'est important de donner notre voix en tant que chercheur·euse et professeur·e et personne privilégiée par rapport à ces débats-là, que ce soit en santé, en éducation, etc. On a un droit de regard et ça nous donne un droit de parole, qu'on néglige souvent ou qu'on n'ose pas prendre. Et moi la première. Mais il faut oser, et oser ce n'est pas facile. J'ai eu un mentor, Paul Lamarche, qui m'a souvent dit et qui m'a montré que : prendre position, ça fait partie de notre job, ça fait partie de nos tâches à prendre à bras le corps. Et c'est sûr que quand on commence, quand on est jeune, pas forcément en âge, mais en carrière, ça peut paraître vraiment intimidant et on se dit qu'on va se mettre tout le monde à dos, parce qu'on n'est pas forcément, et généralement, peu d'accord avec ce qui se passe au niveau politique ou au niveau des gouvernant·es et du gouvernement.

Selon moi, les organisations, elles n'ont pas d'âme. Les institutions n'ont pas d'âme. Ce qui a une âme, ce sont les personnes qui la constituent. Parce que si vous attendez après une institution, une organisation, vous allez être continuellement déçus. Ce n'est pas elle qui vous donnera quoi que ce soit. Elle est là pour rouler le business, qu'elle soit publique ou privée. C'est avec les personnes qui constituent les organisations qu'il faut traiter, qu'il faut discuter et qu'il faut aller de l'avant. Et je pense qu'il faut prendre cette parole-là en tant que chercheur·euse, mais aussi en tant que cocréateur·trices de développement, d'implantation ou de connaissance. Il faut écouter et il faut essayer le plus qu'on peut de porter les voix des gens qui font partie de ces organisations, que ce soit à de hauts postes comme à des postes techniques ou opérationnels, peu importe. Et ça peut passer par les médias, mais ça peut passer aussi par des projets. Ça peut passer par le développement d'interventions, ça peut passer par la ramification de ce genre de projet-là, via des voies démocratiques et plus participatives. C'est une des tâches que j'ai mises en priorité pour les prochaines années.

table n°1

# PL15: IMPACTS SUR LA PRIVATISATION DES SOINS LA COGESTION MÉDICALE ET LA PARTICIPATION DES USAGERS

panélistes :  
 → Anne Plourde  
 → Marie Claude Prémont  
 discutant. e.s  
 → Audrey Leoperance

### EN QUOI LE PL15 PROPOSE UN VIRAGE VERS + DE DÉLÉGATION DES SOINS AU PRIVÉ ?

100% public → pour les org. privés ENSEUX

LES HOPITAUX DEVIENNENT PUBLICS

LOI 1962

QUELLE PLACE POUR LE PRIVÉ ?

QUE DEVIENNENT LES CLSC ?

alignement vers le privé

PL15 → INSTITUTIONNALISE 2 MODES PRIVÉS

CMS + GMF

RESSOURCES NON PREVUS DANS LA LOI

PUBLIC → TRANSFERT → PRIVÉ

SUR-RÉMUNERATION DES MÉDECINS

TENTATIVES DE L'ÉTAT DE CONTRÔLER (PRIMES...)

ON VA SE FIER AUX MÉCANISMES DU PRIVÉ

RECU TOTAL

DIFFICILE DE SURVEILLER LA PRATIQUE DES MÉDECINS

QUITTENT LE SYSTÈME POUR ALLER VERS L'EXT.

### QUELLES COLLABORATIONS PEUVENT ÊTRE INDUITES ?

PAS DE CHANGEMENTS : LES OBSTACLES RESTENT LES MÊMES.

OBSTACLES STRUCTURELS

LES INDIVIDUS DOIVENT ALLER À CONTRE COURANT DU SYSTÈME

LES HUMAINS OUI, LE SYSTÈME NON

### OU SONT LES USAGERS DANS LE PROJET DE LOI ?

WANTED

ESPACES

DECISIONNEL

INTERVENTION

CONSEIL SANTÉ GC

CONSEIL DES USAGERS

AUCUN POUVOIR DÉCISIONNEL

nommer représentants locaux

PERTES DE POUVOIR

fonctionnement bureaucratique

PRIVÉ = TOUT LE POUVOIR AUX ACTIONNAIRES

### EN QUOI LE PL15 AIDE LA DÉMOCRATISATION / GESTION ?

DIMINUTION ESPACE DE DÉCISIONS EMPLOYÉS

INCITATIVES FINANCIÈRES

PAS LE BON MÉCANISME

LA RÉMUNÉRATION EXPLOSE

GRATUITÉ = COMPROMISE PAR LES FRAIS ACCESSOIRES

LE NOMBRE D'ACTES RESTE LE MÊME

QUE FAIT LE MILIEU DE LA RECHERCHE POUR FAIRE BOUGER LES CHOSSES ?

SE FAIRE ENTENDRE

PRENDRE POSITION

QU'EST-CE QUE LA PAROLE AUX ORGANISATIONS

QUELLES DYNAMIQUES EN INTELLIGENCE COLLECTIVE ?

CONTINUER À GARDER CES ESPACES

il y a m'ont donné une chance de m'entendre

© Do2co



QUESTIONS OUVERTES ...



## Pour aller plus loin

- ▶ Charles, Aline et François Guérard, « Portrait d'une institution oubliée : l'hôpital privé à but lucratif, 1900–1960 », *CBMH/BCHM*, vol. 32, n° 1, 2015, p. 101-122.
- ▶ Guérard, François et Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961, – *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, n° 3, hiver 2006, p. 293-329.
- ▶ Hébert, Guillaume et Myriam Lavoie-Moore, [SÉRIE | Le privé en santé – Un marché qui croît au détriment de l'accès aux soins – 4 fiches](#), IRIS, 2022
- ▶ Plourde Anne, [CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources](#), IRIS, 2017
- ▶ Plourde, Anne, [Bilan des groupes de médecine \(GMF\) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur](#), IRIS, 2022
- ▶ Plourde, Anne, Myriam Lavoie-Moore et Guillaume Hébert, [Six remèdes pour révolutionner le système de santé au Québec](#), IRIS, 2023
- ▶ Plourde, Anne. « Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé. Une histoire critique des CLSC et du système sociosanitaire québécois », *Montréal, Ecosociété*, 2021.
- ▶ Prémont, Marie-Claude, « La réforme Dubé : vers la consécration du privé en santé », [Le Devoir mardi 24 janvier 2024](#) (publié initialement dans la Revue Relations numéro 823, 2023-2024)

## TABLE RONDE N°2

Regards croisés sur les trajectoires de soins et services au Québec



### Introduction

Dans la continuité de la Réforme de la santé et des services sociaux de 2015, plusieurs CISSS et CIUSSS ont mis en œuvre un mode d'organisation des services sociaux et médicaux fondé sur les **trajectoires de soins et services**.

Ce mode d'organisation vient des pays anglo-saxons, où il est habituellement centré sur des épisodes de soins et a pour objectif de structurer les séquences de soins et d'interventions des équipes multidisciplinaires, à l'aide de données probantes et de guides de bonnes pratiques. (Au Québec, les trajectoires sont souvent pensées de façon plus large : elles peuvent regrouper plusieurs épisodes de soins, intégrer les sphères médicales et sociales, s'étendre sur toute la vie d'une personne, englobant la promotion-prévention jusqu'aux soins de fin de vie, et fonctionner en collaboration avec les partenaires sectoriel·les et intersectoriel·les du territoire et avec les usagers et usagères.)

Tantôt « *trajectoire* », tantôt « *parcours* », tantôt « *continuum* », plusieurs termes recouvrent cette modalité d'organisation des soins et services. Et les définitions, les délimitations et champs d'application de celle-ci ne font pas toujours consensus. En outre, les trajectoires de soins et services posent des enjeux de gestion et de gouvernance, notamment dans une perspective transversale et collaborative.

La pandémie COVID-19 a eu des effets variés sur les trajectoires, leur implantation et leur fonctionnement. Certaines se sont développées, d'autres ont été abandonnées. La question de l'organisation et de la gestion de l'offre de soins et services n'en a pas moins été réactualisée, que ce soit sous la forme des trajectoires ou selon d'autres modalités.

Plusieurs CISSS/CIUSSS, ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux, ont tenté de définir et de soutenir l'implantation des trajectoires de soins et services dans les dernières années (plusieurs guides de gestion ont notamment été travaillés et publiés). Plusieurs équipes de recherches se sont également penchées sur ces questions. L'un des



axes de la Chaire Sa3S porte notamment sur l'étude de l'implantation de la Gestion par Trajectoires de Soins et de Services (GTSS) comme modalité de gestion innovante, au sein de plusieurs CISSS et CIUSSS au Québec et à l'international.

L'objectif de cette table ronde est de faire se discuter différentes manières d'appréhender les trajectoires de soins et services au Québec, à partir de l'aperçu de plusieurs initiatives de recherches. L'objectif est aussi d'interroger la manière de favoriser et de mettre en œuvre concrètement la collaboration entre usager·ères-partenaires, partenaires sectoriel·les et intersectoriel·les, clinicien·nes et chercheur·euses, que ce soit dans le cadre de trajectoires ou plus globalement au cœur des systèmes et des étapes d'organisation des soins de santé et des services.

**Panélistes :**

**Jean-Baptiste Gartner**, auxiliaire d'enseignement et de recherche au département de Management de l'Université de Laval, candidat au doctorat.



**Marcel Labelle**, est usager-partenaire rattaché au CHUM. Il vit avec le diabète de type 1.

**Géraldine Layani**, médecin de famille, professeure adjointe de clinique au département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université de Montréal, chercheuse régulière au Centre de recherche du CHUM et chercheuse associée au Pôle 1 transformations des pratiques cliniques du CISSS de Laval.



**Lara Maillet**, professeure agrégée en gestion des services sociaux et de santé, ENAP

## Discutant.es



**André Côté**, professeur titulaire au département de Management de l'Université de Laval et directeur scientifique du centre de recherche en gestion des services de santé de l'Université Laval

**Nicole St-Pierre**, cheffe de service amélioration continue et gestion par trajectoires au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.



# Trajectoire et implication des usagers : enjeux et leviers

## Le contexte :

Aujourd'hui on constate des avancées : organiser les soins et les services par l'approche par trajectoire a une incidence sur :

Il y a 30 ans, ça n'était pas une évidence !



André Côté



La reconnaissance de l'expérience usagers

pour l'amélioration des trajectoires de soins et services

## CONSTATS & ENJEUX DE BASE

Il reste des enjeux quant à la représentation et à l'influence des usagers partenaires (par rapport aux médecins notamment)



en terme de nombre et de pouvoir d'influence

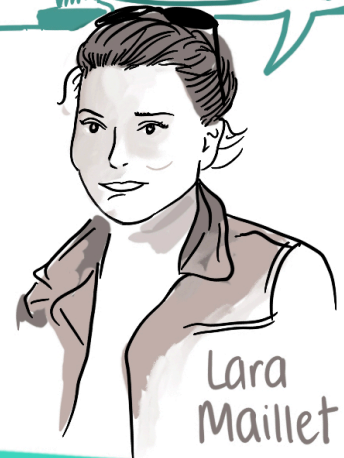


Au sein du CHUM, nous sommes 125 patients partenaires et il y a 900 médecins. On est très peu représentés. Ça veut dire qu'on n'a pas beaucoup d'influence sur ce qu'on dit.

difficulté à inclure des usagers dans des espaces décisionnels majeurs



Marcel Labelle



Lara Maillet



# Quels sont les leviers

## pour mieux intégrer les usagers ?



À l'échelle du CIUSSS MCQ, mise en place d'outils (modèle de participation) et d'instance (comité d'éthique)



Nicole St-Pierre

Gestion collaborative et transversale

ON a voulu briser les silos de la communication et la prise de décision au sein de l'établissement de santé

→ Garder une perspective systémique et inclure tout le monde dès le début du projet.



Mous sommes une constituante à part entière du système qu'on a créé.

→ éthique: sur quels critères sont sélectionnés les usagers-partenaires?



Lara Maillet



Avec qui on crée du lien ?

Sur quoi on travaille ensemble?



Fixer des objectifs

Comment ?

prendre le temps



Comprendre les enjeux de chacun

Géraldine Layani

l'objectif c'est de redonner le pouvoir aux usagers, pour redonner du sens au niveau du système et dans les actions qu'on porte via la recherche, via la clinique



Former les usagers à l'implication, aux enjeux liés aux décisions cliniques.

• Les intégrer à toutes les étapes (priorisation

solutions)



• convaincre les usagers de la légitimité de leur parole et expérience

• organiser et favoriser la participation



Jean-Baptiste Gartner



Marcel Labelle

Remettre l'individu au centre



écouter les idées des patients et reconnaître leur expertise sur leurs maladies



reconnaître les effets plus larges de la maladie sur le quotidien

## Discussion animée par Nicole St-Pierre et André Côté



### Avant de poser la première question, je souhaite revenir sur quelques tendances.

Certes, il y a eu des petits reculs au niveau de la gouvernance, on ne peut s'en cacher. Mais, on a quand même fait aussi à certains endroits des gains intéressants dans le système de la santé depuis les trente dernières années. Par exemple, pour le volet positif, c'est à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qu'on a pu implanter toute la gestion par programme, la gestion clientèle, ce qui était vraiment une innovation dans le temps. C'était vraiment quelque chose de très différent. On partait d'une structure très hiérarchisée vers une structure plus transversale, ce qui était quand même un gain. On a beaucoup travaillé, notamment dans tout le travail interdisciplinaire : faire travailler les gens ensemble.

Aujourd'hui, si le travail interdisciplinaire est une évidence, si c'est acquis, je peux vous dire qu'il y a 30 ans, ça ne l'était pas du tout. Une infirmière et un médecin restaient dans leurs domaines respectifs et communiquaient par textos, ou par quelques indications sur les dossiers médicaux (les petits « collants jaunes »).



Donc, on a avancé là-dessus. On a avancé aussi beaucoup sur ce que j'appelle la « *drive opérationnelle* » au niveau des pratiques, au niveau des trajectoires. Dans ce sens, plutôt que de regarder une organisation comme un système très hiérarchique et en silo, on va plutôt s'intéresser à la transversalité au niveau des pratiques professionnelles.

*Comment ces différentes pratiques-là s'agencent et s'intègrent ensemble pour mettre en place des interfaces où le travail d'un-e clinicien-ne soit en amont du travail de l'autre?*

C'est autour de cette question que nos échanges vont porter aujourd'hui, sur laquelle là aussi il y a eu des avancées. Nous allons aussi discuter d'un autre enjeu majeur, une innovation qui est peut-être la plus importante, qui va modifier le système de santé : c'est l'apport des patient-es en tant que partenaires dans la gestion de leur plan de soins. Ça, ça n'a l'air de rien. Vous allez vous dire, « c'est évident que le patient et la patiente est au cœur du système ». Eh bien, ce n'était (vraiment) pas si évident que ça dans le système de santé. C'est-à-dire, de considérer que le patient et la patiente avait une expérience (« *l'expérience patient* »), de la promouvoir, et de mettre en lumière l'acquis de celle-ci sur l'amélioration des trajectoires.

Et pour vous démontrer l'importance des patient-es et d'écouter ce que les patients ont à dire, nous vous avons préparé une vidéo issue d'un atelier de réflexion « *Coordination et trajectoires de soins* ». La vidéo est réalisée par Marie-Soleil Hardy en collaboration avec notre Centre de recherche en gestion des services de santé de l'Université Laval. C'est une des quatre vidéos produites à l'Université Laval de Québec dans le cadre de l'École d'été et d'une journée qui était consacrée à l'implication des patient-es partenaires.

*Résumé de la vidéo présentée pendant la table ronde :*

*La vidéo diffusée au cours de la table ronde présente plusieurs usagers et usagères des services en santé et sociaux. Ils et elles partagent leurs expériences dans le réseau et pour certain.es, le rôle bénéfique qu'ont pu jouer des professionnel.les au sein de leurs trajectoires (infirmière, médecin).*

*L'importance d'un suivi régulier et direct (notamment par téléphone), la qualité de l'accueil, l'écoute sont par exemple citées. Et ce, dans les cas où les délais peuvent être longs pour accéder aux services, pour ceux ou celles qui ne disposent pas d'un médecin de famille ou lorsque la coordination des soins entre les professionnel.les est dysfonctionnelle.*

*Trois autres vidéos traitent de situations similaires, même complémentaires, et sont accessibles via le site Internet de la communauté de pratiques sur les trajectoires de soins.*

### *Question 1*

*J'aimerais commencer avec Marcel Labelle, patient-partenaire de plusieurs projets de recherche. Pourriez-vous nous faire un retour sur cette vidéo, que nous venons de regarder, sur la question de la réalité que les patient-es vivent au sein de leur parcours de soins ?*



#### **Marcel Labelle**

Je suis quelque peu intimidé à l'idée de participer à cette table ronde. Je crois qu'on retrouve dans cette vidéo simplement un microéchantillon de ce que les patient-es rencontrent.



J'ai intégré le domaine de la santé en tant que patient-partenaire il y a quatre ans seulement. Je viens du secteur de l'éducation. Les deux univers sont distincts, mais ils partagent de nombreuses similitudes.

Pour revenir aux messages qui ont été communiqués par les patient-es de la vidéo (voir ci-dessus), celui qui m'a le plus frappé, c'est la personne qui se fait annoncer de manière indirecte sur son répondeur qu'elle a le cancer. Cela m'a rappelé lorsque ma femme est décédée il y a quatre ans. On s'était présenté tous les deux devant le radiologue et ma femme ne savait pas à ce moment-là qu'elle avait un cancer. La dame lui a dit « *Vous avez un cancer stade IV, vous avez des métastases dans les ganglions, dans votre foie, partout* ». Cela a été un tel bouleversement, un tel choc que ma femme et moi-même sommes restés deux heures sans échanger un mot, nous étions sidérés.

Des messages comme ça, c'est difficile à prendre, c'est horrible. Alors tout ce qu'on peut faire en tant que patient-partenaire c'est d'inviter les professionnel.les à être prudent-es, à être plus diplomates dans leurs annonces, à avoir plus de tact. Ça, je l'ai entendu plusieurs fois pour les patient-es, ça revient régulièrement.

*Au sein du CHUM, nous sommes très peu nombreux comme patients-partenaires par rapport aux médecins – nous sommes 125 et il y a 900 médecins, je crois. On est très peu représenté. Ça veut dire qu'on n'a pas beaucoup d'influence sur ce qu'on dit. En plus, on n'est pas médecin, on est patient.*



De plus, on peut être aussi une personne proche aidante. Je ne sais pas si dans les autres vidéos, on voit ça, mais je pense que le rôle de la personne proche aidante a une importance. Il faut le prendre en compte car, c'est la personne qui va rester ensuite. Comme dans mon cas par exemple, j'étais le proche aidant de ma conjointe. Elle est décédée, elle est partie, mais quels sont les impacts qu'on subit par la suite ? Ça, c'est important de le comprendre, de prévoir ce que l'on peut faire aussi au niveau des proches-aidant-es.

Voilà ce que j'ai à dire.

## Question 2

*La démonstration est ici déjà faite de l'importance d'intégrer nos patient·es à titre de partenaire dans la gestion de leurs soins. Maintenant, c'est comment faire?*

*Nicole St-Pierre, quelles sont les différentes approches ou démarches que vous utilisez pour mieux intégrer les usager·ères et intervenant·es d'amélioration de la qualité dans le CIUSSS ?*



### **Nicole St-Pierre**

Au CIUSSS-de-la-Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), nous avons un Service d'Éthique et participation des usagers à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, qui est responsable des « usagers-ressources ». Les intervenant·es du service accompagnent les gestionnaires et « usagers-ressources » pour l'intégration des usager·ères à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation. De plus, à chaque fois qu'il y a un projet, inscrit au portefeuille de projets ou une instance de coordination d'une trajectoire en place, il est fortement recommandé d'impliquer un·e ou des « usager(s)-ressource(s) ». Au CIUSSS MCQ, afin de nous assurer de la participation des usager·ères à différents niveaux nous avons un modèle de participation, qui inclut quatre formes de collaboration pour une expérience usager·ère positive : Exprimer/Écouter, Créer et agir en partenariat, Comprendre/Informer, Contribuer/Consulter.

