

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés – COVID-19

Portrait de l'organisation et de la gouvernance du système de santé publique au Québec

Mars 2022

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés – COVID-19

Portrait de l'organisation et de la gouvernance du système de santé publique au Québec

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel: csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être: www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
ISBN: 978-2-550-90884-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Commissaire

Joanne Castonguay

Commissaire à la santé et au bien-être

Recherche et rédaction

Dereck Dumont

Agent de recherche

Olivia Archambault

Agente de recherche

Mélanie Bourassa Forcier

Direction de la recherche et co-auteure

Professeure titulaire et directrice des programmes de droit et politiques de la santé et droit et sciences de la vie à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke

Révision linguistique

Josée Lecomte

Syn-Texte Services linguistiques

Édition

Direction des communications

Graphisme

Pulsation Graphique

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	9
1. INTRODUCTION	11
2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC	12
2.1. Bref historique du système de santé publique au Québec	12
2.1.1. Cadre normatif	12
2.1.2. Structure organisationnelle	12
2.2. Rôle et fonctions du système de santé publique au Québec	13
2.2.1. La surveillance continue de l'état de santé de la population	13
2.2.2. La promotion de la santé	14
2.2.3. La prévention au sein de la population	14
2.2.4. La protection de la santé de la population	15
2.3. Acteurs en santé publique au Québec	15
2.3.1. Les autorités de santé publique	15
Le ministre de la Santé et des Services sociaux	15
Le directeur national de santé publique	16
Les directeurs régionaux de santé publique	17
2.3.2. Les établissements et les installations	18
CISSS-CIUSSS	18
CLSC	18
2.3.3. Les centres d'expertise et les organismes en soutien à la prise de décision	18
INSPQ	18
INESSS	19
2.3.4. Les acteurs de la sécurité civile	20

3. GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC	22
3.1. Lien de communication	23
3.2. Processus décisionnel en santé publique	23
4. VUE D'ENSEMBLE DES ACTEURS ET DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE	24
4.1. Perspective d'ensemble	24
4.2. Perspective régionale	25
BIBLIOGRAPHIE	27

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

CISSS	centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSSS	centre de santé et de services sociaux
DGAPA	Direction générale des aînés et des proches aidants
DGAUMIP	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
DGPPFC	Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
DGSP	Direction générale de santé publique
DNSP	directeur national de santé publique
ÉPI	équipement de protection individuelle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
LSP	<i>Loi sur la santé publique</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSC	Plan national de sécurité civile
PNSP	Programme national de santé publique

1. INTRODUCTION

Le présent portrait décrit l'organisation et la gouvernance du système de santé publique au Québec. L'expression «système de santé publique» désigne l'ensemble des acteurs, des institutions et des organisations, tant au palier national que régional, qui interviennent dans la réalisation des quatre fonctions de santé publique, qui seront mentionnées plus loin.

La santé publique est un domaine d'intervention vaste dont les contours sont généralement flous. De façon générale, il est possible de définir l'intervention en santé publique comme «une démarche de maintien et d'amélioration de la santé des populations fondée sur les principes de la justice sociale, des droits de la personne et de l'équité, sur des politiques et des pratiques éclairées par des données probantes et sur la prise en compte des déterminants de la santé sous-jacents. Une telle démarche met la promotion de la santé, la protection de la santé, la surveillance de la santé des populations et la prévention des décès, des maladies, des traumatismes et des invalidités au cœur de toutes les initiatives connexes» (Association canadienne de santé publique, 2017, p. 4).

Les actions en santé publique se caractérisent par une approche populationnelle; en santé publique, le patient est en fait la population tout entière. En effet, au Québec, les «actions de santé publique doivent être faites dans le but de protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population en général et elles ne peuvent viser des individus que dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus» (*Loi sur la santé publique* (ci-après «LSP»), art. 5).

Au fil des ans, la mission et les actions de santé publique ont grandement évolué. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé publique telle qu'on la connaît aujourd'hui se caractérise par :

- «l'importance de la responsabilité collective pour la santé et le rôle primordial de l'État dans la protection et la promotion de la santé de la population ;
- la prise en considération des populations dans leur globalité ;
- la mise en valeur de la prévention, et plus particulièrement de la stratégie communautaire de prévention primaire ;
- la prise en compte non seulement des facteurs de risque immédiats pour la santé et la maladie, mais aussi des déterminants socioéconomiques sous-jacents ;
- une approche pluridisciplinaire intégrant des méthodes quantitatives et qualitatives ;
- un partenariat avec les populations ayant droit» (OMS, 2002, p. 5).

Les secteurs d'intervention en santé publique sont nombreux: maladies infectieuses, santé mentale, développement de l'enfant, environnement, éducation, changement climatique, alimentation, agriculture, transport, etc. L'intervention dans certains de ces secteurs ne relève toutefois pas exclusivement des autorités québécoises. Les autorités canadiennes posent également des actions pour protéger la santé de la population, notamment en ce qui concerne les frontières, les mesures de quarantaine, l'agriculture, l'alimentation, le transport ou encore la vigie internationale.

Bien que le rôle du gouvernement fédéral soit important dans la réalisation des fonctions de santé publique, notre portrait s'intéresse exclusivement au rôle du système québécois de santé publique conformément au mandat confié par le gouvernement au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE).

2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC

2.1. Bref historique du système de santé publique au Québec

2.1.1. Cadre normatif

Au Québec, la *Loi sur la santé publique* (LSP) constitue l'essentiel du cadre juridique instituant le système de santé publique, bien que d'autres lois encadrent également les acteurs et les actions en santé publique¹. Adoptée en 2001, la LSP vise la protection de la santé et assure la mise en place de conditions favorables pour l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise. La LSP remplace l'ancienne *Loi sur la protection de la santé publique*, qui était en vigueur depuis 1972 ; elle vient moderniser les pouvoirs du gouvernement du Québec en matière de santé publique (Assemblée nationale du Québec, 2001).

