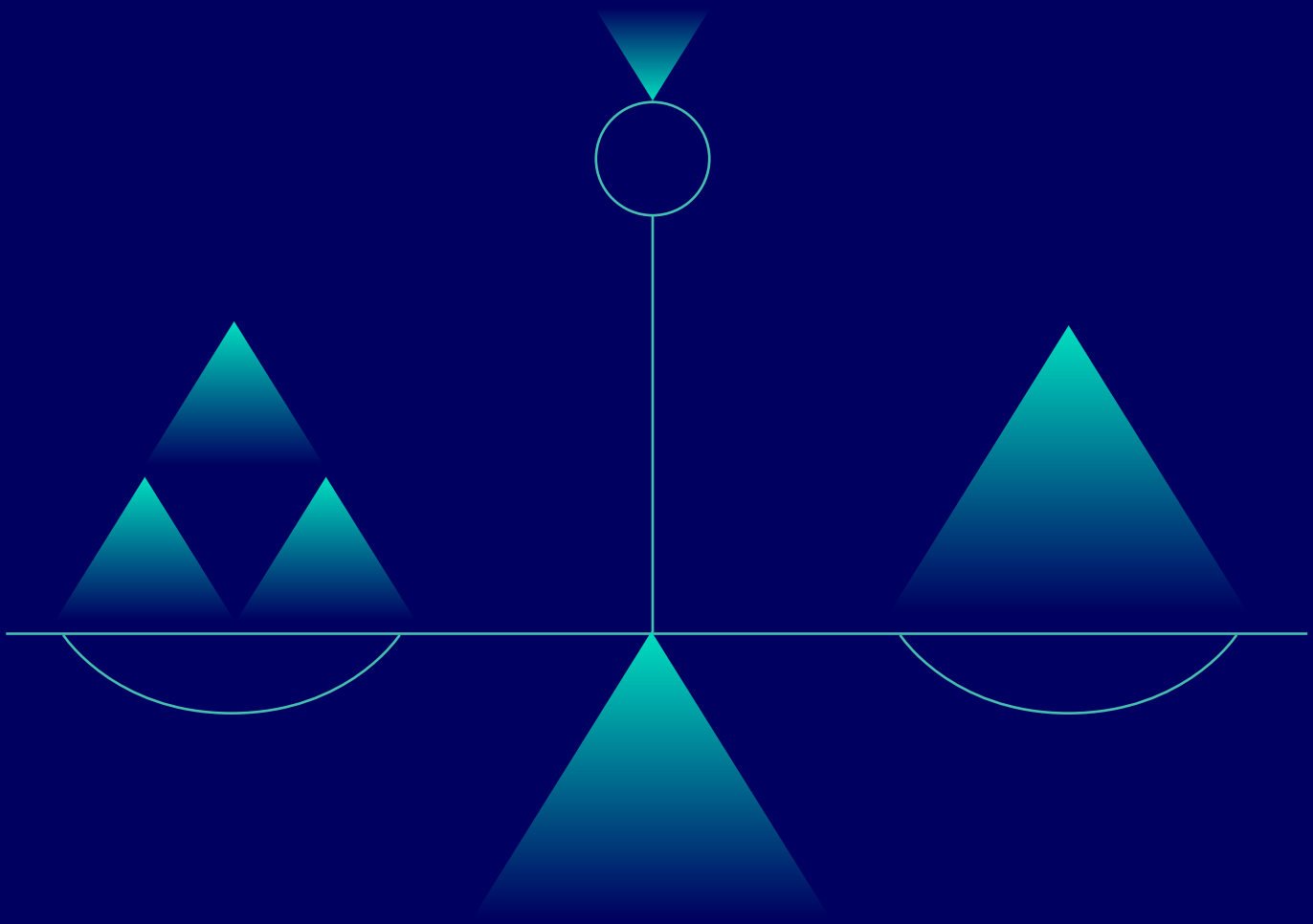
CSBE
Commissaire à la santé et au bien-être



ÉVALUER LA VALEUR EN CONTEXTE DE TRANSFORMATION

RAPPORT ANALYTIQUE EN APPUI AU RAPPORT ANNUEL 2025-2026 DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

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 des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et de services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Recherche et rédaction
Georges-Charles Thiebaut
Commissaire adjoint à l'évaluation et scientifique principal
Maude Laliberté
Commissaire adjointe à l'éthique et à la participation publique
Susan Usher
Conseillère spéciale en politiques publiques
René-Pierre Turmel
Professionnel responsable du Forum de consultation
Rachel Sarfati
Analyste en politiques publiques

Soutien scientifique
Ariane Dubé-Linteau
Coordonnatrice en évaluation de la performance
Marie-Ève Brouard
Coordonnatrice en évaluation de la performance
Karina Côté
Adjointe exécutive aux opérations scientifiques
Nathalie Mousseau
Agente de recherche

Édition
Équipe des communications

Révision linguistique
Gilles Bordage

Graphisme
Pro-Actif

Dépôt légal
ISBN : 978-2-555-04028-1

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES 9

LISTE DES TABLEAUX, DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES 10

LISTE DES ANNEXES 12

SOMMAIRE
LA VALEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX : CE QUE LA POPULATION ATTEND, CE QUE LE COMMISSAIRE CONSTATE 13

1. Ce que la population dit : des priorités convergentes 15
2. Ce que disent les données : forces, fragilités et angles morts 17
3. Ce que disent les politiques publiques : une ambition structurante, sous conditions 19
4. Ce que le Commissaire constate : analyse intégrée 21
5. Conclusion : une transformation qui devra créer de la valeur 23

INTRODUCTION
ÉVALUER LA VALEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 25

Pourquoi évaluer : transparence, reddition de comptes et arbitrages éclairés 26

Des objectifs complémentaires : évaluer les résultats dans un contexte de transformation et rendre compte des consultations 28

SECTION 1
CE QUE LA POPULATION ATTEND DU SYSTÈME 29

1. **Les priorités de la population sont l'efficacité des services, la qualité des soins et l'accès en temps opportun 31**
2. **Des organisations de la société civile alertent sur une fragilisation des conditions de vie, sur des enjeux d'accès et de gouvernance 32**
    - 2.1 PROTECTION SOCIALE QUI S'EFFRITE : FRAGILISATION DES CONDITIONS DE VIE ET EFFETS PERÇUS SUR LA SANTÉ 33
    - 2.2 CAPACITÉ DE RÉPONDRE AUX BESOINS ET PÉRENNITÉ BUDGÉTAIRE : UN SYSTÈME PERÇU COMME SOUS-FINANCÉ, SOUS TENSION ET DIFFICILE D'ACCÈS 34
    - 2.3 GOUVERNANCE ET VIABILITÉ : CENTRALISATION, PLACE DU PRIVÉ ET AUTONOMIE COMMUNAUTAIRE 35
3. **Pour des organisations des Premières Nations et Inuit, les priorités ciblent le respect des droits, la sécurisation culturelle et l'autodétermination 36**
    - 3.1 RESPECT DES DROITS ET SÉCURISATION CULTURELLE 36
    - 3.2 ACCESSIBILITÉ CULTURELLE ET LINGUISTIQUE 36
    - 3.3 LOGEMENT ET AUTONOMIE DES PREMIÈRES NATIONS 37
    - 3.4 ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES 37

4. **Les délibérations du Forum pour éclairer le sens et les arbitrages de la valeur** 37

4.1 LE FORUM CONÇOIT LA VALEUR COMME ÉTANT FONDÉE SUR L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ, L'ÉQUITÉ ET LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE 38

4.2 LA VALEUR EST COMPRISE COMME UNE CAPACITÉ COLLECTIVE À HONORER UN CONTRAT SOCIAL, AU-DELÀ DE LA SEULE PERFORMANCE CLINIQUE 39

5. **Le faible alignement entre les priorités citoyennes et les services obtenus fragilise la confiance à l'égard du réseau** 43

6. **Pas de création de valeur sans compréhension des priorités de la population** 46

SECTION 2

LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À GÉNÉRER DE LA VALEUR POUR LA POPULATION : FORCES, FRAGILITÉS ET ANGLES MORTS 47

1. **Améliorer et maintenir la santé : des résultats favorables, mais des améliorations nécessaires en promotion et en prévention ainsi que dans certains secteurs** 50

1.1 DE BONS RÉSULTATS EN TERMES DE DÉCÈS ÉVITABLES, MAIS PRÉOCCUPANTS EN CE QUI CONCERNE LES SUICIDES ET LA MORTALITÉ INFANTILE 51

1.2 UNE ESPÉRANCE DE VIE ET UNE SANTÉ PERÇUES EXCELLENTES 53

1.3 L'EFFICACITÉ DES ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EST À AMÉLIORER 55

1.4 D'EXCELLENTS SERVICES SPÉCIALISÉS POUR LES CONDITIONS AIGUËS ET GRAVES, PARMI LES MEILLEURS AU MONDE 57

1.5 LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE PRÉSENTENT UNE EFFICACITÉ MITIGÉE QUI APPELLE DES AMÉLIORATIONS 60

1.6 DES DONNÉES INSUFFISANTES POUR APPRÉCIER L'EFFICACITÉ DES AUTRES SECTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 61

1.7 CE QUE LE COMMISSAIRE CONSTATE : DES RÉSULTATS POPULATIONNELS ET CLINIQUES FAVORABLES, MAIS DES AMÉLIORATIONS NÉCESSAIRES POUR RÉDUIRE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET RENFORCER LA PRÉVENTION 62

2. Un système qui répond partiellement aux priorités de la population et des personnes 63

2.1 UNE FAIBLE SATISFACTION DE LA POPULATION VIS-À-VIS DE LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À RÉPONDRE À SES PRIORITÉS 64

2.2 UN FAIBLE ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES COMME SYMPTÔME RÉCURRENT DE DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTÈME 66

2.3 LA CAPACITÉ À OFFRIR DES SOINS ET SERVICES AXÉS SUR LES PERSONNES EST À AMÉLIORER 70

2.4 CE QUE LE COMMISSAIRE CONSTATE : UN MANQUE D'ADAPTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES À LA DIVERSITÉ DES BESOINS DE LA POPULATION 76

3. La pérennité du système de santé et de services sociaux est précaire 78

3.1 LA VIABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EST FRAGILE ET MENACE LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME 79

3.2 UNE EFFICIENCE GLOBALEMENT SATISFAISANTE, MAIS AVEC DES ENJEUX DANS CERTAINS SECTEURS 95

3.3 CE QUE LE COMMISSAIRE CONSTATE : UNE PÉRENNITÉ SOUS TENSION MARQUÉE PAR UN ÉQUILIBRE FONCTIONNEL, MAIS FRAGILE ET NÉCESSITANT UNE RÉORIENTATION STRATÉGIQUE 101

SECTION 3
RENDRE L'ACTION PUBLIQUE LISIBLE AU REGARD DE LA VALEUR : ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES 2024 ET 2025 103

1. Pourquoi analyser les politiques publiques ? 104

2. **Analyse des politiques publiques à travers des thèmes transversaux prioritaires** 108

2.1 ACCÈS, PROXIMITÉ ET ORGANISATION DES SERVICES POUR RECEVOIR LE BON SERVICE AU BON MOMENT 108

2.2 INFORMATION AU PUBLIC ET SIMPLIFICATION POUR S'ORIENTER FACILEMENT DANS LE SYSTÈME 116

2.3 COORDINATION CLINIQUE ET TRAJECTOIRES POUR AVOIR UN PARCOURS CONTINU ET COORDONNÉ 120

2.4 QUALITÉ DE L'ORGANISATION DES SERVICES : UNE OFFRE PERTINENTE, AJUSTÉE ET APPRENANTE (AU SERVICE DE LA SANTÉ POPULATIONNELLE) 122

2.5 ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE 124

2.6 FAVORISER LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE ET LES SOINS DE LONGUE DURÉE 127

2.7 PRÉVENIR PLUTÔT QUE GUÉRIR 130

2.8 ORGANISATION DU TRAVAIL ET MAIN-D'ŒUVRE POUR AVOIR DES ÉQUIPES SUFFISANTES, STABLES ET MOBILISÉES 132

2.9 GOUVERNANCE DE L'INFORMATION ET TRANSFORMATION NUMÉRIQUE : PARTAGER L'INFORMATION UTILE AU BON ENDROIT 135

2.10 ARCHITECTURE DE GOUVERNANCE, ALLOCATION DES RESSOURCES ET PARTENARIATS : PILOTER LE SYSTÈME VERS LA VALEUR 137

2.11 PREMIÈRES NATIONS ET INUIT : DROITS, SÉCURISATION CULTURELLE ET AUTODÉTERMINATION 141

2.12 DURABILITÉ ENVIRONNEMENTALE ET RESPONSABILITÉS SYSTÉMIQUES ÉLARGIES — DIMENSIONS TRANSVERSALES DE LA VIABILITÉ DU SYSTÈME 143

2.13 BILAN DE L'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET QUELQUES RÉFLEXIONS POUR PASSER DE L'AMBITION À L'IMPLANTATION 145

CONCLUSION
LÉGITIMITÉ, RÉÉQUILIBRAGE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS ET ARBITRAGES DES PRIORITÉS : LES DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 153

ANNEXE 1
MÉTHODOLOGIE POUR ÉVALUER LA VALEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 159

ANNEXE 2
ÉCOSYSTÈME DES INSTRUMENTS DE POLITIQUES PUBLIQUES : HIÉRARCHIE, STATUT PRESCRIPTIF ET ENJEUX DE DENSIFICATION NORMATIVE 164

1. Choix du type de politique publique 165
2. Quelle politique publique prévaut ? 165

ANNEXE 3
CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES 174

1. Objet et positionnement méthodologique 175
2. Principes ayant guidé l'identification des enjeux : une logique de convergence plutôt que de catégorisation théorique 175
3. Sources institutionnelles mobilisées 176
4. Sources populationnelles et sociétales mobilisées et constats sur les dimensions de la valeur des grands repères 176
5. Constats issus des travaux récents du Commissaire 178
6. Démarche de synthèse 179
7. Présentation de la grille d'enjeux 180
8. Utilisation de la grille dans l'analyse des politiques publiques 181

BIBLIOGRAPHIE 183

LISTE DES SIGLES

APNQL	Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CLSC	Centre local de services communautaires
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
RCAAQ	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SSSS	Système de santé et de services sociaux

LISTE DES TABLEAUX, DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES

Tableau 1 Niveau moyen de priorité accordé aux différentes dimensions de la valeur 31

Tableau 2 Questions abordées par le Forum de consultation du Commissaire, 2024 et 2025 42

Tableau 3 Synthèse des priorités exprimées par la population 44

Tableau 4 Résultats et scores des indicateurs de mortalité prématurée 52

Tableau 5 Résultats et scores des indicateurs d'espérance de vie 54

Tableau 6 Résultats et scores des indicateurs de promotion et de prévention 56

Tableau 7 Résultats et scores d'efficacité de la prise en charge pour des conditions graves et aiguës nécessitant des chirurgies 58

Tableau 8 Résultats et scores des indicateurs de survie relative au cancer par siège tumoral et par genre 59

Tableau 9 Résultats et scores des indicateurs d'efficacité des services de santé mentale 60

Tableau 10 Résultat et score de l'indicateur d'efficacité de la première ligne de soins et services 61

Tableau 11 Taux de correspondance et score de performance entre les priorités des personnes et le rendement perçu du système de santé et de services sociaux 65

Tableau 12 Jugements sur l'accessibilité selon les types de services en 2023-2024 69

Tableau 13 Résultats et scores de performance des indicateurs d'humanisme 71

Tableau 14 Résultats et scores de performance des indicateurs de continuité et de coordination 73

Tableau 15 Résultats et scores de performance des indicateurs de globalité et de convivialité 74

Tableau 16 Résultats et scores de performance des indicateurs de qualité des soins 75

Tableau 17 Indicateurs relatifs aux dépenses de santé 82

Tableau 18 Variations annuelles moyennes des dépenses publiques de santé et de services sociaux, des revenus consolidés du gouvernement et du PIB en dollars constants par période 84

Tableau 19 Effet des facteurs de croissance des dépenses publiques de santé en variation annuelle moyenne au Québec entre 2000 et 2016 85

Tableau 20 Variation annuelle moyenne de la production de services bruts et populationnels et des dépenses de santé et de services sociaux en dollars constants 86

Tableau 21 Résultats et scores des indicateurs de suffisance et de maintien du capital humain 89

Tableau 22 Résultats et scores des indicateurs de suffisance et de maintien des ressources matérielles 91

Tableau 23 Résultats et scores des indicateurs mesurant l'innovation numérique du système de santé et de services sociaux 94

Tableau 24 Grille des thèmes transversaux prioritaires retenus pour l'analyse des politiques publiques et leur source 106

Tableau 25 Évolution de la réforme sur l'accès (projets de loi 106, 2 et 16). 111

Tableau 26 Lisibilité du système et navigation : des avancées sectorielles, un défi persistant d'accès et de parcours. 117

Tableau 27 Lecture de la valeur créée par les politiques publiques en santé mentale 126

Tableau 28 Politiques publiques 2024 et 2025 portant sur le maintien de l'autonomie 129

Tableau 29 Politiques publiques 2024 et 2025 en prévention. 131

Tableau 30 Politiques publiques 2024 et 2025 encadrant la gouvernance de l'information 136

Tableau 31 Définition des leviers de gouvernance 147

Tableau 32 Descriptif des deux niveaux de jugement évaluatif possibles 161

Tableau 33 Typologie des politiques publiques québécoises en matière de santé et de services sociaux. 168

Tableau 34 Convergence et écarts entre priorités populationnelles et constats empiriques 177

Tableau 35 Grille d'analyse des enjeux : structuration et croisement des perspectives. 180

Graphique 1 Évolution des dépenses de santé et de services sociaux, des revenus consolidés du gouvernement du Québec et du PIB en indice de base 100 depuis 2015-2016 83

Graphique 2 Analyse de l'efficience du système de santé et de services sociaux du Québec 97

Figure 1 Regard sur les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du 1er janvier au 31 décembre 2024 148

Figure 2 Regard sur les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du 1er janvier au 31 décembre 2025 150

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Méthodologie pour évaluer la valeur du système de santé et de services sociaux 159

Annexe 2 Écosystème des instruments de politiques publiques : hiérarchie, statut prescriptif et enjeux de densification normative 164

Annexe 3 Construction de la grille d'analyse des politiques publiques. 174

SOMMAIRE

LA VALEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX : CE QUE LA POPULATION ATTEND, CE QUE LE COMMISSAIRE CONSTATE

Ce document constitue un rapport analytique détaillé en appui au rapport annuel 2025–2026 du Commissaire à la santé et au bien-être. Il approfondit les constats présentés dans le rapport principal en mobilisant l'ensemble des sources, des données et des analyses ayant permis d'éclairer l'évaluation de la valeur du système de santé et de services sociaux. Il ne vise pas à formuler de nouvelles orientations, mais à rendre explicites les fondements analytiques, les tensions et les conditions de création de valeur.

Chaque année, le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après « le Commissaire ») a la responsabilité d'apprécier les résultats du système de santé et de services sociaux et d'en rendre compte à la population. Apprécier la performance d'un système aussi vaste ne consiste toutefois pas seulement à examiner des indicateurs ou des cibles atteintes. Cela suppose de poser une question plus fondamentale, simple, mais structurante : *le système crée-t-il de la valeur pour la population ?*

Quand on parle de « performance », on pense aux délais d'attente, aux volumes de services, aux budgets ou aux cibles d'une organisation. Le Commissaire propose de déplacer le regard vers la valeur : *le système produit-il des résultats importants pour les personnes et pour la population, en tenant compte des ressources mobilisées et des valeurs de la société ?* En effet, la valeur ne se réduit ni aux coûts ni aux volumes d'activités. Elle renvoie à la capacité collective du système à produire des résultats significatifs, dans un contexte de ressources limitées et d'attentes sociales élevées.

Pour rendre cette notion opérationnelle, le modèle de la valeur s'appuie sur sept dimensions complémentaires : l'amélioration de la santé et du bien-être, la réponse aux besoins et priorités des personnes, la viabilité, l'efficience, l'équité, la protection sociale et la durabilité environnementale. Certaines dimensions sont directement perceptibles par les citoyens parce qu'elles renvoient à l'expérience du soin, du parcours et de l'accès. D'autres sont plus systémiques parce qu'elles conditionnent la capacité du système à maintenir ses activités dans le temps et à protéger la société. Ensemble, elles permettent une lecture complète et équilibrée du système.

Dans cette optique, la création de valeur repose sur un équilibre dynamique entre les priorités et les attentes de la population, les résultats réellement produits par le système au regard des ressources qu'il mobilise, et les choix de gouvernance et de gestion qui permettent l'arbitrage entre ces exigences dans un contexte de contraintes budgétaires, démographiques et organisationnelles.

Pour analyser cette dynamique de création de valeur, le Commissaire s'est appuyé sur une démarche rigoureuse : consultations pour qualifier les priorités, sondage populationnel pour mesurer l'écart entre attentes et performance perçue, recherche et analyse documentaire pour caractériser les dimensions de la valeur et les politiques publiques, puis intégration et validation d'experts afin d'assurer une cohérence globale du modèle. Nos travaux relient donc quatre angles : ce que la population considère comme important, ce que les données montrent, ce que les politiques publiques annoncent, et ce que l'on peut constater en croisant ces perspectives. Cette approche ne simplifie pas la complexité du système : elle la rend intelligible et cohérente. L'objectif est clair : rendre l'évaluation plus compréhensible, plus transparente et plus utile au débat public pour soutenir les nécessaires arbitrages afin de garantir la pérennité de notre système.

1. CE QUE LA POPULATION DIT : DES PRIORITÉS CONVERGENTES

Le point de départ est explicite : comprendre ce que la population juge important est une condition de légitimité et une condition de création de valeur. Un système peut multiplier les réformes et les politiques publiques, mais s'il ne répond pas à ce que les personnes considèrent comme prioritaire, il risque de produire des améliorations « hors cible » et de fragiliser la confiance à son égard.

Les signaux recueillis par l'entremise du Forum de consultation, une veille d'organismes de la société civile (CSBE, s. d. – e) et le sondage du Commissaire (CSBE, s. d. – d) convergent fortement.

LE FORUM : UN ESPACE DÉLIBÉRATIF

Le Forum constitue un pilier central de la démarche du Commissaire. Il ne s'agit pas d'une simple consultation, mais d'un espace structuré de délibération citoyenne. Composé de personnes citoyennes et expertes provenant d'horizons variés et de diverses régions du Québec, le Forum permet d'approfondir les enjeux au-delà des réactions spontanées ou des positions individuelles. Les membres sont invités à examiner des informations, à confronter des perspectives, à reconnaître les tensions et à expliciter les arbitrages possibles. Ce dispositif permet de soutenir une réflexion argumentée et de faire émerger, au-delà des préférences individuelles, une compréhension partagée de ce qui devrait compter dans les choix collectifs.

Un enseignement transversal se dégage : la valeur renvoie à une capacité collective à honorer un contrat social. Dans cette perspective, ce qui fonde la valeur du système tient à sa capacité à garantir l'accès, la continuité des parcours, l'équité et une responsabilité à l'égard de la santé de la population — y compris en amont, par la prévention et une attention aux conditions de vie. Est-ce que le système est là, au bon moment, de façon juste, humaine et fiable, pour tout le monde?

En intégrant les travaux du Forum à l'évaluation annuelle, le Commissaire renforce la légitimité démocratique de son appréciation et soutient un débat public mieux informé. La création de valeur est associée à la capacité du système à intégrer des mécanismes d'écoute, d'explication et de délibération. Le Forum incarne cette exigence.

Les priorités exprimées sont l'efficacité des soins et des services, leur qualité, l'accès en temps opportun, la continuité et la coordination des parcours, l'équité et l'absence de discrimination, le maintien de l'autonomie — particulièrement chez les personnes ainées — ainsi qu'un virage plus marqué vers la prévention et les déterminants de la santé. Sur le terrain, ces priorités ne sont pas formulées comme une liste technique, mais comme une attente simple : ***pouvoir obtenir des soins et des services au bon moment, offerts de façon humaine, continue et équitable, avec une information compréhensible, permettant aux personnes usagères de naviguer sans anxiété et avec prévisibilité***.

Dans le même mouvement, ces priorités s'accompagnent d'inquiétudes qui éclairent la lecture. Plusieurs personnes évoquent la fragilisation des conditions de vie — logement, alimentation, revenu — et son impact direct sur la santé. D'autres décrivent les difficultés d'accès, les délais, des parcours jugés complexes et une pression accrue liée à la santé mentale, particulièrement lorsque les besoins sont multiples ou s'inscrivent dans la durée. Des préoccupations de gouvernance reviennent aussi : centralisation perçue, participation citoyenne jugée insuffisante, place grandissante du privé, pérennité du financement et nécessaire autonomie du milieu communautaire.

Des attentes spécifiques sont également formulées par les Premières Nations et Inuit, autour du respect des droits, des processus visant la sécurisation culturelle, de l'autonomie et de l'autodétermination, ainsi

que de l'accessibilité linguistique et de la pertinence culturelle. Des enjeux liés aux déterminants de la santé tels que le logement sont aussi énoncés. Plus largement, plusieurs personnes insistent sur la reconnaissance des réalités culturelles et linguistiques et sur la participation des communautés aux décisions qui les concernent. Ces attentes rappellent que la valeur se juge aussi à la capacité du système à répondre de façon juste, pertinente et sécurisante à des réalités distinctes.

La compréhension des priorités de la population a été complétée par une analyse de l'écart entre ce que les personnes jugent prioritaire et ce qu'elles perçoivent recevoir du système. Cet écart traduit l'alignement perçu entre attentes et réponse institutionnelle. Les résultats véhiculent un message clair : pour plusieurs dimensions jugées très prioritaires, l'alignement perçu demeure faible et l'accessibilité ressort comme le point d'écart le plus marqué. À l'inverse, ce qui touche davantage aux interactions directes avec les professionnels tend à être mieux perçu que ce qui relève du fonctionnement organisationnel. Cela indique une tension structurante : la compétence clinique et l'humanisme peuvent être reconnus, tout en coexistant avec une expérience d'accès et de parcours jugée insatisfaisante. Cet écart ne signifie pas que le système ne fait rien. Il signifie un désalignement entre certaines attentes prioritaires et l'expérience vécue. Ce désarrimage affecte la satisfaction de la population et nuit à la confiance à l'égard du système de santé et de services sociaux.

2. CE QUE DISENT LES DONNÉES : FORCES, FRAGILITÉS ET ANGLES MORTS

Les constats présentés ici décrivent à la fois des forces réelles du système, des fragilités et des angles morts qui limitent une lecture complète de la valeur. Deux constats structurants se dégagent : un système qui produit de bons résultats de santé, et des défis persistants dans l'organisation du système. Ce paradoxe reflète un désalignement entre les priorités de la population, les résultats produits et l'organisation du système. Le système de santé et de services sociaux présente une efficacité clinique et populationnelle satisfaisante, particulièrement pour les services spécialisés et en matière de mortalité évitable. Toutefois, l'absence de certaines données ne nous permet pas de formuler un jugement sur tous les secteurs et pour tous les groupes populationnels.

Par contre, la réponse aux besoins et aux priorités exprimés par la population demeure insatisfaisante, particulièrement en matière d'accessibilité, de convivialité, de coordination et de continuité. Ce paradoxe fragilise la confiance et la légitimité, d'autant plus qu'il s'inscrit dans un contexte de tensions structurelles — contraintes budgétaires, insuffisance de capital humain et de ressources matérielles, stagnation de la production depuis une dizaine d'années — qui rendent l'équilibre actuel instable et difficilement soutenable sans ajustements.

En ce qui concerne les résultats populationnels, le portrait est nuancé. L'espérance de vie est excellente et parmi les meilleures au monde. Certains indicateurs liés à la capacité du système à réduire la mortalité prématurée montrent une performance satisfaisante et des améliorations au fil du temps. Ce tableau favorable cohabite toutefois avec des signaux plus préoccupants, notamment pour l'efficacité des activités de promotion et de prévention. Plusieurs résultats sont mitigés et semblent indiquer une capacité inégale à rejoindre efficacement certaines populations. Cette fragmentation réduit l'effet global des interventions préventives et limite leur capacité à modifier durablement les trajectoires de santé. À moyen et long terme, ces faiblesses ne sont pas neutres : elles réduisent la capacité à freiner la morbidité évitable et exercent une pression supplémentaire sur l'ensemble du système, y compris sur les secteurs déjà performants. Ces signaux invitent à lire la performance non seulement comme une capacité à soigner, mais aussi comme une capacité à prévenir, à agir en amont et à soutenir des parcours continus, là où les déterminants de la santé, l'accès précoce et la coordination jouent un rôle central.

En ce qui a trait à l'efficacité des soins spécialisés, les résultats montrent une capacité technique élevée et des parcours hospitaliers performants. Cette force doit être reconnue : elle témoigne de la qualité des pratiques cliniques, de la compétence des professionnels et de la robustesse des processus de prise en charge de certaines situations graves et urgentes, et elle constitue un actif collectif souvent invisibilisé lorsque l'attention publique se concentre uniquement sur les défaillances. Ces bons résultats sont néanmoins à nuancer : l'efficacité des services de santé mentale doit être améliorée et nous disposons de trop peu de données, internationalement comparables, sur l'efficacité des services de première ligne, de réadaptation ou pour des populations spécifiques comme les jeunes ou les personnes ainées. Ces constats renforcent l'hypothèse d'un système historiquement structuré autour d'interventions curatives et hospitalières, plus à l'aise dans la prise en charge d'épisodes aigus que dans l'accompagnement de problématiques chroniques, complexes ou de longue durée.

Par ailleurs, lorsqu'on revient à la question centrale — le système répond-il à ce qui compte le plus pour la population ? — le signal est cohérent avec ce que révèle le sondage : la qualité des soins et les interactions humaines ont de meilleurs résultats que les dimensions organisationnelles. L'accessibilité et la convivialité, c'est-à-dire la capacité à entrer dans le système, à s'y orienter et à obtenir des services au bon moment, apparaissent comme d'importants points faibles de l'organisation de services. Cette lecture conduit à un diagnostic simple : un des enjeux dans la production de valeur pour la population se joue au niveau de l'organisation des services, soit dans la capacité du système à rendre les parcours lisibles, coordonnés et accessibles. Le manque d'indicateurs produits à l'échelle nationale, comparables internationalement, notamment dans des secteurs de la première ligne, de la santé mentale, des services sociaux, de la réadaptation et du maintien de l'autonomie des personnes ainées, limite la portée de l'évaluation et restreint la possibilité de réaliser des comparaisons fiables aux niveaux canadien et international.

Enfin, notre système est soumis à des tensions structurelles majeures qui mettent en péril sa pérennité à moyen terme. L'espace budgétaire apparait restreint, la part de la richesse collective consacrée aux dépenses publiques de santé et de services sociaux est élevée, et la capacité à convertir les ressources financières en ressources humaines et matérielles est faible. Parallèlement, l'évolution des volumes de services rendus ne suit pas l'accroissement de la population, ce qui apparait inquiétant. Il en résulte un décalage structurel entre l'offre et la demande de services. Dans ce contexte, une priorisation vers les situations graves et urgentes contribue à maintenir une excellente performance des services spécialisés, mais semble se faire au détriment d'interventions préventives, de soins de première ligne et d'accompagnements de longue durée.

3. CE QUE DISENT LES POLITIQUES PUBLIQUES : UNE AMBITION STRUCTURANTE, SOUS CONDITIONS

Les politiques publiques adoptées ou actualisées en 2024 et en 2025 affichent une ambition structurante et une volonté claire de transformation : améliorer la performance et l'efficacité du système, renforcer la cohérence organisationnelle, accroitre la responsabilité populationnelle et mieux répondre aux besoins. Elles dessinent une reconfiguration institutionnelle où le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se positionne davantage comme pilote et où Santé Québec prend une place centrale

dans l'opérationnalisation. Ici, l'analyse est volontairement circonscrite aux politiques elles-mêmes — orientations, objectifs, instruments — sans préjuger de leur implantation ou de leurs effets concrets.

L'action publique mobilise fortement des leviers normatifs et structurels : réorganisations, clarification des responsabilités, encadrement de pratiques, multiplication de cadres et d'orientations, centralisation de certaines fonctions et standardisation de secteurs ciblés. Cette densité d'instruments envoie un signal politique, mais pose une question de lisibilité et de séquençage : quand plusieurs chantiers avancent en parallèle, la cohérence temporelle, la disponibilité des ressources pour implanter les changements ainsi que la capacité d'absorption du système deviennent des conditions déterminantes.

Dans un environnement où les politiques publiques s'accumulent dans le temps (*policy layering*), il devient plus difficile de déterminer quels instruments prévalent, ce qu'ils remplacent ou encore dans quelle mesure ils se complètent. Cette densification normative peut brouiller la hiérarchie des actions, compliquer l'applicabilité sur le terrain et accroitre les enjeux de cohérence, notamment lorsque le statut prescriptif de certains documents demeure ambigu.

Cette dynamique ne doit pas être confondue avec les enjeux de silos organisationnels. Les premiers relèvent d'une accumulation d'instruments dans le temps; les seconds, d'un déficit d'intégration transversale. Ces deux phénomènes peuvent coexister et, ensemble, augmenter la complexité d'implantation et fragiliser la capacité d'absorption du système.

Cette situation soulève une question structurante de gouvernance : existe-t-il un mécanisme explicite et périodique permettant d'évaluer la pertinence, l'actualisation ou la caducité des politiques publiques et, le cas échéant, de les consolider, de les ajuster ou d'y mettre fin ? En l'absence d'un tel processus, le risque est celui d'une accumulation d'instruments qui complexifie l'environnement organisationnel sans nécessairement accroitre la cohérence stratégique ni la capacité d'implantation.

Par contraste, certains leviers essentiels à la traduction concrète des orientations apparaissent moins visiblement dans l'espace public. Les politiques publiques sont nombreuses, mais les mécanismes soutenant leur appropriation au quotidien — accompagnement de l'implantation, apprentissage organisationnel, boucles de rétroaction, arrimage transversal des politiques pour simplifier les parcours — sont moins explicitement consolidés. Cette situation soulève un questionnement alors que la création de valeur dépendra moins de l'ambition déclarée que de la capacité d'exécution dans la durée : transformation culturelle, disponibilité de la main-d'œuvre, cohérence des incitatifs, stabilité des équipes, ressources matérielles et marges de manœuvre locales. Une réforme peut être stratégiquement cohérente tout en demeurant difficilement soutenable si

l'accumulation des exigences dépasse la capacité d'absorption du système. Autrement dit, la question centrale n'est pas seulement celle de la direction choisie, mais également celle de la capacité réelle du système à transformer cette direction en expérience améliorée pour les personnes.

Cette transformation repose principalement sur des leviers normatifs et structurels — réorganisations, encadrements et standardisation — alors que les leviers d'appropriation, d'accompagnement, d'apprentissage organisationnel et d'arrimage transversal apparaissent moins développés, ce qui soulève un enjeu de capacité réelle de transformation.

4. CE QUE LE COMMISSAIRE CONSTATE : ANALYSE INTÉGRÉE

En croisant les perspectives — perspective de la population, données et politiques publiques —, plusieurs constats se dégagent. Le premier est que la valeur nécessite des alignements et que le système est actuellement confronté à un désalignement entre les priorités exprimées par la population, les résultats produits et les mécanismes de gouvernance. Ce désalignement se manifeste notamment entre les priorités exprimées par la population et les résultats produits par le système, entre les objectifs annoncés dans les politiques publiques et les transformations observables, ainsi qu'entre les incitatifs de gouvernance et les objectifs poursuivis. L'écart observé entre les priorités et la valeur produite constitue un signal fort, particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité et la fluidité des parcours.

Le deuxième constat est que la valeur est multidimensionnelle. Améliorer la valeur ne se résume pas à accroitre l'accès ou à augmenter le volume d'activités. Le système doit répondre à d'autres impératifs, notamment par sa capacité à être équitable, viable et efficient, en plus d'assurer la protection sociale de la population et la durabilité environnementale. Toutes ces dimensions sont constitutives de la capacité d'un système de santé et de services sociaux à produire de la valeur pour la population et la société. Les tensions entre ces dimensions ne sont pas des anomalies, elles sont inhérentes à la gouvernance d'un système complexe. Les rendre explicites permet d'éclairer les choix collectifs plutôt que de les laisser implicites. À défaut, ces tensions se traduisent par des arbitrages implicites ou méconnus, souvent perçus comme des incohérences ou des échecs.

Le troisième constat concerne la pérennité du système. Une réforme peut générer des améliorations structurantes, mais la capacité du système à soutenir ces changements dans le temps constitue une condition essentielle pour accroitre son efficience et sa viabilité. Un système sous tension

constante risque de compromettre la qualité des soins et des services, la mobilisation des équipes et la confiance du public. La pérennité n'est donc pas une dimension secondaire : elle conditionne la capacité même de produire de la valeur.

Enfin, les consultations réalisées par l'entremise du sondage et du Forum ainsi que la veille relevant les préoccupations de la société civile ont permis d'intégrer les perspectives citoyennes à l'analyse. Cette participation ne remplace pas les données : elle les complète. Elle aide à identifier des angles morts, à comprendre les écarts perçus et à rendre les arbitrages plus transparents. Un système qui crée de la valeur est aussi un système qui écoute et qui explique. Pour générer de la valeur et soutenir les processus d'alignement, il est nécessaire de rendre explicites et accessibles les priorités et attentes de la population, les résultats réellement produits par le système ainsi que les orientations des politiques publiques. Cette transparence permet de mieux comprendre comment les choix effectués contribuent, ou non, à répondre aux attentes collectives et à améliorer la performance. Toutefois, la transparence ne suffit pas. Ces éléments soulignent l'importance d'alimenter un débat social éclairé afin d'identifier et d'assumer les arbitrages inhérents à tout système confronté à des attentes élevées et à des contraintes structurelles.

MESSAGES CLÉS AU REGARD DE LA CRÉATION DE VALEUR PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (SSSS)

L'évaluation de la valeur produite par le système de santé et de services sociaux, telle que présentée dans Grands repères, met en évidence un profil contrasté. Plusieurs constats populationnels et cliniques sont satisfaisants, en particulier du côté des services hospitaliers et spécialisés. En parallèle, la valeur apparait plus faible pour des dimensions directement liées à l'expérience des personnes, dont l'accessibilité en temps opportun, la convivialité, la coordination et la continuité des services.

Les signaux exprimés par la population — à travers le Forum de consultation, la veille des organisations de la société civile et le sondage — permettent de nuancer et d'interpréter ce contraste. Ils convergent vers des priorités claires : obtenir des soins et services au bon moment, dans des parcours lisibles, continus et sécurisants, avec une attention accrue à l'équité, au maintien de l'autonomie, à la prévention et aux déterminants de la santé. Le sondage indique par ailleurs que certaines dimensions jugées très prioritaires (ex. : l'accessibilité en temps opportun) correspondent à celles pour lesquelles la performance perçue est la plus faible, ce qui constitue un signal de désalignement entre certaines attentes prioritaires et l'expérience vécue.

L'analyse des politiques publiques adoptées en 2024 et en 2025 montre une mobilisation soutenue des instruments normatifs et structurels dans un contexte de reconfiguration institutionnelle marquée par la mise en place de Santé Québec. Les politiques adoptées ou actualisées affichent une ambition de transformation et une volonté de renforcer la cohérence organisationnelle et le pilotage. Cette analyse, circonscrite aux politiques elles-mêmes, ne permet pas de conclure aux effets concrets des mesures, difficiles à constater pendant une réforme. Elle permet toutefois d'apprécier le degré de correspondance entre les enjeux visés par l'action publique et les zones de valeur identifiées comme plus fragiles.

Dans cette perspective, un point d'attention transversal se dégage : la création de valeur dépendra de la capacité du système à traduire l'ambition déclarée en améliorations observables dans les dimensions prioritaires pour la population, tout en assurant des conditions de pérennité permettant la continuité de l'action dans le temps. L'enjeu n'est donc pas seulement de documenter la transformation, mais également de pouvoir déterminer, de manière transparente, si cette transformation contribue à réduire les écarts identifiés dans les dimensions de valeur les plus sensibles et prioritaires pour la population.

5. CONCLUSION : UNE TRANSFORMATION QUI DEVRA CRÉER DE LA VALEUR

Ce document ne vise pas à trancher les arbitrages à la place des décideurs. Il vise à éclairer la discussion publique en rendant visibles les liens entre attentes citoyennes, connaissances disponibles et orientations politiques. Apprécier la performance à partir de la valeur permet de dépasser une lecture fragmentée du système et de recentrer l'attention sur les résultats réellement produits, sur les conditions de leur production et sur leur légitimité sociale.

La transformation du système est en cours. Elle est ambitieuse et exigeante. Sa réussite ne se mesurera pas uniquement à l'atteinte de cibles organisationnelles, mais également à sa capacité à produire une valeur tangible pour la population.

À court terme, plusieurs points de vigilance se dégagent pour l'action publique du MSSS et de Santé Québec : vérifier si les transformations engagées améliorent la création de valeur, déployer des mesures d'implantation de celles-ci sur le plan organisationnel, continuer de recueillir les perspectives citoyennes pour éclairer les ajustements requis dans l'action publique pour que les ambitions stratégiques se traduisent réellement dans l'expérience vécue. Toutefois, même si les transformations du système sont nécessaires, elles ne sont pas suffisantes. Le système de santé et de services sociaux ne contribue qu'à environ 30 % de l'état de santé de la population. Améliorer la santé, le bien-être et la qualité de la vie exige donc une action plus concertée avec les autres secteurs qui influencent la santé. Se concentrer exclusivement sur le système de santé et de services sociaux, sans agir sur la répartition des richesses, l'accès au logement, la qualité de l'environnement de vie ou la solidarité intra et intergénérationnelle, risque d'entrainer des investissements croissants sans produire les résultats ultimes recherchés.

Le Commissaire poursuivra son mandat indépendant afin d'éclairer ces transformations.

INTRODUCTION
ÉVALUER LA VALEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

En vertu de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après « *Loi sur le CSBE* »), le Commissaire a pour mission d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux (SSSS) afin de fournir à la population les éléments nécessaires à la compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement (*Loi sur le CSBE*, art. 2).

Dans l'exercice de cette mission, le Commissaire a notamment pour fonction d'informer le ministre et la population de la performance globale du SSSS[1], de présenter les changements proposés pour en améliorer l'efficacité ou l'efficience, ainsi que d'expliquer les enjeux et les implications de ses propositions (*Loi sur le CSBE*, art. 14 3°). C'est dans cette perspective que le Commissaire transmet au ministre un rapport annuel rendant compte de l'exercice de ses responsabilités (*Loi sur le CSBE*, art. 22). Le présent document constitue le rapport analytique détaillé en appui au rapport annuel. Il vise à expliciter les fondements méthodologiques, les sources mobilisées et les analyses ayant permis d'établir les constats présentés dans le rapport principal. Il s'inscrit en complément du rapport annuel, dont il est indissociable, en apportant un niveau d'analyse approfondie.

POURQUOI ÉVALUER : TRANSPARENCE, REDDITION DE COMPTES ET ARBITRAGES ÉCLAIRÉS

Partout dans le monde, les systèmes de santé sont confrontés à des pressions croissantes. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la complexification des parcours et la hausse continue des dépenses mettent à l'épreuve la capacité des systèmes à répondre efficacement et équitablement aux besoins de santé et de bien-être de tous (Boelen et OMS, 2001; Rajan et al., 2023; Smith et al., 2020). Ces pressions soulèvent des questions de pérennité et appellent à renforcer les approches de gouvernance et de gestion, particulièrement dans un contexte de ressources limitées et d'attentes élevées.

1 Pour le Commissaire, la performance et la valeur sont des concepts distincts, mais étroitement liés. La performance renvoie à la manière dont le système de santé et de services sociaux accomplit sa mission et aux résultats qu'il produit. La valeur correspond aux résultats qui comptent le plus pour la population et à la capacité du système à les produire au regard des ressources mobilisées et des valeurs de la société. Elle conduit ainsi à apprécier non seulement les résultats obtenus, mais aussi l'adéquation avec les priorités de la population. À ce titre, la capacité à produire de la valeur constitue un élément central de la légitimité du système de santé et de services sociaux.

Dans ce contexte, orienter la transformation du système vers la valeur apparait comme une avenue structurante. La notion de « valeur » implique que le système soit conçu, piloté et évalué en fonction de ce qu'il crée pour la population, plutôt qu'en fonction uniquement des ressources mobilisées, des activités réalisées ou des volumes de services produits. Une telle approche repose sur une compréhension fine de ce qui compte pour la population, les personnes usagères, leurs familles, les professionnels de la santé et les communautés (WHO, 2021). Elle requiert également une gouvernance fondée sur une logique d'intendance du système, selon laquelle les décideurs politiques et administratifs agissent comme garants du bien commun, de l'utilisation judicieuse des ressources et de la cohérence de leurs décisions avec les valeurs de la société (Saltman et al., 2000; Brinkerhoff et al., 2019).

L'évaluation de la valeur constitue dès lors à la fois un mécanisme d'imputabilité envers la population et un levier pour soutenir l'alignement entre les résultats du système, les choix de gouvernance et de gestion, et les priorités de la population. Elle contribue à renforcer la transparence de l'action publique et la reddition de comptes, en rendant plus explicites les tensions et les arbitrages qui traversent les décisions, notamment en matière d'accès, d'équité, de viabilité, de saine utilisation des fonds publics et de durabilité environnementale.

Le Commissaire a développé une évaluation de la valeur du système de santé et de services sociaux, accessible sur la plateforme numérique Grands repères. Cette démarche repose sur des assises théoriques et méthodologiques robustes, ayant permis de clarifier la notion de valeur et d'en opérationnaliser la mesure (CSBE, s. d. – a; CSBE, s. d. – b)[2].

> La **valeur** d'un système de santé et de services sociaux correspond à l'ensemble des résultats importants pour la population, obtenus par le système, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société. Un système crée de la valeur lorsqu'il améliore la santé et le bien-être de la population; répond aux besoins et aux priorités des personnes; assure sa viabilité; agit de manière équitable et efficiente; favorise la protection sociale et la durabilité environnementale.

2 Pour apprécier les résultats du système de santé et de services sociaux du Québec, le Commissaire s'est doté d'un modèle d'évaluation structuré autour de la notion de valeur, qui permet d'analyser et de juger les différentes dimensions de la performance. Cette approche s'inscrit dans un mouvement international visant à orienter les systèmes de santé en fonction de ce qui importe réellement à la population. La valeur devient ainsi à la fois une finalité et un levier de transformation, en favorisant un meilleur alignement entre les résultats produits et les priorités collectives. Les détails concernant la méthodologie utilisée et les définitions des dimensions de la valeur et des sous-dimensions la composant font l'objet de publications à venir (CSBE, s. d. – b; CSBE, s. d. – d).

Les Grands repères, sur lesquels repose cette évaluation, s'inscrivent dans cette approche. Ils visent à éclairer les enjeux contemporains du système et à nourrir le débat public en soutenant une compréhension commune des constats, des tensions et des arbitrages auxquels nous sommes collectivement confrontés.

DES OBJECTIFS COMPLÉMENTAIRES : ÉVALUER LES RÉSULTATS DANS UN CONTEXTE DE TRANSFORMATION ET RENDRE COMPTE DES CONSULTATIONS

Le présent document poursuit trois objectifs complémentaires, en appui au rapport annuel. D'abord, il approfondit les priorités de la population susceptibles d'orienter les décisions et le fonctionnement du système. À cette fin, le Commissaire mobilise plusieurs sources, dont un sondage auprès de la population (CSBE, s. d. – d), une veille des organisations de la société civile (CSBE, s. d. – e) ainsi que les travaux du Forum de consultation et ses conclusions sur les questions qui lui ont été soumises (*Loi sur le CSBE*, art. 18 et 22).

Ensuite, il documente de manière détaillée la valeur générée par le système et sa capacité à répondre aux priorités exprimées. L'ensemble de l'évaluation est disponible sur la plateforme numérique Grands repères (https://grandreperes.quebec/grands-reperes)[3].

Enfin, il analyse les dynamiques de la réforme amorcée par le gouvernement, afin d'en soutenir la compréhension d'ensemble et de situer les transformations qui en découlent au regard de la valeur attendue pour la population.

3 La méthodologie de construction des jugements est également présentée en détail sur la plateforme Grands repères dans l'onglet Méthodologie. https://grandsreperes.com/grands-reperes/methodologie

SECTION 1
CE QUE LA POPULATION ATTEND DU SYSTÈME

Comprendre ce que la population attend du SSSS et aligner l'action collective pour y répondre constituent une condition essentielle de légitimité démocratique et de création de valeur. Dans une perspective axée sur la valeur, les résultats d'un système ne peuvent être appréciés uniquement à partir de ses activités ou de ses structures : ils doivent être mis en relation avec ce que la société juge prioritaire, avec ce qui est vécu et avec ce qui est considéré comme juste et acceptable.

Résumé des attentes et priorités exprimées par la population

- Les priorités de la population peuvent être saisies de façon rigoureuse lorsque plusieurs sources convergent. Les attentes sont claires et convergentes : accès en temps opportun, qualité et efficacité, maintien de l'autonomie (notamment chez les personnes ainées), continuité et coordination, équité et non-discrimination, virage plus marqué vers la prévention et les déterminants de la santé.
- Ce qui inquiète : fragilisation des conditions de vie (logement, alimentation, revenu), difficultés d'accès (délais, parcours complexes, santé mentale) et préoccupations face à la gouvernance (centralisation perçue, participation jugée insuffisante, place du privé, financement et autonomie du communautaire).
- Des attentes spécifiques aux Premières Nations et Inuit : une exigence de respect des droits et de sécurisation culturelle, d'autodétermination, enjeux liés à l'accessibilité linguistique, culturelle et au logement.

Le Commissaire a mobilisé trois sources de données complémentaires dans la dernière année pour documenter et comprendre les priorités de la population québécoise :

- un sondage, qui quantifie et ordonnance les priorités et met en évidence l'écart entre ce que la population souhaite et ce qu'elle perçoit recevoir du système;
- une veille d'organisations de la société civile, utile pour capter les signaux émergents et recueillir les préoccupations exprimées dans l'espace public;
- le Forum de consultation du Commissaire, qui offre un espace délibératif permettant de comprendre en profondeur les valeurs, les attentes et les conditions jugées nécessaires pour y répondre.