## Question 3

*Géraldine Layani, vous qui portez deux chapeaux, en tant que clinicienne de première ligne, mais aussi chercheuse au centre de recherche du CHUM, quelles sont vos approches et vos démarches ? Comment fonctionnez-vous pour mieux intégrer et entendre la voix des usager·ères dans les différentes phases de vos projets de recherche ou des projets cliniques ?*



### **Géraldine Layani**

Tout d'abord, avant de dire le « comment », c'est aussi de dire le « qui ». Je pense que c'est d'abord une création de lien, c'est d'abord une rencontre, c'est d'abord être avec une personne. Je pense que c'est important de remettre l'emphase là-dessus, de d'abord savoir avec « qui »



on va collaborer. Cela a été une rencontre avec Marcel Labelle dans le travail qu'on fait ensemble. Cela a aussi été une rencontre avec d'autres usager·ères partenaires avec qui je collabore dans le cadre des projets. Je crois donc qu'il y a d'abord pour commencer un enjeu du « *qui* », d'être sur un partage de valeurs et pouvoir créer ce lien.

*Après, il y a aussi le « quoi », parce qu'il y a tout l'enjeu de « quelle question on se pose? » et « pour quelles raisons va-t-on se mobiliser? »*

Cela nous permet aussi de pouvoir mieux identifier dans quel environnement on va se positionner, savoir quels outils vont être mobilisés. Ce « *qui* » et ce « *quoi* » font partie des enjeux. Et là, je parle avec mes deux chapeaux. C'est-à-dire, à la fois comme clinicienne, comme médecin de famille qui a conscience de cette valeur de la collaboration en duo avec les usager·ères-partenaires et de voir qu'on peut faire avancer les pratiques. Mais aussi comme chercheuse qui observe qu'il y a un levier qui peut être activé.

Pour faire un parallèle avec la question de la table ronde 1 [ndlr : sur la réforme du PL 15], nous aimerions porter notre voix, mais pour bien le faire, il faut poser la bonne question pour être d'autant plus forte et puis choisir les bonnes méthodes pour avancer. Et puis après, il y a le « *comment* ». Comment le faire? C'est petit pas par petit pas. Je pense que ce sont des échanges de valeurs. C'est de se rappeler que ça prend du temps. Et il ne faut pas le négliger, surtout dans un contexte où on est tout le temps pressurisé avec des objectifs de performance, des indicateurs. On est évalué sur tout, mais c'est d'abord prendre ce temps-là, de se rencontrer, d'être dans un échange de valeurs, dans un partage. C'est d'avoir des plus petites rencontres, d'être capables aussi de s'assurer qu'on est toujours sur la même longueur d'onde. Il y a plein de stratégies pour pouvoir le faire. Après, dans le cadre des projets, c'est de ne pas porter – là je remets mon chapeau de chercheuse – des mandats seul·e quand on est à plusieurs.

Je me permets, Marcel, de reprendre l'exemple qu'on porte ensemble. Marcel est « *co-responsable* » avec moi sur un projet de recherche qui vient de débiter et qui est actuellement financé au CHUM.

Toute la réflexion autour de l'élaboration de la question de recherche, de la rédaction du protocole, les relectures, les rencontres aussi avec les différents partenaires, notamment avec Lara Maillet, Audrey L'Espérance, Sébastien Carrier et l'équipe du projet de recherche Baromètre, c'est ensemble qu'on le fait et qu'on les réfléchit.

Ma réflexion sur le « *comment* », ça passe par toutes ces étapes pour tenter de bien faire, mais apporter vraiment du sens, de la valeur, puis que ça puisse surtout en bout de ligne répondre à « *c'est quoi l'objectif ?* ».

*Et l'objectif, c'est redonner le pouvoir aux usager·ères, pour redonner du sens au niveau du système, puis dans les actions qu'on porte via la recherche, via la clinique. Soit de pouvoir vraiment redonner de la valeur aux personnes, aux citoyen·nes, aux usager·ères, aux patient·es*



#### Question 4

*On parle beaucoup d'usager·ères, mais comment pouvez-vous assurer que les intervenant·es et les partenaires participent aux différentes étapes de la trajectoire?*



#### **Géraldine Layani**

C'est une très bonne question. Encore une fois, il faut du temps pour rencontrer ses partenaires, comprendre aussi leurs mécaniques. Ce n'est pas pareil de rencontrer des professionnel·les, des gestionnaires, des usager·ères.

C'est d'abord, encore une fois, une rencontre et être capable de comprendre ce que chacun·e vit pour identifier les enjeux, mais aussi d'identifier tout le processus de traduction, c'est-à-dire de se questionner sur :

« *De quelle culture on vient ?* ». Parce que nous sommes tous·tes dans le système de santé, mais c'est une grosse usine à gaz et on a tous·tes des parcours différents. En effet, de par nos fonctions comme gestionnaire, professionnel·le, usager·ère -partenaire, nous venons avec des bagages différents.

Donc encore une fois, ça se passe par des rencontres, de comprendre ce que chacun·e vit, comment l'intégrer après avec les objectifs. Quand on arrive avec un projet, c'est d'être dans ce partage de connaissances.

J'ai un exemple très concret. Il s'agit d'un projet à Laval – aujourd'hui plutôt en fin de parcours – qui vise à implanter une trajectoire de soins pour le diabète. Dans celui-ci, je m'occupe surtout de faire les liens entre les milieux cliniques, les GMF et la communauté. Et dans cette approche-là, le partage des objectifs, des connaissances est très important et il faut coconstruire une trajectoire ou un parcours de santé. Cela nous a pris des

rencontres, d'être capables de comprendre la culture des gestionnaires, des professionnel·les, et des participant·es.

Comment activer ce partage de connaissances ? Dans notre cas, on a eu une coordinatrice de projet qui nous a accompagnés pour jouer ce rôle de facilitateur.

Elle nous a aidés à traduire l'ensemble de nos différents mondes et à nous entendre sur un objectif commun pour pouvoir avancer collectivement dans nos étapes.



*Il faut donc une personne ou un environnement pour pouvoir traduire justement tous ces univers différents; univers qui ont pour finalité le même objectif, mais de rallier tout le monde autour de la question commune.*



### Lara Maillet

Finalement, la question c'est aussi : comment on *travaille* les trajectoires?

Ma réponse est plus axée du point de vue de la recherche, du soutien et de l'accompagnement.

Pour ce qui est du soutien et du co-développement pour la recherche, dans un monde idéal, j'aimerais que cela soit une évidence et que je n'aie plus à l'expliquer. Mais nous n'en sommes pas rendus là, donc je le redis.

Il était mentionné par Géraldine Layani le « *comment* » et le « *pourquoi* », le sens et la valeur. Et bien pour moi, le « système » appartient à la société. Et la société de qui est-elle constituée ? De nous tous et nous toutes. Donc que l'on soit citoyen·ne, patient·e-partenaire, professionnel·le, gestionnaire, décideur·euse, peu importe à quel niveau nous nous trouvons, nous sommes une constituante à part entière du système qu'on a créé et qu'on met en place pour pouvoir répondre à nos besoins individuellement et collectivement.



*Et donc, il faut inclure les personnes dans le processus de recherche, dès la conception.*

Même s'il est vrai que parfois au tout début, nous n'allons pas contacter immédiatement un·e usager·ère, un·e partenaire, etc., dès qu'une idée émerge sous forme de premier « *draft* ».

Quand on construit une recherche, au début nous sommes tous·es seul·es, puis on discute avec d'autres personnes, soit des personnes de références avec qui nous avons déjà travaillé, soit de nouvelles personnes que l'on rencontre au fur et à mesure du projet et qui nous sont présentées.

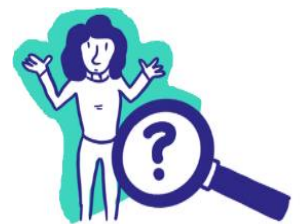
Par exemple, lorsque nous avons commencé à travailler en Estrie sur les trajectoires de soins et services, j'ai le souvenir que nous avons toute une panoplie de strates où nous avons nos trajectoires opérationnelles, nos trajectoires tactiques, nos trajectoires stratégiques. Tout ça devait se parler. Nous ne savions pas exactement comment. Nous ne savons toujours pas exactement comment le faire, mais nous essayons plusieurs choses. Il y a beaucoup de choses positives qui en ressortent et il y a des choses que nous allons abandonner aussi.

Par contre, au niveau opérationnel, c'est le premier niveau où tout de suite, pour les acteurs et actrices du CIUSSS, c'était évident de travailler avec le citoyen ou la citoyenne ou l'utilisateur et usagère-partenaire. Parce qu'au niveau opérationnel, tu ne peux pas réfléchir à des soins sans que ces personnes soient autour de la table. Ça ne fait pas partie de la logique. En effet, que ce soit pour des clinicien-nes, des médecins, des infirmières, « *des super infirmières* » ou des travailleuses et travailleurs sociaux et même des gestionnaires, cela ne fait pas sens de parler sans que ces personnes soient autour de la table. Cela étant, il est sûr que cela demande quelques ajustements.

*Cela pose aussi des questionnements, notamment éthiques. Par exemple, quelle sélection faisons-nous dans le choix de l'utilisateur ou l'usagère ? Qui décidons-nous de prendre pour représenter tel type de population ?*

Ces questions se posent car, finalement, tout le monde peut à un moment donné, être « *usager* » ou « *usagère* », peu importe nos autres fonctions dans le quotidien.

Ensuite, il y a aussi la question de la représentation de la population en général. Et ce, que ce soit la population vieillissante, que ce soit plus de femmes que d'hommes, que ce soient des personnes issues de l'immigration, que ce soient des personnes qui ont eu des parcours en santé mentale, en travail social, en santé physique, etc. Il y a plein de questions à se poser, mais il faut aussi se demander : fait-on un « catalogue » du type « *j'ai besoin de ça, ça et ça* » en matière d'utilisateur-ère-partenaire ? Personnellement, je ne veux pas aller dans cette direction- là. Donc, je pars des questions que je souhaite poser, avec l'envie et la motivation aussi des personnes qui viennent à moi.



Dépendamment des questions posées dans la recherche, dans les recherches appliquées que nous menons, nous nous entourons de personnes qui ne sont pas en phase aiguë. Ces personnes vont avoir un certain recul et apporter de l'eau au moulin sans être uniquement dans l'émotion, parce que, la santé et les services sociaux, quand on l'a vécu de l'intérieur, c'est sûr que ça nous ramène aussi à des émotions. Il faut pouvoir prendre du recul par rapport à cela pour s'engager dans un projet de recherche.



Finalement, les personnes les plus difficiles à convaincre autour de la table pour travailler avec des citoyens ou des citoyennes, ce sont mes pairs chercheurs ou chercheuses, au niveau de l'académique. Et cela, c'est compliqué à admettre. On est dans la même situation. Il faut toujours faire attention au côté utilitariste de « je coche une case » et donc « j'ai mon patient ou ma patiente ». Et cela c'est difficile, car ce sont parfois presque des réflexes. Questionner les pratiques de tes pairs, ce n'est pas toujours ce qu'il y a de plus simple. Tout à l'heure, on parlait de la formation politique des médecins, spécialistes ou omnipraticien·nes, et c'est la même chose pour eux et elles.

Il y a des personnes qui sont exceptionnelles en tant que médecins, omnipraticien·nes ou spécialistes, et aller critiquer ou aller porter un jugement et dire « Ce que tu fais, je pense que ça ne se fait pas. » et bien ce n'est pas tout le monde qui peut le faire. Ce n'est pas facile de le faire, même quand tu es témoin de pratiques qui vont à l'encontre du droit, qui vont à l'encontre de l'éthique, qui vont à l'encontre de plein de choses. On a beau dire « *le serment d'Hippocrate* », cela ne se ramène pas autour de la table tous les matins, lorsque tu n'es pas d'accord avec les gens avec lesquels tu travailles au quotidien. Parce qu'à côté de cela ce sont aussi des personnes, des ami·es, etc.

J'ai donc souvent à convaincre des personnes qui veulent travailler avec des citoyens ou des citoyennes partenaires, mais pour qui le « *qui?* », « *comment?* » et surtout le « *pourquoi?* » doivent être posés tout de suite. Et puis, il faut être honnête. Il faut être honnête parce que les personnes que vous allez mettre autour de la table avec vous, que ce soit au niveau opérationnel, tactique, stratégique ou même en termes de développement d'un projet de recherche, elles vont le sentir si elles sont là juste pour « *paraître* » et être assises sur une chaise.



Au tout début de la recherche Trajectoires, au niveau opérationnel cela fonctionnait bien et de manière automatique avec l'opérationnel, mais dès que l'on montait au niveau tactique et stratégique, il y avait plus de freins et de craintes, par exemple dans la manière de se présenter.

À ce moment-là, je débutais et j'expliquais que justement c'est à ce moment-là que les personnes ont besoin d'être impliquées si vous voulez qu'elles comprennent de quoi il en retourne et comment on met en place un projet à l'échelle locale, régionale ou provinciale.

Par ailleurs, les personnes aussi ont tellement peur, parfois avec raison, de se faire juger, de se faire évaluer de façon négative alors que ce n'est pas ça le but. Les usager·ères, les citoyen·nes qui vont être autour de la table, ils et elles ne vont pas être là pour vous donner une note comme sur « *Rate my doctor* ». Au contraire, ces personnes veulent être parties prenantes et veulent s'impliquer. Donc, il faut aller chercher cet élan de

motivation et déconstruire des peurs qui, finalement, sont un des pires obstacles que l'on se met. Ce sont des peurs que l'on a nous-mêmes en tant que groupe ou en tant qu'individu vis-à-vis de l'implication d'autres personnes, personnes qui vont avoir un regard forcément différent, mais plus souvent complémentaire que contre.



### **Jean-Baptiste Gartner**

Concernant la question spécifique de « comment on peut mieux impliquer les parties prenantes dans la trajectoire ? », je vais prendre un petit contre-pied.

Mon premier point est qu'il est quasiment impossible d'imaginer intégrer des améliorations dans une trajectoire complète de patient-es et de professionnel-les sans déjà, ce que j'appellerais, la « mettre sous contrôle », la définir et l'analyser.

Je pense aussi qu'il est nécessaire d'impliquer d'autres parties prenantes, c'est-à-dire, les chercheur-euses multidisciplinaires dans des projets d'optimisation des trajectoires de soins, qu'ils et elles soient capables de développer une analyse fine de la trajectoire dans son ensemble.

Ce n'est que grâce à ce biais d'analyse complète que l'on va réussir à amener les actrices et acteurs à se pencher finalement sur les problématiques, à s'impliquer et à essayer de trouver des solutions. On est plus ou moins toutes et tous d'accord ici que chaque professionnel-le et chaque individu souhaite travailler de la meilleure des façons possibles, mais qu'au quotidien, ils et elles sont soumis à des structures organisationnelles, institutionnelles et professionnelles qui les empêchent de se pencher réellement sur les trajectoires.

Dans la définition que j'essaie d'en donner, je dis que les professionnel-les ont une vision très partielle, et souvent, ne connaissent absolument pas les étapes – et même au sein d'une institution – n'ont pas de connaissances sur ce que réalisent les autres professionnel-les alors qu'ils et elles travaillent pourtant dans le même établissement.

Après cela, comment à la fois impliquer les usager-ères et impliquer les clinicien-nés dans ce travail ? Il s'agit donc de développer des mécanismes et des méthodes d'analyse et de participation de ces différents acteurs et actrices en centrant le débat et la question sur

*« Comment mieux soigner et créer une valeur qui est dédiée à l'acte premier de tout-e clinicien-ne, à savoir répondre aux besoins et attentes des patient-es ? »*

Premièrement, il faut développer un objectif commun et cela se fait par l'implication forte de patient-es; d'abord par l'analyse de la trajectoire des usager-ères et par l'implication des patient-es-partenaires.

Comment a-t-on réussi, je pense, à mobiliser en partie le levier du partenariat patient·e et des usager·ères? En premier lieu, par l'implication de patient·es-partenaires qui ont découvert le partenariat avec nous, qu'on a formé à la compréhension des enjeux réels. Parce que mettre un·e patient·e-partenaire autour d'une table de chercheur·euses et de clinicien·nes qui n'a pas un niveau de compréhension suffisant, on va très vite vers un défaut, celui du « pot de fleurs ».



Il s'agit donc d'éduquer cette personne pour qu'elle comprenne les enjeux, le dessous des cartes, c'est-à-dire que quand il y a des décisions cliniques ou de prise en charge avec des enjeux de facturation notamment (mais pas que), il faut aussi comprendre que derrière le discours de la personne, il y a peut-être des enjeux qui sont cachés. Donc, il y a une espèce de lecture à amener à ces patient·es.

Et ensuite, « *comment on le mobilise dans la recherche?* ». Nous on a eu la chance de tomber sur la « bonne » patiente-partenaire – et je suis certain qu'il y en a beaucoup – mais surtout on l'a impliquée à toutes les étapes du processus d'analyse de la trajectoire de soins. On l'a amenée sur le terrain pour réaliser des observations de la pratique clinique et confronter la perspective des professionnel·les à l'expérience patient·e qui est vécue. Et c'est là où on se rend compte qu'il y a un écart qui souvent est très grand, mais que les professionnel·les n'ont pas pris le recul nécessaire pour s'en rendre compte. On a impliqué notre patiente-partenaire dans les entretiens avec les clinicien·nes, avec les gestionnaires, pour qu'elle puisse aussi poser ses questions et recentrer parfois le débat autour de l'impact que cela a sur la trajectoire du patient et de la patiente.

Et enfin, on l'implique aussi dans l'analyse et la priorisation des solutions. On a souvent des rationalités qui s'opposent dans les projets d'optimisation des trajectoires de soins avec des perspectives de gestionnaires qui sont centrées sur les durées moyennes de séjour, sur l'aspect comptable de la prise en charge. Et, d'un autre côté des rationalités cliniques qui sont centrées sur les perspectives soignantes, professionnelles et souvent en silo aussi déjà entre les professions.



Nous avons donc besoin d'avoir cet objectif fédérateur qui, à mon sens, ne peut être mis en cause par aucun·e des acteur·trices, ni chercheur·euses, ni clinicien·nes et ni gestionnaires.

C'est comme ça en tous cas que l'on peut aller vers des pistes d'amélioration qui sont cohérentes et pour l'amélioration réelle de la prise en charge et non pour d'autres rationalités présentes.



### **Marcel Labelle**

J'aimerais ajouter une autre chose, c'est que nous nageons dans l'inconnu continuellement.

Alors je ne sais pas si avec la nouvelle loi on va nous fournir un GPS ou un ChatGPT pour poser des questions. Surtout que maintenant, avec ChatGPT, on a la capacité vocale et la traduction dans une autre langue. Alors, imaginez les gens qui viennent de l'étranger et qui parlent une autre langue, on peut poser la question et on aura des réponses. Le problème c'est qu'il faudra encore quelques années pour l'avoir [ndlr : que cette option de ChatGPT se diffuse].

Il y a un autre aspect que j'aimerais mentionner, c'est le fait que les services de santé nous font une offre extrêmement généreuse de services - qu'on ne connaît pas. Et les patient-es sont en demande de services. Comment rendre adéquate cette offre et la méconnaissance des services ? C'est là le problème.

Je me dis toujours (je répète une phrase de J. F. Kennedy) : je ne me demande pas ce que le système de santé peut faire pour moi, mais plutôt « qu'est-ce que je peux faire moi pour « sauver ma peau » ou pour rester en santé ? ».

Je peux apprendre.

Je pense que si on réussit à convaincre un certain nombre de personnes, je pense que nous sommes pas mal nombreux parmi les patient-es à vouloir apprendre. Je ne dis pas qu'on va avoir raison sur les médecins, sur leurs compétences, mais ils seront en mesure de nous aider et peut-être de soulager jusqu'à un certain point le système de santé.

### *Question 5*

*Pourriez-vous nous expliquer quelle est la définition de trajectoires ou de gestion par trajectoires dans vos projets et décrire ces derniers ?*



### **Jean-Baptiste Gartner**

Dans notre projet actuel d'optimisation des pratiques cliniques, administratives, organisationnelles et sociales des trajectoires de soins, nous mobilisons une définition que nous avons développée dans le cadre d'une revue systématique visant précisément à redéfinir et caractériser le concept de parcours de soins, concept qui selon moi est aujourd'hui intégré, de façon erronée, lorsque nous utilisons le terme trajectoire de soins dans le contexte québécois. Cette confusion a été figée notamment dans la Loi 10 du Dr Barette qui plébiscitait l'approche par trajectoire de soins et services. Pour nous donc, il



s'agit d'une intervention managériale sur le long terme qui a pour objectif de mieux répondre aux besoins et attentes des patient-es. Elle doit prioriser les besoins et préférences des patient-es, supporter le rôle des professionnel·les, intégrer une approche processus par la cartographie des processus, intégrer des structures de coordination et de communication, s'adapter au contexte organisationnel et social et être supporté par les données informatiques. De cette façon, il est selon nous possible d'optimiser les trajectoires de soins des patient-es, qui, elles, sont tout à fait variables d'un·e patient·e à l'autre.