À la suite de l'adoption de la LSP, le Programme national de santé publique (PNSP) a été institué en 2003, et a fait suite à la Politique de la santé et du bien-être qui existait depuis 1992. Le PNSP élargit la portée des activités de santé publique à un ensemble de domaines qui dépassent le seul cadre d'action du système de santé (Collin, 2004).

En 2016, le gouvernement adopte la Politique gouvernementale de prévention en santé (MSSS, 2016a) pour agir sur les facteurs qui ont un effet déterminant sur la santé. Cette politique présente un cadre intersectoriel appliqué par quinze ministères et organismes qui veilleront à actualiser une stratégie globale de politiques publiques favorables à la santé.

2.1.2. Structure organisationnelle

C'est à partir de 1970 que l'intervention en santé publique a pris un rôle plus important dans la société québécoise. En 1971, les centres locaux de services communautaires (CLSC) sont créés pour offrir des services de première ligne en santé publique.

Depuis 1971, plusieurs changements sont intervenus au palier régional. Il y a d'abord eu les Conseils régionaux de santé, les Régies régionales de santé et de services sociaux et les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, puis sont apparues les Agences de la santé et des services sociaux et, finalement, les instances régionales que l'on connaît aujourd'hui, les centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS-CIUSSS). Les différentes instances régionales qui ont précédé les CISSS-CIUSSS ont occupé plusieurs responsabilités en santé publique, notamment en ce qui a trait au financement et à la coordination des activités de santé publique.

Au palier national, c'est en 1993 que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) crée la Direction générale de santé publique. Puis c'est en 1998 que le Québec se dote d'un centre d'expertise scientifique en santé publique avec la création de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Depuis les années 2000, deux principales réformes – soit celle de 2003 à 2005 et celle de 2015 – sont intervenues et ont modifié considérablement l'organisation du système de santé publique, particulièrement aux paliers local et régional.

¹ Par exemple: *Loi sur les services de santé et services sociaux*, *Loi sur l'Institut national de santé publique*, *Loi concernant la lutte contre le tabagisme*, *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, *Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel*.

Au palier local, ce sont les CLSC qui, historiquement, occupent les fonctions de première ligne en santé publique. Toutefois, en 2003, on assiste à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), résultat de la fusion des CLSC avec les CHSLD et les centres hospitaliers d'un territoire donné. À la suite de la création des CSSS, le concept de « responsabilité populationnelle » s'inscrit par voie législative comme une de leurs principales responsabilités dès 2005. Ce concept repose sur l'analyse des besoins sociosanitaires d'une population territoriale et la coordination d'un ensemble de services offerts par les intervenants d'un territoire, dont ceux liés aux interventions de première ligne en santé publique des CLSC.

La réforme de 2015 élimine les agences régionales de la santé et des services sociaux et crée, à titre de structures régionales, les CISSS-CIUSSS à la suite de la fusion des établissements publics – dont les CLSC – de chaque région sociosanitaire². Depuis 2015, les organismes locaux et régionaux se trouvent désormais intégrés au sein d'une seule structure : les CISSS-CIUSSS. Le système de santé est donc passé d'une structure à trois paliers (MSSS – agences – CSSS) à une structure à deux paliers (MSSS – CISSS-CIUSSS). Cette réforme a engendré une redistribution des pouvoirs anciennement dévolus aux agences régionales, et donc certains de ces pouvoirs ont été confiés au MSSS alors que d'autres ont été confiés aux CISSS-CIUSSS. Notons que les pouvoirs et les responsabilités de santé publique des agences régionales ont été confiés aux CISSS-CIUSSS. Ainsi, avec la réforme de 2015, les activités locales et régionales en santé publique sont maintenant intégrées au sein d'une même organisation, soit les CISSS-CIUSSS.

2.2. Rôle et fonctions du système de santé publique au Québec

Le rôle du système de santé publique est « la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général » (LSP, art. 1). Les actions de santé publique s'articulent ainsi autour de quatre grandes fonctions :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population ;
- la promotion de la santé de la population ;
- la prévention au sein de la population ;
- la protection de la santé de la population.

2.2.1. La surveillance continue de l'état de santé de la population

La surveillance continue de l'état de santé de la population est la fonction qui permet d'éclairer la prise de décision dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que dans les autres secteurs qui ont une incidence sur la santé de la population.

2 Ce qui inclut les centres hospitaliers, les CHSLD, les CLSC, les centres jeunesse et les centres de réadaptation. Toutefois, notons que dans les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, la fusion des établissements publics de ces régions a entraîné la création de plus d'un CISSS-CIUSSS. Ce sont respectivement 5, 3 et 2 CISSS-CIUSSS qui sont présents dans les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

33. *Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir:*

- 1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population;*
- 2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;*
- 3° détecter les problèmes en émergence;*
- 4° identifier les problèmes prioritaires;*
- 5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;*
- 6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.*

Source: LSP, art. 33

L'ensemble de ces finalités de la fonction de surveillance continue permet une planification des actions de santé publique qui est adéquate et basée sur des données probantes.

La fonction de surveillance continue s'exerce principalement par la collecte de données, la constitution de registres et la conduite d'enquêtes sociosanitaires. Le ministre de la Santé et des Services sociaux et les directeurs régionaux de santé publique doivent également «élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance» (LSP, art. 35). Ces plans doivent être évalués par le comité d'éthique de l'INSPQ.

La surveillance continue de l'état de santé de la population est une fonction qui est en soutien continu aux trois autres fonctions de santé publique présentées ci-dessous.

2.2.2. La promotion de la santé

La fonction de promotion de la santé vise à influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population. Elle s'exerce notamment par la tenue de campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population, par l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, par la collaboration avec les partenaires du réseau de la santé et, finalement, par le soutien aux différentes initiatives en promotion de la santé.

2.2.3. La prévention au sein de la population

La fonction de prévention vise à se prémunir contre les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux qui ont une incidence sur la santé en agissant sur leurs facteurs de risque. Elle consiste notamment à déterminer les situations qui comportent des risques pour la santé, par l'instauration de mesures préventives lorsqu'un risque est décelé et à élaborer des politiques publiques qui permettent de réduire ces risques.

