



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

---

## **CARNET DE SYNTHÈSE**

### **3<sup>e</sup> Journée de la Chaire SA3S**

**Contribuer aux systèmes adaptatifs  
complexes en santé et services sociaux :  
comprendre, réfléchir, coconstruire**

---

**Chaire de recherche du Canada en systèmes  
adaptatifs en santé et services sociaux (CRC SA3S)**

**Avril 2026**



### Conception, rédaction et mise en page du Carnet de synthèse

Anna Goudet, Annie Mathieu, Maïa Neff, Mehdi Masmoudi, Islem Bendjaballah, Lara Maillet

### Illustration et facilitation graphique

Dorothée de Collasson, [do2co](https://doi.org/10.60961/VSR8-QS49)

**Pour citer ce document :** Goudet, A., Mathieu, A., Neff, M., Masmoudi, M., de Collasson, D., Bendjaballah, I., & Maillet, L. (2026). Contribuer aux systèmes adaptatifs complexes en santé et services sociaux : comprendre, réfléchir, coconstruire. Synthèse de la 3e Journée de la Chaire SA3S. Rapport de recherche. Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux, École nationale d'administration publique. <https://doi.org/10.60961/VSR8-QS49>

ISBN : 978-2-89734-096-4 (PDF)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

Bibliothèque et Archives Canada, 2026

## AVANT-PROPOS

Ce carnet synthétise les conférences, sessions thématiques et activités organisées lors de la 3e Journée de la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux (CRC SA3S), qui a eu lieu à Montréal le 25 septembre 2025 et avait pour thème : *Contribuer aux systèmes adaptatifs complexes en santé et services sociaux : comprendre, réfléchir, coconstruire*. La CRC SA3S est sous la responsabilité de Lara Maillet, professeure agrégée à l'ENAP.



Nous remercions l'ensemble de l'équipe organisatrice pour son engagement, sa rigueur et son travail tout au long de l'événement : Ursulla Aho Glele, Chantal Bayard, Islem Bendjaballah, Lama Boustani, Isabelle Godbout, Kadidiatou Kadio, Hugo Lhuillier, Mehdi Masmoudi, Maïa Neff, Casandra Poitras.

Merci également à toutes les présentatrices et tous les présentateurs, ainsi que les participantes et participants, qui ont contribué à la richesse des échanges et à faire de cet événement une réussite.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>La contribution des systèmes adaptatifs complexes en santé et services sociaux</b> Lara Maillet	04
<b>Une transformation systémique par le terrain</b> <b>Le programme de responsabilité populationnelle de la Fédération hospitalière de France</b> Résumé de la conférence d'Antoine Malone	09
<b>La contribution de la santé populationnelle au développement d'un système de santé centré sur la valeur</b> Résumé de la conférence de Joanne Castonguay et Emna Ben Jelili	14
<b>Table ronde : La responsabilité populationnelle à la lumière des systèmes adaptatifs complexes</b> Synthèse visuelle	19
<b>Session thématique A</b> <b>Gouvernance multiniveaux et intersectorielle</b> Maïa Neff, Anaïs Li Fonti, Nassera Touati	20
<b>Session thématique B</b> <b>La gestion par trajectoires et la gestion de proximité</b> Isabelle Godbout, Kadidiatou Kadio, Frédéric Parizeau, Nicole Boucher-Larivière, Maryse Ruel, Marie-France Beauregard, Nancy Desautels, Ursulla Aho-Glele	22
<b>Session thématique C</b> <b>Adaptation des interventions et accès de proximité</b> Lama Boustani, Chantal Bayard, Maria Noun	26
<b>Numéro spécial</b> Les trajectoires intégrées de services sociaux et de santé	28
<b>Synthèse de la Journée</b> Mylaine Breton, Denis Roy	32
<b>Prix Paul Lamarche</b> Marie-Ève Cardin	39

# La contribution des systèmes adaptatifs complexes en santé et services sociaux

Mot d'introduction par Lara Maillet

## LARA MAILLET

Lara Maillet, PhD. est professeure agrégée à l'École nationale d'administration publique (ENAP) en gestion des services de santé et services sociaux, titulaire de la Chaire de Recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux (CRC Sa3S) et directrice du Laboratoire de recherche et interventions systémiques en santé (LabRIS).

Sa programmation de recherche porte sur le renouvellement de la gouvernance et l'adaptation des organisations de santé et services sociaux, à partir de travaux alliant des démarches participatives à des méthodologies mixtes. Ses travaux explorent des enjeux de société et de justice sociale, comme la prise en compte de populations vulnérables et marginalisées au sein des transformations des systèmes de santé actuels.

Bonjour à toutes et tous !

C'est un réel plaisir pour moi de vous accueillir aujourd'hui et d'ouvrir cette 3<sup>e</sup> Journée de la Chaire sur un thème qui me tient particulièrement à cœur : la contribution des systèmes adaptatifs complexes en santé et services sociaux.

Avant tout, je tiens à vous présenter toute l'équipe en arrière de la Chaire Sa3S. C'est réellement ensemble que nous pensons, réfléchissons, proposons et mettons en place tout ce que vous allez découvrir aujourd'hui. Merci !

Il s'agit d'une journée spéciale après une première sabbatique de six mois entre la Nouvelle-Zélande et l'Europe. Preuve en est de la présence parmi nous d'Antoine Malone, du Dr Christian Pradier et d'Anaïs Li-Fonti, venus spécialement pour cette journée. Cette année, la Chaire a développé plusieurs projets en ce sens que vous pourrez découvrir durant les trois sessions simultanées en seconde partie de matinée.

Plus qu'un simple sujet de recherche (et qu'un titre de Chaire!), il s'agit ici de mettre de l'avant un changement de paradigme. Une manière nouvelle de penser, de comprendre et d'agir avec nos systèmes de santé et de services sociaux. Et cela, dans un contexte de transformation accélérée, de pressions multiples et de besoins croissants – tant au niveau des populations que des organisations et des institutions.

Aujourd'hui, j'aimerais introduire cette réflexion en trois temps :

- 1 D'abord, en vous présentant succinctement le cadre conceptuel des systèmes adaptatifs complexes appliqué à la santé et aux services sociaux;
- 2 Ensuite, en illustrant les apports spécifiques de la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs dans ce champ;
- 3 Enfin, en mettant en lumière les différents travaux que vous découvrirez tout au long de la journée, dont les recherches concrètes et ancrées sur le terrain nourrissent une compréhension fine, nuancée et surtout utile de ces dynamiques complexes.

## **1. Comprendre les systèmes adaptatifs complexes en santé**

Traditionnellement, nos systèmes de santé ont été pensés comme des machines bien huilées : centralisées, linéaires, hiérarchisées. Chaque composante avait une fonction claire, avec des chaînes de commande et des objectifs mesurables. Ce modèle a des avantages, mais il a aussi plusieurs limites, notamment en contexte de forte incertitude et de polycrises.

Face à la complexité croissante des enjeux – vieillissement de la population, maladies chroniques, inégalités sociales, transformations technologiques, et crises comme celles de la COVID-19 et climatiques – il devient évident que nous ne pouvons plus agir comme avec des systèmes « compliqués » qu'on peut planifier et contrôler... mais bien devant des systèmes complexes, vivants, évolutifs.

Cela nous oblige à adopter un regard systémique, à favoriser l'agilité, à encourager l'apprentissage organisationnel, la collaboration et la confiance. À reconnaître aussi que l'innovation ne vient pas seulement du sommet, mais souvent de la base, des pratiques quotidiennes, des expérimentations locales. Bref, cela nous porte à avoir des analyses et une compréhension des pratiques à la gouverne !

## **2. La Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs : une contribution stratégique**

C'est dans cette perspective que s'inscrit la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux.

La Chaire vise à mieux comprendre, soutenir et améliorer la transformation des organisations en santé et services sociaux à travers le prisme de l'adaptabilité, de la résilience et de la complexité.

Parmi les axes de recherche de la Chaire, on retrouve notamment :

- L'analyse des dynamiques organisationnelles en contexte de changement ;
- L'étude de l'innovation en contexte réel – comment elle naît, circule, est adoptée ou rejetée ;
- Le leadership collaboratif et les nouvelles formes de gouvernance ;
- L'intégration des savoirs, y compris les savoirs expérientiels des usager·ères et des professionnel·les ;
- Et enfin, la mise en place d'écosystèmes apprenants, capables de s'auto-réguler et d'évoluer face aux défis.

C'est ici qu'intervient la notion de système adaptatif complexe. Dans un tel système :

- Les acteurs sont interconnectés et en constante interaction : patient·es, professionnel·les, gestionnaires, proches aidant·es, institutions, politiques...
- Les comportements émergent de ces interactions : il est impossible de tout prédire ou de tout contrôler.
- Le système s'adapte en continu, apprend, se transforme, parfois de manière non linéaire.
- L'environnement influence le système autant que le système agit sur lui : tout est en coévolution.

Cette approche vise à outiller les citoyen·nes dont les décideur·ses, les gestionnaires, les praticien·nes et les chercheur·ses à naviguer dans l'incertitude, à expérimenter de nouvelles façons de faire, et à favoriser des environnements propices à la transformation durable.