Ensemble, sans prétendre à l'exhaustivité, ces sources permettent de constituer un portrait structuré des attentes prioritaires à l'égard du système.

1. LES PRIORITÉS DE LA POPULATION SONT L'EFFICACITÉ DES SERVICES, LA QUALITÉ DES SOINS ET L'ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN

Le sondage réalisé en 2024 montre que les répondants accordent une importance élevée à l'ensemble des dimensions de la valeur évaluées, avec des niveaux moyens de priorité supérieurs à 80 % pour chacune d'entre elles (CSBE, s. d. - d).

Tableau 1 : Niveau moyen de priorité accordé aux différentes dimensions de la valeur

Source : *Sondage sur les attentes et les perceptions des Québécois à l'égard du système de santé et de services sociaux.* (CSBE, s. d. - d).

Trois dimensions sont prioritaires pour les personnes sondées, alors qu'elles obtiennent toutes des scores moyens dépassant 90 % :

- **La capacité des soins et des services à améliorer la santé et la qualité de vie, ainsi qu'à réduire les symptômes ou les problèmes**, c'est-à-dire leur efficacité;
- **La qualité des soins**, par exemple la compétence professionnelle, des soins appropriés et conformes aux meilleures pratiques, des conseils pour prévenir les récidives;
- **L'accessibilité en temps opportun**, soit l'obtention de soins et services dans des délais jugés raisonnables.

Autrement dit, les répondants attendent à la fois des soins qui fonctionnent, des soins de qualité et un accès réel au bon moment. Ce portrait quantifié rejoint ce qui ressort des consultations plus qualitatives : les attentes sont claires et convergentes. Elles renvoient à une expérience simple, mais exigeante : pouvoir obtenir de l'aide sans se perdre dans le système, recevoir des services sécurisants et continus, et constater des effets tangibles sur la santé et le bien-être — avec une attention particulière au maintien de l'autonomie, notamment dans un contexte de vieillissement de la population.

2. DES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ALERTENT SUR UNE FRAGILISATION DES CONDITIONS DE VIE, SUR DES ENJEUX D'ACCÈS ET DE GOUVERNANCE

Durant l'année 2024-2025, nous avons suivi les prises de positions officielles de plusieurs organisations de la société civile. Plusieurs de leurs préoccupations convergent.

MÉTHODOLOGIE POUR DÉCRIRE ET COMPRENDRE LES PRÉOCCUPATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les éléments présentés dans cette section rendent compte d'une veille et d'une synthèse de positions exprimées par des organisations de la société civile[4] via des communiqués, des mémoires et des rapports. Ces éléments ne constituent pas, en tant que tels, des jugements de résultats corroborés par des données administratives ou cliniques; ils visent plutôt à documenter des préoccupations, des perceptions, des revendications et certaines propositions de moyens, utiles pour éclairer la compréhension des écarts entre les attentes sociales et la réponse gouvernementale ou organisationnelle perçue.

2.1 Protection sociale qui s'effrite : fragilisation des conditions de vie et effets perçus sur la santé

Plusieurs organisations rapportent une fragilisation de la capacité des personnes à satisfaire leurs besoins de base, notamment en matière de logement et d'alimentation, dans un contexte de hausse du coût de la vie. Elles évoquent notamment :

- des situations où des personnes auraient à choisir entre se nourrir et payer des médicaments, ou encore auraient dû annuler des services essentiels (ex. : popote roulante) faute de moyens;
- une insécurité résidentielle;
- un nombre important de ménages dont le revenu résiduel deviendrait négatif une fois les besoins essentiels satisfaits.

Plusieurs acteurs associent la combinaison de la situation de pauvreté et de la crise du logement à une augmentation de l'itinérance, y compris chez les personnes ainées, et à des effets préoccupants sur la santé mentale. Certains estiment que la réponse publique, notamment sur le plan du logement et du soutien du revenu, demeure insuffisante au regard des besoins, malgré ce qu'ils décrivent comme une multiplication des signaux d'alerte par la société civile. Cela renforce l'idée que la création de valeur ne peut se limiter aux soins : elle suppose aussi une capacité d'action intersectorielle.

4 Cette veille, réalisée à l'été 2025 à partir des communications de janvier 2024 à juillet 2025, couvre une grande diversité d'organisations :

- regroupements et associations de personnes citoyennes, travailleuses, retraitées, ainées, proches aidantes et usagères du SSSS;
- associations professionnelles;
- associations autochtones;
- regroupements intersectoriels engagés pour une plus grande justice sociale.

Ces organisations ne relèvent pas du réseau public, mais elles interviennent au cœur des réalités façonnées par le SSSS. Leur regard permet de saisir, de l'extérieur, certains enjeux vécus par la population et d'interroger la capacité du SSSS à répondre aux besoins évolutifs de la société. Il s'agit d'une veille non exhaustive, qui présente un échantillon d'enjeux et de préoccupations.

2.2 Capacité de répondre aux besoins et pérennité budgétaire : un système perçu comme sous-financé, sous tension et difficile d'accès

Plusieurs organisations soutiennent que la détérioration des conditions de vie se répercuterait sur les services communautaires et sur le réseau public, qui auraient de la difficulté à absorber l'augmentation des besoins. Elles soulignent notamment :

- une réactivité jugée insuffisante du SSSS face à l'évolution des besoins;
- des difficultés d'accès aux soins et au soutien à domicile (ex. : des parcours décrits comme « nébuleux », des besoins perçus comme étant supérieurs à l'offre, une communication jugée lacunaire);
- un soutien concret jugé insuffisant aux personnes proches aidantes;
- des difficultés majeures d'accès en santé mentale, où les épisodes aigus, de crises, demeureraient trop souvent la porte d'entrée dans le SSSS;
- une couverture jugée insuffisante de certains soins et services associés au maintien de l'autonomie (ex. : soins dentaires, lunettes, appareils auditifs);
- des coupures rapportées dans l'adaptation du domicile, le transport ou l'intégration au travail, touchant en particulier les personnes en situation de handicap.

Enfin, plusieurs organisations soulignent des enjeux d'équité et d'accessibilité, notamment :

- des disparités interrégionales, où l'insuffisance de l'offre de services est fréquemment dénoncée;
- des difficultés d'accès pour les personnes immigrantes ou d'expression anglaise (notamment, barrières linguistiques et culturelles, isolement, dépendance à la famille pour la traduction et le transport).

Ces éléments alimentent des attentes récurrentes pour davantage de prévention, de soutien au revenu et au logement, de financement stable des organismes communautaires, de transparence dans les choix budgétaires, de participation de la population et des personnes usagères aux décisions, ainsi que de marge de manœuvre pour adapter les services aux besoins de la population locale.

2.3 Gouvernance et viabilité : centralisation, place du privé et autonomie communautaire

Sur le plan de la gouvernance, la mise en œuvre de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS) instituant Santé Québec est décrite par plusieurs organisations comme étant associée à une centralisation accrue. Elles expriment notamment :

- une réduction perçue de la participation des personnes usagères, des communautés et des professionnels de la santé aux décisions;
- des craintes d'une déshumanisation et d'un éloignement des réalités locales;
- des inquiétudes relatives au soutien offert aux comités d'usagers et de résidents pour qu'ils puissent bien accomplir leur mission.

Des regroupements d'organismes communautaires dénoncent un désengagement de l'État, le fait de devoir compenser des besoins auxquels le SSSS n'a pas répondu, tout en rapportant une fragilisation de leur autonomie (dépendance financière, exigences administratives, harmonisation des pratiques). Les organismes présentent le sous-financement de certaines missions du réseau public et du milieu communautaire comme un enjeu majeur, avec des risques anticipés de pertes d'expertise, de ruptures de services et de bris de continuité, particulièrement pour des personnes plus marginalisées.

Par ailleurs, de nombreux acteurs expriment des inquiétudes au sujet de la croissance de l'offre privée (cliniques, hôpitaux, services contractés), qu'ils jugent susceptible :

- d'accentuer les inégalités d'accès;
- de réduire la disponibilité de main-d'œuvre du secteur public;
- de banaliser progressivement le recours au privé, plutôt que de le maintenir comme étant une exception.

3. POUR DES ORGANISATIONS DES PREMIÈRES NATIONS ET INUIT, LES PRIORITÉS CIBLENT LE RESPECT DES DROITS, LA SÉCURISATION CULTURELLE ET L'AUTODÉTERMINATION

La veille réalisée met également en lumière des enjeux soulevés par certaines organisations et certains gouvernements des Premières Nations et Inuit, en particulier en matière de droits fondamentaux, de logement, d'accessibilité culturelle et linguistique.

3.1 Respect des droits et sécurisation culturelle

Plusieurs organisations décrivent la sécurisation culturelle comme un enjeu de droits. Elles rappellent que les solutions pour assurer des soins et services sécurisants devraient être définies par les Premières Nations elles-mêmes, conformément aux principes énoncés par Indigenous Peoples Rights International (IPRI, 2023). Elles demandent que le gouvernement respecte leurs droits et s'engage dans un processus de coconstruction visant la sécurité culturelle et l'équité d'accès aux SSSS.

3.2 Accessibilité culturelle et linguistique

Des organismes soulignent l'importance d'adapter les services de santé et de soutien à domicile aux réalités des Premières Nations et Inuit, où les personnes proches aidantes peuvent être confrontées à un fardeau accru. Plusieurs acteurs décrivent l'accessibilité culturelle – envisagée sous l'angle de la sécurisation culturelle – et les obstacles linguistiques comme des freins à des services compréhensibles et respectueux. Pour de nombreux Autochtones, le français n'est qu'une seconde ou troisième langue, et l'absence de services d'interprétation limite l'autonomie et la compréhension des soins. Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec insiste sur la nécessité de mobiliser davantage ces centres comme partenaires pour soutenir l'accessibilité culturelle et linguistique. Santé Québec vise d'ailleurs à «*renforcer l'accès et la continuité de services sécurisants pour les communautés des Premières Nations et Inuit*» dans sa planification stratégique.

3.3 Logement et autonomie des Premières Nations

Le logement relève de responsabilités partagées entre plusieurs juridictions — fédérale, provinciale, municipale, communautés — et, pour les Premières Nations, cette répartition a des effets concrets sur la sécurité résidentielle et l'autonomie. L'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) dénonce le retard historique dans les investissements fédéraux et l'incapacité des Premières Nations d'exercer leur pleine juridiction en matière de logement. Ces contraintes sont présentées comme contribuant à l'insécurité résidentielle et limitant la capacité des communautés à développer des solutions adaptées, avec des effets concrets sur ce déterminant central de la santé. La question touche au partage des compétences entre gouvernements et à leurs répercussions concrètes sur la vie des Premières Nations.

3.4 Égalité entre les femmes et les hommes

Femmes Autochtones du Québec (FAQ) a annoncé le projet de Charte d'égalité entre les femmes et les hommes des Premières Nations, visant à promouvoir et à protéger les droits et les opportunités pour les femmes et les filles autochtones, tout en valorisant leurs cultures et leurs savoirs dans la société. Cette initiative vise à éliminer les barrières systémiques et à créer des environnements sécuritaires pour renforcer leur leadership et leur participation à la gouvernance en s'appuyant sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des Peuples autochtones et la Recommandation générale n° 39 sur les droits des femmes et des filles autochtones.

4. LES DÉLIBÉRATIONS DU FORUM POUR ÉCLAIRER LE SENS ET LES ARBITRAGES DE LA VALEUR

Le Forum de consultation est un exercice délibératif qui met en commun des points de vue, expériences et connaissances afin d'éclairer la réflexion du commissaire. Le Forum ne vise pas la représentativité statistique, mais une recherche de sens : faire émerger les tensions, les priorités et les arbitrages à faire en lien avec les questions qui lui sont soumises. Ces travaux offrent un éclairage essentiel pour interpréter la valeur du SSSS.

Conformément à la Loi sur le CSBE, le Forum réunit des personnes de différentes régions du Québec et d'autres possédant une expertise particulière en relation avec le domaine de la santé et des services sociaux. Sa composition vise à permettre l'expression de facteurs de diversité. Le Forum de consultation 2022-2025 du Commissaire était un groupe composé de 25 personnes. Il comprenait 15 personnes de différentes régions du Québec (seules les régions du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James n'étaient pas représentées) et 9 personnes possédant une expertise particulière, en s'assurant que soient représentés, dans la mesure du possible, l'ensemble des groupes d'âge de même que les caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la population du Québec. Les nominations visent aussi une parité entre les femmes et les hommes et une représentativité la plus équitable possible tant du domaine de la santé que de celui des services sociaux. Bien que sa composition ne soit pas représentative de l'ensemble de la société québécoise, le Forum occupe une place singulière dans l'écosystème démocratique québécois alors que très peu d'espaces délibératifs permettent de réunir des personnes d'horizons si diversifiés plusieurs fois par année.

4.1 Le Forum conçoit la valeur comme étant fondée sur l'accès, la continuité, l'équité et la responsabilité populationnelle

Au cours de la période 2024-2025, les délibérations du Forum ont notamment souligné :

- des attentes structurantes face au SSSS pour soutenir les trajectoires de soins des personnes ainées, telles que l'accessibilité, l'équité, une approche de soins holistique, la continuité, des services sécurisants, le fait d'être informé ou éduqué pour comprendre et agir;
- l'importance de l'approche de santé populationnelle – ou de la responsabilité populationnelle –, de l'ancrage social, communautaire et territorial de cette approche, ainsi que des conditions de déploiement et de mise en œuvre de cette dernière (CSBE, 2025b).

Ces éléments s'inscrivent dans la continuité des travaux du Forum sur l'importance du maintien de l'autonomie, considéré comme prioritaire dans le cadre des travaux sur les services de soutien à domicile (CSBE, 2024a; CSBE, 2024b), qui suppose un écosystème de soutien mobilisant aussi la société civile.

Dans le cadre du renouvellement du Plan stratégique 2025-2029 du Commissaire (CSBE, s. d.–c), les membres du Forum ont identifié les défis majeurs suivants pour le SSSS :

- l'accessibilité aux soins et aux services de première ligne ainsi qu'aux soins spécialisés, dans un contexte où cet enjeu est exacerbé dans certaines régions. Pour les membres du Forum, il est essentiel de garantir des soins et des services de qualité adaptés à chaque région, de réduire les délais d'attente et d'assurer une équité régionale;

- la pénurie de main-d'œuvre de tous les types de professionnels de la santé. Cette pénurie contribue aux enjeux d'accessibilité et de délais avant de recevoir des soins et des services;
- la réduction de la maladie et l'amélioration de la santé de la population en misant sur la prévention, la promotion de la santé et l'action sur les déterminants de la santé;
- l'offre de soins et de services de santé non discriminatoires pour tous.

Enfin, tout au long de leur mandat, les membres du Forum 2022-2025 ont souligné que l'inclusion réelle des perspectives des Premières Nations et Inuit constitue une condition incontournable de légitimité démocratique.

4.2 La valeur est comprise comme une capacité collective à honorer un contrat social, au-delà de la seule performance clinique

Les délibérations du Forum sur la valeur et ses dimensions font ressortir une lecture d'ensemble de ce que le système doit produire pour qu'il génère de la valeur aux yeux des membres. Au fil des échanges, la valeur est décrite comme une capacité collective à honorer un contrat social, c'est-à-dire offrir des soins et des services qui permettent de rejoindre les personnes où elles sont et dans les conditions dans lesquelles elles sont, soutenir des parcours compréhensibles et continus, et éviter qu'une partie de la population se retrouve « hors champ » lorsque ses besoins deviennent complexes, chroniques ou socialement marqués.

Les délibérations mettent d'abord en lumière la nécessité de garantir un accès égalitaire au SSSS. Après, dans un contexte de ressources limitées, dans une logique de « justice sociale » et d'« égalité des chances », l'équité devient une condition pour assurer la cohésion sociale et la confiance face au système. En ce sens, plusieurs ont nommé le risque de désolidarisation sociale si le système laisse tomber les personnes les plus vulnérables. Cette préoccupation est illustrée par des exemples comme des barrières linguistiques, la difficulté d'accès pour des personnes ayant des handicaps ou en situation de marginalité (ex. : personnes réfugiées, personnes ayant des troubles de santé mentale ou des enjeux de consommation), ainsi que les réalités des territoires où l'accès dépend de la distance, de l'organisation locale des services et de la capacité à naviguer dans le système.

Mettre l'accent sur l'accès peut rendre le système plus humain, plus satisfaisant, mais cela ne suffit pas : encore faut-il que cet accès génère une meilleure santé et un plus grand bien-être. L'amélioration de la santé et du bien-être signifie un mouvement (passer d'un état à un autre) évolutif vers une meilleure cohérence entre ce qui est souhaité et ce qui est réaliste selon une approche globale, tenant compte des dimensions physique, mentale, sociale et émotionnelle. Le système consacre beaucoup plus de temps et d'énergie à l'amélioration de la santé, et moins au bien-être qui est plus holistique. Le bien-être doit être bien positionné; il est aussi important d'agir sur celui-ci et de s'assurer que cette vision est présente dans les services offerts. Les services ne doivent pas être axés uniquement sur la santé. Le bien-être fait également partie du rôle du SSSS. Il ne s'agit pas seulement de répondre à des problèmes, mais de voir la personne dans son ensemble. Ainsi, les membres souhaitent un suivi réel, un accompagnement global, pour que la personne usagère ne soit pas seulement un nom sur une liste.

Dans cette trame, la valeur repose aussi sur la pertinence et l'optimisation de l'utilisation des ressources, avec une attente forte de transparence et de redevabilité. Dans une perspective évaluative du système, les membres soulignent l'importance de « l'accès aux données », d'« indicateurs valides » et d'une « feuille de route » qui permette de suivre l'évolution du système, sans réduire l'évaluation à une lecture « macro-administrative ». Ils relient cette exigence de pilotage à un constat organisationnel : la valeur est fragilisée lorsque le système est perçu comme bureaucratique, traversé par des silos, et insuffisamment capable d'« apporter un peu de flexibilité » pour s'ajuster aux besoins réels et éviter le nécessaire « parcours des combattants » pour obtenir des services. Cette attente se traduit aussi par une reconnaissance explicite des conditions de production de la valeur : la place du travail clinique, mais aussi le rôle des services sociaux et des organismes communautaires, avec la préoccupation que ces partenaires puissent contribuer sans être « absorbés » ni fragilisés dans leur autonomie.

Le Forum propose par ailleurs une logique de transformation qui revient comme point d'appui : la responsabilité populationnelle, pensée avec un ancrage territorial. Les membres insistent sur le fait qu'on ne peut parler de valeur sans clarifier qui est la « population » d'un territoire, comment on identifie des « besoins non exprimés », et comment on organise une réponse qui n'est pas seulement une somme de services, mais une capacité d'agir sur les déterminants et de coordonner des parcours. Ils donnent des illustrations de cette gouvernance de proximité, par exemple la responsabilité des GMF envers une population définie (« clientèles vulnérables ») ou encore le rôle attendu des municipalités lorsqu'on veut agir sur des problèmes qui se traduisent dans les milieux de vie (ex. itinérance, règlements et aménagement), ce qui appelle une responsabilité partagée et des mécanismes de concertation.

Dans la même veine, la prévention est présentée comme une condition structurante de la valeur, et non comme un ajout périphérique. Les échanges évoquent une prévention qui passe par l'éducation, l'information et la capacité à soutenir des choix (notamment en jeunesse), tout en reconnaissant que « la prévention, l'information, l'éducation » doivent être pensées de façon réaliste et soutenues par des conditions sociales favorables. La littératie revient comme un levier transversal : les membres parlent de littératie en santé et en éducation, mais aussi d'enjeux de compréhension liés au numérique et à la capacité des personnes à s'orienter dans un système complexe, ce qui rejoint directement l'accessibilité « vécue ».

Enfin, le Forum met en avant une approche centrée sur l'humain, inclusive et sensible aux réalités territoriales, en rappelant que la valeur ne se limite pas à l'efficacité et qu'il faut prendre aussi en compte l'aspect humain, soit la vitalité, la qualité de vie, la dignité de la personne. Dans cette perspective, la protection sociale participe à la valeur lorsqu'elle garantit que les personnes disposent d'un filet réel – y compris quand la vulnérabilité est sociale ou économique – et les membres relient cette question à des réalités concrètes, comme le poids des responsabilités de soins assumées par les femmes (« travail invisible ») ou les effets des conditions de vie sur les besoins de services. La protection sociale vise à offrir à chacun une capacité minimale d'exister, même en situation de vulnérabilité.

La durabilité environnementale, sans être priorisée par rapport aux autres dimensions, est abordée comme une dimension qui traverse les choix cliniques et organisationnels : certains échanges soulignent l'empreinte liée à des pratiques et à des organisations de soins (p. ex. usage de matériel jetable, vétusté des immeubles, centralisation qui augmente les déplacements), et le fait que la pertinence des soins et la lutte contre le gaspillage peuvent aussi être lues comme des enjeux de durabilité.

En somme, à travers ces repères transversaux, le Forum décrit les éléments essentiels à la production de la valeur du système : maintenir un accès réel et juste, organiser une réponse lisible et continue, piloter la performance du SSSS avec des données utiles sans réduire la complexité des parcours, agir en amont par la prévention et la littératie, soutenir les acteurs du soin et du social, et préserver les conditions de cohésion (sociale, territoriale et environnementale) qui rendent le système tenable dans le temps.

Le tableau ci-dessous résume les questions examinées par le Forum en 2024 et en 2025, ainsi que les éléments structurants qui en ont émergé. Ces repères éclairent la lecture de la valeur du système, en mettant en évidence ce qui est jugé prioritaire, les tensions à arbitrer et les conditions de mise en œuvre.

Tableau 2 : Questions abordées par le Forum de consultation du Commissaire, 2024 et 2025

Mandat du Commissaire	Questions	Élément central émergeant des délibérations
Continuum de soins et de services offerts aux personnes ainées	Séance 1 — Octobre 2023 • Quelles seraient les conditions permettant aux Québécoises et Québécois de vivre les six derniers mois de leur vie dans le milieu de leur choix ? Séance 2 — Février 2024 • Selon vous, quelles attentes et quels résultats « de santé et de bien-être » devraient être atteints en priorité pour une personne âgée de 65 ans et plus ayant des besoins en lien avec le continuum de soins et de services en fonction des trois segments populationnels suivants : prévenir, guérir, soutenir ?	Le Forum[5] a identifié des conditions permettant aux personnes de vivre les six derniers mois de leur vie dans le milieu de leur choix (approche de soins holistique respectueuse de leurs souhaits et centrée sur elles et les personnes significatives qui leur viennent en aide afin de maintenir leur vie et non uniquement attendre la mort). Les membres du Forum ont également identifié les attentes et les résultats de santé et de bien-être prioritaires pour une personne ainée (accessibilité et équité; approche de soins holistiques; services continus, fiables, sécurisants; être informé ou éduqué pour comprendre et agir). Leurs réflexions ont permis d'identifier des conditions permettant le respect de ces attentes et l'atteinte des résultats dans des trajectoires spécifiques : transport préhospitalier d'urgence et accès à l'hébergement.
Grands repères	Séance 1 – Octobre 2024 et Séance 2 – Février 2025 • Quelle importance l'approche de santé populationnelle et les dimensions de la valeur devraient-elles avoir dans le système de santé et de services sociaux considérant le contexte social ? • Quels sont les enjeux en lien avec l'approche de santé populationnelle et les dimensions de la valeur ? • Comment le Forum définit-il l'approche de santé populationnelle et les dimensions de la valeur ? • Quels liens peut-on faire avec et entre les dimensions de la valeur ? Séances 3 – Juin 2025 • Comment soutenir la mise en œuvre de l'approche de santé populationnelle au Québec, notamment à l'échelle locale ou territoriale ?	Les délibérations du Forum donnent un ancrage contextuel et social aux dimensions de la valeur, et identifient certains enjeux de mise en œuvre de celles-ci. La vision du Forum pour chacune des dimensions sera publiée au cours de l'année 2026. Ce document approfondit les éléments plus transversaux — enjeux, points de tension, angles morts, vision de la valeur du SSSS. Le Forum (CSBE, 2026c) met aussi l'accent sur l'importance centrale de l'approche populationnelle pour que le SSSS réponde pleinement aux aspirations de la population.
Défis auxquels sera confronté le SSSS dans les prochaines années	Juin 2024 • À votre avis, quels sont les trois plus grands défis auxquels fait face la société québécoise en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui devraient retenir l'attention du Commissaire pour les cinq prochaines années ?	Le Forum[6] a mis de l'avant des défis pour le SSSS (accessibilité, équité régionale, pénurie de main-d'œuvre, importance de la prévention et d'actions sur les déterminants sociaux, services non discriminatoires). Finalement, un défi pour le Commissaire sera d'arrimer sa mission d'évaluation de la performance au contexte de changement et de transformation du SSSS.

5 Les conclusions liées au présent sujet feront l'objet d'une publication ultérieure.
6 Le Forum a contribué aux travaux ayant mené à l'élaboration du plan stratégique 2025-2029 du Commissaire (CSBE, s. d. – c).

5. LE FAIBLE ALIGNEMENT ENTRE LES PRIORITÉS CITOYENNES ET LES SERVICES OBTENUS FRAGILISE LA CONFIANCE À L'ÉGARD DU RÉSEAU

Les sources mobilisées – Forum, sondage, veille des organisations de la société civile – permettent de dégager un portrait d'ensemble cohérent de ce qui compte pour la population : soutenir le maintien de l'autonomie, accéder à des soins et services de qualité en temps opportun, réduire les iniquités et agir sur les conditions de vie qui influencent la santé.

La veille met en avant des préoccupations relatives à la fragilisation des conditions de vie, considérée comme susceptible d'accentuer la vulnérabilité et de renforcer la pression sur les services communautaires et sur le SSSS. Les éléments rapportés par des organisations des Premières Nations et des Inuit soulèvent, quant à eux, des enjeux centraux en matière de sécurisation culturelle, d'autodétermination et de respect des droits. Enfin, les préoccupations liées à la centralisation, à la participation citoyenne, à la place du privé et au financement du milieu communautaire sont exprimées comme des signaux d'une gouvernance perçue comme plus éloignée des réalités locales et des valeurs sociales. En conclusion, les attentes prioritaires de la population ressortent.

Les sources mobilisées montrent que la valeur attendue du SSSS s'exprime à deux niveaux : des résultats prioritaires (accès, qualité, autonomie, équité, etc.) et des conditions de production de cette valeur (moyens et modalités jugés nécessaires). Le tableau ci-dessous distingue ces deux registres, sans constituer une évaluation des solutions. Les attentes exprimées dessinent une trame cohérente : **accéder** plus facilement à des services **de qualité**, qui produisent de **vrais effets** sur la santé et le bien-être, tout en soutenant l'**autonomie** et l'**équité**; agir davantage **en amont** sur les conditions de vie; renforcer une **gouvernance de proximité** et une capacité de **pilotage** transparente; préserver une **architecture de solidarité** soutenable; et répondre à l'exigence transversale de **droits et de sécurisation culturelle** pour les Premières Nations et les Inuit.

Tableau 3 : Synthèse des priorités exprimées par la population

Priorités exprimées	Conditions jugées nécessaires	Points de vigilance devant des éléments préoccupants
Un SSSS accessible et lisible, qui répond au bon moment ***(accès et parcours)***	Réduction des délais; amélioration de l'accès en santé mentale; offre adaptée aux réalités régionales et territoriales; communication plus claire; réponse coordonnée plutôt qu'une somme de services.	Parcours jugés complexes ou difficiles à comprendre; navigation et orientation jugées difficiles; en santé mentale, accès perçu comme se faisant trop souvent en mode « crise ».
Des soins et services sûrs, de qualité, pertinents et centrés sur la personne ***(qualité et sécurité)***	Soins appropriés (meilleures pratiques); services perçus comme sécurisants; suivi réel; approche plus holistique; information et éducation pour mieux comprendre et agir.	Risque perçu de fragmentation des services; attentes de continuité et de suivi qui conditionnent la qualité vécue.
Des effets réels sur la santé et le bien-être, au-delà d'un accès « administratif » ***(efficacité vécue)***	S'assurer que l'accès se traduit en gains réels de santé et de bien-être; approche globale (physique, mentale, sociale, émotionnelle; ne pas seulement être un nom sur une liste.	Crainte d'un accès qui se limite à l'inscription ou à l'attente, sans amélioration tangible; attente de résultats concrets dans la vie quotidienne.
Soutenir l'autonomie, notamment dans un contexte de vieillissement, et reconnaître le rôle des proches ***(autonomie)***	Services continus, fiables et coordonnés; accès renforcé au soutien à domicile; soutien concret aux personnes proches aidantes; couverture et accès à des services contribuant à l'autonomie.	Soutien jugé insuffisant aux proches aidants; accès au soutien à domicile perçu comme difficile; contraintes financières et couverture pouvant limiter l'accès à des services favorisant l'autonomie.
Un SSSS équitable et non discriminatoire, qui ne laisse pas de groupes « hors champ » ***(équité)***	Réduction des barrières linguistiques et culturelles; accessibilité compréhensible et respectueuse; prise en compte des situations de marginalité, de handicap et des disparités interrégionales.	Obstacles linguistiques et culturels; dépendance à l'entourage pour la traduction et le transport; disparités territoriales; risque de laisser certains groupes en marge.
Agir en amont : prévention, conditions de vie et capacité d'action intersectorielle ***(déterminants et prévention)***	Prévention structurante; actions sur les conditions de vie (logement, alimentation, revenu); capacité d'action intersectorielle; littératie (santé, éducation, numérique) pour soutenir l'accès « vécu » et l'autonomie.	Fragilisation des conditions de vie (ex. : crise du logement, baisse du revenu) et effets perçus sur la santé; besoin d'action intersectorielle plus soutenue (ex. : itinérance); renoncements à des biens et services essentiels en contexte de contraintes financières.
Une gouvernance de proximité : responsabilité populationnelle, partenariats et participation ***(pilotage territorial et légitimité)***	Clarification de la population visée; identification des besoins non exprimés; mécanismes de concertation; partenariats locaux (milieux de vie, acteurs municipaux et communautaires); mécanismes de participation; marge de manœuvre locale; soutien aux comités d'usagers.	Centralisation perçue; participation publique jugée insuffisante; crainte d'éloignement des réalités locales; inquiétudes quant au soutien offert aux instances de participation (comités d'usagers et de résidents).
Une capacité de pilotage crédible : transparence, redevabilité et apprentissage ***(mesurer et rendre compte)***	Accès à des données utiles; indicateurs valides; feuille de route de suivi; transparence des choix (notamment budgétaires) sans réduire l'évaluation à une lecture uniquement macro-administrative.	Manque perçu de lisibilité des décisions et de leurs justifications; attente de mécanismes de suivi et de reddition de comptes compréhensibles.
Une architecture de solidarité soutenable : primauté du public, rôle du communautaire, protection sociale et durabilité	Encadrement et transparence des choix concernant la place du privé; financement plus stable; préservation de l'autonomie du milieu communautaire; continuité et partenariats respectant les mandats; protection sociale comme filet réel en situation de vulnérabilité (incluant le travail invisible et les responsabilités de soin); durabilité intégrée aux choix cliniques et organisationnels (pertinence, réduction du gaspillage, empreinte).	Croissance du privé perçue comme un risque (inégalités, main-d'œuvre, banalisation du recours); sous-financement et fragilisation du communautaire; risque de ruptures de services et de bris de continuité; préoccupations quant à la soutenabilité.
Premières Nations et Inuit : respect des droits, sécurisation culturelle et autodétermination	Coconstruction; sécurisation culturelle; accessibilité linguistique et culturelle (incluant l'interprétation et l'accompagnement); partenariats (ex. : centres d'amitié).	Obstacles linguistiques (interprétation) et besoins d'accompagnement; attentes de reconnaissance des droits, de sécurisation culturelle et d'autodétermination dans l'organisation des réponses.

LES ATTENTES CONSTATÉES PAR LE COMMISSAIRE SONT COHÉRENTES AVEC CELLES D'AUTRES ÉTUDES QUÉBÉCOISES

Des **publications** récentes provenant de sources externes sont cohérentes avec ce portrait des attentes prioritaires **relevées** par la veille de la société civile, le sondage et le Forum de consultation. Le Baromètre CIRANO 2025 (de Marcellis-Warin et Peignier, 2025) souligne que les trois quarts de la population perçoivent les enjeux d'engorgement des urgences, des prix des aliments et d'accès à un logement abordable comme comportant de grands ou très grands risques, et ce, dans un contexte de confiance faible à l'égard de la capacité gouvernementale et institutionnelle à gérer ces enjeux. Le sondage NosSoins (2025) mené auprès de Canadiens, centré sur les soins primaires, confirme la perception de difficultés persistantes sur des dimensions qui structurent fortement l'expérience des personnes : accès en temps opportun, disponibilité limitée hors des heures normales et accès inégal à certaines informations cliniques. Enfin, les résultats de l'étude canadienne PaRIS (Wong et al. 2024) renforcent l'idée qu'une approche orientée sur la valeur nécessite de mesurer l'expérience et les résultats rapportés par les personnes usagères, de rendre les résultats utilisables et d'aligner les soins et politiques publiques sur les besoins et les expériences de ces dernières. Ces convergences renforcent l'importance, pour générer de la valeur, d'expliciter les priorités de la population que le système de santé dessert et qui **conditionnent** la valeur perçue.

6. PAS DE CRÉATION DE VALEUR SANS COMPRÉHENSION DES PRIORITÉS DE LA POPULATION

Dans le contexte québécois, les signaux captés par le Forum, le sondage du Commissaire (CSBE, s. d.–d) et la veille d'organisations de la société civile (CSBE, s. d.–e) jouent un rôle d'alerte : lorsqu'un système n'arrive pas à déployer les leviers ou les capacités pour mettre en place ce que la population juge prioritaire, il s'expose à des défaillances et à une perte de confiance. Ces priorités et signaux ne servent pas seulement à décrire des attentes : ils fournissent un repère pour lire l'action publique. Pris ensemble, ils indiquent qu'un défaut d'ajustement – ou une réactivité insuffisante – peut fragiliser la satisfaction de la population et, plus largement, la confiance à l'égard du SSSS. Cette mise en garde rejoint les constats internationaux où l'on souligne que les crises mondiales s'amplifient et se synchronisent sous l'effet du déclin de la confiance et de l'affaiblissement des institutions (UNEP, 2024) Négliger de tels signaux, avec un manque de réactivité pour ajuster l'offre de services des institutions, peut mener à des échecs de politiques publiques et à une fragilisation de la viabilité des systèmes (Horizons de politiques, 2024).

La section suivante présente les jugements évaluatifs relatifs à chacune des dimensions de la valeur, afin d'offrir un portrait rigoureux de l'état du SSSS. Cette évaluation s'appuie sur le modèle de la valeur du Commissaire, construit en tenant compte des priorités de la population et d'assises théoriques issues de la littérature (CSBE, s. d.-b).

SECTION 2

LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À GÉNÉRER DE LA VALEUR POUR LA POPULATION : FORCES, FRAGILITÉS ET ANGLES MORTS

L'évaluation de la valeur porte, dans sa première version, sur quatre dimensions : l'amélioration de la santé et du bien-être, la réponse aux besoins et aux priorités, la viabilité et l'efficience. Cette évaluation offre des comparaisons internationales avec des pays présentant des caractéristiques jugées comparables.

Nos travaux révèlent que la situation du SSSS est paradoxale. D'une part, le système remplit globalement sa mission première en produisant des résultats cliniques et populationnels satisfaisants, notamment dans les services de santé spécialisés et en matière de décès évitables. D'autre part, la réponse aux besoins et aux priorités de la population est jugée insatisfaisante, particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité, la convivialité, la coordination et la continuité des services, ce qui fragilise la confiance et la légitimité du SSSS.

Ce paradoxe s'inscrit dans un contexte de fortes tensions structurelles, marqué par des contraintes budgétaires, une insuffisance de capital humain et de ressources matérielles, ainsi qu'une stagnation de la production de soins et de services depuis 10 ans. Le décalage entre une offre de services qui ne croît pas, et qui semble difficilement pouvoir augmenter en raison du manque de ressources, et une réponse insatisfaisante aux besoins traduit un déséquilibre entre l'offre et la demande. Ce déséquilibre rend la viabilité du SSSS précaire. Toutefois, l'efficience observée dans la production des résultats cliniques concernant les soins de santé spécialisés, et populationnels, en matière de décès évitables, tend actuellement à compenser ces fragilités. Cet équilibre demeure néanmoins instable et difficilement soutenable sans ajustements structurels.

Notre évaluation démontre que le SSSS produit de la santé pour les personnes et pour la population. Les indicateurs populationnels demeurent favorables et l'efficacité des services de santé spécialisés est supérieure à celle attendue au regard des ressources dépensées. Cela témoigne de la qualité des pratiques cliniques, de la compétence des professionnels et de la robustesse des processus de prise en charge des situations graves et urgentes. Toutefois, ces bons résultats sont à nuancer. Des écarts persistent avec les juridictions les plus performantes, notamment en matière de mortalité prématurée, et il existe une réelle marge de progression en termes de décès évitables. De plus, l'efficacité des activités de prévention et de promotion est à améliorer. Enfin, le manque d'indicateurs, internationalement comparables, dans plusieurs secteurs, notamment en première ligne, en santé mentale, en réadaptation et en maintien de l'autonomie des ainés, limite la portée globale de certains de nos jugements et constitue un angle mort auquel il est essentiel de remédier. Ces constats confirment l'hypothèse que le SSSS est principalement structuré autour d'interventions curatives, tout en étant moins performant pour répondre à des enjeux tels que le développement des enfants, les troubles de santé mentale ou le vieillissement de la population.

Par ailleurs, nos évaluations montrent que la réponse aux besoins et aux priorités de la population et des personnes est insatisfaisante. Les enjeux d'accessibilité, de coordination, de continuité et de convivialité sont répandus, malgré une qualité technique et relationnelle des soins généralement jugée bonne. Cette insatisfaction concerne principalement l'organisation du SSSS plutôt que les compétences et l'engagement des professionnels. Or, la satisfaction constitue un déterminant central de la confiance et de la légitimité du SSSS public. Un SSSS qui génère des résultats cliniques adéquats, mais qui peine à répondre de manière fluide, accessible et coordonnée aux besoins exprimés voit sa légitimité fragilisée, ce qui peut éroder le contrat social sur lequel il repose.

Enfin, ces enjeux s'expliquent en partie par des tensions structurelles qui affectent la viabilité du SSSS. L'espace budgétaire apparait restreint, la part de la richesse collective consacrée aux dépenses publiques de santé et de services sociaux est élevée, et la capacité à convertir les ressources financières en ressources humaines et matérielles est inférieure à celle observée dans plusieurs juridictions comparables. Parallèlement, bien que le volume total des soins et services demeure stable, la quantité disponible par habitant diminue en raison de la croissance démographique et du vieillissement. Il en résulte un décalage potentiel entre l'offre et la demande de services, dont les enjeux d'accessibilité constituent une des conséquences. Dans cette configuration, le SSSS tend à prioriser les situations graves et urgentes, ce qui contribue à maintenir une excellente performance des services spécialisés, mais peut se faire au détriment d'interventions préventives, plus complexes ou de longue durée.

Ainsi, la pérennité du SSSS n'est pas compromise à court terme, mais elle est clairement précaire et soumise à des tensions structurelles majeures. L'efficience actuelle joue un rôle compensatoire en permettant de préserver des résultats cliniques et populationnels satisfaisants malgré des contraintes importantes sur les intrants. Une réponse durable suppose une reconfiguration, incluant une réallocation des ressources vers la prévention, la première ligne et les services répondant aux besoins complexes et de longue durée, ainsi qu'une transformation ciblée des modes d'organisation et de production. Sans ces ajustements, les tensions observées pourraient s'accentuer et fragiliser progressivement la capacité du SSSS à maintenir ses résultats et sa légitimité.

Notre évaluation de la valeur est structurée en trois parties. La première présente les jugements sur la capacité du SSSS à améliorer et à maintenir la santé de la population. La seconde concerne la capacité du SSSS à répondre aux priorités et aux besoins de la population et des personnes. Enfin, la troisième porte un jugement sur la capacité du SSSS à assurer sa pérennité. La méthodologie utilisée pour construire les jugements pour chaque indicateur et chacune des dimensions de la valeur est présentée dans l'annexe 1.

1. AMÉLIORER ET MAINTENIR LA SANTÉ : DES RÉSULTATS FAVORABLES, MAIS DES AMÉLIORATIONS NÉCESSAIRES EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION AINSI QUE DANS CERTAINS SECTEURS

Cette section porte sur l'évaluation des effets combinés des politiques, des services et des interventions relevant de la responsabilité du SSSS, qu'ils visent à promouvoir, à prévenir, à restaurer ou à maintenir la santé des personnes et de la population.

Les résultats de cette évaluation indiquent que le SSSS atteint globalement son objectif central qui est de produire de la santé pour la population en maintenant et en améliorant l'état de santé des personnes. Toutefois, l'efficacité des activités de promotion et de prévention ainsi que la capacité à augmenter la couverture vaccinale et de dépistage sont à améliorer.

L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DU SYSTÈME À PRODUIRE DE LA SANTÉ

Pour juger de la capacité du SSSS à maintenir et à améliorer la santé de la population, nos évaluations portent sur trois dimensions complémentaires : les résultats populationnels, les activités de promotion et de prévention, ainsi que l'efficacité des services de santé.

Les résultats populationnels ont été évalués à l'aide d'indicateurs reflétant, en partie, l'action du SSSS. Ils comprennent la mortalité prématurée, notamment la mortalité évitable, la mortalité par suicide, la mortalité infantile, ainsi que des mesures de l'espérance de vie et de la santé perçue de la population.

Les activités de promotion et de prévention ont été analysées à partir d'indicateurs relatifs à la prévalence de facteurs de risque évitables, tels que le tabagisme et l'obésité, ainsi qu'à la couverture des programmes de vaccination et de dépistage. Une mesure relative à la proportion de bébés de faible poids à la naissance a également été utilisée.

Enfin, l'efficacité des services de santé a été appréciée à l'aide de mesures de résultats couvrant plusieurs secteurs de soins. L'analyse inclut des indicateurs de performance des services spécialisés, tels que la mortalité hospitalière et la survie au cancer, des indicateurs associés aux services généraux, notamment les hospitalisations potentiellement évitables par des soins ambulatoires, ainsi que des indicateurs propres aux services de santé mentale, tels que les visites fréquentes à l'urgence et les réhospitalisations.

1.1 De bons résultats en termes de décès évitables, mais préoccupants en ce qui concerne les suicides et la mortalité infantile

Les indicateurs de mortalité prématurée montrent des résultats mitigés et présentent donc des marges d'amélioration significatives. Les décès évitables, l'indicateur de santé populationnelle le plus directement attribuable aux actions du SSSS (Murray, 2003), montrent des résultats satisfaisants. En revanche, les taux de suicide et de mortalité infantile sont significativement plus élevés que ceux des pays comparables. **Ces résultats permettent de juger que le SSSS doit améliorer ces résultats.**

Le taux de décès évitables présente une bonne performance avec 172 décès par 100 000 habitants de moins de 75 ans, soit un score de 78 % par rapport à la balise d'excellence. Avec ce résultat, le Québec se classe au 7e rang sur 11 au niveau international. Ce résultat est en amélioration constante depuis 2010 avec une baisse de 16,9 %. Toutefois, la Suisse, le Japon et la Suède présentent des taux de mortalité évitable entre 130 et 140 par 100 000 personnes de 75 ans et plus. Cela démontre que le Québec dispose de marges de progression significative.

En revanche, deux autres indicateurs clés associés à la mortalité prématurée présentent des résultats plus préoccupants. En effet, la mortalité infantile présente de moins bons résultats avec 4,5 décès par 1 000 naissances, soit un score de 72 % par rapport à la balise d'excellence de 2 décès par 1 000 naissances. De même, l'indicateur de mortalité par suicide présente un résultat très préoccupant avec 12 décès par 100 000 habitants, soit un score de 52 % par rapport à la balise d'excellence de 6,3 décès par 100 000 habitants.

Tableau 4 : Résultats et scores des indicateurs de mortalité prématurée

	Unité de mesure	Valeur	Balise	Score[7]	Variation relative totale	Rang international	Rang canadien	Année la plus récente
Décès évitables	Décès par 100 000 habitants de moins de 75 ans	172	134,6[Bi]	78 %	-16,9 % depuis 2010 à 2012	7e sur 11	2e sur 10	2019 à 2021
Mortalité infantile	Décès pour 1 000 naissances	4,5	2[Bi]	72 %	-10 % depuis 2010	15e sur 17	4e sur 10	2023
Mortalité par suicide	Décès par 100 000 habitants	12	6,3[Bc]	52 %	-14,9 % depuis 2010	7e sur 11	8e sur 10	2022

Bi : Benchmark international
Bc : Benchmark canadien

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Les décès évitables constituent un indicateur clé de l'efficacité des activités de prévention et de traitement, car il nous renseigne sur les résultats de plusieurs secteurs et services et sur l'ensemble des chaînes d'intervention visant à agir sur les causes et les symptômes de maladies entrainant des décès prématurés avant 75 ans. Toutefois, cet indicateur doit être interprété avec prudence, puisqu'il est influencé par des déterminants externes au SSSS, notamment les conditions socioéconomiques, la qualité des milieux de vie et les comportements individuels.

7 Les scores de performance sont construits à partir d'une balise d'excellence provenant de benchmarks internationaux, canadiens, de balises raisonnées ou de cibles officielles. Les résultats du Québec sont comparés à cette balise en calculant un score représentant la distance, en pourcentage, entre la valeur de l'indicateur et la balise d'excellence. Un score s'interprète donc comme le niveau d'atteinte de cette balise. Les détails méthodologiques sont présentés dans l'annexe 1 : « Méthodologie pour juger de la valeur du système de santé et de services sociaux ».

1.2 Une espérance de vie et une santé perçues excellentes

L'espérance de vie à 65 ans et l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans affichent d'excellents résultats, en rendant compte à la fois de la durée de vie restante et de la qualité des années vécues en santé après 65 ans. **La perception de la population quant à son état de santé global et mental est alignée sur ces résultats.**

1.2.1 LE SSSS DOIT MAINTENIR CES RÉSULTATS

Toutefois, ces effets ne sont que partiellement attribuables au SSSS, approximativement à hauteur de 25 % (INSPQ, s. d.). La santé de la population dépend de multiples déterminants, dont plusieurs relèvent de l'environnement social, économique et physique, ainsi que de facteurs individuels. Le système de soins n'en constitue qu'un déterminant parmi d'autres (Mikkonen et Raphael, 2011).

L'espérance de vie à 65 ans est de 20,8 années, soit un score de 97 % par rapport à la balise d'excellence. Ce résultat classe le Québec au 7e rang international sur 18 pays. L'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 0,5 année entre 2010-2012 et 2022-2022.

Les constats sont équivalents concernant l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans. En moyenne, la population de 65 ans en 2017 vivrait 15,2 années de plus en bonne santé. Cela classe le Québec au 2e rang sur les 10 provinces canadiennes. L'espérance de vie en bonne santé s'est améliorée de 1,6 an entre 2000-2002 et 2015-2017.

En parallèle, la population québécoise se perçoit en excellente santé. En effet, 89,4 % de la population québécoise se déclare en bonne, en très bonne ou en excellente santé, et 91,4 % en bonne, en très bonne ou en excellente santé mentale. Dans les deux cas, ces résultats sont supérieurs à la balise d'excellence et classent le Québec au premier rang international ou provincial.

Tableau 5 : Résultats et scores des indicateurs d'espérance de vie

	Unité de mesure	Valeur	Balise	Score	Variation relative totale	Rang international	Rang canadien	Année la plus récente
Espérance de vie à 65 ans	Années	20,8	21,6[Bi]	97 %	2,7 % depuis 2010 à 2012	7e sur 18	3e sur 9	2020 à 2022
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans	Années	15,2	15,3[Bc]	100 %	11,8 % depuis 2000 à 2002	s. o.	2e sur 10	2015 à 2017
Perception de l'état de santé	%	89,4	87,2[Bi]	100 %	-1,7 % depuis 2015	1er sur 6	1er sur 10	2022
Perception de l'état de santé mentale	%	91,4	85,2[Bc]	100 %	-4,5 % depuis 2015	s. o.	1er sur 10	2022

Bi : Benchmark international
Bc : Benchmark canadien
s. o. sans objet

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Ces résultats sont en grande partie attribuables à des actions d'autres secteurs de la société qui agissent sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population, et plus particulièrement sur les conditions de vie et les inégalités de santé (ex. : l'éducation, les environnements de vie, le soutien à l'emploi et à la solidarité sociale, le logement, etc.) (CSBE, 2025a; INSPQ, 2010). Nos excellents résultats en termes d'espérance de vie reflètent à la fois l'effet positif des politiques et des actions intersectorielles sur les déterminants de la santé et les progrès dans la prévention et le traitement des maladies, contribuant ainsi à améliorer la durée et la qualité de vie des Québécoises et Québécois. Toutefois, ces bons résultats ne doivent pas masquer les enjeux auxquels nous sommes confrontés, notamment la persistance des inégalités de santé. Par exemple, les personnes défavorisées sont toujours plus susceptibles de mourir prématurément que celles plus favorisées (MSSS et INSPQ, 2024).

1.3 L'efficacité des activités de promotion et de prévention est à améliorer

Face à des résultats mitigés, le SSSS doit améliorer ses activités de promotion et de prévention

En matière de promotion de la santé, les interventions de lutte contre le tabagisme apparaissent efficaces. Le Québec affiche en effet une proportion de fumeurs quotidiens de 10 %, ce qui le situe au 7e rang sur 15 pays comparables. À l'inverse, les résultats sont moins favorables en ce qui concerne la prévention de l'obésité : 28,6 % des Québécois présentent un excès de poids, ce qui place le Québec au 14e rang sur 18 pays comparables.

Les activités de prévention, notamment en matière de vaccination et de dépistage, révèlent également des résultats contrastés quant à la capacité du système à rejoindre les populations cibles. La couverture vaccinale chez les enfants est relativement élevée, atteignant 86,6 % chez les enfants de moins d'un an et 78,6 % chez ceux de deux ans. En revanche, la situation est plus préoccupante chez les personnes de 65 ans et plus, alors que seulement 50,1 % d'entre elles sont vaccinées contre la grippe saisonnière, bien en deçà de la cible officielle de 80 %. À cet égard, le Québec se classe au 15e rang sur 17 pays comparables.

