

**DE :** Monsieur Christian Dubé  
Ministre de la Santé

Le 17 mars 2023

Monsieur Lionel Carmant  
Ministre responsable des Services sociaux

Madame Sonia Bélanger  
Ministre déléguée à la Santé et aux Aînés

---

**TITRE :** Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

---

## **PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC**

---

### **1- Contexte**

La Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (1991, chapitre 42) a été adoptée le 28 août 1991. Cette loi a donné lieu à la création de régies régionales de la santé et des services sociaux, devenues des agences régionales en 2005, et à une décentralisation des pouvoirs vers ces dernières.

Le 17 décembre 2003, deux lois ont été adoptées et ont teinté l'environnement de la santé et des services sociaux. La première est la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21). Cette loi est venue instituer un nouveau mode d'organisation des services par la création des centres de santé et de services sociaux (ci-après « CSSS »). Les regroupements effectués visaient à améliorer l'état de santé des populations en assurant une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des services. La seconde est la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (2003, chapitre 25). Cette loi a entre autres introduit la négociation de certaines matières définies à l'échelle locale ou régionale. Or, cette négociation n'a pas donné les résultats escomptés et a plutôt amené des situations où les matières locales ont servi de leviers de négociation plutôt que de servir les intérêts réels du personnel, comme l'organisation du travail, la difficulté à mettre en place des quarts de travail de 12 heures ou des horaires autogérés.

En 2015, le système de santé et de services sociaux a de nouveau fait l'objet d'une modification de sa gouvernance. Le 5 février 2015, avec l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) (ci-après « LMRSSS »), le réseau

de la santé et des services sociaux (ci-après « RSSS ») est passé de trois à deux paliers de gouvernance, et ce, en abolissant les agences régionales.

Sommairement, la LMRSSS modifiait l'organisation du RSSS par l'intégration régionale des services et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques. Ainsi, elle proposait la création d'un unique établissement réunissant toutes les missions des établissements de santé et de services sociaux pour chaque région sociosanitaire, issu de la fusion de l'agence régionale et des établissements publics de la même région. Des particularités avaient été prévues pour certaines régions en raison de leur réalité géographique, démographique et socioculturelle.

Les modifications législatives visaient à instaurer une nouvelle gouvernance du RSSS, qui a été perçue comme centralisatrice, notamment autour des pouvoirs du ministre. Cette loi confiait la direction des nouveaux établissements à un président-directeur général (ci-après « PDG ») nommé par le ministre et appuyé dans ses fonctions par un président-directeur général adjoint (ci-après « PDGA »).

Le RSSS comprend 34 établissements publics, dont treize centres intégrés de santé et de services sociaux (ci-après « CISSS »), neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (ci-après « CIUSSS »), sept établissements non fusionnés et cinq établissements desservant une population nordique et autochtone.

Les fonctions et les responsabilités qui étaient dévolues aux agences régionales ont été partagées, d'une part, entre le ministre et, d'autre part, entre les établissements issus de la fusion d'établissements publics d'une région avec l'agence de la même région.

Les mesures prévues dans la LMRSSS auraient initialement dû être prévues par des modifications législatives, notamment à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) (LSSSS). En raison de différentes contraintes, l'option de rédiger une loi interprétative de la LSSSS, qui se voulait temporaire jusqu'à une prochaine réforme du système de santé et de services sociaux, en l'occurrence la LMRSSS, a été privilégiée.

## **2- Raison d'être de l'intervention**

Depuis 30 ans, plusieurs rapports ont proposé des solutions aux enjeux du système de santé et de services sociaux, particulièrement quant à la gouvernance et à l'importance d'effectuer un changement de culture dans le RSSS. En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, sous la présidence de Michel Clair, mentionnait dans son rapport « Les solutions émergentes : rapport et recommandations » que « l'approche populationnelle, la revalorisation de la gestion et le rapprochement des lieux de décision des populations touchées sont autant de principes qui sous-tendent nos recommandations en matière de gouverne »<sup>1</sup>.

---

1. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. Les solutions émergentes : rapport et recommandations, p. VI.

Dans son rapport d'avril 2021, la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, présidée par Régine Laurent, soulignait combien « l'offre de service, telle que déployée actuellement, ne permet pas de rejoindre, de mobiliser et de soutenir adéquatement des familles en difficulté avec l'intensité nécessaire pour éviter des trajectoires en protection de la jeunesse »<sup>2</sup>. Les recommandations formulées invitent ainsi à une grande transformation, de manière concertée, afin de briser les silos pour assurer un cercle de bienveillance autour des enfants du Québec.

En juin 2022, le gouvernement du Québec a adopté la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence à la suite des travaux du Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence. Cette politique précise la nécessité de revoir certains éléments de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) (ci-après « LSPU »), plus particulièrement en lien avec des éléments de gouvernance.

La pandémie a accentué et mis en lumière les limites et vulnérabilités existantes du RSSS. En novembre 2021, la Protectrice du citoyen, Marie Rinfret, déposait un rapport spécial « La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie ». Ce rapport a fait ressortir concrètement des facteurs ayant contribué à la crise dans plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (ci-après « CHSLD »), par exemple la pénurie de personnel, la méconnaissance de celui-ci en matière de prévention et contrôle des infections ainsi que l'absence d'une gouvernance locale. La Protectrice du citoyen recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après « MSSS ») « de mettre en place différents outils au regard de la mission fondamentale du système de santé en matière d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées, en tout temps comme en période de crise »<sup>3</sup>.

En août 2020, la Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après « CSBE »), Joanne Castonguay, a été mandatée par le gouvernement pour évaluer la performance du système de santé et de services sociaux eu égard à la prestation des services de santé et des services sociaux, plus spécifiquement sur la dispensation des soins ainsi que des services d'hébergement aux aînés par les établissements de santé et de services sociaux publics et privés, incluant à ceux qui sont hébergés dans une installation maintenue par un établissement privé conventionné ou non conventionné, à ceux qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire ou par une ressource de type familial ou à ceux qui résident dans une résidence privée pour aînés, en telle situation (décret numéro 861-2020 du 19 août 2020 et décret numéro 801-2021 du 8 juin 2021). Publié le 19 janvier 2022, le rapport final « Le devoir de faire autrement » (ci-après « Rapport Castonguay ») a montré que les fragilités du système de santé et de services sociaux déjà présentes avant la crise sanitaire de la COVID-19 ont été mises en relief par celle-ci. Dans ce rapport, la CSBE préconise que le MSSS passe « d'un ministère qui agit comme opérateur d'un système de production à un ministère qui assure une gouvernance axée sur la valeur des soins et services pour la collectivité »<sup>4</sup>.

---

2. Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. 2021. Instaurer une société bienveillante pour nos jeunes et nos enfants. , p. 103.

3. Protecteur du citoyen. 2021. Rapport spécial : La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. p. 13

4. Commissaire à la santé et au bien-être. 2022. Le devoir de faire autrement : Résumé exécutif, p. 8.

En mars 2022, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, a déposé sa vision des changements nécessaires en santé avec le « Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé » (ci-après « Plan santé »)<sup>5</sup> où il présente l'aspiration d'avoir un système de santé plus humain et plus performant pour un meilleur accès aux soins pour les patients. Le Plan santé s'inscrit dans une réelle démarche de gestion du changement et propose d'amorcer un virage majeur dans l'organisation des soins de santé au Québec et vise à offrir à tous une expérience usager axée sur l'accessibilité, la qualité des soins ainsi que la création de valeur pour les usagers. La création de valeur sous-entend, comme l'a présentée le Rapport Castonguay, que la dispensation des services de santé et des services sociaux soit en accord avec ceux de ces services qui sont importants pour la population, et ce, en fonction des ressources consenties pour les atteindre. Ce rapport donne des balises aux changements qui devraient être apportés, notamment quant à la gouvernance du RSSS. La pandémie a aussi démontré l'importance d'éliminer les silos entre les établissements quant à l'organisation de soins cliniques ainsi qu'en matière de ressources humaines, d'approvisionnement et d'acquisitions.

Depuis la diffusion du Plan santé, et au fil de la gestion de la pandémie, plusieurs initiatives ont été mises de l'avant pour doter le Québec d'un continuum de soins et de services sociaux plus performant et plus agile. À titre d'exemples :

- le développement et la diffusion de tableaux de bord de gestion, assurant une transparence dans les données de gestion du RSSS;
- la mise en place de guichets d'accès à la première ligne (GAP);
- le déploiement de la ligne 811 pédiatrique et de l'initiative « un appel, un service »;
- les actions et mesures découlant de la cellule de crise sur les urgences;
- le déploiement du programme Agir tôt qui permet de repérer les vulnérabilités des enfants de manière précoce et d'accompagner les parents;
- la réforme de la Loi sur la protection de la jeunesse;
- la place grandissante de la téléconsultation;
- la mise en place d'un gestionnaire responsable dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée.

En mai 2022, le rapport d'enquête de la coroner M<sup>e</sup> Géhane Kamel sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 a été rendu public<sup>6</sup>. Il comprend des recommandations à l'intention du gouvernement, du MSSS et du RSSS. Certaines d'entre elles recourent les principaux constats du Rapport Castonguay, notamment quant à l'introduction du principe de précaution dans toute démarche d'évaluation et de gestion des risques et quant au retour d'une gestion de proximité et d'une plus grande imputabilité des gestionnaires.

---

5. Gouvernement du Québec. 2022. Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé.

6. Bureau du coroner. 2022. Rapport d'enquête pour la protection de la vie humaine, concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec.

Le rapport de la sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, Dominique Savoie, « Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux » (ci-après « Rapport Savoie »), publié en juin 2022, présente les principaux défis rencontrés en matière de gouvernance. Bien que la réforme du RSSS par la LMRSSS, en 2015, visait un changement rapide menant vers une véritable intégration des services et que cela a permis certaines avancées, elle a également généré, selon le Rapport Savoie, des difficultés provoquées par l'abolition des gestionnaires de proximité. Toujours selon ce rapport, l'intégration des installations en centres intégrés a entraîné une certaine démobilitation et est venue engendrer des délais importants quant à la prise de décision quotidienne<sup>7</sup>.

Ainsi, les problèmes perdurent au-delà de la réforme réalisée en 2015. Certains se sont même accentués en contexte de pandémie. Le Rapport Savoie note que :

- « Les autorités centrales demeurent trop engagées dans la gestion courante des opérations.
- Les gestionnaires sur le terrain n'ont pas assez d'autonomie et d'imputabilité.
- La présence aléatoire d'un gestionnaire imputable, selon les établissements et les installations, limite la gestion de proximité et éloigne la prise de décision du terrain.
- L'absence de leviers ou de marge de manœuvre suffisante nuit à la réponse aux besoins spécifiques des populations. La lourdeur sur le plan de la gouvernance ne favorise pas une réponse rapide sur le terrain.
- L'absence de mécanisme formel de régulation des services des régions urbaines amène de la compétition entre les établissements ou une rupture de soins interétablissements.
- Les établissements non fusionnés contribuent à l'offre de services de façon inégale.
- Les difficultés d'accès à une information de qualité en temps opportun, en raison notamment du manque d'uniformité dans certaines pratiques. »<sup>8</sup>.

Ainsi, selon le Rapport Savoie, la gouvernance doit « se renouveler sous la forme d'une évolution naturelle du système, de manière à corriger certaines lacunes persistantes »<sup>9</sup>. En ce sens, il y est recommandé de :

- « **Recommandation 1** : Rapprocher les décisions liées à l'organisation et à la fluidité des soins et des services le plus près possible du terrain, en favorisant une gestion de proximité et une organisation clinique et médicale locale.
- **Recommandation 2** : Être à l'écoute des usagers et évaluer leur satisfaction afin de proposer des actions concrètes pour améliorer les soins et les services (par exemple : sonder en temps réel, aux différentes étapes des parcours de soins).

---

7. Gouvernement du Québec. 2022. Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, p.12.

8. Gouvernement du Québec. 2022. Rapport final : Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux, p. 12.

9. *Ibid*, p. 12.

- **Recommandation 3** : Mandater le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pour accompagner le MSSS et le RSSS dans une démarche de gestion du changement axée sur la création de valeur pour les usagers, notamment en matière d'accessibilité et d'efficience des soins et des services.
- **Recommandation 4** : Être à l'écoute des employés au regard des actions concrètes qui pourront améliorer l'accès et la qualité des soins et des services et par rapport à leur propre satisfaction au travail.
- **Recommandation 5** : Recentrer le rôle du MSSS sur le « *Quoi* » et celui des établissements sur le « *Comment* » et évaluer la possibilité de regrouper certaines fonctions.

Le MSSS devrait notamment assumer les rôles et responsabilités suivantes :

- Élaborer les politiques, les stratégies et les orientations;
- Déterminer les cibles, les objectifs et les résultats à atteindre;
- Procéder à l'évaluation et l'appréciation de la performance des programmes;
- Rendre compte de l'atteinte des cibles, des résultats et de l'évaluation de la performance auprès des instances centrales;
- Assurer les liens et les relations interministérielles et intergouvernementales;
- Assurer l'encadrement législatif et réglementaire.

Les établissements devraient notamment assumer les rôles et responsabilités suivantes :

- Offrir et organiser les services de santé et les services sociaux;
- Mettre en œuvre les moyens pour atteindre les objectifs d'amélioration de ses services;
- Rendre compte de l'atteinte des résultats au regard des objectifs fixés sous ses responsabilités;
- Assurer le suivi budgétaire des opérations et voir au contrôle des coûts dans le respect des orientations.

Saisir l'occasion de regrouper certaines fonctions transversales au sein du réseau :

- Grands projets informatiques et cliniques, gestion du parc immobilier et certaines fonctions transversales qui demeurent à identifier.
- **Recommandation 6** : Créer une instance formelle de coordination et de supervision pour optimiser l'accès aux soins de santé et aux services sociaux et en améliorer la fluidité.

Cette instance devrait notamment assumer les rôles et les responsabilités suivantes :

- Veiller à ce que les mécanismes de référence et de coordination régionaux et interrégionaux soient établis et fonctionnels afin d'assurer un accès équitable aux soins et services;

- Prévoir une coordination spécifique pour la grande région de Montréal (514-450) afin de favoriser la fluidité et la continuité des soins et services aux usagers, notamment au regard de la gestion des niveaux de soins alternatifs (NSA);
- Déterminer et mettre en place une formule de soutien pour les régions éloignées, notamment au regard des difficultés liées à la main-d'œuvre;
- Coordonner les opérations avec l'appui des dirigeants des établissements »<sup>10</sup>.

En somme, plusieurs des rapports produits par différents experts au cours des dernières années ont fait ressortir différentes difficultés du RSSS, lesquelles sont souvent étroitement liées à sa configuration et à la rigidité des règles qui le régissent. Toujours présentes, ces difficultés portent sur les sujets suivants :

- l'accès aux services de santé et aux services sociaux;
- la pénurie de main-d'œuvre;
- le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins de celle-ci;
- le manque de diligence et de capacité en ressources pour répondre aux problèmes sur le terrain;
- la désuétude des systèmes d'information;
- l'accès difficile aux données.

La LSSSS et la LMRSSS ne permettent pas d'avoir une vision claire du fonctionnement du système de santé et de services sociaux, notamment pour les nombreux acteurs du RSSS, puisque ces deux lois doivent, en tout temps, être lues conjointement.

### **3- Objectifs poursuivis**

À la lumière des problématiques ci-dessus exposées, il est souhaité d'offrir un RSSS plus efficace aux usagers et aux employés. En ce sens, il faudra opérer un changement de culture important afin de faire évoluer la gouvernance du RSSS en adoptant notamment un mode de gestion à échelle humaine. Il est visé de :

- renforcer la coordination au sein du RSSS pour favoriser la fluidité des services de santé et des services sociaux;
- améliorer l'agilité en matière de relations de travail notamment en assurant une plus grande cohérence des conditions de travail des personnes salariées du RSSS;
- améliorer la qualité des services et l'expérience usager grâce à un meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux, en mettant au premier plan la satisfaction des usagers et la création de valeur;

---

10. *Ibid*, p. 34.

- décentraliser la prise de décision tout en favorisant l'imputabilité des gestionnaires et la performance des établissements;
- privilégier la gestion de proximité entre les cadres et leurs équipes opérationnelles;
- simplifier les processus en donnant plus d'autonomie et plus d'agilité au RSSS grâce à des allègements administratifs, notamment en faisant en sorte que des activités administratives et de soutien sans valeur ajoutée du point de vue clinique soient prises en charge centralement.

Ce rapprochement du terrain optimiserait la prise de décision opérationnelle et décentraliserait l'encadrement et le suivi des activités cliniques et médicales. Cela entraînerait aussi une plus grande efficacité en dégageant les ressources de certaines activités administratives.

Cette décentralisation permettrait aux gestionnaires des établissements de se rapprocher et de se concentrer sur leurs équipes opérationnelles afin d'identifier et de déployer des solutions pour améliorer la coordination des services de proximité selon les besoins particuliers des territoires et des installations.