Elle repose sur une conviction forte : ce n'est pas la stabilité qui garantit la performance, mais la capacité d'adaptation dynamique, c'est-à-dire la faculté à changer en profondeur tout en maintenant la mission, les valeurs et la qualité des services d'un système de santé public.

### **3. Les travaux présentés aujourd'hui : la complexité incarnée sur le terrain**

À ce stade, il est essentiel d'aller au-delà du cadre théorique, pour voir comment ces idées prennent vie concrètement dans nos organisations. Et c'est ici que les travaux que nous réalisons depuis plusieurs années apportent une contribution précieuse, rigoureuse et ancrée dans la réalité du terrain.

Ces travaux, menés en collaboration avec des établissements, des ministères et des équipes de première ligne, éclairent plusieurs dimensions clés :

#### **A. L'adaptation des équipes en contexte de transformation**

Dans plusieurs de ces études, nous avons exploré comment les équipes s'adaptent en période de turbulences. Quels sont les facteurs qui favorisent ou freinent l'apprentissage collectif ? Comment les professionnel·les redéfinissent leur rôle, leur posture, leur collaboration avec les usager·ères ? Cela en mettant en lumière le rôle fondamental du leadership distribué, de la confiance interpersonnelle, et de la capacité à faire sens ensemble dans l'incertitude.

#### **B. Équilibrer les tensions entre logique de gestion et logique de soin**

Un autre apport central de ces recherches est la mise en évidence des tensions systémiques: entre la logique de gestion et la logique de soin, entre les normes imposées d'en haut et les réalités vécues d'en bas, entre la standardisation et la personnalisation. Ces tensions ne sont pas des anomalies à corriger, mais des composantes naturelles de la complexité qu'il faut apprendre à reconnaître, à naviguer avec, parfois même à valoriser comme source de créativité.

#### **C. Reconnaître les savoirs pluriels**

Enfin, plus nos travaux avancent plus il nous semble qu'une approche inclusive de la connaissance n'est pas une option mais bien une des réponses à la complexité : reconnaître les savoirs scientifiques, mais aussi expérientiels, professionnels, communautaires fait partie d'une co-construction des réponses aux besoins, tant populationnels, qu'organisationnels, institutionnels ou politiques. Dans un système complexe, personne ne détient la vérité. Il faut coconstruire des solutions, expérimenter, apprendre ensemble. Et cela suppose des espaces de dialogue, des postures d'humilité, et des mécanismes de soutien à l'innovation locale.

**En bref, je vous invite aujourd'hui à voyager collectivement vers une gouvernance adaptative, inclusive et apprenante.**

Ce que nous apprennent les systèmes adaptatifs complexes, la Chaire de recherche et les travaux que nous menons, c'est qu'il est temps de changer notre façon de penser nos systèmes de santé et services sociaux.

Plutôt que de chercher à tout planifier, tout contrôler ou tout uniformiser, il faut :

- Encourager la diversité des pratiques ;
- Favoriser les boucles d'apprentissage ;
- Accepter l'incertitude comme un moteur, pas comme un ennemi ;
- Reconnaître l'intelligence collective comme ressource principale. C'est un chemin exigeant, mais porteur d'avenir.

Car c'est en acceptant et en travaillant avec la complexité – et non contre elle – que nous pourrons offrir des services plus humains, plus résilients et plus adaptés aux besoins réels des populations.

Le but de cette journée est de nous permettre d'adopter cette posture d'ouverture, de réflexion collective et de dialogue interdisciplinaire. À questionner, à apprendre, à contribuer.

Car c'est ensemble, dans cette logique d'écosystème vivant, que nous pourrons faire émerger les solutions pour aujourd'hui et pour demain.

Cette journée va s'organiser de cette manière:

- Conférence de Antoine Malone ;
- Conférence de Joanne Castonguay, accompagnée de Emna Ben Jelili ;
- Discussion des conférenciers que j'aurai le plaisir d'animer;
- Trois sessions pour échanger avec vous autour des trois thématiques principales de la Chaire: gouvernance multiniveaux et intersectorielle, gestion par trajectoires et gestion de proximité, adaptation des interventions et accès de proximité.

On reprendra en après-midi avec la présentation du numéro spécial publié dans la revue *Health Services Insight* (HSI) avec des présentations de plusieurs des autrices et auteurs de ce numéro que j'ai eu le plaisir de diriger avec mes collègues Lise Lévesque, Sébastien Carrier et Jocelyn Bernard.

Nous allons être observés toute la journée par deux de mes mentors et experts de la responsabilité populationnelle : Mylaine Breton et Denis Roy avec qui nous partagerons une synthèse commune en fin de journée. Nous serons également accompagnés par Dorothee de Collason, qui, depuis son écran à Nantes en France, traduira cette journée en BD illustrée.

Et pour finir nous célébrerons la personne récipiendaire du Prix Paul Lamarche 2025 !

Merci d'être là, de votre écoute, et excellente journée à toutes et à tous !

Lara

# Une transformation systémique par le terrain

## Le programme de responsabilité populationnelle de la Fédération hospitalière de France (FHF)

Résumé de la conférence d'Antoine Malone,  
responsable du pôle Prospective à la Fédération hospitalière  
de France (FHF)

### ANTOINE MALONE

Antoine Malone est responsable du pôle Prospective, relations avec les milieux académiques et les think tanks à la Fédération hospitalière de France (FHF) depuis 2016. Il œuvre sur la performance organisationnelle du système de santé, développe des partenariats avec le milieu universitaire et les cercles de réflexion, et coordonne le programme de Responsabilité Populationnelle de la FHF.

Ancien attaché aux affaires politiques à la Délégation générale du Québec Paris (DGQP) et chargé de mission auprès des Services du Premier ministre en France, il a contribué à renforcer la coopération en santé France-Québec. Diplômé de l'Université Laval et de SciencesPo Paris, il enseigne notamment à Sciences Po Paris, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye et à l'ULF au Liban.

### LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF) EN BREF

La FHF représente

- +/- 1 300 hôpitaux publics
- +/- 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Le Pôle Prospective a été créé en 2016 pour lier les données probantes aux prises de position de la FHF, créer un pont entre «savoir» et «politiques publiques», incluant les savoir «internationaux».

[Site web](#)

## **Comment la Fédération hospitalière de France (FHF) a implanté le modèle de responsabilité populationnelle, en s'appuyant sur l'intelligence, l'engagement et les motivations des personnes qui travaillent dans le système de santé ?**

### **Le système de santé français n'est plus adapté aux besoins**

Le système de santé français n'est plus adapté aux besoins actuels des populations et fait face à plusieurs impasses, selon Antoine Malone. En moins de 25 ans, la France est passée d'un système perçu comme « l'un des meilleurs au monde » à un système où la population exprime inquiétude et frustration.

Cette situation s'explique notamment par une fragmentation forte du système, une double gouvernance entre l'État et l'assurance maladie, ainsi qu'une multiplication des acteurs, incluant syndicats, fédérations, établissements publics et privés et autorités régionales et locales.

Ces fragilités structurelles s'accompagnent de pressions croissantes, a expliqué le conférencier. Le vieillissement rapide de la population, l'explosion des maladies chroniques et des inégalités territoriales majeures accentuent les tensions.

Un paradoxe s'installe : même si 12 % du PIB sont investis en santé, l'accès demeure difficile, les urgences sont saturées et la coordination reste faible.

En somme, il manque une vision d'ensemble pour améliorer la santé des gens, l'expérience des patients, le travail des professionnels et les coûts liés à la santé.

### **La FHF étudie des modèles internationaux pour agir**

Face à ces constats, le Pôle Prospective de la Fédération hospitalière de France a analysé plusieurs modèles internationaux, dont 3 très porteurs :

- **Pays basque espagnol** : la stratification de toute la population s'appuie sur 13 organisations territoriales intégrées réunissant la ville et l'hôpital.
- **Norvège** : des communautés de santé sont organisées autour de populations cibles.
- **Danemark** : 21 « clusters de santé » sont structurés autour des grands hôpitaux afin de coordonner prévention, soins primaires et soins spécialisés.

Quels sont les éléments communs de réussite de ces modèles ? La FHF en identifie 6 : une vision territoriale, une stratification des besoins, une intégration des services, une gouvernance partagée, l'implication des patients et des communautés, ainsi qu'un système d'information solide.

### **Un modèle rassembleur : la responsabilité populationnelle**

La Fédération hospitalière de France fait le choix du modèle de la responsabilité populationnelle puisqu'elle permet de rassembler l'ensemble des acteurs et actrices autour du principe selon lequel l'amélioration et le maintien de la santé de la population est une responsabilité partagée.

Ainsi, médecins, infirmières, hôpitaux, acteurs communautaires, spécialistes, patients et proches contribuent tous à la santé d'une population, et personne ne peut réussir seul. Ce principe est fortement inspiré du Québec et devient le cœur du modèle.

## Développement d'un modèle français

La FHF développe ainsi son propre modèle visant plusieurs objectifs :

- Permettre aux territoires de viser le quadruple objectif – meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût et meilleure qualité de vie pour les professionnels – pour des populations définies sur un territoire défini, via l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'action partagés répondant aux besoins de ces populations cibles ;
- Développer des outils et une méthodologie utilisables par l'ensemble des territoires de santé en France ;
- Développer un modèle d'intégration clinique suffisamment flexible pour tenir compte des spécificités territoriales, mais suffisamment robuste pour être généralisable ;
- Développer un modèle utilisable pour d'autres populations cibles.

