

Gouvernance des services de proximité au Québec : constats émergents et défis persistants

Lara Maillet, professeure agrégée

Nassera Touati, professeure titulaire

Johanne Preval, agente de recherche et de planification

École nationale d'administration publique

FAITS SAILLANTS

- Développement et partage d'une vision systémique et locale prenant en compte la complexité des enjeux contemporains.
- Arrimage avec les communautés et les territoires par l'inclusion d'autres secteurs que la santé dans cette gouvernance renouvelée.
- Répartition des pouvoirs de décision pour permettre une gestion de proximité.
- Développement et mise en œuvre de mesures de contrôle prenant en considération les spécificités des interventions de proximité, les différentes dimensions de la performance et les disparités territoriales, en rendant imputables tous les acteurs concernés.
- Révision des modes d'allocation des ressources financières pour mieux prendre en compte l'ensemble du continuum des services, les besoins territoriaux et la performance des services.
- Mise en place des assises nécessaires d'un système de santé apprenant, en adaptant les systèmes d'information et en soutenant la gestion des connaissances.

PROBLÉMATIQUE

La gestion de proximité repose sur des décisions prises par des gestionnaires au plus près de l'action, en tenant compte des spécificités territoriales et géographiques facilitant une meilleure adaptation aux besoins locaux (1,2). Bien que le projet de loi 15 et le discours officiel prônent une approche de gestion de proximité, le système de santé est encore confronté à de nombreux défis en matière de gouvernance, nuisant à l'adaptation des services. Certes, pendant la crise de la COVID-19, on a observé une évolution positive des pratiques de gouvernance sur le plan local, mais malheureusement ces acquis n'ont pas été maintenus dans plusieurs milieux.

Nous proposons dans cet avis de faire état des principales problématiques, en nous référant aux différentes fonctions de gouvernance (3,4) : 1) le développement d'une vision stratégique, 2) la gestion des relations, 3) le contrôle et la reddition de compte, 4) la gestion des connaissances et 5) la mobilisation des ressources. La gouvernance est abordée dans un sens large, englobant la gouvernance horizontale (interorganisationnelle ou intersectorielle) et la gouvernance verticale (hiérarchique ou multiniveau).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Développement d'une vision stratégique. Dans les faits, on observe la concomitance de deux visions, l'une locale et l'autre plus systémique, sachant que cette dernière est peu alimentée par les retours des communautés, entre autres en ce qui concerne les obstacles d'accès aux soins et aux services (1). L'élaboration de la vision prend aussi peu acte de la complexité des enjeux contemporains, qui nécessitent la collaboration de plusieurs acteurs interdépendants agissant dans différents secteurs du système de santé (incluant la santé publique), de l'action publique (p. ex. sécurité publique, éducation, logement, etc.) et de la société civile. Ceci se traduit par des plans stratégiques provinciaux peinant à s'adapter rapidement aux besoins émergents et aux spécificités des communautés locales (5). En effet, la vision actuelle de la première ligne est médico-centrée, principalement axée sur les groupes de médecine de famille (GMF) (6).

Gestion des relations. Des mécanismes ont été conçus au niveau systémique pour soutenir, notamment sur le plan horizontal, les partenariats entre des acteurs interpellés par l'offre de services de proximité, tels qu'entre les GMF et les établissements de santé (centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)) et les pharmacies communautaires (cf. programme de soutien et de financement des GMF (2025)) ou encore entre les différents programmes-services des établissements de santé dans le cadre de l'implantation de la gestion par trajectoires (7).

Au niveau local, des dispositifs de coordination sont aussi en place, tels que les tables de concertation, qui réunissent des acteurs du milieu communautaire et du secteur public, agissant dans un territoire donné. Cela étant, des tensions existent dans la mise en place de ces partenariats, en raison du manque de confiance entre les parties prenantes, des différences quant aux objectifs à atteindre (8) et des barrières organisationnelles (9). De même, la fragmentation des responsabilités entre différents niveaux de gouvernance empêche une coopération efficace (1,10,11). Nous soulignons que des éléments structurels (les modes de financement, entre autres) nuisent à la collaboration. La collaboration avec le milieu communautaire se heurte aussi fondamentalement à des problèmes de reconnaissance de l'action communautaire (12). Il importe aussi de mentionner que les municipalités et les organismes communautaires participent rarement aux espaces de gouverne stratégiques mis en place par le réseau sociosanitaire au niveau local; et si c'est le cas, c'est peu institutionnalisé. Les pratiques collaboratives dans les espaces de concertation présentent des limites importantes en ce qui concerne l'arrimage avec les programmes-services des établissements de santé, sachant que cet arrimage repose essentiellement sur le rôle de l'organisateur communautaire, qui est parfois insuffisamment valorisé dans les espaces de gouvernance tactique et stratégique de ces mêmes établissements.