Les résultats en matière de dépistage du cancer sont eux aussi mitigés. La couverture du dépistage du cancer du sein est satisfaisante, avec 70,2 % des femmes de 50 à 69 ans dépistées, ce qui place le Québec au 6e rang sur 15 pays comparables. En revanche, le dépistage du cancer colorectal demeure insuffisant : seulement 33,9 % des personnes ainées de 50 à 74 ans sont dépistées, situant le Québec au dernier rang des 8 pays comparables.

Enfin, le Québec présente un taux relativement élevé de faible poids à la naissance. En effet, 6,6 % des nouveau-nés se trouvent dans cette situation, un résultat nettement supérieur à la balise internationale de 4,6 %, plaçant le Québec au 12e rang sur 16 pays comparables.

Tableau 6 : Résultats et scores des indicateurs de promotion et de prévention

	Unité de mesure	Valeur	Balise	Score	Variation relative totale	Rang international	Rang canadien	Année la plus récente
Fumeurs quotidiens	%	10,3 %	8[Bi]	77 %	-23,1 % depuis 2015	7e sur 15	4e sur 10	2022
Indice de masse corporelle élevé (IMC ≥ 30)	%	28,6 %	11[Bi]	40 %	19,7 % depuis 2015	14e sur 18	2e sur 10	2022
Couverture vaccinale des enfants de 1 an	%	86,6 %	95[Co]	91 %	5 % depuis 2010	s. o.	s. o.	2021
Couverture vaccinale des enfants de 2 ans	%	78,6 %	95[Co]	83 %	-0,9 % depuis 2010	s. o.	s. o.	2021
Vaccination des personnes de 65 ans et plus contre la grippe saisonnière	%	50,1 %	80[Co]	63 %	-10,2 % depuis 2015	15e sur 17	10e sur 10	2022
Taux de couverture du dépistage du cancer colorectal	%	33,9 %	74,2[Bi]	46 %	14,1 % depuis 2016	8e sur 8	s. o.	2023
Taux de couverture du dépistage du cancer du sein par mammographie	%	70,2 %	78,8[Bi]	89 %	-5,1 % depuis 2015	6e sur 15	s. o.	2023
Taux de faible poids à la naissance	%	6,6 %	4,6[Bi]	70 %	15,8 % depuis 2010	12e sur 16	2e sur 10	2023

Bi : Benchmark international
Co : Cible officielle

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Ces résultats mitigés en matière de promotion et de prévention peuvent être interprétés comme le signe d'une capacité inégale et fragmentée du SSSS à rejoindre et à couvrir efficacement toutes les populations cibles. Cette situation peut avoir des impacts sur les résultats de santé populationnels, car elle limite la réduction durable des facteurs de risque évitables. À moyen et long terme, ces faiblesses réduisent la capacité du SSSS à améliorer l'état de santé de la population de façon soutenable et à freiner l'augmentation de la morbidité évitable (GBD 2021 Forecasting Collaborators, 2024; Nolte et McKee, 2003).

1.4 D'excellents services spécialisés pour les conditions aiguës et graves, parmi les meilleurs au monde

Les services de santé spécialisés au Québec affichent d'excellents résultats, parmi les meilleurs au monde. Les indicateurs disponibles permettent d'évaluer la qualité et l'efficacité des services répondant à des problèmes de santé graves, aigus, parfois urgents. Ces services incluent le dépistage, les traitements et les interventions spécialisées, notamment à l'hôpital, ainsi que les services post-hospitaliers. **Le SSSS doit maintenir l'efficacité des services de santé spécialisés.**

Pour évaluer la capacité du SSSS à améliorer l'état de santé des personnes atteintes de conditions aiguës, graves ou nécessitant une chirurgie, nous avons utilisé trois indicateurs-traceurs de mortalité hospitalière à 30 jours et un indicateur synthétique, le ratio normalisé de mortalité hospitalière. Les résultats démontrent l'efficacité globale du parcours chirurgical et hospitalier au Québec[8].

La mortalité à 30 jours après un infarctus du myocarde au Québec présente de meilleurs résultats que la balise d'excellence, ce qui place le Québec au 2e rang international et provincial. La mortalité a diminué de 14,5 % entre 2015-2016 et 2023-2024. Les chirurgies majeures présentent un niveau de performance comparable : le taux de mortalité de 1,3 décès par 100 interventions est meilleur que celui de la balise d'excellence de 1,6, positionnant le Québec au premier rang des provinces canadiennes. La mortalité à 30 jours après un accident vasculaire cérébral affiche également de bons résultats, correspondant à 89 % de la balise d'excellence, et a diminué de 13,2 % entre 2015-2016 et 2022-2023.

Enfin, le ratio normalisé de mortalité hospitalière, qui permet de suivre l'évolution globale de la mortalité en milieu hospitalier, présente également des résultats supérieurs à la balise d'excellence avec un score de 91.

8 Un traceur est une situation clinique ou un problème de santé clairement défini, fréquent et sensible à l'action du système de soins, utilisé comme marqueur analytique pour évaluer la qualité et l'efficacité des processus de soins et, par extension, le fonctionnement global du système de soins (Kessner et al., 1973).

Tableau 7 : Résultats et scores d'efficacité de la prise en charge pour des conditions graves et aiguës nécessitant des chirurgies

	Unité de mesure	Valeur	Balise	Score	Variation relative totale	Rang international	Rang canadien	Année la plus récente
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours, accident vasculaire cérébral (AVC)	Décès par 100 épisodes de soins	11,2	10[Bc]	**89 %**	-13,2 % depuis 2015-2016	s. o.	4e sur 10	2023-2024
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours, chirurgie majeure	Décès par 100 cas de chirurgie majeure	1,3	1,6[Bc]	**100 %**	0 % depuis 2018-2019	s. o.	1er sur 10	2023-2024
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours, infarctus aigu du myocarde	Décès par 100 épisodes de soins	4,7	5,3[Bi]	**100 %**	-14,5 % depuis 2015-2016	2e sur 9	2e sur 10	2023-2024
Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	Ratio sur 100	91	100[Br]	**100 %**	-2,2 % depuis 2018-2019	s. o.	1er sur 10	2023-2024

Bc : Benchmark canadien
Bi : Benchmark international
Br : Balise raisonnée

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Ces indicateurs, qui couvrent la majorité des chirurgies et des soins hospitaliers, indiquent une excellente qualité des processus de prise en charge et des pratiques cliniques en milieu hospitalier. Ils indiquent que les professionnels et cliniciens appliquent, en moyenne, des standards de pratique alignés sur les recommandations internationales fondées sur les données probantes, ce qui se traduit par un niveau élevé de qualité des soins (NICE, s. d.). Les résultats observés permettent également d'inférer une optimisation des délais critiques ainsi qu'une bonne fluidité des transitions pré – et postopératoires à l'hôpital (WHO, 2009; CPC, 2020).

Pour évaluer l'efficacité du SSSS à traiter les cancers, nous avons utilisé six indicateurs de survie au cancer. Ces indicateurs présentent des scores de performance bons ou excellents et en amélioration constante depuis 2015. Les améliorations sont particulièrement marquées pour certains sièges tumoraux. En effet, la survie relative au cancer du poumon pour les femmes s'est améliorée de 64,7 % entre 2002-2004 et 2014-2016. La tendance est similaire pour les hommes avec une amélioration de 43,5 % sur la même période. Même si le Québec n'occupe pas les premiers rangs, les taux de survie à 5 ans pour les hommes et les femmes, selon les différents sièges tumoraux, sont très proches des balises d'excellence internationale.

Ces résultats démontrent l'efficacité globale du continuum de soins en oncologie. Ils indiquent une très bonne performance des pratiques et des processus liés au dépistage, à l'accès aux traitements spécialisés et à l'application de pratiques cliniques fondées sur les données probantes (INSPQ, 2024; ISQ, 2014; Tremblay et al., 2019). L'existence de traitements éprouvés et de lignes directrices fondées sur les meilleures pratiques permet d'apprécier la qualité de la prise en charge (MSSS, 2023; ASCO, 2026).

Tableau 8 : Résultats et scores des indicateurs de survie relative au cancer par siège tumoral et par genre

	Unité de mesure	Valeur	Balise	Score	Variation relative totale	Rang international	Rang canadien	Année la plus récente
Survie relative à 5 ans au cancer du sein	%	89,7	92,4[Bi]	**97 %**	3,7 % depuis 2002 à 2004	6e sur 6	s. o.	2014 à 2016
Survie relative à 5 ans au cancer de la prostate	%	91,7	95,6[Bi]	**96 %**	10,6 % depuis 2002 à 2004	5e sur 6	s. o	2014 à 2016
Survie relative à 5 ans au cancer du poumon chez les hommes	%	23,1	27,5[Bi]	**84 %**	43,5 % depuis 2002 à 2004	4e sur 6	s. o	2014 à 2016
Survie relative à 5 ans au cancer du poumon chez les femmes	%	33,1	35,5[Bi]	**93 %**	64,7 % depuis 2002 à 2004	4e sur 6	s. o	2014 à 2016
Survie relative à 5 ans au cancer colorectal chez les hommes	%	67,6	72[Bi]	**94 %**	21,1 % depuis 2002 à 2004	6e sur 6	s. o	2014 à 2016
Survie relative à 5 ans au cancer colorectal chez les femmes	%	69,4	73,3[Bi]	**95 %**	19,2 % depuis 2002 à 2004	6e sur 6	s. o	2014 à 2016

Bi : Benchmark international

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Ces très bons résultats ne dispensent pas le SSSS de la mise en place d'actions d'amélioration continue des prises en charge, notamment en ce qui concerne le dépistage précoce. En effet, le taux de couverture pour le dépistage du cancer colorectal présente de très faibles résultats avec seulement 33,9 % des personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) selon les données de 2023, alors que la balise d'excellence est de 74,2 %. Une marge d'amélioration est également possible pour la détection du cancer du sein, car le taux de couverture du dépistage du sein par mammographie est de 70 % selon les données de 2023, alors que la balise d'excellence est de 79 %.

1.5 Les services de santé mentale présentent une efficacité mitigée qui appelle des améliorations

L'efficacité des services de santé mentale présente des résultats mitigés que le SSSS doit améliorer

Parmi les personnes s'étant rendues au moins une fois aux urgences pour une consultation, 7,7 % y sont retournées au moins quatre fois durant l'année. Cela correspond à un score de performance de 65 %, soit une faible performance comparativement à la balise.

Les services hospitaliers et post-hospitaliers montrent de meilleurs résultats puisque 12 épisodes de soins sur 100 donnent lieu à une réadmission dans les 30 jours suivant le congé. Le score de performance est de 81 % et jugé bon par rapport à la balise d'excellence.

Tableau 9 : Résultats et scores des indicateurs d'efficacité des services de santé mentale

	Unité de mesure	Valeur	Balise	Score	Variation relative totale	Rang du Québec	Année la plus récente
Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances	%	7,7	5[Br]	**65 %**	-6,1 % depuis 2019-2020	3e sur 7 provinces	2023-2024
Réadmissions dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances	Réadmissions par 100 épisodes de soins	12,3	10[Bc]	**81 %**	8,8 % depuis 2015-2016	7e sur 10 provinces	2023-2024

Br : Balise raisonnée
Bc : Benchmark canadien

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Ces deux indicateurs peuvent être considérés comme des traceurs, non seulement cliniques, mais également organisationnels et systémiques, permettant d'apprécier l'efficacité globale des soins et services en santé mentale. La fréquentation répétée des services d'urgence pour des problèmes de santé mentale, avec ou sans trouble d'utilisation de substances psychoactives, marque de potentiels enjeux associés à l'accessibilité, à la coordination et à la continuité des services dans la communauté (Fleury et al., 2016; 2019). Elle peut également traduire une inadéquation entre la configuration et l'intensité de l'offre de services et les besoins des personnes concernées (Fleury et al., 2019). Dans ce contexte, les services hospitaliers, et particulièrement l'urgence, représentent les services les plus accessibles et les plus connus, notamment en situation

de crise (Fleury et al., 2019). L'indicateur de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours constitue, quant à lui, un traceur de la qualité de la prise en charge à l'hôpital, de la coordination et de la planification des transitions vers les services post-hospitaliers (Fleury et al., 2019).

1.6 Des données insuffisantes pour apprécier l'efficacité des autres secteurs du système de santé et de services sociaux

L'efficacité des autres secteurs et services du SSSS est plus difficile à apprécier en raison du faible nombre, voire de l'absence d'indicateurs valides permettant des comparaisons provinciales ou internationales. En effet, il n'existe actuellement aucun indicateur, répondant à ces critères, permettant de porter un jugement sur les effets des services sociaux, des services de réadaptation ou des soins et services de longue durée. On constate que les principaux indicateurs disponibles et robustes méthodologiquement concernent principalement les services de santé spécialisés et associés aux activités hospitalières. Cette situation est préoccupante, car elle tend à concentrer l'attention et les actions d'amélioration continue sur ce secteur.

Pour ce qui est de la première ligne, seul le taux d'hospitalisations pour des conditions qui auraient pu être traitées en clinique ou à domicile (soins ambulatoires) était disponible et comparable entre les provinces canadiennes. Les résultats observés indiquent une excellente performance, puisque le taux d'hospitalisations pour de telles conditions chez les personnes de moins de 65 ans est inférieur à la balise d'excellence, établie à partir des résultats des trois provinces canadiennes les plus performantes. Toutefois, l'existence d'un seul indicateur, combinée à l'absence de comparaisons internationales, ne permet pas de porter un jugement global, robuste et valide sur l'efficacité de la première ligne de soins et de services au Québec.

Tableau 10 : Résultat et score de l'indicateur d'efficacité de la première ligne de soins et services

	Unité de mesure	Valeur	Balise	Score	Variation relative totale	Rang du Québec	Année la plus récente
Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Hospitalisations par 100 000 personnes de moins de 75 ans	246	261[Br]	**100 %**	-21,2 % depuis 2015-2016	1er sur 10 provinces	2022-2023

Br : Benchmark raisonné

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

1.7 Ce que le Commissaire constate : des résultats populationnels et cliniques favorables, mais des améliorations nécessaires pour réduire la mortalité prématurée et renforcer la prévention

Sur le plan populationnel, malgré des résultats globalement favorables, des améliorations demeurent nécessaires, notamment en matière de mortalité prématurée et d'efficacité des activités de promotion et de prévention. Un écart significatif persiste entre le Québec et les pays les plus performants en ce qui concerne les décès évitables. La Stratégie nationale de prévention 2025-2035 du MSSS reconnaît explicitement cet enjeu et vise une réduction de 10 % du fardeau des maladies évitables ainsi que de 10 % de l'écart de mortalité prématurée lié aux inégalités économiques. L'atteinte de ces objectifs repose largement sur le renforcement des activités de promotion et de prévention.

Par ailleurs, si l'espérance de vie au Québec demeure élevée, cet indicateur ne reflète qu'en partie la performance du SSSS. La littérature souligne que les déterminants sociaux et environnementaux constituent les principaux leviers d'amélioration durable de la santé populationnelle. Or, le Québec fait face à plusieurs défis structurants, notamment l'accroissement des inégalités de revenu, l'accès insuffisant à des logements adéquats et abordables, la dégradation de la qualité de l'environnement et les risques croissants pour les écosystèmes. L'amélioration durable de la santé de la population nécessite donc une action concertée du système de santé et des autres secteurs intervenant sur ces déterminants.

Les indicateurs d'efficacité du SSSS démontrent l'excellence des processus et des pratiques cliniques et hospitalières liés au traitement des maladies graves. Ces résultats s'expliquent par la qualité des services hospitaliers et des processus pré – et post-hospitaliers mobilisés pour les cas les plus sévères, qui exigent une prise en charge rapide et bien coordonnée. Toutefois, le manque d'indicateurs limite la capacité à porter un jugement complet sur l'efficacité de l'ensemble des services offerts à la population. De plus, pour les secteurs où des données sont disponibles, des enjeux d'efficacité persistent, notamment dans les services destinés aux personnes vivant avec des troubles de santé mentale.

Enfin, bien que ces constats soient globalement positifs, ils peuvent apparaitre contre-intuitifs au regard des perceptions collectives sur l'état du SSSS. Celui-ci demeure associé à des inquiétudes persistantes quant à sa capacité à générer de la valeur pour la population, en raison notamment d'une difficulté perçue à répondre aux priorités des citoyens et à apporter des solutions durables à des problèmes structurels récurrents.

2. UN SYSTÈME QUI RÉPOND PARTIELLEMENT AUX PRIORITÉS DE LA POPULATION ET DES PERSONNES

La réponse aux priorités et aux besoins de la population et des personnes usagères reflète la capacité du SSSS à reconnaître, à intégrer et à traduire de façon continue les besoins, les priorités et les attentes de la population. Son évaluation repose à la fois sur une appréciation globale du système à l'échelle populationnelle et sur l'analyse des interactions concrètes entre les personnes usagères, les organisations et les fournisseurs de services.

Dans l'ensemble, la réponse du SSSS aux besoins et aux priorités de la population est jugée insatisfaisante. Le niveau d'insatisfaction à l'égard du SSSS apparait élevé, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité et la convivialité. Pour ce qui est des interactions entre les personnes usagères et les organisations de santé et de services sociaux, des enjeux majeurs d'accessibilité sont observés, de même que des difficultés importantes en matière de coordination et de continuité des services. En revanche, la qualité des soins est généralement jugée bonne, malgré certains enjeux relatifs à la sécurité de la prise en charge. Par ailleurs, le niveau d'humanisme dans les interactions entre les personnes usagères et les professionnels du SSSS est évalué très positivement. Ainsi, si plusieurs aspects apparaissent très satisfaisants, notamment sur le plan de la qualité technique et relationnelle des soins, des marges d'amélioration importantes subsistent quant à l'organisation des services et à la convivialité du SSSS, notamment pour y faciliter la navigation.

L'ÉVALUATION DE LA RÉPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION ET DES PERSONNES USAGÈRES

Le Commissaire a évalué la réponse aux besoins et aux priorités de la population et des personnes usagères selon deux niveaux d'analyse complémentaires.

Au niveau sociétal et populationnel, l'évaluation porte sur l'écart entre les priorités exprimées par la population et le niveau de réponse perçu du SSSS. Cet indicateur correspond à une mesure de la satisfaction de la population à l'égard du SSSS. Ces données sont issues d'un sondage réalisé par le Commissaire (CSBE, s. d. – d).

Au niveau des personnes usagères, l'évaluation concerne les interactions concrètes entre les personnes, les services et les prestataires. À cette fin, des données clinico-administratives ainsi que des données perceptuelles issues d'une enquête réalisée par le Commissaire et par le Commonwealth Fund ont été mobilisées afin d'évaluer l'accessibilité, la coordination et la continuité des services, la globalité de la prise en charge, la convivialité, l'humanisme et la qualité des soins.

2.1 Une faible satisfaction de la population vis-à-vis de la capacité du système de santé et de services sociaux à répondre à ses priorités

La mesure de la satisfaction de la population à l'égard du niveau de réponse du SSSS à ses priorités repose sur l'analyse de l'écart entre les priorités exprimées par la population et le niveau de rendement perçu du SSSS.

La population est globalement insatisfaite de la capacité du SSSS à répondre à ses priorités. En effet, le tableau 11 met en évidence des écarts importants entre le niveau de priorité accordé par la population et le niveau de rendement perçu du SSSS pour les différentes dimensions de la valeur. À l'exception de la qualité des soins, l'ensemble des dimensions présente des taux de correspondance faibles ou très faibles entre priorité et rendement perçu. Cette situation démontre un enjeu de satisfaction significatif des personnes interrogées vis-à-vis de la majorité des dimensions de la valeur.

Les dimensions affichant le plus haut niveau de concordance et donc le meilleur score de performance sont celles qui relèvent des interactions directes entre les personnes usagères et les professionnels de la santé. La qualité des soins obtient ainsi un bon score de performance (75 %), tandis que l'humanisme et la globalité présentent des scores proches du niveau jugé bon (73 % dans les deux cas). À l'inverse, les dimensions associées à l'organisation et au fonctionnement du SSSS présentent des niveaux de performance perçue très faibles. L'accessibilité affiche un score de 41 %, tandis que la convivialité du SSSS atteint 47 %. Ces résultats indiquent que les dimensions qui renvoient à la capacité de la population à entrer dans le SSSS, à le comprendre et à y naviguer sont les plus problématiques.

L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION PROVENANT DES ÉCARTS ENTRE LE NIVEAU DE PRIORITÉ ET LE RENDEMENT PERÇU

Le Commissaire a réalisé en 2024 un sondage Web auprès de la population (n = 4 603), visant à documenter de manière structurée les dimensions de la valeur jugées prioritaires (voir la section 1, point 1) ainsi que le rendement perçu du SSSS à l'égard de ces mêmes dimensions. Les jugements évaluatifs ont été construits à partir des résultats de ce sondage et de l'écart observé, mesuré par un taux de correspondance, entre les priorités exprimées et le rendement perçu. Cet écart s'apparente à une mesure de la satisfaction de la population à l'égard des différentes dimensions de la valeur, conformément à l'approche proposée par Oliver (1980). Les résultats doivent être interprétés comme des données déclarées, fondées sur les perceptions de la population, et non comme une mesure clinique ou administrative de la performance. Ils offrent néanmoins un éclairage pertinent sur l'alignement perçu entre les attentes de la population et ce qu'elle considère comme effectivement reçu de la part du SSSS.

Tableau 11 : Taux de correspondance et score de performance entre les priorités des personnes et le rendement perçu du système de santé et de services sociaux[9]

Dimension de la valeur	Niveau de priorité sur une échelle de 1 à 10	Correspondance en % entre les priorités des personnes et le rendement perçu	Score de performance en %
Efficacité des soins et services	9,1	63,0 %	**Faible — 70 %**
Qualité technique des soins	9,1	68,5 %	**Bon — 76 %**
Accessibilité en temps opportun	9,0	37,2 %	**Très faible — 41 %**
Convivialité	8,9	42,6 %	**Très faible — 47 %**
Humanisme	8,8	65,5 %	**Faible — 73 %**
Équité	8,7	59,3 %	**Faible — 65 %**
Continuité et coordination	8,5	54,9 %	**Faible — 61 %**
Protection financière	8,5	58,4 %	**Faible — 65 %**
Globalité	8,4	66,0 %	**Faible — 73 %**
Promotion et prévention	8,2	61,5 %	**Faible — 68 %**
Protection sociale	8,2	61,5 %	**Faible — 68 %**

Source : *Sondage sur les attentes et les perceptions des Québécois à l'égard du système de santé et de services sociaux.* [Document non publié; publication prévue en 2026] (CSBE, s. d.-d).

La satisfaction à l'égard du système est un déterminant de la confiance de la population envers l'institution qu'est le SSSS. En effet, celle-ci découle de l'alignement entre les attentes de la population et la perception de la réponse institutionnelle, et est fortement déterminée par la satisfaction (Papanicolas et al., 2022; Levesque et Sutherland, 2020; Neill et al., 2007).

9 Le taux de correspondance entre priorité et rendement du système mesure dans quelle proportion le système de santé répond aux priorités de la population. Il correspond au pourcentage de personnes pour qui l'écart entre le niveau moyen de priorité et le niveau moyen du rendement perçu est faible (≤ 15 %), ou pour lesquelles le niveau moyen du rendement est supérieur au niveau moyen de priorité. Ce pourcentage de correspondance est comparé avec une balise d'excellence, soit le niveau de correspondance attendu pour assurer une bonne performance. Cette balise a été fixée à 90 % de correspondance. L'écart entre le taux de correspondance et la balise, exprimé en pourcentage, permet de juger du niveau de performance.

Comme le rappelle une note adressée aux décideurs et rédigée conjointement par le Commissaire, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), *« la confiance de la population est importante à gagner pour améliorer l'efficacité des interventions. Elle va de pair avec la transparence, qui permettra d'établir un lien de confiance entre les autorités de santé publique et la population »* (CSBE, INSPQ et INESSS, 2025).

La confiance de la population à l'égard du SSSS devrait donc être appréhendée comme un indicateur de la valeur perçue du système : elle reflète l'alignement (ou le décalage) entre les priorités exprimées et la perception de la réponse institutionnelle. Ainsi, un système qui répond aux besoins et aux priorités de la population génère de la confiance envers l'institution. Cette dernière peut être décrite comme la conviction que le système sera accessible, navigable et offrira des soins coordonnés, humains et de qualité en cas de besoin (Straten et al., 2002; Van der Schee, 2006). La confiance envers l'institution est influencée à la fois par les expériences vécues lors des interactions avec les représentants du système et par des facteurs plus larges, tels que les représentations médiatiques (Straten et al., 2002).

Les faibles correspondances entre le niveau de priorité et le rendement perçu pourraient indiquer un enjeu de confiance de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux. Ce décalage semble relativement peu lié aux interactions cliniques entre les professionnels et les personnes usagères, mais apparait particulièrement saillant en ce qui concerne le fonctionnement organisationnel du système.

2.2 Un faible accès aux soins et aux services comme symptôme récurrent de dysfonctionnements du système

L'accessibilité en temps opportun est une des grandes priorités de la population. Elle renvoie à la facilité avec laquelle les soins de santé ou les services sociaux sont obtenus par la population à l'endroit et au moment opportuns. Elle est dépendante de l'absence de barrières organisationnelles, géographiques, économiques, socioculturelles qui nuisent à l'accès aux services, ainsi que de l'adéquation entre l'offre de soins et de services et la demande (Frenk, 1992; Long, 1994; Thiebaut, et al., 2020).

2.2.1 L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EST TRÈS PRÉOCCUPANTE ET LE SSSS DOIT CORRIGER CETTE SITUATION

L'accessibilité aux services généraux est à corriger. La capacité à obtenir une consultation avec un professionnel le jour même ou le lendemain est particulièrement problématique puisque seulement 28 % des personnes interrogées rapportent une telle expérience, en nette détérioration par rapport à 2016 (41 %). L'accès aux services offerts dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) est moins critique, mais doit être amélioré, puisque 69 % des personnes déclarent recevoir les services dans les délais établis.

L'accessibilité aux services de santé spécialisés est également à corriger. La médiane de séjour à l'urgence pour les patients admis à l'hôpital atteint 20,6 heures, soit un score de 58 % par rapport à la balise de 11,9 heures, en détérioration depuis 2018-2019. L'accès aux médecins spécialistes dans les délais recommandés est faible pour les cas prioritaires puisque 61 % des personnes obtiennent une consultation dans les temps prescrits. Ce résultat est encore plus faible pour les priorités moins élevées (score de 55 %). En matière de services diagnostiques, le respect des délais est globalement satisfaisant pour l'hémodynamie et l'imagerie élective, mais faible pour l'électrophysiologie. L'accès à la chirurgie demeure préoccupant, sauf pour les cas hautement prioritaires. En chirurgie oncologique, seulement 53 % des interventions sont réalisées dans le délai prescrit de 28 jours, une proportion en baisse depuis 2018-2019. Des performances similaires sont observées pour les arthroplasties et certaines chirurgies cardiaques moins prioritaires.

Les délais d'accès aux services sociaux sont globalement moins préoccupants que ceux observés dans les services de santé, mais demeurent problématiques pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et les cas urgents. En protection de la jeunesse, seulement 49 % des premières interventions à l'étape de l'évaluation sont réalisées dans les délais, en baisse de 17 points de pourcentage depuis 2015-2016. Pour les enfants de cinq ans présentant un trouble du spectre de l'autisme, le délai moyen d'accès à un service spécialisé est de 169 jours alors que la balise est de 90 jours. On constate, néanmoins, une nette amélioration par rapport à 2016-2017. Dans les services de déficience physique, intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, le respect des délais est généralement adéquat pour les priorités élevées ou modérées, mais très insuffisant pour les situations urgentes. Ces résultats indiquent que, malgré une meilleure accessibilité que pour les services de santé, des améliorations sont nécessaires pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et les situations urgentes.

Les services de santé mentale présentent également des enjeux importants d'accessibilité, surtout pour les services hospitaliers et spécialisés. Seulement 40 % des personnes obtiennent un service spécialisé en santé mentale dans un délai de 30 jours, et 51 % ont accès à une consultation psychiatrique à l'urgence dans les délais prescrits. L'accès aux services communautaires est moins problématique, bien que perfectible, avec 61 % des personnes desservies en CLSC dans les délais et 75 % par des services de soutien dans la communauté.

L'ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ EN TEMPS OPPORTUN DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les jugements présentés reposent sur l'analyse de 40 indicateurs, regroupés à la fois par secteurs (services généraux, services de santé spécialisés, services sociaux spécialisés et services en santé mentale) et par types de services (services en CLSC, urgences, chirurgie, protection de la jeunesse, etc.). Un jugement de performance a d'abord été établi pour chacun des indicateurs. Ces jugements ont ensuite été consolidés afin de porter une appréciation globale pour chaque regroupement d'indicateurs, selon le type de service et le secteur concerné.

Les jugements de performance s'expriment selon une échelle à trois niveaux :

- **À maintenir** : indique une performance globalement adéquate, pour laquelle les efforts actuels doivent être maintenus;
- **À améliorer** : reflète un bilan mitigé, où certains aspects sont satisfaisants, mais où des améliorations sont nécessaires;
- **À corriger** : signale une performance globalement faible, nécessitant des changements importants.

Tableau 12 : Jugements sur l'accessibilité selon les types de services en 2023-2024

SERVICES GÉNÉRAUX	**À CORRIGER**
Fournisseur de soins attitré	**À MAINTENIR**
Possibilité de consulter en temps opportun	**À CORRIGER**
Délais pour les services en CLSC	**À AMÉLIORER**
SERVICES DE SANTÉ SPÉCIALISÉS	**À CORRIGER**
Délais à l'urgence	**À CORRIGER**
Délais auprès de spécialistes	**À CORRIGER**
Délais pour les services diagnostiques et spécialisés	**À AMÉLIORER**
Délais en chirurgie	**À CORRIGER**
SERVICES SOCIAUX SPÉCIALISÉS	**À AMÉLIORER**
Délais en protection de la jeunesse	**À CORRIGER**
Délais en déficience physique	**À AMÉLIORER**
Délais en déficience intellectuelle	**À AMÉLIORER**
Délais pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	**À CORRIGER**
SERVICES EN SANTÉ MENTALE	**À CORRIGER**
PERCEPTION DES QUÉBÉCOIS	**À CORRIGER**

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Le constat concernant la capacité du système à assurer un accès opportun aux soins et services est sans équivoque : des corrections majeures sont nécessaires. Cet enjeu est central, puisque la capacité à avoir accès à un service constitue l'attente initiale de la population par rapport au système et influence directement la satisfaction et la confiance de la population à l'égard de celui-ci. Toutefois, les difficultés d'accessibilité doivent être comprises comme le symptôme d'enjeux organisationnels et systémiques persistants marqués par un déséquilibre entre l'offre et la demande de services. L'accès aux soins et services est influencé par de multiples facteurs liés à l'offre, notamment l'organisation des services, la disponibilité et la combinaison de ressources humaines, matérielles et technologiques, la qualité de vie au travail des professionnels, la productivité du système et sa capacité d'innovation (Thiebaut et al., 2020). D'autres facteurs, tels que les coûts des services assumés directement par les personnes, la distance géographique à parcourir et l'adéquation des services aux caractéristiques sociodémographiques des populations, jouent également un rôle déterminant.

2.3 La capacité à offrir des soins et services axés sur les personnes est à améliorer

Les soins et services axés sur les personnes permettent d'évaluer la qualité des interactions entre les personnes usagères, les professionnels de la santé ainsi que les services cliniques et administratifs. Ces interactions sont analysées selon différents attributs reflétant la qualité de l'expérience vécue par les personnes usagères. Plus précisément, l'évaluation porte sur l'humanisme des interactions entre les personnes usagères et les professionnels de la santé et des services sociaux, de même que sur la continuité et la coordination, la convivialité et la globalité des services cliniques.

Les résultats montrent que les médecins et les professionnels de la santé offrent des soins et des services empreints d'humanisme. Toutefois, une proportion importante de Québécoises et de Québécois éprouve des difficultés en matière de continuité et de coordination, de convivialité, ainsi que de globalité des soins et des services.

2.3.1 LES RELATIONS ENTRE LES PERSONNES USAGÈRES ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SONT EMPREINTES D'HUMANISME

L'humanisme renvoie à des relations avec les personnes usagères fondées sur l'empathie, l'écoute, le respect de la dignité et de la confidentialité, la liberté de choix ainsi que l'implication dans les décisions cliniques. Les cinq indicateurs utilisés pour apprécier cette dimension présentent des scores de performance bons ou très bons, ce qui indique que le **système de santé et de services sociaux doit maintenir les conditions organisationnelles favorables à la qualité des relations interpersonnelles.**

Les résultats du sondage du Commonwealth Fund réalisé en 2023 auquel 10 pays ont participé montrent que 90 % des répondants du Québec estiment que les professionnels communiquent l'information de manière compréhensible et que 94,5 % considèrent être traités avec courtoisie et respect. Des marges d'amélioration subsistent toutefois en ce qui concerne l'implication des personnes usagères du Québec dans les décisions cliniques, puisque 23 % estiment ne pas être suffisamment impliquées. Par ailleurs, 21 % des répondants du Québec jugent que le temps consacré aux consultations est insuffisant. Enfin, le sondage mené par le Commissaire indique que l'humanisme des soins est évalué à 7,5 sur 10 par les personnes interrogées. Bien qu'il s'agisse d'un résultat globalement positif, un écart demeure entre l'importance élevée accordée à cette dimension et l'évaluation qui en est faite, soulignant la nécessité de poursuivre les efforts pour renforcer l'expérience relationnelle des soins.

Tableau 13 : Résultats et scores de performance des indicateurs d'humanisme

	Valeur	Balise ou médiane	Score ou interprétation	Variation relative totale	Rang du Québec	Année la plus récente
Implication dans les décisions par les professionnels rencontrés	77,5 %	90[Br]	**86 %**	-5,9 % depuis 2016	8e sur 11 pays 9e sur 10 provinces	2023
Temps passé avec le professionnel suffisant	79,1 %	90[Br]	**88 %**	0 % depuis 2016	6e sur 11 pays 3e sur 10 provinces	2023
Informations communiquées de manière compréhensible par les professionnels rencontrés	90,1 %	90[Br]	**100 %**	-0,2 % depuis 2016	4e sur 11 pays 1er sur 10 provinces	2023
Traitement avec courtoisie et respect par les professionnels rencontrés	94,5 %	90[Br]	**100 %**	s. o.	8e sur 11 pays 6e sur 10 provinces	2023
Évaluation de l'humanisme des soins et services	7,5/10	9[Br]	**84 %**	s. o.	s. o.	2024

Br : Balise raisonnée

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Plusieurs facteurs organisationnels constituent des déterminants de l'humanisme des soins. La disponibilité en nombre suffisant de professionnels de la santé est une condition essentielle pour favoriser des interactions empreintes d'humanisme, en permettant des soins attentifs et personnalisés (Wilkes et al., 2008). De plus, la qualité de vie au travail des professionnels de même que l'offre de formations soutenant l'amélioration continue des compétences, notamment celles liées à la construction d'une alliance thérapeutique, jouent un rôle déterminant dans le maintien de pratiques humanistes (Rôlo et al., 2019; Parandeh et al., 2014). Enfin, la continuité informationnelle entre les professionnels ainsi que l'implantation d'innovations technologiques facilitant une communication directe, sécurisée et bidirectionnelle entre les personnes usagères et les professionnels de la santé constituent également des leviers importants pour renforcer l'humanisme des soins (Kittler et al., 2004).

2.3.2 DES RÉSULTATS MITIGÉS EN MATIÈRE DE CONTINUITÉ ET DE COORDINATION

La continuité renvoie à l'enchaînement cohérent et ininterrompu des soins et services dans le temps, à travers les différents professionnels, services et étapes du parcours. Elle se décline en continuité informationnelle, relationnelle et de prise en charge, favorisant une expérience fluide pour les personnes usagères. La coordination désigne, quant à elle, l'organisation intégrée et synchronisée des professionnels, des services et des interventions afin d'assurer une prise en charge cohérente et continue.

Les cinq indicateurs utilisés pour apprécier cette dimension présentent des niveaux de performance variables, allant de bons à très faibles, ce qui **indique la nécessité pour le système de santé et de services sociaux d'améliorer la continuité et la coordination en agissant sur leurs déterminants organisationnels et systémiques.**

Les résultats relatifs à la continuité informationnelle sont mitigés. En effet, 79 % des répondants du Québec au sondage du Commonwealth Fund indiquent que le professionnel consulté connaissait leurs antécédents médicaux, mais 23 % rapportent au moins un problème de continuité informationnelle avec leur médecin omnipraticien ou spécialiste.

La continuité relationnelle apparait plus fragile, puisque seulement 64 % des personnes interrogées déclarent avoir un professionnel de santé régulier.

En matière de coordination, 70 % des répondants du Québec estiment que les professionnels ou les cliniques les soutiennent dans la coordination des services, un résultat globalement positif, mais perfectible.

Enfin, selon le sondage portant sur les attentes et les priorités de la population québécoise réalisé par le Commissaire en 2024, la continuité et la coordination des soins obtiennent une évaluation moyenne de 6,8 sur 10. Bien que ce résultat soit convenable, un écart persiste entre l'importance accordée par la population à cette dimension et l'évaluation qu'en font les personnes usagères, soulignant la nécessité de poursuivre les efforts pour renforcer la fluidité et la cohérence des parcours de soins et de services.

Tableau 14 : Résultats et scores de performance des indicateurs de continuité et de coordination

	Valeur	Balise ou médiane	Score ou interprétation	Variation relative totale	Rang du Québec	Année la plus récente
Connaissance des antécédents médicaux par les professionnels rencontrés	79,2 %	90[Br]	**88 %**	-6,7 % depuis 2016	7e sur 11 pays 4e sur 10 provinces	2023
Pourcentage de la population de 18 ans et plus ayant déclaré avoir eu au moins un problème de continuité informationnelle entre le médecin spécialiste et le médecin attitré	23,3 %	10[Br]	**43 %**	-18 % depuis 2016	1er sur 11 pays 1er sur 10 provinces	2023
Pourcentage de la population de 18 ans et plus ayant un professionnel régulier (médecin ou infirmière)	64 %	90[Br]	**71 %**	-14,2 % depuis 2016	8e sur 11 pays 10e sur 10 provinces	2023
Pourcentage de la population déclarant que son médecin régulier ou sa clinique l'aide à organiser ou à coordonner les soins reçus ailleurs	70,4 %	90[Br]	**78 %**	3,8 % depuis 2016	7e sur 11 pays 10e sur 10 provinces	2023

Br : Balise raisonnée

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

La continuité et la coordination des soins et des services dépendent principalement de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et technologiques, de leur combinaison, ainsi que de l'organisation des services et des modalités de production des soins visant à en assurer la cohérence (Thiebaut et al., 2020). Concrètement, elles s'opérationnalisent par la présence de professionnels affectés à ces fonctions et par des mécanismes organisationnels favorisant la coordination entre les services, les institutions et les professionnels (CSBE, s. d. – d). Les innovations, qu'elles concernent les modalités de dispensation des services ou les technologies, notamment numériques, jouent un rôle central dans le soutien à la continuité des parcours et à la continuité informationnelle, en facilitant l'échange d'informations entre les professionnels et l'accès aux données cliniques pour les personnes usagères (NHS, 2005).

2.3.3 DES AMÉLIORATIONS SONT NÉCESSAIRES EN MATIÈRE DE GLOBALITÉ ET DE CONVIVIALITÉ DES SERVICES

La globalité des services désigne la capacité du système de santé à offrir une gamme complète et intégrée de services permettant de répondre aux différents besoins de santé de la population, qu'ils soient préventifs, curatifs, de réadaptation ou de soutien, et ce, à toutes les étapes du parcours de soins. La convivialité fait référence à la facilité avec laquelle une personne peut obtenir l'information dont elle a besoin et naviguer entre les différents services. La convivialité est un des aspects les plus valorisés par la population

et pour lequel l'insatisfaction est la plus grande. Pourtant, peu de mesures sont disponibles pour évaluer la convivialité des services et du système, ainsi que sa globalité. Les données du sondage du Commissaire réalisé en 2024, utilisées pour évaluer ces dimensions, nous indiquent que **la situation est à améliorer pour la globalité et à corriger pour la convivialité** (CSBE, s. d. – a).

L'évaluation de la globalité perçue par la population est de 7,2 sur 10. Ce score est bon, mais un écart persiste entre l'importance accordée à cette dimension et l'évaluation qu'en font les personnes usagères, soulignant la nécessité de poursuivre les efforts pour renforcer la capacité du système à répondre aux différents besoins des personnes. La convivialité obtient un score moyen de 6,6 sur 10. Ce score est faible et un écart très important est à noter entre le niveau de priorité des personnes et l'évaluation qu'elles en font, soulignant la nécessité de corriger rapidement la situation.

Tableau 15 : Résultats et scores de performance des indicateurs de globalité et de convivialité

	Valeur	Balise ou médiane	Score ou interprétation	Variation relative totale	Rang du Québec	Année la plus récente
Évaluation de la convivialité des soins et services	6,6/10	9[Br]	73 %	s. o.	s. o.	2024
Évaluation de la globalité des soins et services	7,2/10	9[Br]	80 %	s. o.	s. o.	2024

Br : Balise raisonnée

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

2.3.4 UN SYSTÈME OFFRANT UN BON NIVEAU DE QUALITÉ DES SOINS, MAIS DONT CERTAINS ASPECTS SONT À CORRIGER

La qualité des soins réfère à la capacité du système de santé à offrir des interventions cliniquement appropriées, sécuritaires et conformes aux normes professionnelles, aux recommandations de bonnes pratiques et aux avancées scientifiques, dans le but d'optimiser les bénéfices pour les personnes usagères tout en réduisant les risques associés aux soins.

Les cinq indicateurs de réadmission, qui permettent d'apprécier la qualité des soins durant et après l'hospitalisation, présentent d'excellents résultats. Le nombre de réadmissions par 100 épisodes de soins, tous motifs confondus, est très proche de la balise d'excellence et s'est amélioré depuis 2018-2019. En revanche, l'indicateur de sepsie à l'hôpital, une réaction grave de l'organisme survenant à la suite d'une infection acquise après l'admission en soins de courte durée, met en évidence un enjeu de sécurité. Le taux observé est de 3,3 cas par 1 000 hospitalisations, alors que la balise d'excellence est fixée à 2,4 par 1 000 hospitalisations.

La situation est également très préoccupante en matière de polypharmacie chez les personnes âgées, un indicateur de sécurité de la prise en charge tout au long du continuum de soins. En effet, 34 % des personnes de 65 ans et plus consomment 10 médicaments ou plus, alors que la balise d'excellence est de 15 %. Bien que la polypharmacie puisse être cliniquement justifiée dans certains cas, elle est associée à une augmentation des hospitalisations, du risque de chutes et de la mortalité (Gosselin et al., 2020). Un taux élevé indique des lacunes dans le suivi et la révision des traitements médicamenteux chez cette population.

Ces indicateurs permettent de porter un jugement robuste sur la qualité des services hospitaliers, mais demeurent insuffisants pour évaluer la qualité des autres services offerts par le système de santé et de services sociaux. Cette limite s'explique notamment par le manque d'indicateurs valides ou comparables à l'échelle internationale. Comme pour l'évaluation de l'efficacité des soins et des services, il apparait essentiel de développer de tels indicateurs pour la première ligne, les services de réadaptation, de santé mentale et de soutien au maintien de l'autonomie.

Tableau 16 : Résultats et scores de performance des indicateurs de qualité des soins

	Valeur	Balise ou médiane	Score ou interprétation	Variation relative totale	Rang du Québec	Année la plus récente
Réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours, soins chirurgicaux	6,2 réadmissions par 100 épisodes de soins	5,8[Bc]	93 %	-6,1 % depuis 2018-2019	6e sur 10 provinces	2023-2024
Réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours, soins médicaux	12,5 réadmissions par 100 épisodes de soins	12,2[Bc]	98 %	-6 % depuis 2018-2019	3e sur 10 provinces	2023-2024
Réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours, soins obstétricaux	1,8 réadmission par 100 épisodes de soins	1,7[Bc]	93 %	-14,3 % depuis 2015-2016	3e sur 10 provinces	2023-2024
Réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours, soins pédiatriques	6,5 réadmissions par 100 épisodes de soins	6,2[Bc]	95 %	-7,1 % depuis 2018-2019	5e sur 10 provinces	2023-2024
Réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours, infarctus aigu du myocarde	7,5 réadmissions par 100 épisodes de soins	7[Bc]	94 %	-18,5 % depuis 2015-2016	3e sur 10 provinces	2022-2023
Polypharmacie chez les personnes âgées	34 %	14,8[Bc]	44 %	-6,8 % depuis 2017	10e sur 10 provinces	2021
Sepsie à l'hôpital	3,3 infections par 1 000 hospitalisations	2,4[Bc]	73 %	-8,3 % depuis 2018-2019	4e sur 10 provinces	2023-2024
Évaluation de la qualité des soins		9[Br]	88 %	s. o.	s. o.	2024

Bc : Benchmark canadien

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Des études réalisées auprès d'infirmières indiquent que la qualité des soins est influencée par de multiples facteurs agissant à différents niveaux de l'organisation du système de santé. Au niveau systémique, la disponibilité du capital humain (Aiken et al., 2002a, 2002 b, 2012) ainsi que des ressources matérielles et technologiques, de même que l'existence d'une combinaison adéquate de professionnels aux compétences complémentaires sont directement associées à la qualité de l'exécution des soins et à leur sécurité (Aiken et al., 2011, 2012, 2014; Lasater et al., 2021). Ces éléments doivent être soutenus par des leviers de gouvernance, notamment des mécanismes d'incitation visant à orienter les comportements collectifs vers l'amélioration continue de la qualité. Au niveau organisationnel, la configuration des services et leur coordination constituent des déterminants reconnus de la capacité des professionnels à offrir des soins de qualité (McGillis Hall et al., 2004, 2006). Une culture organisationnelle positive et collaborative (Braithwaite et al., 2017) axée sur l'amélioration continue des soins (Aiken et al., 2008) et la satisfaction au travail (McGillis Hall et Doran, 2007) chez les infirmières représente également une condition favorable à la qualité des soins. Enfin, au niveau des pratiques individuelles, l'accès aux guides de bonnes pratiques et aux données probantes, ainsi que leur adoption, la qualité de la formation initiale et continue, et l'existence de protocoles et de mécanismes formalisés de prise en charge, tels que les listes de vérification chirurgicales ou les protocoles de révision médicamenteuse, constituent des déterminants essentiels de la qualité des soins (INESSS, 2017).

2.4 Ce que le Commissaire constate : un manque d'adaptation du système de santé et de services à la diversité des besoins de la population

Le système de santé et de services sociaux, et principalement les services hospitaliers, affiche une bonne qualité des soins. Les services hospitaliers sont accessibles pour les situations les plus graves. De plus, les personnes usagères estiment être traitées avec humanisme lors de leurs interactions avec les professionnels de la santé. Toutefois, ces résultats concernent principalement la portion de la population présentant des problèmes graves ou urgents, relativement bien définis et dont la prise en charge est fortement balisée par des données probantes et des guides de pratique. Pour les situations moins graves, de même que pour celles impliquant des besoins complexes, diffus ou de longue durée, nécessitant des interventions coordonnées de plusieurs professionnels et des actions conjointes en santé et en services sociaux, la réponse du système semble plus problématique. En effet, des enjeux d'accessibilité sont observés dans presque tous les secteurs et tous les types de services. Cela démontre la grande difficulté du système à répondre à l'ensemble des demandes dans des délais appropriés. Cette situation laisse présager une priorisation des besoins les

plus urgents, au détriment d'interventions précoces ou soutenues. À cela s'ajoute une faible convivialité du système, marquée par des difficultés importantes d'orientation et de navigation pour les personnes et leurs proches. Ces constats permettent de formuler l'hypothèse que le système est principalement structuré autour d'interventions curatives, tout en étant moins performant pour répondre à des enjeux tels que le développement des enfants, les troubles de santé mentale ou le vieillissement de la population. Cette hypothèse est cohérente avec des travaux antérieurs du Commissaire, qui ont montré que seulement 10,7 % des besoins en services des personnes en perte d'autonomie étaient couverts par les services de soutien à domicile (CSBE, 2023). De plus, les délais d'attente observés pour les services de protection de la jeunesse indiquent que l'offre de services de première ligne et de services spécialisés ne permet pas de répondre aux besoins des jeunes et de leurs familles.

Ces constats contribuent à une érosion de la satisfaction et potentiellement de la confiance de la population quant à la capacité du système à répondre à ses besoins le moment venu. Cette inquiétude semble davantage dirigée vers l'organisation et le fonctionnement du système que vers la compétence ou l'engagement des professionnels, dont la capacité à offrir des services de qualité et empreints d'humanisme semble relativement élevée.

Ces enjeux d'accessibilité, de coordination, de continuité et de capacité globale à répondre à la multitude des besoins pourraient provenir d'une inadéquation entre l'offre de services et les besoins de services de la population. Les caractéristiques de l'offre de services sont intimement reliées à la suffisance et au maintien des ressources financières, humaines, matérielles, au choix des types de ressources privilégiés pour répondre aux besoins de la population, et à la manière dont elles sont configurées et organisées dans une gamme de services de santé et de services sociaux. L'adéquation entre l'offre et les besoins de services est également associée à la capacité à allouer et à utiliser de façon judicieuse les ressources pour optimiser la réponse aux besoins et l'efficacité des services. Nous faisons donc un lien entre le niveau de réponse aux besoins et aux priorités de la population, et la viabilité ainsi que l'efficience du système du système de santé et de services sociaux.

Dans la prochaine section, nous présenterons les jugements émanant des Grands repères concernant ces dimensions de la valeur.

3. LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EST PRÉCAIRE

La pérennité d'un SSSS correspond à sa capacité à assurer, dans la durée, le maintien de son fonctionnement et l'atteinte de ses objectifs. Elle repose sur l'articulation entre deux dimensions de la valeur : la viabilité et l'efficience. La viabilité renvoie à la capacité du système à assurer la pérennité budgétaire, la suffisance, le maintien et l'adaptabilité des ressources, tandis que l'efficience garantit leur utilisation optimale. Ensemble, elles permettent au système de santé de maintenir sa capacité à répondre durablement aux besoins de la population et à produire de la santé pour celle-ci.

