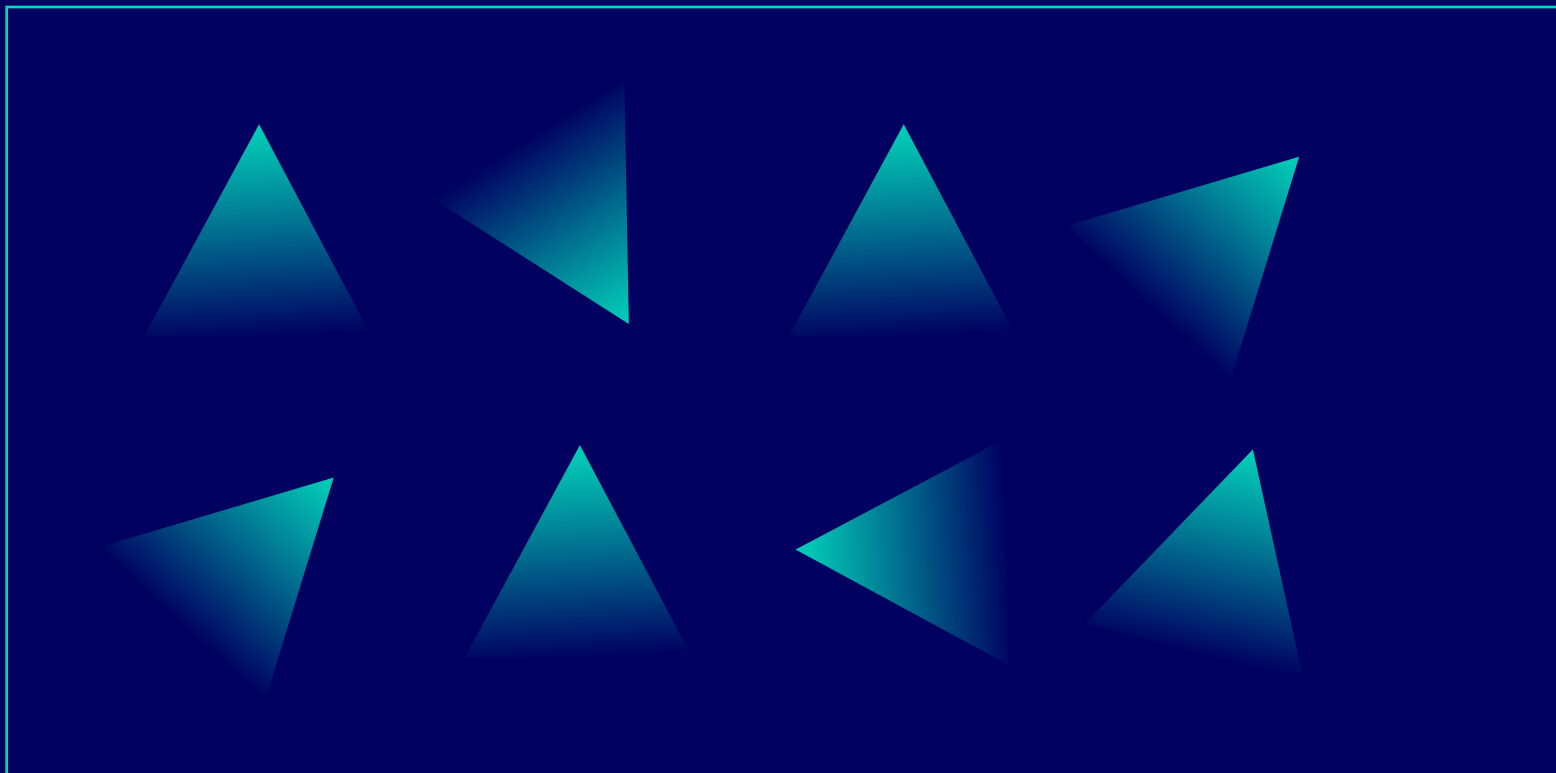




LA LOI SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX : UNE REDÉFINITION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS

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 des 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

Joanne Castonguay

Direction

Maude Laliberté

Commissaire adjointe à l'éthique et à la participation publique

Recherche, analyse et rédaction

Rachel Sarfati

Sébastien Landry

Delphine Roigt

Sous la coordination de

Sarah Thibodeau

Agente de recherche

Édition

Équipe des communications

Révision linguistique

Gilles Bordage

Graphisme

Pro-Actif

Dépôt légal

ISBN : 978-2-555-00700-0

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

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES 5

RÉSUMÉ 6

INTRODUCTION 7

SECTION 1

**ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC : ANALYSE DU
CADRE NORMATIF 9**

Centralisation des responsabilités au sein de Santé Québec 10

Évolution de la gouvernance : de la LSSSS à la LGSSSS 12

Rôle des comités consultatifs de Santé Québec 17

Comités régionaux pour le programme d'accès aux services
de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les
personnes d'expression anglaise 18

Comités nationaux 18

Comités consultatifs 19

Défis de la collaboration interorganisationnelle 21

SECTION 2

DÉFINITION DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU MSSS, DE SANTÉ QUÉBEC, DE SON CA ET DES PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBEC 23

MSSS 24

Santé Québec 26

CONCLUSION ET RÉFLEXION DU COMMISSAIRE 39

BIBLIOGRAPHIE 41

SIGLES ET ACRONYMES

CA : Conseil d'administration

CAE : Conseil d'administration d'établissement

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

LGSE : Loi sur la gouvernance des sociétés d'État

LGSSSS : Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux

*LMRSSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau
de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition
des agences régionales*

LSRSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

PCD : Président et chef de la direction

PDG : Président-directeur général

RÉSUMÉ

La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (ci-après «LGSSSS»), adoptée en 2023, redéfinit les rôles et responsabilités dans le système de santé et de services sociaux québécois. En créant Santé Québec, une société d'État, la LGSSSS y centralise les pouvoirs décisionnels auparavant détenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les établissements de santé. Désormais, Santé Québec assume des fonctions exécutives, consultatives et facultatives, consolidant ainsi son autorité.

Les présidents-directeurs généraux (PDG) d'établissements relèvent maintenant de Santé Québec, ayant comme mandat l'organisation administrative, professionnelle et scientifique ainsi que la coordination et la surveillance des activités cliniques. Les conseils d'administration des établissements (CAE) deviennent des entités administratives de Santé Québec, réduisant l'autonomie des établissements en matière de gestion budgétaire, stratégique et de nomination. Les comités consultatifs, bien que renforcés en nombre, ont des rôles limités à des avis.

Les défis découlant de la mise en place de la nouvelle structure de gouvernance incluent la nécessité de clarifier la répartition des responsabilités, pouvant générer une collaboration interorganisationnelle difficile et des enjeux liés à la confiance entre acteurs. Les changements de gouvernance proposés visent une meilleure coordination des services et une gestion plus efficace, mais nécessiteront des échanges soutenus entre tous les acteurs afin de mieux définir les rôles et leur exercice, de renforcer la confiance mutuelle et d'assurer l'atteinte des objectifs communs d'accessibilité, de qualité et d'équité.

INTRODUCTION

Ce rapport sur la structure de gouvernance du système de santé et de services sociaux vise à clarifier les rôles et le partage des responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de Santé Québec et des établissements de santé et de services sociaux dans le contexte de l'adoption, en 2023, de la *LGSSSS*. Dans le cadre de cette transition, ce document a pour objectif d'accompagner les acteurs concernés par la réforme dans l'appropriation des changements législatifs introduits par la nouvelle loi. Toutefois, cette analyse reflète l'opinion du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) et ne constitue pas un avis légal. Elle pourrait être amenée à évoluer à compter de la date de publication de ce rapport.

L'évolution apportée par la *LGSSSS* s'inscrit dans la continuité des réformes passées qui ont progressivement transformé la gouvernance du système de santé et de services sociaux. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « *LSSSS* ») a été adoptée en 1991, proposant de nouvelles priorités d'organisation du système portant notamment sur la responsabilisation quant aux facteurs déterminants de la santé, la protection de la santé publique, l'adaptation ou la réadaptation des personnes et leur intégration sociale, la diminution de l'impact des problèmes compromettant l'autonomie, l'épanouissement et l'équilibre des personnes, ainsi que l'atteinte de niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population (*LSSSS*, art. 1). Ces éléments constituent notre point de référence pour constater les changements de gouvernance avec l'arrivée de la *LGSSSS*.

En 2015, la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (ci-après « *LMRSSS* ») est entrée en vigueur, s'ajoutant à la *LSSSS*. Elle avait notamment pour but d'abolir les agences régionales et de fusionner les établissements territoriaux par région sociosanitaire sous des centres intégrés ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS). Ces centres intégrés réunissaient les hôpitaux, les CLSC, les CHSLD, la DPJ et les centres de réadaptation en santé physique et mentale par région sociosanitaire. Le terme « établissement » désignait dorénavant l'ensemble des installations dans un centre intégré donné.

La *LGSSSS* a été adoptée en 2023 avec la création de la société d'État qu'est Santé Québec. En réponse aux préoccupations manifestées par la population à l'égard du système de santé et de services sociaux, notamment quant à l'accès aux soins et à l'efficacité du système dans

son ensemble, cette nouvelle loi vise à favoriser l'accessibilité aux services en renforçant la coordination des différentes composantes du système (LGSSSS, art. 1). Ainsi, la LGSSSS remplace désormais la LSSSS comme cadre normatif régissant le système de santé et de services sociaux au Québec¹. Avec l'apparition de Santé Québec, c'est l'ensemble de la structure de gouvernance des institutions de santé, publiques et privées, qui est modifié. De manière générale, nous observons un transfert de responsabilité et du pouvoir décisionnel du MSSS et des établissements vers la nouvelle société d'État. Les nouvelles responsabilités assumées par Santé Québec s'articulent de trois façons différentes dans la LGSSSS :

1. Facultative : « Santé Québec peut déléguer (...) »;
2. Consultative : « (...) après consultation de Santé Québec »;
3. Exécutive : « Santé Québec doit assumer (...) ».

Le rapport vise à spécifier ces trois types de responsabilité de Santé Québec, à l'aide d'exemples précis. Mentionnons que les rôles et les responsabilités de certains acteurs (MSSS, Santé Québec, conseil d'administration de Santé Québec) sont également encadrés par d'autres lois, qu'on pense à la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* ou encore à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* (ci-après « LGSE »), ainsi que des règlements en vigueur ou qui seront adoptés ultérieurement. Il demeure cependant que la LGSSSS est la loi-cadre du système de santé et de services sociaux québécois.