Au-delà de ces enjeux de coordination sur le plan horizontal, nous ne pouvons faire abstraction des enjeux de répartition de pouvoir sur le plan vertical (13), qui nuisent au travail collectif et à l'adaptation des services aux réalités territoriales. À l'heure actuelle, l'implantation de plusieurs programmes-services s'inscrit dans des approches descendantes.

Contrôle et reddition de compte. L'insuffisance des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes ou leur inadéquation représente un défi important dans le système de santé actuel. Les mécanismes actuels sont souvent inadaptés; ils se concentrent sur

des indicateurs quantitatifs qui ne reflètent pas leur impact réel sur les communautés ni les spécificités des pratiques de proximité (2,8,9). Le suivi des politiques de santé et des services sociaux est souvent fragmenté et mal coordonné, ce qui empêche une évaluation efficace des interventions (14). Cela conduit à une insuffisance de transparence sur les résultats des politiques publiques, rendant difficile l'ajustement des stratégies en cours de mise en œuvre. Par exemple, l'évaluation des GMF se concentre principalement sur des critères quantitatifs, tels que le nombre de patients inscrits et le taux d'assiduité, sans mesurer la qualité des soins, la satisfaction des patients (6) ou encore l'indice d'équité territorial et populationnel (15). Enfin, l'encadrement des pratiques médicales demeure un défi majeur (6) étant donné le statut des médecins. Il en est de même pour les pharmaciens œuvrant dans les GMF (16).

Gestion des connaissances. La fracturation de l'information entre les différents niveaux du système de santé, la non-interopérabilité des systèmes d'information, et la conception axée sur les besoins clinico-administratifs ne prenant pas toujours en considération les besoins de la recherche nuisent à la production de données probantes et donc, à une prise de décision éclairée. Ceci entraîne une lente adaptation aux besoins spécifiques des populations vulnérables, en fonction des retours d'expérience (1). De plus, le manque de partage des connaissances entre les différents acteurs (soignants, chercheurs, gestionnaires) et plus fondamentalement, l'utilisation insuffisante des données probantes, freinent l'innovation (17) et l'adaptation aux nouvelles réalités (13). L'utilisation des données probantes est un phénomène complexe, influencée par plusieurs facteurs (18). Certains facteurs organisationnels, dont la culture organisationnelle et les caractéristiques individuelles des gestionnaires et des professionnels (p. ex. la littératie), sont des obstacles à une pratique basée sur les évidences scientifiques (19).

Mobilisation des ressources. Au Québec, l'**allocation des ressources financières** aux services de santé et de services sociaux emprunte deux voies : l'une associée aux établissements de santé, en fonction principalement d'un financement historique, et l'autre associée à la rémunération des médecins, principalement à l'acte. Ce mode de rémunération est remis en question depuis plusieurs années par plusieurs analystes en raison de ses effets pervers (20). De plus, les ressources financières ne sont **pas allouées** aux établissements de façon à permettre une utilisation suffisamment flexible pour faciliter une réponse rapide aux besoins émergents (5) ou pour les interventions auprès des populations vulnérables (8). Plus fondamentalement, l'allocation des ressources financières dans le réseau de la santé n'est pas réfléchi en fonction des besoins de l'ensemble du continuum des services, ni des besoins territoriaux, et encore moins de la performance des services. Ceci se traduit notamment par un plus grand investissement dans les structures hospitalières. **Les ressources informationnelles**, comme expliqué plus haut, ne répondent pas aux impératifs d'un système apprenant. **La mobilisation des ressources humaines** dans le réseau public mériterait certainement une attention particulière, sachant que les dernières réformes ont encouragé l'exode des ressources du secteur public vers le secteur privé (21). Le programme de financement et de soutien des GMF (2025) ne peut qu'accentuer cette tendance dans les services de première ligne.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Bien que le Québec soit engagé dans une transformation ambitieuse de son système de santé, les résultats sur le terrain restent mitigés. Les limites liées à la centralisation, au

manque de coordination intersectorielle, aux problèmes de mobilisation des ressources et aux lacunes dans la gestion des connaissances doivent être adressées pour améliorer l'efficacité du réseau. Les initiatives locales et les approches adaptatives montrent un potentiel significatif pour déployer une réelle gestion de proximité et ainsi améliorer les services de proximité.