2.2.4. La protection de la santé de la population

La fonction de la protection de la santé de la population permet aux acteurs du domaine de la santé publique d'effectuer une vigie sanitaire et d'intervenir à la constatation d'une menace à la santé de la population. Cette menace correspond à « la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée » (LSP, art. 2).

La suppression des menaces à la santé de la population s'effectue de plusieurs façons, notamment par l'instauration de systèmes de vigie sanitaire, la conduite d'enquêtes épidémiologiques et l'imposition de mesures sanitaires.

Les systèmes de vigie sanitaire, tels que la déclaration obligatoire de certaines maladies ou le signalement obligatoire de menaces à la santé, alertent les autorités de la santé publique, qui peuvent enrayer la menace et protéger la santé de la population grâce à leurs pouvoirs d'intervention.

La fonction de protection de la santé de la population permet également au gouvernement de déclarer l'état d'urgence sanitaire lorsqu'une menace grave à la santé de la population, qui est réelle ou imminente, commande l'application de mesures pour assurer la protection de la santé de la population.

2.3. Acteurs en santé publique au Québec

La mise en œuvre des quatre fonctions de santé publique repose sur plusieurs acteurs. La présente section propose de décrire les rôles et les responsabilités des principaux acteurs en santé publique, que nous classons en quatre catégories, soit :

- les autorités de santé publique ;
- les établissements et les installations ;
- les centres d'expertise et les organismes en soutien à la prise de décision ;
- les acteurs de la sécurité civile.

2.3.1. Les autorités de santé publique

Les autorités de santé publique, définies expressément par la LSP, sont des acteurs qui ont des pouvoirs d'intervention en santé publique auprès de la population. Il s'agit du ministre, du directeur national de santé publique (DNSP) et des directeurs régionaux de santé publique (directeurs régionaux). Ensemble, ils détiennent d'importants pouvoirs qui permettent d'assurer la protection et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux

Le ministre est responsable d'assurer la protection de la santé publique au Québec en plus d'assurer l'amélioration de la santé de la population. Le ministre a également une responsabilité de coordination des actions de santé publique et de concertation avec différents acteurs, dont l'INSPQ. Le ministre est par ailleurs responsable de nommer les directeurs régionaux de santé publique.

Le ministre agit à titre de conseiller pour le gouvernement pour toute question de santé publique. La Loi prévoit également que le ministre doit être consulté lors de l'élaboration de tout projet de loi ou règlement ayant une incidence importante sur la santé de la population. Cette obligation légale de consulter le ministre « est une reconnaissance explicite du principe de l'action intersectorielle, à savoir que les décisions prises dans les différents domaines d'action du gouvernement peuvent avoir des répercussions, directes ou indirectes, sur la santé de la population » (MSSS, 2006, p. 5).

Le ministre est également responsable de l'élaboration du Programme national de santé publique, lequel vient encadrer les activités de santé publique. Il en assure d'ailleurs la coordination nationale et interrégionale ainsi que l'évaluation de ses résultats et de son actualisation.

Comme il fut mentionné précédemment, le ministre est aussi chargé, en collaboration avec les directeurs régionaux, de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population, laquelle nécessite notamment l'élaboration d'un plan de surveillance.

Étant à la tête du MSSS, plusieurs des responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par l'entremise du MSSS, particulièrement à la Direction générale de santé publique (DGSP).

Finalement, en état d'urgence sanitaire, le ministre possède de vastes pouvoirs qu'il peut exercer seul, s'il y est habilité, ou conjointement avec le gouvernement. En contexte d'état d'urgence sanitaire, le ministre est tenu d'agir avec l'assistance du directeur national de santé publique.

Le directeur national de santé publique

Le DNSP est nommé par le gouvernement pour assister et conseiller le ministre et le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux dans leurs responsabilités de santé publique. Le DNSP doit être un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste en santé communautaire.

Le DNSP occupe un double rôle dans l'appareil gouvernemental. Outre son poste de directeur national, il occupe également un poste de sous-ministre adjoint au sein du MSSS, lui conférant à la fois une responsabilité administrative et une responsabilité professionnelle. Étant sous-ministre adjoint, le DNSP relève administrativement du sous-ministre en titre du MSSS ainsi que du ministre. En tant que sous-ministre adjoint, le DNSP dirige la DGSP du MSSS.

On qualifie de *Loyal Executive* (Fafard, P., McNena, B., Suszek, A. et Hoffman, S.J., 2018) la fonction québécoise de DNSP, soit un rôle typique de fonctionnaire qui consiste à « soutenir et conseiller le ministre de la Santé et le gouvernement en général, et concevoir et exécuter les fonctions de santé publique du gouvernement » (Fafard et al., 2018). Dans ce type de modèle, présent aussi dans les provinces de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse, le DNSP (ou le médecin-hygiéniste en chef) n'a généralement pas l'indépendance requise pour informer de son propre chef le public; comme haut fonctionnaire, il est soumis à l'autorité administrative de son ministre (Fafard et al., 2018). Ce double rôle du DNSP au Québec conduit à une double responsabilité, professionnelle et administrative: un rôle-conseil à l'élaboration de politiques publiques ou de plans d'action explicites favorables à la santé (rôle professionnel) et une responsabilité directe sur les ressources et l'exécution du Programme national de santé publique (rôle de sous-ministre adjoint à la DGSP).

Plus particulièrement, le DNSP est responsable d'élaborer le rapport national sur l'état de santé de la population et assure, avec le ministre, la coordination des actions en santé publique, notamment auprès des directeurs régionaux de santé publique. Le DNSP exerce également les fonctions déléguées par le ministre.

Lorsque le directeur national de santé publique assiste le ministre durant une période d'urgence sanitaire, il doit s'assurer (1) de «la coordination des interventions et de la cohérence des messages de santé publique» (MSSS, 2019, p. 13) entre le directeur national de santé publique, les directeurs régionaux de santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec et (2) de «la cohérence des interventions et des messages avec les autres directions du MSSS» (MSSS, 2019, p. 13).