### Nicole St-Pierre

Au CIUSSS MCQ, nous avons gardé les définitions du *Guide de la gestion par trajectoires de soins et de services du ministère de la Santé et des Services sociaux* (2020, non publié) :

*La trajectoire est une portion du parcours d'usager·ères ayant une condition clinique ou un profil similaire.*

Ces parcours (interventions et épisodes de soins) intègrent de manière transversale les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation / d'investigation / d'orientation, de traitement, de suivi/accompagnement et de soutien en fin de vie. Les étapes de la trajectoire nécessitent une coordination en interdisciplinarité avec les usager·ères, les intervenant·es et les partenaires du réseau territorial de services (RTS).



La *gestion par trajectoires* est un mode de gestion qui favorise l'intégration des soins et des services en partenariat avec les usager·ères, les intervenant·es et les partenaires. Ce mode de gestion collaboratif et transversal vise à évaluer et améliorer en continu les trajectoires. Son application efficace repose sur une évolution des modalités de gestion, un changement de culture organisationnelle et un leadership transformationnel. De plus, ce mode de gestion repose sur des assises structurantes, incontournables (partenariat et responsabilité partagée, amélioration continue, évaluation de la performance et suivi d'indicateurs, gouvernance matricielle) et une méthodologie en deux phases (préparer l'établissement à la gestion par trajectoires et gérer la trajectoire) permettant d'optimiser les trajectoires afin qu'elles répondent aux besoins des usager·ères. Nous expérimentons présentement la gestion par trajectoires avec la trajectoire maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), par la mise en place des quatre assises et les deux phases

de la méthodologie. De plus, le CIUSSS MCQ participe au projet de recherche de Lara : *Évaluation de l'implantation de la gestion par trajectoires de soins et de services et de la variation des effets dans des CI(U)SSS au Québec.*



### Géraldine Layani

Dans le cadre de ma programmation de recherche, ma perspective est de passer d'une approche de trajectoire centrée sur la maladie à une **approche de parcours de santé centré sur la personne**. En tant que médecin de famille, j'ai été confrontée très rapidement aux limites des parcours de santé des personnes vivant avec des maladies chroniques. Ces approches de soins sont actuellement organisées par trajectoire de maladies, et ne tiennent généralement ni compte de la complexité de vivre avec une maladie chronique, ni des ressources disponibles dans la communauté pour soutenir ces personnes tout au long de leur vie. En effet, vivre avec des problèmes chroniques de santé est exigeant et nécessite la mobilisation de plusieurs ressources de la communauté comme l'accès à une alimentation saine, un logement convenable et un réseau d'entraide, pour créer des environnements sociaux et physiques favorisant l'équité en santé. En tant que médecin de famille, je me suis sentie souvent démunie et, en tant que chercheuse en soins primaires, j'ai été interpellée par les constats effectués dans la littérature sur la collaboration intersectorielle en soins primaires, comme solution « organisationnelle » pour mieux répondre à une approche centrée sur la personne.



L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la collaboration intersectorielle pour la santé comme « des actions entreprises par des secteurs extérieurs au secteur de la santé, menées en collaboration avec le secteur de la santé, sur les résultats en matière de santé ou d'équité en santé ou sur les déterminants de la santé ». Cette approche a le potentiel de mobiliser des ressources dans la communauté, créer des liens avec d'autres secteurs à l'échelle des microsystèmes et collaborer avec l'ensemble des soignant-es interagissant avec la personne pour mieux répondre à ses besoins. Cependant, plusieurs obstacles à la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle en soins primaires ont été documentés dans la littérature, que je tente d'adresser en m'appuyant sur mes travaux actuels menés dans le cadre du projet SOINS Diabète.



### Lara Maillet

Selon moi, il y a deux types de trajectoire : **les trajectoires cliniques (*clinical pathways*) et les trajectoires intégrées en santé et services sociaux**. Le premier type a d'abord été



conceptualisé dans les années 1980 pour assurer l'efficacité et la continuité des soins et des services à de grands volumes d'usager-ères, dans le but de répondre aux besoins de soins et de services des populations. Ces trajectoires sont basées sur des guides de pratique spécifiques à certaines pathologies et visent à formaliser l'enchaînement des interventions par des équipes multidisciplinaires lors d'un épisode de soins aigus à l'hôpital.

Ma programmation s'intéresse à la seconde sorte de trajectoires :

*Les trajectoires intégrées en santé et services sociaux, qui sont quant à elles des trajectoires globales réunissant l'ensemble des épisodes de soins et services dans le parcours de l'usager-ères allant de la promotion-prévention de la maladie aux soins palliatifs, en passant par le diagnostic, le traitement, l'hospitalisation, la réadaptation, le retour dans la communauté, les suivis et les séjours à l'urgence.*

Ce sont donc des trajectoires qui comportent aussi, mais pas uniquement des trajectoires cliniques et plus hospitalières. Notre modèle est centré sur un principe circulaire de trajectoire « de la communauté à la communauté », dans lequel le passage par l'hôpital n'est pas central. Pour opérationnaliser ce modèle, nous avons développé, en collaboration avec des partenaires de plusieurs CIUSSS, un modèle d'analyse de la performance (MAP) permettant de développer, adapter et suivre des indicateurs spécifiques en lien avec les trajectoires implantées.



### Question 6

*Quels sont les facteurs qui, selon vous, permettraient de bien intégrer aussi les chercheur-euses, les gestionnaires et les clinicien-nes à la trajectoire (et de les « garder »)?*



**Nicole St-Pierre**

Une des « conditions gagnantes » qu'on a eues, c'est de mettre en place une gestion matricielle permettant l'arrimage et la collaboration entre la structure hiérarchique (système de gestion intégrée de la performance) et la structure transversale (instances

de coordination pour chacune des trajectoires) permettant une gestion efficace de la trajectoire. Cette structure, amène la possibilité pour les gestionnaires d'escalader un enjeu selon la ligne hiérarchique ou de le communiquer à l'instance transversale responsable de la trajectoire, par l'entremise du système de gestion. Un mode de coordination axé sur une communication directe et la prise de décision par consensus que par une supervision hiérarchique.



*La trajectoire n'est alors pas gérée seulement par le niveau hiérarchique tactique ou stratégique, mais plutôt à un niveau transversal, en partenariat avec des usager·ères, intervenant·es et partenaires.*

J'insiste ici sur la gestion collaborative et transversale parce qu'il arrive souvent que les gens gèrent une partie de la trajectoire qui leur appartient au motif qu'ils veulent être performants ou parce qu'ils ne se sentent pas concernés dans les autres étapes de la trajectoire. C'est important de travailler ensemble au niveau de chacune des étapes de la trajectoire (de la promotion-prévention au soutien en fin de vie) par des interactions, le partage des différents savoirs, d'idées et d'expériences entre les acteurs favorise le développement de connaissances, permettant de résoudre des problématiques complexes ainsi qu'innover pour arriver à des résultats qui sont significatifs et pérennes.

### Question 7

*Quelles sont les actions, d'après vous, à mettre en place pour le fonctionnement de la trajectoire ?*



#### **Marcel Labelle**

Encore une fois, ma situation est bien différente de ce que vous avez présenté. Je parle d'après mon propre parcours de soin. Depuis plus de 40 ans, j'ai vécu les avancées dans le traitement du diabète de type 1, passant des seringues traditionnelles aux méthodes plus avancées comme les stylos et pompes à insuline, et à l'utilisation de moniteurs de glucose en continu. Adapter mon alimentation et intégrer l'exercice ainsi que l'éducation permanente sur le diabète ont été vitaux pour gérer ma santé et les complications possibles. Ces expériences ont affiné mes compétences analytiques et décisionnelles, ce qui me sert aujourd'hui dans mon rôle de patient-partenaire dans le domaine de la santé.

La maladie, qu'est-ce qu'elle est ? Quels sont les risques ? C'est ce que j'ai en tête à chaque fois que je m'informe sur cette maladie. Ensuite, j'ai un parcours qui est axé sur l'aspect comportemental. C'est-à-dire que j'utilise un certain nombre d'outils : j'ai une

pompe insuline depuis 13 ans. Avec cela, j'ai un *feedback* immédiat, je peux voir mon taux de glycémie sur mon téléphone, sur ma montre. Ce sont des apprentissages que je dois faire continuellement. Ce ne sont pas toutes les personnes qui sont capables de faire cela.

La gestion médicale de la maladie est une chose, relevant de la compétence du médecin et de l'équipe soignante. Cependant, sur le plan personnel, il y a les aspects socioaffectifs et cognitifs à considérer. Socio-affectivement, on fait face à la stigmatisation et au jugement, et il est nécessaire de réagir de façon constructive plutôt que de se laisser abattre ou de s'apitoyer sur son sort. Il faut savoir rebondir. Je pourrais approfondir davantage, mais l'intention est de vous donner un aperçu de nos sentiments, qui diffèrent de ceux des professionnel·les de santé. Sur le plan métacognitif, cela implique de prendre du recul pour évaluer, analyser et comprendre les situations afin de prendre les décisions appropriées.



Alors ça, c'est le parcours d'un diabétique. Mais, on a besoin d'aide. Tout le temps. C'est pour cette raison que l'on est en demande. Comme le disait Géraldine Layani, on a une communauté qui peut nous aider. Par exemple, dans le cadre du projet à Laval, un guide d'autosoins a été créé à l'intention des individus atteints de diabète. Ce guide est conçu pour aider les utilisateurs et utilisatrices à identifier les informations pertinentes pour leur condition.

Il y a un autre aspect important : en travaillant avec Géraldine, je me suis rendu compte qu'on pouvait travailler en étant centré sur l'individu et non pas sur la technologie. Je pense que ça, c'est extrêmement important, parce que la technologie, ce sont des outils qui peuvent être plus ou moins efficaces. Je ne vais pas entrer dans les détails, mais c'est important de travailler sur la personne.

Et c'est sur ce point, sur le fait de travailler sur la personne, que j'ai pu apprécier le point de vue et l'approche de Géraldine et de son équipe. À un moment donné, on nous a forcé à avoir un volet technologique, mais aussi à avoir des partenaires – c'est là qu'on a rencontré Lara Maillet, Audrey L'Espérance (projet Baromètre). On est donc entré en contact avec elles. Et j'ai vu des gens passionnés par ce qu'ils faisaient. Et je me suis demandé comment se fait-il qu'ils puissent être passionnés et enthousiastes face à des gens qui souffrent de maladies mentales ? Quand Géraldine m'a partagé une vidéo présentant leurs accomplissements, j'ai pu constater leur capacité à encourager l'expression des personnes souffrant de troubles mentaux. Bien que leur communication

puisse être parfois maladroite ou leurs gestes brusques, ils parviennent à se faire entendre. C'est à ce moment-là que j'ai trouvé ma réponse. **Il s'agit de donner la parole aux individus, de les écouter attentivement et de les comprendre, pour finalement élaborer des solutions.**

À mes yeux, cela représente un remarquable parcours.



### Géraldine Layani

Par rapport à ce qui vient d'être dit, j'aurais trois points à ne pas manquer, qui pourraient être gagnants.

Premièrement, c'est vraiment avoir une approche qui vise à impliquer la communauté et de ne pas manquer tant l'approche des services de proximité que la vision de l'individu dans la communauté. Et pour cela, travailler en collaboration intersectorielle afin de décloisonner les approches et d'avoir une approche beaucoup plus globale.



En ce sens, mon deuxième point est centré sur la personne. Et selon moi, à partir du moment où l'on part de ses besoins, ceux de la personne qui vit avec l'expérience de la maladie, je pense qu'on ne se trompe pas. Certes, on peut trouver que le chemin est difficile ou que ce n'est pas évident de mettre en place les différentes actions. Mais je pense qu'au niveau des valeurs et du chemin que l'on prend, on ne se trompera pas si l'on reste centré sur les besoins de la personne.



Enfin, mon troisième message, c'est peut-être d'avoir une prudence sur tout ce qu'on voit, notamment dans l'évaluation de la performance, les chiffres que l'on « mesure ». Il faut en effet remettre notre focus sur « qu'est-ce qui est important pour les usager·ères ? » et non, simplement pour classer des systèmes ou évaluer des indicateurs qui mesurent des performances de santé du point de vue des professionnel·les et gestionnaire. L'évaluation doit être faite « pour et avec » les usager·ères.



### Synthèse

Pour conclure cette table ronde, ce qui en ressort c'est l'apprentissage, le fait de bien comprendre. Il faut que chacun·e de nos intervenant·es comprenne. Donc il y a tout un travail de sémantique à faire. Ce que nous faisons par exemple avec Jean-Baptiste Gartner dans le cadre de nos projets, c'est de donner des formations de base aux patient·es-partenaires. C'est être capable de leur fournir assez d'informations pour qu'ils soient à l'aise avec nous dans le travail.

Un deuxième point très important aussi est l'intelligence humaine. Les personnes sont intelligentes, et dans le domaine de la santé il y a une qualité c'est que les personnes sont passionnées et qu'elles ont pour objectif principal le mieux-être du patient et de la patiente. C'est sûr que si on amène des idées qui sont intéressantes pour améliorer, innover, et si l'on prend le temps de leur expliquer, de les asseoir avec nous – et pas seulement en leur disant « on applique ceci et cela », ce sont des personnes dont on a besoin pour concevoir le projet. Et après cela, si on a analysé un problème, on a trouvé les causes et les solutions, ces personnes vont les appliquer sur leurs terrains. Si on réussit cela, je pense que les organisations vont fonctionner.

## Questions du public

*Je vous remercie d'avoir commencé avec les narrations de personnes. Ce qui est au cœur de ce que vous avez présenté et de ce qu'on essaye de faire, c'est de remettre finalement la façon dont on gère, organise nos services, autour oui des besoins – même si c'est un grand mot – des usager·ères, mais aussi de ce qu'ils vivent, de l'expérience vécue. Et cette dernière vient avec des savoirs comme Marcel Labelle l'a présenté. Je trouve que la valeur ajoutée de gérer par trajectoires ou par parcours patient·e, c'est finalement qu'on est tou·tes obligé·es, peu importe l'intervenant·e, de se placer dans cette voie, en tout cas d'être plus en cohérence avec l'expérience.*

*Je me demandais s'il n'y a pas un travail obligatoire quand on travaille comme vous le faites, de se placer avant tout en « écoute » de ces narrations-là ? Je trouvais que la posture de traduction venait ensuite après. De plus, quels sont les défis d'inciter les personnes à se mettre dans cette posture ?*



### Jean-Baptiste Gartner

En effet, le cœur du travail, c'est d'essayer de comprendre, analyser et écouter l'expérience des patient·es, des usager·ères et aussi des professionnel·les. Je pense qu'aujourd'hui encore, on ne capitalise pas assez là-dessus. La difficulté est à la fois de tenir compte suffisamment de l'expérience et aussi, que les autres personnes en tiennent compte. Elle est difficile à deux niveaux.

Premièrement, la première personne à convaincre de la pertinence de son intervention, c'est le et la patient·e-partenaire. Parce que souvent il et elle considère qu'il a un savoir limité face à des médecins. C'est pour cela qu'il faut répéter à quel point c'est important de prendre la parole et d'oser dire les choses, même si c'est avec des mots qui sont non scientifiques et non cliniques.

Le deuxième point, c'est de faciliter la compréhension et la prise en compte par les autres personnes présentes, chercheur·euses, clinicien·nes et gestionnaires, de l'importance et de la qualité des choses qui sont fournies. Aujourd'hui, on a beaucoup bureaucratisé et mis en place des structures administratives, organisationnelles. On a alors perdu en partie cette capacité à s'intéresser et à écouter.

Et pour cela, ça demande des méthodes. Sans trop rentrer dans le sujet en fait, pour moi on a un vrai problème de méthodes aujourd'hui plus que d'idées. C'est-à-dire que les



idées et les concepts sont présents, mais la mise en œuvre et leur application sont totalement biaisées.

J'ai deux anecdotes à ce sujet.

La première, c'est sur mon parcours. Cela fait trois ans que je suis arrivé au Québec, dans un contexte où le parcours patient·e au Québec, c'est le fleuron mondial. C'est vrai, en partie. Et lorsque je suis arrivé dans l'une des institutions de santé les plus importantes, on m'a dit « *il y a un bureau des patient-es-partenaire là-bas, aller toquer à la porte* ». J'y suis allé, mais il n'y avait personne.

Je demande alors « *Est-ce que vous pouvez nous fournir des listes de patient-es-partenaires ?* », la réponse a été « *Non, non. On n'a pas de patient-es-partenaires* ».

Finalement, on a eu la chance de tomber sur une personne qui a eu une formation de quinze minutes où on lui a dit : « *Vous voyez, ça, c'est l'organigramme de l'institut, l'organisation fonctionne comme ça. Maintenant, vous pouvez être patient-es-partenaires* ». Soit finalement le niveau zéro du partenariat patient·e. On a alors dû construire là-dessus.

La deuxième anecdote est au niveau des professionnel·les clinicien·nes dans des institutions surspécialisées. J'y ai réalisé des entretiens avec de patient-es-partenaires, avec des médecins. Les médecins étaient ravi·es. Ils et elles m'ont dit qu'en 20 ans, c'était la première fois qu'il y avait un chercheur en management qui venait demander « *Comment fonctionne la prise en charge des patient-es ?* », « *Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer dans la prise en charge ?* », « *Est-ce qu'il y a des problèmes d'interface ?* », « *Est-ce qu'il y a des problèmes de coordination, de communication, de flux d'informations ?* ». L'envie est donc bien là. Il suffit d'écouter et de s'asseoir et surtout de pas trop parler. Toute la richesse, il faut des gens qui prennent le temps et qui analysent de façon approfondie, avec surtout des méthodes.



### **André Côté**

Pour répondre à la question, selon moi certes il faut écouter, mais il faut surtout savoir communiquer. C'est la chose la plus importante, savoir communiquer même si c'est un peu étrange à dire avec toutes les facilités technologiques et réseaux de communication que l'on a. Les individus ont de plus en plus de difficulté à faire part de leur perception. On est tellement normalisé, formalisé et autre qu'on a de la misère à faire part de ce qu'on est vraiment. Donc il faut développer des mécanismes. Je travaille beaucoup sur « *l'agir communicationnel* » d'Habermas et ces théories-là, pour aller chercher un peu la subjectivité de chacune de ces personnes, commencer à l'expliquer et échanger avec les

autres pour se faire une idée, une compréhension commune du phénomène. Et ça, c'est vraiment important pour moi.

Je vais donner un exemple rapide qui m'avait marqué. On travaille avec des patients et patientes-partenaires et l'une d'entre elles, une médecin spécialisée, a appris qu'elle avait un cancer du sein. Elle m'a alors expliqué qu'avant son diagnostic, certes elle communiquait avec ses patient-es, mais qu'elle conservait « l'œil du médecin ». C'est-à-dire elle comprenait, elle essayait d'expliquer, etc. Mais le jour où elle s'est retrouvée de « l'autre côté de la clôture », elle a alors vraiment compris l'importance de communiquer. Parce qu'elle m'a dit que, lorsque le médecin lui expliquait certains enjeux, elle le considérait comme un professionnel étranger, c'est-à-dire qui ne comprenait pas ce qu'elle vivait.

Et maintenant nous ce qu'on cherche c'est de communiquer et de parler avec des personnes, on les rencontre à des activités formelles ou informelles, sociales pour échanger. C'est comme cela qu'il faut faire, il faut savoir communiquer.

***Ma question est en lien avec la réforme du PL 15, réforme plutôt de gouvernance. En partant des éléments que vous avez décrits, à savoir, le déploiement des trajectoires fondé sur des besoins d'une population spécifique visant une intégration des soins et des services, la promotion prévention jusqu'à la fin de vie, le partenariat-patient-e fort et une volonté de gestion matricielle, comment les faire vivre ? Quels sont les leviers de gouvernance qui devraient être mobilisés pour pouvoir les mettre en œuvre de façon plus forte, et aussi pour soutenir les CISSS et les CIUSSS dans leur forme actuelle, dans leur déploiement ?***

***Et si on avait une Agence Santé-Québec demain, quelle serait la recommandation qu'on ferait à cette Agence pour qu'il y ait un soutien réel au déploiement de ce type d'initiative et d'innovation, d'organisation des services ?***



**Lara Maillet**

Si nous parlons de leviers de gouvernance à mettre en priorité ou en tout cas à ne pas oublier, ce serait certes un levier au niveau de la structure. Mais avant toute chose, et avant même de parler de partenariat avec des usager-ères ou autres, c'est d'abord de se mettre d'accord, si c'est possible par consensus, pour des ressources et du financement.