Les bonnes pratiques des établissements qui ont démontré leur efficacité, notamment en matière d'organisation du travail, pourraient plus facilement être mises en commun et seraient rendues accessibles à l'ensemble des employés, optimisant leur influence dans la prise de décision au regard de leur environnement de travail.

Par ailleurs, depuis l'adoption de la LSPU, le Québec a fait le choix de placer le préhospitalier comme une extension de l'urgence afin d'apporter les soins appropriés à la population. Cependant, force est de constater qu'il reste des éléments importants qui nuisent au continuum de services de santé. Il est souhaité d'améliorer la gouvernance du système préhospitalier d'urgence, notamment par l'amélioration de l'encadrement législatif, opérationnel et clinique, particulièrement en lien avec les centres de communications santé et le territoire de Montréal et de Laval.

De surcroît, il est visé de simplifier l'univers législatif du domaine de la santé et des services sociaux. À terme, l'atteinte des objectifs offrirait un RSSS plus efficace aux usagers et aux employés, ce qui fera sens avec les valeurs de la société québécoise.

Au regard des enjeux de gouvernance, le Québec ne fait pas exception aux autres pays industrialisés qui ont un système de santé universel. En fait, tous cherchent à le renouveler, le transformer et l'optimiser, et ce, afin de préserver ce choix fait collectivement. La France en est un exemple et poursuit, par sa réforme annoncée le 6 janvier 2023, des objectifs semblables aux nôtres, en dégageant du temps de médecin pour les usagers et en visant ainsi à améliorer l'accès et l'expérience usager.



## **4- Proposition**

### **4.1. Introduction**

#### **4.1.1. Objet de la loi**

Dans le respect des principes d'universalité, d'accessibilité, de gratuité, d'équité et de qualité des soins, pour favoriser et simplifier l'accès aux services de santé et aux services sociaux, pour contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services de santé et des services sociaux et à la création de valeur pour les usagers et pour accroître l'efficience et l'efficacité au sein du RSSS, il est proposé d'édicter une nouvelle loi relative aux services de santé et aux services sociaux, et ce, par la présentation d'un projet de loi intitulé « Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ».

Comme son titre l'indique, ce projet de loi aurait pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la dispensation des services.

À cette fin, le projet de loi proposé prévoit de :

- instituer Santé Québec et la charger entre autres d'offrir des services de santé et de services sociaux par l'entremise d'établissements publics, ainsi que d'encadrer et de coordonner l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires;
- établir des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettraient une gestion de proximité et favoriseraient une plus grande fluidité des services.

Afin d'optimiser les résultats sur le plan de la santé et du bien-être des Québécoises et des Québécois, en conformité avec leurs valeurs et en considérant les ressources limitées, la proposition vise, sur le plan opérationnel, à :

- décentraliser la gestion du système de santé et de services sociaux;
- répondre de manière diligente et avec une capacité accrue aux besoins du RSSS;
- rendre le RSSS plus efficace pour une plus grande satisfaction de ses usagers et ses employés;
- simplifier l'organisation et la gouvernance du RSSS;
- mieux définir les rôles et responsabilités de chaque intervenant dans le RSSS;
- renforcer l'imputabilité ainsi que la gestion de proximité des dirigeants du RSSS.

En résumé, Santé Québec serait au service des installations. La mise en œuvre du projet de loi permettrait de confier à Santé Québec l'exercice d'activités jugées courantes et opérationnelles aux fins de la gestion du RSSS, jusqu'alors assumées par le ministre de la Santé. Incidemment, les responsabilités du ministre seraient revues afin d'être axées sur l'élaboration de programmes, de politiques et de stratégies, sur la détermination de

grandes orientations en fonction des objectifs poursuivis par le gouvernement, sur les relations avec les partenaires gouvernementaux et intergouvernementaux ainsi que sur l'appréciation de la performance. La proposition vise à outiller Santé Québec pour favoriser une offre en continu de services de santé et de services sociaux sécuritaires, de qualité et à valeur ajoutée, accessibles et répondant aux besoins des usagers. Elle aurait un impact favorable sur les conditions de travail du personnel du RSSS puisqu'au sein d'une même organisation, les actions seraient davantage intégrées et cohérentes entre elles, ce qui permettrait une plus grande fluidité des activités menées dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi qu'une meilleure agilité pour la réalisation des différentes opérations requises dans le domaine.

Avec l'institution de Santé Québec, des changements seraient également apportés à la LSPU, qui auraient un impact positif et concret sur le fonctionnement du système préhospitalier d'urgence, notamment par l'amélioration de l'encadrement législatif, opérationnel et clinique des centres de communications santé et pour le territoire de Montréal et de Laval.

#### **4.1.2. Établissements de santé et de services sociaux**

À l'instar de ce que le droit actuel prévoit, le projet de loi prévoit qu'un établissement de santé et de services sociaux sera public ou privé.

##### **4.1.2.1. Établissements publics**

C'est par l'entremise des établissements publics que Santé Québec réaliserait sa mission d'offrir les services de santé et les services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires.

Actuellement, les établissements publics du RSSS sont les CISSS et CIUSSS et les établissements non fusionnés. De plus, il existe actuellement des établissements regroupés qui sont également des établissements publics, mais dont la structure organisationnelle est celle du CISSS et CIUSSS auquel ils sont regroupés et dont les affaires sont administrées par les conseils d'administration (ci-après « CA ») de tels CISSS et CIUSSS. Également, il existe actuellement cinq établissements publics qui desservent une population nordique et autochtone.

Quant aux CISSS et CIUSSS, et aux établissements non fusionnés, ceux-ci seraient intégrés à Santé Québec et en deviendraient des unités administratives.

Pour ce qui est des établissements regroupés, ceux-ci demeureraient des personnes morales, mais qui seraient regroupées avec Santé Québec et non intégrées à Santé Québec.

Enfin, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, qui est un établissement public et qui est actuellement visé par la partie IV.2 de la LSSSS, serait intégré à Santé Québec. Il s'agirait du seul établissement public desservant une population nordique qui serait ainsi visé par le projet de loi. En effet, le projet de loi ne

trouvera pas application sur le territoire des autres établissements nordiques, qui ont vocation à desservir une population autochtone, tel qu'il appert de la section 4.1.4 du présent mémoire.

Un établissement public serait territorial ou autre que territorial, sauf les établissements regroupés pour qui cette distinction ne s'appliquerait pas.

Un établissement territorial correspondrait à ce qui est actuellement un CISSS, CIUSSS ou le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et deviendrait une unité administrative de Santé Québec. En plus d'assurer la prestation de services de santé et de services sociaux, ce type d'établissement serait responsable des territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région et devrait ainsi mobiliser les intervenants de ces territoires dans une optique de responsabilité populationnelle.

Par ailleurs, un établissement non fusionné, une fois intégré à Santé Québec et devenu une unité administrative de celle-ci, serait appelé « établissement autre que territorial ». Comme c'est le cas actuellement, ces établissements n'exploiteraient pas de centre local de services communautaires ni de centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Enfin, précisons que cette distinction entre un établissement territorial ou autre que territorial ne s'appliquerait pas en soi à un établissement regroupé avec Santé Québec, mais la structure organisationnelle d'un établissement regroupé serait celle de l'établissement territorial tenu d'offrir ses services sur le territoire du réseau local de services (RLS) sur lequel il se trouverait. Le PDG de l'établissement territorial concerné de même que les dirigeants principaux de cet établissement territorial exerceraient leurs fonctions et responsabilités à l'égard de l'établissement regroupé visé.

#### **4.1.2.2. Établissements privés et autres prestataires privés**

Un établissement privé serait une entité juridique exploitée par une personne morale dont les activités seraient restreintes à la prestation de services de santé ou de services sociaux afférents aux missions, aux classes et aux types déterminés par Santé Québec parmi ceux prévus par règlement.

Les établissements privés, pour ceux ayant signé une convention de financement avec le MSSS, seraient désignés « établissements conventionnés ». Pour les autres, il s'agirait plutôt d'établissements privés qui seraient désignés « établissements non conventionnés ».

À noter que le projet de loi prévoit que seuls les établissements conventionnés pourront offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée. Les établissements non conventionnés qui offrent actuellement de tels services pourront toutefois continuer à le faire en vertu d'une exception à ce principe.

Le projet de loi prévoit aussi l'encadrement de certains autres prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux, autres que des établissements,

notamment les centres médicaux spécialisés (CMS), les résidences privées pour aînés (RPA) et les autres ressources offrant de l'hébergement.

#### **4.1.2.3. Établissements désignés « centre hospitalier universitaire » ou « institut universitaire »**

Il est proposé de conserver le pouvoir discrétionnaire du ministre de la Santé de désigner un établissement comme « centre hospitalier universitaire » ou comme « institut universitaire ». Les critères menant à une ou l'autre de ces désignations seraient actualisés. Les dispositions relatives aux affaires universitaires, notamment eu égard aux contrats d'affiliation d'un établissement avec une université, seraient maintenues.

#### **4.1.3. Régions sociosanitaires, RTS et RLS**

La réorganisation du système de santé et de services sociaux respecterait intégralement les limites territoriales des régions sociosanitaires actuelles, des réseaux territoriaux de services (RTS) ainsi que des RLS, et ce, afin d'offrir une stabilité organisationnelle. Cette stabilité serait nécessaire notamment pendant la transition du modèle de gouvernance actuel à celui proposé par le projet de loi. Elle permettrait également de miser sur les dynamiques et les synergies régionales intersectorielles développées au cours des dernières années et de favoriser une gestion de proximité liée à la responsabilité populationnelle des établissements.

#### **4.1.4. Exclusion du champ d'application de la loi**

Les communautés de la nation crie et de la nation naskapie ainsi que les communautés inuites sont situées sur le territoire d'application de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) et de la Convention du Nord-Est québécois (CNEQ).

La CBJNQ, premier traité de revendication territoriale globale dit « moderne » au Canada, a été conclue le 11 novembre 1975 entre le gouvernement du Québec, les Cris, les Inuit, le gouvernement du Canada et trois sociétés d'État. Elle confère aux autochtones signataires des droits issus de traités protégés par la Constitution canadienne. Ainsi, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSBJ) administre les services de santé et les services sociaux par la contribution active des Cris, en veillant à l'amélioration du bien-être de la population et en adaptant les programmes à ses besoins ainsi qu'aux réalités de la région sociosanitaire 18 (appelée « Terres-Cries-de-la-Baie-James »). Aussi, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSN) administre les services de santé et les services sociaux par la contribution active des Inuit, en veillant à l'amélioration du bien-être de la population des villages nordiques et en adaptant les programmes à ses besoins ainsi qu'aux réalités de la région du Nunavik.

La CNEQ, second traité de revendication territoriale globale dit « moderne » au Canada, a été conclue le 31 janvier 1978, entre le gouvernement du Québec, les Naskapis, les Cris, les Inuit, le gouvernement du Canada et trois sociétés d'État. Elle confère aux Naskapis des droits issus de traités protégés par la Constitution canadienne. Ainsi, le Centre local de services communautaires Naskapi (CLSC Naskapi) administre les services de santé et les services sociaux pour les bénéficiaires naskapis, en veillant à

l'amélioration du bien-être de la population et en adaptant les programmes à ses besoins ainsi qu'aux réalités de la communauté.

Afin de respecter l'exercice de l'autonomie des nations conventionnées dans le cadre de la CBJNQ et de la CNEQ, le projet de loi ne s'appliquerait pas aux territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). Ainsi, bien que le projet de loi ne les nomme pas expressément, cela implique que les quatre établissements suivants ne seraient pas intégrés à Santé Québec :

- Centre de santé Inuulitsivik;
- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava;
- CLSC Naskapi;
- Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Le projet de loi prévoit toutefois que le ministre de la Santé pourrait confier à Santé Québec toute fonction qui lui incombe ou qui incombe à une agence en vertu de la LSSSS ou de la LSSSS pour les autochtones cris ».

## **4.2. Services de santé et services sociaux**

### **4.2.1. Droits relatifs aux services de santé et aux services sociaux**

Le projet de loi énonce les droits d'une personne relativement aux services de santé et aux services sociaux, plus particulièrement ceux d'un usager. Il prévoit également la manière dont une personne ou un usager doit être informé de ses droits ainsi que les moyens qui doivent être mis en place afin de pouvoir se prévaloir de ces droits. Les dispositions proposées à cet égard reprennent l'essentiel des dispositions législatives prévues actuellement en la matière.

### **4.2.2. Fonctions et pouvoirs du ministre de la Santé**

#### **4.2.2.1. Fonctions du ministre**

Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le projet proposé énonce que le ministre de la Santé détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.

Plus particulièrement, le ministre aurait les fonctions suivantes :

- établir les politiques de santé et de services sociaux, voir à leur mise en œuvre et évaluer celle-ci;
- valoriser l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veiller à leur promotion;

- déterminer les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services ainsi que celles relatives au respect des droits des usagers et au partenariat avec ces derniers et diffuser ces orientations auprès de Santé Québec et des établissements de celle-ci;
- déterminer les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers;
- s'assurer de la reddition de comptes de la gestion du RSSS en fonction de ses orientations et apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux.

Le ministre aurait également pour fonction de surveiller le marché des services du domaine de la santé et des services sociaux, notamment afin d'en connaître l'offre et la demande et les circonstances dans lesquelles les personnes ont accès aux services offerts.

Le projet de loi propose que le ministre puisse mettre en œuvre, dans la mesure et aux conditions déterminées par le gouvernement, tout projet expérimental concernant l'organisation des ressources humaines ou matérielles de Santé Québec ou de l'un de ses établissements aux fins de favoriser l'organisation et la prestation intégrées des services de santé et des services sociaux. Le projet de loi prévoit certaines conditions inhérentes à l'exercice de ce pouvoir.

#### **4.2.2.2. Pouvoirs du ministre**

Le projet de loi propose que le ministre conserve des pouvoirs particuliers. Dans un souci de commodité, ces pouvoirs sont présentés en annexe du mémoire. Ils visent entre autres de grands éléments, dont le découpage du territoire, l'obtention d'information, la satisfaction des usagers, des ententes, la reddition de comptes, le financement et les règles budgétaires applicables à Santé Québec et à ses établissements, la surveillance et le contrôle des activités et les poursuites.

### **4.2.3. Santé Québec**

#### **4.2.3.1. Institution de Santé Québec**

L'intervention proposée vise à instituer une personne morale, mandataire de l'État, agissant sous le nom de « Santé Québec ».

Santé Québec se verrait confier la coordination de l'ensemble des opérations du RSSS et miserait sur l'expérience usager et l'expérience employé dans la réalisation de sa mission et dans l'exercice de ses fonctions.

Elle serait assujettie à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G-1.02) (ci-après « LGSE »). L'annexe I de cette loi serait modifiée à cette fin.

#### **4.2.3.2. Mission de Santé Québec**

Santé Québec serait une entité neutre, imputable, opérationnelle et agile, orientée vers la performance des activités du RSSS et la satisfaction des usagers. Elle aurait pour mission, notamment de :

- offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec sous sa juridiction;
- coordonner et soutenir, dans ces régions, notamment par des subventions, l'offre de tels services par les établissements privés ainsi que celle de services du domaine de la santé et des services sociaux par certains autres prestataires privés;
- appliquer la réglementation prévue par la loi de certaines activités liées au domaine de la santé et des services sociaux;
- fournir au ministre l'appui nécessaire à la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards qu'il déterminerait notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation de services de santé et de services sociaux;
- exercer les fonctions que lui confie le ministre parmi celles qui incombent à celui-ci ou à une agence en vertu de la LSSSS pour les Inuit et les Naskapis et de la LSSSS pour les autochtones cris.

#### **4.2.3.3. Fonctions de Santé Québec**

Santé Québec exerce les fonctions énumérées ci-dessous ainsi que toute autre fonction auxiliaire qu'elle estime nécessaire à la prestation de services de santé et de services sociaux, soit :

- mettre en place des mécanismes d'accès aux services de santé et aux services sociaux;
- élaborer un programme national sur la qualité des services;
- tenir les dossiers des usagers des établissements publics, sauf dans les cas qu'elle détermine par règlement;
- former un comité national des usagers et voir à son bon fonctionnement;
- prévenir la récurrence des incidents et des accidents lors de la prestation de services de santé et de services sociaux;
- former des directions de santé publique.