La pérennité du système de santé et de services sociaux québécois est précaire. Malgré une efficience globalement satisfaisante, marquée par de bons résultats en termes d'efficacité des services de santé spécialisés et de décès évitables au regard des ressources financières mobilisées, la viabilité demeure fragile en raison de contraintes budgétaires, d'une insuffisance de ressources et d'un niveau de services qui ne suit pas la croissance et le vieillissement de la population. Cette situation traduit un système fonctionnel, mais vulnérable, qui nécessite des ajustements structurels visant à garantir sa viabilité afin de ne pas compromettre les résultats de santé.

De plus, pour un niveau de dépenses totales de santé par habitant comparable à la médiane des pays de référence, le Québec offre une couverture de services préventifs inférieure à celle observée dans ces pays. Ce décalage accentue les tensions structurelles du SSSS et pourrait compromettre sa capacité à améliorer durablement les résultats de santé, fragilisant ainsi sa pérennité.

LA VIABILITÉ ET L'EFFICIENCE COMME DÉTERMINANTS DE LA PÉRENNITÉ

La pérennité repose sur la capacité à assurer la disponibilité durable de ressources et sur l'utilisation optimale de celles-ci pour produire des services et des résultats de santé. Notre jugement sur la pérennité du système de santé repose sur l'évaluation de la viabilité et de l'efficience.

La viabilité désigne la capacité du système public de santé et de services sociaux à acquérir, à maintenir, à configurer et à adapter ses ressources financières, humaines, matérielles et technologiques, ainsi que ses connaissances, afin d'assurer une production de soins et de services répondant aux besoins présents et futurs de la population. Elle dépend de la pérennité budgétaire du gouvernement.

L'efficience est appréhendée comme la capacité du SSSS à obtenir le meilleur niveau de services et de résultats de santé compte tenu des ressources financières disponibles. Pour y parvenir, les ressources financières doivent être utilisées de façon optimale à chaque étape de production de soins et de services afin de maximiser les résultats de santé.

3.1 La viabilité du système de santé et de services sociaux est fragile et menace la pérennité du système

Un système viable est en mesure de maintenir un équilibre entre le respect du budget, les ressources financières requises pour disposer des ressources essentielles à la production de services, l'adaptation du niveau de production à l'évolution des besoins de la population, et le soutien à l'innovation afin d'améliorer l'utilisation des ressources et la capacité de réponse aux besoins de la population.

Notre évaluation met en évidence des tensions structurelles qui nous amènent à juger que la viabilité du SSSS est fragile et nécessite une vigilance accrue des décideurs politiques, stratégiques et tactiques. Sur le plan macroéconomique, le Québec consacre une part élevée et historiquement croissante de sa richesse collective au financement du SSSS. Cette dynamique s'est toutefois infléchie à partir de 2022-2023, dans un contexte de politiques de contrôle des dépenses visant à rétablir l'équilibre budgétaire à la suite de la forte croissance observée durant la pandémie de COVID-19.

Cette augmentation soutenue des dépenses ne s'est pas traduite par une hausse du volume brut de services rendus à la population; on observe au contraire une diminution du niveau de services de santé produits par habitant. Cette situation soulève des enjeux importants quant à la capacité du système à produire suffisamment de soins et de services pour répondre à la diversité et à l'intensification des besoins, dans un contexte marqué par le vieillissement démographique et l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques[10] (INSPQ, 2026). Par ailleurs, la disponibilité et le maintien du capital humain ainsi que des ressources matérielles demeurent insuffisants pour soutenir durablement la production de soins et de services.

Enfin, bien que l'innovation soit reconnue comme un levier essentiel pour améliorer la production de services, la qualité des soins et l'efficience du système, l'absence de données suffisantes ne permet pas d'en évaluer adéquatement les effets. Malgré le déploiement de nombreuses initiatives innovantes, le manque de mécanismes de suivi, de mesures et de mises à l'échelle ou de diffusion des innovations limite la capacité du système à piloter, à ajuster et à renforcer l'innovation de manière structurée et durable.

10 Selon l'INSPQ, le nombre de personnes de 65 ans et plus souffrant d'au moins 2 maladies chroniques est passé de 982 730 en 2017-2018 à 1 076 545 en 2023-2024, soit une augmentation de 93 815 personnes en 7 ans (INSPQ, 2026).

La situation budgétaire précaire associée au contrôle du budget, à une insuffisance de ressources et à des difficultés à accroitre la production de services pourrait menacer la viabilité du SSSS.

L'ÉVALUATION DE LA VIABILITÉ DU SSSS

La viabilité est évaluée à l'aide d'indicateurs regroupés en trois sous-dimensions :

- la pérennité budgétaire;
- la suffisance et le maintien du capital humain et des ressources matérielles;
- l'innovation.

La viabilité repose sur l'articulation de ces éléments, qui déterminent la capacité d'adaptation et de maintien du niveau de services dans le temps.

3.1.1 LA PÉRENNITÉ BUDGÉTAIRE EST À AMÉLIORER

La pérennité budgétaire requiert que le gouvernement préserve l'équilibre budgétaire et la crédibilité des finances publiques tout en maintenant un niveau de services publics adapté aux besoins de la population. Le niveau de financement du SSSS permettant le maintien du niveau de services devrait être atteint sans recourir à un ajustement majeur du fardeau fiscal, sans compromettre la capacité de l'état à remplir ses autres fonctions et sans alourdir le poids de la dette.

La pérennité budgétaire du SSSS est précaire et a été jugée à améliorer

Le Québec consacre une part élevée, et en légère croissance, de sa richesse collective au financement public de la santé et des services sociaux. Les dépenses de santé représentent également une part importante des dépenses du gouvernement.

Ce contexte limite la capacité d'augmenter le financement du SSSS sans affecter d'autres missions de l'État, alourdir le fardeau fiscal ou accentuer le déficit budgétaire. Par ailleurs, depuis 2019-2020, la croissance des dépenses de santé et de services sociaux dépasse celle des revenus consolidés de l'État et du PIB. Initialement attribuable à la pandémie de COVID-19, cet écart persiste et a contribué à la détérioration du solde budgétaire, désormais déficitaire. Afin de contenir cette situation, le gouvernement a réduit le financement du SSSS. En effet, la variation annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux a diminué de 0,8 % entre 2021-2022 et 2023-2024.

En parallèle, le volume brut de services produits est demeuré relativement stable depuis 2015-2016, mais a diminué par habitant. L'ensemble de ces facteurs met en évidence la fragilité de la pérennité budgétaire du système.

LE JUGEMENT SUR LA PÉRENNITÉ BUDGÉTAIRE EST FONDÉ SUR PLUSIEURS ANALYSES

Ce jugement découle de l'articulation de quatre analyses touchant à plusieurs variables associées à la pérennité budgétaire entre 2015 et 2024 :

- l'importance des dépenses publiques de santé;
- l'écart de croissance entre les dépenses publiques de santé, les dépenses de portefeuille du gouvernement, les revenus consolidés de l'État et le PIB;
- les facteurs explicatifs de la croissance des dépenses publiques de santé;
- le niveau de production de services durant cette période.

3.1.1.1 Une part importante de la richesse collective est investie dans le système public de santé et de services sociaux

Les dépenses en santé et en services sociaux constituent le principal poste budgétaire du gouvernement québécois et leur poids relatif est demeuré globalement stable de 2015-2016 à 2023-2024. La société québécoise a ainsi fait le choix d'investir massivement dans son SSSS. En consacrant un tel effort collectif à ces missions, le Québec reconnaît la santé et les services sociaux comme un bien commun essentiel.

En 2023, les dépenses publiques de santé du Québec représentaient 9,5 % du PIB, un niveau supérieur à la médiane des juridictions comparables, ce qui place le Québec au 5e rang sur 18. À l'inverse, les dépenses publiques de santé par habitant se situaient autour de la médiane des pays comparés, positionnant le Québec au 14e rang sur 18. Cet écart s'explique principalement par un PIB par habitant inférieur à la médiane des pays comparés, classant le Québec au 16e rang sur 18. Ainsi, pour atteindre un niveau de dépenses publiques de santé par habitant comparable à celui d'autre pays, le Québec doit consacrer une proportion plus élevée de sa richesse nationale au financement public de la santé.

Entre 2015 et 2023, la croissance annuelle moyenne des dépenses publiques de santé par habitant (2,2 %) a dépassé celle du PIB par habitant (1,0 %). Cette dynamique reflète une progression des dépenses de santé plus rapide que la croissance économique, ce qui est susceptible d'exercer une pression croissante sur la soutenabilité des finances publiques.

Dans ce contexte, la santé et les services sociaux occupent une place prépondérante dans les finances de l'État. En 2023-2024, ces dépenses représentaient 43,1 % de l'ensemble des dépenses de portefeuille, une proportion élevée, mais relativement stable (entre 41 % et 43 %) depuis 2015-2016, si l'on exclut les fluctuations conjoncturelles dues à la pandémie de COVID-19.

Enfin, malgré l'importance des dépenses publiques de santé par rapport au PIB et aux dépenses de portefeuille du gouvernement, la part de celles-ci sur l'ensemble des dépenses de santé au Québec s'élevait à 72,3 %, un niveau inférieur à la médiane des pays comparables, ce qui place le Québec au 15e rang sur 18. Il en découle que la part des dépenses privées sur l'ensemble des dépenses de santé est supérieure à la médiane internationale, positionnant le Québec au 4e rang sur 18. Cette situation paradoxale, caractérisée à la fois par un niveau élevé de dépenses en santé et en services sociaux par rapport aux dépenses publiques totales et au PIB et par une proportion importante de dépenses privées, constitue un facteur de vulnérabilité pouvant affecter la pérennité du système et la réponse aux besoins de la population.

Tableau 17 : Indicateurs relatifs aux dépenses de santé

Indicateur	Valeur	Médiane	Interprétation par rapport à la médiane des pays comparables	Variation annuelle moyenne depuis 2015	Rang du Québec	Année la plus récente
Dépenses publiques de santé sur le PIB	9,5 %	8,5Me	Supérieur	1,2 %	5e sur 18 pays 6e sur 10 provinces	2023
PIB par habitant	57 173,6 $ É-U (PPA)	69 116,4Me	Inférieur	1 %	16e sur 18 pays 6e sur 10 provinces	2023
Dépenses publiques de santé par habitant	5 049,1 $ É-U (PPA)/habitant	5 573,8Me	Semblable	2,2 %	14e sur 18 pays 7e sur 10 provinces	2023
Dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement sur ses dépenses de portefeuille	43,1 %	s. o.	Dépenses importantes	-0,1 %	s. o.	2023-2024
Dépenses publiques de santé sur les dépenses totales de santé	72,3 %	81,9Me	Inférieur	-0,1 %	15e sur 18 pays 5e sur 10 provinces	2023
Dépenses privées de santé sur les dépenses totales de santé	27,7 %	18,1Me	Supérieur	0,2 %	4e sur 18 pays 6e sur 10 provinces	2023

Me : Médiane

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

3.1.1.2 Un écart qui s'installe entre la croissance des dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement, ses revenus consolidés et la croissance du PIB

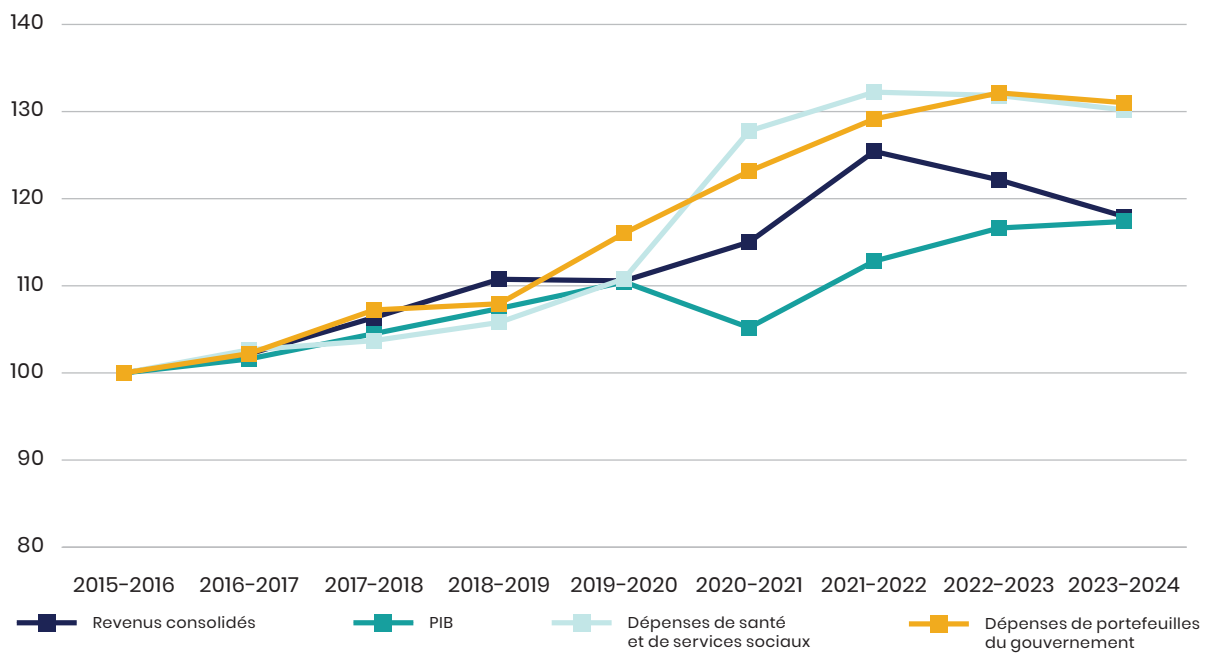
Le graphique 1 présente l'évolution des revenus consolidés de l'État, des dépenses de portefeuille, des dépenses de santé et de services sociaux et du PIB, exprimés sur une base 100 en début de période.

Jusqu'en 2019-2020, la croissance des dépenses de santé et de services sociaux, des revenus consolidés de l'État et du PIB évolue de manière relativement similaire. La période de la pandémie de COVID-19, entre 2020-2021 et 2021-2022, se caractérise par une augmentation marquée des dépenses de santé et de services sociaux, alors que la croissance du PIB ralentit.

Depuis 2022-2023, ce déséquilibre persiste, bien que l'on observe un ralentissement de la croissance des dépenses de santé et de services sociaux, tandis que la trajectoire du PIB tend à se rapprocher de sa tendance prépandémique. Ce ralentissement se traduit notamment par une baisse annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux de 0,8 % entre 2021-2022 et 2023-2024.

On constate que, depuis 2015-2016, le solde budgétaire en proportion du PIB du Québec est passé d'un surplus de 0,8 % à un déficit de 1,1 % entre 2015-2016 et 2023-2024 (CSBE, 2026d). Pendant cette même période, la dette nette sur le PIB était en diminution.

Graphique 1 : Évolution des dépenses de santé et de services sociaux, des revenus consolidés du gouvernement du Québec et du PIB en indice de base 100 depuis 2015-2016



Note : L'effet de l'inflation a été retiré pour chaque composante du graphique. Les dépenses ont été mises en dollars constants à l'aide de l'indice implicite des prix des dépenses gouvernementales courantes. Les revenus consolidés ont été mis en dollars constants à l'aide de l'indice des prix à la consommation, faute d'un déflateur spécifique. Cela constitue une limite de l'analyse. Le PIB est exprimé en dollars enchaînés de 2017.

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Tableau 18 : Variations annuelles moyennes des dépenses publiques de santé et de services sociaux, des revenus consolidés du gouvernement et du PIB en dollars constants par période

	2015-2016 à 2023-2024	2015-2016 à 2019-2020	2019-2020 à 2021-2022	2021-2022 à 2023-2024
Dépenses de santé et de services sociaux	3,4 %	2,6 %	9,2 %	-0,8 %
Revenus consolidés	2,1 %	2,5 %	6,5 %	-3,0 %
PIB	2,0 %	2,5 %	1,1 %	2,0 %

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/[11]

3.1.1.3 Une croissance structurelle des dépenses de santé et de services sociaux

Depuis 2015-2016, les dépenses de santé et de services sociaux ont connu une croissance soutenue. Cette augmentation peut être qualifiée de structurelle, bien que des facteurs conjoncturels, notamment la pandémie de COVID-19, aient temporairement amplifié le rythme de croissance entre 2020-2021 et 2022-2023.

Le caractère structurel de cette croissance repose sur sa persistance dans le temps, son indépendance relative à l'égard des chocs conjoncturels et l'influence de déterminants durables liée au fonctionnement du système et au contexte sociodémographique. Cette interprétation est corroborée par les travaux de Clavet et al. (2022), qui estiment que la croissance annuelle moyenne des dépenses publiques de santé au Québec entre 2000 et 2016 était de 4,7 %.

Cette étude attribue principalement la croissance des dépenses à des facteurs persistants, notamment l'inflation, la croissance démographique et le vieillissement de la population. L'accroissement de la quantité de services rendus est négatif.

11 En savoir plus – Extractions de données à partir des sources suivantes :

- Gouvernement du Québec. *Statistiques budgétaires du Québec — Novembre 2004*. Tableaux 26 et 29.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 2024* — Annexe B1 (tableaux de données).
- Statistique Canada. (2024, 7 novembre). *Tableau 36-10-0222-01 Produit intérieur brut, en termes de dépenses, provinciaux et territoriaux, annuel (x 1 000 000)* (tableau de données). https://doi.org/10.25318/3610022201-fra.
- Statistique Canada (Division des prix) et Institut de la statistique du Québec. (2025, 21 janvier). *Indice des prix à la consommation (IPC), indice d'ensemble, Canada Québec, RMR de Montréal et RMR de Québec, moyennes annuelles (2002 = 100)* (tableau de données). https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/3878.

Tableau 19 : Effet des facteurs de croissance des dépenses publiques de santé en variation annuelle moyenne au Québec entre 2000 et 2016

FACTEURS D'ACCROISSEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ	VARIATION ANNUELLE MOYENNE EN % (2000-2016)[2]
Inflation globale[1]	3,1
Quantité de services rendus	-0,5
Croissance démographique	0,4
Vieillissement de la population	1,7
Total	**4,7**

1. Elle inclut l'inflation générale et spécifique au secteur de la santé.
2. Clavet et al. (2022).

LES FACTEURS CONTRIBUANT À LA CROISSANCE DES DÉPENSES PUBLIQUES EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

L'inflation

L'inflation a été le facteur qui a le plus influencé les dépenses publiques de santé de 2000 à 2016. L'inflation globale, qui inclut celle spécifique à la santé et celle générale, a été de 3,1 % (Clavet et al., 2022). Cet effet à la hausse sur les prix est surtout expliqué par l'accroissement de la rémunération des médecins (Clavet et al., 2022). Cette dynamique associée aux coûts de la main-d'œuvre est centrale et persistante, car les salaires sont alignés sur l'économie générale et sont réévalués pour tenir compte de l'inflation. Pour le gouvernement, l'inflation générale aura un impact moindre sur ses finances puisque ses revenus augmenteront également. Toutefois, son effet réel pour le gouvernement n'a pas été abordé dans les sources consultées.

La quantité de services de santé rendus

L'effet de la quantité de services rendus par personne sur les dépenses publiques de santé semble modeste et serait même négatif. Selon l'étude de Clavet et al. (2022), l'effet quantité sur ces dépenses a été négatif entre 2000 et 2016. Il est chiffré en moyenne à – 0,5 % par année.

La croissance démographique

Alors que l'effet de la croissance démographique sur les dépenses publiques de santé au Québec est estimé en moyenne annuellement à 0,4 % (Clavet et al., 2022) entre 2000 et 2016, il a été estimé à 1 % (ICIS, 2019) pour 2010 à 2017 à l'échelle canadienne.

Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population, qui est déjà enclenché depuis de nombreuses années, est un facteur important de l'accroissement des dépenses de santé. Les estimations indiquent que l'effet du vieillissement correspond à une augmentation annuelle moyenne des dépenses oscillant entre 0,8 % au Canada pour la période 2010-2017 (ICIS, 2019) et 1,7 % au Québec entre 2000 et 2016 (Clavet et al., 2022). L'âge est un facteur prédisposant, mais c'est principalement l'état de santé, la morbidité, la perte d'autonomie et la proximité de la fin de vie qui expliquent l'augmentation des dépenses observée chez les personnes âgées (de Meijer et al., 2013; Tenand, 2016).

3.1.1.4 Une croissance des dépenses non proportionnelle à l'augmentation des services produits

Entre 2015-2016 et 2022-2023, le volume brut de services médicaux et hospitaliers produits est relativement stable. En revanche, on constate une baisse de la production de services par habitant. Parallèlement, au cours de la même période, les dépenses en santé et en services sociaux ont augmenté de façon significative. Cette divergence entre l'évolution des dépenses et celle de la production de services n'est pas uniquement attribuable à la pandémie de COVID-19. En effet, avant la crise sanitaire, la variation annuelle moyenne de la production de services demeurait relativement stable pour certains services, alors que les dépenses de santé affichaient déjà une croissance annuelle moyenne de l'ordre de 2,6 %. Cette dynamique met en évidence un découplage entre l'augmentation des ressources financières consacrées au système de santé et l'évolution du volume de services effectivement rendus à la population.

Tableau 20 : Variation annuelle moyenne de la production de services bruts et populationnels et des dépenses de santé et de services sociaux en dollars constants

	Variation annuelle moyenne du volume brut des services produits		Variation annuelle moyenne des taux de services par 1 000 habitants		Variation annuelle moyenne en dollars constants des dépenses de santé et de services sociaux	
Type de services	2015-2016 à 2022-2023 ou 2023-2024	Période prépandémique 2015-2016 à 2019-2020	2015-2016 à 2022-2023 ou 2023-2024	Période prépandémique 2015-2016 à 2019-2020	2015-2016 à 2023-2024	Période prépandémique 2015-2016 à 2019-2020
Visites chez le médecin	-0,5 %	-0,1 %	-1,3 %	-1 %	3,4 %	2,6 %
Hospitalisations de courte durée	-0,8 %	0,9 %	-1,6 %	-0,04 %		
Jours-présence à l'hôpital	-1 %	0,04 %	-1,9 %	-0,9 %		
Chirurgies	0,2 %	0,3 %	-0,8 %	-1,3 %		

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

3.1.2 LA SUFFISANCE ET LE MAINTIEN DU CAPITAL HUMAIN ET DES RESSOURCES MATÉRIELLES SONT PRÉOCCUPANTS

La suffisance et le maintien du capital humain et des ressources matérielles désignent la capacité d'un SSSS à acquérir, à entretenir et à retenir les ressources nécessaires à la production de soins et de services pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population, tout en atteignant les objectifs du système.

La suffisance et le maintien du capital humain et matériel sont globalement très préoccupants et le Commissaire les juge à corriger. Les médecins et les infirmières semblent en nombre insuffisant à court et moyen termes. Par contre, le nombre d'employés à temps plein du réseau de la santé et des services sociaux augmente et la capacité à les retenir est bonne. Quant aux lits d'hôpital, ils sont également insuffisants alors que le taux de lits en hébergement de soins de longue durée est en décroissance. Le maintien des infrastructures et de l'équipement médical montre des signes encourageants, mais requiert une vigilance soutenue.

ÉVALUER LA SUFFISANCE ET LE MAINTIEN DU CAPITAL HUMAIN ET DES RESSOURCES MATÉRIELLES

Nos jugements sont fondés sur plusieurs indicateurs et les travaux du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, publiés en 2025, sur l'état d'équilibre du marché du travail à court et moyen termes (MESS, 2025). Pour le capital humain, nous utilisons des indicateurs internationalement comparables sur la quantité de médecins et d'infirmières par habitant et leur suffisance à court et moyen termes par rapport aux besoins de main-d'œuvre. Ces indicateurs sont complétés par des taux de rétention et d'absentéisme de longue durée qui sont associés à la qualité de vie au travail.

Pour les ressources matérielles, nous utilisons un taux de lits d'hôpital internationalement comparable, le taux de lits en hébergement de soins de longue durée ainsi que des mesures relatives à la préservation des bâtiments et de l'équipement médical du SSSS.

3.1.2.1 Des enjeux importants en termes de disponibilité et de maintien du capital humain

Le Québec dispose d'un niveau de ressources cliniques inférieur à la médiane des pays comparables, tant pour les médecins que pour le personnel infirmier. Cette situation peut constituer une limite dans la capacité de production de soins et de services. Avec 3,1 médecins par 1000 habitants, le Québec se situe au 15e rang sur 18 pays. Selon le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), un déficit de médecins omnipraticiens et spécialistes est anticipé dans l'ensemble des régions entre 2024 et 2028 (MESS, 2025). Cette rareté touche à la fois les secteurs public et privé, mais elle est particulièrement préoccupante pour le réseau public en raison de la désaffiliation croissante des médecins omnipraticiens du régime public au profit d'une pratique exclusivement privée. En 2024, 5,1 % des omnipraticiens exerçaient dans le secteur privé, une proportion en hausse marquée depuis 2015 (+3,7 points de pourcentage).

L'enjeu de rareté est similaire du côté du personnel infirmier. Le nombre d'infirmières actives dans les secteurs public et privé par 1000 habitants classe le Québec au 12e rang sur 18 pays, sous la médiane des juridictions comparables. Le MESS anticipe également, pour la période 2024–2028, un déficit généralisé d'infirmières autorisées ou psychiatriques autorisées et d'infirmières praticiennes, tandis que la situation se révèle plus hétérogène pour les infirmières auxiliaires, certaines régions affichant un déficit plus modéré.

En revanche, le taux d'équivalents temps complet en personnel à l'emploi du réseau public de santé et de services sociaux a progressé de 2015-2016 à 2023-2024, avec une croissance annuelle moyenne de 1,5 %, soit une hausse totale de 12,9 %. Les indicateurs de gestion de la main-d'œuvre sont globalement favorables. Le taux de rétention à un an du personnel nouvellement embauché atteint 79 %, un niveau jugé excellent, et le taux d'absentéisme de longue durée demeure relativement contenu à 6,4 %, quoiqu'il varie selon le corps d'emploi. La proportion d'absentéisme de longue durée de l'ensemble du personnel est en augmentation, avec une croissance annuelle moyenne de 2,3 % entre 2015-2016 et 2023-2024, ce qui constitue un signal inquiétant.

Tableau 21 : Résultats et scores des indicateurs de suffisance et de maintien du capital humain

Indicateur	Valeur	Balise ou médiane	Interprétation ou score de performance	Variation annuelle moyenne	Rang du Québec	Année la plus récente
Taux de médecins	3,1 médecins par 1000 habitants	4[Me]	Inférieur à la médiane des pays comparables	0,8 % depuis 2015	15e sur 18 pays 5e sur 10 provinces	2022
Suffisance projetée du nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes	s. o.	s. o.	Déficit	s. o.	s. o	2024-2028
Pourcentage des médecins omnipraticiens non participants au régime d'assurance maladie et pratiquant dans le secteur privé	5,1 %	s. o	Détérioration	3,7 % en variation absolue	s. o	2024
Taux d'infirmières	11,6 infirmières par 1000 habitants	13[Me]	Inférieur à la médiane des pays comparables	0,2 % depuis 2015	12e sur 18 pays 6e sur 9 provinces	2023
Suffisance projetée du nombre d'infirmières autorisées, psychiatriques et praticiennes	s. o.	s. o.	Déficit	s. o.	s. o.	2024-2028
Suffisance projetée du nombre d'infirmières auxiliaires	s. o.	s. o.	Déficit ou léger déficit selon la région	s. o.	s. o.	2024-2028
Taux d'équivalents temps complet en personnel du RSSS	29,4 ETC par 1000 habitants	s. o.	Amélioration de la tendance	1,5 % depuis 2015-2016	s. o.	2023-2024
Taux de rétention à un an du personnel du RSSS	79,2 %	85[Br]	**93 %**	0,2 % depuis 2015-2016	s. o.	2023-2024
Proportion des heures d'absentéisme	6,4 %	5[Br]	**79 %**	2,3 % depuis 2015-2016	s. o.	2023-2024

Me : Médiane
Br : Balise raisonnée

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes

3.1.2.2 Des enjeux importants en termes de disponibilité et de maintien des ressources matérielles

La suffisance des ressources matérielles est préoccupante, particulièrement en ce qui concerne la capacité hospitalière et l'hébergement de soins de longue durée. Cela pourrait exercer une pression importante sur la capacité de production et le niveau de réponse aux besoins de la population. De plus, malgré certaines améliorations récentes de l'état des infrastructures et de l'équipement médical, une proportion importante de bâtiments et d'équipements demeure vieillissante. Cela pourrait fragiliser la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à maintenir durablement la production de soins et de services.

Avec 2,3 lits d'hôpital par 1000 habitants, le Québec se classe au 17e rang sur 18 pays comparables, nettement sous la médiane internationale. La variation annuelle moyenne est stable. Cette plus faible disponibilité en lits de courte durée se traduit par un taux d'occupation des lits très élevé, atteignant 89,1 %, soit un niveau supérieur au seuil de 85 % au-delà duquel un risque accru de pénurie de lits est généralement reconnu[12]. Un tel niveau d'occupation réduit la marge de manœuvre du réseau et accroit sa vulnérabilité face aux fluctuations de la demande et aux situations exceptionnelles.

Le taux de lits en hébergement de longue durée par 1000 habitants âgés de 75 ans et plus affiche une diminution annuelle moyenne de 4,3 % depuis 2019-2020, représentant une baisse cumulative de 16,2 %. Cette tendance pourrait engendrer une pression importante sur les capacités d'hébergement dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des besoins en soins de longue durée. De plus, malgré les prévisions de construction de presque 25 000 nouveaux lits entre 2030 et 2040, qui s'ajouteraient aux quelque 38 000 lits existants en 2023 (Michaud et al., 2023), l'adéquation entre l'offre et les besoins futurs demeure incertaine.

En ce qui concerne l'état des infrastructures, une proportion importante des bâtiments du réseau de la santé et des services sociaux demeure en mauvais ou en très mauvais état, ce qui est préoccupant (Santé Québec, 2025). Par ailleurs, malgré une légère amélioration récente, 22,8 % des équipements médicaux présentent une durée de vie dépassée.

12 Il s'agit d'un maximum à atteindre pour réduire le risque de pénurie de lits. Ce n'est pas une balise d'excellence, mais un point de rupture (OCDE, 2023). Cette balise s'appuie sur la littérature, qui situe la limite supérieure idéale autour de 85 %. Toutefois, ce seuil peut varier selon le type d'établissement, la saison ou les caractéristiques démographiques locales (Janke et al., 2022; NICE, 2018; OECD/European Union, 2022).

Tableau 22 : Résultats et scores des indicateurs de suffisance et de maintien des ressources matérielles

Indicateur	Valeur	Balise ou médiane	Score ou interprétation	Variation annuelle moyenne	Rang du Québec	Année la plus récente
Taux de lits d'hôpital	2,3 lits d'hôpital par 1000 habitants	3,4[Me]	Inférieur à la médiane des pays comparables	-0,2 % depuis 2015-2016	17e sur 18 pays 7e sur 10 provinces	2022-2023
Taux d'occupation des lits d'hôpitaux	89,1 %	85[Br]	Supérieur au seuil au-delà duquel un risque de pénurie de lits est possible	s. o.	s. o.	juin 2024 à juin 2025
Taux de lits en hébergement de soins de longue durée	50,8 lits par 1000 habitants de 75 ans et plus	s. o.	Détérioration de la tendance	-4,3 % depuis 2019-2020	s. o.	2023-2024
Proportion des bâtiments du RSSS en mauvais ou en très mauvais état	39 %	s. o.	État préoccupant	s. o.	s. o.	2025
Proportion d'équipements médicaux avec durée de vie dépassée	22,8 %	s. o.	Vigilance requise	-1,3 %	s. o.	2024

3.1.3 L'INNOVATION : UN LEVIER CENTRAL POUR LA PÉRENNITÉ DU SSSS IMPOSSIBLE À ÉVALUER

L'évaluation de l'innovation permet d'apprécier la capacité d'un SSSS à développer, à adopter, à implanter, à adapter et à pérenniser de nouveaux processus et de nouvelles pratiques, technologies ou modalités de services, ainsi qu'à en générer des effets organisationnels, cliniques et populationnels. Toutefois, en l'absence de données fiables, valides et comparables permettant de documenter les processus de développement, d'adoption, d'implantation et de mise à l'échelle en fonction des différents types d'innovation et de l'ensemble des secteurs du système, nos travaux ne portent que sur les innovations numériques utilisées dans les cliniques médicales.

La capacité des cliniques médicales à implanter et utiliser des innovations numériques est mitigée. Cette situation appelle à des améliorations. La communication numérique entre les médecins de famille et les personnes usagères apparait plus problématique que les communications numériques entre les médecins de famille et les professionnels de santé et de services sociaux hors clinique. Cela dénote un niveau de maturité numérique modéré comparativement à de nombreux pays (OCDE, 2023). Cette situation freine l'amélioration de la continuité, de la qualité et de l'efficience des soins et services.

La communication numérique entre les personnes usagères et les professionnels de première ligne est particulièrement peu développée. Pourtant, le déploiement d'outils numériques sécurisés dans les cliniques médicales permettant aux personnes usagères d'échanger avec leur professionnel contribue au renforcement de la continuité des soins et de la participation des personnes usagères à leur prise en charge (OMS, 2024). Au Québec, seule une faible proportion de médecins de première ligne (28,3 %) exerce dans des cliniques permettant aux personnes usagères de transmettre leurs questions ou préoccupations par des canaux numériques sécurisés, ce qui place la province au dernier rang des pays comparables. De même, le pourcentage de cliniques permettant aux personnes usagères de consulter le sommaire de leurs visites demeure très faible (14 %), situant le Québec au 8e rang sur 11 à l'international. La capacité de prise de rendez-vous en ligne est plus élevée (63,6 %), mais demeure perfectible. Malgré ces résultats mitigés, l'ensemble de ces indicateurs montre une amélioration significative depuis 2019.

La communication numérique entre professionnels de la santé et de services sociaux présente de meilleurs résultats. Les indicateurs disponibles permettent d'évaluer la capacité du système à assurer un partage électronique fluide et sécurisé des informations cliniques, notamment les résultats de tests diagnostiques, les références vers les médecins spécialistes et les échanges cliniques entre professionnels de différents milieux. L'amélioration du partage électronique de l'information clinique favorise la coordination et la continuité des soins, en particulier lors des transitions entre les soins primaires et spécialisés. Elle contribue également à des prises de décision plus rapides, plus pertinentes et plus sécuritaires, tout en soutenant l'efficience globale du système de santé (Chen et al., 2024; OCDE, 2023; OMS, 2024).

Au Québec, une proportion relativement élevée de médecins de première ligne déclare pouvoir partager des résultats de tests diagnostiques et de laboratoire en format numérique (69,8 %) ainsi que des références vers des spécialistes avec d'autres professionnels hors de leur clinique (71 %). Toutefois, ces résultats placent systématiquement le Québec autour du 8e rang sur 11 pays comparés. Un pourcentage important de médecins (76 %) rapporte également pouvoir communiquer électroniquement avec des spécialistes ou d'autres professionnels pour donner ou recevoir des conseils, ce qui situe le Québec au 6e rang à l'international. En revanche, la capacité d'échanger des résumés cliniques en format numérique demeure très faible, puisque seulement 47,2 % des médecins de première ligne déclarent pouvoir le faire. Malgré une progression importante depuis 2019, ce résultat place le Québec au 10e rang sur 11 pays comparables.

En matière d'innovation émergente, l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) en première ligne au Québec semble s'implanter beaucoup plus rapidement que dans les autres pays comparables. Le Québec, pour les trois indicateurs utilisés, présente des résultats significativement supérieurs à la médiane des pays comparables : 21,6 % des médecins de première ligne déclarent utiliser l'IA pour soutenir l'orientation des patients vers les ressources et services appropriés; 47 % des médecins de première ligne déclarent qu'ils utilisent l'IA pour la prise de notes, la documentation et la rédaction; 10,5 % des médecins utilisent l'IA pour faciliter le diagnostic, la prise de décision ou l'interprétation des résultats. Ces résultats témoignent de la capacité des médecins de première ligne et du système de santé et de services sociaux à adopter et à utiliser des innovations technologiques émergentes et prometteuses.

Toutefois, malgré le fort potentiel de l'IA, elle soulève plusieurs enjeux majeurs liés à l'éthique, à la transparence, à la protection des données et à la responsabilité clinique. L'intégration et l'utilisation de l'IA doivent être encadrées, évaluées et responsables, en appui au jugement professionnel et dans le respect des valeurs qui fondent notre système de santé (Martineau et al., 2022). Étant donné le manque d'informations détaillées et de gouvernance bien établie concernant l'intégration de l'IA dans les soins de première ligne, le Commissaire ne porte pas de jugement et les données sont présentées à titre descriptif.

Tableau 23 : Résultats et scores des indicateurs mesurant l'innovation numérique du système de santé et de services sociaux

Indicateur	Valeur	Balise ou médiane	Score ou interprétation	Variation annuelle moyenne	Rang du Québec	Année la plus récente
Communication numérique avec les personnes usagères						
Pourcentage de médecins de première ligne dont la clinique permet aux personnes usagères de leur transmettre leurs questions ou préoccupations par courriel ou au moyen d'un site Web sécurisé	28,3 %	95,7[Bi]	**40 %**	9,2 % depuis 2019	11e sur 11 pays 9e sur 9 provinces	2025
Pourcentage des médecins de première ligne dont la clinique permet aux personnes usagères de prendre un rendez-vous en ligne	63,6 %	81,1[Bi]	**78 %**	12,1 % depuis 2019	8e sur 11 pays 1er sur 9 provinces	2025
Pourcentage des médecins de première ligne dont la clinique permet aux personnes usagères de consulter le sommaire de leurs visites	14 %	89[Bi]	**40 %**	29,1 % depuis 2019	8e sur 11 pays 3e sur 8 provinces	2025
Communication numérique entre professionnels de la santé et de services sociaux						
Pourcentage de médecins de première ligne déclarant pouvoir échanger des résumés cliniques en format numérique avec d'autres professionnels hors clinique	47,2 %	90,8[Bi]	**52 %**	20,7 % depuis 2019	10e sur 11 pays 8e sur 9 provinces	2025
Pourcentage de médecins de première ligne déclarant pouvoir partager des résultats de tests diagnostiques et de laboratoire en format numérique avec d'autres professionnels hors clinique	69,8 %	90,8[Bi]	**77 %**	10 % depuis 2019	8e sur 11 pays 5e sur 9 provinces	2025
Pourcentage de médecins de première ligne pouvant partager en format numérique des références de spécialistes avec d'autres professionnels hors clinique	71 %	93,2[Bi]	**76 %**	s. o.	8e sur 11 pays 2e sur 9 provinces	2025
Pourcentage de médecins de première ligne pouvant communiquer électroniquement avec des spécialistes ou autres professionnels hors clinique pour donner ou recevoir des conseils	76 %	87,5[Bi]	**87 %**	s. o.	6e sur 10 pays 5e sur 9 provinces	2025
Utilisation de l'IA en première ligne						
Pourcentage de médecins de première ligne dont la clinique utilise l'IA pour soutenir l'orientation des patients vers les ressources et services appropriés	21,6 %	6,5[Me]	Supérieur à la médiane des pays comparables	s. o.	1er sur 8 pays	2025
Pourcentage de médecins de première ligne dont la clinique utilise l'IA pour la prise de notes, la documentation et la rédaction	47 %	24,1[Me]	Supérieur à la médiane des pays comparables	s. o.	2e sur 11 pays 1er sur 9 provinces	2025
Pourcentage de médecins de première ligne dont la clinique utilise l'IA pour faciliter le diagnostic, la prise de décision clinique ou l'interprétation des résultats	10,5 %	6,7[Me]	Supérieur à la médiane des pays comparables	s. o.	3e sur 11 pays 2e sur 5 provinces	2025

Bi : Benchmark international
Me : Médiane

Source : https://grandsreperes.com/grands-reperes/

Les innovations, relatives aux services, aux processus, aux technologies ou aux modes de gouvernance et d'organisation, lorsqu'elles sont pertinentes et adaptées aux besoins, sont directement associées à des améliorations de l'efficience, de la qualité des soins et de la capacité des services à répondre aux besoins des personnes usagères (Länsisalmi et al., 2006; Omachonu et Einspruch, 2010). Toutefois, leur sélection, leur adoption, leur implantation et leur adaptation nécessitent des stratégies délibérées, le renforcement des capacités organisationnelles et individuelles, ainsi que des structures et des pratiques de gouvernance et de gestion adaptées (Omachonu et Einspruch, 2010; Walker, 2008). Au Québec, l'absence de mesures systématiques et intégrées permettant de documenter les innovations, les ressources mobilisées et les effets constitue une lacune préoccupante qu'il apparait essentiel de corriger afin de soutenir durablement la capacité d'innovation du SSSS.

3.2 Une efficience globalement satisfaisante, mais avec des enjeux dans certains secteurs

L'efficience du système de santé et de services sociaux est évaluée en examinant dans quelle mesure les ressources financières dépensées se traduisent concrètement en services rendus et en résultats de santé. Nous avons également mesuré comment les ressources financières dépensées sont converties en capital humain et en ressources matérielles disponibles pour produire des services. Pour ce faire, nous avons analysé cinq conversions dont nous avons jugé le niveau d'efficience. Pour apprécier l'efficience globale du système de santé et de services sociaux, les cinq conversions doivent être considérées.

LES CINQ CONVERSIONS PERMETTANT DE JUGER DE L'EFFICIENCE DU SSSS

Les ressources financières utilisées pour analyser chacune des conversions sont mesurées par les dépenses totales de santé par habitant.

- C1 : Conversion des ressources financières en capital humain et en ressources matérielles mesurées par le taux de médecins, d'infirmières et de lits par 1 000 habitants
- P1 : Conversion des ressources financières en services médicaux mesurés par les taux de visites auprès des médecins omnipraticiens et spécialistes par habitant
- P2 : Conversion des ressources financières en services de prévention mesurés par les taux de couverture vaccinale pour la grippe saisonnière et les dépistages des cancers colorectaux et du sein par mammographie
- R1 : Conversion des ressources financières en efficacité des services de santé spécialisés mesurés par la mortalité hospitalière à 30 jours pour l'infarctus du myocarde et la survie relative à 5 ans pour les cancers du sein, de la prostate, colorectale et du poumon
- R2 : Conversion des ressources financières en décès évitables par 100 000 habitants de moins de 75 ans.

L'efficience du système de santé québécois est globalement bonne, mais présente certains enjeux dans sa capacité à produire des services de prévention et à générer du capital humain et des ressources matérielles en fonction des ressources financières dépensées.

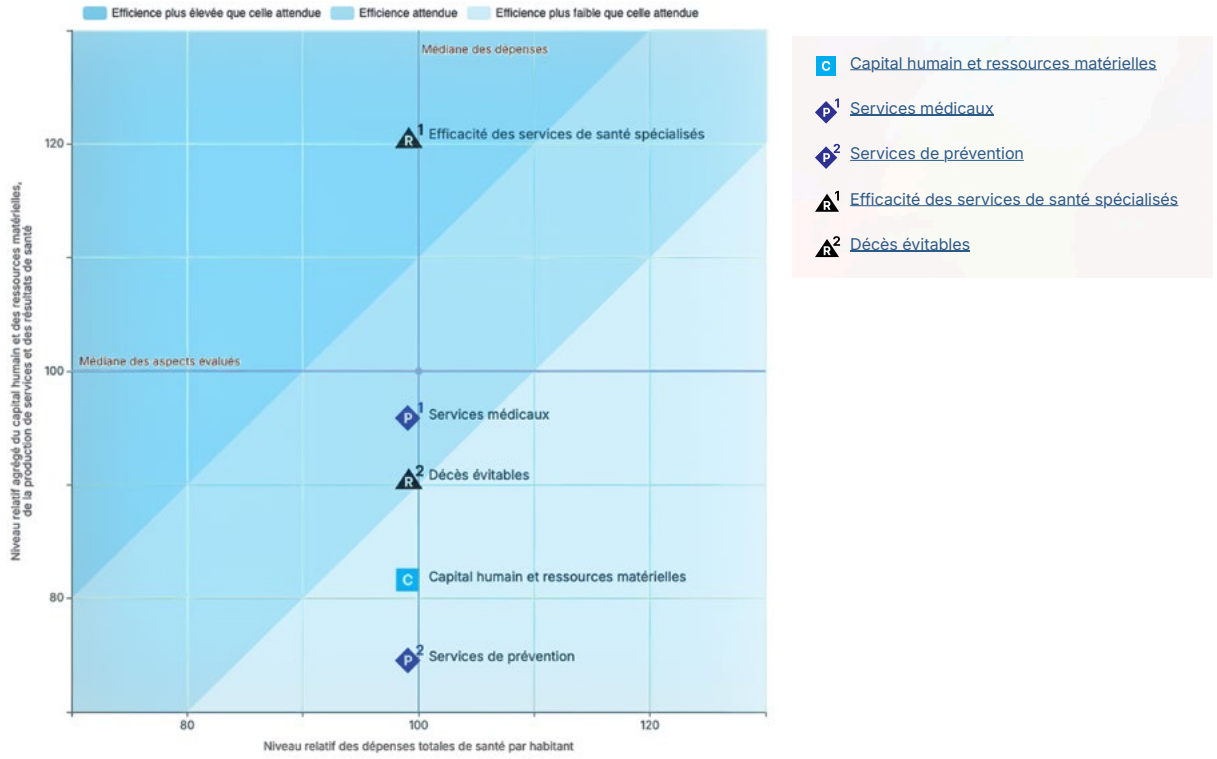
BILAN DES NIVEAUX D'EFFICIENCE POUR CHAQUE CONVERSION

Conversion des ressources financières en :

- **C1 — Capital humain et ressources matérielles** : ***Plus faible que celle attendue***
  Pour un niveau de dépenses totales de santé par habitant semblable à la médiane des pays comparables, le SSSS dispose de taux de médecins, d'infirmières et de lits inférieurs à la médiane de ces pays.
- **P1 — Services médicaux : *Telle qu'attendue***
  Pour un niveau de dépenses totales de santé par habitant semblable à la médiane des pays comparables, le SSSS produit un niveau de visites auprès de médecins omnipraticiens et spécialistes semblable à la médiane de ces pays.
- **P2 — Services de prévention : *Plus faible que celle attendue***
  Pour un niveau de dépenses totales de santé par habitant semblable à la médiane des pays comparables, le SSSS produit un niveau de couverture de services préventifs inférieur à la médiane de ces pays.

- **R1 — Efficacité des services de santé spécialisés : *Plus élevée que celle attendue***
  Pour un niveau de dépenses totales de santé par habitant semblable à la médiane des pays comparables, le SSSS présente de meilleurs résultats de santé en termes de mortalité hospitalière pour l'infarctus du myocarde et pour le taux de survie à 5 ans des cancers considérés par rapport à la médiane de ces pays.
- **R2 — Décès évitables : *Telle qu'attendue***
  Pour un niveau de dépenses totales de santé par habitant semblable à la médiane des pays comparables, le SSSS génère des résultats de santé pour sa population, mesurés par les décès évitables, comparables à la médiane de ces pays.

Graphique 2 : Analyse de l'efficience du système de santé et de services sociaux du Québec



Note : La valeur de chaque indicateur est comparée à la médiane des pays de l'OCDE pour obtenir un ratio. Ces ratios sont ensuite agrégés lorsque plusieurs indicateurs composent un grand repère. La mesure d'une juridiction qui a un niveau relatif semblable à la médiane aura une valeur proche de 100 (lignes bleues sur le graphique).

Notre analyse semble indiquer que l'efficience globale du système de santé et de services sociaux du Québec est satisfaisante. Toutefois, l'examen détaillé des différentes conversions des ressources financières en intrants, en production de services et en résultats de santé met en évidence deux déséquilibres dans la chaîne de production des soins.

Le premier déséquilibre concerne l'utilisation des ressources financières entre les différentes composantes du système contribuant à la production de résultats populationnels. L'analyse indique un niveau d'efficience supérieur à celui attendu pour certains indicateurs d'efficacité clinique des soins spécialisés, alors que l'efficience apparait conforme aux attentes pour les décès évitables et inférieure pour la production de services de prévention. Cette configuration pourrait refléter une orientation relativement plus marquée des ressources et de l'organisation des services vers les soins médicaux spécialisés et la prise en charge des situations de santé les plus graves ou les plus complexes. Dans ce contexte, le niveau d'efficience observé pour le taux de décès évitables, indicateur synthétique de résultats de santé populationnels sensibles à l'action combinée des soins curatifs et des interventions de prévention, pourrait être davantage attribuable à la performance des soins spécialisés qu'à celle des services de prévention. Cette interprétation est cohérente avec l'efficience relativement faible observée dans la production de services préventifs. Elle est également compatible avec les constats formulés précédemment quant à la nécessité de renforcer l'efficacité des activités de promotion et de prévention. L'ensemble de ces éléments indique que les résultats populationnels du système reposeraient en grande partie sur la performance des soins curatifs, alors que la contribution potentielle de la prévention demeure probablement sous-exploitée.

Le second déséquilibre concerne la conversion des ressources financières en capital humain et en ressources matérielles, ainsi que la transformation de ces intrants en services médicaux produits. L'analyse met en évidence une efficience relativement faible dans la conversion des ressources financières en intrants, notamment en ce qui concerne la disponibilité des médecins au regard des ressources financières mobilisées. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs, dont les niveaux de rémunération, la structure de la main-d'œuvre médicale ou encore certaines caractéristiques institutionnelles du système. Malgré ces contraintes, la conversion des ressources financières en services médicaux produits apparait conforme à celle observée dans des systèmes comparables. Ce résultat pourrait indiquer que certains facteurs organisationnels et structurels, tels que l'organisation du travail clinique, la configuration des services ou certaines innovations dans les modes de prestation, permettent de compenser partiellement les limites associées à la disponibilité relative des intrants.

Dans l'ensemble, ces résultats indiquent que le SSSS du Québec parvient à mobiliser ses ressources de manière relativement efficiente pour produire des services et générer des résultats cliniques et populationnels satisfaisants. Toutefois, le contraste entre l'efficience élevée observée pour certaines dimensions des soins spécialisés et celle, plus faible, pour d'autres conversions laisse entrevoir une organisation du système fortement orientée vers les soins médicaux spécialisés et hospitaliers.