### Ce modèle repose sur trois étapes clés :

**1** Définir les populations à partir de l'utilisation des bases nationales de données et de l'identification des populations atteintes ou à risque de diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque.

**2** Comprendre les besoins grâce à une stratification. Cette stratification nationale médico-économique de la population diabétique de type 2 va de la population générale aux patients complexes (6 strates). Cette stratification permet de comprendre la demande réelle envers le système et d'estimer ce que la prévention pourrait éviter.

**3** Traduire les besoins en actions. Pour chaque strate, des logigrammes cliniques définissent ce qu'il faut faire pour maintenir ou améliorer l'état de santé des personnes, du dépistage au soutien communautaire, et servent à co-construire des programmes d'action allant de la prévention primaire aux cas complexes.

La démarche repose sur une coconstruction collective puisque autour de la table se retrouvent médecins, infirmières, gestionnaires, acteurs communautaires et patients partenaires. Elle inclut la formation de professionnels locaux et l'utilisation de la méthode COMPAS+. Les solutions sont construites par ceux qui agissent.

### Des résultats concrets

Les résultats observés dans les territoires pilotes sont très concrets

- **1 350** professionnels impliqués
- **124** patients partenaires
- **1 200** actions de prévention
- **25 000** personnes sensibilisées
- **20 500** dépistages
- **7 000** patients suivis

Les impacts mesurés sont les suivants :

- Admissions par les urgences réduites de moitié
- Plus de soins ambulatoires et programmés
- Séjours hospitaliers plus courts
- Meilleure coordination ville-hôpital
- Programmes plus complets, mieux structurés et plus rapides à mettre en œuvre dans les nouveaux territoires.

## **S'appuyer sur le cœur du métier et les motivations personnelles**

Selon Antoine Malone, l'expérience de la FHF démontre qu'améliorer la performance ne consiste pas à contrôler davantage, mais à permettre aux gens de bien faire leur travail. Le modèle coûte peu, crée beaucoup de valeur et attire les professionnels. Il repose sur le cœur du métier et les motivations, avec un principe central : « faire les bonnes choses, au bon moment, pour les bonnes personnes ».

Le conférencier estime que l'expérience de la responsabilité populationnelle en France montre qu'un modèle qui s'appuie sur le cœur de métier et les motivations produit plus qu'un dispositif mal pensé mais bien payé.

Des défis demeurent toutefois à relever, notamment des ressources limitées face à l'intérêt croissant, des systèmes d'information encore insuffisants et la difficulté des institutions à soutenir des approches transversales. Il faut également trouver le bon équilibre entre standardisation et flexibilité locale.

### **En conclusion**

Pour M. Malone, il est essentiel de retenir que les professionnels des systèmes de santé ne sont pas cyniques ou paresseux – ce qui est souvent une hypothèse sous-jacente des réformes mises en place. Au contraire, ils veulent bien faire. Lorsqu'on s'appuie sur leurs valeurs, leur intelligence et leur motivation intrinsèque, ils contribuent bien au-delà de ce qu'on attend.

**Transformer un système complexe est possible en partant du terrain, en faisant confiance aux personnes et en organisant l'intelligence collective.**

**- Antoine Malone**

# Une transformation systémique par le terrain

## Présentation Powerpoint

### Responsabilité populationnelle en France et en Europe : état des lieux et perspectives internationales



**Un système historiquement performant, aujourd'hui sous tension**  
Ressources nombreuses et excellence clinique VS vieillissement, maladies chroniques, inégalités et démotivation des professionnels



**Une gouvernance partagée complexe**

L'État conserve la régulation, mais la multiplication des acteurs limite la cohérence, la convergence des intérêts et la concertation



**Responsabilité populationnelle, partenariat d'innovation**

Lancé en 2018, le programme a été développé avec l'appui des Agences Régionales de Santé (ARS) pour tester un modèle d'intégration clinique territorial



**Le quadruple objectif, boussole du programme**

Mieux soigner, mieux vivre, mieux travailler, et mieux utiliser les ressources

Mélanger les savoirs

Trouver un équilibre entre un cadre méthodologique et beaucoup de liberté aux gens sur le terrain pour construire et s'organiser



Les travaux de recherche informent et structurent le modèle

Le **modèle d'excellence clinique** est la bonne façon de transformer le système de santé : travailler sur le cœur de métier

Dépasser le cynisme



**L'inspiration internationale**

Modèles intégrés (Danemark, Norvège, Pays basque) : rôle essentiel d'un État stratège, capable d'unifier la gouvernance territoriale.



Agir en prévention et autonomiser les patients impliqués permet de connaître leurs besoins et de stratifier les besoins en santé de la population avec le but de planifier les actions adaptées.



A. Malone

Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothee de Collasson

# La contribution de la santé populationnelle au développement d'un système de santé centré sur la valeur

Résumé de la conférence de Joanne Castonguay, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, et de Emna Ben Jelili, conseillère spéciale

## JOANNE CASTONGUAY

Joanne Castonguay est commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE) depuis 2020. À ce titre, elle informe les autorités publiques et la population sur le contexte, les enjeux et la performance du système de santé et de services sociaux, et formule des conseils stratégiques pour orienter son adaptation aux besoins de la population. Économiste de formation, elle a été professeure associée au Pôle santé des HEC Montréal, directrice de recherche à l'Institute for Research Public Policy (IRPP) et a occupé des fonctions de direction au CIRANO.

Ses expertises couvrent la gouvernance des systèmes de santé, les politiques d'innovation et le transfert des innovations, domaines dans lesquels elle publie et conseille régulièrement des organismes publics.

## EMNA BEN JELILI

Emna Ben Jelili est conseillère spéciale auprès de la Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Elle est doctorante en santé publique à l'Université de Montréal, spécialisée dans l'analyse des systèmes, des organisations et des politiques de santé.

## COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC

Le mandat du Commissaire à la santé et au bien-être est d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux du Québec. Il pose un regard systémique, c'est-à-dire qui tient compte du système dans son ensemble.

[Site web](#)

## **La contribution de la santé populationnelle au développement d'un système de santé centré sur la valeur**

Face aux pressions financières et sociales, comment l'approche de santé populationnelle peut-elle améliorer l'état de santé d'une population et l'équité des soins offerts, tout en exigeant des innovations institutionnelles conséquentes ?

### **La soutenabilité du système est questionnable**

Le système de santé fait face à une pression sans précédent : les dépenses de santé (+ 2,4 % entre 1989 et 2023) augmentent plus rapidement que la capacité collective de payer puisque celle-ci augmente au même taux que le PIB, soit de (+1,9%) au cours de la même période, explique Joanne Castonguay. Cela exerce une pression croissante sur les finances publiques et limite la capacité de l'État à investir dans d'autres secteurs essentiels comme l'éducation, le transport ou le logement.

Cette situation n'est pas propre au Québec. L'ensemble des pays industrialisés fait face à des défis similaires, amplifiés par :

- des transitions démographiques et épidémiologiques (ex: le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques) ;
- l'augmentation du fardeau économique ;
- l'émergence de nouveaux risques sociaux (itinérance et changements climatiques) ;
- les progrès technologiques coûteux ;
- et les attentes croissantes de la population envers le système de santé\*.

Les budgets actuels pourraient même entraîner une contraction réelle de l'offre de services, suggérant que le « mur » évoqué depuis plusieurs années pourrait déjà être atteint et qu'il est essentiel de faire autrement.

### **Davantage de soins n'entraîne pas davantage de santé**

L'augmentation du volume de services de santé ne permet pas d'améliorer durablement la santé de la population ni de contrôler les coûts, observe la conférencière. Les services de santé n'expliquent qu'environ 20 % de l'état de santé de la population, alors que les 80 % restants sont liés aux déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux.

Pour produire plus de santé, il faut agir avant que les problèmes ne surviennent, fait valoir Joanne Castonguay qui ajoute que pour agir sur les déterminants de la santé, il faut dégager des ressources dans les autres secteurs. Cela constitue toutefois un défi politique considérable qui doit être défendu avec des données solides.

### **La responsabilité populationnelle comme réponse structurante**

La Commissaire à la santé et au bien-être du Québec croit qu'il est essentiel de mettre de l'avant la responsabilité populationnelle pour assurer la viabilité et développer une offre de soins et de services plus efficiente et plus équitable.

## Définition de la santé populationnelle

Plusieurs termes existent pour désigner la même chose (santé ou responsabilité populationnelle par exemple). La définition du gouvernement ontarien est présentée :

« Un concept qui consiste à recueillir des données et des informations sur la santé et le bien-être de la population dans divers contextes de soins et de services, afin d'identifier les principaux besoins sanitaires et sociaux de la communauté et d'adapter les services en conséquence. Pour ce faire, il convient d'intégrer les services de santé, de prévention, d'aide sociale et de protection sociale. »\*\*

## Responsabilité partagée et système plus équitable

En France et au Québec, le principe repose sur l'idée que la responsabilité ne revient pas seulement au système de santé d'améliorer la santé, mais elle revient aussi à l'ensemble de la société, aux communautés et aux patients eux-mêmes en soutenant leur capacité d'agir.