#### **4.2.3.4. Vision globale des champs d'activité de Santé Québec**

Pour permettre d'avoir une vision globale des champs d'activité dans lesquels Santé Québec œuvrerait, sans être exhaustif, les principaux champs seraient de :

- s'assurer de la qualité de l'offre de services, du respect des droits de la personne et d'une expérience usager adéquate et optimale;
- effectuer la planification opérationnelle, l'harmonisation et l'adaptation de la mise en œuvre des orientations selon les réalités régionales et répartir les ressources

au sein du RSSS de manière à permettre à chacun des établissements d'adapter son offre de services en fonction;

- s'assurer du cadre de gestion des ressources humaines et être l'employeur unique du RSSS. Cela permettra l'amélioration des conditions de travail du personnel, notamment en optimisant le processus d'embauche et de dotation. Une harmonisation des mesures touchant l'organisation du travail tout en améliorant leur flexibilité est aussi souhaitée. Les mesures prévues favoriseront la mise en place d'un cadre de gestion mobilisant, par une plus grande accessibilité et disponibilité des gestionnaires, et laissant place aux initiatives des employés, en leur offrant l'opportunité de se prononcer sur les besoins et les pistes de solutions porteuses, réalistes et viables;
- faciliter l'arrimage avec les partenaires et l'articulation de la responsabilité populationnelle. Il en résultera notamment une intervention plus efficace et coordonnée dans les milieux hors RSSS (ex. : milieux de vie privés);
- permettre d'accroître la coordination entre les établissements de Santé Québec d'une même région, le cas échéant, et entre les établissements des différentes régions, en plus d'améliorer les continuums de soins et de services sociaux interétablissements et de favoriser la complémentarité des établissements ainsi que la flexibilité et la réactivité du RSSS en contexte de pénurie de main-d'œuvre;
- jouer un rôle quant à la responsabilité populationnelle dans la mesure où Santé Québec devient le principal fournisseur de services de santé et de services sociaux au Québec. Il est proposé de renforcer la responsabilité populationnelle des dirigeants des établissements, laquelle sera exercée en collaboration avec les différents intervenants sociosanitaires de son territoire;
- déterminer localement les effectifs médicaux requis en prenant compte des besoins des établissements et en distribuant ces effectifs de manière équitable à travers le territoire pour une organisation optimale des services médicaux;
- assumer une vigilance afin de s'assurer que les dirigeants d'établissement s'acquittent équitablement et adéquatement de la responsabilité populationnelle, notamment envers les partenaires privés comme les RPA et CHSLD.

#### **4.2.3.5. Conseil d'administration de Santé Québec**

Santé Québec serait administrée par un CA composé de 13 membres répartis ainsi :

- le président du CA (ci-après « PCA ») de Santé Québec, qui doit se qualifier comme administrateur indépendant;
- le président et chef de la direction (ci-après « PCD ») de Santé Québec;
- le sous-ministre du MSSS;
- dix autres personnes, dont :
  - o au moins huit membres indépendants, et correspondant au profil de compétence et d'expérience approuvé par le CA;
  - o une personne nommée après consultation d'organismes représentatifs des membres des comités d'usagers.



Les règles relatives aux membres du CA de Santé Québec et les modalités dictant le fonctionnement et les responsabilités du CA respecteraient les dispositions de la LGSE (chapitre G-1.02).

À l'exception du PCD et du sous-ministre du MSSS, les membres du CA seraient rémunérés aux conditions et dans la mesure que déterminerait le gouvernement. Ils auraient droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Le CA de Santé Québec serait chargé d'exercer les fonctions suivantes :

- instituer les établissements publics au sein de Santé Québec, soit en établissement territorial ou en établissement autre que territorial;
- nommer les dirigeants autres que le PCD, notamment les PDG et les PDGA des établissements publics territoriaux et autres que territoriaux;
- approuver les critères d'évaluation des membres de CA et ceux applicables au PCD.

En application des dispositions de la LGSE, les autres fonctions et responsabilités du CA de Santé Québec seraient notamment de :

- établir les orientations stratégiques de Santé Québec, s'assurer de leur mise en application, s'enquérir de toute question qu'il juge importante (art. 14, al. 1 de la LGSE);
- être imputable des décisions de Santé Québec auprès du gouvernement (art. 14, al. 2 de la LGSE);
- adopter le plan stratégique de Santé Québec (art. 15, paragr. 1° de la LGSE);
- approuver le plan d'immobilisation, le plan d'exploitation, les états financiers, le rapport annuel de gestion et le budget annuel de Santé Québec (art. 15, paragr. 2° de la LGSE);
- approuver des règles de gouvernance de Santé Québec (art. 15, paragr. 3° de la LGSE);
- approuver le code d'éthique applicable aux membres du CA et ceux applicables aux dirigeants nommés par Santé Québec et à ses employés (art. 15, paragr. 4° de la LGSE);
- approuver les critères d'évaluation des membres du CA et ceux applicables au PCD (art. 15, paragr. 6° de la LGSE);
- approuver les politiques de ressources humaines ainsi que les normes et barèmes de rémunération (art. 5, paragr. 14° de la LGSE);
- évaluer l'intégrité des contrôles internes, des contrôles de la divulgation de l'information ainsi que des systèmes d'information (art. 17° de la LGSE);
- approuver une politique de divulgation financière (art. 17° de la LGSE).

#### **4.2.3.6. Président et chef de la direction de Santé Québec**

Le plus haut dirigeant de Santé Québec, désigné « président et chef de la direction » ou PCD, serait le principal responsable de la coordination et de la surveillance de l'offre de services de santé et de services sociaux de Santé Québec. La désignation à titre de PCD viserait à distinguer cette nouvelle fonction de celle de président-directeur général ou de PDG, laquelle continuerait d'exister dans le RSSS pour viser le plus haut dirigeant d'un établissement.

Il est prévu expressément dans le projet de loi que le PCD de Santé Québec soit considéré comme le PDG d'une société d'État aux fins de l'application de la LGSE. De ce fait, les règles relatives à sa nomination seraient celles prévues par la LGSE et qui seraient applicables à un PDG.

Ainsi, le PCD serait nommé par le gouvernement, sur la recommandation du CA, en l'occurrence le CA de Santé Québec, en tenant compte du profil de compétence et d'expérience approuvé par le CA (art. 3.3, al. 1 de la LGSE). De même, la durée de son mandat ne pourrait excéder cinq ans (art. 3.3, al. 1 de la LGSE).

Toujours en application de la LGSE, les rôles et responsabilités du PCD seraient notamment de :

- assumer la direction et la gestion de Santé Québec dans le cadre de ses règlements et de ses politiques (art. 31, al. 1 de la LGSE);
- proposer au CA de Santé Québec les orientations stratégiques ainsi que les plans d'immobilisation et d'exploitation de Santé Québec (art. 31, al. 2 de la LGSE);
- exercer, en outre, toute autre fonction que lui confie le CA de Santé Québec (art. 31, al. 3 de la LGSE);
- s'assurer que le CA de Santé Québec dispose, à sa demande et en vue de l'accomplissement de ses fonctions et de celles de ses comités, de ressources humaines, matérielles et financières adéquates (art. 32 de la LGSE).

#### **4.2.3.7. Personnel de Santé Québec**

Les membres du personnel de Santé Québec seraient nommés selon le plan d'effectifs approuvé par le CA de Santé Québec.

Le ministre pourrait, par règlement, déterminer les normes et barèmes qui devraient être suivis par Santé Québec pour la sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux membres du personnel de Santé Québec et au personnel des établissements conventionnés, sous réserve d'une convention collective.

De plus, le ministre pourrait, par règlement, établir une procédure de recours dans les cas de congédiement, de résiliation d'engagement, de non-rengagement, de suspensions sans solde ou de rétrogradation, et ce, pour les membres du personnel de Santé Québec qui ne seraient pas régis par une convention collective.

En ce qui a trait aux cadres et aux hors-cadres, Santé Québec serait chargée de consulter les associations professionnelles de cadres et de hors-cadres pour discuter des problèmes d'interprétation et d'application des conditions de travail, des projets de modifications de ces conditions de travail et de tout autre sujet connexe. À cette fin, des modifications aux conditions de travail des cadres et des hors-cadres devraient être approuvées par le ministre.

Par ailleurs, conformément à la LGSE, le CA de Santé Québec aurait la responsabilité d'approuver la nomination des dirigeants autres que le PCD, notamment les vice-présidents. La sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables seraient prévus par un règlement du ministre.

#### **4.2.3.8. Comités de Santé Québec**

##### **4.2.3.8.1. Comité national de vigilance et de la qualité**

En plus des trois comités prévus à la LGSE (1<sup>o</sup> comité de gouvernance et d'éthique, 2<sup>o</sup> comité d'audit, 3<sup>o</sup> comité des ressources humaines), un comité national de vigilance et de la qualité serait constitué par le CA de Santé Québec.

Son mandat serait d'analyser les rapports et recommandations transmis à Santé Québec par le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur du citoyen en tant que Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Il devrait également établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler au CA des recommandations sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services. De façon complémentaire, ce comité devrait assurer auprès du CA le suivi de l'application par ce dernier des recommandations qu'il aurait formulées.

Ce comité serait notamment responsable d'assurer une vigie sur le bon fonctionnement des comités de vigilance et de la qualité constitués par les conseils d'établissement (ci-après « CE ») et les CA des établissements privés.

##### **4.2.3.8.2. Comité national des usagers**

Santé Québec devrait former un comité national des usagers et voir à son bon fonctionnement. Ses membres seraient nommés par son CA pour un mandat de quatre ans. Le règlement intérieur de Santé Québec prévoirait le nombre de membres et les règles de fonctionnement de ce comité. Il serait composé notamment de membres issus des comités des usagers des établissements publics et privés, de représentants de groupements d'usagers ou de comités des usagers et d'une personne qui assume des responsabilités de direction sous l'autorité immédiate du PCD.

Ce comité favoriserait l'harmonisation des pratiques développées par les comités des usagers dans l'exercice des fonctions que leur confie la loi, veillerait à la surveillance de l'exercice des fonctions et des responsabilités de ces comités et formulerait au CA de Santé Québec des recommandations visant l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers ou leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus. À la

demande du ministre, il lui donnerait son avis sur les solutions possibles aux problèmes auxquels font face les usagers. Ce comité exercerait également toute autre fonction que lui confierait le CA.

#### **4.2.3.9. Tenue des dossiers des usagers par Santé Québec**

Santé Québec devrait tenir les dossiers des usagers qui reçoivent des services de santé ou des services sociaux des établissements publics. Des amendements pourraient être apportés au projet de loi concernant ces dossiers, notamment afin d'effectuer les arrimages nécessaires avec le projet de loi n°3, Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

#### **4.2.3.10. Infrastructures, approvisionnement et logistique de Santé Québec**

Pour une gestion optimale et intégrée du parc immobilier, en propriété et en location, sur l'ensemble du territoire et pour une meilleure répartition des ressources financières et humaines, il est proposé que l'ensemble des activités liées aux infrastructures tangibles soit coordonné par Santé Québec. Les objectifs poursuivis sont de :

- limiter les interférences cliniques et les pressions des structures locales;
- centraliser, uniformiser et développer l'expertise immobilière et partager les ressources immobilières, selon les besoins.

Le Règlement sur la location d'immeubles par les établissements publics et les agences (chapitre S-4.2, r. 16) devrait être revu afin d'y introduire les modalités applicables aux locations d'espaces à des tiers, lesquelles sont actuellement prévues dans la LSSSS, et d'ajuster les niveaux d'autorisation applicables de manière à donner plus d'autonomie à Santé Québec, tout en conservant l'obligation de procéder par appels d'offres publics sauf exception.

#### **4.2.3.11. Financement de Santé Québec**

Santé Québec financerait ses activités par les revenus provenant des subventions qu'elle recevrait, des droits, frais, redevances et autres rémunérations qu'elle percevrait ainsi que par d'autres sommes auxquelles elle aurait droit.

Différentes règles budgétaires seraient établies annuellement par le ministre. Le projet de loi en établirait le contenu. Sauf les règles budgétaires quant à la gestion de Santé Québec et prévoyant une comptabilité par programme-service, les règles budgétaires devraient être soumises à l'approbation du Conseil du trésor et seraient publiques une fois approuvées.

De plus, le projet de loi prévoit la possibilité pour Santé Québec de prendre un programme d'aide financière au bénéficiaire, notamment, d'organismes communautaires. Un tel programme d'aide financière devrait recevoir l'approbation du Conseil du trésor.

#### **4.2.3.12. Plan stratégique, comptes et rapports de Santé Québec**

Santé Québec produirait un plan stratégique dans la forme et selon la teneur et la périodicité déterminées par le gouvernement. Ce plan indiquerait notamment le contexte

dans lequel elle évolue, les principaux enjeux auxquelles elle fait face, ses objectifs et ses orientations stratégiques, les résultats qu'elle vise au terme de la période couverte, les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte de ses résultats et tout autre élément déterminé par le ministre de la Santé. Sur le plan administratif, il est prévu de demander aux établissements publics d'élaborer des plans d'action opérationnels visant à traduire en actions les objectifs et les orientations prévus à la planification stratégique de Santé Québec.

L'exercice financier de Santé Québec se terminerait le 31 mars de chaque année. Santé Québec devrait, au plus tard le 30 juin de chaque année, produire au ministre de la Santé ses états financiers ainsi qu'un rapport annuel de gestion pour l'exercice précédent. Ce rapport devrait présenter les effectifs de Santé Québec ainsi que la rémunération moyenne, y compris la rémunération variable et les autres avantages, versés à ses salariés de même que l'écart type. Il devrait, de plus, faire état du suivi des indicateurs prévus dans le plan stratégique de Santé Québec. Les états financiers et le rapport annuel de gestion de Santé Québec devraient également contenir tous les renseignements exigés par le ministre de la Santé.

Les états financiers et le rapport annuel de gestion de Santé Québec devraient également contenir tous les renseignements exigés par le ministre de la Santé.

Santé Québec transmettrait au ministre, dans la forme qu'il déterminerait, un rapport financier mensuel et un rapport prévisionnel des dépenses mensuel relatifs au fonctionnement de Santé Québec, au plus tard le 30<sup>e</sup> jour suivant la fin du mois visé. Elle lui transmettrait une version préliminaire du rapport financier mensuel au plus tard le 10<sup>e</sup> jour ouvrable suivant la fin du mois visé.

Le ministre fournirait, dans les mêmes délais, une reproduction de chacune de ces versions au ministre des Finances et au président du Conseil du trésor.

Ces rapports devraient contenir tout renseignement requis par le ministre.

Santé Québec transmettrait de plus au ministre tout autre rapport sur les sujets visés dans la forme, et selon la teneur et la périodicité qu'il déterminerait. De tels rapports lui seraient exclusivement destinés.

Toutefois, les dispositions visant la transmission de ces rapports mensuels entreraient en vigueur à une date qui serait fixée par décret du gouvernement, et postérieure à la date d'entrée en vigueur des autres dispositions de la loi. Le projet de loi prévoit également que jusqu'à ce que cette date soit fixée par le gouvernement, Santé Québec transmettrait au ministre, dans la forme qu'il détermine, un rapport financier trimestriel et un rapport prévisionnel des dépenses trimestriel relatifs au fonctionnement de Santé Québec, au plus tard le 30<sup>e</sup> jour suivant la fin du trimestre visé, ainsi qu'une version préliminaire du rapport financier trimestriel au plus tard le 10<sup>e</sup> jour ouvrable suivant la fin du trimestre visé. Les établissements publics, jusqu'à ce qu'ils soient fusionnés à Santé Québec, continueraient de transmettre au ministre les rapports financiers prévus à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Le ministre fournirait, dans les mêmes délais, une reproduction de chacune de ces versions au ministre des Finances et au président du Conseil du trésor.

Les rapports visés devraient contenir tout renseignement requis par le ministre.

Si le jour de la fusion ne correspondait pas à un 1er avril, les rapports visés devraient, pour la période comprise entre le jour de la fusion et le 1er avril suivant, présenter l'information relative au fonctionnement de Santé Québec et à celui de ses établissements.

#### **4.2.3.13. Assujettissement de Santé Québec aux mécanismes d'encadrement administratifs**

Il est souhaité que Santé Québec dispose de l'agilité nécessaire pour mieux répondre aux besoins toujours grandissants de la population en matière de santé et de services sociaux. Cependant, il est important de prévoir que Santé Québec agisse en conformité avec les règles et standards du gouvernement et qu'elle doive répondre aux exigences élevées d'intégrité auxquelles le public est en droit de s'attendre.

Dans sa gestion, Santé Québec devrait faire preuve d'efficacité, de transparence et d'imputabilité. Ainsi, Santé Québec serait assujettie à différents mécanismes d'encadrement, notamment ceux prévus aux lois suivantes :

- Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001)
- la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1).

De plus, il est prévu de modifier la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001) afin qu'elle s'applique à Santé Québec et à ses établissements.

#### **4.2.3.14. Restrictions aux pouvoirs de Santé Québec**

Santé Québec ne pourrait, sans l'autorisation du gouvernement, contracter un emprunt qui porte au-delà du montant déterminé par le gouvernement le total de ses emprunts en cours et non encore remboursés.

Santé Québec ne pourrait, au-delà des limites ou contrairement aux modalités déterminées par le gouvernement :

- s'engager financièrement;
- acquérir, détenir, céder ou autrement disposer des valeurs mobilières ou d'autres biens meubles ou immeubles;
- accepter un don, un legs ou une autre contribution auquel est attachée une charge ou une condition ou ayant pour effet immédiat ou prévisible d'augmenter les dépenses de Santé Québec;
- renoncer à l'exercice d'un droit.