Notre analyse s'effectue sur deux plans. Le premier concerne les changements de gouvernance et les répercussions possibles sur les dynamiques entre le MSSS, Santé Québec et les établissements. Le deuxième vise les changements de responsabilités **facultatives**, **consultatives** et **exécutives** découlant de la LGSSSS. En conclusion, ce rapport identifie les leviers nécessaires pour maximiser la coordination et renforcer la confiance entre les parties prenantes dans le but d'assurer une gestion efficace qui crée de la valeur².

1 Il existe des exceptions territoriales à ce remplacement. La LGSSSS prévoit que la LSSSS continue de s'appliquer pour les Inuit et les Naskapis, en vertu de qui est désormais désigné comme la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis*. Il en va de même concernant le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*. Pour plus de détails, voir l'article 6 de la LGSSSS.

2 Selon le Commissaire, un système de santé et de services sociaux performant doit produire des résultats de santé et de bien-être importants pour la population, en considérant les ressources allouées et les valeurs sociétales. Ainsi, un système crée de la valeur lorsque, de façon équitable, efficiente et viable, il contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, répond à ses besoins et à ses priorités, et favorise la protection sociale et la durabilité environnementale.

SECTION 1

ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC : ANALYSE DU CADRE NORMATIF

La LGSSSS marque une transformation significative de la gouvernance du réseau de santé et de services sociaux québécois. Elle centralise les décisions opérationnelles au sein de Santé Québec et modifie profondément le rôle des établissements de santé et du MSSS. Cette section examine les principaux changements introduits par la LGSSSS, en mettant en lumière les répercussions pour les conseils d'administration, les comités consultatifs et les autres parties prenantes.

CENTRALISATION DES RESPONSABILITÉS AU SEIN DE SANTÉ QUÉBEC

Le constat général est que les établissements perdent certaines responsabilités, désormais centralisées au sein de Santé Québec. Lors de l'entrée en vigueur de la LMRSSS en 2015, les conseils d'administration et les divers comités d'établissements conservaient une autonomie quant à leurs responsabilités financières et administratives. Les établissements sous la LMRSSS ont subi un changement concernant l'organisation de leurs conseils d'administration puisqu'on y a diminué le nombre de 182 à 34. Avec la LGSSSS, les conseils d'administration (CA) des CISSS et CIUSSS font maintenant place à des conseils d'administration d'établissement (CAE), soit des entités qui relèvent du CA de Santé Québec. De plus, la LSSSS et la LGSSSS ne définissent pas les établissements de la même manière. La LSSSS définit un établissement comme toute personne ou société exerçant des activités propres à sa mission (LSSSS, art. 94). Alors que celle-ci opère une distinction entre les établissements publics (LSSSS, art. 98 et 99.1)³ et privés (LSSSS, art. 99)⁴, la LGSSSS, elle, définit les établissements de Santé Québec, qui sont publics (LGSSSS, art. 42), et distingue les établissements territoriaux des établissements autres que territoriaux (LGSSSS, art. 44 et 45). Par ailleurs, les établissements privés sont toujours prévus par la LGSSSS, dont les activités sont désormais encadrées, soutenues et coordonnées par Santé Québec (LGSSSS, art. 1, 26, 344 et suivants). Selon le courrier parlementaire du 22 janvier 2025, un amendement permettrait aux établissements publics de conserver leur droit de conclure de gré à gré. Toutefois, Santé Québec conserve sa prérogative de regrouper les besoins de plusieurs établissements et de faire un appel d'offres (LCP, 2025).

3 L'établissement public est défini comme une personne morale sans but lucratif.

4 L'établissement est privé 1) s'il n'est pas constitué en personne morale; ou 2) s'il est constitué en personne morale mais l'est à but lucratif; ou 3) s'il est constitué en personne morale sans but lucratif mais exerce des activités propres à celui d'un centre tel que défini, pourvu que les installations maintenues ne puissent pas héberger plus de 20 usagers.

Dorénavant, avec la *LGSSSS*, les responsabilités des CAE sont diminuées, ceux-ci n'ayant plus de pouvoir légal en ce qui concerne notamment l'adoption des budgets et des plans stratégiques, ainsi que la nomination de cadres, de gestionnaires et de professionnels de la santé, tels que les médecins, les pharmaciens et les dentistes.

En revanche, les CAE conservent leurs responsabilités en matière d'administration des affaires et d'exercice des pouvoirs à l'intérieur des établissements. Leurs responsabilités incluent aussi celles de production de rapports au CA de Santé Québec, d'émission d'avis et de recommandations au PDG de l'établissement quant à son organisation administrative, professionnelle et scientifique. Les CAE sont également mandatés pour mettre en place des comités consultatifs, tels que le comité de la vigilance et de la qualité.

En tant qu'«unités administratives» de Santé Québec, les CAE jouent davantage un rôle-conseil qu'un rôle décisionnel puisque c'est le CA de Santé Québec qui peut déléguer certaines de ses responsabilités aux CAE ou à un comité national. À cet égard, la *LGSSSS* consacre la faculté de délégation de pouvoirs du CA de Santé Québec, qui peut à sa discrétion déléguer ses pouvoirs, sous réserve de certaines conditions et à l'exclusion de pouvoirs spécifiques qui ne peuvent être transférés (*LGSSSS*, art. 51 et 54). Outre cette faculté, la responsabilité facultative de délégation de Santé Québec apparaît à trois reprises dans la *LGSSSS*, soit à l'égard des CAE, des comités régionaux et du comité de direction du département territorial de médecine familiale. Cette délégation est assortie de conditions, mais sans définition des modalités ni des critères qui la guideront (*LGSSSS*, art. 51, 418 et 470). Il est ainsi légitime de se demander si cette délégation pourrait varier asymétriquement d'un établissement à l'autre. À une reprise, il est fait mention de l'obligation exécutive pour le CA de Santé Québec de déléguer à chaque CAE les fonctions liées à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation (*LGSSSS*, art. 52).

Les CAE perdent une partie de leur autonomie décisionnelle, jouant principalement un rôle consultatif. Santé Québec dispose d'un pouvoir de délégation partiel vers les CAE. La centralisation au sein de Santé Québec réduit l'autonomie locale, rendant les établissements davantage dépendants de décisions prises à l'échelle provinciale. Cela soulève des préoccupations quant à la capacité de Santé Québec à s'adapter aux spécificités régionales.

ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE : DE LA LSSSS À LA LGSSSS

Dans le cadre de la LGSSSS, nous observons un changement important dans la gouvernance des établissements de santé. Les établissements (anciennement CISSS et CIUSSS) deviennent des unités administratives de Santé Québec. Les PDG d'établissement sont nommés par le CA de Santé Québec. Désormais, les CAE, avec des responsabilités légales plus limitées, jouent un rôle consultatif auprès du PDG d'un établissement, lui donnant des avis. Ce nouveau modèle redéfinit la fonction traditionnelle d'un conseil d'administration. Les CAE semblent avoir perdu une grande part d'autonomie et d'indépendance, ce qui porte atteinte au sens de leur fonction et de la définition que l'on attribue généralement à un CA, comme le précise la citation suivante :

« Le conseil d'administration est l'instance pivot de la gouvernance. C'est lui qui prend acte des attentes des parties prenantes et qui s'assure de la mise en œuvre des dispositifs de bonne gouvernance. » (Déry et al., 2020, p.141)

Concrètement, le CA assume, entre autres, les rôles et fonctions suivantes :

- Appréciation des attentes des propriétaires et des parties prenantes;
- Encadrement des dirigeants et évaluation des dispositifs de gouvernance;
- Participation aux décisions stratégiques et approbation des projets majeurs;
- Évaluation des risques généraux. (Déry et al., 2020)

Nous pouvons constater, à partir de ce bref énoncé, que les CAE n'ont que peu à voir avec les conseils d'administration tels qu'ils sont constitués dans les manuels de gestion.

Le tableau 1 récapitule les changements observables marquant l'évolution des conseils d'administration vers les CAE sous la LSSSS, la LMRSSS et la LGSSSS. Pour relever les changements majeurs, nous avons recensé les rôles et fonctions, la composition, les élections et la transformation de la notion d'établissement des conseils d'administration au fil du temps et des lois qui ont encadré le système de santé et de services sociaux.

Tableau 1 : Changements dans la gouvernance des conseils d'administration avec l'arrivée de Santé Québec

Conseil d'administration	LSSSS	LMRSSS	LGSSSS
Rôles et fonctions	Chaque établissement (CSSS) a son CA qui administre les affaires et en exerce tous les pouvoirs (art. 119 à 126; 170). Plus particulièrement, le CA : 1. définit les orientations stratégiques en conformité avec les orientations nationales et régionales; 2. adopte le plan stratégique et le rapport annuel de gestion; 3. approuve les états financiers, l'entente de gestion et d'imputabilité; 4. assure l'accessibilité des services, leur pertinence, leur sécurité et leur qualité, le respect des droits des usagers et le traitement diligent des plaintes; 5. assure l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières; 6. assure la participation et le développement des compétences des ressources humaines; 7. assure le suivi de la performance et de la reddition de comptes des résultats; 8. assure le respect de la mission d'enseignement et de recherche lorsqu'il s'agit d'un centre hospitalier (CH) universitaire, d'un institut universitaire ou d'un centre affilié universitaire (art. 172). Le CA doit également procéder à la nomination : 9. des cadres supérieurs et hors-cadres, du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, des pharmaciens, médecins et dentistes (attribution du statut et accord des privilèges et obligations qui y sont rattachés) (art. 173). Finalement, le CA : 10. conclut les contrats de service; 11. alloue les ressources financières à chacun des établissements qu'il administre et détermine la partie devant être réservée au paiement des ressources de type familial (RTF) et ressources intermédiaires (RI) rattachées à l'établissement (art. 173).	Les CA des CISSS et des CIUSSS et des établissements non fusionnés assument les mêmes responsabilités que les CA d'établissements auparavant sous la LSSSS (art. 31).	Dans chaque établissement de Santé Québec est institué un conseil d'administration d'établissement (art. 132) : • Le CA de chaque établissement peut donner son avis au PDG sur des sujets concernant les activités et la gouvernance de l'établissement (par exemple, sur l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement, sur la prestation des services au sein de l'établissement, sur le mode de répartition interrégionale des ressources) (art. 151). • Le CA maintient des relations avec les communautés composant la population desservie par l'établissement en sollicitant des opinions, en entendant des requêtes et suggestions, en faisant des sondages (art. 152 et 153). • Le CA d'établissement soumet chaque année au CA de Santé Québec un rapport sur l'exercice de ses fonctions et les avis qui en résultent (art. 154). • Le CA d'établissement crée plusieurs comités : le comité de vigilance et de la qualité, le comité consultatif, et tout autre comité pour le conseiller dans l'exercice de ses fonctions (art 155 à 163).