Sa mise en œuvre implique le développement de stratégies intersectorielles, l'action sur les déterminants sociaux de la santé, une meilleure intégration dans la dispensation des services et l'évaluation de la performance à l'aide d'un système d'information global sur la santé.

Mme Castonguay rappelle que le gouvernement du Québec a adopté en 2003 une loi en faveur de l'approche de santé populationnelle, mais qu'il n'a pas procédé aux changements structurels nécessaires pour en assurer la mise en œuvre.

La responsabilité populationnelle vise à :

- Mieux comprendre les besoins réels des populations, au-delà des seuls besoins cliniques ;
- Utiliser des données sociosanitaires, sociodémographiques et socioéconomiques ;
- Développer des offres de services adaptées aux réalités territoriales ;
- Agir sur les déterminants de la santé, en collaboration avec d'autres secteurs\*.

## Un système de santé orienté vers la valeur\*

Un système de santé et de services sociaux produit de la valeur lorsqu'il améliore les résultats importants pour la population en considérant les ressources allouées et les valeurs sociétales.

Un système de santé populationnelle répond aux enjeux systémiques nécessaires au déploiement d'un système de santé basé sur la valeur. Il nécessite :

- D'avoir une offre tout au long du continuum de soins (place centrale de la première ligne et de la santé publique) ;
- De diviser sa population en segments présentant des caractéristiques et des besoins homogènes (et pas uniquement en fonction de la maladie) ;
- De prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et les besoins psychosociaux
- De développer une offre holistique locale (communautaire) ;
- D'adapter les mécanismes de financement pour encourager la prise en charge d'une population donnée.

## Expériences au Québec et à l'international

Présentées par Emna Ben Jelili

Les expériences analysées au Québec et à l'international (Pays basque, Angleterre, Pays-Bas, Danemark, France) par le CSBE montrent que ces transformations reposent sur une gouvernance forte qui mobilise différents leviers complémentaires.

- Leviers légaux : ils visent à clarifier les rôles et responsabilités des acteurs et à adopter des mécanismes d'imputabilité et de reddition de compte.
- Leviers structurels : ils visent à modifier les frontières organisationnelles. Exemples : création d'organisation pour déployer la stratégie de RP, mise en place d'actions intersectorielles pour mieux prendre en compte les besoins de la population, identification des rôles et responsabilités de chaque acteur.
- Leviers d'échange et de communication : ils s'appuient sur une vision mobilisatrice et sur l'utilisation des données probantes pour soutenir l'action collective. Ils visent à stimuler les changements par l'information et la communication. Exemples : Leadership, outils de stratifications du risque et modèles prédictifs, table de concertation.
- Leviers économiques : ils reposent sur l'expérimentation, les incitatifs financiers et la transformation des modes de rémunération.

## Mécanismes de financement

Pour mettre en œuvre la responsabilité populationnelle, les mécanismes de financement ne doivent plus être médico-centrés, ils doivent constituer des incitatifs puissants et être cohérents avec les objectifs du système de santé.

La rémunération actuelle des médecins, généralement à l'acte et indépendante des services hospitaliers, freine le développement d'offres globales, multidisciplinaires et intégrées. L'enjeu est donc de financer des modèles d'organisation mieux alignés sur les besoins des populations. Il faudrait par ailleurs opter pour un modèle par capitation qui semble être le plus en adéquation avec une approche populationnelle. Il se définit comme une somme forfaitaire octroyée par patient inscrit dans un environnement donné, indépendamment du volume de soins prodigués.

**En conclusion, Joanne Castonguay  
insiste sur la nécessaire évolution des  
institutions puisque la responsabilité  
populationnelle nécessite des  
innovations institutionnelles et que sans  
elles, le système de santé ne pourra  
évoluer et se heurtera à ses limites.**

Sources :

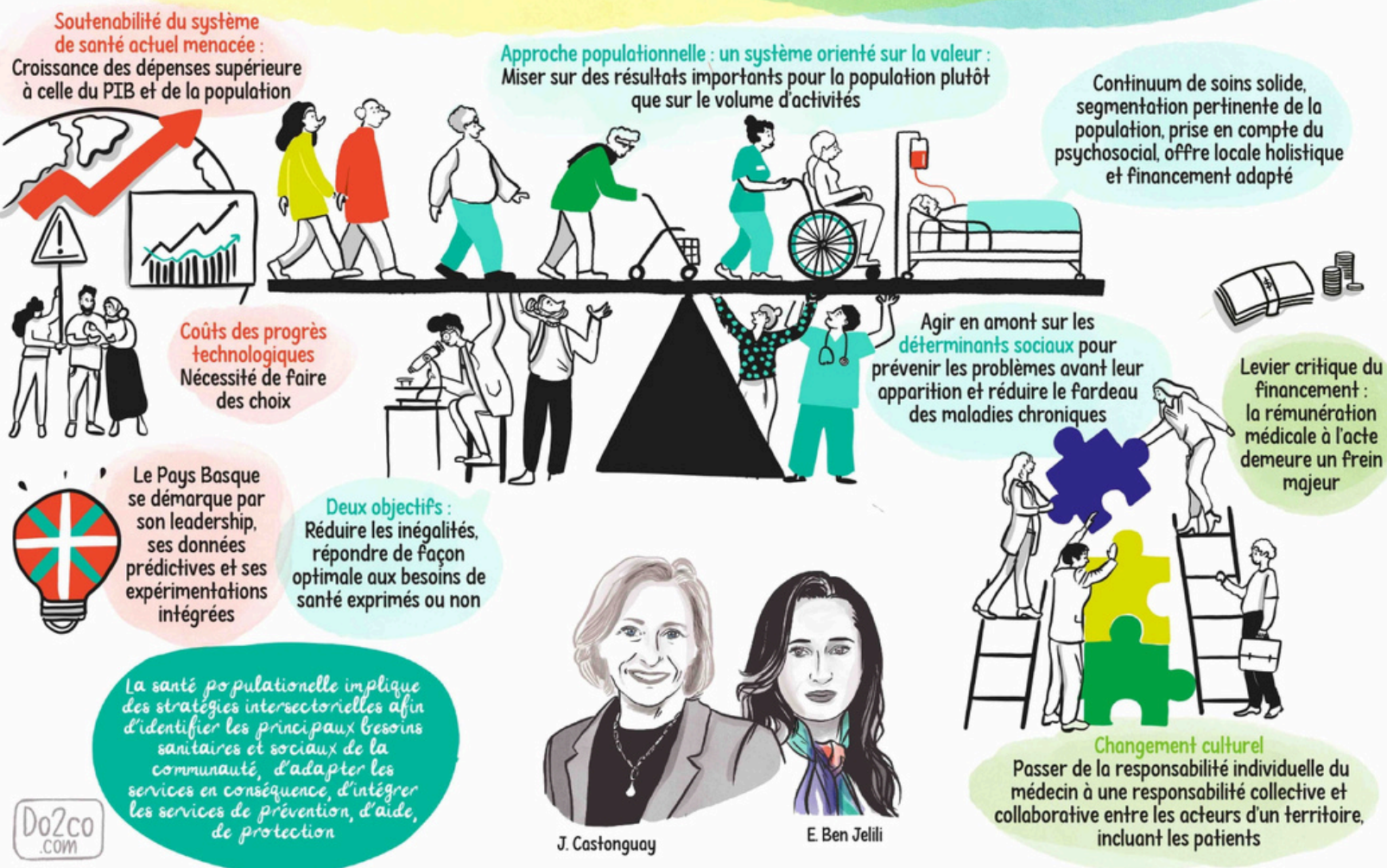
\*Commissaire à la santé et au bien-être (2024). La contribution de l'approche de santé populationnelle au développement d'un système de santé et de services sociaux axé sur la valeur.

\*\*Approaches to Population Health Management Informing Ontario's Health System Transformation, Health Systems Performance Network, February 2021.

# La contribution de la santé populationnelle au développement d'un système de santé centré sur la valeur

## Présentation Powerpoint

### Perspective stratégique du CSBE quant à la responsabilité populationnelle



Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothée de Collason

## Table ronde

# La responsabilité populationnelle à la lumière des systèmes adaptatifs complexes

Avec Antoine Malone, Johanne Castonguay et Emma Ben Jelili

Animation : Lara Maillet

## LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE À LA LUMIÈRE DES SYSTÈMES ADAPTATIFS COMPLEXES



Mettre en place l'intersectorialité et réconcilier les visions  
Modèle communautaire / modèle hospitalo centré

Soutenir la collaboration entre les différents acteurs pour déplacer les services cliniques en dehors de l'hôpital



Opter pour une approche proactive  
Présentation des services du CIUSSS dans les écoles, cours de nutrition et de cuisine, etc.



Mobiliser et apprendre à travailler avec les citoyens, indispensables dans la construction de solutions locales



Communautés de pratique réunissant les médecins de première ligne et les spécialistes à l'hôpital



Envisager la prévention de manière aussi systématique, rigoureuse et stratégique qu'un bloc opératoire. La prévention est toute aussi importante en santé que le curatif



Mobiliser un leadership efficace, se donner l'espace d'essayer de nouvelles approches



Mobilisation des acteurs gouvernementaux



Visibiliser, pérenniser et s'informer sur l'existant, plutôt que de financer de nouvelles cliniques



L. Maillet

J. Castonguay

E. Ben Jelili

A. Malone

Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothée de Collasson

# Session thématique A

## Gouvernance multiniveaux et intersectorielle

### L'exemple d'une initiative en itinérance comme étude de cas (Estrie)

#### **MAÏA NEFF**

Maïa Neff est professionnelle de recherche au sein de la Chaire SA3S.