Les directeurs régionaux de santé publique

Les directeurs régionaux sont nommés par le ministre pour un mandat de quatre ans. Ils doivent être des médecins ayant une formation ou une expérience en santé communautaire.

Les directeurs régionaux sont chargés de la direction de santé publique du CISSS-CIUSSS de leur région. Pour les régions comptant plus d'un CISSS-CIUSSS³, les directeurs régionaux de santé publique sont affectés à un seul CISSS-CIUSSS, soit celui responsable de la mission régionale de santé publique pour l'ensemble de la région. Dans ce cas, les directeurs régionaux doivent coordonner les activités de santé publique avec les autres CISSS-CIUSSS présents dans leur territoire, lesquels peuvent posséder des équipes de santé publique qui se rapportent au directeur régional.

Les directeurs régionaux détiennent plusieurs responsabilités pour veiller à informer et à protéger la population de leur région. Ils sont responsables notamment d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé auprès des CISSS-CIUSSS. De plus, en collaboration avec le ministre, les directeurs régionaux sont chargés de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population. Ils veillent notamment à l'élaboration d'un plan de surveillance et le réévaluent périodiquement. En collaboration avec l'INSPQ, les directeurs régionaux font également rapport de l'état de santé de la population de leur région.

Lorsqu'un directeur régional a des motifs de croire que la santé de la population est menacée ou qu'elle pourrait l'être, il peut procéder à une enquête épidémiologique. Durant ces enquêtes ou à la suite de celles-ci, un directeur régional peut notamment exiger d'une personne qu'elle s'isole, ordonner la fermeture d'un lieu ou ordonner la cessation d'une activité. Les directeurs régionaux sont par ailleurs tenus d'informer le DNSP de toute situation mettant en danger la santé de la population.

Le mandat légal des directeurs régionaux de santé publique prévoit que ceux-ci doivent favoriser les actions intersectionnelles et prendre des mesures pour favoriser cette action en vue de prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant une incidence sur la santé de la population. En pratique, en raison du manque de ressources, les directeurs régionaux ont peu de liens avec les milieux cliniques, notamment en termes de soutien aux pratiques préventives ou de promotion de la santé individuelle.

De ce qui précède il résulte que les directeurs régionaux de santé publique ont une fonction d'expertise et de prestation de services en santé publique, étant des médecins spécialistes en santé publique et en médecine communautaire, fonction qui est combinée à une autre de gestion, puisqu'ils sont à la tête d'un grand groupe de professionnels et de techniciens ayant des expertises diverses et de l'autorité en vertu des nombreux pouvoirs que leur confère la loi. Cette particularité est une richesse qui présente certains avantages, mais qui s'accompagne de certains risques d'ambiguïté de rôles au niveau de la conduite des interventions en situation d'urgence.

3 Soit les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Du point de vue administratif, les directeurs régionaux de santé publique relèvent de la direction du CISSS-CIUSSS de leur région (PDG, PDGA, CA). Ce positionnement dans l'organisation administrative des CISSS-CIUSSS n'empêche toutefois pas l'exercice de leur mandat légal; il peut cependant avoir une incidence sur les leviers d'influence disponibles pour accomplir les responsabilités du directeur régional de santé publique. Ainsi, les directeurs régionaux de santé publique ont une double imputabilité. D'une part, ils sont imputables administrativement envers la direction de leur CISSS-CIUSSS (PDG, PDGA, CA) – qui est notamment responsable d'accorder les ressources – et, d'autre part, ils sont imputables professionnellement envers le DNSP et le ministre en fonction des résultats atteints dans le cadre du PNSP et de l'exécution de leur mandat.

2.3.2. Les établissements et les installations

CISSS-CIUSSS

Les CISSS-CIUSSS⁴ ont la responsabilité de créer une direction régionale de santé publique qui est dirigée par le directeur régional de santé publique.

Les CISSS-CIUSSS, en concertant les CLSC de leur territoire, doivent « élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique » (LSP, art. 11).

CLSC

La mission des CLSC, maintenant fusionnés aux CISSS-CIUSSS, est notamment d'offrir des services de santé et des services sociaux de nature préventive ainsi que de réaliser des activités de santé publique à l'intérieur de son territoire. Les installations de type CLSC d'un CISSS-CIUSSS représentent ainsi l'offre locale des services de santé publique.

2.3.3. Les centres d'expertise et les organismes en soutien à la prise de décision

Le Québec bénéficie de différents organismes et d'instances-conseil en matière de santé publique.

INSPQ

L'INSPQ est le centre d'expertise et de référence en santé publique au Québec. Cet institut a pour mission première de soutenir le ministre, le MSSS et les établissements dans l'exercice de leur mission de santé publique. L'INSPQ fournit de l'information, des avis et des recommandations scientifiques aux autorités de santé publique. Dans une pandémie ou autre crise sanitaire, l'INSPQ est un acteur clé du système, puisqu'il est appelé à conseiller les décideurs en leur formulant des états de connaissances scientifiques sur des sujets variés.

En plus de son rôle de conseil, l'INSPQ doit « informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population » et « informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes. » (*Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* (ci-après « L'INSPQ »), art. 3). L'INSPQ peut se voir confier d'autres mandats par le ministre.

4 Dans les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, seulement un CISSS-CIUSSS doit créer une Direction régionale de santé publique, soit le CISSS-CIUSSS avec la mission régionale de santé publique.

L'INSPQ administre également le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), dont le rôle est primordial dans une crise sanitaire liée aux maladies infectieuses.

Le personnel de l'INSPQ se compose notamment de microbiologistes, d'experts en épidémiologie, de médecins spécialistes, de chercheurs et d'analystes. Les travaux de l'INSPQ s'organisent principalement autour des grandes thématiques en santé publique présentes dans le PNSP par le truchement de quatre axes d'intervention :

- la surveillance continue de l'état de santé ;
- le développement des enfants et des jeunes ;
- les modes de vie et les environnements sains et sécuritaires ;
- les maladies infectieuses.