Conseil d'administration	LSSSS	LMRSSS	LGSSSS
Composition	Le CA des établissements publics (CH, CHSLD, centre de réadaptation, centre de protection de l'enfance) est composé de 21 à 22 personnes : 1 directeur général ou une directrice générale; 2 personnes indépendantes élues par la population lors d'une élection; 2 personnes du comité des usagers; 1 personne provenant du CA de la fondation; 2 personnes issues des universités affiliées; 4 à 5 personnes issues de comités ou de conseils professionnels d'un établissement, soit : 1 désignée par le conseil des médecins, 1 désignée par le conseil des sages-femmes, 1 désignée par le conseil multidisciplinaire, 1 désignée par le conseil des infirmières; 1 membre du personnel de l'établissement qui n'est pas membre d'un comité ou d'un conseil; 2 personnes indépendantes nommées par l'agence régionale; 6 personnes indépendantes, recommandées par les organismes communautaires de la région et nommées par le CA.	Le CA est composé de 19 personnes : 6 membres professionnels élus par leur comité; 2 personnes provenant du comité des usagers; 10 membres indépendants choisis par le ministre en collaboration avec les acteurs du milieu; 1 PDG.	Le CA est composé de 18 à 20 personnes, selon qu'il s'agit du CAE d'un établissement territorial ou du CAE d'un établissement autre que territorial : 1 PDG; 2 usagers de l'établissement; 6 personnes selon leur expertise et leur compétence dans plusieurs domaines nommés (ressources humaines, gestion des risques, etc.); 2 personnes du milieu de l'enseignement et de la recherche; 3 personnes du personnel de l'établissement; S'il s'agit d'un établissement territorial, 1 à 3 élus municipaux; S'il s'agit d'un établissement autre que territorial : 1 personne représentant les établissements territoriaux, 1 représentant désigné par la ou les fondations de l'établissement, et 1 usager de l'établissement désigné par le comité des usagers.
Nomination	Dans la composition du CA énoncée ci-dessus, 2 personnes sont élues par la population, 2 sont désignées par les membres du ou des comités des usagers de l'établissement, 1 personne est désignée par le CA de la fondation d'un établissement (le cas échéant), 2 personnes sont désignées par les universités auxquelles l'établissement est affilié (le cas échéant), 4 ou 5 personnes sont désignées à partir de la communauté interne de l'établissement par les membres de différents conseils, 2 personnes sont nommées par l'agence concernée, et 6 personnes sont recommandées par les organismes communautaires de la région puis nommées par le CA (art. 129).	Ici, on remarque que la centralisation débute. Le ministre et le gouvernement apparaissent dans le processus d'élections et de recommandations. Les membres professionnels sont choisis par leur comité et/ou leur conseil, et il en va de même pour les usagers. Le ministre doit choisir les membres indépendants selon la concertation du milieu et des acteurs pour chaque expertise.	La centralisation est désormais largement consacrée, puisque c'est le CA de Santé Québec qui nomme, pour un mandat de quatre ans, le PDG ainsi que les personnes qui composent le CAE (art. 133 et 142). Le CA de Santé Québec choisit les personnes qu'il nomme en fonction des critères qui sont établis dans la loi (art. 133 et suivants).
Établissements	Il s'agit d'installations qui conservent une certaine autonomie, sont responsables des questions budgétaires, d'orientations et de stratégies, de reddition de comptes, d'évaluation, d'efficacité, etc., selon leur réalité. Il y a un CA par agence régionale (CISSS ou CIUSSS par après) avec qui ils travaillent. La notion de gestion de proximité est tout de même présente.	Avec la fusion des établissements, il y a un CA par CISSS/CIUSSS régional et pas de CA pour les installations, à part quelques établissements non regroupés lors de la fusion.	Les établissements deviennent des entités administratives de Santé Québec. Ils ont moins d'autonomie décisionnelle, bien qu'ils conservent plusieurs de leurs services et missions (communautaire, local, hospitalier, hébergement, soins à domicile et soins de longue durée).

Figure 1 : Organigramme de la nouvelle société d'État Santé Québec

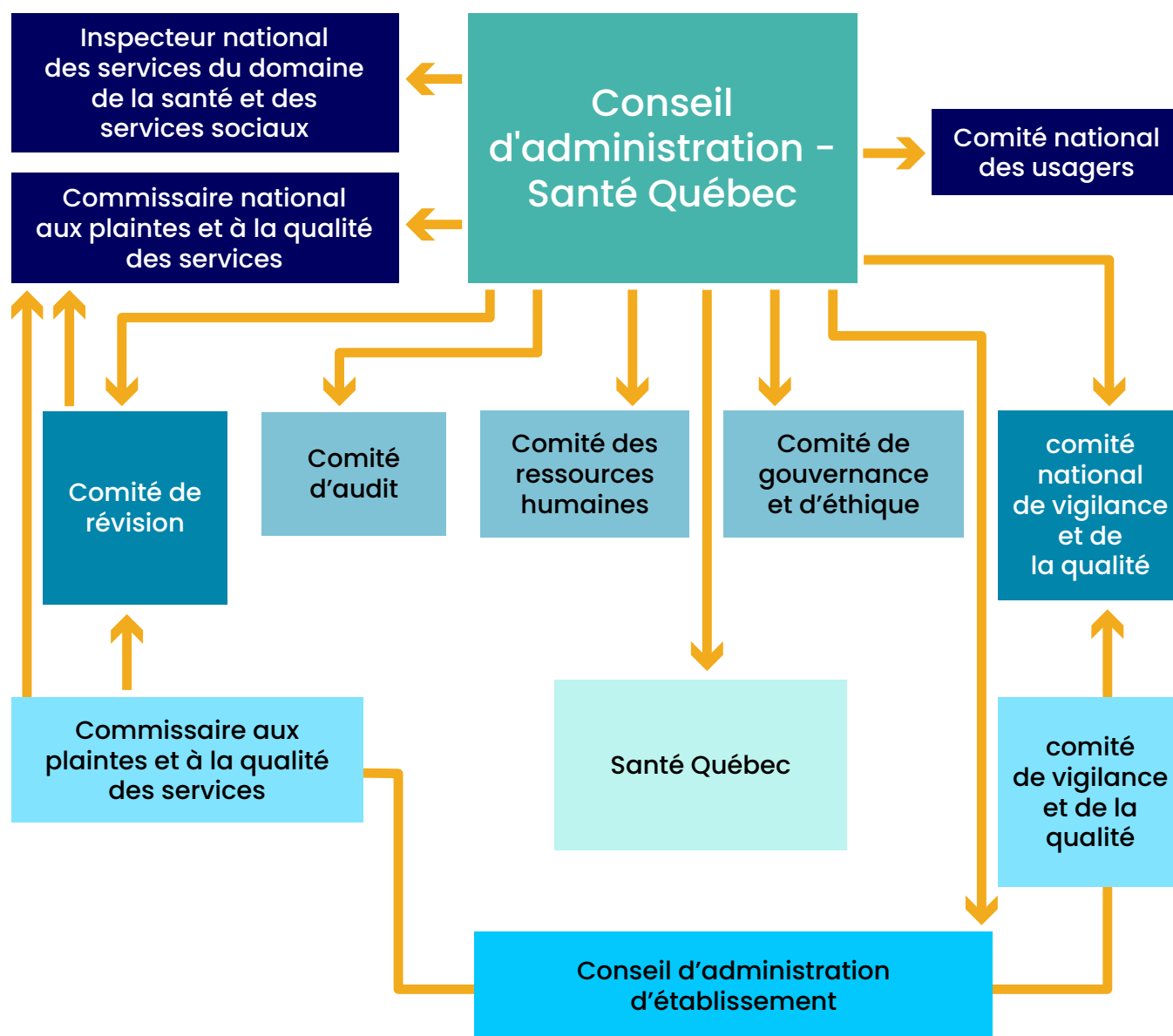
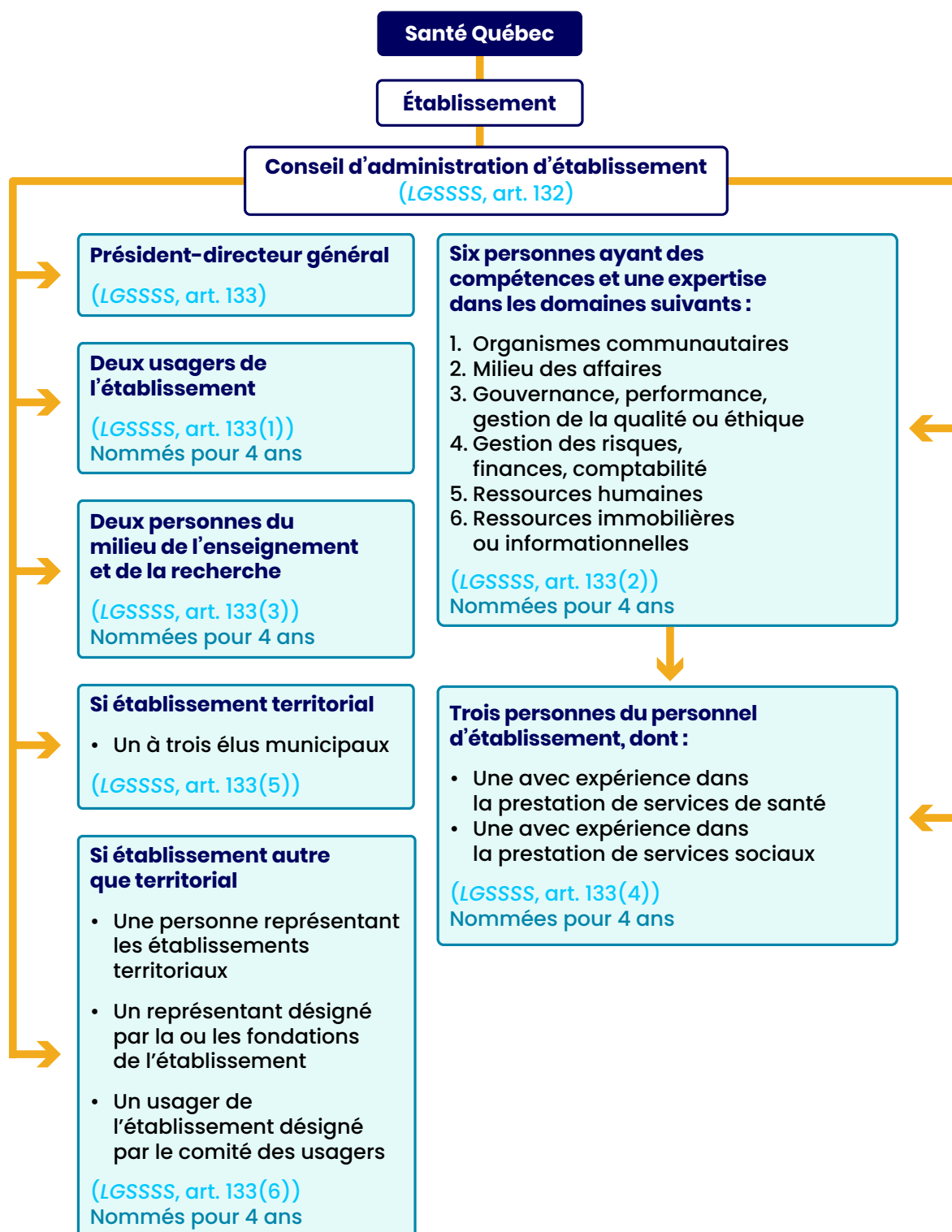