[Présentation PowerPoint](#)

### Responsabilité populationnelle sur le territoire du CHU de Nice-France

#### **ANAÏS LI FONTI**

Anaïs Li Fonti est infirmière, cadre de santé publique au CHU de Nice, coordonnatrice en Responsabilité Populationnelle et doctorante en Sciences de la vie et de la Santé (Santé publique-Sciences infirmières) à l'Université Côte d'Azur.

[Présentation PowerPoint](#)

### Penser le développement social territorial en termes de dynamique écosystémique

#### **NASSERA TOUATI**

Nassera Touati est professeure titulaire à l'École nationale d'administration publique, directrice scientifique de l'équipe REGARDS et directrice scientifique pour le Pôle 1 de recherche (Transformations des pratiques cliniques et organisationnelles) du CISSS de Laval.

[Présentation PowerPoint](#)

# Session thématique A

## Gouvernance multiniveaux et intersectorielle

### Gouvernance multiniveaux et intersectorielle



Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothée de Collasson

## **Session thématique B**

### Gestion par trajectoires de soins et services

#### **Revue de la portée sur les ruptures de parcours et trajectoires de soins et de services de santé**

##### **ISABELLE GODBOUT**

Isabelle Godbout est candidate au doctorat en administration publique à l'ÉNAP sous la direction de Lara Maillet et Nasser Touati, coordonnatrice du Centre de recherche sur la gouvernance (CERGO) et assistante de recherche au sein de la Chaire SA3S.

Présentation PowerPoint

#### **Analyse de l'implantation de la gestion par trajectoire de soins et de services (GTSS)**

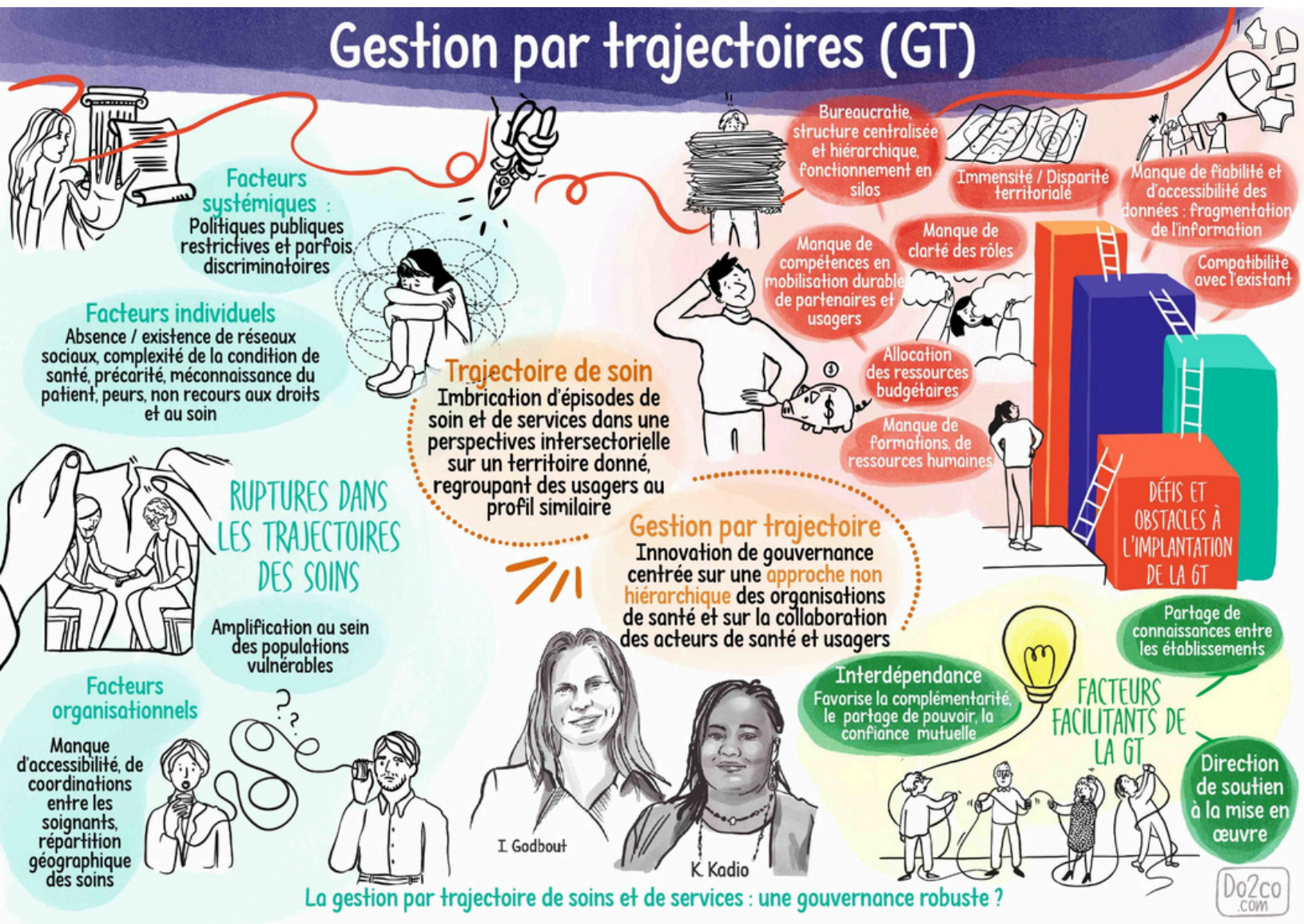
##### **KADIDIATOU KADIO**

Kadidiatou Kadio est détentrice d'un doctorat en science humaine appliquée et stagiaire postdoctorale au sein de la Chaire SA3S sous la supervision de Lara Maillet.

Présentation PowerPoint

# Session thématique B

## Gestion par trajectoires de soins et services



Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothée de Collasson

# Session thématique B (suite)

## Gestion de proximité

### **Modèle de gestion de proximité CISSS de l'Outaouais**

#### **NICOLE BOUCHER-LARIVIÈRE ET FRÉDÉRIC PARIZEAU**

Nicole Boucher-Larivière est directrice de proximité - RLS Pontiac et Frédéric Parizeau est directeur de proximité - RLS Collines au sein du CISSS de l'Outaouais.

Présentation PowerPoint

### **Gouvernance intersectorielle locale- CIUSSS de l'Estrie-CHUS.**

#### **MARYSE RUEL, MARIE-FRANCE BEAUREGARD ET NANCY DESAUTELS**

Maryse Ruel est conseillère cadre en soutien développement RLS et partenariat dans la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP).

Marie-France Beauregard est coordonnatrice COL pour le RLS Sherbrooke (DAMU-SC-EO).

Nancy Desautels est directrice adjointe - Direction adjointe mesures d'urgence, sécurité civile et enjeux organisationnels (DAMU-SC-EO).

Elles travaillent toutes les trois au sein du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Présentation PowerPoint

### **L'accompagnement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS dans le développement d'un modèle V2 de gouvernance intersectorielle en gestion de proximité.**

#### **URSULLA AHO GLELE**

Ursulla Aho Glele est détentrice d'un doctorat en santé publique de l'Université de Montréal et actuellement stagiaire postdoctorale au sein de la Chaire SA3S sous la supervision de Lara Maillet.

Présentation PowerPoint

# Session thématique B

## Gestion de proximité



Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothée de Collason

## Session thématique C

### Adaptation des interventions et accès de proximité

**S'appuyer sur la pratique avancée des infirmières de proximité pour améliorer les trajectoires de soins et de services de personnes réfugiées et demandant l'asile. Étude pilote à Sherbrooke, Québec**

#### **LAMA BOUSTANI**

Lama Boustani est candidate au doctorat en géographie à l'Université de Montréal et assistante de recherche au sein de la Chaire SA3S.

Présentation PowerPoint

**Le Scan environnemental : un outil méthodologique pour identifier les besoins des groupes vulnérables et les services de prévention et de dépistage des ITSS et du VIH à Montréal-Nord.**

#### **CHANTAL BAYARD ET MARIA NOUN**

Chantal Bayard est détentrice d'un doctorat en communication sociale de l'Université du Québec à Trois-Rivières et stagiaire postdoctorale au sein de la Chaire SA3S (2024-2025).