Dans cette situation, le décret qui déterminerait les limites et les modalités prévues serait pris sur recommandation du ministre des Finances et du président du Conseil du trésor. Le gouvernement pourrait, aux conditions et dans la mesure qu'il déterminerait, déléguer au Conseil du trésor ou au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder une autorisation nécessaire, sauf à l'égard de l'acquisition, la détention et la cession de valeurs mobilières et des engagements financiers déterminés par un règlement pris en vertu du premier alinéa de l'article 77.3 de la Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001).

#### **4.2.4. Établissements de Santé Québec**

##### **4.2.4.1. Institution des établissements de Santé Québec**

La responsabilité d'instituer les établissements de Santé Québec reviendrait à son CA. L'institution de ces établissements aurait pour avantage d'offrir une plus grande flexibilité opérationnelle. Les actes d'institution – qui remplaceraient les actuels permis d'exploitation – seraient désormais délivrés par Santé Québec. La délivrance d'un acte constitutif du Registraire des entreprises du Québec ne serait plus requise. Cela offrirait un allègement administratif aux établissements de Santé Québec tout en assurant un encadrement des activités qu'ils exercent. Le Registraire des entreprises du Québec ne serait plus impliqué dans un tel processus.

Bien qu'il n'y ait pas de dispositions prévues à cet effet dans le projet de loi, les appellations actuelles des CISSS et CIUSSS pourraient être remplacées par « Santé Québec + région de l'établissement » afin de les simplifier.

##### **4.2.4.2. Mission des établissements de Santé Québec**

Les établissements de Santé Québec exerceraient les activités nécessaires à toute prestation de services déterminée dans leur acte d'institution, et ce, afin de répondre aux besoins de leur population et de leurs usagers. Ils conserveraient leur obligation de se concerter entre eux ou avec les établissements privés de leur territoire ou des régions voisines, afin de faciliter les arrimages et la collaboration ainsi que la fluidité et la continuité des soins et services aux usagers.

Les établissements territoriaux conserveraient la responsabilité de dispenser et de coordonner les services de santé et les services sociaux sur leur territoire, incluant les services de santé publique. L'organisation des services prendrait encore appui sur les RLS et sur le principe de responsabilité populationnelle (partage collectif de tous les fournisseurs de soins – publics ou privés – et les intervenants sociosanitaires à l'égard des besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux). En ce sens, les PDG des établissements territoriaux seraient responsables de favoriser la collaboration entre les différents acteurs sociosanitaires composant le RLS.

Le ministre de la Santé pourrait demander à Santé Québec d'intervenir auprès d'un établissement pour rectifier des situations qui ne correspondraient pas aux standards requis eu égard aux soins et services offerts.

Des mécanismes d'imputabilité et de reddition de comptes encadreraient les relations entre le gouvernement, le ministre, Santé Québec ainsi que son CA et les dirigeants des établissements de santé Québec et des partenaires privés.

#### **4.2.4.3. Gouvernance institutionnelle des établissements de Santé Québec**

##### **4.2.4.3.1. Président-directeur général et président-directeur général adjoint**

Le PDG serait le plus haut dirigeant d'un établissement de Santé Québec. Les PDG des établissements de Santé Québec conserveraient leurs fonctions de PDG des CISSS et CIUSSS et des établissements non fusionnés actuels, notamment celle d'être responsables de l'administration et du fonctionnement des établissements de Santé Québec, mais sous l'autorité directe du PCD de Santé Québec. Chacun des PDG pourrait être assisté du nombre de PDGA que déterminerait le CA.

Les PDG et PDGA seraient nommés par le CA lequel coordonnerait le processus de sélection requis. Il est souhaité que le comité de sélection d'un PDG et d'un PDGA inclut systématiquement au moins un membre du CE. En ce sens, une habilitation réglementaire est prévue pour qu'un règlement du ministre vienne déterminer les modalités relatives à la nomination des PDG et des PDGA. Les PDG et PDGA devraient exercer leurs fonctions à temps plein.

Le projet de loi aurait aussi pour effet d'abroger la LMRSSS. Ce faisant, les dispositions prévoyant que le gouvernement détermine la rémunération et les autres conditions de travail des PDG et des PDGA ne s'appliqueraient plus. Puisque ceux-ci seraient nommés par le CA et non plus par le gouvernement, ils seraient assujettis au Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (chapitre S-4.2, r. 5.2).

Les dispositions de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G 1.02) qui concernent le président-directeur général d'une société d'État ne s'appliqueraient pas au président-directeur général de l'établissement de Santé Québec.

##### **4.2.4.3.2. Conseil d'établissement**

En phase avec les engagements pris par le gouvernement sur l'amélioration de l'expérience et de la satisfaction des usagers et afin que l'offre de services soit cohérente avec les préoccupations et besoins des citoyens, les CA des établissements publics actuels (CISSS et CIUSSS, CRSSSBJ et non fusionnés) seraient transformés en instance consultative nommée « conseil d'établissement » (CE). Plus précisément, il est prévu qu'un CE soit institué dans chaque établissement de Santé Québec.

Un CE serait composé d'au plus onze membres nommées pour un mandat de quatre ans par le CA de Santé Québec, répartis de la façon suivante :

- le PDG de l'établissement;



- cinq usagers des services de santé et des services sociaux fournis par l'établissement;
- une personne provenant de chacun des milieux suivants, après consultation des organismes représentatifs de ces milieux :
  - le milieu communautaire;
  - le milieu de l'enseignement et de la recherche;
  - le milieu des affaires;
  - le milieu municipal;
- le président de la fondation de l'établissement ou s'il existe plus d'une telle fondation, la personne que désignerait l'ensemble de ces fondations ou, en l'absence de fondation, un usager additionnel.

Lorsqu'il procéderait aux nominations des membres du CE, le CA de Santé Québec devrait s'assurer de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble des usagers que l'établissement dessert. Il devrait également s'assurer de la représentativité des différentes parties du territoire desservi par l'établissement.

À l'exception du PDG, les membres du CE seraient rémunérés et auraient droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions, dans la mesure et aux conditions que Santé Québec déterminerait et conformément aux paramètres définis par le ministre.

Le CE d'un établissement aurait notamment les fonctions suivantes :

- voir à l'évaluation annuelle de l'expérience, en tant qu'utilisateur, des services de santé et des services sociaux offerts par l'établissement de même qu'à celle des besoins sociosanitaires des communautés composant la population desservie par l'établissement;
- donner son avis au PDG sur différents sujets liés à la prestation de services au sein de l'établissement, notamment sur l'expérience usager, sur la gestion des plaintes ainsi que sur les besoins sociosanitaires et les particularités des communautés composant la population desservie par l'établissement;
- préparer et adopter un rapport annuel contenant un bilan de ses activités et en transmettre une copie à Santé Québec.

Bien qu'il n'y ait pas de dispositions prévues à cet effet dans le projet de loi, la modification d'un acte d'institution et la détermination des critères de sélection du PDG et du PDGA d'un établissement de Santé Québec devraient faire l'objet d'une consultation du CE à la demande du PCD.

De plus, le CE serait habilité à former des comités pour l'appuyer dans l'exercice de ses fonctions.

#### **4.2.4.3.3. Comité de vigilance et de la qualité**

Un comité de vigilance et de la qualité serait créé au sein de chaque établissement de Santé Québec dans la perspective d'améliorer la qualité des services offerts dans le respect des droits des usagers.

Ce comité serait responsable principalement d'assurer, auprès du CE, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen, en tant que Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1) ou aux signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance d'un établissement adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3).

Il serait également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement de Santé Québec pour exercer des responsabilités relatives à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus, au respect des droits des usagers ou au traitement de leurs plaintes et d'assurer le suivi des recommandations de ces instances.

Il devrait veiller à ce que le CE s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

Ce comité devrait faire rapport des suites données à ses recommandations et de ses activités au comité national de vigilance et de la qualité, selon la périodicité que celui-ci déterminerait.

#### **4.2.4.3.4. Comités des usagers et comités de résidents**

Il est primordial de voir au respect des droits des usagers, notamment pour s'assurer de répondre à leurs besoins. La voix des usagers constitue un intrant important pour soutenir l'amélioration continue des services de santé et des services sociaux. Il faut mentionner que le respect des droits des usagers est une assise importante de la gouvernance du RSSS.

Afin d'harmoniser les pratiques, d'utiliser de façon optimale le financement octroyé et d'atténuer les enjeux relatifs à la constitution et au fonctionnement des comités des usagers, il est proposé d'instituer un comité des usagers pour chaque établissement de Santé Québec. Les membres de ce comité seraient principalement élus par les usagers de l'établissement qu'ils représenteraient.

Il est souhaité de conserver le mandat actuel des comités des usagers et des comités de résidents, à l'exception de leur rôle d'évaluation du degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement. Ce rôle d'évaluation serait dorénavant

sous la responsabilité des CE des établissements de Santé Québec; il est prévu que les comités des usagers participent à cette évaluation.

Pour assurer le respect des droits des usagers dans leur milieu de vie, un comité des résidents serait institué dans chacune des installations où sont hébergés les usagers d'un établissement de Santé Québec. Les membres de ce comité seraient élus par les résidents de l'établissement qu'ils représenteraient.

Les comités des usagers devraient soumettre chaque année un rapport d'activités au comité national des usagers. Les comités des résidents soumettraient également un tel rapport au comité des usagers dont ils relèveraient.

Le règlement intérieur de Santé Québec prévoirait le nombre de membres au sein des comités des usagers et des comités des résidents. Les comités des usagers devraient être formés d'au moins cinq membres dont la majorité devrait être des usagers. Les comités des résidents devraient être formés d'au moins trois membres dont la majorité devrait être des résidents. Ce règlement pourrait également prévoir la formation de sous-comités (ex. : sous-comité des usagers en protection de la jeunesse).

Par ailleurs, le ministre de la Santé pourrait déterminer des orientations et des paramètres budgétaires propres à favoriser l'harmonisation des pratiques des comités des usagers et des comités des résidents, l'utilisation optimale du financement qui leur est destiné et leur bon fonctionnement. Santé Québec ferait rapport au ministre sur la mise en œuvre de ces orientations et de ces paramètres selon la forme, la teneur et la périodicité qu'il fixerait.

#### **4.2.4.3.5. Comité de gestion des risques**

Un comité de gestion des risques serait institué pour chaque établissement de Santé Québec. Il aurait notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au CE la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

#### **4.2.4.4. Gouvernance clinique des établissements de Santé Québec**

Les établissements de Santé Québec devraient se doter d'une gouvernance clinique impliquant notamment la constitution de conseils, la nomination de directeurs et la désignation de gestionnaires d'installation.

#### **4.2.4.4.1. Conseils**

La constitution d'au moins cinq conseils est prévue dans le projet de loi.

##### **4.2.4.4.1.1. Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique**

Afin d'évaluer la qualité et la pertinence des soins et des services cliniques, en s'assurant d'avoir une perspective sur leurs trajectoires, il est proposé de créer un conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique dans chaque établissement de Santé Québec.

Ce conseil aurait un rôle central dans l'organisation des soins et des services cliniques de l'établissement. Il serait composé de différents professionnels de la santé et des services sociaux incluant notamment des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des sages-femmes, des infirmières et infirmiers et des travailleurs sociaux qui exercent leur profession au sein de l'établissement. Il aurait notamment pour fonctions de donner son avis au PDG et de lui faire des recommandations sur les aspects professionnels de l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement ainsi que sur la distribution des soins et des services cliniques.

La qualité des soins et des services cliniques serait appréciée suivant une approche davantage globale, mais notamment médicale, et analysée en fonction de la trajectoire de soins et de services obtenus par l'utilisateur. Cette proposition vise aussi à augmenter le travail interdisciplinaire et à éviter le cloisonnement professionnel.

Quatre conseils, présentés ci-dessous, auraient des responsabilités envers le conseil interdisciplinaire.

##### **4.2.4.4.1.2. Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes**

En vue de favoriser la collaboration interprofessionnelle, il est proposé de créer le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPS), lequel remplacerait le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens prévu actuellement dans la LSSSS.

Ses membres agiraient à titre de conseillers au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique auquel ils seraient rattachés et feraient partie d'office de ce conseil. Le CMDPS serait également rattaché en partie à la direction médicale de l'établissement.

##### **4.2.4.4.1.3. Conseil multidisciplinaire des services de santé**

Les membres du conseil multidisciplinaire des services de santé (CMSS) agiraient à titre de conseillers au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique auquel ils seraient rattachés et feraient partie d'office de ce conseil.

#### **4.2.4.4.1.4. Conseil des infirmières et des infirmiers**

Les membres du conseil des infirmières et des infirmiers (CII) agiraient à titre de conseillers au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique auquel ils seraient rattachés et feraient partie d'office de ce conseil.

#### **4.2.4.4.1.5. Conseil des services sociaux**

Faisant écho à l'organisation de la gouvernance clinique, des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, serait institué un conseil des professionnels en services sociaux ayant comme principale fonction de contribuer par ses avis à l'appréciation et à l'amélioration des pratiques de ses membres. L'ensemble des professionnels des disciplines psychosociales se regrouperaient sous ce conseil.

Les membres du conseil des services sociaux (CSS) agiront à titre de conseillers au comité interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique auquel ils seront rattachés et feront partie d'office de ce conseil.

#### **4.2.4.4.2. Directeurs médicaux**

Le projet de loi propose que la gouvernance d'un établissement de Santé Québec implique la nomination d'un directeur médical de l'établissement et de deux directeurs médicaux territoriaux.

##### **4.2.4.4.2.1. Directeur médical de l'établissement**

Actuellement, le directeur des services professionnels (DSP) d'un établissement y assume des responsabilités de gestion des ressources humaines médicales et d'organisation des services médicaux. Le DSP doit s'assurer de l'adéquation entre les besoins de la population du territoire et les services médicaux offerts. Or, celui-ci exerce actuellement ses fonctions sans avoir une vue d'ensemble de l'organisation des services médicaux sur le territoire, dont ceux fournis à l'extérieur de l'établissement. Il ne dispose pas de tous les leviers nécessaires pour assumer pleinement ses responsabilités.

Afin de consolider la gouvernance clinique et de permettre une meilleure gestion de proximité, il est proposé que le PDG d'un établissement de Santé Québec nomme un directeur médical qui serait sous son autorité immédiate. La proposition vise notamment à corriger le manque de leviers du DSP. La fonction de DSP serait donc remplacée par celle de directeur médical, lequel devrait également être un médecin. Les mesures prévues permettraient à un tel directeur d'assurer un meilleur encadrement de l'offre et de la disponibilité des services médicaux.

En ralliant les médecins en pratique extrahospitalière au directeur médical, une meilleure organisation des services médicaux au sein de l'établissement et sur l'ensemble du territoire desservi serait possible. Les changements proposés favoriseraient l'accessibilité

des services, la diminution des listes d'attente et la couverture des services nécessaires sur l'ensemble du territoire.

#### **4.2.4.4.2.2. Directeurs médicaux territoriaux de la médecine familiale et de la médecine spécialisée**

Pour une meilleure continuité des services de santé et des services sociaux entre les installations d'un territoire donné, les cabinets médicaux et les groupes de médecine familiale, il est proposé de nommer un directeur médical territorial de la médecine familiale et un directeur médical territorial de la médecine spécialisée. Ceux-ci seraient sous l'autorité du directeur médical de l'établissement.

Les directeurs médicaux territoriaux de la médecine familiale et de la médecine spécialisée formeraient et présideraient les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée. Ces départements seraient rattachés en tant que conseils aviseurs au PDG de l'établissement de Santé Québec concerné.

Un territoire ne pourrait compter qu'un seul département de médecine familiale ou de médecine spécialisée. Lorsque plusieurs établissements de Santé Québec partagent le même territoire, il appartiendrait à Santé Québec de désigner celui qui serait responsable du territoire.

##### **4.2.4.4.2.2.1. Directeur médical territorial de la médecine familiale**

Afin de favoriser la continuité des services de santé et des services sociaux et d'éviter les ruptures de service dans les différentes installations d'un établissement de Santé Québec (urgences, soins à domicile, etc.), il est proposé que le PDG nomme un directeur médical territorial de la médecine familiale.

Un département territorial de la médecine familiale serait créé et tous les médecins de famille du territoire desservi par l'établissement de Santé Québec, incluant les médecins de famille participants travaillant en cabinet privé, devraient avoir des privilèges liés à celui-ci. Ainsi, ces médecins auraient, en respect de leur compétence, des obligations au sein de l'établissement dont ils devraient s'acquitter. Cette proposition vise notamment à pallier la pénurie d'effectifs médicaux et à éviter des bris de services. Les activités médicales particulières seraient maintenues.

Le département territorial serait représenté par un comité de direction du département territorial de médecine familiale.

Par rapport à la situation actuelle, le département régional de médecine générale deviendrait le département territorial de la médecine familiale. Tous les médecins de famille participants devraient avoir des privilèges au sein de l'établissement. Le directeur

médical territorial de la médecine familiale serait nommé plutôt qu'élus, comme c'est le cas actuellement. Il relèverait du directeur médical.