Figure 2 : Composition de chaque conseil d'administration des établissements de Santé Québec



RÔLE DES COMITÉS CONSULTATIFS DE SANTÉ QUÉBEC

Les établissements sont maintenant appuyés au niveau étatique par un lot de comités qui sont et seront pour la plupart formés par Santé Québec ou par son CA⁵. À ce titre, mentionnons notamment le comité national des usagers⁶, le comité national de vigilance et de la qualité⁷, les comités régionaux⁸, les comités consultatifs⁹ et les comités de direction des départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée¹⁰. Parmi ces comités, seuls les comités consultatifs apparaissent dans l'écosystème pour la première fois. Toutefois, nous pouvons noter une centralisation par la mise en place de structures nationales pour le comité des usagers et le comité de vigilance et de la qualité : les comités des usagers étaient auparavant institués par chaque établissement (LGSSSS, art. 209); le comité de vigilance et de la qualité était créé par le conseil d'administration de chaque établissement (LGSSSS, art. 181.0.1.). Nous pouvons émettre comme hypothèse que ces structures nationales viendront encadrer grandement l'exercice des comités d'établissement, ce qui peut assurer une standardisation des processus et permettre une meilleure évaluation interétablissements, mais, du même coup, réduire leur autonomie et leur agilité.

-
- 5 Le comité national des usagers est formé par Santé Québec (LGSSSS, art. 86). Le comité national de vigilance et de la qualité est constitué par le CA de Santé Québec (LGSSSS, art. 55). Les comités régionaux sont institués au sein de Santé Québec, selon le règlement de Santé Québec (LGSSSS, art. 417). Le comité consultatif n'est formé par le conseil d'administration d'établissement d'un établissement territorial qu'à la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels œuvrant au sein d'une installation de l'établissement ou de personnes appartenant à un milieu qu'il dessert (LGSSSS, art. 160).
- 6 Selon l'article 88 de la LGSSSS, le mandat du comité national des usagers est principalement consultatif. Ses fonctions sont les suivantes : 1) favoriser l'amélioration des pratiques développées par les comités des usagers; 2) soutenir l'exercice des fonctions de ces comités; 3) formuler au CA de Santé Québec des recommandations pour améliorer l'accès aux services, leur qualité et les conditions de vie des usagers; 4) donner son avis au CA de Santé Québec sur le programme national sur la qualité des services visé à l'article 74; 5) donner son avis au ministre sur les problèmes auxquels font face les usagers ainsi que sur les solutions pour y remédier; et 6) toute autre fonction que lui donne le CA de Santé Québec ou le ministre.
- 7 Selon l'article 56 de la LGSSSS, le comité national de vigilance et de la qualité veille à ce que le CA de Santé Québec exerce ses fonctions et pouvoirs de sorte à favoriser la qualité des services de santé et des services sociaux et le respect des droits des usagers.
- 8 Selon l'article 417 de la LGSSSS, le mandat des comités régionaux consiste à : 1) donner des avis à Santé Québec sur le programme d'accès qu'elle élabore conformément à l'article 415 de la LGSSSS; 2) évaluer ce programme d'accès, et, le cas échéant, y suggérer des modifications.
- 9 Selon l'article 161 de la LGSSSS, le mandat du conseil consultatif est : 1) de faire des recommandations au CAE sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de l'établissement relativement aux installations désignées à l'article 160 de la LGSSSS; 2) d'établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations des établissements et avec les responsables des activités de recherche.
- 10 Les comités de direction d'un département territorial exercent les fonctions d'un département territorial (LGSSSS, art. 444). Selon l'article 445 de la LGSSSS, le comité de direction d'un département territorial peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités ou d'unités sous-territoriales et leurs modalités de fonctionnement ainsi que la poursuite des fins du département.

COMITÉS RÉGIONAUX POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE

En ce qui concerne les comités régionaux, ils étaient prévus par le gouvernement par règlement (LSSSS, art. 510), alors qu'ils sont aujourd'hui institués au sein de Santé Québec selon son propre règlement afin de servir les personnes anglophones et les communautés ethnoculturelles (LGSSSS, art. 417). Ils ont une fonction consultative, puisqu'ils doivent simplement donner leur avis à Santé Québec sur le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise qu'elle élabore, évaluer le programme et y suggérer des modifications, le cas échéant (LGSSSS, art. 417).

COMITÉS NATIONAUX

Les comités nationaux ont une fonction principalement consultative auprès de Santé Québec, sans pour autant avoir un pouvoir de suivi de leurs recommandations. Ainsi, ils détiennent certaines responsabilités quant à la qualité des soins et des services offerts, mais n'exercent désormais qu'une fonction d'avis ou de recommandation auprès du CA de Santé Québec. Par exemple, parmi les six fonctions prévues pour le comité national des usagers, la moitié d'entre elles sont consultatives : il doit formuler des recommandations ou donner son avis au CA de Santé Québec, ou encore le donner au ministre (LGSSSS, art. 88). Ses autres fonctions manquent de clarté quant à leur mise en œuvre : il doit aussi favoriser l'amélioration des pratiques développées par les comités des usagers ainsi que soutenir l'exercice de leurs fonctions (LGSSSS, art. 88). En ce qui concerne le comité national de vigilance et de la qualité, il doit analyser des rapports et des recommandations qui ont déjà été élaborés par le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (fonction déléguée au Protecteur du citoyen), et qui ont été transmis à Santé Québec. Après avoir tiré ses conclusions quant aux liens systémiques entre les rapports et les recommandations, il remplit sa fonction consultative de formulation de recommandations au CA de Santé Québec sur les suites à donner pour améliorer la qualité des services.

Alors que le comité national des usagers n'a pas de pouvoir de suivi de ses recommandations, la loi prévoit que le comité national de vigilance et de la qualité assure le suivi auprès du CA de Santé Québec des recommandations qu'il a émises (LGSSSS, art. 56). Pour le reste, il doit veiller à la surveillance et à l'exercice des fonctions et des responsabilités des comités de vigilance et de la qualité constitués par les CAE, et s'assurer que le commissaire national aux plaintes ainsi que les commissaires aux plaintes disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions (LGSSSS, art. 56).

COMITÉS CONSULTATIFS

Enfin, le rôle des comités consultatifs est également de faire des recommandations, cette fois-ci adressées aux CAE, sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de l'établissement (LGSSSS, art. 161).

Pour chacune des fonctions consultatives mentionnées, la loi n'impose aucune obligation à Santé Québec de tenir compte des avis et des recommandations, bien que dans le cas du comité national de vigilance et de la qualité, il est tout de même prévu qu'il doit effectuer un suivi auprès de la société d'État.

La LGSSSS introduit plusieurs comités nationaux, régionaux et locaux dont le rôle est principalement consultatif. Ces comités sont sans pouvoirs contraignants, alors que Santé Québec n'a pas d'obligation de tenir compte de leurs avis. Cette asymétrie entre les instances affaiblit leur influence sur les décisions stratégiques.

Tableau 2 : Résumé des rôles et fonctions des comités nationaux et régionaux sous la LGSSSS

Comité	Rôle principal	Fonctions spécifiques	Pouvoir de suivi
Comité national des usagers	Consultatif	• Formuler des recommandations et donner son avis au CA de Santé Québec ou au ministre (art. 88).	Non
		• Favoriser l'amélioration des pratiques des comités des usagers et soutenir l'exercice de leurs fonctions (art. 88).	
Comité national de vigilance et de la qualité	Consultatif avec suivi	• Analyser les rapports et recommandations du commissaire national ou du Protecteur des usagers (art. 56).	Oui (art. 56)
		• Formuler des recommandations pour améliorer la qualité des services (art. 56).	
		• Veiller à la surveillance des comités de vigilance et de la qualité des CAE (art. 56).	
		• S'assurer que les commissaires aux plaintes disposent des ressources nécessaires (art. 56).	
Comités régionaux pour le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Consultatif	• Donner leur avis à Santé Québec sur le programme d'accès, l'évaluer et proposer des modifications si nécessaire (art. 417).	Non
Comités consultatifs	Consultatif	• Formuler des recommandations aux CAE pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local (art. 161).	Non
Comité national de la langue anglaise	Consultatif	• Donner son avis, proposer des modifications et évaluer la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (art. 416)	Non

DÉFIS DE LA COLLABORATION INTERORGANISATIONNELLE

La LGSSSS introduit des changements structurels majeurs, mais l'absence de mécanismes de collaboration clairs entre le MSSS, Santé Québec et les établissements, de même que le manque d'outils de communication et de reddition de comptes spécifiques génèrent des zones de flou dans la responsabilité des différents acteurs. Des clarifications sur ces aspects, sans nécessairement passer par des leviers légaux, permettraient d'éviter des conflits d'interprétation, de faciliter l'opérationnalisation des nouvelles mesures et de favoriser une gouvernance harmonieuse et efficace. De plus, il serait pertinent d'exiger que les décideurs expliquent leurs décisions quant aux recommandations émises par les différents comités consultatifs.