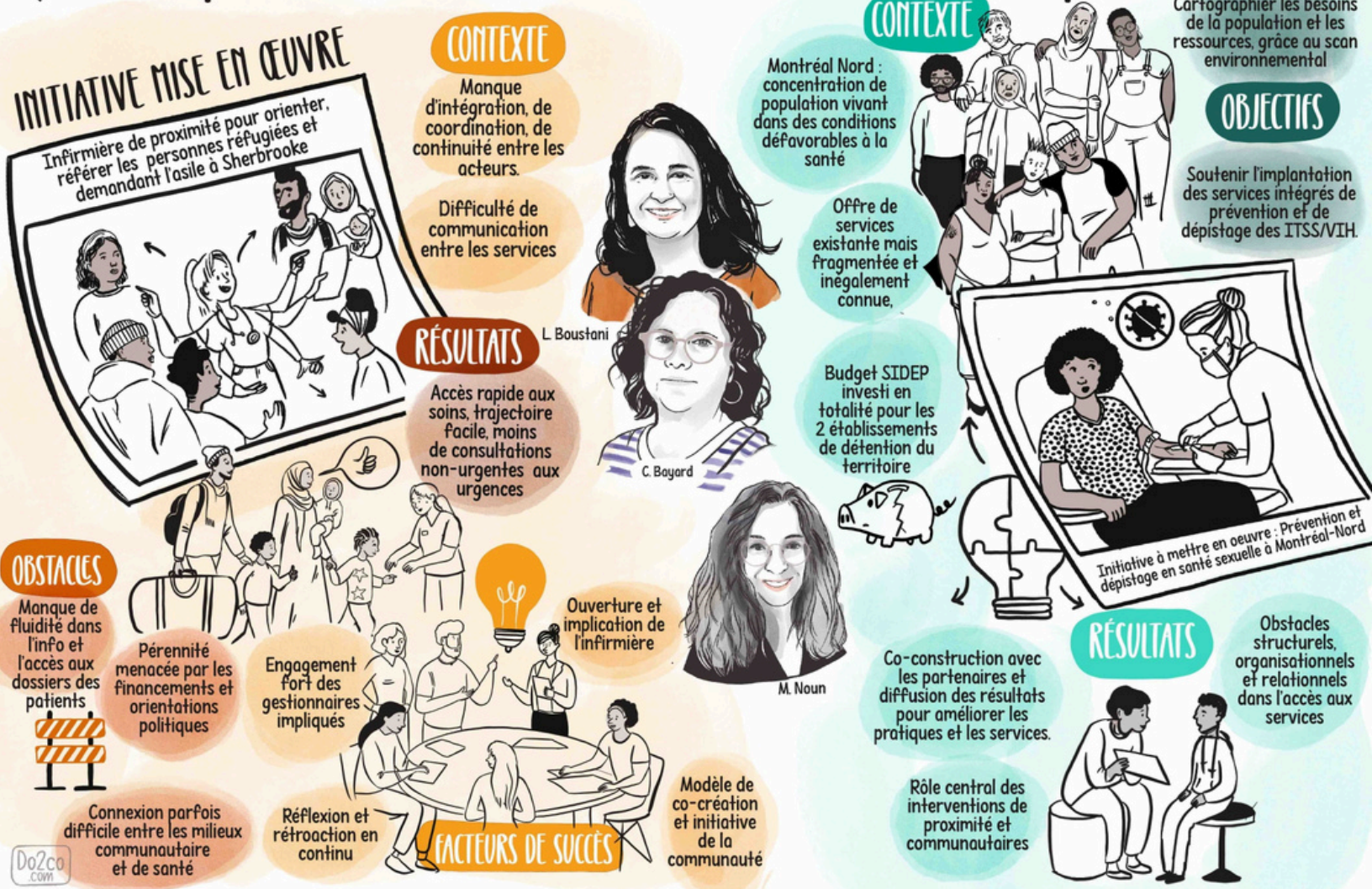
Maria Noun est coordonnatrice du programme de santé publique et lien avec la communauté au CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal.

Présentation PowerPoint

# Session thématique C

## Adaptation des interventions et accès de proximité

### Adaptation des interventions et accès de proximité



Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothee de Collason

## Numéro spécial

# Les trajectoires intégrées de services sociaux et de santé : de la communauté à la communauté

### *Health Services Insights*

Co-dirigé par Lara Maillet, Lise Lévesque et Sébastien Carrier, ce numéro spécial illustre la richesse des approches collaboratives et interdisciplinaires nécessaires pour penser et améliorer les trajectoires intégrées de soins et services sociaux et de santé « de la communauté à la communauté ».

Dix études de cas d'ici et d'ailleurs sont présentées et analysées.

#### ● Le rôle du patient comme acteur de son parcours

*Isabelle Aubert, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas*

Cet article analyse les liens entre les variables organisationnelles des parcours de soins et les modalités selon lesquelles les patient.es sont impliqués-es dans la gestion de leur propre parcours. À ce jour, ces liens ont fait l'objet de peu d'attention dans les travaux en sciences de gestion et en santé.

[Lire l'article](#)

#### ● Les trajectoires en intervention précoce en psychose

*Marie-Hélène Morin, Maryse Proulx*

Cet article documente dix trajectoires de services de jeunes adultes (JA) et de leurs parents, éclairées par des professionnel·les de la santé (PS), avant et pendant un premier épisode psychotique (PEP). Les résultats apportent des éclairages clés sur l'intervention précoce en PEP et formulent des recommandations visant à améliorer l'accès à ces services au Québec.

[Lire l'article](#)

● Les innovations technologiques, cliniques et sociales

*Jean-Baptiste Gartner, André Côté*

L'article présente un modèle qui met en lumière les facteurs influençant la mise en oeuvre des innovations dans les parcours de soins, en soulignant le rôle central de la participation active des patient-es partenaires à la prise de décision, à la collecte et à l'analyse des données, ainsi qu'à la co-construction des solutions.

[Lire l'article](#)

[Présentation PowerPoint](#)

● Programme intégré de prise en charge des maladies chroniques

*John Paul Kuwornu, Fernando Maldonado, Gary Groot, Erika Penz, Elizabeth J Cooper, Amy Reid, Darcy D Marciniuk*

L'objectif de cet article est d'évaluer, en conditions réelles, les coûts et les résultats cliniques d'un programme intégré de prise en charge de la MPOC en Saskatchewan comparativement à deux groupes de soins usuels.

[Lire l'article](#)

● Les trajectoires en intervention précoce en psychose

*Géraldine Layani, Alexandre Tremblay, Marie-Thérèse Lussier, Isabelle Godbout, Hélène Bihan, Claire Gosselin, Mégane Pierre, Aude Motulsky, Isabelle Brault, Isabel Rodrigues, Janusz Kaczorowski, Marie-Claude Vanier, Sopia Marielle Yapi*

L'objectif de cet article est de mieux comprendre, en s'appuyant sur la mobilisation de la théorie de l'acteur-réseau, le processus de mise en oeuvre du parcours INMED-COMMUNITY à Laval, au Québec, développé pour favoriser la collaboration entre les secteurs de la santé et du milieu communautaire.

[Lire l'article](#)

[Présentation PowerPoint](#)

- Les innovations organisationnelles pour répondre aux besoins des jeunes  
*Nassera Touati, Isabelle Ruelland, Lourdes Rodriguez del Barrio, Maximilien Bouchard, Karl Beaulieu, Isabelle Courcy*

L'article vise à répondre à la question suivante: est-ce que la mise en oeuvre de nouveaux modèles d'organisation des services visant à mieux répondre aux besoins des jeunes, comme Aire Ouverte déployée depuis 2019 au Québec, peut entraîner des changements de pratiques ?

[Lire l'article](#)

[Présentation PowerPoint](#)

- La gouvernance multiniveaux et les interventions de proximité

*Anna Goudet, Chantal Doré, Shelley-Rose Hyppolite, Nancy Lévesque, Jean-Alex Joseph, Danielle Maltais, Denis Bourque, Lara Maillet*

L'objectif de cet article est de comprendre comment les interventions de proximité intégrées peuvent améliorer l'accès aux services pour les populations vulnérables sur un territoire donné, avec un focus sur le rôle de la gouvernance multiniveaux dans leur mise en œuvre et leur pérennité.

[Lire l'article](#)

[Présentation PowerPoint](#)

- Parcours de soins musculosquelettiques complexes inter-établissements à Montréal  
*Marie Beauséjour, Martin Sasseville, Aurélie Vigné, Sophie Riendeau, Stephanie Gould, Kelly Thorstad*

L'article présente un projet collaboratif visant à améliorer la coordination des soins entre plusieurs établissements pédiatriques à Montréal pour des enfants avec des conditions complexes. Il montre comment une approche intégrée a permis d'identifier les problèmes de fragmentation et de co-construire des solutions pour améliorer la continuité et la qualité des soins.

[Lire l'article](#)

[Présentation PowerPoint](#)

● La coévolution entre organisation de santé et communautés

*Lara Maillet, Georges-Charles Thiebaut, Anna Goudet, Jean-Sébastien Marchand*

L'objectif de cet article est de proposer une meilleure compréhension de la coévolution dans le(s) processus d'adaptation de la gouvernance d'une organisation complexe de soins de santé à son environnement, en mobilisant l'approche des systèmes adaptatifs complexes.

[Lire l'article](#)

[Présentation PowerPoint](#)

● Dispositif pour des trajectoires des soins et services performantes

*Georges-Charles Thiebaut, Anna Goudet, Lara Maillet*

L'article présente comment un dispositif peut influencer les schémas structurant l'action collective afin de soutenir le déploiement de trajectoires de soins et services performantes et adaptées aux caractéristiques populationnelles et territoriales.