#### **4.2.4.4.2.2. Directeur médical territorial de la médecine spécialisée**

Afin de répondre aux spécificités de la population en termes d'accessibilité, de fluidité des services de santé et des services sociaux en établissement de Santé Québec, d'assurer une continuité des services et d'éviter des bris de services, notamment en matière de garde et de prise en charge hospitalière, il est proposé de nommer un directeur médical territorial de la médecine spécialisée qui aurait pour mission de veiller à l'organisation des services médicaux spécialisés d'un territoire. Pour remplir ce mandat, il devrait travailler en collaboration avec les chefs de département de tous les établissements du territoire. Celui-ci relèverait du directeur médical de l'établissement de Santé Québec et serait nommé par le PDG. Ce département territorial agirait comme comité avisé auprès du PDG et il serait représenté par un comité de direction du département territorial de médecine spécialisée.

Un département territorial de la médecine spécialisée serait créé et tous les médecins spécialistes du territoire desservi, incluant les médecins participants travaillant en cabinet privé, devraient avoir des privilèges liés à celui-ci. Ainsi, ces médecins auraient tous, en respect de leur compétence, des obligations au sein de l'établissement de Santé Québec dont ils devraient s'acquitter. Les médecins spécialistes auraient des activités médicales particulières, lesquelles seraient déterminées par le département territorial de médecine spécialisée du territoire (ex. : accessibilité du centre de répartition des demandes de service, assurer des gardes au sein d'une des installations du territoire ou une garde territoriale). Cette proposition vise à pallier les difficultés vécues dans le RSSS quant à la continuité de services et à augmenter l'accessibilité des services de médecine spécialisée à la population, particulièrement en région.

#### **4.2.4.4.3. Directeur des services sociaux**

Afin de favoriser l'encadrement de la pratique psychosociale au sein des organisations, permettant notamment d'assurer la qualité des services, la planification, la coordination et l'évaluation en matière de services sociaux, il est proposé de créer un poste de directeur des services sociaux au sein des établissements de Santé Québec.

#### **4.2.4.4.4. Gestionnaire d'installation**

Pour favoriser la gestion de proximité, le PDG devrait s'assurer que chaque installation d'un établissement de Santé Québec soit sous la surveillance d'une personne responsable de veiller à la bonne marche de ses activités et à la détection en temps utile des situations anormales. En tant que gestionnaire d'installation, cette personne aurait plus précisément la responsabilité de voir à l'efficacité des ressources au sein de l'installation, de suivre des indicateurs de performance à cette fin et de collaborer à l'atteinte de cibles qui auraient pu être fixées. Elle devrait aussi favoriser et participer activement à mettre en place une culture de gestion humaine des ressources et mettre

en place les mesures nécessaires afin de devenir un employeur de choix dans son milieu. Ce gestionnaire serait imputable du bon fonctionnement de toute installation dont il aurait la responsabilité et il devrait disposer de l'autorité nécessaire pour lui permettre de remédier avec diligence à toute situation anormale ou d'un libre accès à la personne disposant d'une telle autorité.

#### **4.2.5. Établissements privés et autres prestataires privés**

Le projet de loi prévoit le cadre juridique qui serait applicable aux établissements privés et aux autres prestataires privés de services de santé ou de services sociaux.

##### **4.2.5.1. Établissements privés**

###### **4.2.5.1.1. Autorisation d'exploitation d'un établissement privé**

Les établissements privés continueraient d'être institués suivant un acte constitutif délivré par le Registraire des entreprises du Québec. Toutefois, l'autorisation de Santé Québec eu égard à l'institution d'un établissement privé serait requise avant la délivrance d'une autorisation visant l'exploitation d'un établissement privé. Cette dernière autorisation remplacerait l'actuel permis d'exploitation.

###### **4.2.5.1.2. Dispositions applicables à un établissement privé**

Des dispositions applicables aux établissements de Santé Québec s'appliqueraient également aux établissements privés, notamment celles concernant :

- les règles relatives à la divulgation de l'information en cas d'accident;
- la création d'un comité de vigilance et de qualité;
- la création d'un comité de gestion des risques;
- la création d'un comité des usagers;
- la création d'un comité des résidents;
- les règles relatives à la conclusion d'ententes de services concernant notamment la fourniture, pour le compte de l'établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement.

###### **4.2.5.1.3. Gouvernance clinique d'un établissement privé**

Au sein de chaque établissement privé, une personne devrait avoir la responsabilité de s'assurer de la qualité des soins et services qui y sont offerts. En cas de non-conformité, ce responsable devrait se référer au CA de l'établissement privé.

De plus, tout établissement privé devrait compter sur un directeur des soins infirmiers, à moins d'en avoir été exempté par Santé Québec lorsque le nombre de lit dont cet établissement dispose pour l'hébergement des usagers ne justifie pas qu'un tel directeur soit nommé.



#### **4.2.5.1.4. Actif informationnel d'un établissement privé**

Santé Québec pourrait exiger que les établissements privés utilisent un actif informationnel qu'elle déterminerait pour assurer une meilleure gestion des ressources informationnelles dans le RSSS. Elle devrait alors tenir compte des orientations, des standards, des stratégies, des directives, des règles et des indications d'application pris en vertu de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).

#### **4.2.5.1.5. Vérification des antécédents judiciaires des ressources humaines**

Un établissement privé doit s'assurer qu'une personne, y compris un professionnel, un stagiaire et un bénévole, qui, dans une de ses installations, exerce une activité déterminée par règlement de Santé Québec, détienne un certificat d'absence d'antécédent judiciaire délivré par un corps de police du Québec ou un certificat d'absence d'antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité déterminée au sein d'un établissement.

### **4.2.5.2. Autres prestataires privés**

Outre un établissement privé, le projet de loi vise d'autres prestataires privés de santé et de services sociaux.

#### **4.2.5.2.1. Autorisation d'exploitation pour certains prestataires privés**

Un régime d'autorisation pour agir en tant que prestataire privé de services de santé et de services sociaux, autre qu'un établissement privé, est prévu par le projet de loi. Ce régime s'appliquerait à l'exploitation d'un CMS, d'une RPA, d'une ressource ou catégorie de ressource offrant de l'hébergement déterminée par règlement du gouvernement et d'un organisme communautaire qui offre des services d'interruption volontaire de grossesse.

#### **4.2.5.2.2. Centres médicaux spécialisés**

Dans le but d'assurer un meilleur encadrement des activités médicales réalisées en CMS, il est proposé d'introduire au processus d'autorisation un engagement détaillant notamment l'offre de services afin de répondre aux besoins de la population.

#### **4.2.5.2.3 Ressources intermédiaires et ressources de type familial**

Eu égard à la négociation des ententes collectives des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF), les établissements étant dorénavant des unités administratives de Santé Québec qu'elle pourrait éventuellement modifier, il semble plus approprié que les associations de ressources soient liées à une région sociosanitaire plutôt qu'à un établissement.

L'article 30 de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2) devrait être adapté pour que la mécanique qui y est prévue dans le cadre d'une fusion ou d'une modification de la structure juridique d'un établissement public puisse s'appliquer dans ce contexte particulier et pour qu'à terme, seules deux associations soient reconnues par région.

#### **4.2.6. Prestation des services de santé et des services sociaux**

##### **4.2.6.1 Programme national sur la qualité des services**

Il est proposé que le ministre de la Santé maintienne son rôle consistant à déterminer les orientations et les attentes en matière de la pertinence, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services de santé et des services sociaux rendus.

Santé Québec devrait voir à l'opérationnalisation de ces orientations. À cet effet, elle devrait notamment élaborer le Programme national sur la qualité des services destinés aux établissements de Santé Québec ainsi qu'aux titulaires d'une autorisation délivrée par Santé Québec. Ce programme viserait à ce qu'ils suivent des pratiques reconnues en matière de qualité des services, notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité. Le programme prévoirait des mesures qui, de l'avis de Santé Québec, pourraient être prises par un établissement ou un prestataire de services pour être conforme à de telles pratiques ainsi que des moyens par lesquels pourrait être officiellement reconnu l'établissement ou le prestataire de services qui suit ces pratiques.

Il est également prévu que Santé Québec puisse, par règlement, déterminer les normes qui seraient applicables aux titulaires d'une autorisation qu'elle a octroyée relativement à leurs pratiques en matière de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité des soins et des services offerts.

Cette proposition permettrait le maintien de l'agrément tout en déterminant un modèle d'encadrement et de suivi de la qualité et de la sécurité pertinent (ex. : agrément, accréditation, certification, modèles internationaux, etc.), adapté à la réalité du RSSS, générateur de valeur pour les usagers, évolutif, et ce, tout en évitant la dépendance à un fournisseur unique et en permettant la mesure des résultats (ex. : satisfaction des usagers). La notion d'agrément est actuellement prescrite dans la LSSSS pour le suivi et l'encadrement de la qualité et de la sécurité des services dans le RSSS. Or, l'agrément comme utilisé présentement ne permet pas de faire une lecture continue de la qualité ainsi que de la sécurité des services et il ne garantit pas non plus l'atteinte des résultats escomptés en cette matière. Pendant la pandémie, plusieurs situations ont donné lieu à de tels constats.

L'obligation de Santé Québec de s'assurer de l'élaboration du programme permettrait le déploiement de divers mécanismes de qualité qui, pris ensemble, permettraient d'adopter une approche globale relativement à l'évaluation de la qualité des services offerts dans le RSSS et qui faciliteraient un meilleur suivi de cette qualité.

Santé Québec devrait suivre le déploiement du programme ainsi que les résultats obtenus. En outre, tout rapport sur la qualité, visant les établissements de Santé Québec et les titulaires d'une autorisation délivrée par Santé Québec, dont ceux obtenus auprès d'organismes d'accréditation reconnus, devraient être rendus publics.

Les établissements de Santé Québec et les titulaires d'une autorisation délivrée par Santé Québec devraient s'assurer de la conformité de leurs activités aux normes prévues dans le programme. Leurs dirigeants seront imputables des résultats liés à ces actions.

#### **4.2.6.2. Accès aux services en langue anglaise et communautés culturelles**

Il est proposé d'actualiser le processus entourant la détermination des services de santé et des services sociaux accessibles en langue anglaise dans les établissements de Santé Québec. À cette fin, il est souhaité que la responsabilité d'élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux soit confiée à Santé Québec, en collaboration avec les établissements. Le gouvernement demeurerait responsable d'approuver le programme et de le réviser au moins tous les cinq ans. Bien que le projet de loi n'en fasse pas mention, il est prévu qu'un cadre de référence faisant état des différentes obligations, notamment linguistiques, incombant à Santé Québec pour l'élaboration d'un programme soit développé et rendu disponible par le MSSS en concertation avec les partenaires gouvernementaux concernés, notamment le Secrétariat aux relations avec les Québécois d'expression anglaise et le ministère de la Langue française. Il serait attendu que Santé Québec s'assure du respect du cadre de référence dans l'élaboration du programme.

Un comité national relevant du ministre serait chargé de lui donner son avis eu égard à la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et à l'approbation, à l'évaluation et à la modification par celui-ci du programme d'accès élaboré par Santé Québec. De plus, un comité régional qui serait institué pour chacune des régions sociosanitaires concernées par le programme d'accès devrait donner son avis sur celui-ci à Santé Québec. Il devrait également évaluer ce programme et, le cas échéant, y suggérer des modifications.

Santé Québec aurait ainsi une vue d'ensemble des services offerts et pourrait tenir compte des spécificités de chaque région. Une offre unifiée et des corridors de services planifiés à plus grande échelle permettraient d'éviter les bris de services.

Il est également proposé de bonifier les dispositions concernant l'accès aux services de santé et aux services sociaux par les personnes issues des communautés ethnoculturelles. À cette fin, il est souhaité de rendre obligatoire, et non plus optionnelle, la création par le ministre de la Santé d'un comité provincial qui serait chargé de lui donner des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.

#### **4.2.6.3. Déclaration des incidents et des accidents**

Des mécanismes et des obligations pour assurer la sécurité des services de santé et des services sociaux pour les usagers du RSSS sont présentement prescrits, et ce, afin de favoriser une culture de déclaration des incidents et des accidents survenant pendant la prestation de soins. Cette culture ne vise pas le blâme, mais plutôt la déclaration de tels événements, leur analyse et la mise en place de mesures correctives pour éviter qu'ils se reproduisent.

Il est proposé que les mêmes mécanismes demeurent, mais de revoir le partage des responsabilités entre le ministre de la Santé et Santé Québec. Il est ainsi prévu que le ministre puisse déterminer les orientations et les priorités en matière de sécurité des services de santé et des services sociaux, la détermination de ces orientations s'inscrivant dans les fonctions générales du ministre énoncées à la section 4.2.2.1 du présent mémoire. Santé Québec constituerait et maintiendrait à jour, à partir des registres locaux des incidents et accidents, le registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et des services sociaux. Elle déposerait un rapport annuel au ministre sur les incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation de soins et de services sociaux dans le RSSS qui présenterait les principaux constats et les priorités d'action. Bien que la loi elle-même n'en fasse pas mention, il est prévu que les PDG des établissements de Santé Québec aient la responsabilité d'assurer un environnement de travail permettant une prestation sécuritaire de services de santé et des services sociaux et qu'ils effectuent le suivi des incidents et accidents survenant lors de la prestation de services de santé et de services sociaux, en respect des droits des usagers et en collaboration avec ceux-ci.

#### **4.2.6.4. Plaintes et qualité des services**

##### **4.2.6.4.1. Régime d'examen des plaintes**

Afin d'assurer une procédure d'examen des plaintes uniformisée pour tous les commissaires aux plaintes et à la qualité des services (CPQS), favorisant ainsi le respect de leurs droits, l'harmonisation des pratiques et l'équité pour tous les usagers du Québec dans l'examen de leurs plaintes, il est proposé de prévoir une seule procédure d'examen des plaintes pour tous les usagers des établissements de Santé Québec et privés du RSSS, laquelle est établit par le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services. Cette procédure serait approuvée par le CA de Santé Québec.

Le ministre déterminerait les orientations concernant le régime d'examen des plaintes de même que les orientations, cibles et standards relatifs à l'organisation du service d'examen des plaintes pour les usagers du RSSS (ex. : réception des plaintes centralisée quant à la satisfaction des usagers). Santé Québec assumerait la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles nécessaires à toutes les activités liées au régime d'examen des plaintes.

##### **4.2.6.4.2. Commissaire national aux plaintes et à la qualité des services**

Pour assurer une cohérence et une équité pour les usagers des établissements, peu importe leur situation géographique et leur mission ou les services qu'ils offrent, il est proposé de modifier la fonction de commissaire-conseil au régime d'examen des plaintes

pour en faire une fonction de Commissaire national aux plaintes et à la qualité des services (Commissaire national). Ce dernier serait nommé par le ministre et agirait sous l'autorité du CA de Santé Québec. Il devrait en outre déterminer la structure organisationnelle du bureau du Commissaire national et voir à la fluidité de la trajectoire des plaintes pour les usagers.

Afin d'assurer l'indépendance des fonctions des CPQS et de leur offrir un soutien direct, il est souhaité que ceux-ci soient responsables envers le Commissaire national de l'exercice des fonctions qui leur incombent. Plus spécifiquement, il les soutiendrait dans leurs responsabilités et leurs fonctions dans les établissements, notamment celle de veiller à l'application adéquate de la procédure d'examen des plaintes et de dresser périodiquement un bilan de leurs activités accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'ils auraient recommandées pour améliorer la satisfaction des usagers et favoriser le respect de leurs droits au CE de l'établissement pour lequel ils exerceraient leurs fonctions.

Les CPQS poursuivraient le traitement des signalements effectués dans le cadre de la Politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3).

#### **4.2.6.5. Application des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques)**

Comme prévu actuellement, les mesures de contrôle (contention, isolement et toute substance chimique) ne pourraient être utilisées qu'exceptionnellement et uniquement pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation de ces mesures devrait être soigneusement documentée au dossier de l'usager. Actuellement, l'utilisation des mesures de contrôle n'est pas standardisée d'un établissement à l'autre. Il n'existe aucun indicateur commun, outil de collecte standardisé ou portrait national quant au suivi des mesures de contrôle qui peuvent porter préjudice aux droits des usagers. Ces éléments ont d'ailleurs été soulevés par le Protecteur du citoyen et la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Les établissements continueraient de rédiger, d'adopter et d'appliquer leur protocole d'application des mesures de contrôle diffusé auprès des usagers. Il est important que l'établissement, selon sa mission (ou ses missions), les particularités de sa clientèle et sa réalité terrain (environnement, professionnels habilités, etc.), conserve cette responsabilité.

Santé Québec veillerait sur les mesures de suivi de l'utilisation des mesures de contrôle. Elle devra en faire rapport annuellement au ministre de la Santé, selon des indicateurs harmonisés pour l'ensemble du Québec et en prenant compte des différentes missions des établissements. Le ministre énoncerait les orientations applicables en matière d'utilisation des mesures de contrôle (cadre de référence). Bien qu'il n'y ait pas de disposition prévue dans le projet de loi, Santé Québec effectuerait une vigie et diffuserait les bonnes pratiques suivies en la matière, et ce, dans un but d'harmonisation et d'amélioration des façons de faire et de respect des droits des usagers.