RÉFÉRENCES

1. Maillet, L., Lamarche, P. A., Lemire, M., & Roy, B. (2023). Journey through the fractalization of multilevel governance: levers for adapt healthcare organizations toward migrant populations in Canada. *Health Services Insights*, 16, 11786329231163006.
2. REGARDS sur l'intervention de proximité : mode ou réel changement de pratiques? Synthèse du mini-colloque REGARDS du 9 mars 2023. Andrée-Anne Lefebvre, M. Sc. Achille Dadly Borvil, Ph. D. Avec la collaboration de Nassera Touati, Ph. D. Septembre 2024. Carnet synthèse.
3. Denis J-L., Champagne F, Smits P. et al. (2006). A Framework for the Analysis of Management in Health Care Organizations Canadian Council on Health Services Accreditation. Research report, Université de Montréal. Financement Conseil canadien d'agrément des services de santé.
4. Smits P. and Champagne F. (2020). Governance of health research funding institutions: an integrated conceptual framework and actionable functions of governance. *Health Research Policy and Systems* 18, no. 22. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0525-z>
5. Laliberté, G., Benoit, M., Desjardins, F., & Maillet, L. (2021). Améliorer les services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec. *Revue québécoise de psychologie*, 42(1), 143-170.
6. Touati N., Breton M., Malham S A (2019). L'amélioration de la performance des services de santé de première ligne : une lecture critique des interventions promues par l'État Québécois durant les deux dernières décennies. Dans L'état Québécois : où en sommes-nous? (pp.576). Dans Bernier, R. & Paquin, S (Éds.).Chapitre 5. Les Presses de l'Université du Québec.
7. Maillet, L, Thiebaut, G-C, Goudet, A and Marchand, J-S (à venir). Promoting coevolution between healthcare organizations and communities as part of social and health pathways management in Quebec: Contributions of the complex adaptive systems approach, Collection Integrated pathways of social and health services: From community to community, *Health Services Insights*.
8. Goudet, A., Doré, C., Hyppolite, S.-R., Lévesque, N., Joseph, J.-A., Maltais, D., Bourque, D., & Maillet, L. (2024). Integrated Place-Based Primary Interventions: Levers and Tensions Related to Multilevel Governance for Community Integrated Pathways, A Multiple Case Study. *Health Services Insights*, 17.
9. Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., Goudet, A., Joseph, J.-A., Morin, P. & Michaud, M. (2022). L'intervention de proximité : proposition d'un dispositif de reddition de comptes pertinent. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), 112–133. <https://doi.org/10.7202/1095939ar>.
10. Touati, N., Maillet, L., Paquette, M. A., Denis, J. L., & Rodríguez, C. (2019). Understanding multilevel governance processes through complexity theory: an empirical case study of the Quebec health-care system. *International Journal of Public Administration*, 42(3), 205-217.

11. Maillet et al. (2024). Gouvernance intersectorielle & intervention en itinérance : Penser et développer la collaboration multiniveau au sein de deux initiatives au Québec. Travaux en cours.
12. Gautier, L., Di Ruggiero, E., & Touati, N. (2025). Champions du lien vers les services et de la réponse sensible aux besoins des personnes réfugiées, demandeuses d’asile et sans statut : Le rôle central des intermédiaires de la première ligne issus du milieu communautaire (À paraître). *Politique et Sociétés*.
13. Hebert et col. (2017). L’allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec. Rapport de recherche IRIS.
14. 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.
15. Thiebaut, G.-C., Lavoie, C, Labrecque-Pégoraro, S et 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.
16. Breton, M., Deslauriers, V., Lamoureux-Lamarche, C., Guénette, L., Bonnan, D., Vanier, M. C., & Hudon, C. (2025). Évolution du champ de pratique des pharmaciens en soins primaires au Québec. *Actualités Pharmaceutiques*, 64(642), 24-27.
17. Levesque et col. (2009). Barrières et éléments facilitant l’implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et organisation des soins*. 40 (4).
18. Champagne, F., Lemieux-Charles, L, Mcguire, W. (2004). Introduction: towards a broader understanding of the use of knowledge and evidence in healthcare. Dans *Using knowledge and evidence in health care*. Édité par Lemieux-Charles, L, Champagne, F.
19. Frégeau, H., Maillet, L et Marchand, J-S (2023). Translation and Cross-cultural Validation of the Canadian Nurse Informatics Competency Assessment Scale for French Canadian Nurses. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 41(8): 549-553.
20. Plourde, A., Jacques, O. (2022). Comment réduire la place du privé dans le système de santé? *Relations*, (818), 7-9.
21. Plourde, A. (2024) Mythes et réalités de la pénurie de main d’œuvre en santé et services sociaux au Québec. Rapport recherche IRIS.

Cet avis a été produit dans le cadre d’une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d’avis d’expertes et d’experts*.

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.