Comme le cadre normatif ne prescrit pas les modalités de collaboration, de communication et de reddition de comptes des différents comités et des différentes instances, pas plus qu'il n'identifie clairement les valeurs à privilégier dans l'exercice de leurs responsabilités, il est essentiel que les parties prenantes, à savoir le MSSS, Santé Québec, les comités sous sa gouverne, en collaboration avec les CAE et la population, déterminent celles-ci pour atténuer l'impact des enjeux d'intégration, de transparence, de confiance et de collaboration dans le futur. En ce sens, une collaboration efficace repose sur une répartition structurée des responsabilités pour éviter les chevauchements et assurer une reddition de comptes transparente.

«La gouvernance ne se limite pas à une série de règles et de procédures. C'est aussi un état d'esprit. Cet aspect-là est d'ailleurs fondamental. Si, au départ, les gens n'ont pas un comportement éthique, peu importe les règles et le cadre juridique, c'est qu'ils ne l'auront jamais. Il faut donc développer une culture de la confiance dans les organisations et un leadership basé sur de vraies valeurs. La confiance et la transparence doivent régner entre les dirigeants, les employés et tous les partenaires.» Pierre Brunet, ex-président et chef de la direction de la Financière Banque Nationale (Des Roberts, 2005, p.17).

Selon Head et Alford (2013), les différents acteurs d'un milieu ont des perspectives et des valeurs variées quant à la nature des problèmes complexes du système de santé et de services sociaux. Ce constat nous amène à enjoindre les parties à s'entendre sur les modalités d'une collaboration efficace misant sur les valeurs et visions partagées afin 1) de bien cerner les enjeux et 2) d'y apporter des pistes de solutions en considérant les savoirs expérientiels des différents acteurs des établissements. Or, l'éventualité d'une collaboration efficace repose également sur un sentiment de confiance mutuelle et la reconnaissance d'une interdépendance entre les acteurs du milieu (Head et Alford, 2013).

La LGSSSS ne précise pas les mécanismes de collaboration entre le MSSS, Santé Québec et les établissements. Cela crée des zones d'incertitude, notamment en ce qui concerne la répartition claire des responsabilités opérationnelles et les modalités de suivi et d'évaluation des décisions prises par Santé Québec. Ce flou peut nuire à l'efficacité de la gouvernance centralisée et engendrer des tensions entre les acteurs, compromettant les objectifs d'efficacité et d'accessibilité du système. Il est donc essentiel que les parties prenantes développent rapidement ces mécanismes pour une opérationnalisation réussie de la LGSSSS.

SECTION 2

DÉFINITION DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU MSSS, DE SANTÉ QUÉBEC, DE SON CA ET DES PRÉSIDENTS- DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBEC

Les grands changements de gouvernance du point de vue global tels que décrits précédemment nous permettent de dégager les conséquences d'un point de vue plus particulier pour le système de santé et de services sociaux.

MSSS

Avec l'entrée en vigueur de la LGSSSS, le MSSS conserve d'importants pouvoirs décisionnels. C'est en particulier le ministre de la Santé — à la tête du MSSS — qui joue un rôle crucial dans le domaine de la santé et des services sociaux. C'est lui qui détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans ce domaine, tout en veillant à leur application (LGSSSS, art. 22). Il est chargé d'accroître la valeur des services pour les usagers par les politiques de santé et de services sociaux qu'il met en place, et il doit tenir compte de cette valeur dans les orientations et les indicateurs de performance relatifs aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience qu'il détermine (LGSSSS, art. 22). Enfin, il a l'importante responsabilité de la détermination des orientations, des cibles et des standards du régime d'examen des plaintes des usagers, ou encore celle de la reddition de comptes de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (LGSSSS, art. 22). C'est également lui qui découpe le territoire du Québec en régions sociosanitaires contiguës (LGSSSS, art. 30).

Le MSSS dispose également d'un certain pouvoir sur Santé Québec, où le ministre joue un rôle de vigie. La loi indique que l'une des missions de Santé Québec consiste à mettre en œuvre une stratégie qui reflète les orientations, cibles et objectifs qui ont été déterminés au préalable par le ministre, sans, semble-t-il, qu'elle ait le pouvoir de les remettre en cause (LGSSSS, art. 26). Le ministre peut soutenir Santé Québec dans la mise en œuvre de stratégies, facilitant ainsi le passage de l'état actuel à celui désiré. Le ministre peut également déterminer les orientations portant sur les principes ou les pratiques que Santé Québec doit favoriser en matière de santé et de services sociaux, ainsi que les objectifs que la société d'État doit poursuivre dans la réalisation de sa mission ou l'exercice de ses fonctions (LGSSSS, art. 28). Enfin, le ministre dispose du pouvoir d'émettre une directive à Santé Québec portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celle-ci, et Santé Québec a l'obligation de s'y conformer (LGSSSS, art. 29). Or, il importe de mentionner que le rôle du ministre devrait se limiter aux orientations et aux objectifs que doit poursuivre Santé Québec. En ce sens, les directives ne devraient pas concerner les opérations de Santé Québec, mais bien les objectifs, afin de respecter les principes de subsidiarité et de gestion de proximité inscrits dans la loi.

Tableau 3 : Les rôles et les responsabilités du ministre de la Santé et des Services sociaux sous la LGSSSS

Rôles et responsabilités du ministre de la Santé et des Services sociaux (LGSSSS, art. 22)
Déterminer les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veiller à leur application.
Établir les politiques de santé et de services sociaux notamment dans un souci d'accroître la valeur des services pour les usagers et les évaluer.
Valoriser l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veiller à leur promotion.
Déterminer les orientations et les indicateurs de performance relatifs aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience quant aux services en tenant compte de leur valeur pour les usagers ainsi que ceux relatifs au respect de leurs droits et au partenariat avec ces derniers et diffuser ces orientations et indicateurs auprès de Santé Québec et des établissements de celle-ci.
Déterminer les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers.
S'assurer de la reddition de comptes de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux en fonction de ses orientations et indicateurs, apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux.
Publier sur une base régulière les renseignements permettant de suivre les indicateurs qu'il a déterminés, ainsi que ceux relatifs aux résultats en matière de santé et de services sociaux.

On voit apparaître dans les fonctions du ministre, telles que définies dans la LGSSSS, la notion de « valeur ». Ce concept a été introduit à la suite des présentations du CSBE en commission parlementaire et aux échanges avec le ministre conformément à la publication de ses différents rapports. Le ministre Dubé mentionnait lors du dépôt de son amendement :

Lors des présentations, puis même des discussions que nous avons eues avec la commissaire à la santé dans différents rapports, là, qui sont maintenant publics, elle a beaucoup insisté sur la notion de valeur pour l'utilisateur. On n'est pas ici dans la valeur monétaire, je vous dirais, on est plus dans la valeur... Je donnerais un exemple, là : Est-ce qu'on a un accroissement de la durée de vie? Exemple : Est-ce que le traitement d'un cancer peut être démontré que ce cancer-là a permis à une personne de vivre plus longtemps? (...)

Mais cette notion de valeur, moi, j'y crois beaucoup. Je pense que c'est aussi un changement de culture de s'assurer qu'on va donner à nos usagers une valeur pour le service qu'ils vont recevoir. (Assemblée nationale du Québec, 2023)

En matière d'évaluation de la performance, le rôle du ministre est important. Il est celui qui détermine les orientations et les indicateurs de performance. Il s'assure également de la reddition de comptes en fonction de ceux-ci lui permettant d'évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux. À cet égard, il soutenait en commission parlementaire l'importance de développer des indicateurs pour mesurer la valeur :

Et je pense qu'il était important de le... de le préciser. On a beaucoup d'orientations qui sont les orientations comme la qualité, l'efficacité, l'efficience, mais, pour l'usager, on doit aussi tenir compte de la valeur qu'on lui donne par rapport à ses droits. Alors, je pense que c'est important de le préciser et que ça sera à nous, au cours des prochains mois, à trouver les indicateurs qui viennent nous assurer que c'est... ce concept-là de valeur est de plus en plus pris en compte. Il l'est déjà par des professionnels, comme je l'ai mentionné tantôt au... mais je pense que de le mesurer... ce qui est... beaucoup plus difficile que de mesurer simplement des volumes ou d'un nombre d'actes, mais je pense que c'est le défi que plusieurs pays scandinaves, entre autres, se sont donné et le mesurent très bien maintenant. Voilà, c'est à nous de le faire. (Assemblée nationale du Québec, 2023)

SANTÉ QUÉBEC

Le rôle premier de Santé Québec est d'offrir des services de santé et des services sociaux à la population québécoise dans les différentes régions sociosanitaires (LGSSSS, art. 26). Même si le MSSS joue toujours un rôle crucial, à la lecture de la LGSSSS, il apparaît d'emblée que Santé Québec s'est vu attribuer une grande part des responsabilités qui appartenaient auparavant au MSSS et aux CISSS/CIUSSS, bien que cette redistribution des responsabilités soit souvent tributaire de la volonté du MSSS.

Parmi ces responsabilités, nous en avons identifié trois types, selon leur caractère plus ou moins exécutoire. Premièrement, Santé Québec est investi d'une **fonction exécutive**, c'est-à-dire qu'il y a des responsabilités que la société d'État doit nécessairement remplir. Deuxièmement, Santé Québec a une **fonction dite « consultative »**, dans la mesure où certains autres acteurs du système de santé et de services sociaux doivent la consulter dans certains processus décisionnels. Troisièmement, il ressort de la LGSSSS que Santé Québec dispose de pouvoirs spéciaux, qui sont **facultatifs et dont l'usage est à sa pleine discrétion**.

1. Fonction exécutive

Cette partie du rapport donne un aperçu non exhaustif des responsabilités exécutives qui sont, dans la pratique, déléguées par le MSSS à Santé Québec. Pour plus de clarté, nous avons divisé les responsabilités déléguées à Santé Québec ou conservées par le MSSS par ordre thématique, car ces dispositions sont généralement regroupées et organisées par sections au sein de la *LGSSSS*.