INESSS

L'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux) est un centre d'expertise promouvant l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux, notamment en santé publique. Il soutient la prise de décision en procédant notamment à des évaluations et à des recommandations sur les avantages cliniques et les coûts de technologies, de médicaments et d'interventions en santé et en services sociaux pour assurer un usage optimal. L'INESSS élabore des recommandations visant à optimiser les interventions dans le système de santé et à soutenir le développement de l'évaluation scientifique à l'égard de ces interventions. Finalement, il peut aussi être amené à exécuter tout autre mandat que lui confie le ministre.

La distinction des rôles de l'INSPQ et de l'INESSS durant la pandémie de la COVID-19 est précisée dans le tableau suivant :

Tableau 1: Rôles et mandats des deux instituts scientifiques pendant la pandémie de la COVID-19

INSPQ	INESSS
<ul style="list-style-type: none"> • Vigie sanitaire et surveillance active de la situation épidémiologique ; • Gestion des éclosions dans divers milieux ; • Élaboration d'avis, de guides, de rapports et de recommandations de santé publique visant à limiter la propagation du virus ; • Projections sur le nombre de cas et de décès ; • Réalisation d'évaluations des services de santé publique ; • Participation à l'élaboration de différents indicateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de recommandations et de guides cliniques ; • Projections sur le nombre d'hospitalisations ; • Élaboration de réponses rapides sur différentes thématiques telles que le traitement et les présentations cliniques de la COVID-19 ou sur les conséquences de la pandémie sur les services de santé et les services sociaux ; • Soutien à l'adaptation des modes d'intervention et d'organisation dans le contexte de la pandémie ; • Évaluation de la pertinence de l'usage de technologies qui soutiennent la réalisation d'enquêtes épidémiologiques.

Notons que l'expertise de l'INSPQ et de l'INESSS peut également être complétée par celle présente dans le milieu universitaire et dans les divers centres de recherche.

En matière de **santé et de sécurité du travail**, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) joue un rôle important en termes de production scientifique et de recommandations, tant à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) qu'aux acteurs de la santé publique. L'IRSST est financé par la CNESST. À titre d'exemple, lors de la pandémie de la COVID-19, l'IRSST a procédé à l'analyse d'équipement de protection individuelle (ÉPI) pour évaluer des mesures de PCI prises au plus fort de la première vague lorsque les masques N95 faisaient défaut et ont dû être centralisés par le MSSS.

2.3.4. Les acteurs de la sécurité civile

Durant une pandémie, on fait appel à plusieurs acteurs de la **sécurité civile** dans la gestion de la crise sanitaire. Même si ceux-ci ne sont pas à proprement parler des acteurs de la santé publique, ils jouent un rôle de premier plan durant une crise sanitaire telle qu'une pandémie.

Le rôle des acteurs de la sécurité civile est d'optimiser la mise en place des interventions en s'assurant de la coordination, de la collaboration et de l'efficacité de l'opération (MSSS, 2016b). Il s'agit de soutien et de coordination lors des opérations (ex. collaboration à la mise en œuvre du dépistage communautaire).

La structure de sécurité civile présente au Québec découle de la *Loi sur la sécurité civile* et du Plan national de sécurité civile (PNSC). Ce dernier se divise en missions, dont la responsabilité est attribuée à un ministère ou à un organisme gouvernemental.

Le MSSS est responsable de la mission Santé du PNSC ; elle se divise en six volets de réponse et en un volet transversal, comme le présente le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Volets et activités de la mission Santé

Mission Santé du système de sécurité civile du Québec		
Volet transversal de la mission Santé	Volets de réponse de la mission Santé	Activités liées à chacun des volets de réponse
Communications Activité : diffusion des éléments d'information, relations avec les médias, veille médiatique	Services préhospitaliers d'urgence	Triage, traitement, transport
	Hospitalier	Réception des victimes nécessitant des soins hospitaliers
	Santé de première ligne	Soins infirmiers, consultations médicales, médicaments et services pharmaceutiques, consultations téléphoniques
	Sociosanitaire spécifique	Prise en charge des personnes sinistrées qui ont des besoins sociosanitaires particuliers
	Psychosocial	Repérage, évaluation et suivi psychosocial, consultation téléphonique, conseil
	Santé publique	Vigie et surveillance, enquête épidémiologique, mesures de protection populationnelle, expertise d'urgence sanitaire

Source : MSSS, 2016b

La santé publique constitue un seul volet de la mission Santé du PNSC. Ainsi, considérant la nature des volets de la mission Santé, les acteurs de la sécurité civile du MSSS doivent collaborer avec l'ensemble des directions du MSSS pour s'assurer que celui-ci s'acquitte de son mandat en temps de crise sanitaire, dont celui lié à la santé publique. Il est à noter qu'en raison du caractère transversal de la mission Santé, la majorité des volets d'intervention sollicitent plus d'une direction au MSSS. Par exemple, bien que le volet santé publique soit généralement piloté par la DGSP, ce volet fait aussi appel à, notamment, la Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) et la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC).

Étant donné que la mission Santé du système de sécurité civile du Québec concerne l'ensemble des directions du MSSS, celui-ci s'est doté d'une structure interne de sécurité civile, laquelle est pilotée à la fois par le sous-ministre en titre, le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles ainsi que par la Direction générale adjointe de la sécurité civile et des affaires institutionnelles. La structure interne de sécurité civile du MSSS doit veiller à la réalisation de la mission Santé et à l'application de la Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et services sociaux.

La structure de sécurité civile du MSSS n'est pas utilisée seulement lors de crises sanitaires ; elle est également mise en œuvre lorsque le réseau de la santé est concerné par des situations exceptionnelles telles que des sinistres ou des catastrophes naturelles.

Au palier régional, chaque établissement public⁵ doit nommer un coordonnateur en sécurité civile. Les CISSS-CIUSSS doivent, en plus, veiller à l'élaboration et à la mise à jour d'un plan de sécurité civile.