## **4.2.7. Mesures de surveillance**

### **4.2.7.1. Inspections et enquêtes**

Pour ce qui est des activités d'inspection et d'enquête, Santé Québec aurait des pouvoirs d'inspection et d'enquête, pour l'application de la loi ou de ses règlements, notamment à l'égard d'un établissement privé, d'un CMS et d'une RPA, d'une ressource ou catégorie de ressource offrant de l'hébergement déterminée par règlement du gouvernement.

Par ailleurs, le projet de loi prévoit que Santé Québec pourrait, de sa propre initiative ou à la demande du ministre, autoriser une personne à mener une enquête sur toute matière relative à la prestation de services de santé et de services sociaux ou d'autres services du domaine de la santé et des services sociaux pertinente à l'application de la loi autre qu'aux fins d'établir une contravention à une disposition pénale prévue par la loi.

Il est prévu de confier à Santé Québec les pouvoirs inhérents à l'exercice d'une inspection ou d'une enquête aux fins de l'application des dispositions pénales prévues dans les lois et les règlements sous la responsabilité du ministre de la Santé. L'objectif de confier ces pouvoirs à Santé Québec est d'assurer une cohérence avec sa mission davantage axée sur les opérations.

Le ministre de la Santé conserverait un pouvoir d'enquête administrative à l'égard de Santé Québec.

### **4.2.7.2. Administration provisoire**

Le pouvoir d'ordonner l'administration provisoire d'un établissement privé, d'une RPA, d'une ressource ou catégorie de ressource offrant de l'hébergement déterminée par règlement du gouvernement ou d'une ressource intermédiaire, autre qu'une ressource visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2), et le pouvoir de prolonger une telle administration seraient confiés à Santé Québec, laquelle aurait l'obligation d'informer le ministre de la Santé de l'exercice de ces pouvoirs et de lui produire un rapport de la situation.

Les mesures pouvant être prises à la suite d'une administration provisoire demeurerait les mêmes que celles prévues actuellement, soit de révoquer une autorisation ou de déclarer que les administrateurs sont démis de leurs fonctions.

### **4.2.7.3. Suspension, révocation et refus de renouvellement d'une autorisation**

Le projet de loi prévoit des pouvoirs d'intervention de Santé Québec envers un établissement privé, un CMS, une RPA, une ressource ou catégorie de ressource offrant de l'hébergement déterminée par règlement du gouvernement et un organisme communautaire qui offre des services d'interruption volontaire de grossesse, notamment lorsque le titulaire de l'autorisation ne prend pas les moyens nécessaires pour mettre fin à tout cas de maltraitance ou qu'il s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes.

L'objectif de confier ces pouvoirs à Santé Québec est d'assurer une cohérence avec sa mission davantage axée sur les opérations.

#### **4.2.8. Sanctions administratives pécuniaires**

Un régime de sanctions administratives pécuniaires est prévu au projet de loi, et ce, pour les établissements privés, les RPA et les CMS. Ce régime serait complémentaire au régime pénal prévu également dans le projet de loi.

Santé Québec pourrait imposer une sanction administrative pécuniaire lors d'un manquement à une disposition de la loi. Les manquements pouvant donner lieu à une telle sanction seraient décrits dans la loi de même que les montants associés. Deux classes de montants sont prévues, s'échelonnant entre 500 \$ et 3 750 \$ selon la gravité du manquement. Santé Québec aurait la possibilité d'ajouter, par règlement, des manquements susceptibles de donner lieu à l'imposition d'une sanction administrative pécuniaire ne pouvant excéder 25 000 \$.

### **4.3. Services préhospitaliers d'urgence**

#### **4.3.1. Centres de communication santé**

Tous les centres de communication santé (CCS), à l'exception de celui exploité par la Corporation d'urgences-santé, sont gouvernés par un CA composé en majorité de titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, soit des compagnies privées. Cette situation découle notamment de l'application du paragraphe 1<sup>o</sup> du deuxième alinéa de l'article 21 de la LSPU qui prévoit que cinq des membres du CA d'un CCS sont désignés par de tels titulaires. Cette situation avait été identifiée, dans le rapport « Services préhospitaliers : Urgence d'agir » du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence<sup>11</sup>, comme étant susceptible de provoquer des conflits d'intérêts ou d'y voir une apparence de conflits d'intérêts. La Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence, publiée en juin 2022, mentionne la nécessité de procéder à la révision de la gouvernance des CCS.<sup>12</sup>

Il est proposé de revoir la gouvernance des CCS pour assurer une plus grande représentativité des différentes parties, soit trois membres indépendants, quatre membres nommés par Santé Québec et deux titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers (plutôt que cinq actuellement).

#### **4.3.2. Corporation d'urgences-santé**

La Corporation d'urgences-santé (CUS) est un organisme public relevant du ministre de la Santé. Toutefois, à la différence d'autres organismes publics relevant du ministre, la CUS joue un rôle de service de première ligne en rendant un service direct à la population (service ambulancier et un CCS) de Montréal et de Laval. Cette réalité complexifie les arrimages administratifs, opérationnels et de fonctionnement avec le MSSS, ainsi qu'avec les autres établissements de Montréal et de Laval.

---

11. Services préhospitaliers : Urgence d'agir. 2014. Rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence.

12. Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence, 2022, p. 24.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-929-02W.pdf>

Il est proposé que la CUS relève de Santé Québec plutôt que du ministre et qu'elle soit renommée « Urgences-santé ».

#### **4.3.3. Projets pilotes**

Dans le contexte de la mise en œuvre de la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence, il est proposé d'ajouter, dans la LSPU, une disposition permettant d'expérimenter des projets novateurs en matière de services préhospitaliers d'urgence. Par exemple, ceci permettrait le déploiement, sous forme de projet pilote, de la paramédecine communautaire et l'évaluation des gains de services potentiels pour la population ainsi que la valeur ajoutée de l'utilisation des compétences des techniciens ambulanciers paramédics dans d'autres sphères.

#### **4.3.4. Contrat de services ambulanciers**

La LSPU prévoit que le contrat de service conclu entre les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, les CISSS et CIUSSS et le ministre de la Santé doit être de trois ans. Toutefois, ce plafonnement de la durée d'un tel contrat à trois ans accorde peu de latitude aux décideurs ministériels et politiques pour atteindre les objectifs poursuivis par la réalisation du contrat et pour analyser les résultats indiqués par la reddition de comptes, surtout dans la mesure où les échéanciers réduits pour la réalisation du contrat de service doivent être conciliés avec le renouvellement des conventions collectives des techniciens ambulanciers paramédics.

En plus de mobiliser plusieurs ressources des équipes du MSSS, du RSSS et des associations de titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, le croisement et l'interaction entre ces deux cycles de négociation sont souvent délétères à la conclusion de l'un ou l'autre. Le MSSS, les CISSS et CIUSSS et les entreprises ambulancières sont ainsi constamment en processus de préparation du prochain contrat de service sans même que le contrat de service en vigueur n'ait pu être réalisé pleinement par manque de temps.

La proposition vise à prolonger la durée prévue par la loi concernant le contrat de service avec les entreprises ambulancières de deux années, faisant ainsi passer les cycles de trois à cinq ans.

#### **4.3.5. Plan d'organisation des services préhospitaliers d'urgence**

La LSPU exige présentement que les CISSS et CIUSSS élaborent un plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence pour assurer l'accessibilité populationnelle à chacun des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière (911, CCS, premiers répondants, services ambulanciers, etc.). Considérant l'ampleur des travaux associés à cette démarche de planification ainsi que la taille limitée des équipes préhospitalières des CISSS et CIUSSS pour assumer toutes les responsabilités légales et contractuelles applicables, il est proposé de faire passer la durée attendue des plans régionaux d'organisation des services à cinq ans. Il s'agirait également de la même base d'élaboration que celle sur laquelle les plans stratégiques du MSSS sont produits.



#### **4.4. Autres sujets**

##### **4.4.1. Surfacturation de 200 % pour les ressortissants étrangers dans les établissements**

Des frais sont facturés actuellement à des ressortissants étrangers pour des services reçus au sein des établissements du RSSS. À cet égard, la directive « Surcharge et exemptions pour certains ressortissants étrangers dans les établissements publics du réseau » (numéro 2014-029) s'applique dans le RSSS. Elle prévoit notamment les cas pour lesquels une surcharge de 200 % doit être facturée à des ressortissants étrangers. Il est proposé de formaliser cette surcharge dans le projet de loi.

#### **5- Autres options**

La pandémie a accentué et mis en lumière les limites et les vulnérabilités existantes dans le RSSS, mais elle a également permis de démontrer qu'il est possible d'y orchestrer de vrais changements. Le MSSS est en processus d'amélioration continue et des actions ont été mises de l'avant pour doter le Québec d'un continuum de soins et de services sociaux plus performant et agile. À titre d'exemples, la mise en place des guichets d'accès en première ligne (GAP), le déploiement de la ligne 811 pédiatrique et de l'initiative « un appel, un service », les diverses actions et mesures découlant de la cellule de crise sur les urgences, la place grandissante de la téléconsultation et la mise en place d'un gestionnaire dans les milieux d'hébergement de longue durée.

Toutefois, sans une modification législative pour progresser vers une meilleure intégration et coordination des services, il sera difficile de passer à un autre niveau. Le statu quo ne peut être envisagé. Ainsi, deux scénarios ont été analysés : un scénario d'intégration minimal et un scénario d'intégration complet. Le second scénario a été privilégié et fait l'objet du présent mémoire.

Le scénario d'intégration minimale aurait impliqué, à l'instar du scénario d'intégration complet, l'élaboration d'un projet de loi visant la création de Santé Québec. Avec ce scénario, la structure imposée par la LMRSSS demeurerait et Santé Québec ne pourrait pas la changer. Les CISSS et CIUSSS et les établissements non fusionnés demeuraient des personnes morales. Le personnel resterait rattaché à l'établissement qui les emploie. Chaque établissement conserverait son CA. Les fonctions du ministre rattachées aux opérations seraient transférées à Santé Québec. Globalement, ce scénario n'offre que peu d'avantages puisque, bien qu'il aurait permis de délester le ministre de la gestion des activités opérationnelles du RSSS, son impact serait limité, voire nul, au regard des objectifs poursuivis.

#### **6- Évaluation intégrée des incidences**

##### **6.1. Nouvelle gouvernance**

L'un des problèmes majeurs vécus par les usagers du système de santé et de services sociaux du Québec se résume souvent à la difficulté d'accès et de fluidité des services.

Il est actuellement difficile d'assurer un parcours de services qui serait pleinement intégré.

En proposant une nouvelle gouvernance plus simple qui évite les doublons et qui permet une prise de décision près de l'action, l'utilisateur en tirerait bénéfice. Ainsi, cette gouvernance amènerait une meilleure coordination et plus de flexibilité et d'agilité pour le RSSS, notamment par l'abolition des frontières entre les établissements. Cela aurait pour effet d'offrir des services harmonisés et impliquerait la constitution d'un seul dossier par usager, rendant invisible la notion de territoires pour la clientèle qui consomme des soins et des services sociaux auprès de plusieurs établissements.

Ainsi, la création de Santé Québec améliorerait l'accès, la continuité, la qualité des services et la création de valeur pour les usagers, sur tout le territoire québécois, et ce, en fonction des besoins évolutifs.

Le nouveau mode de gouvernance pourrait créer des insatisfactions. La transformation des CA des établissements en CE pourrait créer une perception de déficit démocratique. De plus, la réduction du nombre de comités d'usagers risquerait de créer des réactions de la part des membres de ces comités.

L'orientation retenue pour désigner un établissement, soit « Santé Québec + région de l'établissement », permettrait leur évolution plutôt que de les figer dans une loi. Ce choix pourrait toutefois faire réagir puisque certains groupes pourraient interpréter cette absence sémantique concernant les services sociaux comme étant représentative de la prépondérance médicale.

## **6.2. Expérience usager**

L'amélioration de l'expérience usager serait au centre des décisions dans le cadre du projet de loi. Ainsi, il est planifié de permettre au CE de donner son avis sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux, sur la qualité des services ainsi que sur l'évaluation de la satisfaction des usagers. Cela permettrait une plus grande adéquation entre les valeurs portées par la population et les décisions prises en matière de services de santé et de services sociaux.

Afin de s'assurer de prendre en compte les réalités locales et de favoriser une plus grande adhésion, il est souhaité de mettre en place un mécanisme pour entendre les propositions et besoins de la clientèle, les élus et les organismes locaux, tels que les organismes communautaires.

## **6.3. Contrôle des établissements privés**

La création de Santé Québec permettrait d'avoir un regard global des partenaires privés, de s'assurer de la qualité des services de santé et des services sociaux donnés aux personnes âgées dans les milieux où ils sont hébergés et d'avoir un regard transversal des ententes conclues avec les milieux privés et des plaintes formulées à leur égard. Elle permettrait également d'avoir une vision d'ensemble des inspections, des enquêtes et des visites effectuées dans les milieux privés.

Les établissements privés offrant de l'hébergement et des soins de longue durée devront dorénavant être tous conventionnés. Cependant, le projet de loi prévoit pour les établissements non conventionnés déjà existants qu'ils pourraient continuer d'offrir leurs services dans les installations visées par leur permis d'exploitation sans excéder la capacité qui y est prévue.

Afin de rencontrer l'objectif de conventionnement des établissements privés offrant de l'hébergement et des soins de longue durée, le MSSS a mis en œuvre un projet de conversion de ces derniers en établissements privés conventionnés. Ce processus de conventionnement nécessiterait des modifications à la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1) (Loi concernant les unités de négociation) afin d'être optimisé.

#### **6.4. Employeur unique**

Comme Santé Québec serait l'employeur unique du personnel des établissements publics, on peut envisager une optimisation du processus d'embauche et de dotation, une harmonisation des mesures touchant l'organisation du travail ainsi qu'une mobilité du personnel entre les établissements sans perte d'avantages syndicaux en ce qui a trait aux conditions de travail.

L'instauration d'un employeur unique offrirait des opportunités. Par exemple, elle pourrait donner lieu à la mise en place d'une banque de personnel, laquelle permettrait à Santé Québec d'avoir une certaine agilité pour pallier les effets du manque de main-d'œuvre. Une initiative de ce genre ferait l'objet de négociations avec les instances syndicales concernées.

#### **6.5. Changement de la culture organisationnelle, gestion de proximité et bénéfiques pour les employés**

Il est souhaité d'instaurer une culture organisationnelle où les citoyens, les employés, les gestionnaires et les médecins se réapproprieraient leur organisation locale de services de santé et de services sociaux en développant leur sentiment d'appartenance pour préserver ces services et les valeurs qui s'y rattachent. La gestion de proximité qu'il est souhaité implanter nécessiterait un changement de culture. Un tel changement pourrait notamment s'opérer grâce à la mise en place d'outils utiles à la gestion du changement, dont la nomination d'une personne responsable, pour chaque installation, de veiller à la bonne marche des activités de l'établissement et à la détection en temps utile des situations anormales.

Combiné aux modifications proposées au régime de négociation des matières locales, Santé Québec, en tant qu'employeur unique, amènerait la flexibilité et l'agilité nécessaires à l'implantation d'une réelle gestion de proximité, et ce, au bénéfice des personnes salariées. Celles-ci pourraient profiter d'un déploiement homogénéisé de mesures porteuses pour elles, mais également d'une personnalisation des mesures devant s'adapter au contexte, ce qui n'est pas possible dans le régime actuel.

Les employés pourront également bénéficier d'un cheminement de carrière amélioré, notamment en raison du caractère national qu'aura dorénavant l'ancienneté. Enfin, la flexibilité et la mobilité acquises seront autant de leviers disponibles pour mettre fin au temps supplémentaire obligatoire.

Ainsi, les changements proposés à la gouvernance du système de santé et de services sociaux vont bien au-delà d'un simple changement de structure. Cependant, les bénéfices tangibles seraient mesurables seulement plusieurs mois suivant l'entrée en vigueur de la loi et sa mise en œuvre.

De plus, puisque Santé Québec intégrerait les établissements actuels sous une même structure administrative, cela pourrait entraîner la résistance de plusieurs groupes à travers le Québec, ce qui pourrait rendre plus difficile la mise en œuvre des mesures prévues par le projet de loi. Par exemple, l'intégration des établissements au sein de Santé Québec pourrait soulever le mécontentement de groupes d'employés, d'administrateurs, de syndicats, de fédérations médicales, d'organismes et d'usagers. La vulgarisation des solutions proposées par une stratégie de communication de même que la mise en œuvre d'une gestion du changement pourraient faciliter l'adhésion à cette transformation pour qu'elle s'impose comme la solution aux problèmes actuels vécus dans le RSSS.