PRESTATION ET ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES

L'arrivée de Santé Québec apporte un nouvel acteur dans la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi que de nouvelles responsabilités. En effet, si la société d'État est d'abord responsable de l'offre de services par ses établissements publics, elle doit également mettre en place des mécanismes d'accès aux services, élaborer un programme national sur la qualité des services, maintenir une réserve stratégique nationale de médicaments et de fournitures, prévenir la récurrence des incidents et des accidents lors de la prestation des services de santé et des services sociaux, et assurer la mise en place de mécanismes permettant la consultation et la mobilisation des intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être et des autres membres de la population (*LGSSSS*, art. 27). Santé Québec est responsable de la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards déterminés par le ministre, notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation de services de santé et de services sociaux (*LGSSSS*, art. 26). Selon la *LSSSS*, les établissements devaient assumer à eux seuls la fonction de la prestation de services de santé ou de services sociaux continus, accessibles et respectueux des droits et des besoins de chacun (*LSSSS*, art. 100). Pour cela, ils étaient responsables de la gestion des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières (*LSSSS*, art. 100). Les établissements étaient aussi tenus de collaborer avec d'autres intervenants, tels que ceux du milieu communautaire, dans l'objectif d'améliorer l'offre de services destinée aux usagers. La collaboration avec ces acteurs semble en particulier importante dans le cas d'une instance locale, puisque celle-ci a la responsabilité de susciter et d'animer de telles collaborations (*LSSSS*, art. 100). De plus, un établissement avait le pouvoir de conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute personne une entente en vue d'assurer la prestation de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux (*LSSSS*, art. 108). Il en allait de même concernant les organismes communautaires ayant reçu une allocation financière (*LSSSS*, art. 108.3). L'arrivée de Santé Québec ébranle ce mode de fonctionnement autonome puisque la société d'État interfère avec les établissements, notamment sur les plans de l'efficacité, de la sécurité et de l'offre de services.

ANALYSE ET SUIVI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

Sous le régime de la *LSSSS*, la détermination des indicateurs de performance, leur suivi et leur analyse étaient décentralisés. En effet, les établissements étaient responsables d'établir un plan stratégique pluriannuel indiquant les indicateurs de performance utilisés pour l'atteinte de leurs résultats, en conformité avec les orientations nationales et régionales ainsi que dans le respect de normes préétablies (*LSSSS*, art. 182.0.2). Avant la réforme de 2015, les agences, de leur côté, étaient également responsables d'établir un plan stratégique pluriannuel contenant notamment, pour le territoire de leur région, les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats (*LSSSS*, art. 346.1). Avec la *LGSSSS*, bien que le ministre soit l'acteur principal qui détermine les orientations et les indicateurs de performance dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population (*LGSSSS*, art. 22), il doit les publier et les diffuser à Santé Québec. A posteriori, Santé Québec doit rendre compte dans son plan stratégique des indicateurs de performance qu'il a utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats du système de santé et de services sociaux, en respectant la forme, la teneur et la périodicité déterminées par le gouvernement (*LGSSSS*, art. 124). Une fois encore, concernant les indicateurs de performance, on a progressivement assisté à une centralisation des responsabilités au sein de Santé Québec.

DROITS DES USAGERS

Santé Québec semble jouer un rôle important en ce qui concerne le respect des droits des usagers. La société d'État est par exemple chargée de former le comité national des usagers, un comité qui est également constitué localement pour chaque établissement de Santé Québec. Le comité national des usagers est chargé de formuler des recommandations et de donner son avis soit à Santé Québec, soit au ministre, dans le but de soutenir l'exercice des fonctions des comités des usagers, de favoriser l'amélioration des pratiques développées, afin d'améliorer l'accès aux services, leur qualité et les conditions de vie des usagers (*LGSSSS*, art. 88). Le comité national de vigilance et de qualité exerce aussi ses fonctions et pouvoirs de sorte à favoriser le respect des droits des usagers (*LGSSSS*, art. 56). Toutefois, le rôle de Santé Québec quant au respect des droits fondamentaux des usagers concerne aussi certaines responsabilités spécifiques. Par exemple, il doit désormais s'assurer de la protection des droits des minorités linguistiques, un droit fondamental qui était également consacré depuis 1991 dans la *LSSSS*, et élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Auparavant, cette responsabilité était dévolue au *MSSS*.

FINANCEMENT, CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS

Santé Québec est également responsable de coordonner et de soutenir l'offre de services de santé et de services sociaux par les établissements privés et par certains prestataires communautaires, notamment par l'octroi de subventions (*LGSSSS*, art. 26). À ce titre, Santé Québec devra avoir une bonne connaissance des services communautaires offerts par les organismes subventionnés. Pour allouer des subventions aux organismes communautaires, Santé Québec doit élaborer un programme d'aide financière. Sous la *LSSSS*, ce sont les établissements qui étaient chargés de s'assurer du contrôle des subventions octroyées à des organismes communautaires (*LSSSS*, art. 336 et 530.83). De plus, le ministre pouvait subventionner un organisme communautaire à qui il avait confié un mandat d'assistance et d'accompagnement (*LSSSS*, art. 337). Or, le comité de transition pour la mise en œuvre de la *LGSSSS* souligne dans son plan de transformation l'importance d'entretenir et de renforcer les collaborations avec les partenaires (Gouvernement du Québec, 2025, voir la recommandation 3), notamment auprès des organismes communautaires. Selon cette recommandation, ceux-ci sont les mieux placés pour évaluer les besoins de la population et agir à titre préventif afin de faire bon usage des ressources. Santé Québec se doit donc de faciliter l'octroi de subventions, notamment en déléguant cette tâche aux établissements territoriaux comme c'était le cas avec les CISSS et les CIUSSS au sein de la *LSSSS*. Cela favoriserait une gestion de proximité en suivant les principes de subsidiarité et de saine gestion afin de s'adapter plus rapidement aux réalités locales.

Santé Québec doit élaborer un programme d'aide financière pour l'allocation de subventions à toute personne ou à tout groupement, sous l'approbation du Conseil du trésor, parmi ceux visés au deuxième alinéa de l'article 111 de la *LGSSSS*, soit les organismes communautaires et toute personne ou tout groupement qui y est admissible et qui remplit une obligation particulière résultant de la *LGSSSS* ou d'une entente conclue conformément à la loi. Ce programme doit être conforme aux règles budgétaires établies par le ministre (*LGSSSS*, art. 114).

Avec la *LGSSSS*, Santé Québec doit affecter à l'un ou l'autre de ses établissements les dons, les legs et les autres contributions qu'elle reçoit et qui sont destinés à cet établissement par leurs contributeurs. Elle doit de même affecter les revenus générés par les activités de recherche ou d'innovation d'un établissement à celui-ci. À ces fins, elle tient une comptabilité distincte à l'égard des contributions qui sont de nature financière (*LGSSSS*, art. 116). Sous la *LSSSS*, tout établissement pouvait recevoir des dons, legs, subventions ou autres contributions bénévoles de toute personne ou de tout organisme public ou privé, cela sans intermédiaire, et les sommes étaient comptabilisées directement dans l'avoir propre de l'établissement (*LSSSS*, art. 268 et 269).

Santé Québec voit également à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir, de leurs caractéristiques sociosanitaires ainsi que des caractéristiques et des besoins régionaux. C'est l'organe étatique qui établit les mécanismes d'allocation des ressources afin de permettre aux établissements de gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées (LGSSSS, art. 115). Dans la LSSSS, cette responsabilité était assumée par le ministre (LSSSS, art. 463).

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Santé Québec est chargée d'autoriser les organismes communautaires à offrir les services d'IVG chirurgicale dans leurs locaux (LGSSSS, art. 560). Auparavant, tout organisme communautaire pouvait offrir ces services dans ses locaux s'il obtenait une autorisation du ministre à cet effet (LSSSS, art. 338.1). Il s'agit là d'un exemple de transfert de responsabilité entre le MSSS et Santé Québec.

PLAN STRATÉGIQUE, REDDITION DE COMPTES ET RAPPORTS

Santé Québec doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, produire au ministre ses états financiers ainsi qu'un rapport annuel de gestion pour l'exercice précédent (LGSSSS, art. 127). Santé Québec est donc responsable auprès du ministre de sa gestion financière.

Santé Québec doit transmettre au ministre, dans la forme qu'il détermine, un rapport financier mensuel et un rapport prévisionnel des dépenses mensuel relatifs au fonctionnement de Santé Québec, au plus tard le 30^e jour suivant la fin du mois visé. Elle lui transmet une version préliminaire du rapport financier mensuel au plus tard le 10^e jour ouvrable suivant la fin du mois visé. Santé Québec transmet de plus au ministre tout autre rapport sur les sujets visés au premier alinéa dans la forme et selon la teneur et la périodicité qu'il détermine (LGSSSS, art. 128).

Santé Québec doit communiquer au ministre tout renseignement qu'il exige sur ses activités dans la forme et selon la périodicité qu'il détermine (LGSSSS, art. 129).

DIRECTIONS ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Pour chaque direction de santé publique des régions sociosanitaires, Santé Québec doit 1) assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels obtenus dans l'exercice de ses fonctions, et 2) organiser les services et allouer les ressources pour l'application du plan d'action régional de santé publique prévu par la *Loi sur la santé publique* (LGSSSS, art. 92).

2. Fonction consultative

À plusieurs reprises, la LGSSSS fait référence à la consultation de Santé Québec dans plusieurs processus de prise de décision.

DIRECTIONS ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Santé Québec recommande au ministre un directeur de santé publique à nommer pour chaque région sociosanitaire (LGSSSS, art. 93).

Santé Québec doit être avisée dans le cas où le ministre décide de confier temporairement et aux conditions qu'il juge appropriées les fonctions et pouvoirs d'un directeur de santé publique à un autre (en cas de faute grave, par exemple) (LGSSSS, art. 94).

FINANCEMENT, CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS

Santé Québec doit être consultée par le ministre pour établir les règles budgétaires afin de déterminer les montants des dépenses qui sont admissibles aux subventions à allouer à Santé Québec pour le financement du système de santé et de services sociaux (LGSSSS, art. 110).

RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES

Lorsque le ministre découpe le territoire du Québec en régions sociosanitaires, il doit d'abord consulter Santé Québec (LGSSSS, art. 30).