Dans un contexte marqué par la croissance des besoins de santé, notamment liée au vieillissement de la population, et par des contraintes persistantes sur les ressources disponibles, une telle configuration pourrait limiter la capacité du système à améliorer durablement la conversion des ressources financières en résultats de santé. Le renforcement de l'efficience dans la production et l'organisation des activités de prévention apparait ainsi comme une piste d'amélioration particulièrement prometteuse pour réduire la mortalité évitable et améliorer la performance globale du système. Par ailleurs, la combinaison d'une efficience relativement faible dans la conversion des ressources financières en capital humain et en ressources matérielles et d'une efficience conforme dans la production de services médicaux indique que, dans la configuration actuelle, les marges d'amélioration pourraient être limitées pour accroitre la production de services médicaux. Cette situation rend l'efficience globale du système potentiellement fragile et souligne l'importance d'améliorations structurelles visant à renforcer la soutenabilité du système et sa capacité à améliorer durablement l'état de santé de la population.

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DE L'EFFICIENCE

L'efficience du système de santé et de services sociaux est évaluée en examinant dans quelle mesure les ressources financières dépensées sont converties en capital humain et en ressources matérielles, en services médicaux produits, en services préventifs produits, en efficacité des services de santé spécialisés et en décès évitables. Pour chaque conversion, l'efficience repose sur deux éléments :

1. l'analyse croisée entre le niveau relatif de dépenses par habitant et les niveaux relatifs de capital humain et de ressources matérielles, de production de services médicaux et préventifs, d'efficacité des services de santé spécialisés et de décès évitables;
2. l'écart entre le positionnement du Québec et la médiane des pays comparables de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Selon cet écart, l'efficience est jugée inférieure à celle attendue, telle qu'attendue ou supérieure à celle attendue. Chaque niveau relatif est mesuré à l'aide d'un ou de plusieurs indicateurs. L'interprétation de l'efficience repose sur une démarche en trois étapes :

1. Pour chaque indicateur, la valeur observée au Québec est comparée à la médiane des pays comparables afin d'obtenir un ratio à la médiane;
2. Ces ratios sont agrégés pour mesurer un niveau relatif de ressources, de services produits ou de résultats de santé;
3. Ce niveau relatif est comparé au niveau relatif des dépenses totales de santé par habitant afin de qualifier l'efficience.

Sur le graphique, lorsque le niveau relatif d'une composante est d'au moins 10 points supérieur à celui des dépenses de santé, l'efficience est considérée comme plus élevée que celle attendue; lorsqu'il est semblable, l'efficience est telle qu'attendue; et lorsqu'il est inférieur d'au moins 10 points, l'efficience est jugée plus faible que celle attendue.

La méthodologie complète de l'évaluation de l'efficience est disponible à ce lien : https://grandsreperes.com/grands-reperes/efficience.

LIMITES DE L'ANALYSE DE L'EFFICIENCE

Notre analyse comporte certaines limites. Le niveau relatif de financement est mesuré à partir des dépenses totales de santé par habitant, et non à partir des dépenses spécifiques associées aux médecins, aux infirmières ou aux lits hospitaliers. Néanmoins, les dépenses totales par habitant constituent le meilleur proxy disponible pour comparer les ressources financières consacrées aux systèmes de santé des pays à haut revenu (OCDE, 2023).

Les données utilisées proviennent des institutions internationales et des juridictions nationales et ne sont pas ajustées pour l'ensemble des facteurs confondants pertinents, notamment la structure d'âge de chaque pays.

3.3 Ce que le commissaire constate : une pérennité sous tension marquée par un équilibre fonctionnel, mais fragile et nécessitant une réorientation stratégique

L'évaluation de la viabilité et de l'efficience met en évidence un SSSS dont la pérennité repose sur un équilibre encore fonctionnel, mais structurellement fragile. La situation n'est pas, à court terme, insoutenable, mais elle est clairement sous tension. Des mesures de réduction de la croissance des dépenses de santé et de services sociaux ont été mises en œuvre afin de contenir l'écart entre la croissance de ces dépenses et celle des revenus consolidés de l'État. Ces décisions contribuent à maintenir un cadre de discipline financière, mais elles restreignent simultanément la capacité d'accroitre l'offre de services par l'ajout de ressources humaines et matérielles. Or, le système fait face à une insuffisance persistante d'intrants indispensables, notamment les médecins, les infirmières et les lits de courte et de longue durée. Ces contraintes se déploient dans un contexte où la production de services demeure globalement stable en volume brut, mais diminue lorsqu'elle est rapportée à la population.

Malgré ces contraintes, le système continue de produire des résultats cliniques et populationnels satisfaisants. L'efficience des services médicaux spécialisés est supérieure à celle attendue au regard du niveau de financement, et les résultats mesurés par les décès évitables se situent au niveau attendu comparativement aux juridictions similaires. L'efficience dans ces domaines semble jouer un rôle compensatoire permettant de préserver un niveau d'efficacité clinique et populationnelle satisfaisant. Toutefois, on peut émettre l'hypothèse que cela nécessite une allocation importante des ressources vers les services de soins spécialisés et une concentration des efforts vers ces secteurs. Cet équilibre précaire laisse peu de marge de manœuvre. Le SSSS est donc soumis à des tensions très importantes qui risquent de rompre l'équilibre fragile qui assure, encore, sa pérennité.

Premièrement, il semblerait que la contrainte en termes de ressources financières, humaines et matérielles soit structurelle. L'espace budgétaire du SSSS est restreint et la capacité à convertir les ressources financières en capital humain et en ressources matérielles est inférieure à celle observée dans des juridictions comparables. Cela signifie que le SSSS a des difficultés importantes à convertir les ressources financières en intrants permettant de produire des services. Dans la configuration actuelle, les possibilités pour renforcer significativement la capacité de production semblent donc faibles.

Deuxièmement, notre évaluation de la réponse aux besoins des personnes semble montrer un décalage entre l'offre et la demande de services. Les enjeux d'accessibilité peuvent être interprétés comme un marqueur de ce décalage. Ce décalage risque de s'accentuer puisque la production de services reste stable alors que la population et le vieillissement augmentent.

Cette situation est susceptible d'accentuer les enjeux d'accès et d'orienter encore plus le système vers une priorisation accrue des situations graves et urgentes. L'organisation actuelle semble permettre de maintenir un niveau de production médicale conforme aux attentes malgré un nombre relatif inférieur de médecins, ce qui laisse supposer une productivité organisationnelle élevée. Toutefois, cette capacité d'ajustement ne peut pas constituer une solution durable en l'absence d'un renforcement ciblé des intrants ou d'une transformation des modes de prestation.

Troisièmement, l'innovation, bien qu'identifiée comme un levier central d'amélioration de la productivité, de l'efficacité et de l'efficience, demeure insuffisamment documentée et pilotée de façon structurée, ce qui restreint la capacité du système à transformer durablement ses modes d'organisation et, à moyen terme, à renforcer sa pérennité.

Enfin, envisager une amélioration générique de l'efficience comme solution universelle serait réducteur. En effet, les gains d'efficience les plus importants semblent déjà réalisés pour les services spécialisés. Les marges d'amélioration potentielles résident davantage dans la prévention et la capacité à renforcer les résultats populationnels avec le niveau actuel de financement et de ressources.

Une réponse durable à ces tensions suppose donc une stratégie raisonnée, justifiée et négociée. Elle sera fondée sur une réallocation et une reconfiguration des ressources, un renforcement structuré de la prévention et des soins de première ligne, ainsi qu'un pilotage rigoureux de l'innovation, afin de consolider la viabilité et de préserver la capacité du système à générer des résultats cliniques et populationnels.

SECTION 3

RENDRE L'ACTION PUBLIQUE LISIBLE AU REGARD DE LA VALEUR : ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES 2024 ET 2025

1. POURQUOI ANALYSER LES POLITIQUES PUBLIQUES ?

L'évaluation de la valeur du SSSS doit être comprise à la lumière du contexte sociopolitique dans lequel le système évolue. Présenter les actions gouvernementales permet de situer les constats issus de Grands repères dans un environnement de transformation rapide, où les orientations, les instruments et les arbitrages publics structurent concrètement la trajectoire du système. Conformément au mandat du Commissaire, cette section vise à soutenir la compréhension publique des actions entreprises par le gouvernement face aux principaux défis du système.

Cette analyse des politiques publiques s'ancre dans le modèle de la valeur du Commissaire. La valeur d'un SSSS public ne repose pas sur un seul indicateur, mais sur un équilibre dynamique entre les attentes sociales exprimées, les résultats effectivement produits dans un contexte de ressources contraintes et les décisions de gouvernance qui cherchent à ajuster l'un à l'autre. Les politiques publiques représentent le lieu où certains de ces arbitrages deviennent explicites. Les réformes, cadres et orientations adoptés témoignent ainsi des choix opérés pour tenter d'ajuster certaines tensions en vue de répondre aux défis contemporains et, ainsi, de préserver la pérennité du système.

En 2024 et 2025, l'action publique en santé et en services sociaux a été marquée par une activité soutenue : reconfiguration de la gouvernance avec Santé Québec, repositionnement du MSSS dans un rôle davantage stratégique, modernisation de cadres professionnels et réglementaires, orientations touchant l'accès, la prévention, la main-d'œuvre et la transformation numérique. Ces actions témoignent d'une volonté de transformation dans un contexte de pressions convergentes (vieillissement, trajectoires complexes, inégalités de santé, contraintes structurelles), avec l'objectif explicite de préserver la pérennité du système tout en améliorant sa capacité à répondre aux besoins.

La présente section propose une analyse non exhaustive des politiques publiques en 2024 et 2025[13]. Elle vise à rendre l'action publique plus lisible en documentant :

- la logique d'action (complémentarités, chevauchements, séquençage) au regard des enjeux du SSSS (voir le tableau 24);
- la convergence d'ensemble (alignement thématique et temporel) au regard des priorités et fragilités mises en évidence par l'évaluation de la valeur.

CONSTRUCTION DES THÈMES ANALYSÉS

Le thème désigne un angle de lecture transversal (ex. : continuité, prévention). Il s'agit d'une manière structurée de lire l'action publique au regard de la valeur. Les thèmes retenus ne constituent ni une liste exhaustive ni une catégorisation issue d'un modèle théorique. Ils résultent d'un travail de convergence analytique entre trois sources :

1. Documents structurants du MSSS et de Santé Québec (plans stratégiques et orientations associées), pour identifier les priorités explicitement nommées par l'action publique;
2. Travaux récents du Commissaire (constats, angles morts, recommandations), pour assurer la continuité avec l'évaluation de la valeur et ses fragilités structurantes;
3. Attentes, priorités et préoccupations exprimées par la population (Forum de consultation, veille stratégique et sondage populationnel), pour ancrer la lecture dans l'expérience et les priorités citoyennes.

À partir de ces sources, nous avons construit une grille de lecture transversale qui sert à analyser comment et dans quelle mesure les politiques publiques adoptées ou mises à jour en 2024 et 2025 :

- répondent (ou non) à ces thèmes;
- se complètent (ou se chevauchent);
- proposent des leviers structurants ou sectoriels.

(Voir l'annexe 3 pour la démarche de sélection détaillée)

13 Les règlements et les décrets sont toutefois exclus du périmètre étudié. Sont inclus dans l'analyse : les lois, les stratégies nationales ou plans stratégiques, les politiques gouvernementales, les plans d'action ou les plans de développement, les cadres de référence, les orientations ministérielles. Sont exclus de l'analyse : les dépliants, les guides, les feuillets, certains rapports et guides, les affiches et les fiches. (Voir l'annexe 3 explicative sur la méthodologie.) Aux fins de la présente analyse, chacune des politiques est rattachée à un seul enjeu, conformément à une logique de *lex specialis*, c'est-à-dire en fonction de l'objet principal et du sujet dominant qu'elle vise, même si son contenu pourrait également contribuer à d'autres enjeux identifiés.

Tableau 24 : Grille des thèmes transversaux prioritaires retenus pour l'analyse des politiques publiques et leur source

Thèmes	Grands repères (valeur)	Forum	Sondage	Veille	Plan santé MSSS	Plan strat. MSSS	Plan strat. Santé Québec	Travaux CSBE (rapports)
Accès, proximité et organisation des services (pour recevoir le bon service au bon moment)	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Information au public et simplification pour s'orienter facilement dans le système (navigation et lisibilité)	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Coordination clinique et trajectoires (pour avoir un parcours continu et coordonné)	☑	☑	☑	○	☑	☑	☑	☑
Qualité de l'organisation (offre pertinente, ajustée, apprenante au service de la santé populationnelle)	☑	☑	☑	○	☑	○	○	☑
Organisation des services en santé mentale	☑	☑	☑	○	☑	☑	○	○
Maintien de l'autonomie et soins de longue durée	○	☑	☑	☑	☑	☑	○	☑
Prévenir et agir en amont plutôt que guérir (déterminants, intersectorialité)	○	☑	☑	☑	☑	☑	☑	○
Organisation du travail et main-d'œuvre pour avoir des équipes suffisantes et stables	☑	☑	☑	○	☑	☑	☑	☑
Gouvernance de l'information et transformation numérique (transmettre l'information utile au bon endroit)	☑	○	○	○	☑	○	☑	☑
Gouvernance, allocation des ressources et partenariats (piloter vers la valeur)	○	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Premières Nations et Inuit (droits, sécurisation culturelle, autodétermination)	–	☑	○	☑	○	○	○	○

Légende :

☑ : thème présent de façon explicite

○ : thème présent, mais nommé de façon différente

– : thème qui n'est pas nommé

Cette démarche ne permet pas d'évaluer les effets concrets des mesures ni leur performance observée sur le terrain[14]. Elle ne permet pas non plus d'inférer l'expérience vécue des personnes ou des professionnels, laquelle requiert d'autres sources (sondages, mécanismes de participation publique, données d'implantation). Les constats formulés portent donc sur l'intention, la structuration et la cohérence des politiques publiques, sans préjuger de leur efficacité sur le terrain.

Il est important de préciser que les politiques publiques de 2024 et 2025 s'inscrivent dans une reconfiguration institutionnelle portée par l'entrée en vigueur de la LGSSSS, adoptée le 9 décembre 2023 à la suite du recours à une procédure d'exception (sous bâillon), qui institue Santé Québec et redéfinit la répartition des rôles entre le MSSS, Santé Québec et les établissements (CSBE, 2025b; *LGSSSS*, art. 1).

En effet, dans les dernières années, le MSSS s'est engagé dans une démarche de transformation et de modernisation du SSSS visant à en améliorer la performance et l'efficacité. Cette vision s'inscrit dans la continuité du Plan santé de 2022 du MSSS (MSSS, 2022a) qui a servi de repère aux actions mobilisées par la suite. En plus de la LGSSSS, d'autres documents structurants servent de repères :

- le Plan stratégique 2023–2027 du MSSS (publié le 30 novembre 2023) (MSSS, 2023f), qui s'oriente vers la promotion de la santé, la prévention, avec une visée de résultats pour la santé populationnelle;
- le Planification stratégique 2025–2028 de Santé Québec (Prendre soin des gens. Aller de l'avant, publié le 6 juin 2025) (Santé Québec, 2025), qui met l'accent sur l'accessibilité, la fluidité des trajectoires, dont la réduction de certains passages à l'urgence et la réduction des listes d'attente.

14 Les indicateurs mesurables sont, par exemple : la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la perception de l'état de santé, les taux de vaccination et de dépistage, les délais à l'urgence ou encore en chirurgie. Pour plus de détails, voir le site https://grandsreperes.com/grands-reperes.

2. ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES À TRAVERS DES THÈMES TRANSVERSAUX PRIORITAIRES

Dans cette section, pour chaque thème, nous présentons les politiques publiques adoptées ou actualisées de façon descriptive, le constat d'alignement de celles-ci, ainsi que les points de vigilance notés.

2.1 Accès, proximité et organisation des services pour recevoir le bon service au bon moment

SOMMAIRE

L'accès en temps opportun et la proximité des services sont des priorités importantes pour la population. Pourtant, le rapport Grands Repères montre que le système ne permet pas de créer de la valeur à cet égard, notamment à cause de l'expérience d'entrée dans le système, des délais et des difficultés à obtenir le bon service au bon moment. L'accès en temps opportun et la capacité d'obtenir le bon service au bon moment sont au cœur de l'expérience vécue du système. Les délais, l'engorgement des urgences et la difficulté à obtenir le bon service au bon moment sont perçus comme des signes tangibles d'un système sous tension. Cependant, l'accès apparait moins comme un enjeu isolé que comme le symptôme récurrent d'un déséquilibre structurel entre l'offre et la demande.

Ce que l'action publique fait. Les instruments récents mettent l'accent sur l'allègement des freins organisationnels (ex. : charge administrative des médecins), l'élargissement de certaines pratiques professionnelles, et des mécanismes visant à renforcer la prise en charge et l'affiliation des personnes à une offre de proximité. Plusieurs orientations sectorielles complètent ce mouvement (services préhospitaliers d'urgence, programmes ciblés, accès linguistique, etc.).

Constat d'alignement. Sur le plan des intentions, l'arrimage est clair : l'accès est traité comme un enjeu prioritaire, mobilisant fortement des leviers normatifs (lois, élargissement de pratiques) et structurels (organisation territoriale, prise en charge et affiliation). Cette densité d'action confirme une volonté de rééquilibrer la capacité de réponse du système. Elle demeure toutefois principalement centrée sur la production de services et l'optimisation de l'offre existante.

Point de vigilance. Le nœud n'est pas l'absence d'action, mais la capacité de traduction dans l'accès vécu. Les orientations peuvent être cohérentes et nombreuses tout en se heurtant à une contrainte centrale : la capacité d'absorption (ressources humaines disponibles, stabilité des équipes, organisation des parcours, synchronisation des chantiers).

Surtout, si l'accès est priorisé sans agir explicitement sur les causes structurelles du déséquilibre offre–demande — configuration de ressources, configuration des services, réallocation vers les besoins prioritaires — le risque est de produire des gains ponctuels plutôt qu'un rééquilibrage durable. Même lorsque ces causes sont mieux traitées, des arbitrages demeurent inévitables. L'enjeu devient alors moins de promettre un accès sans tension que de rendre explicites et assumés les choix qui structurent cet équilibre.

L'accès en temps opportun et la proximité des services constituent à la fois une priorité forte exprimée par la population et une faiblesse identifiée à l'aide des Grands repères— parce qu'ils déterminent l'expérience d'entrée dans le système, la capacité à obtenir un service au bon moment et la lisibilité des trajectoires lorsque les besoins sont complexes. Cet enjeu est particulièrement visible à travers les délais d'attente aux urgences pour les cas moins prioritaires, l'accès aux chirurgies[15] et, plus largement, la difficulté à s'orienter dans un réseau souvent perçu comme peu lisible. Il n'est donc pas surprenant que le plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec (ci-après « plan stratégique de Santé Québec ») (Santé Québec, 2025) classe cet enjeu au premier rang des défis à surmonter[16]. Cet enjeu est toutefois moins un problème isolé qu'un symptôme récurrent d'un déséquilibre structurel entre l'offre et la demande. Il renvoie à des choix de configuration des services et d'allocation des ressources — donc à des arbitrages — qui conditionnent durablement la capacité réelle du système à répondre aux besoins.

Santé Québec souligne d'ailleurs qu'une intégration accrue de professionnels tels que les infirmières praticiennes de première ligne, les pharmaciens ou les physiothérapeutes pourrait améliorer la prise en charge en première ligne (Santé Québec, 2025, p. 24). C'est dans cette logique que s'inscrit la série de réformes engagées ces dernières années pour renforcer l'accès à la première ligne[17]. Ces réformes agissent principalement sur la capacité de production et l'optimisation de l'offre existante, alors que le rééquilibrage offre–demande suppose aussi d'agir sur la combinaison de ressources, la configuration des services et certains déterminants en amont.

15 À titre d'illustration, en date du 7 février 2026, au Québec, 4 483 personnes étaient en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an (MSSS, 2026a).

16 Enjeu stratégique nº 1 : Navigation et accès aux soins et aux services sociaux. Orientation 1 : Une santé plus accessible.

17 Voir, par exemple, la Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé introduisant l'article 36.1, adoptée en 2020, et qui est progressivement entrée en vigueur avec l'autonomie complète des IPS à partir du 25 janvier 2021, ou encore la Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux, sanctionnée en 2023, qui a permis le retour d'environ 5 500 infirmiers et infirmières dans le secteur public. La même année, la Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2023-2024 (MSSS, 2024x) a permis l'augmentation de 40 % des étudiants et étudiantes admis en médecine.

2.1.1 OPTIMISER LE TEMPS CLINIQUE ET DÉCLOISONNER LES PROFESSIONS

Sur le plan législatif, un premier mouvement vise à libérer du temps clinique et à accroitre la capacité effective de réponse à court terme. La Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins, sanctionnée le 9 octobre 2024, s'inscrit explicitement dans cette intention. Elle vise à alléger la charge administrative des médecins afin de leur permettre d'optimiser le temps consacré aux personnes usagères (*Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins*).

Puis, suivant la même logique, plusieurs initiatives législatives ont été entreprises pour élargir le champ d'intervention de diverses professions. Par exemple, le 7 novembre 2024, la Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux a été sanctionnée. Elle prévoit l'élargissement du champ des responsabilités des pharmaciens et pharmaciennes (*Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux*, art. 17).

Plus récemment, le 12 décembre 2025, le ministre du Travail, M. Jean Boulet, a présenté le projet de loi 15 — Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions principalement afin d'alléger les processus réglementaires du système professionnel et d'élargir certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux. Celui-ci vise à élargir les pratiques professionnelles pour plusieurs professions, notamment les infirmières, les thérapeutes conjugaux et familiaux, les sages-femmes, les optométristes et les diététistes-nutritionnistes. Cela inclut notamment l'élargissement du droit de prescription et du champ d'intervention en matière de dépistage de certaines maladies pour les infirmières et sages-femmes. Un autre exemple est la possibilité pour les diététistes-nutritionnistes d'offrir des traitements en accès direct, sans ordonnance médicale.

2.1.2 RÉFORMER LA PRISE EN CHARGE ET L'AFFILIATION DES PERSONNES USAGÈRES

Un second mouvement, plus structurant, porte sur la prise en charge et l'affiliation des personnes à une offre de proximité. La Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services, sanctionnée le 25 octobre 2025, prévoit, entre autres, l'affiliation des personnes admissibles à un milieu de pratique par les départements territoriaux de médecine familiale (*Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services*, art. 3).

De son côté, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est chargée de mettre en place un mécanisme pour la prise en charge de l'ensemble des patients orphelins (*Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services*, art. 1). À la suite d'une entente entre le gouvernement et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), certaines dispositions ont toutefois été reportées et le chapitre VIII a été abrogé via la Loi reportant l'entrée en vigueur de certaines dispositions de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services, sanctionnée le 12 décembre 2025 (le tableau ci-dessous permet d'en suivre les étapes et les variations.)

Tableau 25 : Évolution de la réforme sur l'accès (projets de loi 106, 2 et 16)

Version	Présentation par le ministre de la Santé à l'Assemblée nationale	Sanction de la Loi après la mise aux voix auprès des députés	Nombre d'articles	Principales mesures	Évolution/retraits par rapport à la version précédente
Projet de loi nº 106, Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux	8 mai 2025	Non sanctionné (Le projet de loi nº 106 n'a jamais été sanctionné, même s'il a fait l'objet de consultations et d'études en commission parlementaire. Par ailleurs, le Commissaire a été entendu en commission, le 29 mai 2025, après quoi son mémoire a été publié [CSBE, 2025d])	52	1) ***Réformer la rémunération*** : • **Capitation** ajustée selon un indice de vulnérabilité RAMQ (art. 16) — devient la part la plus importante; • **Supplément collectif** incitatif lié à des objectifs de performance (max. 25 % de la rémunération; art. 26); • **Taux horaire** pour reconnaître les activités cliniques et non cliniques (supervision, coordination, organisation; art. 17); • **Paiement à l'acte** pour certains cas (règlement applicable, art. 2). 2) ***Affiliation*** : confier aux départements territoriaux de médecine familiale la responsabilité d'affilier chaque personne assurée à un milieu clinique de proximité (selon la vulnérabilité, le lieu). 3) ***Encourager la pratique interprofessionnelle***	*Point de départ* (pas de retraits : première version).

Version	Présentation par le ministre de la Santé à l'Assemblée nationale	Sanction de la Loi après la mise aux voix auprès des députés	Nombre d'articles	Principales mesures	Évolution/retraits par rapport à la version précédente
Projet de loi nº 2, Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services	24 octobre 2025	25 octobre 2025 (sous bâillon)	214	Reprend et élargit fortement la logique d'accès. 1) ***Réformer la rémunération*** : • **Paiement à l'acte** (~25 %) par l'entremise d'un système de 9 codes, majoration pour frais de cabinet; • **Capitation** (~40–50 %) avec majoration pour les cas « lourds » par l'entremise des « pastilles de couleur » (vert, jaune, orange, rouge — 4 niveaux avec rémunération différentiée); • **Taux horaire** (~20 %); • **Supplément collectif** (~13 %) lié à des objectifs nationaux, territoriaux ou locaux. 2) ***Affiliation*** **:** • confier aux départements territoriaux de médecine familiale la responsabilité d'affilier chaque personne admissible du territoire à un milieu de pratique (médecins omnipraticiens ou IPS); • La RAMQ met en place un mécanisme d'affiliation et détermine le niveau de vulnérabilité. L'enveloppe budgétaire prévue est de 1,4 milliard pour les médecins de famille en première ligne (cela représente 43 % de l'enveloppe globale des médecins de famille). Le reste irait aux médecins des urgences (13 %), aux frais de cabinet (10 %), aux médecins de famille en deuxième ligne ou autre (33 %). Le but de cette répartition est de désengorger les urgences. 3) ***Imputabilité renforcée*** **:** ajout de mesures d'incitation, de sanction et de dénonciation (chapitre VIII) visant aussi bien les omnipraticiens que les spécialistes (prévues dans le chapitre VIII).	Transformation majeure par rapport au PL 106 : • le PL 106 est restructuré et repensé pour devenir le PL 2 (plus volumineux); • un dispositif d'imputabilité plus coercitif (chapitre VIII), absent du PL 106, est ajouté.
Projet de loi nº 16, Loi reportant l'entrée en vigueur de certaines dispositions de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services	12 décembre 2025	12 décembre 2025	136	Même architecture générale que le PL 2, mais avec deux inflexions : 1) Report de l'entrée en vigueur de certaines dispositions; 2) Abrogation d'un pan entier lié à l'imputabilité et aux sanctions.	Retrait clé par rapport au PL 2 : • le chapitre VIII est totalement abrogé (art. 130 à 207) (art. 3). • Ce retrait diminue la portée des leviers coercitifs initialement ajoutés dans le PL 2, au profit d'une mise en œuvre plus graduelle.

On observe une trajectoire en trois temps : (1) un premier projet (PL 106) qui introduit une logique de responsabilité collective et de refonte de la rémunération médicale; (2) une version élargie et sanctionnée (PL 2) qui reprend la logique d'affiliation et ajoute un dispositif d'incitation et de sanction (chapitre VIII); (3) une loi de report et d'ajustement (PL 16) qui abroge le chapitre VIII et reporte certaines dispositions, ce qui modifie la force des leviers d'imputabilité. Cette trajectoire montre que l'amélioration de l'accès mobilise des leviers d'action puissants, mais leur succès dépend d'arbitrages entre le degré de contrainte, le rythme d'implantation et l'acceptation des mécanismes par les parties prenantes concernées.

2.1.3 AMÉLIORER L'ACCÈS PAR DES AJUSTEMENTS OPÉRATIONNELS ET SECTORIELS

Parmi les instruments du MSSS, plusieurs politiques publiques ciblent l'accès dans des secteurs précis, ce qui traduit une stratégie faite d'ajustements opérationnels et d'encadrements sectoriels :

- **Services préhospitaliers et disponibilité ambulancière.** Le Guide des pratiques efficientes conduisant à la réduction du temps intrahospitalier passé par l'équipe des techniciens ambulanciers paramédicaux à l'urgence à la suite d'un transport ambulancier du 26 janvier 2024 permet aux lecteurs de s'approprier les étapes de la trajectoire de la personne usagère arrivant à l'hôpital par ambulance (MSSS, 2024m). Les Orientations ministérielles — Réduction du temps intrahospitalier passé par l'équipe des techniciens ambulanciers paramédicaux à l'urgence à la suite d'un transport ambulancier ont été publiées le 24 mai 2024 (MSSS, 2024cc) et elles visent à améliorer la disponibilité des véhicules ambulanciers dans la communauté, avec des recommandations et des cibles de performance[18]. Dans la même logique, le Cadre de référence — Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers, publié le 8 juin 2022 (MSSS, 2024s), a été mis à jour le 7 janvier 2025, notamment pour guider les établissements dans un processus d'évaluation en sept étapes[19].

18 « La cible du délai moyen de présence de l'équipe des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) à l'intérieur du centre hospitalier devrait être de 45 minutes » (MSSS, 2024cc, p. 4).

19 Les étapes sont les suivantes : 1. Mise en place du processus d'analyse; 2. Collecte et analyse de données (par exemple, démographie, couverture préhospitalière, etc.); 3. Analyse de la portée des options de modification de la desserte ambulancière; 4. Analyse financière régionale; 5. Réception de la demande par Santé Québec et son analyse par le comité consultatif; 6. Déploiement; 7. Évaluation en continu du modèle de déploiement.

- **Accès à une aide technique en détention.** La Fiche d'orientation pour le milieu carcéral : Accès à une aide technique ou un appareil médical en établissement de détention, mise en ligne le 27 juin 2024, propose une trajectoire en quatre étapes[20] (MSSS, 2024j) et s'inscrit en cohérence avec les cadres existants (Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme [MSSS, 2017b] et Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme [MSSS, 2021a]) en réponse à une recommandation du Protecteur du citoyen qui avait été d'établir des balises, d'ici au 31 mars 2024, quant à « l'accès aux appareils orthopédiques et au matériel médical dans les établissements de détention » (MSSS, 2024j).
- **Cliniques IPS et modèles de soins.** Le Cadre de référence pour les établissements de santé et de services sociaux a été modifié le 11 juillet 2024 (MSSS, 2024g) pour s'inscrire dans la continuité de l'évolution constante du rôle des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL), en continuité avec l'élargissement du champ d'exercice permis depuis 2021. La présence accrue de cette profession au sein du SSSS constitue l'une des clés pour un meilleur accès à des services de proximité. Ainsi, l'élargissement du champ d'exercice des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) permis par l'entrée en vigueur de la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé, en 2021, permet à ce cadre de référence de revoir les modèles de soins et de services intégrant ces professionnelles.

20 Les étapes sont les suivantes : 1. Repérage; 2. Évaluation du besoin et interventions; 3. Suivi, surveillance et réévaluation; 4. Transfert (interétablissements) et liaison (postincarcération).

- **Agir tôt et accès pour les enfants et leurs familles.** Publié le 13 décembre 2024, le Cadre de référence du programme Agir tôt — Ensemble pour mieux soutenir le développement des enfants (MSSS, 2024i) vise à favoriser l'accès aux services de proximité intégrés et ajustés pour répondre aux besoins complexes des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement ou des retards de développement, mais aussi à ceux de leurs familles. Il s'adresse à tous les acteurs du système pour qu'ils partagent une vision commune du programme Agir tôt dont l'objectif est le renforcement de l'accès et de la continuité des services de proximité offerts à ces enfants, et dont le déploiement a commencé en 2019 (MSSS, 2024i, p. 1)[21]. Il s'inscrit dans la continuité de l'ensemble des plans d'action et politiques en périnatalité, en petite enfance et en santé mentale[22].
- **Suppléance rénale.** Les Orientations ministérielles des services de protection et de suppléance rénale initialement publiées en 2008 ont été modifiées le 23 janvier 2025, avec trois orientations révisées par un comité consultatif (MSSS, 2025p)[23].
- **Services en langue anglaise.** Le Cadre de référence — Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (mis en ligne en 2006) a été modifié le 28 novembre 2025 (MSSS, 2025h) afin d'intégrer le rôle de Santé Québec dans l'élaboration d'un programme national d'accès, conformément à la LGSSSS (art. 415).

Enfin, à une échelle plus générale, le Cadre de référence pour les établissements de santé et de services sociaux — Point de service local (dernière modification effectuée le 5 février 2024) (MSSS, 2023g) sert de guide pour déployer des services intégrés dans des points de service partout au Québec (vaccination, prélèvements et dépistage, etc.), en cohérence avec l'orientation du Plan santé du MSSS (MSSS, 2022a) visant à améliorer l'accessibilité en première ligne. Ces instruments sectoriels contribuent à réduire certains goulots, mais leur effet sur le déséquilibre offre–demande dépend de leur articulation et de la capacité à réallouer des ressources vers les besoins prioritaires.

21 Dans le parcours de soins et de services associé au programme Agir tôt, les sept principes suivants guident l'organisation des services et pratiques cliniques : Agir ensemble; Agir précocement sur le développement global des enfants; Agir de manière écosystémique et inclusive; Agir en partenariat avec les parents; Agir en proximité; Agir autrement; Agir dans le respect de la diversité culturelle.

22 Voir, par exemple, les orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté (MSSS, 2017a) et les orientations de la gamme de services en déficience physique, en déficience intellectuelle ou en trouble du spectre de l'autisme (MSSS, 2021a).

23 Ces orientations sont les suivantes : 1. Favoriser l'autonomie, l'autogestion et l'adhésion au traitement des personnes vivant avec une insuffisance rénale; 2. Améliorer l'accès aux services de suppléance rénale; 3. Offrir des services performants et de qualité.

2.2 Information au public et simplification pour s'orienter facilement dans le système

SOMMAIRE

La convivialité et la lisibilité du système comptent fortement pour la population : « entrer », « comprendre », « s'orienter », sans dépendre d'un capital social ou d'une expertise personnelle. L'enjeu renvoie aussi à un problème d'architecture de première ligne : l'offre est fragmentée et aucune porte d'entrée n'assure aujourd'hui, pour l'ensemble de la population, un premier contact stable et une navigation continue.

Ce que l'action publique fait. Plusieurs documents clarifient des rôles et des trajectoires, souvent par secteurs (ex :. préhospitalier, première ligne), ce qui contribue indirectement à la navigation.

Constat d'alignement. L'action publique contribue de façon tangible à améliorer la lisibilité institutionnelle à l'intérieur de plusieurs secteurs. Les instruments clarifient les rôles, structurent des trajectoires et renforcent les repères organisationnels. À ce titre, il s'agit d'un mouvement cohérent avec les attentes exprimées par la population.

Point de vigilance. Toutefois, cette amélioration demeure majoritairement sectorielle. Or, la difficulté vécue par la population se situe souvent dans les zones « entre » secteurs : santé mentale et services sociaux, chronicité et soutien à domicile, itinérance et première ligne, jeunesse et protection sociale. La valeur se joue alors moins dans la clarté d'un programme que dans la capacité à offrir une porte d'entrée identifiable et des parcours transversaux lisibles.

Le levier structurant demeure donc la cohérence intersectorielle et la capacité à simplifier l'expérience vécue au-delà des cadres programmatiques. Cette difficulté est amplifiée par la fragmentation de la première ligne : les GMF ne couvrent pas toute la population et n'ont pas de responsabilité populationnelle, tandis que la capacité d'action des CLSC a été fortement réduite au fil des dernières décennies. D'autres ressources de proximité contribuent à l'accès, mais sans constituer une porte d'entrée organisationnelle unifiée capable d'assurer un premier contact, une continuité et une navigation avec une affiliation populationnelle.

Cet enjeu traduit les difficultés pour les personnes usagères et pour leurs proches à s'orienter dans le système de santé et de services sociaux. Ces difficultés découlent en partie d'un manque de lisibilité quant aux responsabilités de chacun des acteurs impliqués dans le réseau. De plus, lorsque les personnes entrent dans le système, la faible convivialité et le manque de communication sont décrits comme des obstacles lors de leur prise en charge. À ce sujet, le plan stratégique de Santé Québec (Santé Québec, 2025) reconnaît d'ailleurs que le manque d'accompagnement et de coordination dans la navigation complique

l'orientation des personnes usagères vers les bonnes ressources[24]. Au-delà de l'information, la difficulté d'orientation renvoie à une fragmentation de l'offre de première ligne et à l'absence d'un dispositif clair de « premier contact » pour l'ensemble de la population. Concrètement, une part de la population demeure non affiliée à une entité organisationnelle de première ligne qui soit responsable d'offrir des services de proximité et de soutenir la navigation. Dans ce contexte, la clarté des rôles sectoriels ne compense pas l'absence d'une porte d'entrée lisible et stable.

Des efforts sectoriels significatifs ont été consentis afin d'améliorer l'information offerte au public et de structurer les parcours de services, notamment dans les domaines des services préhospitaliers d'urgence, des soins de fin de vie, des troubles neurodéveloppementaux, de l'itinérance ainsi que des services et soins de première ligne. Des politiques publiques récentes ont contribué à clarifier les rôles et responsabilités des acteurs, ainsi que les trajectoires de prise en charge, ce qui constitue un levier indirect, mais important en matière de navigation et de visibilité du système (voir le tableau 26). L'action publique a donc surtout amélioré la lisibilité « à l'intérieur » de plusieurs secteurs, plus que la lisibilité « à l'entrée » du système.

Tableau 26 : Lisibilité du système et navigation : des avancées sectorielles, un défi persistant d'accès et de parcours

Secteur ou clientèle	Politique publique	Date	Ce que l'instrument clarifie	Contribution principale	Point de vigilance
Services préhospitaliers d'urgence (SPU)*	Cadre normatif sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence administrée par les établissements territoriaux de Santé Québec, Urgences-santé et les instances régionales (MSSS, 2024b)	6 septembre 2024 (version modifiée)	Rôles et responsabilités des différents niveaux d'organisation des SPU	Clarifie la structure institutionnelle et les responsabilités	Lisibilité renforcée à l'intérieur du secteur, mais peu d'effet direct sur la navigation intersectorielle
	Orientations ministérielles pour l'élaboration du Plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence 2025-2030 (MSSS, 2024t)	6 septembre 2024	Objectifs et orientations pour planifier l'organisation des SPU	Renforce la cohérence organisationnelle et les repères institutionnels	Clarification interne; la navigation globale demeure dépendante d'arrimages locaux

24 Enjeu stratégique nº1 (Santé Québec, 2025).

Secteur ou clientèle	Politique publique	Date	Ce que l'instrument clarifie	Contribution principale	Point de vigilance
Soins de fin de vie**	Cadre de référence — Fonctions d'un groupe interdisciplinaire de soutien — Les soins de fin de vie (MSSS, 2024p)	16 octobre 2024	Fonctions, rôles et responsabilités des groupes interdisciplinaires	Structure les responsabilités dans un domaine complexe	Amélioration de la clarté organisationnelle, sans constituer une porte d'entrée globale
	Guide pour la personne et ses proches — Demande anticipée d'aide médicale à mourir (MSSS, 2024k)[25]	17 octobre 2024	Information et repères pour les personnes et leurs proches	Contribution directe à l'information publique	Outil ciblé; ne règle pas la navigation dans l'ensemble du système
Troubles neurodéveloppementaux	Orientations sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux (MSSS, 2024u)	13 décembre 2024	Clarification des rôles et responsabilités à chaque étape du processus diagnostique	Structure la trajectoire au sein du programme associé	Navigation clarifiée dans le programme, mais interfaces multiples avec d'autres secteurs
Itinérance	Synthèses des consultations et des analyses : Document d'orientation sur les rôles et les responsabilités en matière d'itinérance (MSSS, 2024h)[26]	20 décembre 2024	Définition des responsabilités gouvernementales en matière d'itinérance	Clarifie le cadre institutionnel et la répartition des responsabilités	Défi persistant d'accès concret aux services sur le terrain
Première ligne (migrations)	Orientations ministérielles concernant les services de santé et les services sociaux offerts aux personnes réfugiées et en situation d'immigration semblable à leur arrivée au Québec — Une passerelle vers un avenir en santé (MSSS, 2025bb)	14 octobre 2025 (mise à jour)	Balises de prise en charge et principes directeurs, dont la responsabilité populationnelle, l'équité et l'accès à l'interprétation	Clarifie une trajectoire spécifique	Navigation globale dépendant de l'intégration avec d'autres portes d'entrée
Première ligne (CLSC)	Orientations ministérielles relatives à la mission des CLSC — Portrait et perspectives des services CLSC au Québec (MSSS, 2025q)	15 octobre 2025	Redéfinition de la mission et du rôle des CLSC en première ligne	Potentiel structurant pour la lisibilité	Publication retardée – trois orientations et une politique ministérielle annoncées; effet réel dépendant de l'implantation

* Services préhospitaliers d'urgence : Ces deux politiques publiques offrent distinctement une présentation officielle des orientations et des objectifs que les établissements peuvent considérer dans l'élaboration de leur plan quinquennal d'organisation de leurs SPU, conformément aux dispositions de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. À cet effet, l'un comme l'autre présentent un schéma descriptif des rôles et des responsabilités des différents niveaux d'organisation des SPU (MSSS, 2024b, p. 3-5; MSSS, 2024t, p. 2-4).

** Soins de fin de vie : Ce cadre de référence a été élaboré suite à l'entrée en vigueur, le 7 juin 2023, de la Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives.

25 Les critères sont les suivants : la maladie doit être grave, incurable et mener à l'inaptitude à consentir aux soins.

26 Ce travail a été effectué conformément à la mesure 14.1 du Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 (MSSS, 2021c), grâce à la collaboration et à l'engagement de la Table interministérielle en santé mentale et en itinérance.

Malgré les efforts déployés, ces initiatives demeurent majoritairement développées à l'échelle de secteurs distincts ou pour certaines clientèles. Cette organisation en silos limite la lisibilité globale du réseau et complexifie l'orientation des personnes usagères, particulièrement lorsque leurs besoins traversent plusieurs champs d'intervention. Une réflexion plus transversale sur la lisibilité du système apparait donc nécessaire, appuyée par une action concertée dépassant les logiques sectorielles.

La mise en place d'une porte d'entrée claire, cohérente et facilement repérable pour la population constituerait un levier structurant afin de renforcer l'accessibilité, la compréhension et la capacité des citoyens à s'orienter efficacement dans le SSSS. Par exemple, dans le document Bien vieillir chez soi — Tome 4 : Une transformation qui s'impose (CSBE, 2024a), le Commissaire recommandait la mise sur pied de bureaux régionaux de soutien à domicile dont le mandat serait d'agir comme porte d'entrée pour le soutien à domicile et d'aider les personnes usagères à naviguer dans le système de soins et de services de santé (CSBE, 2024a, p. 232)[27].

De plus, un point de vigilance est à noter en lien avec les Orientations ministérielles relatives à la mission des CLSC visant à redéfinir leur mission et à préciser leur rôle en première ligne (MSSS, 2025q). Celles-ci s'alignent sur le nouveau cadre structurant qui a été introduit progressivement par la LGSSSS, sanctionnée le 13 décembre 2023. Or, le déploiement de cette initiative importante et structurante a été retardé, ce qui repousse d'autant la clarification attendue de la porte d'entrée de la première ligne et de ses modalités d'implantation (Morin-Martel, 2025). Dans l'état actuel, l'enjeu n'est pas seulement de mieux expliquer le système, mais également de disposer d'une première ligne suffisamment intégrée pour assurer un premier contact universel, l'affiliation et la navigation. Sans clarification du rôle respectif des GMF, des CLSC et des autres acteurs de proximité, les gains de lisibilité risquent de demeurer principalement sectoriels.

27 Recommandation nº 8.

2.3 Coordination clinique et trajectoires pour avoir un parcours continu et coordonné

SOMMAIRE

La continuité, la coordination et la fluidité des trajectoires sont au cœur de la valeur : elles conditionnent l'efficacité réelle, la sécurité des soins et l'expérience vécue par les personnes.

Ce que l'action publique fait. Les instruments explicites sont moins nombreux. Certains cadres (notamment dans des programmes ciblés) outillent la coordination et la continuité, mais l'architecture transversale apparait moins visible dans les politiques publiques formelles.

Constat d'alignement. À ce stade, peu d'instruments normatifs ciblent explicitement l'enjeu transversal de la coordination clinique et de la continuité des trajectoires. Cette relative rareté d'instruments normatifs peut s'expliquer institutionnellement : depuis l'entrée en vigueur de la LGSSSS, l'opérationnalisation de la coordination est appelée à se déployer principalement dans la pratique de Santé Québec — dans une logique de gestion et d'organisation — plutôt que par des orientations ministérielles détaillées. Certaines politiques publiques contribuent néanmoins à structurer la continuité à l'intérieur de programmes ciblés.

Point de vigilance. Le risque est que la coordination, pourtant centrale pour la population, demeure un objectif affirmé sans mécanismes suffisamment lisibles (standards de trajectoires partagés, responsabilités clairement définies entre niveaux de soins, boucles de rétroaction intersectorielles, indicateurs explicites de continuité). C'est un enjeu clé de cohérence entre le cap stratégique et l'expérience concrète. La valeur ne dépend pas seulement de la qualité des interventions cliniques, mais également de la capacité du système à les relier de façon fluide et intelligible pour les personnes.

Le travail par champs de spécialisation tend à générer une fragmentation des services, souvent perçue comme un obstacle à la prise en charge optimale des personnes. La population a comme attente une réponse coordonnée en matière de santé et de services sociaux plutôt qu'une somme de services[28]. Dans l'identification de ses enjeux stratégiques prioritaires, Santé Québec mentionne que le « manque de coordination et d'accompagnement dans la navigation au sein du réseau complique l'orientation des personnes usagères vers les bonnes ressources » et qu'une « meilleure collaboration avec les familles, les proches aidants, les communautés des Premières Nations et Inuit, les

28 La fluidité est définie par Santé Québec comme le « déplacement progressif des patients entre les différentes unités ou services de soins » (Santé Québec, 2025, p. III). Le MSSS définit la trajectoire comme une « succession d'étapes que parcourt l'usager à l'occasion d'un ou de plusieurs épisodes de soins et de services » visant à « répondre aux besoins de l'usager tout en offrant des services et des soins accessibles, continus et pertinents ».

organismes communautaires, les municipalités et le secteur scolaire faciliteraient la prise en charge de certaines problématiques comme l'itinérance et la perte d'autonomie » (Santé Québec, 2025, p. 24)[29].

À ce stade, peu de publications ciblent explicitement l'enjeu de la coordination clinique et de la continuité des trajectoires. On peut tout de même en souligner deux, publiées le 13 décembre 2024, qui sont en lien avec le programme Agir tôt. La première, le Cadre de référence — Programme Agir tôt — Ensemble pour mieux soutenir le développement des enfants (MSSS, 2024i), vise à favoriser la continuité des services de proximité intégrés et ajustés pour répondre aux besoins complexes des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement ou des retards de développement, mais aussi à ceux de leurs familles. Il propose une approche d'accompagnement, constituant un levier de renforcement des actions complémentaires et concertées de tous les acteurs concernés autour des enfants et de leurs familles. La seconde, les Orientations sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux (MSSS, 2024u), porte sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux dans le cadre des services qui sont associés au programme Agir tôt. Celle-ci vise à s'assurer que l'évaluation diagnostique, lorsque requise, s'opère dans une perspective de proximité et de continuité, ainsi que dans une trajectoire de services qui sont intégrés pour l'enfant et sa famille.

Enfin, publié le 27 août 2025, le Cadre de référence : Médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale — Qualité, continuité et sécurité à chaque étape de la trajectoire du patient (MSSS, 2025n) présente des balises pour encadrer et optimiser la trajectoire des personnes sous médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale dans les établissements du réseau.

29 Les enjeux stratégiques dont il est question sont les suivants : enjeu stratégique nº 1 – Navigation et accès aux soins et aux services sociaux; enjeu stratégique nº 4 – Continuum des soins et des services, trajectoires fluides et qualité.

2.4 Qualité de l'organisation des services : une offre pertinente, ajustée et apprenante (au service de la santé populationnelle)

SOMMAIRE

Pour la population, la qualité d'un système ne se mesure pas uniquement à la compétence des professionnels. Elle se mesure aussi à la capacité du réseau à offrir des soins sécuritaires, appropriés et pertinents, et à garantir un suivi réel de l'état de santé de la population. Autrement dit, la qualité attendue est à la fois clinique (faire les bonnes choses, correctement et de façon sécuritaire) et organisationnelle (des services accessibles en temps opportun, coordonné et continu).

Ce que l'action publique fait. À ce stade, peu de politiques publiques récentes ciblent directement et explicitement la qualité et la sécurité dans une perspective transversale.

Constat d'alignement. La présence d'un écosystème d'encadrement est une force, mais celui-ci porte davantage sur la conformité et certains risques que sur la qualité organisationnelle au sens populationnel (offre pertinente, intégration, ajustement, apprentissage).

Point de vigilance. Au-delà du traitement des cas et de la conformité, la question transversale est la suivante : existe-t-il une capacité d'apprentissage individuelle et systémique permettant d'améliorer la qualité clinique et les processus de soins et services ? La qualité dépend de cette boucle : détecter les écarts entre besoins et offre, comprendre les causes organisationnelles et ajuster la configuration des services.

Cet enjeu réfère à l'obtention de soins sécuritaires et appropriés, au suivi réel de l'état de santé d'une population et à la pertinence des soins reçus[30]. Seules deux politiques publiques visent spécifiquement cet enjeu, dans des secteurs très précis :

- Le 21 juin 2024, le MSSS a mis en ligne les Orientations ministérielles — Certification — Trousse globale de vérification (MSSS, 2024f) portant sur l'attestation de la conformité d'une version d'un produit ou d'un service technologique prenant en considération les exigences du secteur sociosanitaire du Québec.

30 Selon la définition de Santé Québec, la pertinence fait référence à « des interventions appuyées par les meilleures preuves disponibles en matière d'efficacité et d'innocuité et en respectant les préférences de l'usager tout [en dispensant les soins et services] de manière équitable et responsable dans l'utilisation des ressources » (Santé Québec, 2025, p. III).

- Puis, le 30 janvier 2025, les Orientations ministérielles — Utilisation appropriée de certaines substances désignées dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec (MSSS, 2025cc) ont été publiées, s'adressant aux organisations et aux travailleurs de la santé impliqués dans les services préhospitaliers d'urgence, afin que l'utilisation de certaines substances soit sécuritaire, efficiente et de qualité.