Article à venir

[Présentation PowerPoint](#)

# **Synthèse de la 3<sup>e</sup> Journée de la Chaire SA3S**

par Mylaine Breton et Dr Denis A. Roy

## **MYLAINE BRETON**

Mylaine Breton est professeure titulaire au département des sciences de la santé communautaire, faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

## **DR DENIS A. ROY**

Dr Denis A. Roy est médecin-conseil, SMPSP-MSSS et membre, Service national d'expertise en santé publique, CHUM

## Mylaine Breton

La notion de responsabilité populationnelle me ramène à la réforme du système de santé au Québec en 2004, sujet de ma thèse. Ce concept est, à mon avis, une excellente idée que l'on a parfois mise de côté, puis reprise quelques années plus tard.

La responsabilité populationnelle repose sur nos valeurs, les déterminants sociaux de la santé, la capacité de se donner des espaces de réflexion collectifs, délibérés et réflexifs, pour identifier ensemble nos priorités d'action.

En 2004, nous étions partis sur de bonnes bases. À l'époque, la santé publique était extrêmement dynamique. Nous avons peu de données, mais elle constituait déjà une source d'information centrale. Ce qui était innovant, c'était de pouvoir dire : voici les caractéristiques de votre population, et d'essayer d'identifier les grands paramètres.

Aujourd'hui nous avons aussi parlé de trajectoires, ce qu'on appelle aujourd'hui les parcours de soins. À l'époque, on évoquait plutôt les réseaux locaux de services par type de population. On disait : faisons une réflexion sur les personnes âgées, sur la santé mentale, à partir de données, en tenant compte des organismes communautaires, en regardant l'offre et la demande de services locaux.

Puis, j'ai l'impression que tout cela a été mis un peu sur la glace depuis une quinzaine d'années environ. Aujourd'hui, on y revient avec des idées similaires de décentralisation, de gouvernance, et surtout avec la volonté de redonner un véritable pouvoir de réflexion au-delà du cadre médical. Comme à l'époque, on se demande comment interpeller l'ensemble des professionnels, les médecins, mais aussi les autres professionnels de la santé et les organismes communautaires.

La participation citoyenne, selon moi, est un gain qu'on a fait, avant on en parlait très peu. Toutefois, il faut se rappeler que les conseils d'administration des CSSS avaient des représentants de la population. Aujourd'hui, elle est au cœur des discussions : participation citoyenne ou participation des patients, on utilise parfois les deux termes de façon interchangeable, même si les rôles ne sont pas tout à fait les mêmes.

Ce qui m'a surpris, en faisant un contraste, c'est que nous avons beaucoup parlé des caractéristiques de la population et des trajectoires, mais parfois on est plus sur les soins coordonnés versus l'identification des besoins déterminants et la manière de les corréfléchir. Cela dit, on a quand même ajouté plusieurs ingrédients et on a évolué.

Nous avons beaucoup parlé aujourd'hui des données de santé publique, des déterminants sociaux, mais il faudra aussi intégrer d'autres types de données, notamment celles liées au logement, par exemple. On parle aujourd'hui beaucoup d'équité, un concept moins présent auparavant, et même de santé durable, qui deviendra bientôt un sixième objectif des systèmes de santé performants.

Avec tous ces éléments, je pense qu'on revient à une vision qui dépasse les soins, même si les tensions demeurent entre soins et santé publique. Malgré tout, je garde espoir. On a parlé de nouveaux rôles, notamment dans un atelier, et de la façon d'animer de manière dynamique cette coconstruction. Il y a beaucoup de liens à créer : apprendre à se connaître et prendre le temps, ce sont aussi des enjeux relationnels.

## La nouvelle contribution de l'IA

Dans un contexte où tout s'accélère et où les sources d'information se multiplient, j'aimerais aborder un sujet dont nous n'avons pas parlé aujourd'hui : l'intelligence artificielle. C'est un élément invisible mais de plus en plus présent dans nos collaborations. L'IA devient une source de données extraordinaire, ou peut-être pas. Comment intégrer ce partenaire ou ses données invisibles ? C'est un collaborateur qui va s'intégrer dans nos réseaux.

Souvent, le premier contact des patients avec le système de santé passe maintenant souvent par un robot conversationnel : Copilot, ChatGPT, etc. Par exemple, ma fille s'est foulée le doigt, j'ai téléversé des photos, et j'ai reçu des recommandations. Dans l'autosoins, l'IA est déjà une source d'information majeure, mais nous ne savons pas encore comment l'intégrer collectivement.

Même dans nos rencontres, l'IA est présente : elle rédige nos procès-verbaux, produit des synthèses de réunions. Nous entrons dans une ère de robotisation des processus. Les patients, les professionnels, les systèmes : le robot du futur est déjà là. Alors, comment intégrer ces robots conversationnels dans notre réflexion, dans la planification de l'offre de services ? Je voulais terminer sur cette note plus futuriste.

Je suis très heureuse de voir la responsabilité populationnelle revenir à l'avant-plan. Mais il faudra se poser la question des véritables décentralisations : quels sont les pouvoirs réellement transférés au niveau des territoires locaux ? Comment offrir des services adaptés ? Comment collaborer avec les médecins, les organismes communautaires et les autres partenaires ? Les pharmaciens communautaires, par exemple, jouent aujourd'hui un rôle extraordinaire au Québec, mais la circulation de l'information reste un enjeu.

La journée d'aujourd'hui a été très inspirante. Merci pour ce moment de réflexion. On prend rarement le temps de le faire. On n'a peut-être pas pris beaucoup de pauses, mais on a beaucoup échangé – et c'est précieux.

## **Dr Denis A. Roy**

Travailler avec Mylaine représente toujours pour moi une forme de discipline : cela m'oblige à passer d'un régime de vitesse normale à une vitesse accélérée. Je vais donc revenir à une vitesse plus calme, celle d'un ancien qui a beaucoup donné à la responsabilité populationnelle, peut-être davantage qu'il n'en a reçu à travers les échanges autour de ce concept.

Cette expérience a d'ailleurs été, pour moi, teintée d'un certain sentiment d'échec. Et je revivais un peu ce sentiment aujourd'hui, en me disant que ces idées, nous les avons beaucoup expérimentées. Je posais récemment la question à mon collègue et ami Alain Rondeau : pourquoi avons-nous échoué, à l'époque, avec la responsabilité populationnelle de 2004 ?

Dans sa sagesse, Alain m'a répondu : « Denis, nous n'avons pas échoué, nous avons évolué, mais nous n'avons pas atteint le point de bascule. » Et c'est très juste, très très juste. Depuis ce moment, nous avons continué d'évoluer, nous avons fait de vrais progrès.

### **Des avancées**

La journée d'aujourd'hui nous a permis de mieux saisir ces avancées, et j'aimerais en nommer quelques-unes.

D'abord, nous sommes aujourd'hui beaucoup plus conscients de la burning platform : le système est en grande difficulté, ici comme ailleurs, et il risque de s'effondrer. Cela crée un sentiment d'urgence beaucoup plus fort qu'à l'époque.

On a la révolution du partenariat avec les patients, les usagers et les citoyens qui s'est opérée et qui va bon train. Les travaux de Marie-Pascal Pomey et de toute l'équipe du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public l'illustrent éloquentement. C'est une fierté collective, un actif transformationnel extrêmement puissant.

Nous disposons aussi de meilleurs outils conceptuels. Vous l'avez bien illustré aujourd'hui, vous en avez utilisé plusieurs, notamment l'application de la science de complexité à la gestion du changement. À l'époque, nous avons découvert ces notions après avoir commencé à bouger : nous avons compris leur applicabilité alors que nous étions déjà en mouvement.

Les connaissances ont également progressé : segmentation, stratification, définition de trajectoires, amélioration des données et de l'informatisation. Tout cela nous a permis d'évoluer.

### **Un nouveau consensus**

Un autre élément nouveau mérite d'être souligné. Philippe Couillard était vraiment convaincu de la responsabilité populationnelle et il était très éloquent. Gaétan Barrette, beaucoup moins. Mais Christian Dubé, lui, l'a comprise, et surtout, il l'a comprise dans une formule réitérée de responsabilité populationnelle axée sur la valeur. Ce n'est pas juste d'être responsable, mais on est responsable d'une population pour quelque chose. Et c'est quoi ce quelque chose-là ? C'est la quête du quintuple objectif.

Cela a été repris aujourd'hui. Ce consensus est nouveau. Il n'existait pas auparavant. Donc, on a une plus grande clarté sur la finalité commune partagée, c'est le mythe fondateur qui nous manquait en fait pour avancer notre coopération ensemble, dans la complexité. Sans cette clarté, il est très difficile de coopérer. C'est un réel progrès mais c'est un progrès fragile parce qu'il pourrait lui aussi être soumis à des difficultés de mise en œuvre et on pourrait ne pas atteindre le point de bascule une fois de plus. Ce ne serait pas étonnant en fait.

D'autant plus que de puissantes forces de changement transformations sont à l'œuvre, comme l'intelligence artificielle ou la privatisation, par exemple.

À mon avis, le principal défi réside donc dans notre capacité de mise en œuvre de la responsabilité populationnelle axée sur la valeur. Le partenariat et l'engagement peuvent nous aider. Les données aussi. Les plans formels, le plan stratégique de Santé Québec, le plan de transition du ministre, la stratégie nationale de prévention, sont des outils qui peuvent appuyer la mise en œuvre. Nous avons beaucoup d'instruments, de guides, vous en avez développé et présenté plusieurs aujourd'hui ! On n'en a !