Il revient aux CISSS-CIUSSS d'implanter, dans leur territoire et avec l'appui du MSSS, la mission Santé du PNCS. Pour s'assurer que chaque CISSS-CIUSSS s'acquitte de son mandat en temps de crise sanitaire, l'équipe de sécurité civile collabore avec la majorité des directions du CISSS-CIUSSS. Dans la réalisation de leur mandat, les équipes de sécurité civile des CISSS-CIUSSS sont encadrées par la Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et services sociaux.

Plus de détails sur cette politique ainsi que les autres documents de planification en cas de crise sanitaire sont présentés dans le Portrait détaillé de la planification des actions de santé publique en vue d'une crise sanitaire au Québec.

3. GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC

Nous connaissons maintenant les principaux acteurs du système de santé publique du Québec. Pour former un tout cohérent, ce système possède également une structure qui gouverne l'ensemble des acteurs mentionnés ci-dessus dans leurs responsabilités de santé publique.

La santé publique au Québec repose sur deux paliers de gouvernance : le palier national et le palier régional.

Au palier national, on trouve le ministre, le DNSP et le MSSS, y compris la direction générale de santé publique et les acteurs de la sécurité civile. Le ministre doit s'assurer du bon fonctionnement des partenaires nationaux, dont l'INESSS et l'INSPQ.

Au palier régional, on trouve les directeurs régionaux de santé publique ainsi que les CISSS-CIUSSS, y compris la direction régionale de santé publique et l'équipe de sécurité civile régionale.

Comme il est indiqué, chaque directeur régional est rattaché à un CISSS-CIUSSS. Dans trois régions sociosanitaires, soit Montréal, la Montérégie et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, un seul CISSS-CIUSSS a le mandat régional de santé publique pour l'ensemble de ladite région qui comprend plus d'un CISSS-CIUSSS.

⁵ Soit l'ensemble des CISSS-CIUSSS, auxquels s'ajoutent les établissements non fusionnés (ex. CHUM, Institut de cardiologie, etc.).

3.1. Lien de communication

Le principal lien de communication entre les paliers national et régional est la Table de coordination nationale de santé publique, soit la table qui regroupe l'ensemble des directeurs régionaux de santé publique, le directeur national de santé publique ainsi que son équipe et l'INSPQ. À cette table de coordination s'ajoutent cinq sous-tables thématiques : maladies infectieuses, santé au travail, santé environnementale, surveillance et promotion-prévention.

Le système de sécurité civile possède également un fort réseau de communication qui lui permet de communiquer rapidement l'information du palier national aux coordonnateurs de sécurité civile dans chaque établissement.

3.2. Processus décisionnel en santé publique

La prise de décision en santé publique est étroitement liée à la gestion des risques. Lorsqu'un risque est décelé, les autorités de santé publique sont investies de pouvoirs leur permettant de requérir de l'information sensible pour soutenir leur prise de décision.

Selon la gravité du risque, les autorités de santé publique disposent de certains pouvoirs et peuvent notamment requérir l'assistance d'autres instances (INSPQ, 2016) :

- **Risques généraux** : Les autorités en santé publique exercent leurs pouvoirs généraux prévus par la loi.
- **Risques élevés** : Lorsqu'un directeur régional de santé publique soulève un risque élevé de mortalité et/ou de morbidité évitable pour la population de son territoire, il peut faire une demande formelle aux autorités pour une intervention (LSP, art. 55).
- **Menaces** : Dès que les autorités de santé publique perçoivent une menace à la santé de la population québécoise, ils ont le pouvoir d'exercer une enquête épidémiologique et d'intervenir.
- **Menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente** : Le gouvernement peut déclarer un état d'urgence sanitaire dans tout ou une partie du territoire québécois.

En santé publique, les décisions sont majoritairement prises par les autorités de santé publique et, dans certaines circonstances, par le gouvernement puisque ce sont ceux qui ont des pouvoirs d'intervention.

La majorité des décisions de santé publique, notamment celles en lien avec les objectifs des différentes politiques et les ressources mises en place, sont prises au palier national. Les directeurs régionaux, de leur côté, doivent s'assurer que les mesures prises s'inscrivent dans le PNSP.

Lors de la prise de décision en santé publique, les autorités de santé publique se basent généralement sur les avis des centres d'expertise et d'organismes de soutien tels que l'INSPQ, l'INESSS, l'IRSST et le milieu universitaire.