Cette relative discrétion normative s'explique en partie par le fait que la qualité et la sécurité des soins sont déjà encadrées par une pluralité de mécanismes institutionnels intégrés au fonctionnement courant du système — et non uniquement par des orientations ministérielles. Les établissements disposent de comités et de structures consacrés à la qualité et à la gestion des risques[31]. À l'externe, des recommandations d'organismes-conseils (ex. : INESSS, INSPQ), des structures d'agrément, les structures de l'écosystème professionnel (bureau du syndic et de l'inspection des ordres professionnels) et de nombreuses autres instances (coroner, inspecteur national, Commission des droits de la personne et de la jeunesse, Curateur public, Commissaire au bien-être et aux droits des enfants, etc.) contribuent aussi à encadrer des dimensions de la qualité.

Cependant, cette dispersion des structures soulève une question transversale : au-delà du traitement des situations individuelles, existe-t-il un mécanisme consolidé d'escalade des apprentissages et d'analyse globale portant sur la qualité de l'organisation des services afin d'alimenter une réflexion populationnelle sur l'adéquation entre besoins, offre et trajectoires ? Qui assure la compilation systémique des constats émis par l'ensemble de ces instances, et comment ces enseignements sont-ils intégrés aux orientations gouvernementales sur la configuration de l'offre (pertinence, répartition, intégration, continuité, navigation) ? L'enjeu transversal devient alors moins la présence de mécanismes que leur capacité à produire une boucle consolidée d'amélioration continue : agréger les signaux, analyser les causes systémiques organisationnelles et transformer ces enseignements en améliorations observables.

31 Par exemple, comité de vigilance et de qualité, mécanismes de déclaration des incidents et accidents, prévention et contrôle des infections, conseils professionnels comme le CMDP, CII, CM, en plus du régime d'examen des plaintes, avec les commissaires aux plaintes et à la qualité des services, la commissaire nationale et le Protecteur du citoyen, ainsi que la participation des comités d'usagers et de résidents.

2.5 Organisation des services en santé mentale

SOMMAIRE

La santé mentale est fréquemment décrite comme un angle mort : accès difficile, entrée par la crise, discontinuités, manque de proximité. Autrement dit, une part importante de la valeur se joue dans la capacité d'intervenir tôt, près des milieux de vie, et de soutenir une continuité réelle plutôt qu'un enchaînement d'épisodes.

Ce que l'action publique fait. On observe une activité normative (cadres de référence, harmonisation de pratiques, clarification de certaines trajectoires, instruments spécifiques), avec un accent mis sur la standardisation de programmes et l'encadrement de services de proximité à intensité variable. Toutefois, l'architecture globale demeure plus difficile à lire : les instruments existent, mais leur articulation transversale (prévention, première ligne, spécialiste, services sociaux) apparait moins explicite.

Constat d'alignement. Les politiques publiques renforcent des pratiques et des programmes, mais le fil conducteur transversal (prévention, proximité, continuité, articulation avec le social) demeure plus fragile.

Point de vigilance. Le risque principal est celui d'une standardisation par programmes sans mécanisme transversal suffisamment explicite pour réduire l'entrée par la crise et assurer une continuité réelle, notamment aux interfaces jeunesse-adulte, santé-services sociaux et première ligne–services spécialisés À cela s'ajoute un enjeu déterminant d'intersectorialité : la valeur en santé mentale dépend aussi d'une action simultanée sur les déterminants et le filet de protection (logement, revenu et emploi, sécurité alimentaire, soutien communautaire). Sans arrimage opérationnel avec ces leviers — et sans régulation claire de l'organisation des services (porte d'entrée, responsabilités, trajectoires, coordination) — le système risque de traiter davantage des épisodes et des crises que les causes, limitant la prévention et la stabilisation dans le milieu de vie.

L'accès aux services en santé mentale est décrit comme un angle mort du système. Cet accès est difficile et souvent limité aux situations de crises aiguës comme seule porte d'entrée. En particulier, la discontinuité des services ainsi que l'insuffisance de services de proximité sont nommées comme facteurs aggravants.

La régulation de l'organisation des services en santé mentale repose sur un corpus relativement limité de nouveaux instruments structurants en 2024 et 2025, soit une loi et quatre cadres de référence. Bien que ces documents établissent des balises claires, ils demeurent circonscrits et ne s'inscrivent pas dans une architecture fortement intégrée. On observe peu de mécanismes explicites d'agrégation et de mise en cohérence transversale de l'ensemble des orientations en santé mentale. Cette situation peut limiter la capacité à articuler une vision systématique de l'organisation des services, notamment entre prévention, première ligne et services spécialisés.

Dans cette optique, un enjeu central consiste à se doter d'une clé d'action commune permettant d'intervenir davantage en amont et de structurer l'offre de manière intégrée.

Du côté législatif, la Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès, sanctionnée le 3 octobre 2024, poursuit une visée double. D'une part, elle permet aux organismes de santé et de services sociaux de communiquer tout renseignement nécessaire aux interventions de la police en lien avec une personne faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir son procès (*Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès*, art. 1). D'autre part, elle prévoit que les Services correctionnels peuvent être chargés d'évaluer ces personnes et d'assurer leur suivi au sein de la communauté (*Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès*, art. 3).

Plusieurs politiques publiques visent l'harmonisation des pratiques et la standardisation de l'offre, ce qui peut soutenir l'accès et la continuité en santé mentale. Entre 2024 et 2025, plusieurs cadres de référence ont été adoptés en santé mentale, dont on a remarqué une activité forte au cours de l'été 2024 :

- Le Cadre de référence — Soutien d'intensité variable (SIV) (MSSS, 2024ee), publié le 28 mai 2024, qui a « pour objectif d'offrir de la réadaptation psychosociale et de l'accompagnement directement dans le milieu de vie de personnes présentant des troubles mentaux graves affectant leur fonctionnement au quotidien afin de les aider à développer leur autonomie fonctionnelle et faciliter leur intégration sociale[32] »;
- Le Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale 2024 (MSSS, 2024aa), en date du 19 juin 2024, qui est venu actualiser le Cadre de référence des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale de 2006 (MSSS, 2006), compte tenu des nombreux changements survenus depuis dans l'organisation du SSSS;

32 Extrait de la description du document sur le site du MSSS. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003733/

- Le Cadre de référence sur le Suivi intensif dans le milieu (SIM) (MSSS, 2024ff), publié le 29 août 2024, qui s'adresse aux gestionnaires et intervenants offrant ce type de service au sein d'un établissement afin d'harmoniser la pratique en matière de standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience;
- Le Cadre de référence — Programmes pour premiers épisodes psychotiques (MSSS, 2025y), en date du 3 juin 2025[33]. Cette version modifiée soutient les établissements visés par l'action 5.3 du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif (MSSS, 2022b). Pour cela, il les guide dans la mise en place d'un programme en approfondissant le processus clinique attendu et en clarifiant le rôle des intervenants dans l'équipe.

Tableau 27 : Lecture de la valeur créée par les politiques publiques en santé mentale

Loi ou politique publique	Ce que l'instrument vient renforcer	Ce que cela soutient	Limite ou tension de cohérence
Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès (sanctionnée le 3 octobre 2024)	Communication de renseignements pour des interventions policières; possibilité de suivi dans la communauté par l'entremise des Services correctionnels	Gestion de situations à haut risque; continuité dans un sous-segment très spécifique	Répond à un enjeu circonscrit; ne règle pas la dynamique populationnelle d'entrée par la crise ni l'accès de proximité
Cadre de référence — Soutien d'intensité variable (SIV) (publié le 28 mai 2024) (MSSS, 2024ee)	Réadaptation psychosociale et accompagnement dans le milieu de vie pour troubles mentaux graves	Proximité, continuité et soutien fonctionnel; potentiel de réduction de crises si bien déployé	Programme ciblé; l'effet sur l'entrée par la crise dépend de l'intégration avec la première ligne, l'urgence et les services sociaux
Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale 2024 (19 juin 2024) (MSSS, 2024aa)	Actualisation du cadre des groupes régionaux; repères de droits	Qualité, expérience sécurisante, légitimité; réduction de pratiques stigmatisantes	Les droits structurent l'action, mais ne créent pas à eux seuls une architecture de services (prévention–proximité–spécialisé)
Cadre de référence – Suivi intensif dans le milieu (SIM) (29 août 2024) (MSSS, 2024ff)	Harmonisation de standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience	Continuité forte pour des besoins complexes; stabilisation; prévention des rechutes et hospitalisations	Programme intensif pour une partie de la population; enjeu de passerelles avec les services généraux et la première ligne
Cadre de référence — Programmes pour premiers épisodes psychotiques (3 juin 2025) (MSSS, 2025y)	Clarification du processus clinique et du rôle des intervenants; soutien aux établissements	Intervention précoce; prévention de la chronicisation; continuité jeunesse–services spécialisés	Ciblage par trajectoire clinique; le maillage avec la prévention, l'école, le communautaire et la première ligne reste déterminant

33 Initialement mis en ligne le 27 avril 2022.

On observe peu de mécanismes explicites d'agrégation et de mise en cohérence transversale de l'ensemble des orientations en santé mentale. Cette situation peut limiter la capacité à articuler une vision systématique de l'organisation des services, notamment entre prévention, première ligne et services spécialisés. Dans cette optique, un enjeu central consiste à se doter d'une clé d'action commune permettant d'intervenir davantage en amont et de structurer l'offre de manière intégrée. Cet arrimage devra aussi être intersectoriel (logement, revenu et emploi, soutien communautaire), puisque la réduction de l'entrée par la crise dépend autant du filet de protection que de l'organisation des services. C'est à ce niveau — plus transversal que programmatique — que se jouera l'alignement entre la direction annoncée et l'expérience vécue.

2.6 Favoriser le maintien de l'autonomie et les soins de longue durée

SOMMAIRE

Le vieillissement, le soutien à domicile et la reconnaissance des proches aidants structurent des attentes fortes et durables. Pour la population, la valeur se juge autant dans la capacité à vieillir chez soi, à être soutenu dans la durée qu'à éviter les ruptures de services.

Ce que l'action publique fait. On observe une densification normative importante (approches de proximité, plans de déploiement, orientations gériatriques, actions intersectorielles sur les conditions de vie des ainés, cadres sur le soutien aux personnes proches aidantes).

Constat d'alignement. Le gouvernement affiche une direction claire : adapter le système au vieillissement et améliorer la capacité de réponse en soutien à domicile et en continuité. L'enjeu est fortement investi et plusieurs instruments convergent vers l'idée d'un continuum de services de proximité.

Point de vigilance. La multiplication d'instruments appelle une vigilance de cohérence (articulation, actualisation, non-redondance) et surtout de mise en œuvre : ces orientations exigent une capacité de coordination locale, des ressources et des partenariats effectifs avec la société civile. Le risque n'est pas tant l'absence de vision, mais une réforme inégalement praticable selon les territoires.

Cet enjeu souligne les difficultés d'accès aux services de soutien à domicile (SAD), les difficultés rencontrées par les personnes proches aidantes et les défis face au vieillissement de la population. Ces dernières années, plusieurs politiques publiques avaient été mobilisées autour du maintien de l'autonomie et des soins de longue durée[34]. Puis, entre 2024 et 2025, le MSSS a multiplié les politiques publiques structurantes ayant pour ambition d'adapter les soins et services aux personnes ainées souffrant de multiples problèmes de santé et de plusieurs comorbidités. Toutefois, ces interventions demeurent largement sectorielles et marquées par une prédominance des mesures visant les personnes ainées, alors que les enjeux propres aux personnes en situation de handicap apparaissent moins présents. Cette configuration reflète un positionnement gouvernemental clair face au vieillissement de la population, désormais reconnu comme un défi majeur à relever au cours des prochaines années. De plus, la densification normative dans ce champ appelle une attention particulière quant à la cohérence, à l'actualisation et à l'articulation des instruments existants. Au-delà de l'énonciation des orientations, l'enjeu central résidera dans la capacité de mise en œuvre, qui nécessitera l'intelligence collective, la mobilisation intersectorielle et l'apport d'acteurs de la société civile afin de traduire concrètement cette vision en résultats durables pour l'ensemble des personnes concernées.

34 Voir, par exemple, la Loi concernant les soins de fin de vie dont l'application doit faire l'objet, tous les cinq ans, d'un rapport à l'Assemblée nationale (art. 76). Le plus récent a été publié le 18 février 2025 par le MSSS et couvre la période 2019-2024 (voir le Rapport sur l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie 2019-2024) (MSSS, 2025l). Voir également le Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 du 21 octobre 2021 (MSSS, 2021b), qui, conformément à son contenu, doit faire annuellement l'objet du dépôt d'un rapport d'activités par le ministre responsable des Ainés et des Proches aidants. Le dernier Rapport d'activités 2023-2024 a été publié par le MSSS le 1er mai 2025 (MSSS, 2025z). Les personnes en situation de handicap ainsi que les personnes ainées font partie de la clientèle de longue durée dans l'organisation actuelle des soins et services.

Tableau 28 : Politiques publiques 2024 et 2025 portant sur le maintien de l'autonomie

Politique publique	Ce que l'instrument vient renforcer	Ce que cela soutient
Deuxième Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées (PAM) 2017-2022 (bilan publié en 2024) (MSSS, 2024gg)	Bilan d'un plan avec 52 mesures (prévenir, identifier, comprendre, prendre en charge)	Qualité, protection sociale, sécurité des personnes ainées
Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2023-2024 (Bilan 2022-2023 publié le 16 janvier 2024) (MSSS, 2023e)	Obstacles à l'intégration; moyens pour les surmonter; termes du plan	Équité, protection sociale, inclusion
Cadre de référence — Favoriser la bientraitance envers toute personne ainée, dans tous les milieux, dans tous les contextes (le 2 mars 2023) (MSSS, 2023d)	Approche de bientraitance; environnements favorables	Qualité relationnelle, sécurité, légitimité
Cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes ainées (mis en ligne le 27 février 2024) (MSSS, 2024a)	Responsabilité populationnelle; continuum de services de proximité; 5 composantes (portrait de la communauté, vision partagée, coconstruction, pratiques collaboratives, évaluation)	Proximité, prévention, continuité, navigation; valeur «dans la durée»
Plan d'action gouvernemental 2024-2029 (publié le 31 mai 2024) (MSSS, 2024o) issu de la Politique gouvernementale — Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec (MSSS, 2018)	Approche vaste et concertée; 34 ministères et organismes; 102 actions; 12 axes	Déterminants de la santé, intersectorialité, durabilité de la réponse
Orientations ministérielles — Organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques (20 septembre 2024) (MSSS, 2024r)	Optimisation UCDG; partenaires intra et extrahospitaliers en amont et en aval	Qualité, sécurité, continuité des services post-aiguë
Plan triennal de déploiement de l'approche intégrée de proximité pour les personnes ainées — Mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes ainées dans leur communauté (publié le 8 novembre 2024) (MSSS, 2024v)	Séquencer et concrétiser le déploiement dans toutes les régions	Mise en œuvre; cohérence temporelle; capacité d'absorption
Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée (modifié et publié le 27 novembre 2024; initialement mis en ligne le 2 mars 2022) (MSSS, 2024c)	Outil clinique (collaboration MSSS–CHUS)	Sécurité, pertinence, réduction d'effets iatrogènes; expérience en urgence
Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2024-2025 et Bilan 2023-2024 du plan d'action (18 mars 2025) (MSSS, 2025t)	Obstacles et moyens; conformité à la Loi assurant l'exercice des droits	Équité, inclusion, protection sociale
Cadre de référence — Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes (19 mars 2025) (MSSS, 2025a)	Priorité nationale; planification d'actions pour un vieillissement en santé	Prévention, déterminants, réduction de la morbidité évitable
Orientations ministérielles — Composition des équipes de soins infirmiers — milieux d'hébergement et de soins de longue durée (2 juin 2025) (MSSS, 2025e)	Décisions de composition d'équipes; organisation des soins infirmiers	Viabilité, qualité, sécurité (capacité de tenir les milieux)
Cadre de référence pour le réseau de la santé et des services sociaux — reconnaître les personnes proches aidantes comme partenaires pour mieux les soutenir (initialement publié le 12 novembre 2024, modifié le 7 novembre 2025) (MSSS, 2024bb)	Cheminement clinique; soutien aux personnes proches aidantes	Continuité, qualité, protection sociale; réduction de l'épuisement

Plusieurs de ces politiques publiques sont ambitieuses. Le Plan d'action gouvernemental 2024-2029 (MSSS, 2024o), issu de la Politique gouvernementale — Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec (MSSS, 2018), propose une approche vaste et concertée pour répondre aux enjeux du vieillissement de la population. Avec 34 ministères et organismes gouvernementaux partenaires, il vise à soutenir la réalisation de 102 actions, inscrites dans 12 axes d'intervention pour améliorer les conditions de vie des personnes ainées. Le Cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes ainées (MSSS, 2024a) est intéressant alors qu'il énonce des orientations ministérielles aux établissements pour les soutenir dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle.

Pour ce défi particulier, la valeur se construira moins dans la qualité des cadres et leur nombre que dans leur capacité à s'articuler, à réduire les ruptures de parcours et à produire des résultats tangibles et équitables d'un territoire à l'autre.

2.7 Prévenir plutôt que guérir

SOMMAIRE

La prévention et les déterminants de la santé sont au cœur d'une approche orientée sur la valeur, particulièrement dans un contexte de fragilisation des conditions de vie.

Ce que l'action publique fait. Les documents structurants expriment des intentions claires, et plusieurs politiques récentes convergent (stratégie de prévention, programme de santé publique, plans sectoriels).

Constat d'alignement. Les objectifs sont explicites : réduire le fardeau évitable, agir en amont, renforcer l'intersectoriel.

Point de vigilance. Le principal risque est l'absence d'un point de départ véritablement commun et opératoire entre secteurs (déclinaisons parallèles, intentions convergentes, mais insuffisamment intégrées). La prévention dépend d'une coordination intersectorielle stable, d'une littératie soutenue et d'outils de suivi capables de mesurer des effets à moyen et long terme.

Le thème lié à la prévention et aux déterminants de la santé appelle une approche structurée reposant sur des interventions selon l'intensité, tenant compte des trajectoires différenciées des populations et des conditions de vie qui influencent l'adoption de saines habitudes de vie. La précarisation du logement, de l'alimentation et des revenus entraine des arbitrages contraints, notamment entre des besoins essentiels tels que payer son loyer ou de la nourriture, contribuant à des situations de vulnérabilité accrue.

Dans ce contexte, les actions en prévention requièrent une action intersectorielle renforcée, articulant les leviers de la santé, des services sociaux et des autres politiques publiques, ainsi qu'un effort soutenu en matière de littératie. L'enjeu stratégique nº 5 du Plan Santé du MSSS (MSSS, 2022a), visant un meilleur équilibre entre la prévention et le curatif, met ainsi en lumière la nécessité d'interventions coordonnées et adaptées afin d'agir en amont sur les déterminants de la santé et de réduire durablement les inégalités de santé.

Tableau 29 : Politiques publiques 2024 et 2025 en prévention

Politique publique	Ce que l'instrument vient structurer	Ce que cela soutient
Cadre de référence — Programme québécois de scellants dentaires à l'école primaire et secondaire (PQSD) (mis en ligne le 23 janvier 2024) (MSSS, 2023a)	Organisation et prestation de services dentaires préventifs — optimisation de l'organisation et de la prestation des services dentaires préventifs	Prévention efficace, équité (agir tôt, populations cibles), réduction du fardeau évitable
Plan d'action 2024-2026 du Programme québécois de cancérologie (publié le 12 septembre 2024) (MSSS, 2024q)	Axe 1 : promotion des saines habitudes de vie et prévention	Réduction de la morbidité évitable, cohérence populationnelle
Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs — Relever les défis d'aujourd'hui et de demain (publiée le 25 février 2025) (MSSS, 2025aa)	Promotion de la santé cognitive, prévention	Valeur à long terme (retarder ou éviter la perte d'autonomie), qualité de vie
Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement (3 juin 2025) (MSSS, 2025r)	Prévenir l'usage des mesures de contrôle; prévenir les situations de troubles de comportement	Prévention des crises, sécurité, qualité, équité
Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 (publiée le 21 août 2025) (MSSS, 2025k)	Cap transversal : réduire le fardeau évitable (10 %) et l'écart de mortalité prématurée lié aux inégalités socioéconomiques (10 %) d'ici 2035. Cette politique structurante convie tous les partenaires à s'engager dans un partenariat en faveur de la prévention.	Cadre commun de prévention; intersectorialité; responsabilité populationnelle
Programme national de santé publique 2025-2035 — Pour un Québec en santé, équitable et résilient (mis en ligne le 1er décembre 2025) (MSSS, 2025w)	Approche intersectorielle et intégrée sur les déterminants de la santé	Prévention structurante; équité; résilience
Plan d'action québécois sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs — Des actions concrètes et novatrices pour aujourd'hui et demain (mis en ligne le 1er décembre 2025) (MSSS, 2025g)	Incitation à la prévention et promotion de la santé cognitive	Cohérence actionnable (passer de la politique à l'action)
Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité — Cadre de référence (SIPPE) (cadre de 2004, modifié le 10 septembre 2025) (MSSS, 2021d)	Intervention précoce et intensive auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité; soutien intégré santé-services sociaux dès la grossesse et la petite enfance	Prévention structurante très en amont; réduction des inégalités sociales de santé; amélioration des trajectoires développementales à long terme
Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 (mis en ligne le 28 mars 2024) (MSSS, 2024dd)	Planification concertée des actions en périnatalité et en petite enfance; renforcement de l'accès, de la continuité et du soutien aux familles	Consolidation des leviers précoces pour créer de la valeur à long terme; articulation prévention–développement–équité

La nécessité de renforcer la prévention fait l'objet d'énoncés clairs et de bonnes intentions dans plusieurs documents structurants du MSSS. Pour être pleinement structurante, l'action préventive devrait s'appuyer sur un point de départ commun et cohérent, notamment en s'alignant sur les cinq priorités de la Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 (MSSS, 2025k), puis en les appliquant de manière adaptée dans chaque secteur d'intervention. Sans cet arrimage transversal, le risque est de voir coexister des approches parallèles, portées par des intentions convergentes, mais insuffisamment intégrées, ce qui limite la portée systémique recherchée.

2.8 Organisation du travail et main-d'œuvre pour avoir des équipes suffisantes, stables et mobilisées

SOMMAIRE

La stabilité des équipes, les conditions d'exercice et la capacité à convertir les ressources financières en capital humain constituent une condition structurante de la valeur. Elles influencent directement l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Plus fondamentalement, la main-d'œuvre constitue la capacité de production du système : elle détermine l'offre réelle de services. Quand le système ne recrute pas de main-d'œuvre et ne retient pas son personnel, l'offre se contracte et le déséquilibre offre–demande se traduit par des délais, de l'engorgement et des enjeux d'accès en temps opportun. La pénurie de ressources humaines, le recours accru aux heures supplémentaires obligatoires ou aux agences privées ainsi que les difficultés d'attraction et de rétention sont identifiés comme des facteurs qui fragilisent la capacité réelle du système à répondre aux besoins.

Ce que l'action publique fait. L'enjeu est reconnu dans les documents stratégiques, et ceux-ci visent à déployer une culture favorisant l'expérience employé, l'harmonisation des pratiques, l'engagement et la valorisation des talents.

Constat d'alignement. L'enjeu est reconnu, mais souvent traité indirectement. En pratique, un important chevauchement existe entre l'enjeu de l'accessibilité et celui de la main-d'œuvre : **l'accès n'est pas seulement un enjeu d'organisation des parcours, il est d'abord une question de capacité de production.** L'amélioration de l'accès dépend de la disponibilité, de la répartition et de la stabilité des professionnels, tandis que les conditions d'exercice influencent la capacité réelle à produire des soins et des services de qualité. La porosité entre ces deux champs est structurante.

Point de vigilance. On ne peut durablement améliorer l'accès sans agir simultanément sur l'attractivité, la stabilité et les conditions concrètes de production des soins et services. La question n'est pas uniquement quantitative (nombre de postes), mais aussi organisationnelle et qualitative : charge de travail, reconnaissance, soutien clinique, climat de travail, intégration des nouveaux professionnels. Si l'on agit sur l'accès sans agir sur la main-d'œuvre, on tente d'améliorer la réponse à la demande (ou la fluidité) sans sécuriser l'offre : la pression se déplace sur des équipes déjà fragilisées (temps supplémentaire obligatoire, absentéisme, roulement), ce qui réduit encore la capacité de production et entretient le cycle des délais. Si l'accès est traité comme une priorité sans transformation suffisante des conditions d'exercice, le risque est de déplacer la pression sur des équipes déjà fragilisées, ce qui pourrait compromettre à moyen terme la continuité, la qualité et la viabilité du système.

Cet enjeu met en lumière la pénurie de ressources humaines et ses répercussions (ex. : temps supplémentaire obligatoire, recours aux agences, etc.). L'enjeu stratégique nº 6 de Santé Québec (Santé Québec, 2025) vise à déployer une culture favorisant l'expérience employé par l'harmonisation des pratiques, l'engagement et la valorisation des talents.

L'enjeu de la main-d'œuvre, et en particulier des difficultés d'attraction et de rétention de professionnels de la santé et des services sociaux au sein du secteur public, a retenu l'attention des pouvoirs publics. Cet enjeu conditionne directement la capacité d'offre : sans effectifs suffisants et stables, le système ne peut maintenir sa production de services, et les problèmes d'accès deviennent le symptôme immédiat d'un déséquilibre offre–demande. Cela a donné lieu à l'adoption de la Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, le 24 avril 2025. Parmi les changements amorcés, la loi impose à tout nouveau médecin de participer pendant au moins cinq ans au régime public, avant de pouvoir exercer la médecine en dehors des cadres de ce régime (*Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*, art. 9). De plus, Santé Québec hérite d'un rôle de régulateur, car c'est à cet organe que revient le pouvoir d'autoriser ou non un médecin à quitter le domaine public, tenant notamment compte des besoins de la région sociosanitaire qu'occupe ledit médecin (*Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*, art. 2 et 3). Enfin, ce régime, précise la loi, devra rester en vigueur jusqu'au 24 avril 2027 (*Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*, art. 8 et 21 à 24).

Par ailleurs, seules deux politiques publiques visent explicitement cet enjeu, ce qui limite le volume d'analyse spécifique. En pratique, un important chevauchement existe avec l'enjeu de l'accessibilité des services : les questions liées au nombre de professionnels et à la capacité du réseau ont principalement été traitées sous l'angle de l'accès. La présente section porte davantage sur l'attractivité du travail, la stabilité des équipes et les modalités d'organisation. La porosité entre ces deux champs est marquée : l'amélioration de l'accès dépend des conditions d'exercice et de régulation de la main-d'œuvre, tandis que la stabilité des équipes influence directement la capacité du système à répondre aux besoins. Ainsi, la résolution de l'un de ces enjeux passe nécessairement par l'autre :

- Premièrement, la Politique ministérielle concernant la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé et au mieux-être des personnes au travail (MSSS, 2025u), qui a d'abord été publiée le 3 août 2011, mais qui a par la suite été modifiée le 1er mai 2025, reconnaît, à travers plusieurs principes directeurs[35], l'importance de la contribution du personnel nommé selon la Loi sur la fonction publique à la réussite de sa mission et, par conséquent, établit des lignes directrices visant à favoriser sa santé psychologique et physique, sa sécurité ainsi que son mieux-être au travail.
- Deuxièmement, le 18 juin 2025 ont été publiées les Orientations ministérielles relatives au programme d'accueil, d'orientation et d'intégration (PAOI) pour le personnel du programme-service Jeunes en difficulté (MSSS, 2025o), qui visent à renforcer la stabilité des équipes ainsi que l'engagement durable des intervenants auprès des jeunes et de leurs familles.

35 Les principes directeurs sont les suivants : l'engagement du Ministère, la responsabilité partagée, la priorité à la prévention et l'approche intégrée.

2.9 Gouvernance de l'information et transformation numérique : partager l'information utile au bon endroit

SOMMAIRE

Partager l'information utile au bon endroit (interopérabilité, accès citoyen, données décisionnelles) est un levier majeur de coordination, de qualité et de pilotage orienté sur la valeur.

Ce que l'action publique fait. Les politiques récentes suggèrent une intensification de l'action publique dans ce champ.

Constat d'alignement. La direction est cohérente : moderniser, standardiser, rendre partageable et utilisable.

Point de vigilance. Le risque principal est celui d'une transformation technologique qui évolue plus rapidement que l'appropriation organisationnelle (usages, formation, gouvernance locale, qualité des données).

Le dossier unique, l'accès citoyen et l'utilisation des données décisionnelles s'inscrivent au cœur de la transformation numérique du système de santé et de services sociaux. L'enjeu nº 8 du plan stratégique de Santé Québec (Santé Québec, 2025), portant sur la modernisation des technologies et des infrastructures et sur l'interopérabilité, souligne la nécessité d'une interopérabilité fonctionnelle des systèmes afin de soutenir le déploiement du dossier unique, de favoriser l'accès citoyen à l'information et de permettre l'exploitation des données décisionnelles à l'échelle du réseau.

Des avancées notables ont été réalisées en matière de gouvernance de l'information, notamment à la suite de l'évolution du cadre législatif relatif à l'accès aux documents des organismes publics et à la protection des renseignements personnels[36]. Les politiques publiques récentes s'inscrivent dans ce nouvel environnement normatif et témoignent d'une volonté gouvernementale d'aborder l'enjeu de front, à travers différents cadres de référence et politiques en matière de transformation numérique.

36 Voir la *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*, sanctionnée le 22 septembre 2021, qui est venue modifier la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Voir également la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, sanctionnée le 4 avril 2023.

Tableau 30 : Politiques publiques 2024 et 2025 encadrant la gouvernance de l'information

Registre	Politique publique	Contribution principale
Cadre légal et gouvernance des renseignements	Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux du MSSS (MSSS, 2025v)	Cadre de confidentialité, protection et gestion responsable; conditions de confiance et d'accès
	Outil d'aide à la rédaction de la Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux (MSSS, 2025s)	Clarifie les obligations; soutient l'harmonisation
	Guide de référence — Renseignements de santé et de services sociaux (MSSS, 2025i)	Référence commune pour les organismes, intervenants, usagers et chercheurs
Transformation numérique et systèmes	Cadre normatif du fichier des naissances — K29 (MSSS, 2023c)	Améliore la qualité et l'exploitabilité des données; soutient les décisions populationnelles
	Politique sur la certification des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) (MSSS, 2024z)	Standardise et assure la conformité des outils; sécurité, interopérabilité potentielle
	Cadre normatif du système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ) — Version 5.1 (MSSS, 2025c)	Consolidation d'un registre utile à la qualité et au pilotage
	Guide de pertinence statistique en soutien à domicile — Cadre normatif (MSSS, 2024l)	Améliore la qualité des données SAD; soutient la lisibilité et le pilotage
	Cadre normatif pour la gestion de l'identification de l'usager (GIU) (MSSS, 2024d)	Identifiant unique (NIU) : base de l'interopérabilité et du dossier unique
	Politique sur la certification des logiciels de pharmacie communautaire (SIP-C) (MSSS, 2024v)	Encadre les systèmes hors établissements; potentiel de continuité médicamenteuse
	Cadre normatif du système MED-ÉCHO (MSSS, 2025b)	Référence historique de collecte médico-hospitalière
IA et innovation	Plan directeur sur l'IA en santé 2024-2027 (MSSS, 2024w)	Oriente la performance, la valeur, l'innovation et l'encadrement responsable
Données décisionnelles — itinérance	Rapport de l'exercice d'énumération du 23 avril 2024 — Itinérance hébergée au Québec (MSSS, 2024n)	Agrège des données décisionnelles; suivi d'un phénomène complexe
	Guide sur le dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec — Tout le monde compte (MSSS, 2025f)	Standardise la méthode; améliore la qualité et la fiabilité

L'encadrement normatif progresse rapidement et dessine une trajectoire cohérente : mieux protéger, mieux partager, mieux exploiter l'information, et soutenir l'interopérabilité comme condition du dossier unique et du pilotage. Toutefois, plusieurs dimensions déterminantes demeurent à consolider.

D'une part, l'appropriation organisationnelle (usages cliniques, formation, qualité des données, gouvernance locale) conditionne directement la valeur produite : une transformation numérique peut être techniquement réussie tout en étant faiblement « vécue » si elle ne simplifie pas les parcours, n'améliore pas la coordination et ne soutient pas une rétroaction utile sur le terrain.

D'autre part, l'arrimage avec le secteur privé et les balises relatives à l'utilisation des données et de l'IA demeurent encore peu explicites, alors même que les dynamiques d'innovation et de prestation technologique y sont fortement ancrées. En matière d'IA, par exemple, peu d'orientations structurantes ont encore été formellement publiées, alors même que le sujet a été identifié comme prioritaire dans divers espaces de réflexion. On note toutefois la publication du Plan directeur sur l'IA en santé 2024-2027 (MSSS, 2024w), qui s'articule autour de quatre axes : soutenir la performance, créer de la valeur, valoriser la recherche et l'innovation, encadrer l'utilisation responsable de l'IA.

Enfin, la recension structurée des préoccupations du réseau et de la population (expérience vécue, incidents, irritants, apprentissages) constitue un complément essentiel à la gouvernance des données administratives : sans cette boucle, la transformation risque de moderniser les systèmes sans renforcer pleinement la capacité d'apprentissage et d'ajustement.

2.10 Architecture de gouvernance, allocation des ressources et partenariats : piloter le système vers la valeur

SOMMAIRE

La création de valeur ne dépend pas uniquement de la qualité des soins ou de l'organisation des services. Elle repose aussi sur la manière dont le système est gouverné, financé et articulé avec ses partenaires. Clarifier les responsabilités, aligner les ressources sur les besoins et structurer les relations entre acteurs publics, privés et communautaires constituent des conditions fondamentales de cohérence, d'équité et de viabilité. Dans ce cadre, la subsidiarité et la proximité — souvent affirmées comme principes — deviennent un test concret : le système a-t-il réellement les marges de manœuvre, les capacités et les mécanismes d'allocation nécessaires pour les rendre exécutoires sur les territoires ?

Ce que l'action publique fait. La période 2024–2025 est marquée par une reconfiguration institutionnelle majeure. L'entrée en vigueur de la LGSSSS a redéfini les rôles : le MSSS assume un rôle stratégique et d'orientation, tandis que Santé Québec exerce les fonctions opérationnelles. Cette clarification vise à renforcer le pilotage, l'imputabilité et la cohérence du système.

Parallèlement, certaines interventions législatives et normatives touchent l'encadrement de la pratique médicale et les mécanismes de financement de certaines composantes du réseau. Ces instruments traduisent une volonté d'encadrer plus étroitement l'articulation entre les secteurs public, privé et communautaire, tout en réaffirmant la responsabilité de l'État dans l'organisation et la régulation du système. Sur le plan financier, les documents stratégiques évoquent l'alignement du financement sur les besoins et les résultats, ainsi que l'utilisation d'outils de performance et d'innovation.

Constat d'alignement. L'action publique est fortement mobilisée sur les leviers normatifs et structurels : clarification des rôles, recentralisation de certaines fonctions, encadrement accru. La direction institutionnelle est lisible. Il vise à renforcer la capacité de pilotage, la cohérence et l'imputabilité du système.

Cependant, l'alignement entre gouvernance, financement et partenariats demeure un chantier en évolution. La transformation structurelle avance plus rapidement que la démonstration d'un arrimage explicite entre allocation des ressources, priorisation des besoins populationnels et mécanismes de collaboration avec les acteurs communautaires et privés.

Point de vigilance. La réussite de cette transformation dépendra de certaines conditions incontournables.

La première condition est la capacité à maintenir des boucles de rétroaction robustes entre le niveau stratégique et les réalités territoriales, et à rendre opératoire la subsidiarité : la proximité et la responsabilité populationnelle exigent des capacités d'exécution, des leviers de reconfiguration des services et de réallocation des ressources au plus près des besoins, afin que la centralisation ne réduise pas la sensibilité aux besoins locaux.

Deuxièmement, les leviers normatifs et structurels ne produiront une transformation durable que s'ils sont soutenus par des mécanismes d'allocation prévisibles et alignés sur les priorités de valeur.

Enfin, l'équilibre des partenariats constitue la troisième condition. L'articulation public-privé-communautaire doit préserver l'accessibilité et l'équité, tout en reconnaissant le rôle structurant du communautaire dans la protection sociale et l'accompagnement des populations marginalisées. Dans plusieurs enjeux avec des composantes sociales, l'intersectorialité devient une condition de résultats populationnels : sans coordination stable avec le logement, l'emploi et le soutien social, la transformation des services de santé risque de ne pas générer les effets souhaités. L'intersectorialité doit être bien balisée et soutenue pour se matérialiser.

D'autres conditions doivent également être considérées (CSBE, 2023b).

Cet enjeu aborde la question de la réorganisation du partage des responsabilités, de la centralisation de celles-ci et du pilotage. Il renvoie aussi à la tension entre des principes affirmés (subsidiarité, proximité) et les conditions concrètes de leur exécution (capacités locales, marges de manœuvre, leviers d'allocation et de reconfiguration des services).

En 2023, l'entrée en vigueur de la LGSSSS, instituant Santé Québec en tant que société d'État, a complètement reconfiguré l'exercice de la gouvernance. Elle est venue distinguer explicitement les fonctions stratégiques incombant au MSSS (orientation, cohérence, reddition de comptes) des fonctions opérationnelles attribuées à Santé Québec (prestation, gestion). On observe alors un transfert des pouvoirs décisionnels auparavant exercés par le MSSS et les établissements vers Santé Québec. Désormais, les présidents-directeurs généraux (PDG) d'établissements relèvent de Santé Québec; les conseils d'administration (CA) deviennent des entités administratives de Santé Québec; les comités consultatifs sont renforcés en nombre, avec un rôle principalement consultatif (CSBE, 2025c)[37]. Dans ce cadre, la subsidiarité et la proximité, bien qu'affirmées, dépendent désormais de la capacité réelle des territoires et des établissements à reconfigurer les services et à mobiliser des ressources en fonction des besoins populationnels.

Le thème lié au financement, à l'efficience et à la création de valeur repose sur la capacité du système de santé et de services sociaux à orienter les ressources en fonction des besoins réels et des résultats attendus pour les citoyens. L'enjeu nº 9 du plan stratégique de Santé Québec, relatif à un financement aligné sur les besoins et les valeurs créées pour les citoyens, s'articule avec l'enjeu nº 3, portant sur la planification et la priorisation des soins et des services selon leur pertinence et l'anticipation des besoins futurs, ainsi qu'avec l'enjeu stratégique nº 7, visant l'optimisation de l'organisation du travail (Santé Québec, 2025). Au-delà des principes, l'enjeu devient celui de la réallocation et de la configuration de ressources : sans leviers concrets pour déplacer des ressources vers les lieux où elles maximisent les résultats populationnels (prévention, proximité, services sociaux, navigation), **la proximité risque de demeurer déclarative**.

Le thème lié au rôle du secteur privé, à son encadrement, au financement communautaire et au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) soulève des questions structurantes quant à l'articulation des interventions au sein du SSSS[38]. L'Annexe au cadre de référence visant les organismes à but non lucratif ayant une mission particulière — Clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) (MSSS, 2025d), mise en ligne le 24 septembre 2025, présente les modalités spécifiques qui encadrent le financement des cliniques IPS à mission particulière qui évoluent selon un modèle d'organisme

37 Sous la LGSSSS, 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). Alors que ces derniers existaient presque tous déjà sous la LSSSS, les comités consultatifs apparaissent désormais avec la LGSSSS. En outre, la création de Santé Québec est concomitante avec celle de plusieurs comités nationaux : le comité national des usagers, le comité national de vigilance et de la qualité, le comité de révision ou encore le comité de gouvernance et d'éthique.

38 Le MSSS a déjà publié des politiques publiques sur cet enjeu, par exemple le Cadre de référence – Améliorer l'accès, la qualité et la continuité de services de proximité, qui a été publié le 8 juin 2023.

à but non lucratif (OBNL), en complémentarité avec les cliniques IPS du réseau public. La complémentarité entre les acteurs publics, privés et communautaires, de même que leur contribution à la protection sociale, requiert un encadrement clair afin d'assurer la cohérence des services, l'accessibilité et la continuité des interventions, particulièrement auprès des populations en situation de vulnérabilité. Dans plusieurs enjeux, cette articulation conditionne l'intersectorialité (logement, emploi, protection sociale) et donc les résultats populationnels : la gouvernance de la santé ne peut porter seule des déterminants qui relèvent aussi d'autres politiques publiques.

Sanctionnée le 24 avril 2025, la *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux* vise à imposer une pratique au sein du réseau public d'au moins cinq ans pour tout nouveau médecin formé au Québec, qu'il soit omnipraticien ou spécialiste (*Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*, art. 9). De plus, elle prévoit une autorisation de Santé Québec pour qu'un médecin puisse pratiquer en dehors du réseau public, tenant compte d'éléments tels que le nombre de médecins, la qualité et l'accessibilité des services médicaux offerts dans la région sociosanitaire concernée, ainsi que les services offerts par le médecin présentant la demande (*Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*, art. 3).

Du côté des politiques publiques, le Cadre normatif du Programme de soutien aux organismes communautaires (MSSS, 2025x), initialement mis en ligne le 10 mai 2023, puis modifié le 6 novembre 2025, permet d'expliquer les objectifs de ce programme ainsi que les modalités applicables pour les trois modes de financement du PSOC.

À titre d'illustration, le 13 novembre 2025, la Loi visant à réglementer les sites de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec la communauté est venue modifier la gouvernance des centres de consommation supervisée en instaurant un régime d'autorisation ministérielle et en les intégrant à la planification de Santé Québec (*Loi visant à réglementer les sites de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec la communauté*, art. 2). Alors que ces centres étaient auparavant majoritairement ouverts et exploités par des organismes communautaires dans un cadre partenarial, la loi renforce le rôle de l'État dans l'encadrement, la coordination et le contrôle de leur déploiement. Sans transférer formellement la gestion des sites de consommation supervisée à Santé Québec, elle recentralise la prise de décision et réduit l'autonomie organisationnelle des acteurs communautaires dans l'ouverture et la poursuite de ces services.

2.11 Premières Nations et Inuit : droits, sécurisation culturelle et autodétermination

SOMMAIRE

Les attentes en matière de respect des droits, de sécurisation culturelle et d'autodétermination ressortent des conditions incontournables de légitimité et de valeur – à la fois identifiées comme une forte revendication par la veille des organisations des Premières Nations et Inuit, mais également nommées par le Forum de consultation.

Ce que l'action publique fait. Deux politiques publiques ont été adoptées ou actualisées en 2024 et 2025.

Constat d'alignement. Plusieurs acteurs font état d'une direction souhaitée au niveau systémique : respect des droits des Premiers Peuples et accès accru à des services de qualité, culturellement pertinents. Cependant, les développements récents ne se sont pas construits dans une approche de nation à nation, ce qui est perçu par plusieurs comme insatisfaisant.

Point de vigilance. Les instruments actuels reposent souvent sur des actions peu contraignantes dont la capacité opérationnelle varie. La création de valeur dépendra de mécanismes plus structurants de coconstruction, d'accès, de pertinence linguistique et culturelle, ainsi que de capacités concrètes d'implantation sur les territoires et dans les milieux.

Les thématiques de sécurisation culturelle et d'autodétermination autochtone exigent l'adoption d'une approche fondée sur la reconnaissance des peuples autochtones comme titulaires de droits collectifs. Il est aussi essentiel d'assurer un accès linguistique approprié pour les Premières Nations et Inuit qui permette aux personnes de comprendre les soins, les services et les choix qui concernent leur santé et leur bien-être, d'en décider et d'y consentir, le cas échéant.

La Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux, présentée par le ministre responsable des relations avec les Premières Nations et Inuit, a été sanctionnée le 5 décembre 2024. Elle impose à tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux d'adopter des pratiques culturellement sécurisantes. Cela inclut, par exemple, l'accès à des ressources d'accompagnement pour les Autochtones dans le cadre de tout régime d'examen des plaintes (*Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*, art. 2, par. 5, al. b).

La *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuit et des Métis*, qui est fédérale, affirme le droit inhérent à l'autodétermination et à l'autonomie gouvernementale, permettant aux communautés autochtones de créer leurs propres lois en matière de protection de la jeunesse. Bien que la protection de la jeunesse soit une compétence provinciale, cette loi est constitutionnelle et est en vigueur au Québec depuis le 1er janvier 2020 (*Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, art. 35). Le gouvernement du Québec a contesté la constitutionnalité de cette loi fédérale devant les tribunaux, mais la Cour suprême a confirmé sa validité en 2024. Désormais, le Québec ne peut plus invoquer l'inconstitutionnalité pour limiter l'application. C'est dans ce contexte que des orientations ministérielles publiées le 20 février 2025, portant sur le document *L'intérêt des enfants autochtones, le bien-être de leurs familles et des communautés : des concepts phares en protection de la jeunesse* (MSSS, 2025j), proposent des outils de soutien clinique afin de mettre un terme à la surreprésentation des enfants des Premières Nations et Inuit dans le système de la protection de la jeunesse et de faire en sorte que les interventions soient culturellement adaptées et sécurisantes à l'endroit des enfants et de leur famille.

Bien que des avancées en matière de sécurisation culturelle (*Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*) et d'autodétermination (*Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*) aient été réalisées, ces initiatives reposent encore largement sur des mécanismes peu contraignants et n'impliquant pas assez les organisations des Premières Nations et des Inuit. Ainsi, les instruments actuels ne sont pas encore à la hauteur de l'ampleur des revendications, laissant place à une attente quant à des mécanismes plus structurants pour soutenir la sécurisation culturelle et l'autodétermination.

L'enjeu réside dans la capacité à traduire cette orientation en actions : sur les territoires, dans les parcours, dans l'accès à des services sécuritaires culturellement pertinents et compréhensibles offerts dans la langue appropriée. Il s'agit aussi de mettre en place des mécanismes pour soutenir l'autodétermination et l'autonomie des communautés.

2.12 Durabilité environnementale et responsabilités systémiques élargies — dimensions transversales de la viabilité du système

SOMMAIRE

La durabilité environnementale peut sembler périphérique. Pourtant, elle constitue une condition de viabilité du système de santé et de services sociaux et un déterminant reconnu de la santé. Dans une perspective axée sur la valeur, la « valeur » ne renvoie pas seulement à ce que le système produit aujourd'hui, mais aussi à sa capacité à le faire de façon soutenable, sans aggraver des risques qui se traduiront demain en morbidité, en pressions sur les services et en coûts évitables. Autrement dit, négliger la durabilité fragilise à la fois la santé future et l'efficience du système.

Ce que l'action publique fait. Plusieurs instruments témoignent d'une intégration graduelle de la dimension environnementale dans les politiques de santé :

- Plan d'action de développement durable 2023–2028;
- Mise à jour du Cadre de référence en approvisionnement responsable;
- Intégration d'objectifs environnementaux dans certaines politiques cliniques ou organisationnelles;
- Prise en compte croissante des enjeux de santé durable dans les stratégies gouvernementales.

Ces mesures traduisent une reconnaissance institutionnelle du lien entre santé, environnement et organisation des soins.

Constat d'alignement. La durabilité environnementale est intégrée principalement par des leviers normatifs et organisationnels, mais elle demeure souvent périphérique aux décisions cliniques et aux mécanismes d'allocation des ressources. Or, plusieurs choix organisationnels ont une incidence directe sur l'empreinte environnementale :

- centralisation ou proximité (déplacements, logistique);
- pertinence des soins et réduction du gaspillage (actes, fournitures, énergie);
- choix d'approvisionnement (coûts, résilience des chaînes);
- infrastructures et modernisation (performance énergétique, maintenance).

Il existe donc un potentiel d'intégration plus stratégique entre durabilité, efficience et pertinence des soins — non comme un volet « de plus », mais comme un levier de réduction de coûts évitables et de risques futurs.

Point de vigilance. Si la durabilité environnementale est reconnue comme un déterminant environnemental de santé, elle ne peut demeurer un volet accessoire. Une transformation orientée sur la valeur suppose d'intégrer cette dimension dans les arbitrages cliniques et organisationnels, notamment parce que l'inaction contribue à aggraver des problèmes de santé (et donc la demande future), tout en augmentant les coûts d'adaptation et de prise en charge. La question n'est donc pas seulement environnementale : elle touche à l'efficience, à la viabilité financière et à une responsabilité intergénérationnelle.

Outre les thèmes identifiés, plusieurs politiques publiques répondent à des préoccupations relatives à la dégradation de l'environnement. Parler de durabilité environnementale dans le domaine de la santé pourrait sembler secondaire; cependant, ce lien est bien établi dans la littérature et fait l'objet de préoccupations dans la société civile. Cela s'explique par le fait que la durabilité environnementale est identifiée comme étant l'un des déterminants environnementaux de la santé : l'on parle alors de santé durable pour désigner la prévention ainsi que le travail concerté sur ces déterminants (MELCCFP, 2023, p. 38). Ainsi, entre 2023 et 2024, on souligne des efforts déployés par le MSSS en matière de développement durable :

- Le Plan d'action de développement durable 2023-2028 (MSSS, 2026b), publié le 29 février 2024, est une politique publique structurante adoptée en application des orientations proposées dans la Stratégie gouvernementale de développement durable 2023-2028 (MELCCFP, 2023). Il reflète l'obligation légale pour l'Administration d'intégrer le développement durable dans ses différentes actions, afin d'accélérer la transition vers une société plus soucieuse de l'environnement. Certaines des actions qui y sont présentées visent explicitement le réseau de la santé et des services sociaux, en prévoyant par exemple des pratiques pour les établissements (MSSS, 2026b, p. V).
- Le Cadre de référence en approvisionnement responsable (MSSS, 2024e) a initialement été publié le 20 octobre 2020 dans le cadre du Plan d'action de développement durable 2016-2020 (MSSS, 2017c), dans lequel le MSSS s'engageait à favoriser l'adoption de pratiques d'approvisionnement responsable dans les établissements (MSSS, 2017c, p. 10)[39]. Afin de réitérer son engagement, et à la suite de la publication du Plan d'action de développement durable 2023-2028 (MSSS, 2026b), le Cadre a été mis à jour par le MSSS et publié le 30 avril 2024.

39 Cet engagement apparait dans l'Action 6 – Favoriser l'adoption de pratiques d'approvisionnement responsable dans les établissements.