3. Fonction facultative

De manière générale, le CA de Santé Québec dispose d'une faculté de délégation de ses pouvoirs à un CAE, sous conditions, à savoir seulement lorsque l'exercice de ces pouvoirs est restreint à l'établissement au sein duquel est institué le CAE et lorsqu'ils ne sont pas subordonnés à une autorisation ou à une approbation du gouvernement, du Conseil du trésor ou d'un ministre (LGSSSS, art. 51). De plus, certains pouvoirs ne peuvent en aucun cas être délégués : le fait d'engager le crédit de Santé Québec, le fait d'instituer un établissement, de modifier son acte d'institution ou de mettre fin à son existence, le fait de prendre ou de modifier le règlement intérieur de Santé Québec, et enfin celui de nommer des personnes qui exercent des responsabilités de direction sous l'autorité immédiate du président et chef de direction (LGSSSS, art. 54).

DROIT DES USAGERS

Santé Québec peut, avec l'accord d'un établissement privé, indiquer dans le programme d'accès les services pouvant être fournis en langue anglaise (LGSSSS, art. 415).

IVG

Santé Québec peut révoquer à tout moment son autorisation aux organismes communautaires de pratiquer l'IVG pour l'un des motifs énumérés à l'article 626 de la LGSSSS.

PRESTATION DES SERVICES

Santé Québec peut demander au conseil d'administration d'un ordre professionnel un avis sur la qualité et la sécurité des services professionnels fournis par les membres de cet ordre dans un centre médical spécialisé, dans un établissement privé ou pour le compte d'un organisme communautaire qui offre dans ses locaux des services d'IVG (LGSSSS, art. 650).

Santé Québec peut également demander au conseil d'administration d'un ordre professionnel un avis sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité et de sécurité des services professionnels fournis par les membres de cet ordre dans un tel centre, dans un tel établissement ou pour le compte d'un tel organisme (LGSSSS, art. 650).

POUVOIRS SPÉCIAUX (TITRE IV, LGSSSS)

Santé Québec peut acquérir, par expropriation, tout immeuble nécessaire à ses fins (LGSSSS, art. 102).

Santé Québec peut exiger des établissements privés et des établissements visés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* qu'ils utilisent un actif informationnel qu'elle détermine. Santé Québec doit alors tenir compte des orientations, des standards, des stratégies, des directives, des règles et des indications d'application pris en vertu de la *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement* (LGSSSS, art. 103).

Santé Québec peut conclure une entente avec un autre gouvernement que celui du Québec, l'un de ses ministères, une organisation internationale ou un organisme de ce gouvernement ou de cette organisation en vue de l'exécution de ses fonctions (LGSSSS, art. 107).

Le président et chef de la direction de Santé Québec peut, dans des circonstances exceptionnelles et lorsque la qualité des services en dépend, confier les responsabilités d'un conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes d'un établissement à une ou à plusieurs personnes qu'il désigne et qui sont membres de l'un des ordres professionnels suivants : le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec ou l'Ordre des sages-femmes du Québec (LGSSSS, art. 213).

GESTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION

La gestion des systèmes d'information est principalement régie par la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, datant de 2012, qui est encore aujourd'hui en vigueur. Cependant, la LSSSS prévoyait également quelques dispositions générales concernant les actifs informationnels et la sécurité de l'information électronique. Un actif informationnel est défini comme « une banque d'information, un système d'information, un réseau de télécommunication, une infrastructure technologique ou un ensemble de ces éléments ainsi qu'une composante informatique d'un équipement médical spécialisé ou ultraspécialisé » (LSSSS, art. 520.1)¹¹. Les actifs informationnels sont ainsi indispensables au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. À cet égard, la LSSSS octroyait la quasi-majorité des pouvoirs relatifs aux actifs informationnels au ministre : ce dernier pouvait notamment définir

¹¹ L'article 520.1 de la LSSSS reprend la définition de la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé* présente à l'article 3.

des orientations et des standards complémentaires en matière d'actifs informationnels en soutien à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, tandis que les agences (supprimées depuis la réforme de 2015) étaient responsables de leur mise en œuvre (LSSSS, art. 520.2). Il pouvait aussi choisir le fournisseur de sa préférence pour le réseau provincial de télécommunication destiné au réseau de la santé et des services sociaux, ou encore offrir des services d'installation, d'entretien et de réparation de tout support technologique aux établissements (LSSSS, art. 520.3.1). Enfin, la répartition des ressources informationnelles et technologiques entre les régions (LSSSS, art. 431) était à sa charge. Avec l'entrée en vigueur de la LGSSSS, Santé Québec semble avoir hérité de certaines de ces fonctions. Par exemple, la société d'État dispose du pouvoir spécial d'exiger des établissements privés et de ceux visés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* qu'ils utilisent un actif informationnel qu'elle détermine (LGSSSS, art. 103). De même, elle prévoit le transfert de certaines responsabilités notamment liées aux actifs informationnels du ministre vers Santé Québec (LGSSSS, art. 1573).

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE SANTÉ QUÉBEC

Le conseil d'administration est responsable de prendre le règlement intérieur de Santé Québec. Ce règlement constitue en fait les règles de fonctionnement de la société d'État.

Les principaux rôles et fonctions du CA de Santé Québec comme CA d'une société d'État sont principalement décrits dans la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* (LGSE, art. 14-15).

Tableau 4 : Les rôles et fonctions du CA de Santé Québec
suivant la *LGSE*

Rôles et fonctions du CA de Santé Québec suivant la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* (LGSE, art. 14, 15, 17 et 18)

- Établir les orientations stratégiques de la société, s'assurer de leur mise en application et s'enquérir de toute question qu'il juge importante.
- Adopter le plan stratégique.
- Approuver le plan d'immobilisation, le plan d'exploitation, les états financiers, le rapport annuel de gestion et le budget annuel de la société.
- Approuver des règles de gouvernance de la société.
- Approuver le code d'éthique applicable aux membres du conseil d'administration et ceux applicables aux dirigeants nommés par la société et aux employés de celle-ci et des personnes morales dont elle détient directement ou indirectement au moins 90 % des actions comportant droit de vote, sous réserve d'un règlement pris en vertu des articles 3.0.1 et 3.0.2 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* ([chapitre M-30](#)).
- Approuver les profils de compétence et d'expérience requis pour la nomination des membres du conseil.
- Approuver les critères d'évaluation des membres du conseil d'administration et ceux applicables au président-directeur général.
- Approuver les critères d'évaluation du fonctionnement du conseil.
- Établir les politiques d'encadrement de la gestion des risques associés à la conduite des affaires de la société.
- S'assurer que le comité d'audit exerce adéquatement ses fonctions.
- Déterminer les délégations d'autorité.
- Approuver, conformément à la loi, les politiques de ressources humaines ainsi que les normes et barèmes de rémunération, incluant une politique de rémunération variable, le cas échéant, et les autres conditions de travail des employés et des dirigeants nommés par la société, lorsque ceux-ci ne sont pas assujettis à la *Loi sur la fonction publique* ([chapitre F-3.1.1](#)).
- Approuver le programme de planification de la relève des dirigeants nommés par la société.
- Approuver la nomination des dirigeants autres que le président-directeur général et celle du principal dirigeant de chacune de ses filiales en propriété exclusive, lorsque ces dirigeants ne sont pas assujettis à la *Loi sur la fonction publique*.
- Approuver les politiques de ressources humaines ainsi que les normes et barèmes de rémunération, incluant une politique de rémunération variable, le cas échéant, et les autres conditions de travail des employés et des dirigeants de chacune des filiales en propriété exclusive de la société, lorsque ceux-ci ne sont pas assujettis à la *Loi sur la fonction publique*.
- Adopter des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance de la société incluant l'étalonnage avec des entreprises similaires; ces mesures sont réalisées tous les trois ans par une firme indépendante.
- Évaluer l'intégrité des contrôles internes, des contrôles de la divulgation de l'information ainsi que des systèmes d'information et approuver une politique de divulgation financière.
- S'assurer de la mise en œuvre des programmes d'accueil et de formation continue des membres du conseil.

Le CA de Santé Québec peut instituer, au sein de la société d'État, des unités dites administratives qui sont, en fait, les établissements publics de santé et de services sociaux (anciennement les CISSS/CIUSSS et les établissements et instituts non fusionnés). Pour toute institution d'un nouvel établissement qui vient dépasser le seuil d'un seul établissement par région sociosanitaire, une approbation du ministre est nécessaire. Une approbation du ministre est également nécessaire pour toute résolution du CA de Santé Québec qui vient diminuer le nombre d'établissements dans une région sociosanitaire (LGSSSS, art. 43).

PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX

Les PDG des établissements de Santé Québec relèvent désormais du président et chef de la direction de Santé Québec (PCD). Avec la réforme de 2015, les PDG étaient nommés par le Conseil des ministres et relevaient du ministère du Conseil exécutif (LMRSSS, art. 33). Les PDG sont les plus hauts dirigeants des établissements : ils sont responsables de leur administration et de leur fonctionnement dans le cadre du règlement intérieur de Santé Québec. Ils doivent s'assurer de l'exécution des obligations qui incombent à l'établissement (LGSSSS, art. 165).

Santé Québec met en place des établissements territoriaux ou non (LGSSSS, art. 42) pour lesquels elle détermine les réseaux locaux de santé et de services sociaux dont chacun des établissements est responsable (LGSSSS, art. 409). Le PDG de l'établissement territorial est responsable d'identifier et de mettre en réseau les divers établissements publics et privés, personnes et professionnels, regroupements (organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, etc.) qui seront en mesure de rendre les services à la population de ce territoire (LGSSSS, art. 411). Les usagers du territoire doivent être informés de cette offre de soins et services (LGSSSS, art. 410). Le PDG de l'établissement territorial doit s'assurer de l'adéquation entre l'offre et les besoins pour son territoire et assurer les mesures d'accueil, d'accès, de référence et de suivi des usagers (LGSSSS, art. 412). Il doit aussi assurer un accès aux services médicaux généraux et spécialisés (LGSSSS, art. 412(4)) et proposer un plan et des mesures pour agir sur les déterminants de la santé et du bien-être et mobiliser les intervenants de son territoire à cet effet (LGSSSS, art. 413).