### **Des freins**

Ce que nous n'avons pas, en revanche, ce sont des systèmes d'incitation alignés, notamment l'incitation financière. Regardez comment circule l'argent dans le système : nous ne sommes pas encore dans une logique de responsabilité populationnelle. On a un problème aussi au niveau de la création d'une culture puis de liens de confiance largement partagés dans nos systèmes et écosystèmes d'action. Les différentes disciplines ont leur sous-culture. Elles sont centrées sur leurs responsabilités propres et sont souvent en compétition. Les médecins ne sont pas là. Le social, ça reste suspect.. Il y a là un énorme travail à faire pour partager une responsabilité populationnelle. Pour la Chaire SA3S, les enjeux culturels pour avancer dans la complexité pourraient, je crois, bénéficier d'un éclairage additionnel.

### **La gouvernance apprenante**

Je terminerai par une dernière remarque, sur ce que j'appelle la gouvernance apprenante. C'est dans cette direction que nous devons avancer. Nous avons parlé de nouveaux métiers. La gouvernance se fait multiniveaux, et à la base, elle exige de nouvelles compétences pour construire la coordination. Je sais que certaines personnes dans la salle travaillent déjà là-dessus.

Puis il y a quelque chose à mieux codifier, des compétences à développer aussi, puis il y a de l'enseignement à faire de ces questions-là, peut-être par les communautés de pratique. La recherche peut appuyer cette gouvernance apprenante, en apportant des repères qui vont construire davantage de cohérence.

Et je crois que le mythe du quintuple objectif s'y prête particulièrement bien. Mesurer la santé, on le fait déjà, mais pas de manière systématique et pas en lien avec la stratification qu'on pourrait avoir.

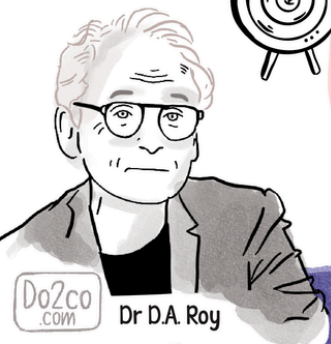
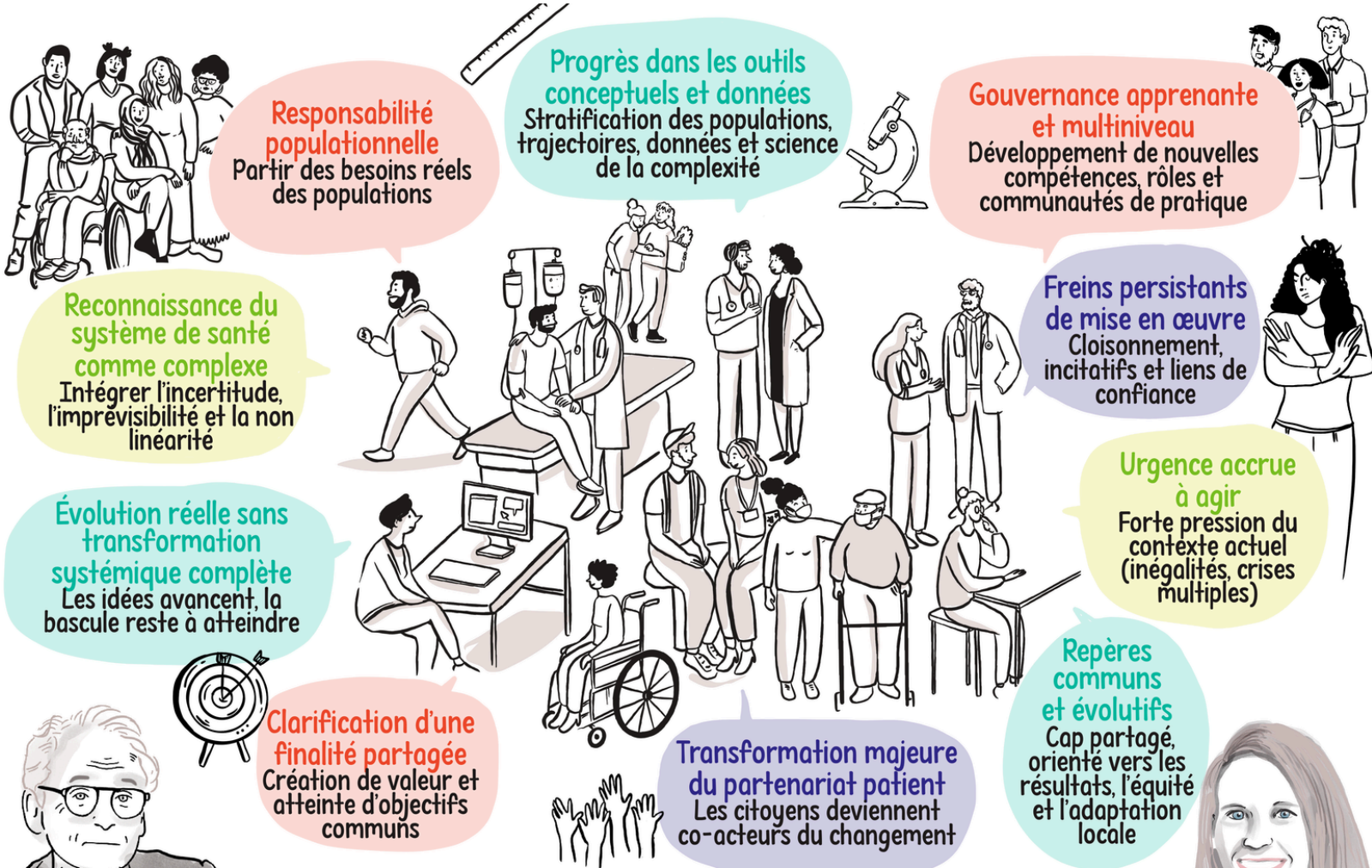
Nous avons souvent des données pour l'ensemble de la population, mais il est difficile d'examiner de manière attentive les issues cliniques ou populationnelles pour un groupe précis, pour une condition donnée. Qui réussit mieux en itinérance, et pourquoi ? Ce sont des questions auxquelles la mesure peut répondre.

Et cette mesure ne porte pas seulement sur la santé : elle concerne aussi l'expérience vécue des personnes, celle des cliniciens, les dimensions financières, la valeur pour l'argent. La gouvernance apprenante reste donc à construire. Et si nous ne l'apprenons pas dans les écoles d'administration publique, je ne sais pas où nous l'apprendrons. C'est difficile à codifier, difficile à enseigner, et cela exige une forte dimension expérientielle.

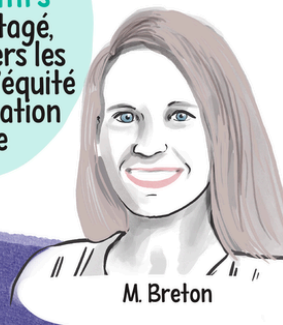
Il reste encore une longue marche, une longue randonnée dans les merveilles de la complexité à faire ensemble.

**- Dr Denis A. Roy**

# Synthèse de la 3<sup>e</sup> Journée de la Chaire SA3S



## Synthèse de clôture



Synthèse visuelle réalisée par Do2Co, Dorothee de Collasson

# Prix Paul A. Lamarche 2025

Félicitations à la récipiendaire du Prix Paul A. Lamarche 2025

**MARIE-ÈVE CARDIN**

Finissante à la maîtrise en administration publique - profil gestionnaire

[Consultez sa présentation PowerPoint : Gouvernance du développement durable](#)



## PRIX PAUL A. LAMARCHE

Chaque année, la Chaire SA3S honore l'héritage scientifique du professeur **Paul A. Lamarche** en récompensant un·e jeune chercheur·euse dont le travail se distingue par son originalité et son potentiel d'impact dans le domaine de l'organisation des soins, des services de première ligne et des actions intersectorielles.

Pourquoi ce prix ?

Paul A. Lamarche (1945-2021), professeur émérite au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal, a profondément marqué la réflexion sur la complexité des systèmes de santé. À travers ce prix, nous souhaitons :

- Encourager des travaux novateurs qui prolongent sa pensée ;
- Soutenir les étudiant·e·s au cœur de leurs projets de stage, mémoire, thèse ou rédaction d'article ;
- Promouvoir une meilleure compréhension des interactions entre acteurs et services de santé.



Merci infiniment à l'ensemble des personnes et des partenaires qui ont contribué à faire de cette journée un succès !

**ÉNAP** ÉCOLE NATIONALE  
D'ADMINISTRATION  
PUBLIQUE

 **CHAIRES DE RECHERCHE DU CANADA**  
**CANADA RESEARCH CHAIRS**

**INNOVATION**  
Canada Foundation  
for Innovation    Fondation canadienne  
pour l'innovation

  
**IRSC** **CIHR**  
Instituts de recherche  
en santé du Canada    Canadian Institutes of  
Health Research

**CONSERVATOIRE**  
Conservatoire  
de musique  
de Montréal

**Do2Co**  
L'ACCOMPAGNEMENT CRÉATIF DE PROJETS

  
Canada

**Fonds de recherche**  
**Société et culture**  
**Québec** 