Lorsque l'on parle de gestion matricielle, un des enjeux forts et que l'on n'arrive pas à régler jusqu'à maintenant, c'est que la manière dont nos financements sont établis et

répartis dans les établissements. Pour ce qui est de la mise en place d'une gouvernance matricielle ou transversale, nous ne manquons pas d'idées. Malheureusement, les responsabilités des différentes parties de la trajectoire ne sont pas toujours définies et restent compartimentées.

Et qui dit justement « *responsabilités* », dit aussi « *financement* » et « *ressources à octroyer* » à telle ou telle partie de la trajectoire.

Donc lorsque je dis qu'il y a une trajectoire « *de la communauté à la communauté* » ou de « *prévention-promotion* », « *fin de vie* », « *rétablissement* » ou de retour chez soi, il y a des enveloppes budgétaires qui sont associées à chacun de ces parcours, à chacun de ces épisodes. Et ce, plutôt que d'avoir des enveloppes budgétaires et des ressources qui sont associées à l'ensemble du parcours.

D'où, après, des méthodes pour pouvoir faire des types de profils, faire des types de trajectoires, sachant qu'il y en aura toujours qui tomberont entre les mailles et qu'il y aura des trajectoires particulières. Mais nous avons néanmoins des ensembles de trajectoires et des outils qui nous permettent de modéliser ce genre de profils là.

C'est donc là-dessus que j'insisterais en premier : oui pour des trajectoires et la mise en place d'une gestion et gouvernance matricielle, mais en amont, il s'agit d'avoir une réflexion sur la manière dont vont être répartis les ressources et le financement, sur la manière dont les trajectoires vont être implantées selon les territoires et les populations. Pour cela, il faut s'interroger sur la façon de collecter, d'analyser et d'utiliser les données, en particulier populationnelles. En effet, on s'aperçoit bien jusqu'à maintenant que, « *prendre des décisions toujours au plus près de l'action* » demande de recourir à des données sur lesquelles se baser. Des données qui soient accessibles, utilisables et en lien avec les dynamiques territoriales et populationnelles. Sans cela pour nous indiquer la direction, nous naviguons à vue. Cela demande aussi de l'expérience.

### ***Faudrait-il faire évoluer les données de reddition de comptes aussi du ministère ?***



**Lara Maillet**

Pour les données et les redditions de comptes, tant que l'on reste sur des indicateurs et des tableaux de bord très mécaniques et quantitatifs, nous sommes pris avec des données qui sont figées finalement. Et tout ce qui se passe dans le système de santé est à l'inverse, tout sauf fixe et non dynamique. Tous les besoins, que ce soit de la population, mais aussi à l'échelle des territoires, sont en mouvement. Nous avons besoin d'indicateurs qui soient capables et assez sensibles pour nous donner ces données-là de façon rétroactive et

dynamique. C'est alors là que nous avons besoin de méthode, d'intelligence artificielle, de grosses bases de données, et surtout, d'avoir accès à des données populationnelles.

Il y a des enjeux majeurs en ce moment dans le réseau quant à la prise de décision à partir de données probantes. Et ce n'est pas juste au Québec.

Selon moi, ce sont les leviers à mettre de l'avant, à savoir : ressources, financements, et données pour prendre des décisions au plus proche de l'action.

***On est toujours dans la pensée qu'on va développer la gestion de bord en bord, dans tout le réseau. Mais est-ce qu'il n'y aurait pas une valeur ajoutée à l'utiliser parfois sur des bouts de parcours ?***



**Lara Maillet**

Lorsque je parle du micro qui détermine le macro, je suis justement dans cette perspective. Certes, on peut concevoir des systèmes et des relevés informationnels à grande échelle.

Mais lorsque je parle de contexte et de contextualisation, je me situe à un autre niveau. En effet, des données globales sur « le monde entier », généralement, à ce type de grande échelle-là, ce ne sont pas les meilleures données que l'on obtient et cela peut déboucher à des approximations finalement.

Alors que si vous restez au niveau micro et d'une petite échelle (qui peut être quand même une région ou une province) vous êtes d'une part beaucoup plus flexible et dynamique dans les données que vous pouvez aller recueillir et d'autre part, vous êtes beaucoup plus proche pour changer votre base de données. Et enfin, lorsque vous construisez et renseignez vos indicateurs, ils sont alors nourris par ce qui se passe concrètement sur le terrain. Et non pas par des idéaux types qu'on n'atteindra jamais et qui sont dirigés par des gouvernements, des ministères ou des agences de santé, etc. Il faut vraiment arriver à situer l'indicateur à un niveau qui permet de faire dialoguer le projet avec le niveau microsociologique ou à la plus petite échelle.

Si cet indicateur-là est capable de rassembler les données à la plus petite échelle, vous pouvez ensuite le ramener à un plus haut niveau. Et là, vous faites des agrégations.

table n° 2

# REGARDS CROISÉS SUR LES TRAJECTOIRES DE SOINS ET SERVICES AU QUÉBEC

discutant.e.s :  
 . Nicole St-Pierre  
 . André Côté

## 1 COMMENT ASSURER LES COLLABORATIONS À TOUTES LES ÉTAPES

LE PATIENT PARTENAIRE  
 USAGER RESSOURCE  
 DANS TOUS LES PROJETS

COOPERER & S'APPUYER - PROCHE HUMAINITÉ  
 EMPATHIE

CRÉER DU LIEN

À PETITS PAS

POURQUOI ?  
 OBJECTIF FÉDÉRATEUR  
 REMETTRE LE POURQUOI AU CENTRE

AVEC QUI ?  
 REPRÉSENTATIVE

ORGANISER DES RENCONTRES

À PLUSIEURS

À CHAQUE ÉTAPE

DIFFICILE DE CONVAINCRE LES PAIRS

VAINCRE LES PEURS

COMPRENDRE ET ANALYSER LA TRAJECTOIRE DANS SON ENSEMBLE

DONNER ACCÈS AU PATIENT À L'INFO.

## 2 LA TRAJECTOIRE DANS QUELQUES PROJETS

DEFINITION

GESTION LONG TERME

RENCONTRER

S'APPUYER SUR VISION DE TRES NOMBREUX PRO. VISION GLOBALE

UN PARCOURS DE SOIN

REPOSITIONNER

UN PARCOURS DE VIE QUI RÉPOND AUX BESOINS DE LA PERSONNE

"dessinez nous votre parcours"  
 PRO PATIENTS

COMPAREZ LES VISIONS

PLACE AU COMMUNAUTAIRE

FORUM

DONNER À CHACUN UN RÔLE

## NOS INDISPENSABLES ...

APPROCHE MATRICIELLE

LE CÔTÉ SOCIO AFFECTIF

CENTRER SUR LA PERSONNE

IMPLIQUER LA COMMUNAUTÉ

AUX DONNÉES ET À CE QU'ON ÉVALUE

50%

AIDER À SE REMETTRE EN ÉCOUTE

LES MÉDECINS

LES PATIENTS

COMMUNIQUER

REDONNER CONFIANCE ET VALORISER L'EXPÉRIENCE DU PATIENT

FAIRE ÉVOLUER LA REDDITION FACE À UN CONTEXTE MOUVANT

ACCÈS À DES DONNÉES

SE METTRE D'ACCORD SUR LES RÔLES ET FINANCEMENTS DE CHACUN DANS LA TRAJECTOIRE

accès à plus de données

les ressources

M. Labelle L. Maillet J.B. Gartner G. Layani

© Do2Co



## Pour aller plus loin

- ▶ Gartner, J.B., Abasse, K.S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C. and Côté, A., 2022. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), pp.1-24.
- ▶ Layani, G., Vachon, B., Duhoux, A., Lussier, M.T., Gil, J., Brault, I., Vanier, M.C., Rodrigues, I., Motulsky, A., Kaczorowski, J. and David, P.M., 2023. Structuring and organizing interprofessional healthcare in partnership with patients with diabetes: the INterprofessional Management and Education in Diabetes care (INMED) pathway. *Journal of Interprofessional Care*, 37(2), pp.329-332.
- ▶ Layani, G., Tremblay, A., Lussier, M.T., Godbout, I., Bihan, H., Gosselin, C., Pierre, M., Motulsky, A., Brault, I., Rodrigues, I. and Kaczorowski, J., 2024. Cross-Sector Collaboration to Improve Access to Community Services for People Living With Diabetes: Contributions From Actor-Network Theory. *Health Services Insights*, 17
- ▶ Maillet, L., Thiebaut, G.C., Goudet, A., Isabelle, G., Touati, N., Smits, P., Duhoux, A., Breton, M., Abou-Malham, S., Couturier, Y. and Gilbert, F., 2023. Evaluation of the implementation and effects of management through care and services pathways: A protocol study. *medRxiv*, pp.2023-05.
- ▶ Maillet, L., Lamarche, P.A., Lemire, M. and Roy, B., 2023. Journey through the fractalization of multilevel governance: levers for adapt healthcare organizations toward migrant populations in Canada. *Health Services Insights*, 16,
- ▶ Maillet, L, Thiebaut, G-C, Champagne, G, Touati, T. (2021). Expérience des trajectoires de soins et services de santé au Québec : l'animation comme levier de gouvernance collaborative et intersectorielle, A. Bazinet, C. Boudreau M. Charbonneau (dir.). *La collaboration intra et inter organisations en administration publique, Ouvrage collectif* : Chapitre 5, pages 131-157, PUQ
- ▶ Maillet, L, Thiebaut, G-C, Goudet A Marchand, J-S. Increasing the coevolution of a health organization through users' participation in the implementation of care pathways. *Health Services Insights* [sous presse]
- ▶ Thiebaut, G-C, Goudet A., Maillet L. Building Effective Care and Service Pathways: Developing an Operational Model for Analysis, Measurement and Support. *Health Services Insights* [sous presse]
- ▶ Thiebaut, G-C; Lavoie, C; Labrecque-Pégoraro, S; Maillet, L (2020). Pour des trajectoires de soins et services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure. Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, [disponible ici](#).



## TABLE RONDE N° 3

*La proximité : au-delà du BUZZ*



### Introduction

En juin 2023, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié le cadre de référence « [Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité](#) », pour lequel il avait mandaté l'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS) d'en réaliser l'écriture. Ce guide a pour objectif de soutenir les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le déploiement de services de proximité. Il est constitué de plusieurs propositions pour mettre en œuvre une approche intégrée et de proximité des soins de santé et des services sociaux, par l'intermédiaire des CISSS et des CIUSSS. Il préconise une approche visant à améliorer la gestion des services, mais aussi, l'adaptation, la coordination, la collaboration et l'inclusion des usagers. Par « services de proximité », il est entendu « un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels » (MSSS, 2023 : 3).

Si le ministère a fait de la proximité et des principes qui l'accompagnent une priorité dans le cadre du Plan stratégique 2019-2023, comment la proximité et ses différents principes trouvent-ils un écho à l'échelle locale et des réseaux? C'est ce que cette table ronde propose d'interroger à travers les expériences et expérimentations des différents panélistes.

**Panélistes :**



**Charles Coulombe**, organisateur communautaire, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

**Nassera Touati**, professeure titulaire en gestion des services sociaux et de santé, ÉNAP, Chercheure régulière Centre Interactions



**Stéphanie Charest**, infirmière praticienne spécialisée, présidente du conseil des infirmières et infirmiers, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

**Lara Maillet**, professeure agrégée en gestion des services sociaux et de santé, ENAP



**Discutant :**



**Georges-Charles Thiebaut**, Commissaire adjoint à l'évaluation et scientifique principal au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être, CSBE

# La proximité, c'est quoi?

Georges-Charles Thiebaut



Les CLSC matérialisent l'intervention de proximité et contre-balancent une tendance à "l'hospitalo-centrisme"



Stéphanie Charest

Charles Coulombe



Rejoindre des populations plus éloignées du système, et prendre le temps de tisser des liens



prendre en charge la personne dans sa globalité



valoriser l'expérience des personnes



Nassera Touati

Lara Maillet





# CONSTATS & DÉFIS

Manque d'intégration des limites par certains indicateurs de performance



manque de souplesse du réseau de santé



inertie générale du système



des modes de reddition de compte qui ne favorisent pas les changements de pratique



Allocation des ressources qui incite peu au travail collaboratif



le mode de rémunération des médecins n'encourage pas à proposer des services à domicile



Un rapport de pouvoir défavorable



Vision de "clientèle", et NON "populationnelle"



# LEVIERS POUR METTRE EN PLACE LA PROXIMITÉ

Sortir des sentiers battus, expérimenter, avoir le courage d'expérimenter



Laisser plus de marge de manœuvre aux gestionnaires pour les ententes de gestion et redditions de compte

se saisir des outils comme une occasion de remise en question



Miser sur d'autres professionnels de la santé pour améliorer l'accès aux soins



la technologie avec une attention au risque de fracture numérique



avoir des plans de communication



S'inspirer de ce qui existe déjà, se baser sur les résultats de la recherche mobiliser les chercheurs



Accepter de partager le pouvoir sur la prise de décisions



Créer une alliance au sein des directions entre ministères pour agir sur l'ensemble des déterminants de santé



se défaire d'une vision en silos, adopter une gestion transversale des budgets.



vaste mouvement social pour transformer le système





**Avant de débiter, j'aimerais « mettre la table » sur certains éléments.** D'abord, les éléments discutés depuis le début de la journée sont tous importants, mais, selon moi, la notion de proximité est probablement centrale. J'aurais même tendance à dire qu'elle constitue un élément clé pour bénéficier de systèmes de santé et de services sociaux performants et répondant aux besoins de la population. Notion clé également, puisqu'elle vient équilibrer cette tendance à « l'hospitalo-centrisme » constatée à travers le monde, et créer un équilibre des forces et de la capacité à répondre aux besoins. Ensuite, pour reprendre les mots de Lara, ce qui est intéressant c'est que la proximité permet de rapprocher la décision du lieu et de l'espace qui est vraiment pertinent, à la fois au niveau clinique, mais également en termes d'allocation des ressources et de gestion. Un questionnement central – dont on a déjà parlé dans la table ronde sur les trajectoires – oriente aussi celle-ci : a-t-on les moyens de nos ambitions ? Peut-on vraiment déployer ces services de proximité ?

Le titre de la table ronde est « *au-delà du buzz* ». On aurait pu aussi l'appeler « *L'éternelle histoire inachevée* ». Donc, « *au-delà du buzz* », pourquoi ? Il y a un cadre de référence qui vient de sortir sur les services de proximité en avril 2023<sup>1</sup>. Ce cadre vient camper un certain nombre d'orientations clés pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La notion de proximité a aussi été beaucoup utilisée dans le dernier plan d'action du MSSS, sans être fondamentalement explicitée. À quoi faisait-elle référence et comment pouvons-nous la mettre en œuvre ? Et puis j'ajouterais aussi cette éternelle histoire inachevée que je viens de mentionner. En effet, la notion de proximité a été développée à la fin des années 1970 et a été matérialisée au Québec par l'entremise des centres locaux de services communautaires (CLSC), avec une histoire mouvementée qu'on connaît tous. Chaque gouvernement, chaque réforme a fait de la proximité un élément important, avec plus ou moins de succès et une définition plus ou moins consensuelle. Pensons notamment à la réforme de 2015, la Loi 10, et comment la notion de proximité y avait été définie.

---

<sup>1</sup> En juin 2023, le ministère de la Santé et des Services a rendu disponible le cadre de référence *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*. Ce cadre vise à soutenir les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le déploiement des services de proximité. [Ministère de la Santé et des Services sociaux. \(2023\). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence. Gouvernement du Québec.](#)

## Question 1

**Pourriez-vous décrire votre parcours, et nous expliquer en quoi celui-ci vous a amené à faire de la proximité un sujet important dans votre travail et dans votre quotidien ?**



### Stéphanie Charest

Je suis infirmière praticienne spécialisée en première ligne. J'ai presque toujours travaillé en première ligne. J'ai un parcours comme infirmière en GMF depuis 2004. Auparavant, j'ai travaillé dans les hôpitaux, puis je suis devenue gestionnaire auprès des infirmières praticiennes spécialisées en Estrie. Nous développons principalement des postes d'infirmières praticiennes en première ligne dans les GMF.

Lorsque j'étais gestionnaire, j'ai eu la chance de travailler avec Lara sur un projet. On m'avait interpellée pour créer un poste à la Clinique des réfugiés de Sherbrooke. Un premier projet de recherche avait déjà été réalisé, en lien avec l'identification des besoins qui émergeaient pour la clientèle réfugiée pour laquelle l'accessibilité aux soins était vraiment difficile. Donc on a créé un projet de recherche et j'en pilotais le côté clinique. Une infirmière clinicienne a été introduite dans les Interventions de quartier (IQ) de Sherbrooke, qui sont installées directement dans des appartements et font du *reaching out*<sup>2</sup> afin d'atteindre des populations qui rencontrent parfois des difficultés à avoir accès aux services. Les deux IQ sont situées dans des milieux où il y a principalement de la clientèle des personnes réfugiées. Nous avons développé une trajectoire de soins entre l'infirmière, les travailleuses et travailleurs sociaux qui étaient déjà en place [dans les IQ], et, s'il a besoin, l'infirmière praticienne ou le médecin de la Clinique des réfugiés.

Après cela, je suis redevenue infirmière praticienne. Dans le cadre de ma pratique quotidienne, c'est sûr que je rencontre principalement des « *patients orphelins* » [ndlr : qui n'ont pas de médecin de famille], donc je pense que c'est quand même une sorte de proximité, même si je suis dans un organisme dit privé, j'ai la chance d'œuvrer dans un GMF qui se situe à l'intérieur même d'un CLSC.

---

<sup>2</sup> Interventions cliniques proactives dans lesquelles les intervenant·es vont vers les usager·ères, là où ils et elles sont.





## Charles Coulombe

Je suis organisateur communautaire dans le réseau de la santé depuis 21 ans.

*L'organisation communautaire, je vous le rappelle, c'est de l'intervention sociale collective. La cible de l'intervention, c'est vraiment d'agir sur des problématiques ou des besoins qui ne peuvent trouver réponse uniquement dans l'intervention individuelle ou de groupe.*

Donc on va avoir une orientation qui vise à soutenir le milieu dans son développement pour avoir de meilleures structures collectives communautaires. Je ne suis pas gestionnaire, j'ai une posture d'intervenant, avec l'expérience de ce que j'ai observé et de ce que j'ai vécu dans le développement de projets, des éléments que j'ai observés, des constats que j'ai faits. Je travaille beaucoup avec des gestionnaires, des intervenant-es, des bénévoles et des militant-es. C'est un spectre assez large.

Depuis que je suis organisateur communautaire, mon champ d'intervention en itinérance est majeur. J'ai beaucoup participé à la mise en place de projets structurants dans le milieu. Ces projets ont été réalisés en collaboration avec une diversité de partenaires, que ce soit l'Équipe itinérance – qui s'appelle maintenant *Équipe de proximité ACCÈS* –, au sein de l'établissement, mais aussi dans le milieu en général. Présentement, nous travaillons à mettre en place une « Maison de chambre » à haut seuil de tolérance, mais nous avons également mis en place un refuge mixte avec une approche de réduction des méfaits, des projets de logements, un centre de jour et aussi un service de fiducie volontaire. Bref, toute une gamme de services.

Avant cela, j'étais directeur d'une Soupe populaire à Sherbrooke, et dans ce contexte, j'ai participé à la mise en place du *Réseau solidarité itinérance du Québec* (RSIQ). Je suis géographe de formation. De ce fait, je m'intéresse aux populations et aux milieux géographiques.

Pour nos discussions et en écho aux tables rondes précédentes, je vous propose une prémisse : même si tous les protagonistes sont intelligent-es, compétent-es et de bonne foi, des défis et des difficultés se présentent. Tout ce que j'observe [dans le cadre de mon travail], cela se vit malgré toutes ces belles qualités.





### Nassera Touati

Mes intérêts de recherche englobent notamment les pratiques de proximité. Je n'aurais jamais pensé initialement me retrouver dans ce domaine. J'ai en effet un parcours non linéaire. Je suis ingénieure de formation. Ce qui explique mon parcours est, d'une part, que je suis une personne curieuse. Je n'aime pas faire la même chose tous les jours. J'aime sortir de ma zone de confort et parfois je saisis aussi des opportunités qui se présentent à moi. L'une d'entre elles a été de travailler avec [InterActions](#), le Centre de recherche et de partage des savoirs, en sciences sociales, ce qui m'a permis d'effectuer un petit virage. Maintenant, je fais de la recherche dans le milieu, ce qui m'a amené à m'intéresser aux problématiques sociales complexes comme l'accueil des immigrant·es, les problématiques jeunesse, etc. Ce sont des groupes de population qui n'obtiennent pas les services requis, qui ne s'adressent pas au réseau pour obtenir les services, etc. Ces questions m'ont amenée, entre autres, à m'intéresser aux pratiques de proximité. Et cela fait un peu partie de mon quotidien maintenant.