#### **6.6. Transfert du personnel de la fonction publique du MSSS vers Santé Québec**

Comme il est proposé que Santé Québec orchestre les tâches opérationnelles qui sont actuellement effectuées par le MSSS, un transfert du personnel de la fonction publique du MSSS et des établissements vers Santé Québec, et ce, sans perte d'emploi, serait nécessaire. Ceux-ci seraient soumis aux conditions de travail du RSSS. Le personnel de la fonction publique aurait un droit de retour dans la fonction publique.

#### **6.7. Parc immobilier et équipements**

L'optimisation du parc immobilier et d'équipements permettrait de rendre possible un changement d'usage des bâtiments et des équipements d'un établissement à l'autre afin de répondre plus adéquatement et dans de meilleurs délais aux besoins de la population, et ce, aux bénéfices des usagers.

#### **6.8. Incidence sur les organismes relevant du ministre de la Santé**

À l'exception de la Corporation d'urgences-santé, le projet de loi n'aurait pas d'incidence majeure sur les organismes relevant du ministre de la Santé, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Héma-Québec, le CSBE, la Commission sur les soins de fin de vie (CSFV) et l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ).

Concernant la Corporation d'urgences-santé, il est possible que la modification de son statut entraîne une réaction au sein de l'organisation en lien avec l'impression de perdre une autonomie relativement au reste du RSSS. Concernant les CCS, le

rééquilibrage de la composition du CA risque d'entraîner certaines insatisfactions de la part des entreprises ambulancières.

## **6.9. Autres**

La proposition n'a pas d'effet sur les relations avec les autres gouvernements.

Une analyse d'impact réglementaire a été réalisée. Son contenu est conforme à la Politique gouvernementale sur l'allègement réglementaire et administratif – Pour une réglementation intelligente.

## **7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes**

Les ministères et organismes publics suivants ont été consultés pendant les travaux visant l'élaboration du projet de loi :

- le CSBE;
- le Fonds de recherche du Québec–Santé;
- le Fonds de recherche du Québec–Société et culture;
- le ministère des Finances;
- le Secrétariat du Conseil du trésor.

Le projet de loi découlant en grande partie du Rapport Savoie et du Plan santé, il importe de mentionner que, dans le cadre des travaux réalisés aux fins de ce rapport et de ce plan, les personnes ou groupes suivants ont été entendus :

- les PDG des CISSS et CIUSSS;
- les sous-ministres adjoints et associés du MSSS actuels et certains anciens;
- certains partenaires reconnus pour leur connaissance du RISSS et de gouvernance;
- le Regroupement provincial des comités des usagers;
- le Conseil pour la protection des malades;
- l'Alliance pour les patients en santé;
- le Regroupement des médecins pour la décentralisation du RISSS.

## **8- Mise en œuvre, suivi et évaluation**

### **8.1. Entrée en vigueur de la loi et dispositions transitoires**

Certaines des dispositions du projet de loi entreraient en vigueur six mois après la date fixée par le gouvernement. À ce moment, les établissements poursuivraient leur mission dans Santé Québec et leurs patrimoines n'en formeraient qu'un, qui deviendrait celui de Santé Québec.

Les dispositions transitoires entreraient en vigueur dès la sanction du projet de loi afin de ne pas déstabiliser le RISSS et de permettre une mise en œuvre coordonnée des

dispositions législatives. Il est notamment prévu que le projet de loi maintienne en vigueur les dispositions nationales des conventions collectives actuelles tant que les négociations nationales en cours ne seraient pas conclues ou que la période de détermination des nouvelles unités de négociation et de négociation des conventions collectives suivant l'entrée en vigueur de la loi n'aurait pas été complétée, selon le cas.

Il en serait de même pour les conditions de travail actuelles des cadres et des hors-cadres.

## **8.2. Processus de transformation et de transition**

Pour une mise en œuvre éclairée, structurée, respectueuse et harmonieuse de la transformation du système actuel au nouveau système prévu par le projet de loi, il est nécessaire de planifier rigoureusement chacune des étapes et de prévoir l'orchestration de leur déploiement avec la collaboration et l'apport de tous les acteurs concernés. En outre, un tel exercice doit se faire avec un maximum de transparence et être communiqué de manière adaptée en fonction des publics cibles.

### **8.2.1. Comité de transformation**

Bien que le projet de loi n'en prévoie pas la constitution, un comité de transformation serait mis en place et serait chargé d'élaborer un plan de transformation pour préparer et soutenir le changement, générer la concertation et la mobilisation de tous les acteurs du système de santé et des services sociaux, identifier les jalons et des indicateurs-clés qui permettraient de suivre l'avancement et le succès de la transformation et développer les stratégies de communication afférentes. Un tel plan devrait prévoir certains éléments incontournables, notamment un cadre financier pro forma et une stratégie de gestion du changement et de communication.

Le comité de transformation serait présidé par la sous-ministre de la Santé et des Services sociaux jusqu'à ce que le PCA soit nommé. La sous-ministre continuerait d'y siéger à titre de membre à la suite de l'entrée en poste du PCA. Les autres membres seraient, notamment le PCD, dès sa nomination, des sous-ministres adjoints et associés du MSSS, soit ceux responsables des ressources humaines et de la rémunération, de la coordination réseau et des affaires institutionnelles, des finances, de l'allocation des ressources et du budget, de la gouvernance clinique, des infrastructures, de la logistique, des équipements et des approvisionnements, des technologies de l'information, de la planification stratégique et de la performance, de même qu'un coordonnateur, le responsable des communications et celui des affaires juridiques. Le comité de transformation aurait la latitude requise pour s'adjoindre les experts et consultants qu'il juge nécessaire pour réaliser la transformation. Il pourrait constituer des sous-comités.

### **8.2.2 Détermination des nouvelles unités de négociation**

La Loi 30 prévoit que lors d'une fusion ou d'une intégration d'établissements, il y a détermination des nouvelles unités de négociation. La loi prévoit le mécanisme pour déterminer l'association (syndicat) qui sera accréditée pour représenter les personnes salariées de chaque unité. Dans le cas où il y aurait plus d'une association requérante pour représenter les salariés appelés à faire partie d'une nouvelle unité de négociation, la tenue d'un vote pour les salariés de cette unité serait nécessaire. Dans une telle

situation, les syndicats pourraient faire du maraudage syndical pour tenter d'influencer ce vote.

Le processus de détermination des nouvelles unités de négociation débiterait à compter de la date de fusion des établissements de Santé Québec. Une modification devrait être prévue à la Loi concernant les unités de négociation pour s'assurer que le nombre d'unités de négociation soit de quatre, une par catégorie de personnel, pour l'ensemble du territoire couvert par Santé Québec.

### **8.2.3 Négociations nationales**

Le projet de loi ne contient pas de disposition qui suspendrait le processus de négociation en cours. Ainsi, le processus conduit actuellement par le Conseil du trésor devrait se poursuivre.

### **8.2.4 Négociations locales**

Le projet de loi prévoit que lorsque le processus de détermination des nouvelles unités de négociation aurait été complété, Santé Québec devrait débiter la négociation des 26 matières identifiées comme étant locales dans la Loi sur le régime des négociations.

Le projet de loi prévoit également que la durée maximale de ce processus de négociation des dispositions locales des conventions collectives serait fixée à 18 mois.

Dans l'intervalle, les dispositions locales en vigueur dans les établissements intégrés à Santé Québec le demeureraient jusqu'à ce qu'une entente sur les dispositions locales les remplaçant soit convenue.

En ce qui a trait aux établissements des régions exclues du champ d'application du projet de loi, le cadre législatif demeurerait inchangé, ce qui signifie qu'ils demeureraient responsables de leurs propres dispositions locales et qu'aucun changement d'accréditation n'interviendrait par le simple effet du projet de loi. Il en irait de même pour les établissements privés conventionnés.

### **8.2.5. Négociation des ententes collectives des RI et des RTF**

Le projet de loi prévoit que les RI et les RTF seraient dorénavant liées à une région sociosanitaire plutôt qu'à un établissement. La Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2) serait adaptée en conséquence. Ainsi, à terme, il y aurait deux associations reconnues par région.

Dans l'intervalle, les ententes collectives en vigueur le demeureraient jusqu'à ce que de nouvelles ententes soient négociées.

## **8.2.6 Allocation des ressources financières**

Le mode d'allocation des ressources financières resterait le même jusqu'à la fin de l'année financière. Ainsi, les budgets pour les établissements seraient versés en application des programmes-services. De plus, la reddition de comptes serait également produite selon ce même mode, tout comme les rapports annuels de gestion et les rapports annuels financiers.

## **8.2.7. Renseignements de santé et de services sociaux**

Advenant que le projet de loi soit adopté avant le projet de loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (ci-après « projet de loi n° 3 »), des ajustements seraient nécessaires afin que ce soit le régime prévu au projet de loi n° 3 qui s'applique une fois celui-ci en vigueur. Dans l'optique où le projet de loi n° 3 ne serait pas adopté, des travaux d'harmonisation du présent projet de loi avec celui-ci et avec la Loi sur l'accès à l'information qui a été modifiée à la suite de l'adoption de la Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels (2021, chapitre 25) seraient nécessaires.

## **8.2.8. Nomination du CA, du PCA, du PCD, des PDG, des PDGA et des membres des CE**

Les dispositions de l'article 3.1 de la LGSE relatives aux profils de compétence et d'expérience des membres du CA autres que le président de celui-ci et le PCD de Santé Québec ne s'appliqueraient pas à la nomination des premiers membres du CA de Santé Québec. Toutefois, le gouvernement fera en sorte, lors de ces nominations, que les membres possèdent collectivement la compétence et l'expérience appropriées dans des domaines administratifs visés.

Le PCA et le PCD seraient nommés pendant la période de transition conformément aux dispositions de la LGSE à l'exception de la disposition prévoyant la nomination suivant la recommandation du conseil d'administration et des dispositions relatives aux profils de compétence et d'expérience qui sont établis par le CA.

Comme les PDG et PDGA seraient nommés par le CA et non plus par le gouvernement, ils deviendraient assujettis au Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (chapitre S-4.2, r. 5.2). Ce règlement devrait être revu pour y intégrer les postes de PDG et de PDGA. Jusqu'à ce que ce règlement soit pris, le gouvernement continuerait de nommer les PDG et les PDGA en cas de vacance de ces postes.

Comme il est proposé que les CA des établissements (CISSS et CIUSSS et non fusionnés) soient transformés en CE à l'entrée en vigueur de la loi, dans cette période de transition, il est planifié que les personnes qui étaient membres du CA des établissements puissent continuer d'exercer des fonctions de membres de CE, et ce, jusqu'à ce que les premiers membres des CE soient nommés par le CA de Santé Québec.

Dans les mesures de transition, un soutien administratif serait mis en place pour le déploiement des nouvelles structures nécessaires à Santé Québec.



### **8.3. Processus de suivis**

Le projet de loi prévoit différents processus de suivis. D'entrée de jeu, le ministre devrait s'assurer de déterminer les orientations et les attentes globales en matière de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité des soins et des services sociaux. Il devrait également s'assurer de déterminer des indicateurs de suivi. Santé Québec, quant à elle, prescrirait le processus de suivi des mesures et de suivi de qualité pour l'ensemble des établissements et elle devrait rendre publics les résultats obtenus. Finalement, les PDG des établissements s'assureraient de la conformité aux normes proposées. Ils s'assureraient aussi de mettre en place un plan d'amélioration de la qualité en continu et déploieraient les actions requises.

### **8.4. Gestion du changement et communications**

Le succès de ce projet organisationnel repose sur la mise en place d'éléments et de conditions liés à l'environnement de gestion sans lesquels tout changement ne pourrait produire les résultats escomptés, lesquels en l'occurrence sont de faciliter et simplifier l'accès aux services de santé et aux services sociaux, d'offrir à la population des services de qualité et sécuritaires, d'améliorer et de favoriser un continuum de services plus fluide en plus d'accroître l'efficacité et la performance du RSSS.

Pour réussir ce changement, l'adhésion des parties et des partenaires est essentielle. Chaque partie prenante devrait faire partie de la solution. Le projet de loi suggère des changements d'importance, particulièrement pour les employés. Santé Québec et le MSSS travailleront de pair pour communiquer aux différents acteurs concernés en quoi les solutions proposées répondent à des enjeux récurrents du RSSS et en quoi les employés en tireront des bénéfices tant dans leur pratique professionnelle que dans leur bien-être au travail.

En matière de communications publiques, il est prévu que Santé Québec soit entièrement autonome, à l'instar d'autres entités assujetties à la LGSE. Cependant, cela n'exclut pas que des orientations et des directives soient données à Santé Québec par le ministre à cet égard conformément à ses pouvoirs généraux d'orientation et de directive. Santé Québec sera tenue de se conformer à de telles directives.

### **8.5. Appellations des établissements de Santé Québec**

Il est envisagé que les unités administratives de Santé Québec soient dorénavant appelées de la manière suivante : « Santé Québec + région/territoire de l'établissement ».

### **8.6. Ressources financières**

Santé Québec transmettrait au ministre, dans la forme que celui-ci détermine, un rapport financier mensuel et un rapport prévisionnel des dépenses mensuel relatifs au fonctionnement de Santé Québec, au plus tard le 30<sup>e</sup> jour suivant la fin du mois visé. Elle lui transmet une version préliminaire du rapport financier mensuel au plus tard le 10<sup>e</sup> jour ouvrable suivant la fin du mois visé.

Le ministre fournirait, dans les mêmes délais, une reproduction de chacune de ces versions au ministre des Finances et au président du Conseil du trésor.

Ces rapports devraient contenir tout renseignement requis par le ministre.

Santé Québec transmettrait de plus au ministre tout autre rapport sur les sujets visés dans la forme, et selon la teneur et la périodicité qu'il déterminerait. De tels rapports lui seraient exclusivement destinés.

Toutefois, les dispositions visant la transmission de ces rapports mensuels entreraient en vigueur à une date qui serait fixée par décret du gouvernement et postérieure à la date d'entrée en vigueur des autres dispositions de la loi. Le projet de loi prévoit également que jusqu'à ce que cette date soit fixée par le gouvernement, Santé Québec transmettrait au ministre, dans la forme qu'il détermine, un rapport financier trimestriel et un rapport prévisionnel des dépenses trimestriel relatifs au fonctionnement de Santé Québec, au plus tard le 30<sup>e</sup> jour suivant la fin du trimestre visé, ainsi qu'une version préliminaire du rapport financier trimestriel au plus tard le 10<sup>e</sup> jour ouvrable suivant la fin du trimestre visé. Les établissements publics, jusqu'à ce qu'ils soient fusionnés à Santé Québec, continueraient de transmettre au ministre les rapports financiers prévus à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le ministre fournirait, dans les mêmes délais, une reproduction de chacune de ces versions au ministre des Finances et au président du Conseil du trésor.

Les rapports visés devraient contenir tout renseignement requis par le ministre.

Si le jour de la fusion ne correspondait pas à un 1<sup>er</sup> avril, les rapports visés devraient, pour la période comprise entre le jour de la fusion et le 1<sup>er</sup> avril suivant, présenter l'information relative au fonctionnement de Santé Québec et à celui de ses établissements.

### **8.7. Ressources humaines**

Afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux, un effort soutenu de recrutement et de rétention du personnel serait nécessaire au cours des prochaines années. Il est donc envisagé que Santé Québec dispose de la marge de manœuvre requise pour offrir un environnement de travail attrayant et où la gestion des situations de crise est facilitée.

Les structures d'encadrement supérieur viseront à favoriser la transversalité et l'intégration des services au sein de l'établissement, et ce, afin d'éviter la reconduction de modèles organisationnels qui induisent le fonctionnement en silo.

### **8.8. Ressources technologiques**

La mise en œuvre du projet de loi nécessiterait d'adapter les systèmes technologiques à la nouvelle réalité organisationnelle du secteur de la santé et des services sociaux. Ces adaptations technologiques seraient déployées graduellement après l'adoption du projet

de loi. Il est question essentiellement d'adapter les systèmes soutenant les opérations, la gestion courante des ressources et la reddition de comptes de Santé Québec.

### **8.9. Acquisitions et infrastructures**

Un acte de délégation et des seuils d'autorités devraient être mis en place afin de permettre aux équipes régionales et locales d'avoir la capacité d'agir et de réaliser les travaux requis, notamment en matière d'acquisitions et de maintien des infrastructures. Chaque palier d'autorité serait imputable de la réalisation des activités de sécurité, d'entretien et de maintien de leur parc immobilier en respect du budget accordé.

L'élaboration de normes réglementaires spécifiques au RSSS serait proposée pour permettre, à titre d'exemples, la double adjudication et les parts de marché, et ce, compte tenu que les contributions partenariales deviendront encore plus pertinentes pour faciliter la mise en contrat pour Santé Québec.