Tableau 5 : Tableau synthèse des principaux rôles et responsabilités des acteurs dans la LGSSSS

Acteur	Rôles et responsabilités	Enjeux et défis potentiels identifiés
Ministère de la Santé et des Services sociaux	- Est responsable des politiques publiques et de la reddition de comptes. - Valorise l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques. - Détermine et diffuse auprès de Santé Québec et des établissements les orientations et les indicateurs de performance relatifs aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. - Détermine les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers, les objectifs et priorités dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. - Publie sur une base régulière les renseignements permettant de suivre les indicateurs qu'il a déterminés ainsi que ceux relatifs aux résultats en matière de santé et de services sociaux. - Découpe le territoire en régions sociosanitaires. - Supervise Santé Québec par l'intermédiaire de directives et de standards.	- Approche d'intégration de la perspective citoyenne insuffisamment appliquée, risquant d'être davantage symbolique. - Difficulté à équilibrer les orientations stratégiques du MSSS et l'autonomie de Santé Québec, ce qui nécessite des mécanismes de coordination agiles. - Tentation d'empiéter sur le rôle opérationnel de Santé Québec, risquant de nuire à la clarté des responsabilités.
Conseil d'administration de Santé Québec	- Exécute les orientations et standards fixés par le MSSS. - Consulte les CAE dans l'élaboration du plan stratégique. La forme et la teneur du plan stratégique sont prescrites par le gouvernement. Le plan stratégique doit contenir les éléments suivants : - le contexte dans lequel évolue Santé Québec et les principaux enjeux auxquels elle fait face; - les objectifs et les orientations stratégiques de Santé Québec; - les résultats visés au terme de la période couverte par le plan; - les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats; - tout autre élément que détermine le ministre. - Délègue certaines fonctions aux CAE et aux comités. - Assure la qualité des soins, gère les subventions et supervise les comités nationaux et régionaux. - Centralise la gestion administrative et financière des établissements. - Assure l'exécution de toutes autres tâches qui découlent de la <i>Loi sur la gouvernance des sociétés d'État</i>.	- Manque de clarté dans les modalités de collaboration entre le CA de Santé Québec et les CAE, ainsi qu'entre le CA de Santé Québec et le MSSS. - Perception d'une centralisation accrue, menaçant l'autonomie des établissements et l'agilité du système de santé et de services sociaux. - Rôle hybride (exécutif, consultatif, facultatif) pouvant engendrer des confusions dans les responsabilités et les attentes.

Acteur	Rôles et responsabilités	Enjeux et défis potentiels identifiés
Santé Québec	- Exécute les orientations et standards fixés par le MSSS. - Applique la LGSSSS dans ses différentes unités administratives. - Met en place des mécanismes d'accès aux services, de manière continue, et en cohérence avec les besoins du milieu. - Élabore un programme national de la qualité des services. - Institue un système national de dépôt de renseignements. - Assure un maintien stratégique de réserve de médicaments et de fourniture. - Forme un comité national des usagers. - Forme des directions de santé publique. - Suit des pratiques de saine gestion en respectant le principe de subsidiarité; gestion de proximité et cogestion clinico-administrative. - Crée une Table nationale de coordination de santé publique qui réunit les directeurs de santé publique, les responsables ministériels de la santé publique et les responsables de l'Institut national de santé publique.	- Absence de leviers clairs pour soutenir le principe de subsidiarité, ce qui peut limiter l'autonomie des établissements. - Manque de critères d'évaluation pour les programmes et comités institués, ce qui pourrait nuire à leur efficacité. - Manque de clarté quant à la coordination des programmes et comités institués avec les CAE. - Paradoxe entre la promotion de la subsidiarité et le faible pouvoir délégué aux CAE et aux différents comités consultatifs, rendant la gestion moins décentralisée qu'annoncé. - Risque de surcharge décisionnelle, lié à l'accumulation des responsabilités de mise en œuvre. - Éloignement des réalités locales, résultant de décisions concernant l'organisation des services prises à un niveau trop centralisé.
Directeur de santé publique	- Gère le plan d'action régional de santé publique. - Conseille Santé Québec sur les services préventifs favorisant la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables. - Réalise tout autre mandat que Santé Québec peut lui confier dans le cadre de ses fonctions. - Réalise toutes autres tâches prévues dans la <i>Loi sur la santé publique</i>.	Manque de clarté quant au partage des responsabilités entre Santé Québec et le MSSS, notamment en matière de coordination nationale et interrégionale.
Conseils d'administration des établissements	- Émettent des recommandations et des avis au PDG de leur établissement et au CA de Santé Québec. - Rendent compte annuellement de leurs activités. - Mettent en place des comités locaux (vigilance, qualité, etc.).	- Perte d'autonomie et réduction des pouvoirs légaux, limitant leur capacité à influencer la gestion locale. - Risque de voir leur rôle limité à une fonction administrative, avec peu d'impact sur la stratégie et les orientations des établissements.
Présidents-directeurs généraux	- Exécutent les décisions du CA de Santé Québec et s'assurent que leur soit transmise toute information qu'ils requièrent pour exercer leurs responsabilités. - Coordonnent et surveillent l'activité clinique au sein de leur établissement. - Siègent aux comités et aux conseils de leur établissement. - Identifient et mettent en réseau les établissements, organismes, professionnels, entreprises d'économie sociale de leur territoire. - S'assurent de l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins et services sur leur territoire. - Créent des conditions favorables à l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés, à leur continuité et à leur mise en réseau sur le territoire.	- Application des décisions du CA de Santé Québec sans marge de manœuvre, limitant leur capacité à intégrer les recommandations des comités et conseils de leur établissement. - S'assurent que les PDG ont les leviers nécessaires pour répondre aux besoins de la population de leur territoire.
Comités consultatifs et autres comités	- Assument une fonction majoritairement consultative. - Émettent des avis et recommandations sur des sujets comme la qualité des soins, les droits des usagers et les particularités locales. - N'ont pas de pouvoir décisionnel contraignant sur Santé Québec.	- Absence d'obligation pour Santé Québec de suivre leurs recommandations, réduisant leur influence sur les décisions. - Faible pouvoir de suivi des recommandations émises, limitant leur portée et leur impact sur le système de santé et de services sociaux.

CONCLUSION ET RÉFLEXION DU COMMISSAIRE

L'adoption de la *LGSSSS* vise à instaurer un système de santé et de services sociaux efficace, «notamment en facilitant l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services» (Projet de loi 15, notes explicatives). C'est dans ce contexte que le présent rapport cherchait à mettre en lumière les principaux changements structurels de gouvernance apportés par la *LGSSSS*. Toutefois, notre analyse identifie des éléments nécessitant une vigilance accrue des parties prenantes pour que l'opérationnalisation de la réforme soit conforme à ces objectifs.

D'abord, la forte centralisation opérée établissant Santé Québec comme coordonnatrice des opérations du réseau redéfinit profondément la gouvernance de celui-ci. Si cette approche vise une meilleure cohérence des décisions à l'échelle provinciale, elle soulève aussi des défis importants quant à la clarté des responsabilités partagées entre le MSSS, Santé Québec et les établissements. L'absence de mécanismes de collaboration clairs entre ces instances de même que le manque d'outils de communication et de reddition de comptes adaptés pourraient générer de la confusion et nuire à l'implantation des mesures associées à la loi. Il est donc essentiel que les acteurs définissent ces mécanismes rapidement pour assurer une gouvernance efficace.

Ensuite, bien que la *LGSSSS* aspire à rapprocher les communautés des décisions liées à l'organisation et à la prestation des services, elle a davantage centralisé le pouvoir au sein de Santé Québec. Le rôle principalement consultatif des CAE, des établissements et des comités de Santé Québec limite leur capacité à influencer concrètement l'organisation des soins. Par exemple, la loi indique que les établissements doivent favoriser la responsabilisation et l'autonomie des usagers vis-à-vis de leur santé, leur contribution aux soins et services qu'ils reçoivent, tout en mettant de l'avant la valeur des connaissances développées par ceux-ci par leur expérience

des services reçus (LGSSSS, art. 20). Or, les établissements ne disposent pas des pouvoirs nécessaires pour mettre en œuvre les propositions issues des savoirs expérientiels des usagers. En l'absence de balises claires quant à la prise en compte de ces savoirs expérientiels, la mise en œuvre d'une approche véritablement axée sur la gestion de proximité et la cogestion clinico-administrative demeure incertaine. Ainsi, pour déployer les principes de subsidiarité préconisés dans la loi¹² et assurer une gestion de proximité et une cogestion clinico-administrative (LGSSSS, art. 32), il sera essentiel que Santé Québec traduise ces principes par des pratiques claires outillant ces instances afin qu'elles puissent réellement jouer un rôle actif en ce sens.

Enfin, devant l'objectif d'améliorer la performance et la valeur des services de santé et des services sociaux, il est important d'identifier les indicateurs permettant d'évaluer l'implantation des mesures associées à la réforme en cours. Ces indicateurs devraient miser sur les résultats qui informent sur la santé de la population, notamment inclure les dimensions liées à l'intégration des savoirs expérientiels et à l'articulation de la gestion de proximité.

En somme, la LGSSSS marque une transition majeure dans la gestion du système de santé et de services sociaux québécois. Toutefois, son succès dépendra de la capacité des acteurs à instaurer rapidement des mécanismes de collaboration clairs, à démontrer un respect réel des principes de subsidiarité en les traduisant en actions concrètes malgré la centralisation, et à assurer une gouvernance qui allie efficacité et proximité avec les réalités locales.

12 Le principe de subsidiarité est défini dans la LGSSSS comme « le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des usagers » (LGSSSS, art. 32).

BIBLIOGRAPHIE

- Déry, R., Pezet, A. et Sardais, C. (2020). *Le management* (2^e éd.). Éditions JFD inc.
- Des Roberts, G (2005). Pierre Brunet : Financier rassembleur et visionnaire. *HEC Montréal Mag*, 4(1), 14-18, <https://mag.hec.ca/wp-content/uploads/2021/11/Automne2005.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2025). *Plan de transformation : Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent : Comité de transition – Janvier 2025*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-127-13W.pdf>
- Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux – Assemblée nationale du Québec – mercredi 7 juin 2023, vol. 47, n° 21.
- Le courrier parlementaire (LCP). (2025). *Les établissements conservent le droit de conclure de gré à gré*. <https://lcp-lag.com/article/les-eacute-tablissements-conservent-le-droit-de-conclure-nbsp-de-gr-eacute-agrave-gr-eacute-48651>.
- Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, RLRQ, c. G-1.02, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.02>
- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS)*, RLRQ, c. G-1.021, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021>
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, RLRQ, c. M-19.2., <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/M-19.2>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*, RLRQ, c. S-4.2, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>
- Projet de loi no 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, 43^e lég. (Qc), 1^{re} sess., 2023
- Head, B. W., & Alford, J. (2013). Wicked Problems : Implications for Public Policy and Management. *Administration & Society*, 47(6), 711-739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601> (Original work published 2015)