### Lara Maillet

Pourquoi et comment je travaille en proximité ? La proximité fait depuis toujours partie de mon quotidien. Et ce, même avant de savoir que je serais chercheuse, même avant d'entreprendre des études, et même avant d'immigrer au Québec. En fait, cet intérêt provient du milieu dans lequel j'ai grandi. Je ne sais pas si c'est une bonne chose, mais j'ai grandi auprès de populations qu'on dit vulnérables ou marginales. De côtoyer des personnes qui consommaient, aux prises avec des problèmes de santé mentale, d'exclusion de certaines parce qu'ils ou elles étaient VIH+, etc., cela faisait partie de mon enfance et de mon quotidien. Cet environnement m'a toujours fascinée parce que j'y étais à la fois à l'intérieur, mais sans savoir d'où il provenait, et c'était comme ça. J'avais toujours ce côté de mise en retrait, où j'observais les choses. Après des études en sociologie, anthropologie, démographie et santé publique, j'ai travaillé à l'Organisation des Nations unies (ONU) pendant quelques années dans le domaine de la santé internationale, c'est quelque chose qui m'est venu depuis toujours. En fait, je ne le vois pas différemment.

*Quand je parle des milieux, des gens sur le terrain, pour moi, c'est cette parole qui a du sens et c'est cette parole-là qui donne de la valeur aux choses que nous mettons en place.*

C'est pour cette raison que je mentionnais plus tôt que nous faisons tous et toutes partie du système dont nous nous sommes dotés collectivement. Les gens que nous mettons de côté, ou qui sont moins visibles, moins à l'image de ce que nous entendons comme *bon-ne patient-e*, *bon-ne partenaire* ou *bon-ne collaborateur-trice*. Ce sont ces personnes qui m'intéressent et avec lesquelles j'aime travailler la plupart du temps. Ce qui est un peu instable, ce qui est un peu indéterminé, ce qui est un peu en dehors des champs. Ai-je fait dévier mon champ de recherche ou c'est le champ de recherche qui est venu à moi, je ne sais pas. Dans tous les cas, celui-ci m'est venu par ce qu'on appelle la proximité. Mais en fait pour moi c'est le travail quotidien « *day to day* » de travailler avec les gens, et avec les gens sur des problématiques. Je m'intéresse particulièrement aux problématiques sociales et aux enjeux comme l'itinérance, la santé mentale, la santé des femmes, des enfants, les plus vulnérables, comme les personnes réfugiées. Forcément, ces problématiques ou enjeux m'amènent à m'intéresser aux services de première ligne, aux services sociaux et à la proximité.

## Question 2

***Qu'est-ce que la notion de proximité signifie pour vous et quels sont les éléments qui pourraient la caractériser, soit l'essence même de la notion de proximité ? Il est question ici de la proximité au sens large.***



### Stéphanie Charest

Pour moi, la proximité, c'est vraiment d'avoir un accès aux soins ou aux services, ce qui implique d'être dans les communautés directement, mais également rejoindre les communautés plus éloignées. Donc, avoir accès à des services sans nécessairement être dans les communautés directement. Il s'agit plus d'une question d'accessibilité. Parce qu'avec les technologies, maintenant, je pense qu'on peut donner des services à distance, d'être près des populations.



***Ces services devraient être adaptés aux besoins des populations.***

Avec les fusions, nous essayons de cibler des services qui peuvent être compatibles pour tout le monde, mais chaque contexte de soins ou chaque réseau local de soins peut avoir ses particularités. Donc je pense que nous devons adapter les services si nous voulons être en proximité. Ces services doivent aussi être offerts en continuité. Le bienfait quand même de cette fusion de 2015, c'est qu'il y a eu des trajectoires de soins qui ont tenté d'être créées. Certaines d'entre elles sont en place et la proximité en fait partie,

contrairement à avant où la proximité avait un peu de difficulté à s'intégrer aux services de deuxième ou de troisième ligne. Puis avec le projet de Lara, j'ai appris que la proximité, c'était vraiment de travailler en intersectorialité, soit de travailler avec le municipal, les organismes communautaires, etc. C'est ce que signifie pour moi la proximité.



### Charles Coulombe

Évidemment, les fondements de la proximité sont des services connus et faciles d'accès. Mais, ce que j'ai envie de nommer, ce sont les procédures d'accès. Quand on parle de l'accessibilité aux services, pour moi, un des problèmes, c'est que plus les procédures d'accès pour des services sont élaborées, plus de gens sont exclus et plus le risque s'accroît d'en échapper. Ces procédures doivent s'accompagner de stratégies pour venir recueillir ces populations. Il peut y avoir plein de bonnes raisons qui justifient que ces procédures ont été élaborées, mais la population visée par un même programme n'est généralement pas homogène. J'aurais donc envie de mettre l'accent sur un élément clé, soit la capacité d'une communauté à intégrer des gouvernances multiples (une communauté territoriale, une communauté d'intervention ou d'accompagnement). Cet aspect est absolument fondamental si nous voulons tout englober. Qui décide de quoi et quand ?



Le cadre de référence s'adresse au réseau public. La vision qui est mentionnée est celle de travailler de concert avec le milieu, une série de partenaires. Toutes les actrices et tous les acteurs clés de la communauté y sont nommés. Pour le bien de la discussion, disons que le réseau public a deux grandes responsabilités. La première est sa responsabilité de prestataire de services. En ce sens, il est tout à fait légitime d'adopter sa propre gouverne, ses indicateurs, de se doter de plans, etc. S'il travaille bien, le réseau public va bien connaître son milieu et être influencé par sa couleur et ses besoins. La deuxième responsabilité est celle populationnelle. Il est question ici de se soucier des services offerts dans la communauté, de la santé de la communauté. Par contre, nous ne sommes pas toujours des maîtres d'œuvre. C'est-à-dire, nous pouvons soutenir ce qui se fait dans le milieu, aller plus loin, et développer ensemble. C'est ici que les gouvernances multiples entrent en jeu. Développer ensemble, ça veut dire qu'on a des partenaires et des comités de travail. Il en découle que des choses peuvent naître.

Je vous donne un exemple concret. Nous avons mis sur pied un Comité Hébergement-Logement à la Table Itinérance. Une priorité a été déterminée, en effet, de mettre sur pied une maison d'hébergement à haut seuil de tolérance. À partir de ce moment, un comité de travail et de vigie a été créé pour soutenir l'Office municipal d'habitation (OMH) et acheter l'immeuble. Plusieurs partenaires étaient présent·es pour définir les choses. Il y a donc eu un déplacement de la gouvernance vers le comité, ce qui a permis le

développement de quelque chose de neuf dans un contexte de grande complexité. Dans ce type d'initiative, tous-tes les partenaires doivent avoir la capacité de prendre un peu de recul avec leurs priorités d'organismes autonomes ou d'établissements du réseau de la santé. L'élément important pour moi est la capacité d'une communauté à gérer les gouvernances multiples. Plus nous souhaitons travailler en partenariat, de concert avec le milieu, moins nous devons avoir d'éléments préalablement définis lorsque l'on constitue le « tour de table ». Il est nécessaire d'avoir une vision claire et d'être compétent-e. Mais pour que les partenaires acceptent de travailler avec nous, qu'ils et elles adhèrent au projet pour construire quelque chose ensemble, il faut avoir le moins de choses qui soient préalablement définies.




Par exemple, l'Équipe itinérance qui est devenue *l'Équipe de proximité ACCÈS* et qui a gagné des prix, a été mise en place à partir d'un besoin exprimé par les partenaires autour de la Table Itinérance de Sherbrooke. Le projet a commencé grâce à l'initiative d'un comité de travail. À l'époque, il s'est tourné vers le CLSC en disant : « Est-ce que vous pourriez mettre ça en place ? Nous en avons besoin et nous croyons que cette responsabilité revient au réseau ». Une gestionnaire a accepté et en a parlé à une autre gestionnaire du Centre hospitalier universitaire (CHU). Nous avons réussi à obtenir un budget qui dormait dans les coffres. Ce budget devait servir initialement à résoudre les problèmes psychosociaux à l'urgence, mais la gestionnaire ne savait pas quoi en faire. Finalement, à partir de cela, nous avons mis sur pied une équipe itinérance qui est un succès sur toute la ligne, dans le sens où l'offre de service initiale a été construite avec le milieu. Je vous ai aussi donné précédemment l'exemple de la Maison Laurier.

Il s'agit donc ici de faire confiance, de prendre du recul avec son propre milieu, de gérer les compromis pour créer quelque chose qui nous appartient vraiment à tous et à toutes. Ce qui est selon moi, l'enjeu finalement de la gouvernance multiple.



## Nassera Touati

Je suis en accord avec ce que vous avez dit tous les deux. Je vais peut-être compléter, nuancer certains aspects. Tout à l'heure, vous avez souligné que ce qui est important, c'est l'accessibilité des services et qu'avec les technologies de l'information, il est actuellement possible de réaliser beaucoup de choses à distance. Oui, mais il ne faut toutefois pas oublier la fracture numérique. Il y a des personnes qu'on ne peut pas rejoindre avec les technologies de l'information. Et donc, il faut se rendre dans les milieux, dans les habitations à loyer modique (HLM) justement pour rendre des services à ces communautés, pour être à l'écoute de leurs besoins. Les technologies de l'information fonctionnent très bien avec et auprès des jeunes. D'ailleurs, elles fonctionnent parfois beaucoup mieux que le face-à-face pour certaines problématiques. Je pense donc qu'il faut s'adapter au profil de la population pour mieux les rejoindre.



Je mettrais aussi l'accent sur un aspect qui a peut-être été moins souligné. Lorsque l'on est dans une logique de proximité, il faut « *traiter* » - je n'aime pas ce mot, mais je vais tout de même l'utiliser, « *traiter* » la personne dans sa globalité. Nous ne prenons justement pas en charge un « *problème* », mais bien une personne dans sa globalité, avec son entourage et avec son environnement. Sans compter que nous devons bien sûr aussi agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Il est nécessaire d'adopter cette perspective dans une logique de proximité. Lorsque nous sommes dans cette logique de proximité, nous nous adressons souvent à des groupes de population dits « vulnérables ». Ce sont des individus méfiants, qui ne s'adressent pas aux institutions. Donc pour moi, cette logique de proximité englobe la dimension du développement de la confiance. Il est nécessaire de prendre le temps de développer des relations avec ces populations. Il est question ici de personnes en situation d'itinérance et de réfugié·es qui ont un historique particulier. L'aspect relationnel est donc extrêmement important.

*L'autre aspect que j'aimerais souligner est la valorisation de l'expérience des personnes, de l'expérience de vie de ces personnes. Il s'agit ici de reconnaître qu'elles ont un mot à dire sur les réponses que l'on donne, sur les services qui leur sont offerts pour répondre à leurs besoins.*

L'utilisation des pairs dans les approches de proximité, cette expérience qu'ils et elles détiennent peut-être très aidante pour identifier comment répondre à une problématique. Et cela nous amène aussi à intégrer la dimension décisionnelle. C'est-à-dire que ces personnes qui ont un vécu, qui ont une expérience, doivent aussi être rapprochées des milieux de décision, soit être intégrées dans la gouvernance.

Vous avez aussi souligné un point extrêmement important, soit le travail avec les partenaires. Il ne s'agit pas simplement de les coopter dans nos projets, mais de



développer une gouvernance partagée. Oui, avec les partenaires, les organismes communautaires, les municipalités, les écoles, etc., mais également de travailler selon une approche de développement des communautés.

Il s'agit de faire en sorte que la population fasse partie de la solution. Cela fait partie, selon moi, de l'approche de proximité.



### Lara Maillet

Je suis aussi en accord avec les éléments mentionnés. Ce qui a été moins abordé, lorsqu'il est question de gouvernance, est le partenariat. Donc l'enjeu de collaboration. Et ce n'est pas juste en proximité. Dans un contexte de collaboration plus globalement, nous sommes par le fait même dans une relation de proximité, ou en tout cas proche de nos collaborateurs. Et donc, qui veut dire « collaboration », veut aussi dire « entente consensuelle » ou en tout cas rapport consensuel. Moi je suis plus ou moins d'accord avec le fait que lorsque nous parlons de collaboration, nous devons accepter de perdre quelque chose. Parce qu'à partir du moment où nous collaborons, nous acceptons de partager, qu'il s'agisse du pouvoir sur la prise de décision, de développement de programmes ou autres. Et donc, en ce sens, collaborer est positif. L'important je trouve dans une approche de proximité est de la regarder à différents niveaux de gouvernance ou à différents niveaux de prise de décision. Si une personne souhaite collaborer ou adopter une approche intersectorielle de proximité, elle doit accepter de laisser du lest sur le pouvoir qu'elle a avec ses partenaires, sans quoi, cela n'avancera pas et ne fonctionnera pas. Les autres vont se sentir floués. Cette personne ne sera pas dans une relation de confiance et elle risque de perdre son temps. À partir du moment où vous essayez honnêtement, en étant prêt·e à collaborer, donc à perdre un peu de ce contrôle et à le partager avec le collectif autour de la table, à ce moment, il est possible de discuter et de se diriger vers la proximité, des services communs, un développement des communautés et un développement territorial. Je pense que c'est quelque chose que nous devons ramener au cœur de toutes ces préoccupations, en proximité notamment. Oui, collaborons, mais acceptons qu'il y ait des tensions, puisqu'à un moment donné, nous ne serons pas toujours d'accord.



Et lorsque vous vous retrouvez en tant que collectif de citoyen·nes autour de la table devant des intervenant·es ou des entités comme un CIUSSS – généralement ce n'est bien sûr pas le CIUSSS en entier qui est devant vous – ou devant des acteurs gouvernementaux ou des municipalités et bien, même avec des appuis d'organismes communautaires, chevronnés, etc., vous avez l'impression de ne pas peser très lourd. Et donc, il va falloir « *entrer en conflit* » entre guillemets et le conflit, n'est pas nécessairement négatif à partir

du moment où il est possible de construire dessus. Il ne faut pas en avoir peur, mais il est évident que vous serez en tension quand il sera question de financement, de ressources, d'opérationnalisation, etc. Quels seront les effets sur mon service si je donne plus d'heures à tel quartier, tel territoire, à tel type de population ? Forcément, je vais devoir lâcher du lest sur le service que je donnais ailleurs, une décision qui devra être expliquée aux actrices et acteurs des autres territoires. Il s'agit d'un exemple parmi d'autres.

*Ainsi, collaborer et gérer tous ces aspects de la proximité et répondre aux besoins des populations (quelles qu'elles soient) signifie finalement accepter de partager le pouvoir et souvent de redonner le pouvoir aux citoyen·nes qui devraient être autour de la table, ce qu'on espère de plus en plus, mais qui est actuellement déclinant.*

Peut-être que justement nous n'osons plus partager ce pouvoir ou en redonner un peu plus. Il s'agit d'un élément qui doit être mis à l'avant-scène. Nous parlions de CLSC ce matin [Tables rondes 1 et 2], nous parlions en fait de proximité de manière transversale. Et ce, parce que cette proximité est déjà présente. C'est de cette façon que nous pouvons répondre aux besoins des citoyens et des citoyennes. Soit en redistribuant, en décentralisant, le pouvoir et les prises de décisions du système de santé dans son ensemble. Du moins, en partie, et ce pour permettre une adaptation plus locale.



### **Georges-Charles Thiebaut**

Vous venez de nous décrire ce qu'étaient selon vous les services de proximité avec vos quatre perspectives qui sont très complémentaires. On voit maintenant qu'il y a des initiatives qui fonctionnent et qui perdurent dans le temps, auxquelles vous avez d'ailleurs contribué. Toutefois, de manière générale, les organisations au sein du réseau de la santé et des services sociaux, porteuses de la première ligne, auraient dû être les services de proximité ou ce qui avait été conçu comme tel au départ. Notamment, les CLSC qui ont tendance à être peut-être moins robustes, moins vaillants que ce qu'ils étaient avant. Nous sommes aussi face à un paradoxe sur la notion de proximité et ses éléments clés. Pourtant, ce que nous souhaitons et ce qui est valorisé par la population ne sont pas réellement mis en œuvre. Cet écart entre le réel et le souhaité me semble assez fort.

### Question 3

*Comment expliquez-vous cet écart entre les éléments que nous considérons essentiels pour faire de la proximité et la réalité dans la façon dont nos services sont organisés ? Les moyens que nous nous donnons pour réellement mettre en œuvre une perspective de proximité avec les éléments clés que vous venez de décrire.*



#### Charles Coulombe

J'aimerais pouvoir dire que ce sont des forces occultes qui nous empêchent de le faire [rires] ! Ce serait simple. Cela nous permettrait de nous dire que c'est pour cela que nous ne réussissons pas, mais ce n'est malheureusement pas le cas. Je pense que sans être exhaustif, il y a certainement un élément qui est qu'il y a beaucoup de besoins dans la communauté, ainsi qu'une pression constante sur les services publics et les services dans la communauté. Ce qui nous amène à adopter des postures où nous visons une certaine efficacité, et ce, rapidement. Puis nous tentons de nouvelles choses. Nous n'avons jamais un horizon qui soit suffisamment long pour laisser peut-être de l'espace à des retombées de se manifester dans le temps. Donc, il y a probablement ça. Je l'ai mentionné rapidement tantôt, c'est naturel, c'est humain. Nous avons tellement besoin de baliser ce que nous faisons, d'établir des cadres et de bien définir notre zone. Cette façon de faire est rigoureuse, mais en créant des balises, nous créons aussi des interstices. Il y a aussi des divergences de vues entre les différent-es partenaires sur l'importance relative de certaines approches, certaines priorités, rendant les choses plus difficiles et complexes. Madame Duchaineau [directrice générale adjointe au programme santé physique, générale et spécialisée au CIUSSS de l'Estrie – CHUS] mentionnait ce matin, avec justesse, qu'il est complexe de s'entendre avec différent-es partenaires. En effet, il est plus facile de décider chacun de son côté que de développer des modèles intégrés ou qui peuvent se transposer dans les services, dans les approches cliniques où tout le monde est au même diapason sur la lecture de la situation, le moment où l'on intervient, la façon dont on se passe le relais. Ce contexte amène tellement de schèmes ou de culture d'intervention qui entrent en conflit et qui rendent la fluidité complexe. En bon géographe, j'ai appris que la goutte d'eau suit toujours la pente la plus forte. C'est le chemin le plus facile. Toutefois, le chemin le plus facile n'est pas toujours celui qui donne le plus de résultats. Donc, nous avons tendance à beaucoup définir, baliser, clarifier et cibler. Se faisant, on génère de l'exclusion, et des gens ne sont pas rejoints. J'irais jusqu'à dire que nous sommes aveuglés par notre performance. J'aimerais citer Jean Gagné, qui est professeur à l'Université



TÉLUQ et qui a travaillé beaucoup sur la question du vieillissement et de l'itinérance. Il disait :

*« Les problèmes vécus par les gens sont rarement aussi « purs » que nos programmes ».  
Nous « purifions » nos programmes, mais les gens vivent un cumul de difficultés ».*

Le cadre de référence ne dit pas que seuls les services de proximité sont bons dans la vie. Je pense que beaucoup de services sont très bons et valables, que tout programme, toute direction peut dire rejoindre environ 80 % de la population (pour donner un chiffre comme cela, pour illustrer mon propos) ciblée par les programmes. Mais alors, je considère que nous devrions nous poser la question, que tous les services devraient se poser : qu'en est-il des personnes qui ne sont pas rejointes et que nous avons perdues de vue parce que nous avons tellement une « bonne performance » au regard de certains indicateurs ? Nous pouvons nous dire que nous avons fait un bon travail. Oui, nous faisons un bon travail. Mais qu'en est-il de se poser la question de savoir comment développer de nouvelles stratégies pour rejoindre la minorité de la population qui n'est pas rejointe par nos services ? L'obstacle, le paradoxe est que nous ne nous posons pas assez souvent cette question ou que nous ne sommes pas en mesure d'y répondre.



Voici deux exemples qui sont des perles et que je souhaite vous partager. Le premier est un exemple de service spécialisé. Un psychiatre de l'Université de Montréal travaille en collaboration avec l'Équipe Itinérance, anciennement du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) Jeanne-Mance et collabore avec la mission Old Brewery. Un jour, il est sollicité par l'Équipe. En effet, un usager ne parle à personne et est très renfermé. Il n'est pas agressif, mais il est impossible de l'approcher. Manifestement, il vit de grandes difficultés. Tous les matins, il marche une heure dans le stationnement, il s'y promène. Pendant quelques semaines, le psychiatre a alors marché plusieurs fois avec lui, à une certaine distance, sans rien dire. Jusqu'au moment où la personne a remarqué sa présence. Au bout de quelques semaines, le psychiatre a établi un lien avec cette personne. Un rapport de confiance s'est développé. De cette manière, le psychiatre a été en mesure d'établir un lien thérapeutique et de mettre en place un traitement, améliorant la condition de cette personne. Ici, il est réellement question d'une approche de proximité, d'un service spécialisé dans un contexte très défini où le psychiatre avait l'espace pour le faire, et ce, en y consacrant peu de temps.