2.13 Bilan de l'analyse des politiques publiques et quelques réflexions pour passer de l'ambition à l'implantation

L'action publique de 2024 et 2025 apparait dense et largement orientée vers un même objectif : améliorer l'accès en jouant à la fois sur des freins organisationnels, sur l'élargissement de certaines pratiques professionnelles et sur des mécanismes de prise en charge plus structurants. Prises ensemble, les politiques publiques produites en 2024 et 2025 traduisent une volonté soutenue de transformation. La création de Santé Québec constitue, à cet égard, un pivot central de la logique d'action observée. La lecture transversale met toutefois en évidence une configuration récurrente : l'action publique est particulièrement dense sur les leviers normatifs et structurels (réformes, rôles, règles, cadres), tandis que certains leviers plus déterminants pour l'expérience vécue (coordination transversale, navigation intégrée, conditions de production par la main-d'œuvre, cohérence des signaux économiques) apparaissent plus fragiles ou moins visibles dans les instruments publics. La création de valeur dépendra donc moins de l'intention — largement explicite — que de la capacité à soutenir l'appropriation, la coordination et l'ajustement en continu, là où se joue l'écart entre politiques annoncées et amélioration tangible des parcours.

Une transformation de cette ampleur ne dépend pas uniquement des lois, des structures ou des plans d'action. Elle dépend aussi de la capacité du système à aligner dans le temps les règles, les ressources, les cultures professionnelles et les mécanismes de rétroaction. Le recours intensif aux leviers normatifs et structurels a des avantages : il clarifie, il cadre, il accélère. **Mais il augmente aussi les exigences relatives à la capacité d'appropriation et d'exécution du système.** Lorsque les chantiers s'accumulent et se déploient en parallèle, les acteurs de l'implantation – établissements, équipes cliniques, gestionnaires – se retrouvent au cœur d'arbitrages complexes entre conformité aux nouvelles exigences, continuité des services et adaptation aux réalités locales. L'enjeu central devient alors celui de la capacité d'absorption du système : peut-il intégrer, hiérarchiser et opérationnaliser simultanément l'ensemble des transformations attendues sans fragiliser la continuité des services ?

Le risque d'une accumulation de nouvelles politiques publiques, dans ce contexte, est connu : surcharge d'implantation, dilution des priorités et transformation principalement formelle.

À cela s'ajoute un risque de gouvernance bien documenté : l'empilement d'instruments (*policy layering*) peut rendre moins lisible ce qui est remplacé, complété ou ce qui prévaut, et accroitre les enjeux de cohérence et d'applicabilité. Lorsque le statut prescriptif de certains documents demeure ambigu (orientations, cadres, circulaires – voir l'annexe 2), le résultat peut être une densification normative qui complexifie l'environnement organisationnel sans nécessairement renforcer la cohérence stratégique. Dans un contexte de transformation soutenue, l'absence d'un mécanisme explicite et périodique de révision, de consolidation et de mise à jour des politiques peut ainsi amplifier la surcharge d'implantation plutôt que la clarifier.

Cette dynamique d'empilement dans le temps ne doit pas être confondue avec les enjeux de fragmentation organisationnelle. Les silos renvoient à une faible intégration transversale entre secteurs ou niveaux d'intervention, tandis que le *policy layering* renvoie à une superposition successive d'instruments normatifs sans consolidation explicite. Les deux phénomènes peuvent coexister : un système peut être à la fois fragmenté dans son organisation et densifié dans ses instruments. Leur point commun est qu'ils augmentent la complexité d'implantation et les exigences relatives à la capacité d'absorption du système.

Au-delà des politiques publiques, la période 2024-2025 s'inscrit dans un climat politico-administratif marqué par une certaine instabilité, notamment à travers des changements de porteurs (démissions, remaniements) et l'annonce de reports dans le déploiement de certaines politiques. Ces signaux rappellent qu'une transformation de cette ampleur se déroule dans un environnement où les priorités, le séquençage et les modalités d'implantation peuvent évoluer rapidement.

Dans ce contexte, la lisibilité de la direction d'ensemble et des objectifs, la continuité des mécanismes d'exécution et la capacité à expliquer les arbitrages deviennent des conditions de robustesse.

C'est précisément pour cette raison qu'il importe d'examiner si l'ensemble des leviers de gouvernance, c'est-à-dire l'ensemble des actions gouvernementales (CSBE, 2026a), apparait suffisamment aligné pour soutenir une mobilisation cohérente et durable (voir le tableau 31 pour les définitions des leviers de gouvernance).

Tableau 31 : Définition des leviers de gouvernance

Normatifs	Instruments réglementaires et politiques par lesquels l'État définit les obligations, les droits et les devoirs des acteurs du système. Ils confèrent une autorité formelle et légitime à l'action publique. Ces leviers agissent sur les comportements par la contrainte ou par la normalisation, mais peuvent aussi servir à signaler un changement d'orientation du système. Ils agissent directement sur les organisations et les prestataires, déterminent les orientations et modifient le contexte d'action des acteurs.
Structurels	Dispositifs qui reconfigurent les frontières formelles des organisations pour créer des espaces d'échange et de collaboration, et servir de cadre aux autres leviers.
Économiques	Mécanismes financiers et incitatifs utilisés pour orienter les comportements vers des objectifs spécifiques (créer des projets, attirer la participation, exiger des résultats). Ils doivent être cohérents avec les objectifs; l'environnement d'implantation conditionne leur efficacité. Ils permettent de moduler les priorités cliniques et organisationnelles, ainsi que de promouvoir la qualité et la performance globale.
Culturels et informationnels	Dispositifs visant à influencer les représentations, les normes sociales, les pratiques professionnelles et la circulation de l'information (ex. : formation, communication, données, indicateurs, normes informelles, outils d'aide à la décision). Ils visent à générer une vision commune auprès des acteurs ainsi qu'à orienter les comportements et les choix de ceux-ci.

Cette lecture, fondée sur les instruments publiquement observables, peut sous-estimer les leviers d'implantation moins visibles (accompagnement, apprentissage, rétroaction), alors même qu'ils conditionnent l'appropriation et la transformation réelle. Les lignes du temps 2024 et 2025 illustrent la diversité des instruments observables publiquement. Toutefois, elles rendent compte imparfaitement des dispositifs moins visibles, notamment ceux qui soutiennent l'appropriation, l'accompagnement et l'apprentissage.

Figure 1 : Regard sur les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du 1er janvier au 31 décembre 2024

Retour sur l'année 2023

- Adoption de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS)
- Publication du Plan stratégique 2023-2027 du MSSS
- Publication du document d'Orientations en soutien à domicile - Actualisation de la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le permier choix »

LÉGENDE

THÉMATIQUES

- Améliorer l'accès et la prise en charge populationnelle en première ligne
- Soutenir la main-d'oeuvre et l'organisation clinique, transformation numérique
- Fluidifier les trajectoires et réduire les passages évitables à l'urgence
- Recentrer le système sur la prévention et l'équité
- Transformation de la gouvernance du système
- Sécurisation culturelle
- Veillissement en santé
- Actions sur des filières cliniques particulières

TYPES DE LEVIER

- Levier normatif
- Levier économique
- Levier structurel
- Levier culturel et communicationnel

JANVIER - FÉVRIER

- Cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes aînées
- Plan d'action gouvernemental du système préhospitalier d'urgence 2023-2028
- Plan d'action de développement durable 2023-2028

MARS - AVRIL

- Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028
- Création de Santé Québec et nomination de la présidente et cheffe de la direction, Geneviève Biron

MAI – JUIN

- Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux
- Politique sur la certification des dossiers médicaux électroniques (DMÉ)
- Politique sur la certification des logiciels de pharmarcie communautaire
- Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale 2024
- La fierté de vieillir - Plan d'action gouvernemental 2024-2029
- Augmentation des admissions en médecine dans les universités à travers le Québec
- Création du Commissaire au bien-être et aux droits des enfants

JUILLET – AOÛT

- Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (LRSSS)
- Fin graduelle des agences privées : trajectoire de sortie de la main-d'oeuvre indépendante
- Déploiement des équipes volantes publiques

SEPTEMBRE – OCTOBRE

- Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins
- Orientations ministérielles pour l'élaboration du Plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence 2025-2030
- Organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques - Orientations ministérielles
- Fonctions d'un groupe interdisciplinaire de soutien - Les soins de fin de vie - Cadre de référence
- Plan d'action 2024-2026 du Programme québécois de cancérologie
- Annonce de la répartition de 458 médecins à travers le Québec pour mieux répondre aux besoins

NOVEMBRE – DÉCEMBRE

- Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles das le domaine de la santé et des services sociaux
- Reconnaître les personnes proches aidantes comme partenaires pour mieux les soutenir - Cadre de référence pour le réseau de la santé et des services sociaux
- Programme Agir tôt - Ensemble pour mieux soutenir le développement des enfants - Cadre de référence
- Mise en oeuvre progressive de la LGSSSS - Intégration des établissements de Santé Québec
- Document d'orientation sur les rôles et responsabilités en matière d'itinérance

Figure 2 : Regard sur les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du 1er janvier au 31 décembre 2025

JANVIER - FÉVRIER

- Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs - Relever les défis d'aujourd'hui et de demain
- L'intérêt des enfants autochtones, le bien-être de leurs familles et des communautés : des concepts phares en protection de la jeunesse

MARS - AVRIL

- Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux
- Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2024-2025
- Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes - Cadre de référence
- Coupures budgétaires et suppressions de postes d'infirmières, de préposés et d'autres travailleurs essentiels
- Gel d'embauche à Santé Québec

MAI – JUIN

- Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux du MSSS
- Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles de comportement et troubles graves de comportement
- Plan stratégique 2025-2028 du réseau de la santé et des servics sociaux de Santé Québec
- Le rapport « Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne du Québec »
- Annonce de travaux vers une politique nationale de maintien à domicile
- Investissements récurrents en couverture ambulancière : triplement des premiers répondants
- Élargissement des allocations personnalisées en résidence pour les personnes aînées

JUILLET – AOÛT

- Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035
- Projet de règlement sur l'accès aux services chirurgicaux

SEPTEMBRE – OCTOBRE

- Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services
- Orientations ministérielles relatives à la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC)
- Cadre de référence : Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

NOVEMBRE – DÉCEMBRE

- Dépôt du projet de loi nº 7, Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l'efficacité de l'État et à renforcer l'imputabilité des hauts fonctionnaires — Fusion de l'INSPQ et de l'INESSS, fusion d'Urgences-Santé à Santé Québec, fusion de Transplant Québec à Héma-Québec
- Plan d'action québécois sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs
- Loi reportant l'entrée en vigueur de certaines dispositions de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services — Signature de l'entente de principe 2023-2028 avec la FMOQ

Sur le plan économique, l'écart potentiel entre ambition et capacité d'implantation est un enjeu structurant. Les investissements ciblés envoient des signaux clairs. Mais ils coexistent avec des contraintes budgétaires, des mesures de contrôle et des pressions sur la main-d'œuvre. Cette tension affecte directement la stabilité des équipes, la continuité des services et la capacité d'absorber plusieurs chantiers à la fois. Elle pose une question simple : les leviers normatifs et structurels sont-ils soutenus par des conditions économiques suffisamment cohérentes et prévisibles pour produire une transformation durable ?

Enfin, le levier culturel et informationnel demeure déterminant – et fragile : sans sens partagé, sans concepts stabilisés (prévention, valeur, proximité, responsabilité populationnelle) et sans boucles de rétroaction, la réforme risque d'être appliquée sans être pleinement appropriée. Autrement dit, l'enjeu n'est pas seulement de piloter, mais de rendre la transformation compréhensible, praticable et ajustable dans la durée.

En somme, la transformation sera portée par la capacité à aligner durablement les leviers de gouvernance, à expliciter les arbitrages et à soutenir l'appropriation sur le terrain – conditions nécessaires pour éviter que l'ambition stratégique ne se traduise par une transformation principalement formelle.

CONCLUSION
LÉGITIMITÉ, RÉÉQUILIBRAGE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS ET ARBITRAGES DES PRIORITÉS : LES DÉFIS DU SSSS

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mission d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux afin de fournir à la population et aux décideurs une compréhension globale de son fonctionnement et des leviers pour l'améliorer. À ce titre, ce document visait à évaluer en profondeur la valeur produite par le système à l'aide de Grands repères, d'interpréter ces constats au regard des attentes exprimées par la population et de situer les politiques publiques récentes par rapport à ces résultats. Ce document analytique fournit les assises au rapport de performance 2025-2026 du Commissaire intitulé Rééquilibrer les priorités. Ce dernier présente des propositions de chantiers prioritaires pour le SSSS.

Nous définissons la valeur comme l'ensemble des résultats importants pour la population, obtenus par le système de santé et de services sociaux, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société. Elle repose sur un équilibre dynamique entre :

- les priorités et attentes de la population;
- les résultats réellement produits au regard des ressources mobilisées;
- la gouvernance, qui permet l'arbitrage entre ces exigences dans un contexte de contraintes budgétaires, organisationnelles et démographiques.

Depuis l'adoption de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux en décembre 2023, le SSSS est engagé dans un processus de transformation majeur. Celui-ci est notamment marqué par la création de Santé Québec, responsable du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux et de la mise en œuvre des politiques publiques. Dans ce nouveau contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux est appelé à renforcer et à réaffirmer son rôle stratégique : définir les grandes orientations par l'entremise des politiques publiques, mobiliser les leviers de gouvernance nécessaires à leur mise en œuvre et anticiper les adaptations requises du système face à l'évolution démographique, aux besoins de la population, aux changements climatiques et aux risques environnementaux croissants.

QUE NOUS APPRENNENT LES TRAVAUX DU COMMISSAIRE ?

L'analyse réalisée par le Commissaire montre que les difficultés actuelles du système ne relèvent pas uniquement d'un déficit de ressources, mais également d'un enjeu d'alignement entre les priorités de la population, les résultats produits par le système et les mécanismes de gouvernance qui orientent l'allocation des ressources et l'organisation des services.

Les résultats du SSSS sont paradoxaux

Le SSSS contribue clairement au maintien de l'état de santé de la population. Les indicateurs populationnels en partie attribuables au système sont favorables, notamment en matière de mortalité évitable, même si des marges de progression subsistent. Les services spécialisés traitant des maladies graves et létales présentent des résultats excellents, parmi les meilleurs des pays comparés.

Toutefois, ces résultats coexistent avec une insatisfaction marquée de la population. On constate un écart important entre les priorités et les besoins de la population et la réponse du système à ceux-ci. En effet, la population souhaite obtenir des soins et services efficaces, de qualité, accessibles en temps opportun, offerts de façon humaine, continue et équitable, avec une information compréhensible permettant de naviguer sans anxiété et avec prévisibilité. Elle valorise également une responsabilité à l'égard de sa santé, notamment par l'intermédiaire d'actions de promotion et de prévention, en particulier sur les conditions de vie et, de façon plus globale, sur la protection sociale de la population. Nos évaluations montrent que plusieurs de ces éléments ne répondent pas aux attentes de la population et que notre SSSS est aux prises avec des enjeux majeurs dans l'accessibilité en temps opportun et la convivialité, mais également dans la coordination et la continuité.

Les résultats du SSSS sont déséquilibrés

Ce paradoxe s'explique en partie par un déséquilibre structurel. Le secteur des services de santé spécialisés obtient d'excellents résultats, alors que les secteurs nécessitant coordination, intégration des services et prise en charge longitudinale, notamment la santé mentale, les services aux jeunes et les services aux personnes ainées, présentent davantage de défis. Par ailleurs, les activités de promotion et de prévention affichent des résultats mitigés.

Des tensions structurelles qui menacent la pérennité du SSSS

Ces constats s'inscrivent dans un contexte de tensions structurelles importantes qui menacent la pérennité du système. Elles sont marquées par une pérennité budgétaire précaire ainsi qu'une insuffisance de ressources humaines et matérielles. Parallèlement, malgré une augmentation continue des dépenses de santé et de services sociaux depuis 2015, la quantité de services par habitant dans les principaux secteurs a diminué. Dans ce contexte, l'accessibilité devient le symptôme le plus visible du désajustement entre l'offre et la demande. En matière d'efficience, les résultats apparaissent très favorables pour les services spécialisés et conformes aux attentes pour certains indicateurs populationnels tels que les décès évitables et la production de services médicaux. Les résultats apparaissent toutefois moins favorables pour les activités de promotion de la santé et de prévention. Ces constats indiquent une concentration importante des ressources et des services dans les secteurs hospitaliers et dans la prise en charge des maladies graves et aiguës, ce qui limite la marge de manœuvre disponible pour investir dans les autres fonctions du système.

Une transformation portée principalement par des leviers normatifs et structurels

Face à ces enjeux, les politiques publiques adoptées ou actualisées en 2024 et en 2025 affichent une ambition structurante et une volonté claire de transformation : améliorer la performance et l'efficacité du système, renforcer la cohérence organisationnelle, accroitre la responsabilité populationnelle et mieux répondre aux besoins. La dynamique de transformation du système semble donc engagée via une forte utilisation des leviers de gouvernance normatifs et structurels : réorganisations, clarification des responsabilités, encadrement de pratiques, multiplication de cadres et d'orientations, centralisation de certaines fonctions et

standardisation de secteurs ciblés. Mais des leviers essentiels pour assurer cette transformation sont moins visibles : appropriation, accompagnement, apprentissage organisationnel, boucles de rétroaction, arrimage transversal.

La direction d'ensemble des politiques publiques semble cohérente, mais la capacité réelle de transformation du système dépendra de la lisibilité, du séquençage, de la disponibilité des ressources nécessaires à l'implantation et de la capacité d'absorption et d'adaptation du système. La capacité de mener de front tous ces changements, alors que le système est déjà sous forte tension avec un manque chronique de ressources, représente un défi considérable.

Notre SSSS est face à des défis systémiques

Ces constats conduisent à identifier trois défis majeurs :

1. *Un défi de légitimité pour assurer la pérennité du SSSS*

   Le décalage entre les priorités et les besoins exprimés par la population et la valeur générée par le SSSS fragilise la confiance. Si cette confiance n'est pas restaurée, une érosion graduelle de la légitimité du SSSS pourrait compromettre sa pérennité dans son cadre actuel.

2. *Un défi de rééquilibrage pour répondre aux besoins et assurer la santé de la population*

   Le système produit d'excellents résultats dans les secteurs spécialisés, mais demeure plus fragile dans la promotion, la prévention et la prise en charge de besoins complexes et de longue durée. Dans un contexte de ressources limitées, l'allocation et la configuration actuelles ne semblent pas permettre de préserver les acquis tout en corrigeant les faiblesses identifiées.

3. *Un défi d'arbitrage dans les priorités du système, l'allocation des ressources et les choix dans la configuration des services*

   Les politiques publiques récentes affichent une ambition structurante et une volonté claire de transformation. Toutefois, la multiplication des initiatives menées simultanément soulève des enjeux de cohérence, de disponibilité des ressources et de capacité d'implantation concrète dans les milieux. Dans ce contexte, les arbitrages réels entre priorités concurrentes risquent d'être effectués principalement au niveau opérationnel, plutôt que d'être explicités, débattus et balisés au niveau stratégique avec la participation de la population et des parties prenantes concernées.

Pour faire face à ces défis, le SSSS a besoin d'une vision inspirante et mobilisatrice. En 2024, le comité de transition qui soutenait la création de Santé Québec l'a définie : la responsabilité populationnelle axée sur la création de valeur (Comité de transition, 2025). Le Commissaire adhère à cette orientation stratégique. La création de valeur, pour qu'elle puisse réellement bénéficier à l'ensemble de la population, doit s'inscrire dans une approche de santé populationnelle. En effet, la production durable de valeur nécessite d'agir en amont, de renforcer les milieux de vie et de mobiliser des réponses coordonnées au-delà du réseau de la santé et des services sociaux, là où celui-ci n'a pas toujours de prise directe. La santé ne relève pas uniquement du système de santé et de services sociaux, mais de l'ensemble des acteurs de la société qui influencent, directement ou indirectement, les déterminants de la santé. Pour soutenir cette vision et relever les défis que nous avons identifiés, le Commissaire a défini trois chantiers prioritaires. Ils visent à renforcer la cohérence de la transformation qui a été engagée, à expliciter les arbitrages entre des priorités concurrentes et à rééquilibrer le système pour mieux répondre aux besoins et priorités de la population. Ces chantiers sont présentés en détail dans le rapport de performance 2025-2026.

ANNEXE 1
MÉTHODOLOGIE POUR ÉVALUER LA VALEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'évaluation de la valeur du système de santé et de services sociaux consiste à porter un jugement sur la capacité du système à produire les résultats qui comptent pour la population au regard des ressources mobilisées et des valeurs de la société.

ÉVALUATION DE LA VALEUR

Le concept de la valeur se décline en dimensions qui regroupent des sous-dimensions thématiques et opérationnalisables également nommées « grands repères ». Marqueurs clés qui permettent d'apprécier la valeur du système de santé et de services sociaux, les grands repères sont composés d'indicateurs.

Le concept de la valeur comprend 7 dimensions. À ce jour, le Commissaire en a évalué 4, et ce, à l'aide de 135 indicateurs.

Les indicateurs des dimensions de la valeur ont été regroupés en trois types :

- Indicateurs de performance : Ils visent à évaluer la performance à l'aide de scores, d'avis d'experts ou de tendances observées.
- Indicateurs de niveau de ressources : Ils visent à mesurer les ressources financières, humaines et matérielles, et à situer le Québec par rapport à d'autres juridictions.
- Indicateurs descriptifs : Ils fournissent des éléments contextuels pour interpréter les scores de performance ou les niveaux de ressources.

Les deux niveaux de jugement évaluatif suivants sont possibles :

1. Un jugement quantitatif par indicateur de performance qui repose sur la comparaison de la valeur de cet indicateur, soit la donnée la plus récente obtenue du Québec, à une balise, soit la cible atteignable reflétant les meilleures pratiques, permettant de porter un jugement sur la performance de l'indicateur (voir la section ci-dessous – Détails du jugement évaluatif des indicateurs de performance).
2. Un jugement qualitatif par grand repère qui repose sur une méthode interjuge selon une liste de critères, permettant de porter un jugement sur la performance du grand repère.

L'exercice est effectué à partir d'indicateurs clés issus de bases de données populationnelles et clinico-administratives et de sondages provenant de multiples institutions provinciales, canadiennes et internationales.

Tableau 32 : Descriptif des deux niveaux de jugement évaluatif possibles

Niveau de jugement	Type de jugement	Construction du jugement
Niveau 1. Jugement par indicateur (ex. : pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service spécialisé en santé mentale dans un délai de 30 jours)	**Quantitatif** à 4 critères : très faible, faible, bon, excellent	Basé sur des balises d'excellence (benchmark international, benchmark canadien, balise raisonnée ou cible officielle)
Niveau 2. Jugement par grand repère (ex. : accessibilité en temps opportun – services de santé mentale)	**Qualitatif** à trois critères : à maintenir, à améliorer, à corriger	Basé sur une méthode interjuge selon : • Les jugements quantitatifs de performance ou les niveaux relatifs des ressources • Les tendances observées dans le temps • La nature et l'importance relative des phénomènes mesurés, ainsi que la taille des populations concernées • La littérature scientitique • Les indicateurs descriptifs

Il est à noter qu'aucun jugement pour les indicateurs de ressources et les indicateurs descriptifs n'a été produit. Contrairement aux indicateurs de performance, les interprétations des indicateurs de niveau de ressources et descriptifs sont effectuées à partir de médianes, soit la mesure de tendance centrale qui indique le centre d'une distribution.

Tous les jugements évaluatifs des grands repères sont accessibles à l'adresse suivante : https://grandsreperes.com/grands-reperes/methodologie.

Détails du jugement évaluatif des indicateurs de performance

Pour les indicateurs de performance, et lorsque la balise est quantifiable, la performance est jugée en fonction d'une balise d'excellence.

Ainsi, les résultats du Québec sont comparés à cette balise en calculant un score représentant la distance, en pourcentage, entre la valeur de l'indicateur et la balise d'excellence. Un score s'interprète donc comme le niveau d'atteinte de cette balise.

Il est à noter qu'une transformation arithmétique linéaire a été appliquée à tous les scores afin qu'ils varient tous entre 40 et 100. Cette approche permet de réduire l'influence des valeurs extrêmes et d'accroitre la robustesse de nos analyses.

Les balises utilisées sont établies à partir de l'une des quatre approches suivantes :

1. Un benchmark international : Il est obtenu en calculant la moyenne des pays affichant les meilleurs résultats (pour la dernière année disponible), soit environ le tiers des pays pour lesquels des données sont disponibles (généralement trois ou cinq pays). Le benchmark international a été privilégié à celui canadien.
2. Un benchmark canadien : Il est obtenu en calculant la moyenne des trois provinces ayant les meilleurs résultats (pour la dernière année disponible). Le benchmark canadien a généralement été utilisé en l'absence de données internationales comparables.
3. Une balise raisonnée : Lorsque les approches précédentes ne pouvaient pas être appliquées, une valeur raisonnée a été établie à partir de la littérature scientifique, de normes cliniques reconnues ou de consultations d'experts. C'est le cas notamment lorsque la valeur des meilleurs résultats internationaux ou provinciaux ne représente pas l'excellence.
4. Une cible officielle : Lorsqu'une cible fixée par un organisme gouvernemental provincial ou fédéral (par exemple, MSSS, Santé Canada) ou une loi pouvait s'appliquer, celle-ci a été considérée.

Le jugement pour chaque indicateur de performance est effectué selon l'échelle suivante :

- Excellente performance : 90,0 % à 100,0 % d'atteinte de la balise
- Bonne performance : 75,0 % à 89,9 % d'atteinte de la balise
- Faible performance : 60,0 % à 74,9 % d'atteinte de la balise
- Très faible performance : 59,9 % et moins d'atteinte de la balise

Détails de l'écart par rapport à la médiane des indicateurs de niveaux de ressources et descriptifs

Pour les indicateurs descriptifs ou portant sur les niveaux de ressources, l'écart en pourcentage entre la valeur observée au Québec et la médiane des juridictions comparables a été calculé, en privilégiant les comparaisons internationales.

Ces écarts par rapport à la médiane sont interprétés comme suit :

- Supérieure à la médiane : ≥ +10 %
- Semblable à la médiane : entre –10 % et +10 %
- Inférieure à la médiane : ≤ –10 %

Détails du jugement évaluatif par grand repère

Chaque grand repère a fait l'objet d'un jugement global selon trois catégories :

1. À maintenir : indique une performance globalement adéquate, pour laquelle les efforts doivent être maintenus;
2. À améliorer : reflète un bilan mitigé, où certains aspects sont satisfaisants, mais d'autres nécessitent des améliorations;
3. À corriger : signale une performance globalement faible, nécessitant des changements importants.

Pour assurer la rigueur de ces jugements, une validation interjuge a été réalisée. Des experts – chercheurs, économistes de la santé, experts internationaux en évaluation de la performance ou hauts dirigeants du réseau de la santé – ont formulé leurs jugements de manière indépendante en se basant sur les aspects suivants, selon le cas :

- Les jugements des indicateurs de performance
- Les niveaux relatifs des ressources
- Les indicateurs descriptifs
- Les tendances observées dans le temps
- La nature et l'importance relative des phénomènes mesurés, ainsi que la taille des populations concernées
- La littérature scientifique et grise

Pour les grands repères comportant plusieurs catégories (ex. : services généraux, services spécialisés, santé mentale), le jugement global résulte de l'agrégation des jugements formulés pour chaque catégorie.

ANNEXE 2
ÉCOSYSTÈME DES INSTRUMENTS DE POLITIQUES PUBLIQUES : HIÉRARCHIE, STATUT PRESCRIPTIF ET ENJEUX DE DENSIFICATION NORMATIVE

1. CHOIX DU TYPE DE POLITIQUE PUBLIQUE

Lorsqu'un enjeu est inscrit au programme politique, l'acteur politique doit déterminer le type de politique publique[40] à adopter en tenant compte des différents instruments d'intervention à sa disposition (Majone, 2009). Dans le contexte du système de santé et de services sociaux québécois, le MSSS élabore ses politiques en fonction de plusieurs critères, notamment leur portée, le degré de contrainte légale ou administrative des mesures, la nature du message ou de l'action souhaitée (Secrétariat du Conseil du trésor, 2019) ainsi que le contexte politique et administratif dans lequel il évolue.

Par exemple, si l'acteur politique estime qu'une intervention forte et généralisée est nécessaire, il peut opter pour l'adoption d'une loi ou d'une politique gouvernementale afin d'orienter l'ensemble des actions à entreprendre. En revanche, lorsqu'une intervention plus ciblée est suffisante, un cadre de référence ou un guide de bonnes pratiques peut répondre aux besoins identifiés.

2. QUELLE POLITIQUE PUBLIQUE PRÉVAUT ?

La hiérarchie des documents en matière de politiques publiques suit généralement un ordre de primauté juridique et administrative. Lorsqu'un acteur politique décide d'intervenir sur un enjeu, il élabore en principe d'abord le document de politique publique situé au plus haut niveau hiérarchique, avant de décliner progressivement les niveaux inférieurs. Le niveau hiérarchique plus élevé est également l'indication d'une politique publique à portée plus large. Il est important de souligner que certains documents situés aux niveaux inférieurs peuvent néanmoins être

40 « Une politique publique est un ensemble d'actions et d'initiatives formalisées par le gouvernement visant à répondre à des enjeux majeurs à travers des objectifs plus ou moins définis et des moyens variés permettant d'atteindre ces objectifs. Elle engage l'ensemble de l'administration, nécessite une approbation formelle et mobilise acteurs et ressources pour mettre en œuvre les priorités gouvernementales, susciter l'adhésion citoyenne et structurer la gestion d'un domaine concerné. » Définition élaborée à partir de la description d'une politique publique dans le *Guide d'élaboration des politiques publiques* du ministère du Conseil exécutif avec la collaboration du Secrétariat du Conseil du trésor (SCE, 2019, p. 17-21) et des principes exposés dans le Modern Guide to Public Policy (Capano et Howlett, 2020, p. 10-13).

juridiquement contraignants, tandis que certains documents de niveau supérieur peuvent, à l'inverse, ne pas l'être. De manière générale, cette hiérarchie se présente comme suit :

> Lois et règlements > plans stratégiques et politiques gouvernementales > plans d'action > cadres de référence et orientations ministérielles > circulaires ministérielles, guides de bonnes pratiques et ententes-cadres

Dans un environnement où les politiques publiques s'accumulent au fil du temps (*policy layering*), il devient parfois complexe de déterminer lesquelles prévalent sur les autres (Sewerin, 2020). De nouvelles politiques sont fréquemment ajoutées aux précédentes, sans qu'il soit toujours clair si elles les remplacent ou les complètent. Ce phénomène entraine une expansion progressive des dispositifs en place, ce qui peut générer des interactions entre les différentes politiques sans qu'une hiérarchie formelle soit toujours établie, et donc des enjeux de cohérence nécessitant des arbitrages.

Certaines politiques publiques restent floues dans leur pouvoir de contrainte, leur compatibilité et leur complémentarité avec d'autres politiques publiques. En effet, certains documents ne jouissent pas d'un statut juridique formel ni n'indiquent clairement leur statut par rapport à d'autres documents gouvernementaux ou paragouvernementaux, ce qui peut nuire à leur applicabilité. Si des documents comme les lois, les règlements et les plans stratégiques s'imbriquent bien ensemble, il est parfois plus difficile de situer les orientations et les circulaires ministérielles ainsi que les cadres de référence à l'intérieur de l'écosystème des politiques publiques. À ce niveau, il peut y avoir ce qu'on appelle une densification des normes, soit une inflation législative. Il est donc plus difficile de comprendre à quel moment une politique devient caduque, laquelle la remplace, ou de savoir laquelle prévaut sur une autre dans un contexte donné. Il peut être important, afin d'assurer une coordination efficace et cohérente des politiques publiques, de les évaluer avec attention et de comprendre comment elles s'agencent ensemble (Knoepfel et al., 2015). Cela permet d'atténuer la densification normative actuelle des politiques publiques en matière de santé et de services sociaux. Ces politiques devront alors être à la fois suffisamment structurantes au niveau des ressources et des responsabilités des acteurs concernés, et assez flexibles pour répondre aux besoins émergents de la population à l'égard de sa santé (Knoepfel et al., 2015).

Cette densification normative pose toutefois une question structurante de gouvernance : existe-t-il un mécanisme explicite et périodique permettant d'évaluer la pertinence, l'actualisation ou la caducité des politiques publiques, et, le cas échéant, de les consolider, de les ajuster ou d'y mettre fin ? En l'absence d'un tel processus formel, le risque est celui d'une accumulation d'instruments qui complexifie l'environnement organisationnel sans nécessairement accroitre la cohérence stratégique. Une gouvernance véritablement adaptative supposerait ainsi des mécanismes de vigie et d'anticipation, une révision périodique des cadres existants et une capacité institutionnelle d'ajustement rapide, afin que les politiques évoluent au même rythme que les besoins populationnels et les transformations du système (OCDE, 2018; Santé publique Ontario, 2018; Swanson et al, 2009; US AID, 2014).

Le tableau suivant présente une typologie des politiques publiques pour mieux comprendre leurs rôles, leurs objectifs et leur portée. Toutefois, ces catégories ne sont pas normalisées : elles varient selon les acteurs politiques, les secteurs et l'évolution dans le temps. Chaque ministère développe ses propres pratiques, selon sa culture, son mandat et sa mission. Ainsi, même si certains documents portent le même nom, leur fonction, leur portée ou leur valeur prescriptive peut différer. Les lois, les règlements et les décrets sont contraignants : ils prévoient des sanctions en cas de non-respect. D'autres documents, comme les plans stratégiques ou les plans d'action, ont surtout un effet social ou administratif. Un ministère qui ne respecte pas ses engagements peut être critiqué publiquement, ce qui peut avoir des conséquences politiques (ex. : perte de crédibilité, remaniement, démission de gestionnaires). Les ententes-cadres, quant à elles, sont des contrats entre parties et incluent généralement des sanctions en cas de non-respect. Certains documents sont contraignants parce qu'ils découlent d'une loi. Par exemple, le plan d'action sur la maltraitance ne prévoit pas lui-même des sanctions, mais la loi à laquelle il se rattache, oui. Ainsi, des sanctions disciplinaires, administratives ou civiles peuvent s'appliquer si un individu ou un établissement ne respecte pas ses obligations. Par exemple, en cas de maltraitance, une plainte peut être déposée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité d'un établissement, et aussi à l'ordre professionnel ou devant les tribunaux. Si la réponse n'est pas satisfaisante, le Protecteur du citoyen peut être saisi. Ces mesures sont de nature administrative. Enfin, peu de ces documents prévoient un processus d'évaluation intégré.

Tableau 33 : Typologie des politiques publiques québécoises en matière de santé et de services sociaux

	Loi	Règlement	Arrêté et décret	Plan stratégique	Politique gouvernementale	Politique ministérielle	Plan d'action ou plan de développement	Cadre de référence	Circulaire ministérielle	Orientations ministérielles	Accord-cadre ou entente-cadre
Définition	Texte juridique qui établit des normes légales, juridiques ou morales, voté par le pouvoir législatif et sanctionné par le représentant du souverain (Reid, 2023).	Acte normatif, de caractère général et impersonnel, édicté par le pouvoir exécutif en vertu d'une loi habilitante et qui, lorsqu'il est en vigueur, a force exécutoire (Reid, 2023).	Arrêté ministériel : Acte administratif de portée générale ou individuelle pris par un **ministre** en exécution d'un **décret** ou d'une **loi**. L'arrêté est une décision écrite exécutoire. Décret : Décision réglementaire écrite émanant du pouvoir exécutif. Depuis 1980, dénomination de toutes les décisions du Conseil exécutif qu'on appelait alors des « arrêtés en Conseil » et, au XIX[e] siècle, des « ordres en Conseil » (*Order in Council*) (ASSNAT, 2024).	La planification stratégique constitue l'outil de gouvernance que se donnent les ministères et organismes pour être en mesure de bien orienter leur organisation vers l'atteinte d'objectifs établis en fonction de leur vision et de leurs priorités (SCT, 2009).	Énoncé gouvernemental qui expose les orientations et les stratégies d'intervention privilégiées afin de mettre en œuvre une priorité ou de modifier une situation problématique dans un domaine d'intérêt public (MSSS, 2025m).	La politique ministérielle traite de sujets précis pour lesquels un ministère pose des actions ou invite des partenaires à agir. Elle présente de grands thèmes (orientations et axes) considérés de façon globale dans l'objectif d'améliorer ou de préciser l'intervention ministérielle (adaptée de Gouvernement du Québec, 2025).	Plan décrivant les actions à mener et les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs quantitatifs et qualitatifs. Il s'agit d'un ensemble structuré des objectifs que se fixe une organisation, ainsi que des moyens qu'elle se donne pour les atteindre (HEC Montréal, 2018; OQLF, 2006).	Document ministériel qui présente des balises et des critères permettant de guider l'action dans un ou plusieurs domaines de mission de l'organisation. Il présente des concepts et des définitions dans un langage harmonisé qui favorise une compréhension commune (MSSS, 2025).	Écrit émanant d'un ministre visant à guider les fonctionnaires dans l'application des lois ou règlements, en précisant leurs tâches ou en interprétant certaines règles, sans nécessairement avoir valeur de directive formelle (OQLF, 2018).	Document publié par le MSSS qui vise à préciser ses attentes à l'égard des établissements, des organisations partenaires et des professionnels de la santé, concernant l'organisation, la prestation ou l'amélioration des services dans un domaine spécifique. (adaptée du contenu des documents d'orientations ministérielles publiés par le MSSS).	Texte qui sert de base à l'élaboration d'un document, ayant pour objet d'établir les termes régissant la collaboration entre partenaires ou organismes participants au cours d'une période donnée (OQLF, 1985; OQLF, 1986).
Objectifs	Établir des normes légales pour régir les comportements et les actions		Régir le comportement d'un ou de plusieurs acteurs.	Définir les grandes orientations stratégiques et les priorités d'action du MSSS pour guider les politiques et les pratiques, anticiper les éléments susceptibles d'influer sur l'organisation.	Établir une vision globale gouvernementale et les objectifs stratégiques à moyen et long terme pour un domaine spécifique.	Améliorer ou préciser l'intervention ministérielle. Assurer une vision commune des acteurs sous l'autorité d'un ministère. La politique ministérielle vise aussi des objectifs stratégiques et des orientations pour la mise en œuvre, à l'intention de tout le réseau, mais à un niveau intermédiaire, moins contraignant que le plan d'action ou le plan stratégique.	Mettre en œuvre les politiques et les stratégies liées aux priorités identifiées à travers des actions concrètes et mesurables. Le plan d'action devrait également avoir une affectation claire des ressources et des acteurs concernés (Knoepfel et al., 2015).	Guider la planification et la mise en œuvre des politiques et des projets, le développement des pratiques professionnelles, le consensus conceptuel, la structuration de l'offre de services (MSSS, 2025).	Informer les parties prenantes des nouvelles directives ou des changements dans les politiques existantes (adaptée du contenu des circulaires publiées sur le site du MSSS).	Définir les grandes orientations stratégiques et les priorités d'action du MSSS pour guider les politiques et les pratiques.	Établir une vision globale et les objectifs stratégiques à moyen et long terme pour un domaine spécifique.

	Loi	Règlement	Arrêté et décret	Plan stratégique	Politique gouvernementale	Politique ministérielle	Plan d'action ou plan de développement	Cadre de référence	Circulaire ministérielle	Orientations ministérielles	Accord-cadre ou entente-cadre
Portée	Portée large	Spécifique	Peut être large ou spécifique	De portée large, il établit les choix stratégiques que le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux s'engagent à réaliser au cours des prochaines années (généralement quatre ans). Présente la vision qui doit guider l'action du MSSS et de son réseau.	Peut fournir un cadre pour l'organisation et la prestation des soins. De portée plus large, elle constitue une référence dans la gestion gouvernementale du domaine visé par la politique (SCT, 2019).	Spécifique aux domaines d'intervention d'un ministère.	Document opérationnel qui détaille les mesures concrètes à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis dans les politiques ministérielles. Portée plus restreinte et plus pratique (SCT, 2019).	Document opérationnel qui établit les principes directeurs, les lignes directrices et les objectifs pour guider les actions et les initiatives des différents paliers de gouverne et des milieux cliniques ou pour soutenir les établissements dans la mise en œuvre.	Portée institutionnelle et réglementaire. Peut cibler les organismes, les établissements de santé ou les parties prenantes relevant du ministère ou du secteur auquel elle s'applique.	Ces orientations visent à guider les actions et les politiques. Document qui constitue une étape d'un processus de mise en œuvre continu sur plusieurs années, l'objectif étant de concrétiser l'ensemble des mesures préconisées par une politique. S'adressent surtout aux gestionnaires, au personnel du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau communautaire.	Portée large, qui peut couvrir des questions juridiques, financières, organisationnelles. Peut dépendre des objectifs et des besoins des parties et vise en général à établir un cadre général pour les relations et les activités entre les parties (adaptée du contenu des ententes-cadres et accords-cadres publiés par le gouvernement du Québec).
Autorité émettrice	Adoptée par le pouvoir législatif (Assemblée nationale du Québec) ou au fédéral	Autorités ayant un pouvoir réglementaire	Gouvernement ou ministre	MSSS Santé Québec (son plan stratégique doit être en concordance avec celui du MSSS).	Gouvernement MSSS	MSSS	Souvent élaboré par le MSSS, Santé Québec ou les organismes de santé régionaux ou locaux. Il peut également être gouvernemental.	MSSS Santé Québec (assure la mise en œuvre) Organismes de santé régionaux ou locaux	MSSS/Cabinet du sous-ministre	MSSS	MSSS Autres parties de l'accord

	Loi	Règlement	Arrêté et décret	Plan stratégique	Politique gouvernementale	Politique ministérielle	Plan d'action ou plan de développement	Cadre de référence	Circulaire ministérielle	Orientations ministérielles	Accord-cadre ou entente-cadre
Caractéristiques	Énonce les droits et les obligations juridiques des parties prenantes (institution, entité, individu), les sanctions en cas de non-respect, et a force exécutoire. Elle a parfois un préambule en plus des articles de loi.	A un contenu spécialisé ou technique. Chaque projet de règlement doit obligatoirement comprendre : • Une référence à la disposition légale habilitante; • Une disposition d'entrée en vigueur (au plus tôt 15 jours après publication, sauf exception); • Une traduction anglaise du texte (Lauzière, 2011).	Ont une force exécutoire.	Expose les enjeux, les orientations, les objectifs stratégiques et les indicateurs qui feront l'objet d'un suivi au cours d'une période définie. • Contexte (environnement interne et externe) • Analyse chiffrée • Choix stratégique	Définit et fixe les objectifs et directives stratégiques plutôt que des détails opérationnels. Précise les priorités d'action, les axes d'intervention et les principes directeurs (SCT, 2019). Assure une coordination entre les différentes politiques publiques afin de faciliter la prescription des plans d'action (Knoepfel et al., 2015) (ex. : si, dans la planification stratégique, on parle de décentralisation et de la gestion de proximité). Composantes : • Contexte • Principes directeurs de la politique • Objectifs • Partage des responsabilités • Allocations des ressources • Redditions de comptes • Cadre de suivi et d'évaluation	Définit et fixe les objectifs et directives stratégiques plutôt que des détails opérationnels. Précise les priorités d'action, les axes d'intervention et les principes directeurs (MSSS, 2025).	Précise certaines actions à mettre en œuvre, en définissant précisément les moyens mobilisés et l'échéancier retenu. Le plan d'action permettra de mettre en œuvre la politique ou la stratégie et d'en assurer un suivi précis (SCT, 2019). Composantes : • Contexte • Objectifs, présentation de la politique • Principes directeurs • Déploiement de la politique (mesures)/ opération-nalisation des mesures • Orientations, gouvernance • Mise en œuvre du plan d'action ou de la politique • Évaluation • Reddition de comptes	Constitué d'un ensemble de principes et de recommandations visant à améliorer la qualité des soins et à optimiser la santé des populations. Fournit des informations spécifiques sur les rôles et les responsabilités, les protocoles, les meilleures pratiques et les ressources associées au domaine concerné. Vient circonscrire la littérature, les données probantes d'experts sur un sous-thème. Combinaison entre action et théorie. Composantes : • Mise en contexte • Objectifs • Principes directeurs • Clientèles ciblées • Balises de la mise en œuvre du cadre de référence • Rôles et responsabilités des partenaires • Mise en application • Axes d'intervention/ actions prioritaires • Protocole clinique • Soutien à la mise en œuvre • Suivi et évaluation	Précise les règles, les directives administratives, les obligations des parties prenantes et la date d'entrée en vigueur des directives. Composantes : • Expéditeur • Destinataire • Objet • Principes • Modalités • Contrat • Entrée en vigueur • Suivi	Basées sur des données scientifiques, les recommandations d'experts et les meilleures pratiques consensuelles dans le domaine de la santé et des services sociaux. Elles sont destinées à être mises en œuvre par les établissements de soins de santé et les professionnels de la santé pour améliorer la qualité des services offerts. Identifient les objectifs à atteindre, les actions à entreprendre et les principes directeurs. Composantes : • Vision/objectifs à atteindre • Orientations organisation-nelles et cliniques • Principes directeurs • Contexte • Rôles et responsabilités des différents acteurs • Budget/ ressources • Formation • Facteurs de succès • Évaluation des interventions	Formalisation des engagements : • Les droits, les responsabilités et les obligations des parties concernées • La durée de validité de l'accord • Les mécanismes de résolution de conflits • Les dispositions de suivi et d'évaluation, • La flexibilité pour apporter des modifications si nécessaire Document structuré en plusieurs parties et annexes, chacune traitant d'aspects spécifiques. Composantes : • Objet de l'entente de principe • Pérennité • Entrée en vigueur

	Loi	Règlement	Arrêté et décret	Plan stratégique	Politique gouvernementale	Politique ministérielle	Plan d'action ou plan de développement	Cadre de référence	Circulaire ministérielle	Orientations ministérielles	Accord-cadre ou entente-cadre
Processus de construction et d'évaluation	Élaborée par l'entremise d'un processus législatif qui peut impliquer la proposition de projets de loi, des débats, des révisions, des votes, et enfin la promulgation par l'autorité compétente.	L'élaboration des projets de règlement par l'administration publique s'accomplit de façon semblable à celle des projets de loi. Le rôle décisif du processus d'élaboration des règlements revient aux dirigeants politiques présents au Conseil exécutif. La préparation des projets de règlement est laissée aux juristes et aux experts de l'administration (Lauzière, 2011).	Le processus de construction et d'évaluation des décrets et arrêtés au Québec commence par l'élaboration administrative interne par les juristes et experts de l'autorité responsable, incluant une analyse d'impact et un examen préalable de légalité par le ministère de la Justice, suivi de l'édiction formelle par le gouvernement via le Conseil exécutif pour les décrets ou par un ministre pour les arrêtés, puis d'une prépublication dans la *Gazette officielle* pour consultation publique et évaluation collective, avant la publication finale et une possible évaluation parlementaire post-adoption (Lauzière, 2011).	L'élaboration implique la consultation de divers intervenants, y compris les personnes usagères et les partenaires gouvernementaux.	Est le résultat d'une analyse approfondie des besoins, des enjeux et des tendances dans un domaine spécifique. L'élaboration implique la consultation d'experts, de professionnels de la santé, de gestionnaires et d'autres parties prenantes, et souvent une consultation publique. Peut être révisée en fonction des nouvelles données, des évolutions sociétales et des besoins changeants. L'élaboration des politiques-cadres est fondée sur un processus de développement et de validation rigoureux.	Est le résultat d'une analyse approfondie des besoins, des enjeux et des tendances dans un secteur spécifiques. L'élaboration implique la consultation des directions du MSSS, du RSSS et d'autres parties prenantes (MSSS, 2025).	Document construit en effectuant des recherches, basées sur des données probantes et l'analyse des besoins, en consultant des experts et des parties prenantes, et en élaborant des stratégies spécifiques. Les ministères qui ont participé à l'élaboration du plan d'action sont responsables d'évaluer sa progression. Les résultats des différentes évaluations ministérielles sont mis en commun et font l'objet d'une analyse transversale qui permettra d'avoir une vue d'ensemble sur la mise en œuvre et sur les effets mesurables du plan d'action.	Document construit en collaboration avec des experts, des cliniciens et des gestionnaires de la santé. Il repose sur des informations provenant de diverses sources, y compris des recherches, des rapports et des données de santé publique.	Peut être basée sur des lois, des règlements, des politiques gouvernementales ou des besoins administratifs spécifiques. Avant sa diffusion, elle peut faire l'objet de consultations et d'examens internes	Élaborés en tenant compte des besoins de la population, des évolutions dans le domaine de la santé, des données scientifiques actuelles et de la consultation d'experts. Peuvent être révisées périodiquement pour s'adapter aux nouvelles connaissances et aux changements dans le secteur.	Peut impliquer un processus de négociation et de consultation entre les parties concernées.

	Loi	Règlement	Arrêté et décret	Plan stratégique	Politique gouvernementale	Politique ministérielle	Plan d'action ou plan de développement	Cadre de référence	Circulaire ministérielle	Orientations ministérielles	Accord-cadre ou entente-cadre
Degré de stabilité des documents	Reste en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit abrogée, modifiée ou remplacée par une nouvelle loi.	Reste en vigueur jusqu'à ce qu'il soit abrogé, modifié ou remplacé par un nouveau règlement.	Reste en vigueur jusqu'à la modification d'un décret.	Élaboré tous les 4 ans.	Certaines politiques sont sujettes à des changements fréquents pour s'adapter aux évolutions de la société et aux priorités gouvernementales changeantes. D'autres peuvent rester relativement stables sur de plus longues périodes.	Certaines politiques sont sujettes à des changements fréquents pour s'adapter aux évolutions de la société et aux priorités gouvernementales changeantes. D'autres peuvent rester relativement stables sur de plus longues périodes (MSSS, 2025).	Sa durée de validité est généralement définie sur 5 ans. Cela implique qu'il est par nature à moyen terme et peut être révisé pour s'adapter aux besoins changeants des personnes ainées. Prend en compte les perspectives de divers acteurs.	Couvre rarement une période précise, mais peut être associé à une vision à moyen ou à long terme (MSSS, 2025).	Reste généralement en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit modifiée, abrogée ou remplacée par une nouvelle circulaire.	Dépendent de la période pour laquelle elles sont conçues. Elles peuvent être élaborées pour une période donnée, comme le *Continuum de soins et de services en douleur chronique — Orientations et lignes directrices 2021-2026*, ou pour une période plus longue. Une fois que la période spécifiée est écoulée, les orientations peuvent être révisées pour s'adapter aux nouvelles réalités ou aux priorités changeantes.	Peut être conçu pour être stable sur une période donnée. Par exemple, il peut avoir une durée déterminée, comme cela est le cas dans l'Accord-cadre MSSS-FMOQ 2015-2023. Peut également prévoir des mécanismes de révision et de renouvellement pour s'adapter aux évolutions futures.