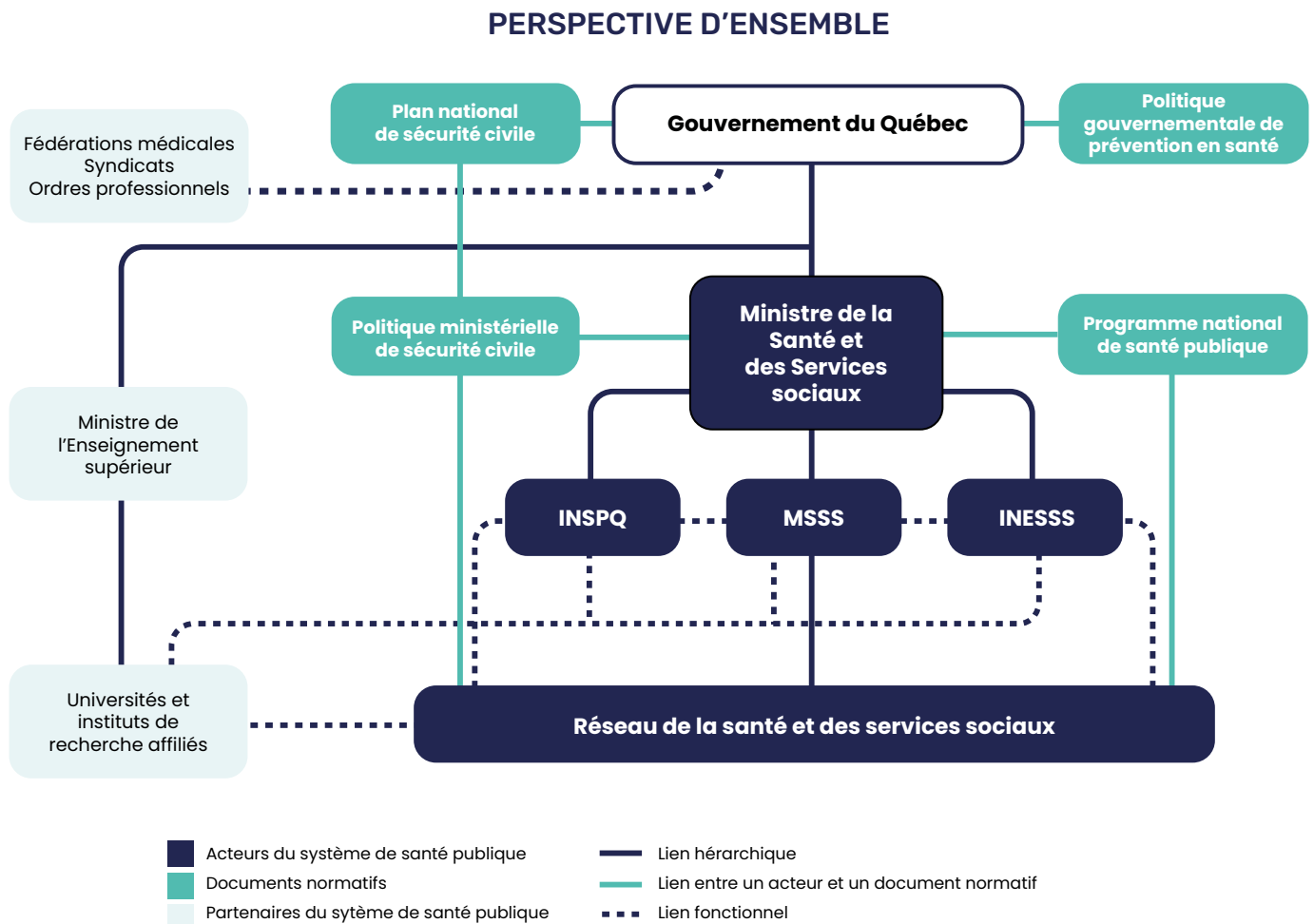
4. VUE D'ENSEMBLE DES ACTEURS ET DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

Cette dernière section du portrait propose une vue d'ensemble du système de santé publique et y représente les différents acteurs en fonction des deux paliers de gouvernance.

4.1. Perspective d'ensemble

Cette première représentation graphique montre, dans une perspective d'ensemble et en mettant l'accent sur la présence de liens fonctionnels, les principaux acteurs du système de santé publique ainsi que les paliers de gouvernance de ce système.

Figure 1: Perspective d'ensemble des acteurs et de la gouvernance du système de santé publique



Cette perspective d'ensemble met d'abord en relief le lien existant entre le système de santé publique et le gouvernement du Québec au moyen de la *Loi sur la santé publique*, le PNSP ainsi que la politique gouvernementale de prévention en santé.

L'exécution des actions du PNSP est portée par le MSSS et coordonnée via le Comité de gestion du programme qui mobilise les outils de gouvernance en place. Les CISSS-CIUSSS et les directeurs régionaux de santé publique sont ainsi imputables de l'atteinte des résultats du PNSP pour la population sous leur responsabilité.

On remarque également la présence de la Politique ministérielle de sécurité civile du MSSS, qui découle directement du Plan national de sécurité civile. L'une des forces du réseau de sécurité civile est son intégration au sein des différents paliers : il s'agit d'un véritable réseau capable de communiquer rapidement.

Soulignons le caractère transversal de la santé publique à travers les nombreux ministères, tel que le prévoit la politique gouvernementale de prévention en santé. Ce caractère transversal est également présent dans la *Loi sur la santé publique*, notamment à l'article 54, qui requiert la production d'avis du ministre pour tout projet de loi ou de règlement susceptible d'avoir une incidence sur les déterminants de la santé et du bien-être. Cette fonction d'analyse est pilotée par la DGSP. Notons toutefois que cette analyse n'est pas rendue publique ; il est donc impossible de se prononcer quant à l'application en bonne et due forme de cet article à tous les projets qui devraient être concernés.

La responsabilité formelle de coordination du réseau de la santé relève de la Direction générale de la coordination du réseau et ministérielle, mais les différentes directions ministérielles entrent fréquemment en interaction avec les établissements pour les programmes sous leur responsabilité.

En matière de santé publique, ces interactions s'effectuent en continu à la Table nationale de concertation, y compris à ses sous-tables thématiques (santé environnementale, santé et sécurité du travail, prévention-promotion, PCI, etc.). Comme il fut mentionné précédemment, ce principal lien de communication entre les différents acteurs de la santé publique réunit les dix-huit directeurs régionaux, le directeur national et son équipe ainsi que l'INSPQ.

À noter l'existence de certains liens avec les milieux académiques, dont les universités de même que les centres et les équipes de recherche affiliés. Globalement, ces collaborations ne bénéficient pas du même niveau de formalisation avec les autres acteurs du système de santé publique.