L'autre exemple est un projet qui s'est développé à Sherbrooke : *Art quartier communauté*. Parce que tout n'est pas toujours « complexe ». Un psychoéducateur

travaille avec l'Équipe Santé Mentale. Il reçoit une personne qui aime peindre et qui est très bon peintre. Cette activité lui manque, il ne la pratique plus. Par la suite, le psychoéducateur reçoit une autre personne qui aimerait apprendre à peindre, puis une autre qui aime également la peinture. Finalement, le psychoéducateur s'aperçoit que sept ou huit personnes dans son « caseload » aimeraient faire de la peinture. Il communique avec moi et nous avons alors développé un atelier dans le local de quartier. Le projet s'appelle *Art quartier communauté* et toutes ces personnes participent à des ateliers de peinture, enseignés par le premier, qui avait des notions de peinture. Cet atelier a été un succès et fonctionne toujours. À court terme, ce qui a été observé, c'est une diminution significative de la fréquentation auprès des professionnel·les de la santé. Un psychiatre s'est même inquiété de ne plus voir l'un de ses patients.

*Je vous fais part de ces exemples pour illustrer le fait que ce n'est pas toujours complexe. Parfois une pratique hyper simple est suffisante. Il suffit de sortir des sentiers battus.*

Notre réseau manque parfois de souplesse et nous nous butons à des contraintes de gestion, professionnelles, etc., ce qui nous maintient peut-être dans le paradoxe



### **Nassera Touati**

Pour ma part, je ne sais pas si je nommerais cette situation un paradoxe. Je pense que nous sommes plutôt face à l'inertie du système. Il existe de belles expériences un peu partout, mais le système à grande échelle ne se transforme pas. C'est la vérité pour les services de proximité et pour plein d'autres choses. Comment interpréter cette inertie pour les services de proximité ? D'abord, les incitatifs ne favorisent pas le changement de pratiques. Nous avons parlé des médecins ce matin. Les modes de rémunération des médecins ne favorisent pas les services à domicile par exemple. Ils et elles préfèrent rester dans leur bureau et faire de la productivité. Aussi, les façons d'allouer les ressources n'incitent pas au travail collaboratif. Lara et moi avons participé à un projet qui consistait à mettre sur pied une clinique de santé sexuelle. Il s'agissait d'un super beau projet qui impliquait le centre de santé et les organismes communautaires. Les modes de reddition de comptes ne favorisent pas non plus le changement de pratiques. Même au niveau gouvernemental, la collaboration entre ministères est un défi. En effet, on a plus tendance à rendre visible l'apport individuel de chaque secteur de l'action publique.



Et il faut aussi constater que, malgré les belles initiatives, les normes professionnelles et sociétales ne bougent pas tant que ça. Les modes de socialisation perpétuent cette façon de voir. Nous formons les professionnel·les de la même façon et la proximité est relativement peu mise de l'avant, même si ça bouge. Finalement, c'est une lecture

politique qui permet d'interpréter l'inertie du système. Ce sont les actrices et acteurs influents qui peuvent entraver le changement. La profession médicale encore une fois ne pousse pas beaucoup vers ces changements, parce que cela va à l'encontre de ses intérêts. On ne veut pas perdre certains acquis. Il s'agit d'un héritage de l'histoire. Étant donné le statut des médecins, la transformation des pratiques médicales est un défi. Par ailleurs, les populations qui bénéficieraient le plus des services de proximité, comme les populations en situation d'itinérance, les nouveaux arrivants et arrivantes, les groupes de populations les plus défavorisés n'ont pas de voix, ils ne peuvent donc pas influencer le système.



### **Stéphanie Charest**

Je voulais rebondir sur ce qui a été nommé ce matin. La rémunération médicale est en effet un enjeu important. Les GMF ont effectivement été créés principalement pour soutenir les médecins et non dans un objectif de soutenir les besoins d'une population. Certains GMF ont un peu plus une vision populationnelle, mais la plupart d'entre eux ont quand même encore une vision plus de clientèle. La responsabilité populationnelle est manquante au niveau médical. D'un autre côté, il y a eu des avancements. La Loi 90 [ndlr : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90), adoptée en 2002] a permis à plusieurs professionnel·les de la santé d'acquérir des activités professionnelles supplémentaires qui peuvent répondre aux besoins des populations. Je pense que le système tente actuellement de mettre en place ces accès aux services aux diverses populations par différents moyens. Entre autres plusieurs professionnel·les de la santé tentent de mettre sur pied des cliniques de proximité. Dans ce contexte, il serait peut-être possible de contourner la problématique médicale et d'inciter les médecins à y prendre part. Certains d'entre elles et eux sont convaincus et souhaitent le changement. J'aimerais que nous adoptions une vision plus positive. Divers projets démontrent que l'accessibilité peut passer par autre chose que juste les médecins. Nous devons également changer notre vision, soit le paradigme que d'avoir accès aux soins de santé nécessite d'avoir un·e médecin de famille ou encore d'avoir accès à un·e médecin. Ce n'est pas ça que les données nous montrent. Finalement, la population a besoin d'avoir des professionnel·les de la santé, mais il y a quand même beaucoup de besoins en santé mentale. Il y a beaucoup de besoins, juste de littératie. Ce ne sont pas nécessairement les médecins qui peuvent répondre à ces besoins.





## Lara Maillet

À cet effet, dans le cadre de mon postdoctorat, Nassera et moi avons justement étudié la collaboration médicale entre les médecins omnipraticien·nes et les médecins spécialistes en lien avec la santé mentale. Clairement, nous n'avions pas ciblé les bon·nes professionnel·les pour étudier les trajectoires ou les parcours de soins des personnes. En règle générale, la plupart des médecins généralistes n'avaient pas ou très peu de formation en santé mentale. Ils ou elles faisaient des références à « tout bout de champ » et ne voulaient pas prendre en charge les enjeux de santé mentale. Forcément, du côté des médecins spécialistes, il n'y avait pas les ressources pour cet afflux de patient·es. C'est sûr qu'il y avait également d'autres enjeux importants.

À l'époque où cette étude a été réalisée, les derniers règlements encadrant les pratiques professionnelles, notamment celles des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) n'étaient pas encore adoptés. Elles étaient encore en pourparlers. Il n'y avait donc pas de délégation et tout devait passer par les médecins. Nous en avons conclu que les trajectoires telles qu'elles avaient été pensées de manière traditionnelle ou conventionnelle par l'entremise d'une ligne médicale étaient tout sauf la bonne voie. Pour contourner le système, ou passer par la porte d'en arrière (comme dans l'atelier créatif qui s'est tenu plus tôt), les professionnel·les, les intervenant·es et autres actrices et acteurs, dont des gestionnaires, mettaient en place des « *trajectoires bis* » pour référer ces patient·es aux bonnes personnes, sans nécessairement passer par les lignes médicales. Cette façon de procéder fonctionnait généralement très bien. Par la suite, certain·es médecins se sont intéressé·es de plus en plus à la santé mentale et ont acquis une expertise plus poussée. Elles et ils pouvaient ainsi mieux répondre aux besoins et mieux référer. Cependant, ce n'était pas la majorité des médecins qui se dirigeait vers cette voie. La santé mentale nécessite en effet du temps, elle est complexe, elle n'est pas très stable, plusieurs enjeux peuvent surgir et pour certain·es médecins, ce n'est pas leur priorité du moment.

En ce qui concerne l'inertie du système et les tensions nommées plus tôt, j'aimerais revenir sur l'aspect de la collaboration. Quel est l'intérêt des fédérations médicales à participer à la proximité alors qu'elles n'ont aucun intérêt à lâcher du lest sur leur pouvoir ? Elles ont tout à gagner et ne veulent surtout rien perdre. Soit nous devons passer par une autre porte en arrière, soit nous devons affronter un peu plus fortement ces leviers qu'elles ont déjà. Leur donner envie finalement de participer. Les fédérations sont en effet très fortes, elles ont beaucoup de pouvoir, leur propre vision en vue de protéger leurs membres. Il s'agit d'un collectif qui représente ses membres. Si de plus en plus de membres sont mal à l'aise ou ne se reconnaissent plus dans les messages envoyés par ces fédérations, il serait possible de croire, peut-être naïvement, que ces membres

souhaiteraient eux et elles aussi embarquer dans le mouvement et ne pas rester accroché·es à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), si elles et ils sont complètement en porte-à-faux avec les valeurs que représentent ces fédérations. Pour la plupart des gens, qu'ils soient médecins ou pas, à un certain moment, il n'y a plus d'intérêt à faire plus l'argent. Dans le sens où ces individus n'ont même plus le temps de le dépenser ni savoir quoi en faire. Évidemment, certains vont continuer à accumuler sans cesse. Allons chercher des incitatifs pour leur donner envie d'embarquer avec nous dans le système dont nous rêvons entre guillemets, puis essayons de contrebalancer les leviers de pouvoir dont ces fédérations se sont dotées et que le gouvernement ou d'autres acteurs et actrices leur ont accordés, et donnons-leur envie d'embarquer dans le mouvement.



### **Georges-Charles Thiebaut**

Nous avons mentionné au début de la table ronde un nouveau cadre de référence sur les services de proximité qui a été publié en juin 2023. Il reprend beaucoup d'éléments que vous avez décrits sur les questions d'équilibre de pouvoir, ou de gouvernance collaborative. Mais aussi sur l'intersectorialité, la proximité territoriale, les enjeux d'accessibilité et d'action sur les déterminants de la santé, l'approche communautaire et le maillage territorial fort. Le cadre de référence ne fait pas de mention opérationnelle sur comment le déployer, à aucune échelle de gouvernance.

## Question 4

***Quels seraient, selon vous, les leviers de gouvernance et de gestion qui devraient être utilisés pour que ce cadre de référence ne reste pas lettre morte ?***



### **Nassera Touati**

Je pense que fondamentalement, encore une fois pour aller à contre-courant, il faut penser à un moment donné à déployer un mouvement de défense des droits pour inciter à un changement de système et de paradigme.



Cela étant dit, si on doit réfléchir à des leviers de gouvernance, voici quelques propositions. À l'échelle du ministère, déjà, il pourrait peut-être assurer une plus grande cohérence sur le plan des politiques publiques. Parce que l'on parle de proximité, mais dans le même temps, on continue de soutenir « *l'hospitalo-centrisme* ». Donc si on veut croire en la proximité, il faut avoir une certaine cohérence. Il faut aussi peut-être changer les modes de reddition de comptes. Nous en avons justement discuté ce matin. Il y a des travaux qui ont été faits en la matière. Il faudrait aller de l'avant dans l'implantation de cette nouvelle grille de reddition de comptes. Il y a des attentes fortes du milieu en ce sens.

Il faudrait aussi créer une alliance entre les différentes directions du ministère qui ont à peu près la même vision. Par exemple, une alliance entre la santé publique, la direction des services généraux, la direction des services aux personnes pourrait être réalisée. Parce que si l'on fait une alliance autour de ça, peut-être qu'on peut pousser à l'intérieur de la machine. Il serait aussi envisageable de coopter les ministères à mission sociale pour introduire la santé dans toutes les politiques publiques. Parce que nous avons parlé de l'importance d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Donc il faut aussi que ça bouge à ce niveau-là. Et aussi, mentionnons également cette idée d'introduire des contre-pouvoirs. Le ministère aurait certainement avantage à travailler aussi avec des chercheurs et chercheuses qui documentent les expériences et qui accompagnent les changements de pratiques. C'est d'ailleurs ce qui se fait dans des projets comme Aire ouverte. Le ministère travaille avec des équipes de chercheurs et chercheuses dans différents sites pour élaborer un cadre de référence, pour accompagner le changement, pour documenter les enjeux d'implantation, etc. Le ministère pourrait ainsi entreprendre ce type de démarche pour soutenir l'implantation des pratiques de proximité.

UN travail en  
intersectorialité



Je pense que c'est aussi probablement davantage au niveau régional qu'on peut agir pour renforcer l'action intersectorielle. Des choses intéressantes se produisent. Des régions ont adopté des instruments pour renforcer, notamment, l'intersectorialité. Par exemple, la région de Laval a adopté une politique de développement social. Cette politique a été adoptée par le CISSS, par les organismes communautaires et par la Ville. Vous allez dire « à Laval, c'est facile », mais ce n'est pas la seule région qui a adopté ce genre d'instrument. Le fait d'avoir ce type d'instrument force justement un peu la collaboration et crée des espaces pour documenter les réalités territoriales et pour voir comment créer de la synergie entre les actions du CISSS, du milieu communautaire et de la Ville. Les résultats intermédiaires – qu'il reste à valider – d'une recherche menée par Isabelle Ruellant et à laquelle je collabore suggèrent que l'implantation du rôle d'agent-es de sensibilisation dans cette région donne lieu à une plus grande collaboration entre secteurs et organismes (comparativement à d'autres territoires) parce qu'il y a déjà ce terreau qui favorise cette collaboration. Je ne dis pas que tout est facile, mais cet instrument peut être utilisé pour aller de l'avant. Je pense que dans cette région en particulier, les dirigeant-es ont dû faire preuve d'un certain courage pour adopter cette politique. Ils et elles n'ont pas attendu que tous les astres soient alignés. Ils et elles ont décidé que cette politique était nécessaire pour faire face aux réalités territoriales et ont amorcé cette initiative.

Et souvent on dit « OK, c'est bien beau d'avoir des politiques, mais ensuite ça prend des ressources pour les implanter », et là aussi il faut faire un peu de « bricolage » et saisir des opportunités pour aller chercher des ressources où elles se trouvent. Je vais vous donner un exemple : pour implanter le rôle des brigades de sensibilisation, les gestionnaires du CISS de Laval se sont appuyé-es sur le programme *Réseau de sentinelles* pour aller plus loin. Dans cette région on a également reconnu ce que fait le milieu communautaire et les organismes d'économie sociale, parce qu'ils ont une longueur d'avance en approche de proximité. On a donc bâti sur les forces de chacun et chacune.



Si je continue dans cette lancée, si nous voulons vraiment implanter des pratiques de proximité, nous devons mieux travailler avec le milieu communautaire. Il faut parfois transférer des ressources au milieu communautaire pour certains projets, ce qui se fait dans certaines régions. Il y a des établissements de santé qui transfèrent des ressources aux organismes communautaires pour implanter des initiatives. Parce qu'ils savent que c'est le communautaire, encore une fois, qui possède l'expertise dans certains domaines. Si nous voulons avancer, le milieu institutionnel doit reconnaître davantage ce que fait le milieu communautaire.

*Ce qu'on pourrait faire davantage, c'est s'appuyer sur le rôle de certains acteurs et actrices qui permettent justement de faire des liens, de relier les différentes sphères.*

Ce n'est pas pour leur jeter des fleurs, mais je pense que les organisateurs et organisatrices communautaires pourraient jouer un rôle beaucoup plus important. Dans certains milieux, les organisateurs et organisatrices communautaires alimentent les réflexions de la haute direction sur les réalités territoriales. En étant présent-es dans les tables de concertation, ils et elles sont à l'écoute des échanges entre organismes du territoire et au courant des besoins et des initiatives. Mais là où le bât blesse, c'est que dans certains milieux, l'information ne se rend pas dans les autres directions du CISSS pour créer plus d'arrimage. Il faut donc aller un peu plus loin. Je crois que nous devons nous appuyer sur ces rôles pour encourager le travail en partenariat et briser les silos.

Un autre exemple de ce que les établissements et leurs partenaires peuvent faire est de développer des outils qui permettent de réellement documenter les réalités territoriales. Actuellement, à Montréal-Nord, on est en train de développer et expérimenter un outil, un écosystème informationnel, qui permet de documenter les besoins et les ressources du territoire, vraiment de manière beaucoup plus fine. Ce système doit bien sûr être alimenté par les organismes, ce qui constitue un enjeu. Mais nous voulons évaluer dans quelle mesure ce genre d'écosystème informationnel permet de coordonner l'offre de services, de mieux analyser les besoins pour développer des interventions de proximité qui collent davantage aux réalités territoriales.



### **Charles Coulombe**

Je commencerais par faire du pouce sur le rôle des organisateurs et organisatrices communautaires. En Estrie, l'établissement a adopté une politique de responsabilité populationnelle et de développement des communautés. Même si cette politique comporte des limites, une volonté est vraiment présente dans toutes les sphères de services du CIUSSS d'adopter une approche en développement des communautés. Mais ce que je veux nommer, c'est que dans le cadre de la mise en application de cette politique, il y a des équipes réseau local de services (RLS) qui ont été mises sur pied au sein de l'établissement. Il y a neuf RLS sur le territoire de l'Estrie. Donc c'est « le quatuor » : pour chaque territoire, il y a une équipe constituée d'un-e hors cadre, d'un-e cadre supérieur-e, d'un-e agent-e de communication et d'un organisateur ou une organisatrice communautaire qui portent un regard sur les enjeux territoriaux. Ma collègue à Sherbrooke rencontre une fois par mois (je pense) le PDG qui s'adonne à être le hors cadre responsable du territoire de Sherbrooke et du quatuor que je vous ai nommé. Ces rencontres permettent à ma collègue organisatrice communautaire de faire état de la

situation dans la communauté, elle soulève les éléments importants et les difficultés rencontrées. Ce comité est extraordinaire puisqu'il permet une très grande sensibilisation. Il n'a pas de pouvoir hiérarchique direct, mais il peut exercer une influence significative à l'interne. C'est une façon de jouer un rôle d'analyse territoriale, une certaine vigie territoriale sur le développement du milieu, davantage transversal avec les programmes.



D'autres éléments auraient pu être abordés plus tôt en tant qu'écueils ou paradoxes. Premièrement, il faut vivre des réussites. Je pense que ce doit être la même chose sur l'ensemble des territoires. Par exemple, une conseillère-cadre est mandatée à Sherbrooke pour accompagner l'appropriation et la mise en œuvre de mesures concrètes sur le territoire en lien avec le Cadre de référence sur les services de proximité. L'idée est d'identifier un ou deux projets où le cadre de référence sera mis en application en vue de vivre des réussites et se donner des moyens. Ce matin, notre PDGA était ici. Elle est la responsable du suivi de la mise en application du cadre. Une conseillère-cadre accompagne également les directions. Donc, ce sont des moyens de réussite qu'on se donne pour vivre de petites réussites sur des éléments concrets. Il peut être intéressant de s'engager à réussir quelque chose.

Deuxième élément, les indicateurs de performance qui ont également été abordés plus tôt. Bon, je ne suis pas un gestionnaire, mais je pense que les ententes de gestion avec le ministère viennent avec des indicateurs. Il n'y a pas toujours une très grande marge de manœuvre pour expérimenter et déployer les services différemment en raison d'une reddition de comptes peut-être un peu trop serrée. Il serait facilitant que le ministère laisse un peu de lousse dans les ententes de gestion et laisse des marges de manœuvre aux gestionnaires. Peut-être qu'ils et qu'elles en ont plus que je pense, mais il s'agit d'un élément important pour expérimenter de nouvelles réponses aux besoins des populations.



Quand on dit « sortir des sentiers battus », il y a quelques années, avant qu'on mette en place plein de projets de logements, l'Équipe Itinérance voulait permettre aux personnes d'explorer leur capacité à se maintenir en logement. L'OMH a dit : on pourrait peut-être mettre à votre disposition quelques unités dans un parc immobilier où les gens vivent seuls<sup>3</sup>. Donc on a développé un projet entre trois partenaires : l'Équipe Itinérance, un

---

<sup>3</sup> Cette façon de faire faisait en sorte que l'OMH ne respectait pas tout à fait son règlement d'attribution des unités (ndlr : Le Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique précise les critères d'admissibilité ainsi que les règles d'attribution d'un tel logement en vue d'assurer un traitement équitable à tout demandeur-euse de logement et d'offrir une marge de manœuvre au locateur ou à la locatrice en tenant compte des particularités du milieu).



organisme communautaire et l'OMH ont conclu une entente tripartite, qui faisait office de bail. En tout, six ou huit unités ont été accordées pour réaliser le projet. Des personnes ont été placées en logement, elles étaient suivies, elles étaient accompagnées. Le critère était de prioriser les personnes *les plus susceptibles de nous donner de la misère* puisqu'elles risquaient de présenter plus de difficultés à se maintenir en logement. La gestionnaire au CLSC a accepté de prendre l'engagement et signer le bail. Si certain-es locataires n'étaient pas en mesure de payer leur loyer, les sommes seraient acquittées à partir d'autres fonds, je ne sais pas où, dans Urgence détresse ou autres. L'objectif était de sortir des sentiers battus et d'explorer. Nous devons nous donner la possibilité d'expérimenter des choses. Nous travaillons sérieusement. Si le projet ne fonctionne pas, des ajustements pourront être apportés, mais expérimentons.