## **9- Implications financières**

Entre 2011-2012 et 2015-2016, les établissements publics du RSSS ont subi des compressions budgétaires totalisant près de 400 M\$ récurrents annuels dans les structures administratives et de gouvernance, dont quelque 228 M\$ seulement en 2015-2016 à la suite de la révision de la gouvernance du RSSS. Après ces importantes optimisations des secteurs administratifs et des équipes, les établissements du RSSS font le constat que les équipes administratives (ressources humaines, qualité et information de gestion, gestion budgétaire et financière, technologies de l'information et télécommunications, etc.) sont souvent trop réduites pour apporter le soutien approprié aux équipes cliniques, ce qui se traduit par des enjeux d'accès et de qualité des services de santé et des services sociaux.

C'est notamment pour faire face à cet enjeu qu'il a été décidé, en octobre 2019, de réserver une part de 10 % des montants dédiés à l'ajout de personnel pour les développements cliniques aux secteurs administratifs et techniques et d'ajouter des postes de gestionnaires dans le RSSS au cours des deux dernières années, notamment dans chacun des CHSLD et dans chacune des installations du RSSS.

Depuis 2015-2016, le taux d'efficacité administrative – c'est-à-dire le poids des activités administratives sur l'ensemble des coûts directs – a fluctué très légèrement entre 6,2 % et 6,4 % des coûts totaux. En 2021-2022, ce taux était de 6,4 %. Le MSSS poursuivra un travail de recherche au cours des prochaines semaines afin de comparer le Québec à d'autres juridictions au regard du poids des secteurs administratifs.

L'ajout de personnel administratif en appui aux équipes cliniques, effectué dans le cadre du budget 2022-2023, est l'une des solutions pour renforcer l'accès et la qualité des services de santé et des services sociaux face à la pénurie de personnel clinique (réduction du temps consacré par les experts cliniques à des activités administratives pour leur permettre de se concentrer sur les activités cliniques à grande valeur ajoutée).

La transformation proposée permettrait d'augmenter l'efficacité organisationnelle et n'occasionnerait pas de coûts additionnels pour le budget du secteur de la santé et services sociaux. Toutefois, afin d'éviter les écueils passés et de permettre au RSSS de mener adéquatement la transformation associée à la création et au déploiement de Santé Québec et à la décentralisation qui y est associée, des budgets non récurrents transitoires seront réservés, soit 20 M\$ en 2023-2024, et 40 M\$ en 2024-2025.

Le regroupement des activités administratives générerait des économies d'échelle à terme pour l'ensemble des établissements. Ces économies se dégageraient de la mise en commun des activités associées aux fonctions liées aux finances, aux ressources humaines, aux ressources informationnelles et aux infrastructures et de la réduction du taux d'encadrement. Il est visé que ces économies soient réinvesties par Santé Québec, dans l'esprit de décentralisation qui sous-tend sa création, pour lui permettre d'atteindre ses objectifs de renforcement de l'accès et de la qualité des services de santé et des services sociaux.

L'impact sur les activités économiques régionales serait réparti à l'ensemble du Québec. Toutefois, la proposition éviterait le déplacement de l'activité administrative d'une région à une autre : la majorité des emplois administratifs découlant de l'intégration seraient maintenus dans les régions.

Le coût des adaptations technologiques nécessaires à la mise en œuvre du projet de loi ne sont pas déterminés pour le moment, mais elles suivront le processus habituel de planification et d'autorisation des projets en ressources informationnelles en fonction des décisions qui seront prises par l'Assemblée nationale du Québec.

## **10- Analyse comparative**

Le Rapport Savoie effectue un état de la situation dans différents pays, qu'il convient de reproduire ci-dessous.

Au Canada, dans les années 1990, on observe la création d'un palier régional dans toutes les provinces canadiennes, sauf en Ontario. Dans les années 2000, on observe plutôt la réduction du nombre des instances régionales. L'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard ont aboli leurs agences régionales pour en créer une seule à l'échelle provinciale; le Manitoba a fait passer leur nombre de onze à cinq. Récemment, cette province a créé une organisation provinciale unique – Shared Health – centralisant des services cliniques et administratifs. Dans les années 2010 à aujourd'hui, la tendance à la centralisation par la réduction du nombre d'instances régionales se poursuit. En effet, les provinces de la Saskatchewan, du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse ont toutes trois remplacé, dans les dernières années, leurs autorités régionales par une seule autorité à l'échelle provinciale.

L'Ontario a annoncé en 2019 ses plans pour consolider les agences, ainsi que les 14 autorités de santé supraprovinciales (Local Health Integration Networks), qui administrent et assurent la prestation de service aux populations locales. Ainsi créée, Santé Ontario devenait un organisme unique établi par le gouvernement de l'Ontario pour

relier et coordonner le système de soins de santé. En 2022, l'Ontario s'est engagée à offrir un système de soins de santé axé sur le patient, qui donne plus de choix aux Ontariens. Par l'élargissement de l'offre de soins à domicile, l'Ontario vise notamment à offrir des soins de qualité aux patients, où et quand ils le souhaitent. Cette approche devrait permettre de renforcer leur capacité en matière de soins de santé<sup>13</sup>. Tout récemment, certains médias ont présenté les priorités du premier ministre Doug Ford pour la prochaine session parlementaire et ses intentions pour améliorer le réseau de la santé. Plus spécifiquement, afin de contrer les enjeux liés à la pénurie de personnel, il entend inviter les travailleurs des autres provinces à venir travailler en Ontario, tout en limitant les contraintes administratives qu'un tel déplacement peut représenter.

De façon globale, les comparaisons internationales en matière de gouvernance ne permettent pas de dégager une tendance prédominante en matière de déplacement des responsabilités<sup>14</sup>. On observe toutefois une tendance émergente préconisant l'élargissement du rôle et de l'autorité du palier central au regard de l'élaboration de politiques, de la planification stratégique, de la surveillance des soins, de la reddition de comptes et du financement, tandis que les fonctions relatives à la prestation des services demeurent sous la responsabilité d'instances décentralisées. Parallèlement, une meilleure coordination et intégration des soins et des pratiques semble recherchée par plusieurs pays selon différents moyens, dont une imputabilité confiée au palier régional.

Certains pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) possèdent toutefois une instance intermédiaire de gouverne, bien que leurs rôles, leurs statuts, leurs responsabilités et leur nombre diffèrent entre les juridictions. Par exemple :

- Australie : création, en 2015, des Primary Health Networks, travaillant directement avec la première ligne et les spécialistes, et les Local Hospital Networks, avec l'objectif d'améliorer la coordination, l'efficacité et l'efficacité des soins pour les personnes plus vulnérables sur le plan de la santé.
- Danemark : restructuration de son modèle de financement des régions pour un modèle qui rend ces dernières responsables de l'atteinte de critères liés à la coordination et à l'intégration des soins.
- Suède : promotion par le gouvernement de modèles de gouvernance qui favorisent l'innovation et la confiance de la population envers le système de santé publique, dans une perspective d'amélioration des soins. Cette approche peut être vue comme une réponse au contrecoup créé par les réformes passées qui ont favorisé la compétition et la recherche de performance.
- Angleterre : mise sur pied de NHS Long Term Plan (2019, plan de 10 ans), une vision à l'égard de systèmes de soins intégrés à l'échelle locale visant l'amélioration de la santé de la population. Ce plan comprend des stratégies nationales pour les maladies cardiovasculaires et respiratoires, les cancers et la

---

13. Agence Santé Ontario, salle presse – communiqué, L'Ontario investit un milliard de dollars de plus pour élargir les soins à domicile, <https://news.ontario.ca/fr/release/1002107/ontario-investit-un-milliard-de-dollars-de-plus-pour-elargir-les-soins-a-domicile>

14. The Commonwealth Fund, Profils de pays : profils des systèmes de soins de santé internationaux, 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries>

santé mentale, ainsi qu'un nouveau réseau de soins de première ligne permettant une meilleure intégration des pratiques.<sup>15</sup>

Fort des apprentissages réalisés dans le contexte de la crise sanitaire mondiale, d'autres gouvernements proposent d'opérer des changements importants dans leur gouvernance en matière de santé afin de faire face aux nombreux défis des prochaines années. Mentionnons le plan pour refonder le système de santé français, dévoilé le 6 janvier 2023 par le président de la République française, Emmanuel Macron, qui préconise notamment une collaboration plus étroite entre le personnel administratif et soignant, plus de liberté en matière d'organisation du travail et des changements au niveau des structures de gouvernance.

Le ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ

Le ministre responsable des  
Services sociaux,

LIONEL CARMANT

La ministre déléguée à la Santé  
et aux Aînés,

SONIA BÉLANGER

---

15. Gouvernement du Québec. 2022. Rapport final : « Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux », p. 4 à 7.

## **ANNEXE 1**

### **Pouvoirs du ministre**

#### **Découpage du territoire et gestion des établissements :**

- Modifier le découpage des différents territoires, après consultation de Santé Québec;
- Subdiviser les régions sociosanitaires en territoires de RLS contigus;
- Autoriser que l'acte constitutif d'un établissement regroupé soit modifié, révoqué ou abandonné;
- Autoriser Santé Québec à offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des ressources professionnelles ou des équipements ultraspécialisés;
- Autoriser, à la demande de Santé Québec, qu'une lettre patente supplémentaire soit délivrée pour modifier les dispositions de l'acte constitutif d'un établissement regroupé constitué par loi spéciale;
- Accorder les désignations universitaires aux établissements;
- Approuver la liste d'activités médicales particulières que lui soumet Santé Québec;
- Approuver les plans territoriaux des effectifs médicaux et dentaires établis par Santé Québec et transmettre des directives à Santé Québec concernant l'établissement de ces plans. Ces directives peuvent notamment prévoir des objectifs de croissance ou de décroissance et un nombre de postes qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions;
- Nommer, sous recommandation de Santé Québec, un directeur de santé publique pour chaque région sociosanitaire;
- Demander que Santé Québec intervienne auprès d'un établissement pour rectifier des situations qui ne correspondraient pas aux standards requis.

#### **Obtention d'information :**

- Recevoir de Santé Québec un rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux où on y fait notamment état de ses principaux constats tirés de son analyse des causes d'incidents et d'accidents et de ses mesures de prévention et de contrôle qu'elle entend prendre en priorité.
- Requérir de quiconque les renseignements nécessaires à l'exercice de ses fonctions, à condition que ces renseignements ne lui permettent pas d'identifier un usager ou un client d'un prestataire de services du domaine de la santé et des services sociaux et utiliser à cette fin tout renseignement qu'il détient déjà.

#### **Satisfaction des usagers :**

- Demander au comité national des usagers de lui donner son avis sur les solutions possibles aux problèmes auxquels font face les usagers;
- Constituer un comité national chargé de lui donner des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles;
- Recevoir du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services le rapport sur la mise en œuvre des dispositions de la loi portant sur les plaintes et faisant état de la satisfaction des usagers et des autres personnes susceptibles de formuler une plainte et du respect de leurs droits;

- Requérir du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services que lui soit transmis un rapport portant sur l'un ou l'autre des éléments visés, ainsi que sur toute question relative à l'application de la procédure d'examen des plaintes, y compris ses dispositions applicables à la plainte qui concerne un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme.

#### **Ententes :**

- Déterminer les conditions auxquelles Santé Québec peut conclure une entente avec un gouvernement autre que celui du Québec, l'un de ses ministères, une organisation internationale ou un organisme de ce gouvernement ou de cette organisation en vue de l'exécution de ses fonctions;
- Autoriser que soit conclu une entente avec l'exploitant d'un centre médical spécialisé, avec un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou lorsque l'entente vise un service assuré considéré comme non assuré en vertu de cette dernière loi;
- Demander à Santé Québec de mettre fin à son entente avec une clinique médicale associée lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que la qualité ou la sécurité des services médicaux spécialisés dispensés n'est pas satisfaisante ou que l'exploitant d'une clinique médicale associée ou un médecin qui y exerce sa profession ne se conforme pas à certaines dispositions de la loi;
- Conclure des ententes d'inscription avec des fabricants de médicaments.

#### **Reddition de comptes, financement et règles budgétaires :**

- Établir chaque année, après consultation de Santé Québec, des règles budgétaires pour déterminer le montant des dépenses qui sont admissibles aux subventions à allouer à Santé Québec pour le financement du système de santé et de services sociaux;
- Recevoir de Santé Québec, au plus tard le 30 juin de chaque année, ses états financiers ainsi qu'un rapport annuel de gestion pour l'exercice précédent et les déposer à l'Assemblée nationale;
- Recevoir de Santé Québec, dans la forme déterminée par le ministre, un rapport financier mensuel et un rapport prévisionnel des dépenses mensuel relatifs au fonctionnement de Santé Québec, au plus tard le 30<sup>e</sup> jour suivant la fin du mois visé, ainsi qu'une version préliminaire du rapport financier mentionné au plus tard le 10<sup>e</sup> jour ouvrable suivant la fin du mois visé. Ces rapports contiennent tout renseignement requis par le ministre;
- Recevoir de Santé Québec tout autre rapport demandé par le ministre relatif à l'utilisation du budget et au fonctionnement de Santé Québec, dans la forme et selon la teneur et la périodicité qu'il détermine;
- Exiger que lui soit communiqué tout renseignement qu'il requiert sur les activités de Santé Québec, dans la forme et selon la périodicité qu'il détermine;
- Déterminer les orientations et des paramètres budgétaires propres à favoriser l'harmonisation des pratiques des comités d'usagers et de résidents, l'utilisation optimale du financement qui leur est destiné et leur bon fonctionnement;
- Déterminer, avec l'approbation du Conseil du trésor, les modalités générales relatives au financement des activités des établissements privés.



## **Surveillance et contrôle des activités :**

- Ordonner à Santé Québec, pendant ou après la tenue d'une vérification ou d'une enquête, s'il le juge requis, qu'elle apporte des mesures correctrices, effectue les suivis adéquats et se soumette à toute autre mesure qu'il déterminerait, dont des mesures de surveillance et d'accompagnement. Entre autres mesures, celle de désigner une personne notamment pour surveiller ou accompagner la direction de Santé Québec ou tout autre membre de son personnel dans la gestion d'un établissement public;
- Nommer une ou plusieurs personnes pour exercer tout ou partie des fonctions ou des pouvoirs d'un membre de la haute direction de Santé Québec lorsqu'il estime que ce membre se trouve dans certaines situations notamment s'il estime qu'il a commis une faute grave;
- Déterminer, s'il le juge requis, des orientations portant sur les principes ou les pratiques que Santé Québec doit favoriser en matière de santé et de services sociaux;
- Déterminer, s'il le juge requis, des objectifs que Santé Québec doit poursuivre dans la réalisation de sa mission ou l'exercice de ses fonctions;
- Émettre, s'il le juge requis, une directive à Santé Québec portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celle-ci, y compris sur la gestion de ses ressources humaines, budgétaires ou matérielles. Santé Québec serait tenue de se conformer à une directive à compter de la date qui y serait déterminée;
- Vérifier, s'il le juge requis, l'application par Santé Québec des dispositions de la loi et de ses règlements ainsi que de toute autre disposition législative qui lui confère des responsabilités et désigner la personne qui serait chargée de cette vérification;
- Demander à Santé Québec de lui transmettre ou mettre à sa disposition, à lui ou à la personne chargée de la vérification, tout document et tout renseignement jugés nécessaires pour procéder à la vérification à l'exception des renseignements contenus au dossier d'un usager;
- Déterminer les orientations d'un protocole d'application des mesures de contrôle que tout établissement doit adopter;
- Désigner parmi les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11) ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise;
- Approuver le programme national sur la qualité des services;
- Établir une classification des services offerts par les ressources intermédiaires qui est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers;
- Conclure, avec l'autorisation du Conseil du trésor et aux conditions qu'il détermine, un ou plusieurs organismes représentatifs des ressources intermédiaires, autres que celles visées par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2);
- Ordonner à Santé Québec d'effectuer une enquête;

- Désigner une personne pour enquêter sur quelque matière se rapportant à l'accès aux services de santé et des services sociaux offerts par Santé Québec, à la qualité et à la sécurité des soins rendus, à l'accomplissement de sa mission et de ses fonctions ainsi qu'à son administration, son organisation et son fonctionnement;
- Déterminer, par règlement, les normes et barèmes qui doivent être suivis par le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux pour la sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux membres du personnel, sous réserve des dispositions d'une convention collective;
- Garantir l'exécution, aux conditions déterminées par le gouvernement, de toute obligation à laquelle le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux est tenu relativement à la gestion d'une franchise afférente à un contrat d'assurance négocié et conclu à l'avantage des établissements qu'il représente. Il peut également, aux conditions déterminées par le gouvernement, lui avancer toute somme jugée nécessaire dans le cadre de cette gestion;
- Déterminer, pour un médicament, les cas, conditions et circonstances de son utilisation, après avoir consulté le Collège médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux;
- Déterminer, par règlement, les normes et barèmes qui doivent être suivis par Santé Québec, les établissements privés conventionnés et le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux pour la sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux membres du personnel, sous réserve d'une convention collective; :

**Poursuite :**

- Transiger sur toute réclamation ou déléguer ce pouvoir lors d'un recours de tout usager contre un tiers jusqu'à concurrence du coût des services assumé par lui à la suite d'un préjudice causé par la faute de ce tiers.