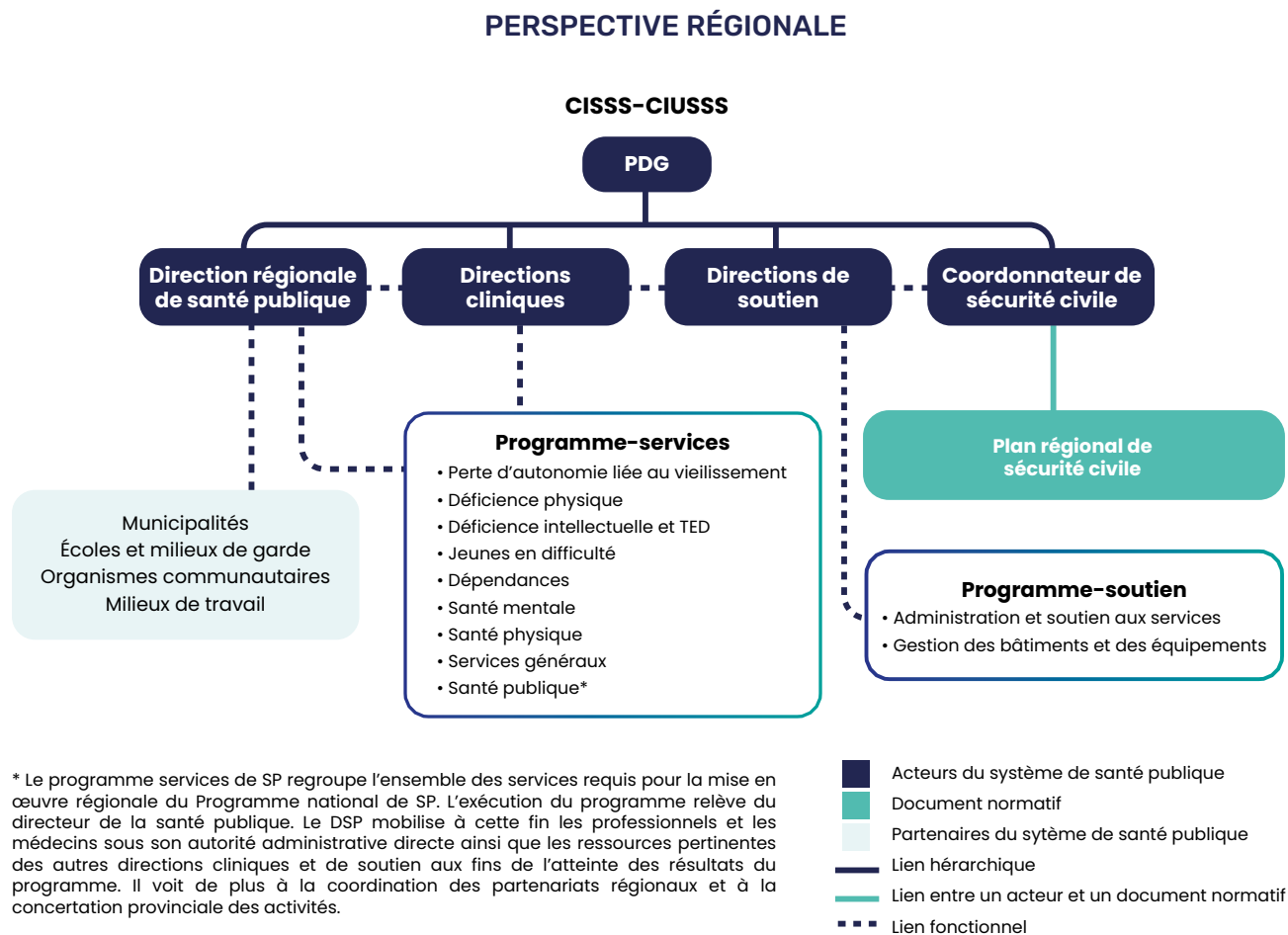
4.2. Perspective régionale

Le palier régional, présenté à la figure 2, relève des CISSS-CIUSSS. Il s'agit du réseau de la santé et des services sociaux. L'essentiel des contributions régionales à l'action de santé publique sont inscrites au Plan d'action régional de santé publique des CISSS-CIUSSS, lesquels doivent s'inscrire dans le PNSP. Les ressources des différentes missions et directions de l'établissement sont mobilisées selon les actions incluses à ces plans d'action. Elles peuvent bénéficier de l'expertise-conseil de la direction régionale de santé publique.

C'est principalement au palier régional que se tissent les liens entre le système de santé publique et les partenaires de la société civile. Parmi ceux-ci se trouvent les organismes communautaires, les municipalités, les écoles, les milieux de garde et de travail ainsi que les milieux de vie. Les arrimages interdirections avec la direction de santé publique demeurent toutefois un défi puisqu'elles sont peu encadrées.

Au palier régional, l'équipe de sécurité civile relève du coordonnateur régional de sécurité civile. Comme celle de la santé publique, l'équipe de sécurité civile collabore avec la majorité des directions des CISSS-CIUSSS.

Figure 2: Perspective régionale des acteurs et de la gouvernance du système de santé publique



* Le programme services de SP regroupe l'ensemble des services requis pour la mise en œuvre régionale du Programme national de SP. L'exécution du programme relève du directeur de la santé publique. Le DSP mobilise à cette fin les professionnels et les médecins sous son autorité administrative directe ainsi que les ressources pertinentes des autres directions cliniques et de soutien aux fins de l'atteinte des résultats du programme. Il voit de plus à la coordination des partenariats régionaux et à la concertation provinciale des activités.

BIBLIOGRAPHIE

- Assemblée nationale du Québec. *Journal des débats*. (2001, 22 novembre). 2^e sess., 36^e légis., vol 37, p. 2842–3845
- Association canadienne de santé publique. (2017). *La santé publique: Un cadre conceptuel*. https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/ph-framework/phcf_f.pdf
- Colin, C. (2004). La santé publique au Québec à l'aube du XXI^e siècle. *Santé Publique*, 16(2), 185–195. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-2-page-185.htm>
- Fafard, P., McNena, B., Suszek, A. et Hoffman, S.J. (2018). Contested roles of Canada's Chief Medical Officers of Health. *Canadian Journal of Public Health*, 109(4), 585–589. DOI: 10.17269/s41997-018-0080-3.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec: cadre de référence*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106_gestion_risques_sante_publique.pdf
- Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2
- Loi sur l'Institut national de santé publique*, RLRQ, c. I-13.1.1
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Guide pratique: évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-245-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016a). *Politique gouvernementale de prévention en santé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016b). *Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-860-16W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême – Volet santé publique*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000620/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). *Orientations de santé publique en matière de recherche, d'évaluation et de suivi 2020-2024: la pandémie de la COVID-19 et ses conséquences*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-251W.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002). *Fonctions essentielles de santé publique: le rôle des ministères de la Santé*. Bureau régional du pacifique occidental. https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/11521/WPR_RC053_10_MOH_Roles_2002_fr.pdf

**Ensemble, identifier,
proposer, débloquer**