Troisième élément ; les pratiques d' « *outreach* » sont très intéressantes. Toutefois, les équipes qui le pratiquent peuvent subir une pression énorme s'il n'y a pas une réelle interface avec les services réguliers d'un établissement. Les intervenant-es sont en effet exposé-es à une diversité de problèmes lorsque de l'*outreach* est réalisé dans le milieu. Ce contexte peut générer de l'anxiété chez des intervenant-es qui se sentent impuissant-es et très limité-es dans leur pouvoir d'agir. Il est donc nécessaire qu'on ait des interfaces avec les services réguliers. Et là ça pose aussi un enjeu d'équité et de cohérence. Parce que si on rencontre des individus dans le cadre d'une pratique d' « *outreach* », alors que d'autres sont sur des listes d'attente pour recevoir des services dont ils ont également besoin, comment priorise-t-on ? Ce dilemme est complexe sur les plans administratif et clinique afin d'assurer une cohérence et être en mesure de défendre ce type d'intervention. Sinon, ça crée de l'isolement et la perte de crédibilité du réseau aussi. Nous devons être en mesure d'effectuer l'interface avec les personnes à l'interne sinon les interventions ne fonctionneront pas ou auront un impact limité.

Le dernier élément selon moi est qu'il faut comprendre que de tels cadres de référence et d'autres initiatives qui peuvent descendre « *top down* » suggèrent des façons de faire différentes et ne sont pas entièrement des ajouts à la charge de travail ou aux programmes déjà en place. Les percevoir uniquement comme des ajouts ou une charge supplémentaire consisterait à dire que tout ce que nous faisons déjà est parfait et ne peut être remis en question. Ce qui est introduit de nouveau s'ajoute à ce que nous faisons déjà, certes, mais c'est aussi une occasion de remise en question et d'adaptation. Il est également possible de réaliser plusieurs choses sans nouveaux financements – mais il faut aussi de nouveaux financements, je ne suis pas en train de dire que ça n'en prend pas.

*Mais il serait préférable de transformer plutôt que d'ajouter afin de créer de l'ouverture dans les équipes et de solliciter le potentiel et l'adhésion des intervenant-es.*





### **Stéphanie Charest**

J'aimerais simplement revenir sur la décentralisation du pouvoir – ça a été nommé tantôt. Beaucoup de projets qui sont en cours présentent de belles données. Puisque certains projets se réalisent par l'entremise de deux directions, les budgets ne sont cependant pas présents. Nous sommes financés un peu par silo, ce qui entraîne des problématiques. Donc ce qui serait souhaitable est d'avoir une gouvernance décentralisée ou de pouvoir interchanger des budgets, lorsque pertinent. Les plans de communication, je pense aussi que c'est important. Je ne sais pas à quel point les gens ont pris connaissance du cadre de référence depuis sa sortie. Je pense aussi que de faire en sorte que les populations soient informées des services auxquels ils peuvent avoir accès et qu'ils pourraient demander est important. L'éducation auprès de la population est un des leviers qui à mon avis devrait être utilisé. Sans oublier ce qui a été nommé ce matin, et qui est un peu l'éléphant dans la pièce, à savoir la rémunération médicale qui est un enjeu majeur et auquel il est nécessaire, je pense, de s'attaquer. Le projet de loi 15 a tenté d'une certaine façon de gérer le problème. Mais, malheureusement, les amendements apportés par la suite font en sorte que nous revenons au point de départ et peut-être même avant. Il s'agit d'un enjeu majeur pour les services de proximité.



### **Lara Maillet**

Sur le plan opérationnel, le rôle de gestionnaire de proximité qui a été défini au cours de la dernière année, année et demie, est un rôle qui pourrait s'arrimer avec tout ce qui a été mentionné. Il serait possible de porter cette vision, du moins en partie, à l'échelle des établissements. Toutefois, les enjeux sur le plan de la gestion demeurent. Si le ou la gestionnaire de proximité, l'organisateur ou l'organisatrice communautaire joue ce rôle à l'échelle territoriale, soit un peu plus macro, il est possible de revenir aux programmes et à l'offre de services dans la communauté directement. Ce pourrait être une idée. En outre, nous parlons de gestionnaires de proximité, mais nous devrions offrir plus de flexibilité pour pouvoir mettre des intervenant-es ou des gestionnaires pour adopter une coordination et une vision d'ensemble en vue d'éliminer certains silos.



Nous avons discuté des silos sur le plan des ressources, du financement, la rémunération, etc., mais des silos persistent dans notre propre façon de penser et d'envisager la première ligne. Lorsque nous abordons la première ligne, nous pensons instinctivement à la première ligne médicale, à avoir accès à un·e médecin de famille ou à un GMF. La première ligne ne se limite pas à ces deux aspects. En matière d'accessibilité et de gestion de la proximité, nous devons tenter d'éliminer ces silos, de défaire cette vision et d'amener ces rôles de manière transversale. Nous parlions de gestion matricielle un peu plus tôt ce matin [ndlr : pendant la Table ronde 2]. Cette gestion matricielle doit également se situer au niveau de la proximité et des trajectoires. Nous devons adopter ce type de coordination pour développer une vision d'ensemble et la porter à toutes les étapes de ce processus ou de cette trajectoire. J'aimerais que les choses évoluent en ce sens.

Et pour faire du pouce sur la reddition de comptes, nous développons évidemment des instruments et des grilles d'analyse pour améliorer et rendre les données sur lesquelles nous nous appuyons plus qualitatives que quantitatives. Nous avons d'ailleurs présenté un projet de recherche la semaine dernière qui aborde cette question. Un de nos « cas à l'étude », soit l'Équipe quartier de Montréal-Nord, était présent sur le territoire depuis 20 ans. Il était toutefois moins présent lors de la collecte de données liée au projet de recherche. Il y a deux jours, j'ai entendu à Radio-Canada que l'Équipe quartier sera développée sur un autre territoire du CIUSSS-du-Nord-de-l'Île-de-Montréal. Nous avons appris lors de la conférence que l'Équipe quartier n'était plus sous la direction des services généraux, mais sous celle de la Santé publique et tout s'est enchaîné.

*Lorsque nous parlions de l'influence, du rôle de la recherche et des chercheurs et chercheuses, ils et elles en font aussi partie. La proximité est également présente lorsque des résultats sont concordants, appuyés, rigoureux ou sérieux. Ces résultats doivent être mis de l'avant pour avoir une influence.*

Ces influences locales ne changeront pas le PL 15, le système dans son ensemble, mais changeront certainement la vie de plusieurs personnes qui pourront profiter des services d'une Équipe quartier à proximité de leur territoire pour les prochaines années.

## Questions du public

*J'aimerais revenir un petit peu plus en amont, sur les enjeux que vous avez pu vivre lorsque vous avez essayé de rattacher le système de santé aux initiatives communautaires. Pour l'avoir vécu à Laval, il y a eu beaucoup de méfiance initialement. Et il y en a encore. En venant de secteurs différents, il a été difficile de partager une vision commune. À partir des expériences et de ce que vous en connaissez, quelles seraient vos recommandations pour abattre justement ces frontières, et des enjeux de méfiance ?*



### Charles Coulombe

Je l'ai abordé rapidement un peu plus tôt, mais lorsque l'on travaille à partir d'initiatives qui ont été discutées de façon très intersectorielle et qu'elles sont soutenues, eh bien déjà, il y a moins de méfiance. Et puis, quand bien même il y en a, elle n'est pas dirigée uniquement vers le réseau public. Ou encore, d'arriver avec le moins de choses définies. Nous travaillons actuellement sur le dossier du Plan d'action pour les jeunes et leur famille (PAJEF). Une expérience très intéressante et concluante a été réalisée à Granby. Et là, il y a une volonté de la direction du CIUSSS de mettre en place dans chaque RLS un partenariat qui rassemble les équipes du centre jeunesse et les concertations jeunesse (multisectorielles). Les organisateurs et les organisatrices communautaires sont sollicités pour ce lien avec la communauté. Or, nous avons fait la mise en garde suivante, il ne faut pas arriver avec un agenda précis. Il s'agit de dire « *voici ce qu'on a besoin de faire, voilà où l'on souhaite vous mettre à contribution. Parce que les partenaires que vous sollicitez ont déjà un agenda, ils ont déjà un plan d'action* ». Nous devons évaluer de quelle façon nous voulons travailler. Nous devons nous dépêcher de vivre des petites réussites. Parce que c'est ça qui donne confiance. L'expérience vient nourrir ensuite la confiance et nous encourage à nous engager.

Nous avons parlé plus tôt des comités stratégiques, tactiques et opérationnels. Il s'agit d'une réalité tellement institutionnelle ! Dans le milieu, une telle hiérarchie existe très peu. De manière générale, les groupes de travail qui sont efficaces et qui avancent sont à la fois sur le stratégique, le tactique et l'opérationnel. Et ça, c'est une barrière parce que souvent l'établissement va se demander « *qui je vais envoyer sur ce comité-là ? Est-ce tactique, stratégique ou bien opérationnel ?* ». Envoie quelqu'un qui connaît les enjeux et donne-lui les « *coudées franches* » : il se promènera du stratégique, au tactique et à l'opérationnel ! Et donc, pour créer de la confiance, il faut vraiment être transparent-e,



donner l'aval aux initiatives, oser expérimenter, démontrer que nous avons cette ouverture et ne pas arriver avec tous les fils déjà attachés. Sinon, ça ne fonctionne pas.

Je suis de ceux qui défendent aussi le bien-fondé, l'autonomie du réseau public de la santé et des services sociaux. Je travaille quotidiennement avec des organismes d'action communautaire autonome. Mais l'établissement (CISSS ou CIUSSS) fait partie du milieu aussi. Ce n'est pas juste une instance. Il peut avoir de bonnes idées et influencer le milieu dans son développement. Nous devons créer des rapports égaux.

***Le Canada est souvent accusé de réaliser tout le temps des projets pilotes. On a vu qu'il y a de très belles innovations qui sont réalisées à l'échelle territoriale. Dans une perspective où nous en avons démontré les résultats à l'échelle territoriale, comment pourrions-nous faire bénéficier la province et plus largement le Canada de toutes ces innovations et de toutes ces micro-réussites ? Et finalement, réussir à dépasser ce seuil de « développer des choses qui fonctionnent », mais de ne pas réussir à les mettre à l'échelle.***



### **Charles Coulombe**

Je crois que le fait de démarrer avec des projets pilotes, c'est souvent ce qui permet que la marche ne soit pas trop haute. Il est aussi plus facile d'obtenir l'engagement d'un gestionnaire, d'une bailleuse de fonds lorsqu'il s'agit d'un projet pilote et que nous voulons expérimenter. Ces projets sont souvent associés à une démarche d'évaluation, ce qui est fort intéressant. J'ai souvent vu des projets pilotes qui ont bien fonctionné et qui se sont pérennisés, et après cela, lorsque des documents sont rédigés, comme la Politique québécoise en matière d'itinérance, par exemple, elle a donné plein d'exemples de projets qui ont dépassé le stade de projets pilotes, qui étaient dans une communauté, et cela a donné un essor.

Je crois qu'il y a un stade où nous réussissons à passer à un autre niveau, à de plus grands territoires, à promouvoir et à démarginaliser des services. La question serait plutôt je trouve de : comment pouvons-nous réussir à ne pas être toujours en marge? Parfois de beaux projets fonctionnent, comme la Politique de responsabilité populationnelle. De bonnes décisions sont prises, mais nous demeurons toujours un peu *en marge*. Comme si le lait et le café ne se mêlaient pas.



### **Stéphanie Charest**

Dans un autre congrès, j'entendais que pour être vraiment stratégique sur le plan politique, il faut pouvoir se faire connaître, faire en sorte d'être entendu-es et d'être présent-es sur plusieurs tables, à plusieurs endroits. À un moment donné, la fenêtre, la porte va s'ouvrir et là le projet pourra se multiplier, puis devenir finalement la norme. Nous parlions contre les GMF ce matin, mais quand même, c'est un peu de cette manière qu'ils se sont créés au départ au Québec. Au départ c'étaient des projets pilotes. Je travaillais avec un des médecins qui ont créé les GMF au Québec. La perspective était tout de même populationnelle pour répondre un peu à l'échec des CLSC. Donc, je crois qu'il s'agit d'utiliser les bons leviers, les bonnes personnes au niveau gouvernemental pour faire en sorte que le projet pilote devienne une entité bien réelle.



### **Nassera Touati**

J'aimerais simplement apporter un complément de réponse. Vous avez posé la grosse question sur la mise à l'échelle et il n'y a pas de réponse simple à cela. Je soulignerais plutôt les enjeux. Quand nous parlons de mise à l'échelle, il ne s'agit pas de diffuser la réplique. Nous devons adapter le modèle à chaque réalité. La proximité en milieu rural, en milieu urbain, ce n'est pas la même chose. En outre, je pense que lorsque nous réfléchissons à la mise à l'échelle, il faut aussi penser au risque de dilution de l'innovation. Parce que lorsque nous essayons d'implanter une innovation, nous allons toujours essayer de négocier avec les acteurs et actrices. Et le résultat est souvent de diluer pour faire passer les choses. Nous tournons les coins ronds, enlevons certains éléments essentiels de l'innovation, juste pour pouvoir avancer.

Pour alimenter notre réflexion et éviter ce risque de dilution ou de dérive, il faut garder encore une fois un regard réflexif, continuer à évaluer les choses même après le projet pilote. Hier, j'ai lu dans le journal qu'on remettait en question les équipes mixtes en itinérance, soit la police avec les équipes de travail social. Pourtant, ce type d'intervention a été largement diffusé. Beaucoup de réseaux ont été implantés. Mais nous nous rendons compte actuellement que les équipes mixtes créent de la méfiance. Je crois qu'il est ainsi extrêmement important de prendre en considération l'expérience des personnes concernées lors des processus d'évaluation. Il ne s'agit pas d'évaluer en fonction de nos critères à nous, mais de prendre acte comment c'est vécu par les personnes. Cette façon de faire nous permet d'adopter un regard critique ; sommes-nous toujours dans la bonne direction ? Devons-nous continuer de cette façon ?





### **Charles Coulombe**

J'ajouterais qu'il ne faut pas aller trop vite dans la conclusion qu'il faut justement implanter partout ce qui fonctionne quelque part. Effectivement, nous pouvons nous en inspirer et l'adapter. Mais ce qui fonctionne à un endroit ne fonctionnera pas nécessairement ailleurs. Parce qu'il y a un piège aussi de se dire « *les autorités politiques voient qu'il y a quelque chose qui a été très bien dans une région. C'est fructueux* ». Et là il y a une décision qui est prise d'implanter ça partout. Ce n'est pas toujours garant de succès. Si jamais nous le faisons bien, nous devons revenir à ce que je vous mentionnais plus tôt, soit imposer le moins de normes possible : « *Nous vous donnons un budget pour développer quelque chose dans l'esprit de cette idée et allez-y, soyez créatifs, soyez sérieux* ».



### **Lara Maillet**

« *S'inspirer de* » c'est exactement ça et éviter une vision mécanique et linéaire. « *Le projet a fonctionné à cet endroit, il fonctionnera ailleurs* ». Ce serait si simple. Nous devons nous adapter au contexte, aux populations, aux besoins changeants, à la dynamique tout simplement de quelque chose de vivant. Si le projet fonctionne, tant mieux. Mais nous devons toujours rester sur le qui-vive et ne pas vouloir nécessairement tout répliquer à tout prix.

N. Touati C. Coulombe S. Charest  
**TABLE 3**

# AU DELÀ DU BUZZ...

Comment faire de la proximité dans un contexte peu adapté à la faire vivre au quotidien de l'intervention et de l'organisation

discutant :  
 → Georges Charles Thiebaud

**LA PROXIMITÉ ET VOUS...**

- INGÉNIEUR DE FORMATION** (Nassera)
- RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES** (Nassera)
- ORGANISATEUR COMMUNAUTAIRE** (Charles)
  - itinérance
  - SOUPE POPULAIRE
- infirmière** (Stéphanie)
  - travail avec les réfugiés
- GESTIONNAIRE** (Stéphanie)
- ONU** (Lara)
  - donner la voix à la marge!
  - RECHERCHE

**LA PROXIMITÉ, C'EST QUOI ?**

- PRÉSENCE PHYSIQUE** dans les communautés
- facture numérique
- FAIRE CONFIANCE** → collaborer
- Prendre le temps
- GÉRER DES COMPROMIS**
- GÉRER LES TENSIONS
- ACCESSIBLE**
- EN CONTINUITÉ**
- INTERSECTORIEL**
- GOUVERNANCES MULTIPLES**

**COMMENT EXPLIQUER L'ÉCART ENTRE LA VISION ET LE RÉEL ?**

- BEAUCOUP DE PRESSION**
- MANQUE DE CLARTÉ**
- INERTIE DU SYSTÈME**
- LES ACTEURS INFLUENT BLOQUENT**
- COMMENT REJOINDRE LES GENS HORS DU SYSTÈME**
- MANQUE DE SPECIALISTES EN SANTÉ MENTALE = REFERENT**
- ARRET**
- DÉFAIRE LE PARADIGME UN MEDecin DE FAMILLE ACCÈS AU SYSTÈME**

**QUELS LEVIERS POUR DÉPLOYER LE CADRE DE RÉFÉRENCE**

- COHÉRENCE**
- CHANGER LES MODES DE REDDITION DE COMPTE**
- ALLIANCE ENTRE LES SERVICES**
- DEVELOPPER DES OUTILS**
- PRÉSENTER DES SITUATIONS**
- TRANSFÉRER DES RESSOURCES AU COMMUNAUTAIRE**
- FAIRE VIVRE DES SUCCÈS CONCRETS**
- EXPERIMENTER**
- TRANSFORMER PLUTÔT QUE CHANGER**
- PLAN DE COM' EDUQUER LA POPULATION**
- GESTIONNAIRE DE PROXIMITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ**
- SORTIR DES SENTIERS BATTUS**

**COMMENT DÉCONSTRUIRE LA MÉFIANCE**

- LES PETITS SUCCÈS** → **ADAPTER AU CONTEXTE**
- S'INSPIRER SANS RÉPLIQUER**
- ECHANGES**

© Do2co

## Pour aller plus loin

- › Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.R., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., Goudet, A., Joseph, J.A., Morin, P. and Michaud, M., 2022. L'intervention de proximité: Proposition d'un dispositif de reddition de comptes pertinent. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), pp.112-133.
- › Gagné, J.(Ed.). (2021). [« Santé mentale » et vieillissement : une perspective critique : manuel de formation](#). Québec : Université TÉLUQ.
- › Goudet, A., Doré, C., Hyppolite, S.-R., Lévesque, N.,, Joseph, J.-A., Maltais, D., Bourque, D., Maillet, L. Integrated place-based primary interventions: levers and tensions related to multilevel governance for community integrated pathways. *Health Services Insights* [sous presse]
- › Maillet, L., Champagne, G., Déry, J., Goudet, A., Charest, S., Abou-Malham, S., ... & Lane, J. (2021). Implementation of an intersectoral outreach and community nursing care intervention with refugees in Quebec: A protocol study. *Journal of Advanced Nursing*.
- › Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). [Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence](#). Gouvernement du Québec.
- › Touati, N. et Maillet, L. "Co-creation within Hybrid Networks : What Can Be Learnt from the Difficulties Encountered ? The Example of the Fight Against Blood- and Sexually-Transmitted Infections", *International Review of Administrative Sciences / Revue internationale des sciences administratives*. 84(3, 2018), p. 469-485.

## ATELIER

### « Penser le système de santé collectif de demain »

Au cours de la journée, un atelier créatif a été proposé afin de favoriser les échanges entre les participant·es et susciter un espace de réflexion au croisement des regards d'acteurs variés du système de services sociaux et de santé. C'est-à-dire, de « réunir autour de la table » des personnes provenant d'horizon, de statuts et d'institutions variées.

Pour cela, nous nous sommes tournées vers le médium de l'image et du format de l'atelier en sous-groupes. Ce format permet en effet de faire émerger et de cartographier dans de courts délais des priorisations et des éléments clés dans un contexte précis. C'est aussi une manière d'échanger et dialoguer « autrement » et dans un format accessible à un groupe d'individus hétérogènes. De plus, l'image permet de rendre compte des réflexions aux autres tables en quelques minutes, là aussi dans un souci d'accessibilité et de mise en perspectives collectives.