	Loi	Règlement	Arrêté et décret	Plan stratégique	Politique gouvernementale	Politique ministérielle	Plan d'action ou plan de développement	Cadre de référence	Circulaire ministérielle	Orientations ministérielles	Accord-cadre ou entente-cadre
Degré de contrainte ou de prescription	Contraignante et prescriptive. Établit des règles strictes que les individus et les entités doivent suivre, sous peine de sanctions légales.	Contraignant et prescriptif.	Contraignant et prescriptif.	Le plan stratégique du MSSS semble être à la fois directif et contraignant, en fixant des orientations claires, des objectifs mesurables et en détaillant des actions spécifiques. Il fournit une feuille de route pour les années à venir.	Engage le premier ministre. Peut avoir différents niveaux de contraintes. Certaines politiques peuvent imposer des contraintes, obligations et exigences strictes pour les professionnels et les établissements. D'autres sont directives et visent plutôt à fournir des recommandations et des orientations pour les professionnels de la santé et les gestionnaires, tout en permettant une flexibilité dans la mise en œuvre.	Engage un ou des ministres. Peut avoir différents niveaux de contraintes. Certaines politiques peuvent avoir des contraintes, des obligations et des exigences strictes pour les professionnels et les établissements. D'autres sont directives et visent plutôt à fournir des recommandations et des orientations pour les professionnels de la santé et les gestionnaires, tout en permettant une flexibilité dans la mise en œuvre (MSSS, 2025).	Certains plans d'action peuvent simplement fournir des orientations générales, tandis que d'autres, comme le Plan d'action en douleur chronique 2021-2026, peuvent dicter des actions très spécifiques à entreprendre. Le degré de contrainte peut varier en fonction de la nature du domaine et des attentes en matière de conformité de la part des acteurs concernés. Peut contenir des recommandations contraignantes, comme dans le plan d'action gouvernemental sur la maltraitance qui énonce l'obligation pour les professionnels de la santé de signaler les cas de maltraitance.	N'impose pas des directives strictes, mais plutôt des principes directeurs et des recommandations. Laisse aux professionnels et aux gestionnaires de la santé une certaine marge de manœuvre pour adapter les stratégies en fonction des besoins locaux, pourvu qu'elles soient en accord avec les principes fondamentaux du cadre.	A un degré de contrainte ou de prescription élevé dans la mesure où elle énonce des règles et des directives contraignantes pour des destinataires spécifiques. Ces destinataires peuvent être dans les centres hospitaliers, les CLSC et d'autres entités de services à domicile. Le non-respect de ces directives peut entrainer des conséquences légales ou administratives.	Peuvent contenir des directives ou des normes précises ou peuvent être plus flexibles, laissant aux acteurs concernés une latitude pour mettre en œuvre les objectifs de manière adaptée à leur contexte. Le degré de contrainte peut dépendre des besoins et des priorités du ministère ou du gouvernement en question. Elles servent donc d'appui et d'interprétation sans lier formellement les décideurs.	Généralement contraignants une fois signés, ce qui signifie que les parties sont légalement tenues de respecter les termes et les engagements qui y sont énoncés.

ANNEXE 3
CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES

1. OBJET ET POSITIONNEMENT MÉTHODOLOGIQUE

La présente annexe vise à expliciter la démarche ayant conduit à l'identification des enjeux transversaux utilisés dans la section 3 du rapport, ainsi que la logique de construction de la grille d'analyse mobilisée.

L'analyse des politiques publiques présentée dans la section 3 repose sur une posture volontairement circonscrite : elle porte sur les politiques publiques (orientations, objectifs, instruments, règles formelles), et non sur leur implantation, leurs effets concrets ou leur performance. Ainsi, l'analyse ne vise pas à répondre à la question «*Est-ce que ces politiques fonctionnent ?*», mais plutôt à documenter :

- les enjeux auxquels elles prétendent répondre;
- les orientations et les logiques d'action qui les sous-tendent;
- leur cohérence d'ensemble, tant sur le plan thématique que temporel.

2. PRINCIPES AYANT GUIDÉ L'IDENTIFICATION DES ENJEUX : UNE LOGIQUE DE CONVERGENCE PLUTÔT QUE DE CATÉGORISATION THÉORIQUE

Les enjeux retenus ne résultent pas d'une typologie théorique préétablie. Ils ont été construits à partir d'une logique de convergence analytique entre plusieurs sources, institutionnelles et populationnelles, afin d'éviter :

- une lecture strictement administrative des politiques publiques;
- une lecture uniquement fondée sur des perceptions sociales non contextualisées.

L'objectif était d'identifier des enjeux suffisamment structurants, transversaux et partagés pour permettre une lecture intégrée de l'action publique récente.

3. SOURCES INSTITUTIONNELLES MOBILISÉES

Trois ensembles de sources institutionnelles du MSSS et de Santé Québec ont été analysés :

1. **Le Plan stratégique du MSSS**
   - enjeux nommés;
   - orientations stratégiques.
2. **La Planification stratégique de Santé Québec**
   - enjeux stratégiques;
   - orientations;
   - logiques de pilotage mises de l'avant.
3. **Le Plan santé du MSSS**
   - portrait de la situation actuelle;
   - orientations-cadres.

Ces sources permettent d'identifier les enjeux tels qu'ils sont formulés par les institutions elles-mêmes, dans une logique de planification, de gouvernance et de reddition de comptes.

4. SOURCES POPULATIONNELLES ET SOCIÉTALES MOBILISÉES ET CONSTATS SUR LES DIMENSIONS DE LA VALEUR DES GRANDS REPÈRES

En parallèle, le Commissaire a mobilisé plusieurs sources permettant de comprendre ce que la population considère comme prioritaire (section 1) et a fait des constats sur les dimensions de la valeur (section 2) :

Tableau 34 : Convergence et écarts entre priorités populationnelles et constats empiriques

Thèmes	Grands repères (section 2)	Population (section 1 avec le Forum, la veille et le sondage)	Lecture (convergence/ complément)
Accessibilité/délais/« bon moment »	Enjeux d'accessibilité dans presque tous les services; réponse plus problématique pour les besoins complexes/longue durée.	Système perçu difficile d'accès; réduction des délais attendue; accès en santé mentale difficile.	**Convergence forte** : les deux décrivent l'accès et les parcours comme un nœud central (avec vocabulaire différent).
Navigation/lisibilité des parcours	« Faible convivialité » : difficultés d'orientation et de navigation pour personnes et proches.	Meilleure communication attendue; parcours « nébuleux »; manque de lisibilité du « qui fait quoi ». Parcours complexes.	**Convergence forte** : même problème exprimé en indicateurs (GR) *vs* vécu (population).
Santé mentale : accès/ continuité	Mention d'enjeux d'accessibilité, de coordination, de continuité en santé mentale (ex. : recours répétés/réadmissions 30 jours) + données parcellaires.	Accès en santé mentale perçu comme insuffisant; crise/épisodes aigus comme porte d'entrée.	**Convergence** : même signal sur l'accès/continuité; **complément** sur « porte d'entrée en crise » (population).
Qualité et sécurité	Exemples d'enjeux de sécurité (ex. : infections/sepsis); enjeux de qualité mesurables surtout à l'hôpital; limites d'indicateurs hors hospitaliers.	Attente de soins appropriés, services sécurisants, suivi réel, approche holistique.	**Complément** : GR apporte des signaux « mesurés »; population décrit la **qualité vécue.**
« Efficacité vécue » *vs* accès administratif	Résultats mitigés sur l'efficacité globale; meilleurs résultats en services spécialisés; difficulté à juger certains secteurs.	Attente que l'accès mène à des gains réels; « pas seulement un nom sur une liste ».	**Convergence partielle** : les deux interrogent la traduction de l'accès en effets; la population insiste sur le vécu.
Ressources/capacité (main-d'œuvre, lits)	Conversion des ressources jugée inférieure à celle attendue (disponibilité médecins/ infirmières/lits; production visites/ hospitalisations).	Préoccupation quant à la disponibilité de main-d'œuvre; crainte que la place du privé réduise la main-d'œuvre du public.	**Convergence** sur « capacité »; **complément** : GRANDS REPÈRES = macro-efficience; population = dynamique public/ privé et effets perçus.
Mesurer, rendre compte, angles morts	Angles morts : indicateurs insuffisants pour plusieurs secteurs; innovation difficile à juger; besoin de données comparables.	Attente d'indicateurs valides, données utiles, « feuille de route » de suivi; transparence des choix (dont budgétaires).	**Convergence forte** : même diagnostic « capacité de mesure insuffisante », exprimé en termes techniques (GRANDS REPÈRES) vs reddition compréhensible (population).
Numérique/IA : encadrement, données, responsabilité	Implantation rapide de l'IA en 1re ligne; enjeux majeurs (éthique, transparence, données, responsabilité clinique); gouvernance à consolider.	Attentes de transparence, redevabilité, protection des personnes (formulé via gouvernance/pilotage; moins technospécifique).	**Complément** : GRANDS REPÈRES apporte le contenu spécifique IA; population fournit le cadrage « gouvernance crédible/ transparence ».
Coordination/réponse non fragmentée	Réponse plus difficile pour les besoins complexes/longue durée; enjeux de coordination/continuité (notamment en santé mentale).	Attente d'une réponse coordonnée « plutôt qu'une somme de services »; continuité et fiabilité.	**Convergence** : la fragmentation/ coordination est un point commun.
Proximité décisionnelle/ participation/légitimité	Grands repères parle surtout de performance/mesure; mention de confiance/insatisfaction liée à l'inadéquation offre/besoins.	Centralisation perçue; participation jugée insuffisante; crainte d'éloignement des réalités locales; soutien aux comités d'usagers et de résidents.	**Complément** : GRANDS REPÈRES documente « insatisfaction/ confiance » comme effet; population nomme les mécanismes perçus (centralisation/participation).

Thèmes	Grands repères (section 2)	Population (section 1 avec le Forum, la veille et le sondage)	Lecture (convergence/ complément)
Soutien à domicile, autonomie, proches aidants	Limites d'indicateurs comparables pour juger certains secteurs (dont longue durée, services sociaux, etc.).	Accès au SAD difficile; soutien concret aux proches jugé insuffisant; couverture insuffisante de certains services (dentaire, lunettes, aides auditives).	**Écart + complément** : population exprime fortement ce thème; GRANDS REPÈRES souligne surtout un **angle mort de mesure** (difficile de juger).
Conditions de vie/prévention/ action en amont	Contexte : inégalités de revenu, logement inadéquat/abordable, enjeux environnementaux; prévention : efficience inférieure à celle attendue (vaccination/ dépistage mentionnés).	Fragilisation logement/ alimentation/revenu; arbitrages (médicaments vs nourriture); itinérance; besoin d'action intersectorielle; prévention structurante; littératie.	**Convergence partielle** : GRANDS REPÈRES situe le contexte + prévention mesurée; population décrit l'urgence sociale et l'effet sur l'accès réel.
Accessibilité linguistique/ culturelle	Grands repères montre une accessibilité générale problématique; angles morts possibles (peu d'indicateurs hors hospitalier/secteurs).	Barrières linguistiques/culturelles (immigrants, anglophones); disparités régionales; marginalité/ handicap; risque d'inégalités via privé.	**Complément** : population explicite des groupes et mécanismes; GRANDS REPÈRES reste plus général/ mesure.
Premières Nations et Inuit : sécurisation culturelle, autodétermination	Pas inclus dans Grands repères	Droits, sécurisation culturelle, autodétermination; coconstruction; interprétation/ accompagnement; partenariats.	**Asymétrie** : thème porté surtout par la population/organisations; pas relevé par GRANDS REPÈRES.

5. CONSTATS ISSUS DES TRAVAUX RÉCENTS DU COMMISSAIRE

Dans ses travaux récents, le Commissaire a identifié des enjeux et a fait des recommandations dans le cadre du rapport Le devoir de faire autrement (CHSLD) (CSBE, 2022) et du tome 4 : Bien vieillir chez soi — une transformation qui s'impose (services de soutien à domicile) (CSBE, 2024a).

6. DÉMARCHE DE SYNTHÈSE

La construction des enjeux s'est déroulée en étapes itératives :

1. Inventaire des enjeux nommés dans les plans stratégiques et les documents institutionnels (MSSS, Santé Québec, CSBE);
2. Analyse transversale des constats sur la valeur et des priorités exprimées par la population (Forum, veille, sondage);
3. Regroupement analytique des enjeux convergents, en évitant les doublons et en privilégiant des formulations englobantes.

Cette démarche a permis d'aboutir à une liste d'enjeux ni trop fine (au risque de fragmenter l'analyse) ni trop large (au risque de perdre en opérabilité).

Les enjeux retenus correspondent à des problématiques systémiques du système de santé et de services sociaux, telles qu'elles se manifestent dans :

- l'accès et les parcours;
- l'organisation et la continuité des services;
- les conditions de production de la qualité et de la sécurité;
- les capacités de gouvernance, de financement et de pilotage;
- la prise en compte de l'équité, des déterminants de la santé et des droits.

Ils ne constituent pas des objectifs opérationnels, mais des angles de lecture permettant d'interroger la cohérence de l'action publique.

7. PRÉSENTATION DE LA GRILLE D'ENJEUX

La grille suivante synthétise les enjeux retenus et leurs sous-thèmes principaux. Elle sert de structure commune pour l'analyse des lois et politiques publiques dans la section 3.

Tableau 35 : Grille d'analyse des enjeux : structuration et croisement des perspectives

Nom du regroupement	Thème	Population (attentes/ préoccupation)	Plan santé	Plan stratégique MSSS	Santé Québec	Commissaire (rapports)
Accès, proximité et organisation des services pour recevoir le bon service au bon moment	Accès et délais	Réduction des délais; accès en santé mentale; réponse au bon moment.	Améliorer l'accès à la première ligne, urgences, chirurgies; orienter vers le bon intervenant.	Accès en temps opportun comme enjeu central; expérience patient.	Navigation et accès; accessibilité comme enjeu stratégique.	Accessibilité identifiée comme principal enjeu de performance.
Information au public et simplification pour s'orienter facilement dans le système	Navigation et lisibilité	Parcours jugés complexes; information difficile à comprendre; besoin de clarté.	Simplification de l'accès; information plus claire.	Expérience patient et lisibilité des services.	Communication simple comme catalyseur.	Navigation difficile documentée (SAD).
Coordination clinique et trajectoires pour avoir un parcours continu et coordonné	Continuité et coordination	Attente d'une réponse coordonnée plutôt qu'une somme de services.	Trajectoires plus fluides; meilleure coordination.	Amélioration des parcours et de la continuité.	Continuum et trajectoires fluides.	Fragmentation identifiée (SAD, CHSLD).
Recevoir des soins sûrs, pertinents et de qualité	Qualité et sécurité	Soins sécurisants; suivi réel; pertinence.	Qualité et sécurité des soins comme objectif.	Accessibilité et qualité combinées.	Qualité incluse dans les trajectoires.	Déficits de qualité et de sécurité révélés (CHSLD).
Organisation des services en santé mentale	Santé mentale	Accès difficile; souvent en mode crise.	Renforcer l'accès et les services de proximité.	Inclus dans l'accès aux services.	Population vulnérable ciblée.	Santé mentale peu mesurée; angle mort.
Favoriser le maintien de l'autonomie et les soins de longue durée	Ainés/maintien de l'autonomie	Accès au SAD; soutien aux proches; vieillissement.	Virage vers le maintien à domicile; maisons des ainés.	Accès aux services pour personnes âgées.	Populations vulnérables; continuité.	Écosystème SAD fragile; gouvernance à revoir.
Prévenir plutôt que guérir	Prévention/ déterminants	Agir sur logement, revenu, alimentation; prévention structurante.	Agir en amont; promotion de la santé.	Population en santé; prévention.	Équilibre préventif/ curatif.	Prévention sous-investie; pression sur curatif.
Organisation du travail et régulation de la main-d'œuvre pour avoir des équipes suffisantes et stables	Main-d'œuvre/ organisation	Pénurie; surcharge; qualité liée à la stabilité.	Valorisation, organisation du travail.	Organisation plus humaine; employeur de choix.	Expérience employé comme enjeu.	Organisation du travail fragile (CHSLD).

Nom du regroupement	Thème	Population (attentes/ préoccupation)	Plan santé	Plan stratégique MSSS	Santé Québec	Commissaire (rapports)
Gouvernance de l'information et transformation numérique : partager l'information utile, au bon endroit	Données/ numérique	Attente de transparence et suivi.	Modernisation TI; accès aux données.	Peu détaillé.	Interopérabilité; données décisionnelles.	Angles morts de mesure documentés.
Architecture de gouvernance : piloter avec clarté	Gouvernance/ imputabilité, financement/ valeur	Centralisation perçue; participation insuffisante. Crainte d'inégalités; rôle du privé.	Défis de gouvernance reconnus. Efficience; ressources limitées.	Rôles et responsabilités ministérielles.	Gouvernance et imputabilités comme catalyseur. Financement aligné sur la valeur.	Gouvernance axée sur les volumes critiquée. Financement non aligné sur les résultats.
Premières Nations et Inuit : droits, sécurisation culturelle et autodétermination	Équité/PNI	Barrières linguistiques; sécurisation culturelle.	Mentionné de façon transversale.	Peu explicité.	Services sécurisants pour PNI.	Équité peu mesurée; recommandée.

8. UTILISATION DE LA GRILLE DANS L'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Chaque loi ou politique publique recensée a été associée à un ou plusieurs enjeux de la grille, selon l'enjeu principal explicitement visé et les enjeux secondaires abordés de manière indirecte.

Les politiques sont ensuite analysées à l'intérieur de chaque enjeu afin :

- de décrire les orientations poursuivies;
- d'identifier les instruments normatifs mobilisés;
- d'apprécier les convergences, les complémentarités ou les chevauchements.

L'analyse ne se limite pas à un recensement descriptif. Elle porte également sur :

- l'alignement thématique (cohérence avec les priorités identifiées);
- l'alignement temporel (séquençage, accumulation, superposition des mesures);
- la logique d'action sous-jacente (centralisation, responsabilisation, standardisation, différenciation territoriale, etc.).

Cette lecture permet de dégager des constats sur la direction générale de l'action publique, sans préjuger de sa mise en œuvre effective.

Cette annexe montre que la grille analytique utilisée dans la section 3 repose sur une démarche rigoureuse, ancrée à la fois dans les cadres institutionnels et dans les priorités exprimées par la population. Elle constitue un outil analytique permettant de relier les politiques publiques récentes à une lecture systémique de la valeur, de la gouvernance et de la transformation du système de santé et de services sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W. et le consortium RN4CAST. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, *383*(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. et Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, *344*, e1717. https://doi.org/10.1136/bmj.e1717

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. et Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, *49*(12), 1047–1053. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. et Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration, 38(*5), 223–229. https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. et Silber, J. H. (2002a). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, *288*(16), 1987–1993. https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987

Aiken, L. H., Clarke, S. P. et Sloane, D. M. (2002b). Hospital staffing, organization, and quality of care : Cross-national findings. *Nursing Outlook*, *50*(5), 187–194. https://doi.org/10.1067/mno.2002.126696

American Society of clinical Oncology (ASCO). (2026). *ASCO Clinical Practice Guidelines*. Consulté en janvier 2026, à l'adresse https://ascopubs.org/guidelines

Assemblée nationale du Québec (ASSNAT) (2024). *Décret – Lexique parlementaire*. https://www.assnat.qc.ca/fr/patrimoine/lexique/decret.html

Boelen, C. et Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Vers l'unité pour la santé : Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de travail*. https://iris.who.int/handle/10665/67346

Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L. et Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes : systematic review. *BMJ Open, 7*(11), e017708. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708

Brinkerhoff, D. W., Cross, H. E., Sharma, S. et Williamson, T. (2019). Stewardship and health systems strengthening: An overview. *Public Administration and Development, 39*(1), 4–10. https://doi.org/10.1002/pad.1846

Capano, G. et Howlett. M. (2020). *A Modern Guide to Public Policy*. Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781789904987

Center for Perioperative Care (CPC). (2020). *Multidisciplinary working in perioperative care*. https://cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2020-09/Multidisciplinary%20working%20in%20perioperative%20care%20–%20rapid%20review.pdf

Chen, Y., Lehmann, C. U. et Malin, B. (2024). Digital Information Ecosystems in Modern Care Coordination and Patient Care Pathways and the Challenges and Opportunities for AI Solutions. *Journal of medical Internet research, 26*, e60258. https://doi.org/10.2196/60258

Clavet, N. J., Fonseca, R., Michaud, P. C. et Navaux, J. (2022). *Mieux comprendre la croissance structurelle des dépenses publiques de santé au Québec. Note d'analyse N° 2022-01*. Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels. https://creei.ca/wp-content/uploads/2022/01/note-analyse-2022-1.pdf

Comité de transition (2025). Plan de transformation. Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-127-13W.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.-a). *Fluidité et continuité des soins et services lors des transferts des personnes ainées : analyse du rôle des politiques publiques québécoises.* [Document non publié; publication prévue en 2026].

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.-b). *La valeur du système de santé et de services sociaux : une approche conceptuelle pour guider l'évaluation systémique.* [Document non publié; publication prévue en 2026].

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.-c). *Plan stratégique 2025-2029.* [Document non publié; publication prévue en 2026].

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.-d). *Priorités et perceptions de la population québécoise à l'égard du système de santé et de services sociaux*.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.-e). *Veille d'organisations de la société civile. Document de travail réalisé pour usage interne.* [Document inédit].

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2026a). *Cadre d'évaluation de la gouvernance*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2026/Documents_methodologiques/CSBE-Cadre_evaluation_gouvernance_01.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2026b). *Grands repères.* https://grandsreperes.com/grands-reperes

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2026c). *Le Forum de consultation et l'approche de santé populationnelle au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport_sante_populationnelle/CSBE-Rapport_Sante_populationnelle_ForumCSBE.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2026d). *Grands repères. Pérennité budgétaire*. https://grandsreperes.com/grands-reperes/viabilite

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2025a). *La contribution de l'approche de santé populationnelle au développement d'un système de santé et de services sociaux axé sur la valeur. Rapport de recherche*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport_sante_populationnelle/CSBE-Rapport_responsabilite_populationnelle.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2025b). *La perspective du Forum de consultation sur l'approche de santé populationnelle au Québec.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport_sante_populationnelle/CSBE_Rapport_Sante_populationnelle_ForumCSBE.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2025c). *LGSSSS : Rôles et responsabilités partagées entre Santé Québec, le MSSS et les établissements*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport_gouvernance/CSBE-Loi_gouvernance_systeme_sante_06172025.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2025d). *Projet de loi nº 106. Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Memoires/CSBE-Memoire_projet_Loi106.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024a). *Bien vieillir chez soi — tome 4 : une transformation qui s'impose*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-4-transformation-simpose.html

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024b). *Quel avenir pour le soutien à domicile ? Rapport de délibération éthique*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/avenir-soutien-domicile-rapport-deliberation-ethique.html

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023a). *Bien vieillir chez soi. Tome 2 : Chiffrer la performance*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSBE-Tome2_Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023b). *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : analyse de la littérature*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Transformation_gouvernance/CSBE-Transformation_gouvernance_Revue_litterature.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2022). *Le devoir de faire autrement – partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie2.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2025). *La prévention en santé publique : une lecture éthique partagée*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3698-prevention-sante-publique-ethique.pdf

de Marcellis-Warin, N. et Peignier, I. (2025). *Baromètre CIRANO 2025 : La perception des risques au Québec* (2025LI-01, CIRANO.) https://doi.org/10.54932/JTGN4551

de Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J. et Koopmanschap, M. (2013). The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. *European journal of ageing, 10*(4), 353–361. https://doi.org/10.1007/s10433-013-0280-x

Ellison, F. et Saint-Jacques, N. (2023). *La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. Article de recherche*. Statistique Canada, nº 82-003-X au catalogue. https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202300100001-fra

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Perreault, M. et Caron, J. (2016). Variables Associated With Perceived Unmet Need for Mental Health Care in a Canadian Epidemiologic Catchment Area. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 67*(1), 78–85. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400363

Fleury, M.-J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H.-M., Huỳnh, C., Grenier, G., Pelletier, É. et Lesage, A. (2019). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux (numéro 31).* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf

Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. Dans K. L. White, J. Frenk, C. Ordóñez, Paganini, J. M. et Starfield B. (dir.), *Health Services Research : An Anthology* (pp. 842–855). Pan American Health Organization (PAHO).

GBD 2021 Forecasting Collaborators (2024). Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: A forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*, *403*(10440) : 2204-56.

Gosselin E., Simard M., Dubé M. et Sirois C. (2020). *Portrait de la polypharmacie chez les ainés québécois entre 2000 et 2016*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2679_portrait_polypharmacie_aines_quebecois.pdf

Gouvernement du Québec. (2025). *Politiques et orientations gouvernementales*. https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations#c36158

HEC Montréal. (2018). *Plan d'action en innovation sociale – Feuillet 2*. https://ideos.hec.ca/wp-content/uploads/2021/03/Feuillet-2-IDEOS-plan-daction2018.pdf

Horizons de politiques Canada (Horizons de politiques). (2024) Perturbations à l'horizon. https://horizons.service.canada.ca/fr/2024/perturbations/Perturbations_a_l-horizon_rapport_2024.pdf

Indigenous Peoples Rights International (IPRI). (2023). *Annual report 2023*. https://iprights.org/wp-content/uploads/2025/11/IPRI-2023_AnnualReport_English_final.pdf

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2019*. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-fr.pdf

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2014). *Fighting Cancer in Québec and in Ontario : A Patient-Centred Approach*. https://statistique.quebec.ca/en/fichier/fighting-cancer-in-quebec-and-in-ontario-a-patient-centred-approach.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017, 10 mai). *Élaboration et adaptation des guides de pratique.* Consulté le 13 février 2026 à l'adresse https://www.inesss.qc.ca/en/publications/publications/publication/elaboration-et-adaptation-des-guides-de-pratique-2.html

Institut national de santé publique (INSPQ). (s. d.). *Déterminants de la santé*. Consulté en janvier 2026 à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante

Institut national de santé publique (INSPQ). (2026). *Multimorbidité*. Consulté en février 2016, à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/indicateur/maladies-chroniques/multimorbidite

Institut national de santé publique du Québec (INPSQ). (2024). *Fiche Survie relative au cancer selon le siège. N° indicateur PNS : SP2-281.* Document non publié. Portail de l'Infocentre.

Institut national de santé publique (INSPQ). (2023). *Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) : 20 ans d'expérience, 20 ans de statistiques*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-12/3387-pqdcs-20-ans-experience-20-ans-statistiques.pdf

Institut national de santé publique (INSPQ). (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf

Janke, A. T., Melnick, E. R. et Venkatesh, A. K. (2022). *Hospital Occupancy and Emergency Department Boarding During the COVID-19 Pandemic. JAMA network open, 5*(9), e2 233 964. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2796859

Kessner, D. M., Kalk, C. E. et Singer, J. (1973). Assessing health quality-the case for tracers. *The New England journal of medicine, 288*(4), 189–194. https://doi.org/10.1056/NEJM197301252880406

Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F. et Savard, J.-F. (2015). *Analyse et pilotage des politiques publiques : France, Suisse, Canada*. Presses de l'Université du Québec.

Kittler, A. F., Wald, J. S., Volk, L. A., Pizziferri, L., Jagannath, Y., Harris, C., Lippincott, M., Yu, T., Hobbs, J. et Bates, D. W. (2004). The role of primary care non-physician clinic staff in e-mail communication with patients. *International journal of medical informatics, 73*(4), 333–340. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2004.02.004

Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. et Ruoranen, R. (2006). Innovation in healthcare : a systematic review of recent research. *Nursing science quarterly, 19*(1), 66–65. https://doi.org/10.1177/0894318405284129

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Anusiewicz, C.V., Martin, B., Alexander, M. et McHugh, M.D. (2021). Is hospital nurse staffing legislation in the public's interest? An observational study in New York State. *Medical Care*, 59(5), 444–450. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001519

Lauzière, L. (2011). *L'élaboration des lois et des règlements au Québec*. Université Laval. Chaire de rédaction juridique Louis-Philippe-Pigeon. https://www.redactionjuridique.chaire.ulaval.ca/sites/redactionjuridique.chaire.ulaval.ca/files/uploads/Documents%20divers/Lauziere-2011-Elaboration-lois-reglements-Quebec.pdf

Levesque, J. F. et Sutherland, K. (2020). Combining patient, clinical and system perspectives in assessing performance in healthcare: an integrated measurement framework. *BMC health services research, 20*(1), 23. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4807-5

Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis, LC 2019, c. 24, https://www.canlii.org/fr/ca/legis/lois/lc-2019-c-24/derniere/lc-2019-c-24.html.

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-32.0001

Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. E-20.002. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/E-20.002

Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. A-20.1.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-20.1.1

Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. 8. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C8F.PDF

Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels, RLRQ, c. 25. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2021/2021C25F.PDF

Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives, RLRQ, c. 15. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C15F.PDF

Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé, RLRQ, c. 6. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2020/2020C6F.PDF

Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. 31. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2024/2024C31F.PDF

Loi reportant l'entrée en vigueur de certaines dispositions de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services, RLRQ, c. 25. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2025/2025C39F.PDF

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ, c. A-2.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/a-2.1

Loi sur la fonction publique, RLRQ, c. F-3.1.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/F-3.1.1?cible=

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ, c. G-1.021. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, RLRQ, c. C-32.1.1 (à jour au 24 octobre 2025). https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-32.1.1

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS), c. G-1.021, https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021

Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, RLRQ, c. R-22.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-22.1

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, RLRQ, c. S-6.2. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2?&cible=

Loi visant à réglementer les sites de consommation supervisée afin de favoriser une cohabitation harmonieuse avec la communauté, RLRQ, c. 34. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2025/2025C34F.PDF

Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès, RLRQ, c. 26. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2024/2024C26F.PDF

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services, RLRQ, c. 25. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2025/2025C25F.PDF

Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins, RLRQ, c. 29. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2024/2024C29F.PDF

Long, M.J. (1994). *The Medical Care System : A Conceptual Model*. Health Administration Press.

Majone, G. (2009). Agenda Setting. Dans Goodin, R. E., Moran, M. et Rein, M. (Eds.), *The Oxford Hanbook of Public Policy* (p.228-250). Oxford Academic.

Martineau, J. T., Romy Godin, F., Badr, J., Castonguay, A., Cousineau, M., Després, P., Motulsky, A., Nikiema J. N., Petitgand, C. et Régis, C. (2022, mars). *Enjeux éthiques de l'IA en santé*. Observatoire international sur les impacts sociétaux de l'IA et du numérique. https://labtns.ca/wp-content/uploads/2023/09/2022-Enjeux-ethiques-de-lIA-en-sante.pdf

McGillis Hall, L., Doran, D., Baker, G. R., Pink, G. H., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L. et Donner, G. J. (2003). Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical care, 41*(9), 1096–1109. https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000084180.07121.2B

McGillis Hall, L., Doran, D. et Pink, G. H. (2004). Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 27-33. https://doi.org/10.1097/00001786-200401000-00007

McGillis Hall, L., Doran, D., Sidani, S. et Pink, L. (2006). Teaching and community hospital work environments. *Western Journal of Nursing Research*, 28(6), 710-725. https://doi.org/10.1177/0193945906287213

McGillis Hall, L. et Doran, D. (2007). Nurses' perceptions of hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 264-273. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00676.x

Michaud, P.-C., Clavet, N. J., Hébert, R., Navaux, J. et Raîche, M. (2023). *Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec*. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal. Commissaire à la santé et au bien-être. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Chaire_Jacques_Parizeau/CSBE-rapport_Projection_Soutienadomicile.pdf

Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. Toronto*. École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. http ://www.thecanadianfacts.org/

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). (2025). *État d'équilibre du marché du travail à court et moyen termes. Diagnostics pour 516 professions*. Édition 2024. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/rapport/Diagnostic_516_Professions_VF.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026a). *Performance du réseau de la santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec. Tableau de bord. Consulté en février 2026, à l'adresse. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOGIyZWI4NGQtN2FjZC00OGFjLTgwMWYtZmM3N2M3ZjYyNjU2IiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFlMjRiZTFhNzk5MiJ9

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026b). *Plan d'action de développement durable 2023-2028*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-733-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025a). *Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes. Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025b). *Cadre normatif du système MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière)*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-660-04W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025c). *Cadre normatif. Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ).* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-912-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025d). *Clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Annexe au cadre de référence visant les organismes à but non lucratif ayant une mission particulière*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-945-05W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025e). *Composition des équipes de soins infirmiers — milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Orientations ministérielles*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-945-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025f). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec. Guide. Tout le monde compte*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-846-20W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025g). *Des actions concrètes et novatrices pour aujourd'hui et demain. Plan d'action québécois sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs 2025-2030*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-829-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025h). *Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-406-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025i). *Guide de référence. Renseignements de santé et de services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-522-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025j). *Guide de pratique clinique. L'intérêt des enfants autochtones, le bien-être de leurs familles et des communautés : des concepts phares en protection de la jeunesse*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-839-04W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025k). *La prévention, c'est la santé. Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-04W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025l). *Le respect et la dignité au cœur des soins de fin de vie. Rapport sur l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie 2019-2024*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-828-11W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025m). *Les documents de politiques publiques : glossaire. Document d'orientation stratégique réalisé pour usage interne.* [document inédit].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025n). *Médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale. Qualité, continuité et sécurité à chaque étape de la trajectoire du patient. Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-902-11W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025o). *Orientations ministérielles relatives au programme d'accueil, d'orientation et d'intégration (PAOI) pour le personnel du programme-service Jeunes en difficulté*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-839-37W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025p). *Orientations ministérielles des services de protection et de suppléance rénale*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-928-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025q). *Orientations ministérielles relatives à la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC). Favoriser des services communautaires locaux ancrés dans une approche de proximité, en phase avec la réalité du territoire et des communautés qui le composent. Portrait et perspectives des services CLSC au Québec*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-24W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025r). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement. Pour passer d'un modèle réactif à un modèle proactif*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-824-11W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025s). *Outil d'aide à la rédaction. Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-107-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025t). *Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2024 – 2025. Bilan 2023-2024*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-action/PL_24-824-10W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025u). *Politique ministérielle concernant la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé et au mieux-être des personnes au travail*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-410-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025v). *Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-107-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025w). *Pour un Québec en santé, équitable et résilient. Programme national de santé publique 2025-2035*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025x). *Programme de soutien aux organismes communautaires. Cadre normatif*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-823-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025y). *Programmes pour premiers épisodes psychotiques. Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-914-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025z). *Rapport d'activités du Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2016. Activités réalisées d'avril 2023 à mars 2024 et perspectives 2024-2025*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-835-10W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025aa). *Relever les défis d'aujourd'hui et de demain. Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-829-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025bb). *Une passerelle vers un avenir en santé. Orientations ministérielles concernant les services de santé et les services sociaux offerts aux personnes réfugiées et en situation d'immigration semblable à leur arrivée au Québec*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-616-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025cc). *Utilisation appropriée de certaines substances désignées dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec. Orientations ministérielles*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-728-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024a). *Approche intégrée de proximité pour les personnes ainées. Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-830-22W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024b). *Cadre normatif sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence administrée par les établissements territoriaux de Santé Québec, Urgences-santé et les instances régionales*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-929-13W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024c). *Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-905-05W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024d). *Cadre normatif pour la gestion de l'identification de l'usager (GIU). Direction générale des technologies de l'information.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-715-08W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024e). *Cadre de référence en approvisionnement responsable.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-733-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024f). *Certification — Trousse globale de vérification (TGV)*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-715-38W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024g). *Clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Cadre de référence pour les établissements de santé et de services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-279-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024h). *Document d'orientation sur les rôles et les responsabilités en matière d'itinérance. Synthèse des consultations et des analyses*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-846-06W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024i). *Ensemble pour mieux soutenir le développement des enfants. Cadre de référence. Le Programme Agir tôt*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-864-06W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024j). *Fiche d'orientation pour le milieu carcéral : Accès à une aide technique ou un appareil médical en établissement de détention*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-865-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024k). *Guide pour la personne et ses proches. Demande anticipée d'aide médicale à mourir*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-828-06W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024l). *Guide de pertinence statistique en soutien à domicile. Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-704-10W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024m). *Guide des pratiques efficientes conduisant à la réduction du temps intrahospitalier passé par l'équipe des techniciens ambulanciers paramédicaux à l'urgence à la suite d'un transport ambulancier*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-924-25W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024n). *Itinérance hébergée au Québec. Rapport de l'exercice d'énumération du 23 avril 2024*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-846-10W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024o). *La fierté de vieillir. Plan d'action gouvernemental 2024-2029.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024p). *Les soins de fin de vie. Fonctions d'un groupe interdisciplinaire de soutien*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-828-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024q). *Les partenariats, gage de qualité en cancérologie. Plan d'action 2024-2026 du Programme québécois de cancérologie*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-902-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024r). *Organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques. Orientations ministérielles*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-12W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024s). *Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-929-14W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024t). *Orientations ministérielles pour l'élaboration du Plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence 2025-2030. Document de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-929-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024u). *Orientations sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux. À l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-864-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024v). *Plan triennal de déploiement de l'approche intégrée de proximité pour les personnes ainées. Mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes ainées dans leur communauté*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-41W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024w). *Plan directeur sur l'intelligence artificielle en santé 2024-2027*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-218-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024x). *Mémoire au conseil des ministres. Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027 et détermination du nombre de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour des étudiants de l'extérieur du Québec pour 2024-2025*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/24-25/2024-1619_memoire.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024y). *Politique sur la certification des logiciels de pharmacie communautaire (SIP-C)*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-715-54W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024z). *Politique sur la certification des dossiers médicaux électroniques (DMÉ). Dirigeant réseau de l'information du secteur de la santé et des services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-715-20W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024aa). *Pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale. Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-37W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024bb). *Reconnaître les personnes proches aidantes comme partenaires pour mieux les soutenir. Cadre de référence pour le réseau de la santé et des services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-835-17W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024cc). *Réduction du temps intrahospitalier passé par l'équipe des techniciens ambulanciers paramédicaux à l'urgence à la suite d'un transport ambulancier. Orientations ministérielles*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-924-23W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024dd). *Revenir à l'essentiel. Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024ee). *Soutien d'intensité variable (SIV). Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-05W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024ff). *Suivi intensif dans le milieu (SIM). Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-914-25W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024gg). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées – 2017-2022*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/version-accessible/plan-mfa-2017-2022/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023a). *Programme québécois de scellants dentaires à l'école primaire et secondaire (PQSD) – Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-231-20W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023b). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023c). *Cadre normatif du fichier des naissances — K29.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-202-07W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023d). *Favoriser la bientraitance envers toute personne ainée, dans tous les milieux, dans tous les contextes. Cadre de référence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-42W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023e). *Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2023-2024. Bilan 2022-2023.* https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-action/PL_23-824-08W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023f). *Plan stratégique 2023–2027*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023g). *Point de service local. Cadre de référence pour les établissements de santé et de services sociaux.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-279-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022a). *Plus humain, plus performant. Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-210-216F.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022b). *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021a). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021b). *Reconnaître pour mieux soutenir. Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021c). *S'allier devant l'itinérance. Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021d). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-836-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017a). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017b). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017c). *Plan d'action de développement durable 2016-2020*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-action/PL_16-733-01W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-914-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement. Rapport du directeur national de santé publique 2024*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-228-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf

Ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs (MELCCFP). (2023). *Stratégie gouvernementale de développement durable 2023-2028*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/environnement/publications-adm/developpement-durable/strategie-gouvernementale/strategie-gouv-developpement-durable-2023-2028.pdf

Morin-Martel, F. (2025, janvier). Québec reporte le projet de faire des CLSC la porte d'entrée principale pour les ainés. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/actualites/sante/950211/quebec-reporte-projet-faire-clsc-porte-entree-principale-aines

Murray, C. J. et Evans, D. B. (2003). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9241562455

National Health Service in England (NHS) Institute for Innovation and Improvement. (2005). *Improvement Leaders' Guide Improving flow Process and systems thinking.* https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/ILG-2.3-Improving-Flow.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (s.d.). *Principles for putting evidence-based guidance into practice*. Consulté en décembre 2025, à l'adresse https://intopractice.nice.org.uk/principles-putting-evidence-based-guidance-into-practice/index.html?utm

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Chapter 39 Bed occupancy. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. NICE guideline 94*. https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704

Neill, G., Tremblay, M.-E., Végiard, S., Lavoie, A et Moisan. K. (2007). *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007 : description et méthodologie*. Institut de la statistique du Québec. https://statistique.quebec.ca/en/fichier/enquete-sur-la-satisfaction-des-usagers-a-legard-des-services-de-sante-et-des-services-sociaux-du-quebec-2006-2007-description-et-methodologie.pdf?utm_source=chatgpt.com

NosSoins. (2025). *Le système de soins primaires du Canada est-il à la hauteur ? Conclusions tirées du Sondage national NosSoins 2025*. https://online.fliphtml5.com/sgdvg/otbc/#p=1

Nolte, E. et McKee, M. (2004). Does healthcare save lives ? *Avoidable mortality revisited. Research report*. Nuffield Trust.

Nolte, E. et McKee, M. (2003). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*, 327(1129). https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1129

Office québécois de la langue française (OQLF). (s. d.). *Variation en genre et en nombre du complément du nom « cadre »*. Consulté en février 2026, à l'adresse https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/22899/la-grammaire/le-nom/nombre-des-noms-dans-certains-emplois/nom-complement-dun-autre-nom/variation-en-genre-et-en-nombre-du-complement-du-nom-cadre

Office québécois de la langue française. OQLF. (2018). *Circulaire gouvernementale – Fiche terminologique (26546402)*. Consulté en février 2026, à l'adresse https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26546402/circulaire-gouvernementale

Office québécois de la langue française (OQLF). (2006). *Plan d'action – Fiche terminologique (8365249)* dans Vitrine linguistique. Consulté en février 2026, à l'adresse https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8365249/plan-daction

Office québécois de la langue française (OQLF). (1985). *Accord-cadre*. https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/9897265/accord-cadre https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26509930/accord-cadre

Office québécois de la langue française (OQLF). (1986). *Entente-cadre*. https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/17040283/entente-cadre

Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research, 17*(4), 460–469. https://doi.org/10.2307/3150499

Omachonu, V.K. et Einspruch, N.G. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15*(1), 1-12. https://innovation.cc/wp-content/uploads/2010_15_1_2_omachonu_healthcare-delivery.pdf

Organisation de coopération et de développement (OCDE) (2023). *Panorama de la santé 2023. Les indicateurs de l'OCDE*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/5108d4c7-fr.pdf

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2018), *Débattre des enjeux : Complexité et action publique*. Les essentiels de l'OCDE. Éditions OCDE. http ://dx.doi.org/10.1787/9789264301672-fr

Organisation for economic Co-operation and Development (OECD) OECD/European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle.* https://doi.org/10.1787/507433b0-en.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024). *Classification des interventions, des services et des applications numériques dans le domaine de la santé. Un langage commun pour décrire les diverses utilisations de la technologie numérique dans le domaine de la santé, deuxième édition*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ab4d045a-6e1f-491d-86b0-696c6e77ea35/content

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A. et Figueras, J. (Eds). (2022). *Health system performance assessment: a framework for policy analysis.* World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/

Parandeh, A., Khaghanizade, M., Mohammadi, E. et Mokhtari Nouri, J. (2014). Factors influencing development of professional values among nursing students and instructors: a systematic review. *Global journal of health science, 7*(2), 284–293. https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p284

Projet de loi nº 2, *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services,* 43e lég. (Qc), 2e sess., 2025.

Projet de loi nº 15 — *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions principalement afin d'alléger les processus réglementaires du système professionnel et d'élargir certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux*, 43e lég. (Qc), 1re sess., 2024.

Projet de loi nº 16, *Loi reportant l'entrée en vigueur de certaines dispositions de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services*, 43e lég. (Qc), 2e sess., 2025

Projet de loi nº 106, *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux*, 43e lég. (Qc), 1re sess., 2025.

Rajan, D., Papanicolas, I., Karanikolos, M., Koch, K., Roher-Herold, K., Rechel, B., Greenley, R., Lessof, S. et Figueras, J. (Dir). (2023). *Health system performance assessment: A renewed global framework for policy-making.* World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-renewed-global-framework-for-policy-making

Reid, H. et Simon, R. (2023). *Dictionnaire de droit québécois et canadien, 6e édition*. Wilson &. Lafleur. https://www.librairiewilsonlafleur.com/produit/dictionnaire-droit-quebecois-canadien-wilson-lafleur/

Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L. et Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *Annals of Medicine, 51*(Suppl 1), 204. https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164

Saltman, R. B. et Ferroussier-Davis, O. (2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization, 78*(6), 732–739.

Santé publique Ontario. (2018). *Manuel de soutien au processus d'élaboration de politiques*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/s/2018/supporting-policy-making.pdf?la=fr

Santé Québec. (2025). *Planification stratégique 2025–2028. Prendre soin des gens. Aller de l'avant*. https://sante.quebec/inc/documents/plan_strategique-complet.pdf

Santé Québec (2024). *Inventaire immobilier. Données du 31 décembre 2024*. [Document inédit].

Secrétariat du Conseil du trésor (SCT). (2019). *Guide d'élaboration des politiques publiques. Guide*. https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_elaboration_politiques_publiques.pdf

Secrétariat du Conseil du trésor (SCT). (2009). *Cadre de gestion de l'Administration gouvernementale. Plan stratégique*. Consulté en février 2026, à l'adresse https://www.tresor.gouv.qc.ca/performance-de-letat/cadre-de-gestion-de-ladministration-gouvernementale/plan-strategique

Sewerin, S. (2020). Understanding complex policy mixes : conceptual and empirical challenges. Dans Capano, G. et Howlett, M. (Eds.). *A Modern Guide to Public Policy*. https://doi.org/10.4337/9781789904987.00021

Smith, P. C., Sagan, A., Siciliani, L., Panteli, D., McKee, M., Soucat, A. et Figueras, J. (dir.). (2020). *Building on value-based health care: Towards a health system perspective.* European Observatory on Health Systems and Policies. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33844486/

Société canadienne du cancer (SCC). (2026). *Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer*. Consulté en janvier 2026, à l'adresse https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/cancer-statistics-at-a-glance?gad_source=1&gad_campaignid=18576201069&gclid=CjwKCAiAvaLLBhBFE iwAYCNTf8lxF7v Danp24ihGf4jJdtjw24aipTRQx4ElqvuGbAZapR_ 8KZIkqRoCG6sQAvD_BwE

Straten, G. F., Friele, R. D. et Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social science & medicine (1982), 55*(2), 227–234. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00163-0

Swanson, D., Barg, S., Tyler, S., Venema, H. D., Tomar, S., Bhadwal, S., Nair, S., Roy, D. et Drexhage, J. (2009). Seven Guidelines for Policy-making in an Uncertain World. Dans *Creating Adaptive Policies. A guide for policy-making in an uncertain world* (pp. 12-24). Sage Publications. https://sk.sagepub.com/book/edvol/creating-adaptive-policies/chpt/seven-guidelines-policymaking-an-uncertain-world#text-section-0-0

Tenant, M. (2016). Hausse des dépenses de santé. Quel rôle joue le vieillissement démographique? *Médecine/Sciences, 36* (2), pp.204-210. https://doi.org/10.1051/medsci/20163202015

Thiebaut, G-C., Lavoie, C., Labrecque-Pégoraro, S. et Maillet, L. (2020). *Pour des trajectoires de soins et de services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure.* Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHU. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Pour_des_trajectoires_de_soins_et_de_services_performantes__Un_outillage_pour_l%E2%80%99analyse_et_la_mesure.pdf

Tremblay, D., Touati, N., Poder, T., Vasiliadis, H. M., Bilodeau, K., Berbiche, D., Denis, J. L., Pomey, M. P., Hébert, J., Roch, G., Prady, C. et Lévesque, L. (2019). Collaborative governance in the Quebec Cancer Network: a realist evaluation of emerging mechanisms of institutionalization, multi-level governance, and value creation using a longitudinal multiple case study design. *BMC health services research, 19*(1), 752. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4586-z

United Nations Environment Programme (UNEP). (2024). *Navigating New Horizons : A global foresight report on planetary health and human wellbeing*. https://wedocs.unep.org/20.500.11822/45890

US AID. (2014). *Ressource guide. Implementation Barriers*. https://www.studocu.com/in/document/visva-bharati-university/principles-of-integrated-pest-management/272-implementation-barriers-resource-guide/86490172

Van der Schee, E., Groenewegen, P. P. et Friele, R. D. (2006). Public trust in health care: a performance indicator? *Journal of health organization and management, 20*(5), 468–476. https://doi.org/10.1108/14777260610701821

Walker, R.M. (2008). An Empirical Evaluation of Innovation Types and Organizational and Environmental Characteristics: Towards a Configuration Framework, *Journal of Public Administration Research and Theory, 18*(4), 591–615, https://doi.org/10.1093/jopart/mum026

Wilkes, L., Cioffi, J., Warne, B., Harrison, K. et Vonu-Boriceanu, O. (2008). Clients with chronic and complex conditions: their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing, 17*(7b), 160-168. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02454.x

World Health Organization (WHO) (2009). *Surgical Safety Checklist*. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf

World Health Organization (WHO) (2021). *From value for money to value-based health services: a twenty-first century shift.* https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7e1dae8e-f69a-40dc-b49f-c80bc8705056/content

Wong, S., Poitras, M. E., Morin, A., Tremblay-Vaillancourt, V. et Fournier, A. (2024). *Patient-Reported Indicators Methods of Data Collection and Strategies to Support Data Gathering. Report on the Findings Gathered at the PaRIS OECD Strategic Planning Meeting 2024.* https://cpcrn-rcrsp.ca/wp-content/uploads/2025/07/OECD-Report-2024-final.pdf

CSBE
Commissaire
à la santé et
au bien-être