Nous avons fait appel à une illustratrice et animatrice, [Dorothée de Collasson](#) (Do2co), qui est à l'origine de l'idéation, de la création et de l'animation de l'atelier, en cohérence avec nos objectifs. L'atelier a duré une heure et demie et l'ensemble des participant·es ont été réparti·es en quatre sous-groupes. Chacun·e d'entre eux et d'entre elles disposait de matériel de dessin (grandes feuilles, cartes de jeux dessinées (Dixit), canevas de « Une » de journaux à compléter, feutres, etc.).



Crédit Maude  
Blanchet-Léger

L'atelier comportait trois temps et avait pour objectif général d'identifier des priorités pour le Système de santé et de services sociaux au Québec, ainsi que des pistes de solutions concrètes et réalistes.

- **Le premier temps** a consisté à identifier et cartographier un à trois enjeux du Système de santé et de services sociaux, à partir de données probantes, d'observations, de l'expérience ou des recherches des participant·es. Les questions à se poser étaient : quels sont les obstacles ? qu'est-ce ce qui nous fait avancer ? vers où et vers quoi on veut se diriger ? avec qui ? Pour cela, les participant·es ont pu s'inspirer des cartes de jeux « Dixit », déjà dessinées. Chaque équipe a ensuite expliqué aux autres son affiche.





- Un troisième temps dans l'atelier a été celui de la transmission et du partage de la « Une » de journal. Chacun des sous-groupes a été invité à expliciter l'enjeu majeur établi ainsi que le cheminement collectif ayant conduit à sa constitution.

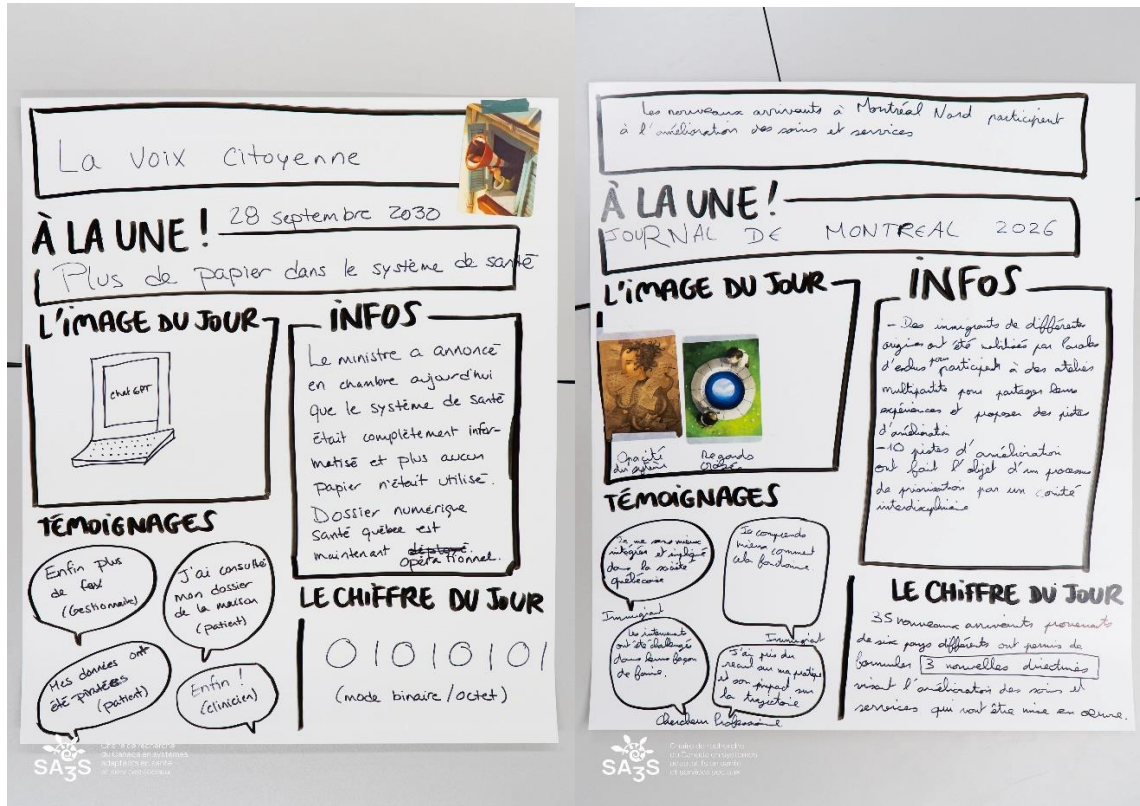
« Investissement dans 10 projets d'innovation dans la région »  
29 septembre 2023



« La voix citoyenne plus forte que Santé Québec »  
28 septembre 2024



« Plus de papier dans le système de santé! »  
28 septembre 2030



« Les nouveaux arrivant-es à Montréal-Nord participent à l'amélioration des soins et services »  
2026

Pour aller plus loin

- Le site de Dorothée de Colasson  
[Blog | Do2Co](#)  
[Facilitation graphique | Do2Co](#)

# Synthèse de la journée

Le contexte : un système de santé qui évolue dans la complexité

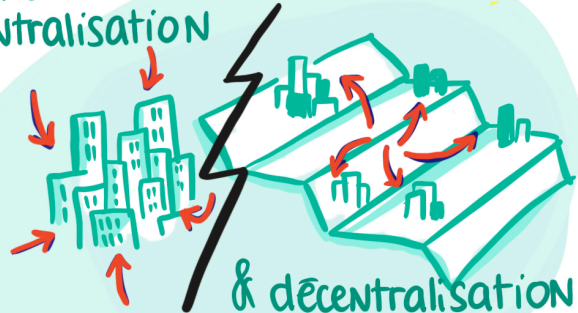


TENSION entre servir l'utilisateur &



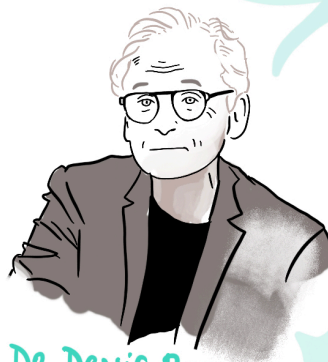
prendre en compte le collectif

TENSION entre centralisation

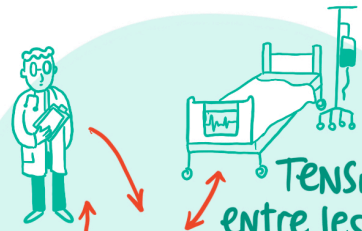


& décentralisation du pouvoir

TENSION sur la prestation de soins : publique ou privée ?



DR DENIS ROY



TENSION entre les services et activités

& les résultats

TENSION de la conjugaison des savoirs



"scientifiques"



"expérientiels"

## Synthèse de la journée



### Denis Roy

**C'est un privilège, un honneur, d'être invité à faire cette synthèse de la journée.** Je n'aurais pas la prétention de valoriser chaque idée parce que leurs autrices et auteurs l'ont très bien fait eux-mêmes. Ce que j'ai choisi de faire, c'est de vous apporter mon témoignage. Au fond, c'est cela que l'on est toujours à la fois, plus à l'aise de faire, et dans lequel on est aussi plus « *vrai* » en le faisant. Lorsque l'on cherche à traduire la pensée des autres, on prend des risques. Alors que parler de ce en quoi on croit sur la base de ce qu'on a entendu, on est plus « *chez nous* ». C'est donc le choix que j'ai fait : livrer un témoignage.

Pour la Chaire, je crois que, Lara, tu mets le doigt sur quelque chose qui est important et que tous·tes les titulaires ne réalisent pas aussi bien. C'est-à-dire, de susciter le débat autour de la mission même de la Chaire. Alors, j'espère que c'est dans cette direction-là que tu feras évoluer tes travaux.

### ***Le contexte de complexité***

Pour la première observation, je vais parler de ce que je connais. C'est donc le Québec, un peu le Canada, un peu l'Amérique du Nord, assez peu l'Europe, trop peu en fait. C'est dans ces contextes-là que j'ai fait mon parcours et que j'ai appris à côtoyer les idées suivantes: pourquoi les lois ? Comment les lois nous amènent ou nous éloignent de nos objectifs ? Pourquoi les trajectoires sont importantes ? Pourquoi la proximité est importante ? Et moi, je l'ai appris dans mon milieu. **J'aimerais que l'on réfléchisse à la question de la complexité dans laquelle tout ça s'effectue.** Et c'est le propos de la Chaire, l'étude de ces systèmes adaptatifs en contexte de complexité. Pour moi, l'une des grandes leçons, c'est que dans un contexte de complexité, il faut accepter l'incertitude. Donc, on doit douter et on n'est jamais tout à fait certain. Et aujourd'hui, j'ai entendu parfois des postures assez convaincues. Je me suis permis de les entendre et de garder une distance, parce que je me suis dit : **il n'y a pas d'absolu en complexité et il faut toujours travailler avec ces forces-là.**

Le deuxième point, c'est qu'en complexité, il faut **susciter une action collective autour d'objectifs communs partagés.** Si on ne fait pas cela, la complexité nous disperse et nous met en conflit. Donc, comment réussir à clarifier ce qu'on veut faire ensemble dans une

posture d'acceptation du doute et d'une certaine imprévisibilité qui est propre aux systèmes complexes ?

*J'aime bien réfléchir l'action en systèmes complexes appréhendée comme un arbitrage entre différentes tensions paradoxales – comme diraient les scientifiques qui ont étudié cela. Je vais énumérer quelques-unes de ces tensions parce qu'elles ont été nommées aujourd'hui, implicitement ou explicitement.*

## **1. Tension entre l'usager, l'usagère et le citoyen, la citoyenne**

La tension entre l'usager, l'usagère et le citoyen, la citoyenne est une tension non résolue dans la discussion d'aujourd'hui. Il faut à la fois faire œuvre utile pour l'usager·ère tout en respectant la citoyenneté, mais aussi **l'équité** – qu'on a assez peu nommée aujourd'hui, mais qui est omniprésente dans ce rapport entre l'individu et le collectif. Et cela, c'est une tension fondamentale dans les réformes, qui n'est pas assez reconnue et qui m'a captivée, moi, le gars qui a commencé en clinique à 23 ans dans un CLSC. Ce qui a été discuté ce matin [ndlr : Table ronde 1 sur la réforme PL 15], moi je l'ai vécu personnellement. J'ai fait du bureau dans le sous-sol d'une église parce que les citoyen·nes avaient identifié que c'était une priorité d'avoir un jeune docteur chaque mardi matin à Saint Benjamin. Alors, j'ai fait du bureau à Saint-Benjamin. Et d'ailleurs l'une de mes grandes surprises est que j'ai un jour diagnostiqué un anévrisme en voie d'éclatement dans ce même sous-sol. Le monsieur a été opéré à temps et ça a fait de moi un dieu dans la collectivité.

C'est ce genre de chose, par exemple, que j'ai vécu, que je ne comprenais pas, que je ne comprends pas tout à fait encore. Et, en même temps, j'ai été complice des grandes réformes. J'ai implanté la réforme Couillard, donc je suis coupable de l'assassinat des CLSC, d'une certaine manière.

## **2. Tension entre centralisation et décentralisation**

J'ai une certaine sympathie aussi avec toutes les formes de régionalisation qu'on a expérimentées au Québec. Je suis assez convaincu que c'était mieux de régionaliser que de garder cela éclaté, avec ces centaines de conseils d'administration, qui, oui, bénéficiaient de l'apport citoyen, mais dont beaucoup étaient pénalisés par l'influence de ces lobbies et qui, au final, n'étaient pas des structures les plus efficaces dans un système de santé. Donc, encore une fois les tensions entre centralisation-décentralisation.

Et là, avec la réforme du PL 15, je me sens encore plus coupable. Au bureau de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) où j'exerce actuellement, on a rencontré le

ministre Dubé. Et monsieur Dubé disait : « *C'est vrai que le ministère est trop centré sur l'activité, il faut qu'il gère autre chose que les opérations. Il faut mettre une instance qui va être compétente pour gérer les opérations et ramener le rôle du ministère sur la politique publique et les résultats pour la santé* ». Je l'ai entendu dans sa motivation fondamentale de la réforme. Mais ce n'est pas de cela qu'on a parlé aujourd'hui. En fait, on n'a pas tant parlé des politiques publiques. On a parlé du soin, de son administration au quotidien et des interrogations multiples et justifiées qu'on a sur le dispositif qu'on s'appête à mettre en place, et sa difficulté à gérer les silos budgétaires, notamment le silo de la rémunération médicale. Donc, encore une fois, on a abordé la question de la centralisation-décentralisation et la place du service individuel versus le projet de créer de la santé pour une population.

### **3. Tension sur la prestation de soins : publique ou privée ?**

Parmi les autres tensions, on a très bien senti aujourd'hui la grande sensibilité au Québec, qui n'est pas universelle, mais qui est très présente au Québec, sur la prestation : doit-elle être publique ou privée ? Ça, là, c'est épidermique. On sentait la salle bouger à ces moments-là !

J'ai eu la chance d'échanger avec l'équipe de la Commission Clair [2000-2001] à l'époque, qui jonglait beaucoup avec ces idées-là. Monsieur Clair, disait, à la fin : « *Vous savez, tant que le financement sera public, la prestation, elle, franchement, gagnerait à être diversifiée. Et de mettre du public, du privé, du communautaire, je crois qu'on devrait l'essayer.* ». Alors, ce sont des idées. Encore une fois, je déclare mes intérêts là. Je n'ai pas de posture *a priori*. Je suis dans un système complexe. Je doute assez systématiquement et je suis prêt à expérimenter avec des règles minimales. J'ai beaucoup aimé vos références [ndlr : dans les tables rondes 2 et 3] à : « *Laissez-nous travailler, les gens sont de bonne foi. Clarifions les objectifs, libérons les règles et laissons aller les gens. Enfin, gênez-nous pas trop avec le stratégique, le tactique et l'opérationnel* ». Cela me convient assez bien ce genre d'approche, je pense que c'est une posture utile dans un système complexe

### **4. Tension de la conjugaison des savoirs**

Parmi les autres tensions qui ont été évoquées, je crois qu'une tension que vous n'avez peut-être pas abordée de front aujourd'hui, c'est la conjugaison des savoirs. J'ai beaucoup fouillé ces questions-là. On parlait tantôt de la connaissance, des données, de l'information. Oui, mais la question qui était implicite quand on parle du partenariat, c'est



qu'à la fois on sent qu'il faut se rapprocher des gens, mais aussi on veut valoriser le savoir d'expérience, de ceux et celles qui sont passés à travers cela. Et je crois que ce savoir expérientiel nous aide à mettre en relation une autre tension entre les savoirs dits scientifiques et les savoirs dits expérientiels. Et franchement, il y a une zone grise dans tout cela. Et même en sciences, il y a beaucoup de subjectivité. La clé, c'est probablement la triangulation des savoirs et les délibérations impliquant une diversité de parties prenantes pour convenir d'une posture raisonnable qui va nous amener en ligne avec l'atteinte de l'objectif.

Et cela, c'est peut-être quelque chose sur lequel la Chaire [SA3S] devra poursuivre ses travaux pour bien arbitrer, justement, quelles formes de savoir et pourquoi ils sont tous importants.

## 5. Tension entre les services et les activités vs les résultats, tension sur le rôle du ministère

Plus globalement, il y a une tension qui est fondamentale et qui a été implicite toute la journée et qu'on travaille beaucoup au bureau de la Commissaire à la santé et au bien-être, c'est la tension entre les services et les activités versus les résultats. Je crois que les systèmes complexes fonctionnent bien quand on est au clair sur les résultats visés. Et les systèmes acceptent une autodétermination et une auto-organisation sur les activités les mieux adaptées au contexte pour atteindre des résultats. Je trouve que ce sont des postures qui méritent d'être travaillées, peut-être apportées éventuellement dans toutes sortes de dialogue et qu'on apprenne à jongler mieux avec cela. Parce que l'Agence de Santé Québec pourra faire un bon travail sur les activités, mais l'Agence n'aura pas de mandat sur la définition des résultats. C'est le ministère et son ministre qui doivent articuler cela au nom de la société. Et là-dessus, je trouve que ce qui a manqué dans le débat aujourd'hui, et ce qui manque dans toute la Commission parlementaire, à mon sens, c'est que si l'on va pour une Agence – peut-être qu'elle est bonne, peut-être qu'elle sera moins bonne, on ne sait pas, on va voir, cela va être décidé par un gouvernement – mais au fond, la vraie question selon moi, c'est : **qu'advient-il du ministère ? Comment le ministère va-t-il profiter de l'arrivée de l'Agence pour se réinstaller dans son rôle de leadership au niveau des politiques publiques ?** Je crains que peu y travaillent actuellement.

Et je vais conclure sur cela, parce que je comprends que j'ai un devoir de parcimonie. Dans mon parcours, j'ai commencé au niveau micro, puis j'ai avancé de plus en plus vers le niveau méso, et éventuellement – et là ça fait longtemps que je stagne – au niveau macro. J'ai *flirté* brièvement avec le ministère, mais surtout avec l'INSPQ, l'INESSS et maintenant



le CSBE, où on a essentiellement une posture macro. Donc j'ai des biais d'observation majeurs. Mais j'aimerais dire, en terminant, donc, qu'au niveau macro, il y a un changement, c'est de réinstaller le ministère dans son vrai rôle; à savoir :

- ❖ Préciser avec le gouvernement et la société les résultats les plus importants
- ❖ Signifier à l'Agence Santé Québec des résultats attendus sur sa production qui s'alignent sur ces choix
- ❖ Mobiliser le monde des idées et de la connaissance, donc de la recherche et de l'académique, pour venir appuyer le projet d'atteindre ces objectifs

Les chercheuses et chercheurs sont laissés pour compte, ils dérangent. Ils vont déranger l'Agence. Ou du moins, dans une posture utilitariste, l'Agence peut peut-être leur confier des mandats. Mais **le vrai travail de la recherche, c'est-à-dire de développer des connaissances nouvelles pour l'amélioration du bien commun, ce n'est pas l'Agence qui va vous amener là**. Elle va vous utiliser comme une boîte d'expertise pour faire du *Lean* ou de l'optimisation des trajectoires. Mais n'allez pas trop là, restez dans le débat sur la santé et le bien-être des populations.

S'il y avait ce rapprochement entre le Ministère qui *call la shot* pour l'Agence, ces organismes publics-aviseurs et la communauté de recherche – qui est considérable au Québec en santé et services sociaux, mais qui est très marginalisée à mon sens, et qui peut-être aime bien se marginaliser elle-même, mais cela ça ne m'appartient pas de le dire – il me semble qu'on serait rendu là. Mais ce serait uniquement le macro, il faut que l'innovation sociale se produise à la base – et ça, ça a été très clairement dit, surtout dans le dernier panel [ndlr : Table ronde 3 sur la proximité], je crois, **l'importance de la base, de la proximité, de l'innovation locale, de l'émergence, de la collaboration intersectorielle, de l'auto-organisation**, et tout ça. Et cette force-là, fort au sommet, avec un ministère renouvelé, fort à la base, avec des équipes qui sont capables d'innover et de **s'adapter aux différentes réalités locales**. Il y a quelque chose, là, qui est la clé du succès à mon sens. Je crois qu'il faudra aussi garder une place pour une vérification publique qui soit indépendante.

Au fond, ça prend cette tension entre le sommet et la base, autour d'un système apprenant, qui va travailler avec les patient·es, avec les citoyen·nes (je l'espère), avec les données de plus en plus, des connaissances expérientielles et scientifiques, pour générer des améliorations.

Je termine en disant que j'ai eu la chance de faire un parcours, avec mes biais. C'est là que je suis rendu, mon parcours s'achève, ça a été un long pèlerinage, mais à la fin je me dis

qu'il y a quelque chose qui marche dans tout ça. Quand je suis entré dans le métier, le Québec était la dernière province canadienne dans les grandes métriques de résultats. Maintenant, on est un chef de file dans plusieurs, avec un système qui est parmi les moins coûteux au Canada. Il y a donc quelque chose qui marche quand même dans ce qu'on fait. Même si on aime bien détester notre système.

Mais en même temps, en fin de semaine, on sera avec ma belle-mère, qui n'a toujours pas de médecin de famille et elle vient d'avoir 90 ans. Moi je trouve que c'est une rupture de contrat social. Ça me révolte. Je ne peux pas accepter ça. Et il faut continuer à s'indigner et à brasser la cage. Merci, Lara, de nous aider, entre nous – mais peut-être de plus en plus publiquement et collectivement – à brasser la cage parce que les choses peuvent aller mieux.

Merci beaucoup.





Chaire de recherche  
du Canada en systèmes  
adaptatifs en santé  
et services sociaux